



**Université
de Rennes**

Master 2 Mention Santé publique

**Parcours : Pilotage des politiques et actions en santé
publique**

Promotion : **2022-2023**

Date du Jury : **04 Septembre 2023**

Le financement institutionnel des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles

Sous la direction de François-Xavier Schweyer

Lucie LEBLANC

Remerciements

J'adresse mes remerciements en premier lieu à Monsieur Campéon, responsable du Master 2 de Santé Publique parcours Pilotage des Politiques et Actions en Santé Publique (PPASP) à l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique. Son accompagnement, son soutien et sa compréhension tout au long de l'année ont été source de motivation tant pour les études que pour le projet professionnel.

Je tiens également à remercier Monsieur François-Xavier Schweyer, mon directeur de mémoire qui m'a partagé ses connaissances, son expertise et qui a été source de nombreux conseils avisés.

En lien avec ce mémoire, je ne peux que remercier l'équipe d'Icône Médiation Santé qui m'a accueillie pour cette année en alternance et qui m'a permis de découvrir les structures d'exercice coordonné via l'accompagnement auquel j'ai participé. Plus particulièrement je souhaite remercier Isabelle Bourgeois et Karelle Le Gleut qui m'ont accompagnée en qualité de maîtres d'apprentissage lors de cette année et apporté un regard critique sur ce travail. Bien entendu, je remercie également toutes les autres personnes qui ont accepté d'échanger avec moi sur cette thématique pour nourrir mon travail (ARS, CPAM, professionnels en MSP, ESSORT).

J'adresse également une pensée toute particulière à mes camarades de promotion 2022-2023 du master PPASP pour leur bonne humeur, leur soutien, et les conseils utiles dont elles ont pu me faire part. Plus particulièrement : Ana Kerarvran, Julia L'excellent, Manon Rémy, Marianne Cinot, Olivia Conreur et Sophie Achille-Fauveau. Et bien sûr ma famille.

Sommaire

Liste des sigles utilisés

Introduction.....	1
Problématique et démarche	5
I. Exercer en Maison de santé pluriprofessionnelle, une évolution des pratiques historiques des professionnels de santé.....	14
A. Evolution du financement de la médecine libérale.....	14
B. Le travail d'équipe, un choix des professionnels encadré par les politiques publiques et acteurs institutionnels.....	20
II. L'ACI : une perception variable	27
A. La compréhension de l'outil, un préalable à l'engagement.....	27
B. Des craintes partagées et des constats décevants une fois l'engagement effectué	29
C. Des améliorations souhaitées par les équipes pour faciliter l'utilisation de l'outil et le fonctionnement pluriprofessionnel	36
D. Un outil essentiel, valorisant et pour lequel les professionnels sont accompagnés	42
III. La contractualisation : un engagement tripartite avec de réels impacts pour les professionnels des Maisons de santé pluriprofessionnelles	48
A. L'ACI : un contrat d'engagement tripartite	48
B. Des relations entre professionnels du soin et institutions parfois tendues	50
C. Un lien avec les effets du New public management ?	52
IV. Discussion des résultats	57
A. L'engagement dans l'ACI	57
B. Les effets de la contractualisation.....	59
Conclusion	61
Bibliographie	62
Annexes	69

Liste des sigles utilisés

AAP : Appel à projets

ACI : Accord conventionnel interprofessionnel

AMI : Appel à manifestation d'intérêt

ARS : Agence régionale de santé

ANS : Agence du numérique en santé

CAPI : Contrat d'amélioration des pratiques individuelles

CARPEC : Cellule d'appui régionale aux projets d'exercice coordonné

CNAM : Caisse nationale de l'assurance maladie

CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie

DGOS : Direction générale de l'offre de soins

EDS : Épisode de soins

ESSORT : Équipes de soins et organisation territoriale

ESP : Équipe de soins primaires

ENMR : Evaluation des nouveaux modes de rémunération

HPST (loi) : loi Hôpital, patient, santé, territoire

IPA : Infirmière en pratique avancé

IPEP : Incitation à une prise en charge partagée

LFSS : Loi de financement de la sécurité sociale

MSP : Maison de santé pluriprofessionnelle

PAPS : Portail d'accompagnement des professionnels de santé

PEPS : Paiement en équipe de professionnels de santé en ville

PRS : Projet régional de santé

RA : Règlement arbitral

ROSP : Rémunération sur objectif de santé publique

SCM : Société civile de moyens

SISA : Société interprofessionnelle de soins ambulatoires

URPS : Union régionale des professionnels de santé

Introduction

Le système de santé au niveau politique

De son commencement à aujourd'hui, l'organisation du système de santé français est passé de « principes relevant de la charité à un véritable système de santé » reposant sur les progrès médicaux et les évolutions de la société. L'Etat français qui s'est longtemps limité à un rôle d'assistance, observe une évolution marquante en 1945 : la création du système français de sécurité sociale. Ce dernier comprend les dimensions d'assistance et d'assurance sociale, ce qui se décline en sept risques identifiés : la santé, la vieillesse, la famille, l'emploi, le logement, la pauvreté-exclusion sociale et la dépendance¹. Ainsi, les établissements de charité ont été remplacés par des établissements d'assistance avant de laisser place aux établissements de soins (Marin, 2020). Le système de santé s'appuie actuellement sur des structures sanitaires pour la prise en charge hospitalière, médico-sociale et sociale pour les publics âgés, handicapés ou considérés comme fragiles, et sur des professionnels exerçant en ambulatoire pour dispenser les soins dits « de ville »².

Ces soins de ville, aussi appelés « soins primaires » ou encore « soins de proximité » (Ray et al., 2020), sont « au cœur de l'agenda des réformes actuelles » (Hassenteufel et al., 2020), mais sont « longtemps demeuré un impensé des politiques de santé en France » (Fournier, 2019). En effet, cette médecine libérale, qui s'exerce majoritairement en ville, se structure à partir de la fin du XIX^e siècle, et notamment lors de l'adoption en 1927 d'une « charte définissant les principes qui régissent l'exercice de la médecine [libérale] » (Hassenteufel, 2008). On note également les ordonnances Juppé de 1996 qui ne placent plus l'hôpital au centre du système de santé et qui montrent un intérêt croissant pour l'Etat de l'organisation de la réponse apportée par les professionnels de santé intervenant en première ligne (Marin, 2020). C'est à ce moment qu'est apparu le « médecin référent » (1997) puis le « médecin traitant » (2004). Et pourtant, ce n'est qu'au travers de la loi Hôpital Patient Santé territoire (HPST) de 2009 qu'apparaît la première définition juridique des soins de premier recours (Fournier, 2019), objet central de cette loi, et que « le médecin généraliste de premier recours devient l'acteur pivot de l'organisation de l'offre de soins ambulatoire »³.

¹ « Qu'est-ce que l'État-providence ? », vie-publique.fr, 15 avril 2022, <http://www.vie-publique.fr/fiches/24110-quest-ce-que-letat-providence>.

² « Qu'est-ce qu'un système de santé ? », vie-publique.fr, 19 août 2022, <http://www.vie-publique.fr/fiches/37853-definition-et-acteurs-du-systeme-de-sante-francais>.

³ Ministère de la santé et des sports, « Quelles mesures concrètes pour les médecins ? », https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche_generale_hpst_web.pdf.

Cette même loi appuie également les initiatives des professionnels « visant à configurer l'offre de soins de premier recours » puisqu'un de ses volets s'attèle à l'organisation de l'offre libérale ambulatoire, et notamment la question des nouveaux modes de rémunération pour les professionnels.

Les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP) émergeant au sein des territoires « renvoient [historiquement] à des initiatives de terrain » (Vezinat, 2020). Ainsi, cet « objet politique » (Fournier, 2019) a été clarifié par le législateur en 2007 dans le Code de la santé publique en le définissant comme une personne morale constituée entre professionnels de santé réalisant une activité ambulatoire en assurant des soins de premier recours et éventuellement de second recours, participant à des actions de prévention et d'éducation à la santé, et reposant sur un projet de santé commun (Ray et al., 2020). Par la suite, plusieurs textes législatifs sont venus renforcer et clarifier le rôle et les missions des maisons de santé pluriprofessionnelles. Dans la loi HPST de 2009, l'Etat fait le choix d'une « politique incitative » visant à encourager les professionnels libéraux à se regrouper dans des Maisons de santé pluriprofessionnelles (Moyal, 2019). En 2011, la loi Fourcade vient créer la SISA, Société interprofessionnelle de soins ambulatoires, la structure juridique permettant « à des professionnels de santé libéraux qui exercent collectivement la médecine ambulatoire de premier recours de se regrouper et de partager des financements dans le cadre d'activités communes ». En effet, les MSP pouvant depuis 2009 percevoir des financements appelés Expérimentation des nouveaux modes de rémunération (ENMR), elles ont dû opter pour cette forme juridique leur permettant de recevoir des financements relatifs à leur fonctionnement et organisation.

La coordination des soins, une dynamique historique minoritaire réhabilitée pour faire face à l'évolution de la société

Malgré l' « organisation cloisonnée » historique entre les différentes structures et les différents professionnels participant à la prise en charge (Vezinat, 2020), « l'exercice coordonné en médecine générale existe depuis longtemps ». Pourtant, ce dernier ne constituait qu'une infime partie des soins jusque dans les années 1980, date à laquelle les réseaux de soins, renommés en 2002 « réseaux de santé », ont tenté « de mieux articuler l'offre de soins libérale et hospitalière par pathologie et par territoire de proximité », mais sans grand succès. Les MSP permettent alors dans les années 2000 de renforcer cette dynamique de coordination des soins, en s'appuyant sur les échecs du passé, ce qui a notamment permis de constater que « pour réussir, il faut aux MSP des outils et des moyens [ainsi qu'une] transformation des représentations et des comportements des professionnels de santé »

(Laude et al., 2018), ce qui suppose une rémunération adaptée à ce nouveau mode de pratique professionnelle.

L'exercice coordonné est aujourd'hui au cœur des objectifs politiques comme le montre la stratégie *Ma santé 2022* qui met l'accent sur une meilleure organisation des professionnels de santé en travaillant ensemble, tout en indiquant que l'exercice isolé doit maintenant être une exception⁴.

En mai 2023, AVEC Santé, la fédération française des pôles et maisons de santé, comptabilisait 2 251 MSP en fonctionnement⁵.

Cet exercice coordonné doit notamment permettre de répondre aux différentes évolutions structurelles de la société auxquelles se retrouve confronté le système de santé.

En effet, la prévalence des pathologies chroniques ne cesse d'augmenter avec le vieillissement de la population, et parallèlement à cela, d'une part, les médecins généralistes en exercice sont de plus en plus âgés, et d'autre part les nouvelles générations de médecins montrent de nouvelles attentes dans leur exercice avec notamment le souhait d'exercice pluriprofessionnel et bien souvent des horaires plus souples leur permettant de conjuguer plus facilement vie professionnelle et personnelle.

De plus, il est observé une fragmentation croissante de l'offre de soins, des urgences hospitalières saturées, ainsi qu'une place plus importante donnée à la prévention et à la dimension éducative du soin (Hassenteufel et al., 2020).

Les maisons de santé pluriprofessionnelles sont alors perçues comme un moyen de répondre à ces enjeux sociétaux, sans nécessairement endosser la responsabilité de tous ces rôles mais en y participant activement.

Nouveaux modes de financement

Dans l'objectif d'aider les premières équipes coordonnées à « structurer leur fonctionnement collectif » (Bourgeois & Fournier, 2020), les pouvoirs publics ont autorisé en 2008 des expérimentations portant sur de nouveaux modes de rémunération⁶. Des « incitations financières » (Hassenteufel et al., 2020) collectives ont alors été mises en place dès 2008 (Vezinat, 2020). Elles se caractérisent par de nouveaux modes de financement forfaitaires disponibles pour les « différents

⁴ Ministère de la Santé et de la Prévention, « Ma santé 2022 : un engagement collectif », Ministère de la Santé et de la Prévention, 1 mars 2023, <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/masante2022/>.

⁵ AVEC Santé, « Les chiffres clés d'AVECsanté », AVECsanté, mai 2023, <https://www.avecsante.fr/>.

⁶ « Article 44 - LOI n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008 (1) - Légifrance », consulté le 1 mars 2023, https://www.legifrance.gouv.fr/loda/article_lc/LEGIARTI000045355399/2022-04-14.

dispositifs mis en place par la loi de financement de la Sécurité sociale de 2008 » (LFSS 2008), et visant à « faciliter la coordination des soins pour en améliorer la qualité, l'accessibilité et l'efficacité et [...] attirer des médecins dans les zones sous-dotées ». Ces modes de financement sont versés directement par l'Assurance maladie.

Dans un premier temps, l'Etat a mis en place des financements collectifs expérimentaux en direction des structures d'exercice coordonné (Maisons de santé pluriprofessionnelles et Centres de santé) entre 2008 et 2014 : les « Expérimentations de nouveaux modes de rémunération (ENMR) ». 150 structures sont concernées entre 2010 et 2013. Face au succès de cette mise en œuvre et à l'« enjeu majeur » reconnu des financements de l'exercice collectif, 150 viennent s'ajouter en 2014 (Cassou et al., 2021; Cassou & Mousques, 2021).

En 2015, cette expérimentation est généralisée sous le nom de Règlement Arbitral (RA), puis prend un nouveau tournant en 2017 avec la signature de l'Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI) entre l'Assurance maladie et plusieurs syndicats de professionnels de santé (Bourgeois, 2019). Les structures s'engagent alors à atteindre des indicateurs classés en trois axes : accès aux soins, travail d'équipe et de coordination, et système d'information partagé. Ces financements peuvent donc être qualifiés de contractuels dans la mesure où les professionnels de santé signent avec l'ARS et la CPAM un contrat leur permettant de percevoir cette rémunération, conditionnée à l'atteinte d'objectifs fixés. Ainsi, une partie de ces financements reste stable concernant les frais de fonctionnement de la structure, mais une autre est conditionnée à la réalisation d'objectifs. Cette idée de contractualisation avec les autorités sanitaires sera développée dans ce mémoire (partie III).

En août 2022, un nouvel avenant sur l'ACI des MSP est signé. Avec une entrée en vigueur en décembre 2022, cette actualisation promettant une valorisation des structures d'exercice pluriprofessionnelles lors de la crise sanitaire de la Covid-19 met l'accent sur la coordination, la présence d'infirmiers en pratique avancée (IPA), la participation des médecins de la structure au dispositif d'Accès aux soins (SAS), et la qualité des soins et l'implication des usagers⁷.

Ces financements, conditionnés à l'atteinte d'objectifs définis au niveau national par les autorités sanitaires, amènent à faire un lien avec les caractéristiques du nouveau management public (Fournier, 2019). En effet, cette contractualisation entre professionnels de santé et autorités s'en rapproche par le fait qu'elle peut être définie comme « un système codifié permettant de mesurer et de porter un jugement sur l'activité des MSP » et donc ainsi semble se rapprocher d'une « logique gestionnaire » (Ray et al., 2020). Cette contractualisation fait directement référence à un des cinq principes

⁷ Léo Juanole, « L'avenant 1 à l'ACI-MSP est finalement signé », Le Généraliste, 13 avril 2022, <https://www.legeneraliste.fr/actu-pro/politique-de-sante/lavenant-1-laci-msp-est-finalement-signé>.

Lucie LEBLANC - Mémoire de l'Université de Rennes - Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

d'organisation du *New Public Management* (NPM) qui consiste à mettre en place « une gestion par les résultats fondée sur la réalisation d'objectifs, la mesure et l'évaluation des performances et de nouvelles formes de contrôle dans le cadre de programmes de contractualisation » (Bezes et al., 2011). Les *objectifs* correspondant aux missions socles et optionnelles de l'ACI ; *la mesure et l'évaluation* faisant référence à l'atteinte partielle, totale ou non-atteinte des objectifs précédemment cités ; et les *formes de contrôle* se rapprochant de la transmission de justificatifs prouvant l'atteinte des objectifs et analysés par les autorités. On s'attachera ainsi à comprendre jusqu'où ces principes inspirés du NPM sont appliqués.

D'autres financements existent pour les MSP, qu'elles aient ou non signé l'ACI, cette fois-ci versés par l'Etat via les ARS et qui visent à valoriser leurs actions de prévention ou encore un système d'information pluridisciplinaire via les Fonds d'intervention régionaux (FIR) ou les appels à projet des Agences Régionales de Santé (ARS).

Les collectivités locales peuvent également venir soutenir ces modes d'exercice coordonné en offrant des loyers, en assurant des conditions d'hébergement avec des loyers intéressants, mais également en aidant les étudiants en termes de logements et d'indemnités de déplacements, etc.

Problématique et démarche

Contexte et émergence du sujet

Ce travail a été réalisé en lien avec les missions effectuées durant mon alternance sur cette année 2022-2023. Cette dernière s'est déroulée à Icone Médiation Santé, un bureau d'étude et cabinet de conseil en santé publique. Ce dernier intervient depuis plus de trente ans sur différentes thématiques comme l'exercice coordonné, la prévention, les stratégies locales de santé, la qualité des soins, etc., ce qui se concrétise par l'accompagnement de professionnels de santé, de collectivités, d'associations, d'institutions dans l'écriture, la mise en œuvre ou encore l'évaluation de leurs projets. La pluridisciplinarité de l'équipe ainsi que la présence de plusieurs professionnels médicaux constituent une réelle plus-value pour ces missions. Lors de mon immersion dans ce cabinet de conseil, j'ai notamment pu accompagner des collectifs de professionnels à mettre en place leur projet de travail pluriprofessionnel formalisé. J'ai ainsi eu l'occasion d'accompagner deux collectifs dans leur création de maison de santé pluriprofessionnelle, et dont nous avons rédigé le projet de santé au cours de

différentes réunions de travail et échanges. Ces missions ont été l'occasion de découvrir l'Accord Conventionnel Interprofessionnel, le financement piloté par l'ARS et la CPAM, proposé aux maisons de santé pluriprofessionnelles sous réserve du respect de certains indicateurs. Une des maisons de santé accompagnées a dès le début de notre accompagnement montré des réticences à s'engager dans ce financement et cela a éveillé ma curiosité. Une question a alors émergé : pourquoi certains collectifs ne souhaitent pas s'engager dans cette contractualisation avec l'ARS et la CPAM, ce qui leur permettrait pourtant de disposer de financements conséquents pour valoriser leur activité ? Dans la littérature, plusieurs articles font état d'arguments à ce sujet. Mes lectures ont également fait émerger d'autres questionnements comme le lien entre cet ACI et le New Public Management, ou encore les relations que les professionnels de ces collectifs entretiennent avec les instances en charge de cette contractualisation, l'ARS et la CPAM. Ainsi, j'ai souhaité repartir de l'article d'Isabelle Bourgeois et Cécile Fournier, *Contractualiser avec l'Assurance Maladie : un chantier parmi d'autres pour les équipes des Maisons de santé pluriprofessionnelles*, datant de 2020 mais dont l'enquête remonte à 2018, pour analyser si les résultats de cette enquête ont évolué depuis ces 5 années. En effet, les arguments mis en avant ont pu évoluer pour plusieurs raisons dont le fait que les collectifs et les instances régulatrices et accompagnatrices ont pu ajuster leurs modes de fonctionnement ou encore du fait que l'ACI ait connu une évolution lors de la signature de l'avenant en 2022.

Objet de l'étude

Ce mémoire vise à étudier les questionnements émergeant autour de l'adhésion à l'Accord conventionnel interprofessionnel des Maisons de santé pluriprofessionnelles.

Il est question d'étudier sur quelle(s) base(s) se reposent les professionnels exerçant en MSP pour faire leur choix de s'orienter ou non dans une contractualisation avec l'Assurance maladie et l'Agence régionale de santé afin de percevoir la rémunération proposée. Ce questionnement a déjà été étudié il y a quelques années, et les constats énumérés dans l'article d'Isabelle Bourgeois et Cécile Fournier précédemment cité. Dans cet article, les autrices ont identifié trois types de « chantiers » permettant de comprendre la réticence des maisons de santé non signataires de cet ACI. Dans un premier temps est mis en avant l'obstacle de la constitution du collectif professionnel. Les échanges avec les MSP ont montré que certains professionnels ne souhaitent pas s'engager dans une démarche de projet qui leur impose de suivre ce qui a été décidé collectivement, mais préfèrent avant tout rester libres de leurs choix, une décision également justifiée par leur volonté de ne pas être dépendants des institutions. La peur de contrôle de leur activité par les institutions est également ressortie comme justifiant le choix de certains collectifs qui « restent opposés à un contrôle de leur organisation ». L'obstacle de

Lucie LEBLANC - Mémoire de l'Université de Rennes - Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

2022-2023

constitution du collectif se manifeste également par des professionnels qui n'arrivent parfois pas à dépasser les tensions qui peuvent exister entre eux et qui ne leur permettent donc pas de construire un projet commun. Mais il arrive aussi que des collectifs où réside une bonne entente désirent se fédérer autour d'un projet commun. Seulement, ce désir peut parfois être freiné par l'absence d'un ou plusieurs porteurs de projets, pourtant indispensable pour fédérer les différents membres et organiser ce travail. Pour finir autour de l'obstacle de la constitution du collectif professionnel, les échanges ont de même mis en avant certaines équipes qui, pour ne pas « déstabiliser la dynamique collective de s'engager d'un commun accord dans le travail de structuration juridique et administratif », font le choix de prendre leur temps pour apprendre à travailler ensemble et voir ce que l'ACI pourrait leur apporter de plus.

Dans un second temps, les autrices ont mis en avant l'obstacle de l'intégration des impératifs gestionnaires, conséquence directe de la contractualisation des structures avec les autorités sanitaires. Cet obstacle se manifeste de deux manières. Certains groupes professionnels estiment que les impératifs gestionnaires, ne faisant pas partie de leur cœur de métier, imposés par la contractualisation s'avèrent trop lourds pour les équipes et font donc le choix de ne pas s'engager ou d'arrêter. D'autres collectifs refusent certains outils imposés par l'ACI tels que la SISA ou encore le système d'information partagé. Ils se justifient en expliquant que ces outils ne sont pas compatibles avec leur fonctionnement, que le côté administratif est trop complexe pour eux, ou estiment que la responsabilité qui leur incombe est trop lourde. Pour finir, le dernier chantier identifié lors de cette étude concerne le « travail partenarial multiple ». En effet, pour contractualiser les professionnels s'engagent dans une relation tripartite avec les autorités sanitaires (ARS et CPAM), mais certains collectifs ont également des relations avec les élus de leur territoire pour un projet immobilier notamment.

Pour ce qui concerne les relations avec les institutions sanitaires, les professionnels leur reprochent de ne pas toujours les soutenir dans leurs démarches, voire parfois de les freiner. De plus, chacun ayant des manières de penser et d'agir différentes, la compréhension des priorités des parties n'est pas toujours évidente. Quant aux relations avec les élus à propos de projets immobiliers, il ressort une incompréhension des professionnels à propos de la lenteur du processus, des mauvaises surprises à propos du loyer, ou encore des conflits d'intérêt (Bourgeois & Fournier, 2020).

Ce travail vise à comparer les arguments développés de cette étude avec ceux actuellement observés auprès des professionnels et interlocuteurs sur le terrain afin de constater ou non une évolution de ces propos, en référence à l'évolution de la réglementation concernant cet ACI (signature de l'avenant 1 à l'ACI en mars 2022 et entrée en vigueur en juin 2022). Il sera également étudié le vécu des professionnels des MSP face à cet Accord, et notamment nous chercherons à savoir si le récent avenant a permis de répondre à certaines critiques ou réserves émises par les principaux concernés.

Lucie LEBLANC - Mémoire de l'Université de Rennes - Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

2022-2023

Ce travail constitue également une occasion pour réaliser un parallèle avec les nouveaux modes de gestion dans le secteur public, le New Public Management. Ainsi, cette relation contractuelle entre professionnels de MSP et autorités sanitaires sera étudiée sous un angle de rationalisation et de régulation de ces nouvelles organisations.

Ainsi, il n'est pas ici prévu d'étudier les expérimentations en cours telles que le Paiement en Equipe de Professionnels de Santé en ville (PEPS), l'Incitation à une prise en charge partagée (IPEP) et le paiement à l'Episode de soins (EDS), ni la Rémunération sur objectif de santé publique (ROSP) (anciennement Contrat d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI)) ou encore les financements provenant du FIR, même si ces derniers pourront être abordés car permettant aux MSP de disposer de fonds financiers pour leur fonctionnement. Ce choix s'explique d'une part par le fait que ces financements sont moins répandus que l'ACI, qu'il s'agisse d'expérimentations et non de modes de rémunération actés comme l'ACI, et que ce travail ne pourrait pas, dans le temps imparti qui est imposé, permettre d'étudier l'ensemble des financements possibles pour les équipes pluriprofessionnelles.

La problématique

Plusieurs questionnements, que l'on peut regrouper en différentes thématiques, émergent sur ce sujet.

Concernant l'ACI du point de vue des professionnels, nous pouvons nous demander comment cet outil est perçu, et plus particulièrement pourquoi certaines maisons de santé font le choix de ne pas s'engager dans cette contractualisation ? La question se pose aussi de savoir si les maisons de santé percevant cette rémunération en sont satisfaites, et si la mise en œuvre de cet outil demande l'acquisition de nouvelles compétences aux professionnels ?

Une deuxième thématique concerne la compréhension de ce mode de rémunération par les professionnels de santé. Il paraît en effet intéressant de s'intéresser à la compréhension qu'en ont les professionnels, mais aussi à la satisfaction de ces derniers face à l'explication qui leur est donnée par les autorités sanitaires participant à son attribution (ARS et CPAM). Pour cela, nous approfondirons le rôle des consultants et des fédérations dans cette mission que l'on peut qualifier de traduction de l'ACI aux professionnels des maisons de santé.

Etudier les relations entre les professionnels de santé et les financeurs avec lesquels ces derniers contractualisent semble tout aussi intéressant pour comprendre la nature de ces liens ainsi que les arbitrages faits par chacune des parties.

Pour finir, des questionnements se posent quant aux effets de la contractualisation avec les autorités sanitaires sur les professionnels exerçant en maison de santé. Quels sont les effets induits ? L'ACI est-il perçu comme une contrainte ? Induit-il une réduction de l'autonomie dans les maisons de santé ayant contractualisé avec l'ARS et la CPAM ? Autrement dit, ces questions renvoient à l'existence ou non d'un lien entre l'ACI et les principes du New Public Management, et questionnent l'influence de l'ACI sur la liberté des équipes en MSP.

Autant de questionnements qui paraissent ici pertinents à approfondir au-vu de l'avenant à l'ACI récemment paru et mis en application. En effet, cet avenant vient ajouter de nouveaux indicateurs que peuvent valider les maisons de santé pour obtenir des financements, dont un obligatoire et donc conditionnant l'accès à la rémunération.

Ainsi, ce mémoire vise à répondre à la question suivante : **Sur quels fondements se basent les professionnels exerçant en Maisons de santé pluriprofessionnelles pour s'engager ou non dans l'Accord conventionnel interprofessionnel et quels sont les effets de cette contractualisation avec les autorités sanitaires sur leur pratique ?**

Ce questionnement amène à formuler plusieurs hypothèses, dont certaines se rapprochent, voire s'inspirent, des résultats obtenus par Isabelle Bourgeois et Cécile Fournier.

Pour la première partie du questionnement nous pouvons identifier plusieurs hypothèses :

- Hypothèse n°1 : Les indicateurs socles de l'ACI, et donc obligatoires à remplir par les MSP, freinent certaines à s'y engager car ils ne correspondent pas à l'organisation que le collectif souhaite conserver.
- Hypothèse n°2 : Le projet de santé n'est pas rédigé en première intention dans l'objectif de structurer une activité pluriprofessionnelle, mais un autre but est en réalité à l'origine de ce projet : un projet immobilier, attractivité de la commune...
- Hypothèse n°3 : Les relations dégradées entre les professionnels de santé et les autorités sanitaires sont à l'origine du choix de ne pas s'orienter dans un contrat d'engagement réciproque.
- Hypothèse n°4 : Le nombre de professionnels à porter le projet et étant des éléments moteurs pour le groupe impacte l'orientation vers la contractualisation. Les collectifs n'ayant que peu d'éléments moteurs ne souhaiteraient donc pas s'y engager de peur que l'engagement personnel demandé par cette contractualisation ne soit trop lourd pour les personnes porteuses du projet.

A noter que les première et dernière hypothèses citées ici font partie des résultats qu'ont obtenu Isabelle Bourgeois et Cécile Fournier dans l'article sur lequel se base en partie ce mémoire.

Concernant la seconde partie du questionnement, nous pouvons émettre 2 hypothèses :

- Hypothèse n° 5 : Cette contractualisation entraîne une amélioration des connaissances des professionnels sur certains sujets de santé grâce à leur investissement dans les projets mis en place par le collectif.
- Hypothèse n°6 : Cette contractualisation demande une réorganisation de leur activité pour trouver le temps nécessaire à la mise en place de ces projets et à la justification auprès des autorités sanitaires des différentes actions mises en place par la MSP pour répondre aux attendus de l'ACI.

La vérification ou non des hypothèses sera ainsi étudiée grâce aux échanges avec différents acteurs de cette procédure de constitution en MSP et d'engagement dans la contractualisation tripartite de l'ACI.

Pour répondre au questionnement posé, nous allons dans un premier temps nous concentrer sur l'aspect de l'exercice en MSP. Ainsi, nous allons revenir sur l'évolution des financements de la médecine libérale, sur les aspects pratiques auxquels ils se retrouvent confrontés dans la création de leur projet, mais également des choix que les professionnels doivent faire pour leur fonctionnement. Dans un second temps nous reviendrons sur les points dégagés par l'analyse des entretiens relatifs à l'engagement dans l'ACI, à savoir la compréhension de l'outil, les freins à l'engagement, les points demandant certaines améliorations, et des aspects motivant les professionnels à s'y engager.

Par la suite, nous nous concentrerons sur l'action de contractualisation entre les professionnels de santé libéraux et les institutions (ARS et CPAM). Nous étudierons alors plus précisément la notion de contrat tripartite, mais également à travers les informations recueillies, la qualité des relations entre professionnels et institutions, puis le lien entre cette contractualisation et le New Public Management. Dans un dernier temps, nous reviendrons sur les hypothèses que nous avons émises ainsi que le questionnement posé pour faire le lien avec les résultats obtenus par cette enquête.

L'enquête

Ce travail repose sur une revue de la littérature existante au sujet des MSP, de l'ACI, des relations entre professionnels de santé et interlocuteurs à la CPAM et à l'ARS ainsi que du New Public Management.

Mes recherches sont principalement issues du moteur de recherche Google Scholar et de la bibliothèque en ligne Cairn.info, mais également du portail de documentation HAL. Les mots-clés utilisés ont alors été les suivants : « Maison de santé », « Maison de santé pluriprofessionnelle », « MSP », « ACI », « Accord conventionnel interprofessionnel », « contractualisation », « New public management », « NPM », « Assurance maladie » (liste non exhaustive). A noter que certains articles m'ont été conseillés par mon directeur de mémoire et par une de mes tutrices dans mon lieu d'alternance. De plus, cette revue de la littérature s'est complétée par une recherche des informations disponibles sur divers sites internet comme le Portail d'accompagnement des professionnels de santé (PAPS) Bretagne, le site de la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS), le site de l'Assurance maladie ou encore les sites des Fédérations régionales de l'exercice coordonné comme ESSORT (Équipes de Soins et d'Organisation Territoriale) pour la Bretagne.

Dans un second temps, le terrain d'étude a été défini : il s'agit de la Bretagne, notamment puisque les missions réalisées lors de mon alternance se sont déroulées au sein de cette région, mais également de par le fait que le fonctionnement autour des MSP n'est pas identique dans chaque région, rendant alors ce travail plus complexe à l'échelle nationale. Le sujet de ce travail portant sur les déterminants à la contractualisation et leurs effets sur le travail des collectifs, il a été fait le choix d'étudier quatre Maisons de santé pluriprofessionnelles ayant signé l'ACI et deux ne l'ayant pas signé. Par souci d'échanger avec l'interlocuteur concerné par les MSP étudiées, il a été décidé de se focaliser sur deux des quatre départements de la Bretagne. Ils ne seront pas révélés ici dans le but de préserver l'anonymat des personnels travaillant notamment à l'ARS et la CPAM ayant accepté d'échanger sur ce sujet. Le choix des MSP sélectionnées s'est ainsi basé sur leur localisation mais également sur leur contractualisation ou non à l'accord conventionnel interprofessionnel, et sur leur date de création dans le but de recueillir le point de vue à la fois de MSP récentes et de MSP plus matures dans leur fonctionnement. D'un point de vue des difficultés rencontrées, de nombreux contacts ont pu être pris facilement avec des réponses rapidement données et positives, mais quelques entretiens ont été plus difficiles à obtenir, voire impossibles. Dans un des deux départements étudiés le contact des MSP ACI a été plus compliqué mais a finalement été possible. Dans ce même département, après de nombreuses demandes auprès de MSP non ACI sans réponses, il a été fait le choix de me baser sur un des entretiens avec une MSP ACI m'ayant apporté des éléments de réponses concernant une MSP initialement non ACI dans ce département avec qui la personne interviewée a eu l'occasion d'échanger, ainsi que sur mon expérience professionnelle où je réalise l'accompagnement à la création d'une MSP avec un collectif montrant à cet instant de fortes réticences à l'ACI. De plus, dans ce même département, aucune réponse n'a été obtenue de l'ARS, acteur central dans l'accompagnement des collectifs de MSP.

J'ai également eu la chance de participer à plusieurs conférences, dont une sur l'avenant à l'ACI, organisées dans le cadre des *Rencontres* organisées par *AVEC Santé* les 17 et 18 mars 2023 à Saint-Malo et réunissant des professionnels travaillant dans des maisons de santé de diverses régions de France. Ces conférences ont été l'occasion d'observer les réactions des professionnels de santé face à certaines décisions ou encore de découvrir certains points nécessitant des changements selon ces derniers.

Pour mener ce travail et recueillir des propos des acteurs concernés, dix entretiens, individuels ou en groupe, ont été réalisés (quatre en face à face et six en visioconférence) avec des professionnels exerçant en MSP (cinq), des acteurs institutionnels travaillant à l'ARS (un) et la CPAM (deux entretiens, quatre personnes interviewées au total), ainsi que des personnes ressources intervenant dans l'accompagnement des professionnels des MSP (fédérations régionales, cabinets de conseil...) (deux entretiens pour un total de trois interviewés) (cf. annexe n°1 détaillant les caractéristiques des entretiens). A noter qu'un des cabinets de conseil intervenant dans l'accompagnement des MSP bretonnes n'a pas souhaité échanger sur ce sujet. Pour chacun de ces sous-groupes un guide d'entretien a été construit (cf. annexe n°2), permettant de cadrer les sujets abordés. L'intégralité de ces entretiens a pu être enregistré avec l'accord des interviewés, en leur garantissant de conserver leur anonymat. Le choix a été fait de ne pas tous les retranscrire mais de réaliser une ou plusieurs écoutes actives en prenant des notes sur les informations délivrées, et des retranscriptions partielles de verbatims identifiées comme pertinentes. En effet, ces entretiens ayant pour certains d'entre-eux duré plus de deux heures, une retranscription totale aurait demandé beaucoup d'investissement, sans que cela n'apporte réellement de plus-value puisqu'il aurait au final fallu tout relire pour classer les informations lors de l'étape suivante. Ainsi, ces informations ont été classées dans trois grilles d'analyses, une pour les institutions, une pour les acteurs participant à l'accompagnement des professionnels, et une pour les échanges réalisés avec les MSP, dans le but de regrouper les informations abordées permettant de nourrir ce travail (cf. thématiques des grilles d'analyse en annexe n°3). En tant que premier niveau de classement des informations, ces grilles s'avèrent relativement comparables aux guides d'entretiens. Dans un second temps, une grille de classement des thématiques évoquées sur le sujet des ACI a été réalisée, pour identifier et classer les verbatims sur chaque sujet abordé et faire une synthèse de toutes les informations traitant de la même idée.

Mon travail se retrouve également nourri par l'observation participante que j'ai pu réaliser tout au long de mon immersion dans un cabinet de conseil dans le cadre de mon alternance. Cela comprend mes missions d'accompagnement des maisons de santé et donc des échanges avec la CPAM, l'ARS et le collectif des professionnels de santé accompagnés, mais également des discussions entre collègues au sein de mon entreprise.

Il paraît important d'apporter un regard critique sur ce travail afin d'interpréter les résultats obtenus avec prudence. Ainsi, trois limites persistent. Premièrement, la posture à adopter et la distanciation entre le cadre de mon mémoire et le terrain d'enquête n'a pas toujours été simple à mettre en œuvre puisque certains entretiens se sont déroulés avec plusieurs personnes rencontrées dans le cadre mon alternance (collègues, interlocuteurs ARS et CPAM). De plus, mon terrain d'enquête se limite à une région, et plus précisément à deux départements afin de garantir le lien entre maisons de santé et référents ARS et CPAM. Pourtant, il aurait été intéressant de conduire cette enquête dans d'autres régions interprétant potentiellement les politiques publiques différemment, ce qu'ont pu me confirmer certains de mes collègues intervenant en dehors de la Bretagne. Une dernière limite, en lien avec la seconde, porte sur le nombre de MSP interviewés qui aurait pu être plus élevé pour une plus grande diversité des propos recueillis. Ces deux dernières limites sont la conséquence directe du temps imparti pour réaliser ce mémoire, facteur à prendre en compte pour la méthodologie de travail notamment.

I. Exercer en Maison de santé pluriprofessionnelle, une évolution des pratiques historiques des professionnels de santé

Rappelons-le, une Maison de santé pluriprofessionnelle est encadrée par la LFSS de 2007 ainsi que la loi HPST de 2009, et se définit comme un « regroupement, sur un ou plusieurs sites, de professionnels de premier recours [principalement et] ayant formalisé leur collaboration par un « projet de santé » adapté aux priorités de santé publique du territoire » (Fournier, 2019). Ce mode de fonctionnement, vient non seulement révolutionner la manière d'exercer des professionnels libéraux, mais vient également mettre fin au monopole du paiement à l'acte. Notons tout de même que pour arriver à ce fonctionnement pluriprofessionnel, le collectif doit respecter un certain nombre de procédures, obtenir l'aval des institutions, répondre à différentes règles, définir un fonctionnement commun, etc. Pour cela, un certain nombre d'acteurs interviennent auprès des professionnels ou de façon plus discrète pour créer et officialiser ce projet.

A. Evolution du financement de la médecine libérale

La rémunération des médecins est « une variable clé de la régulation [du] système de santé » français (Samson, 2009). Celle-ci a connu de nombreuses évolutions au cours des dernières années.

En 1927, sept principes de défense de la médecine libérale ont été édictés, dont le paiement à l'acte, le paiement direct des honoraires par le malade et la libre entente du prix entre le patient et le médecin sous réserve de facturer au minimum le tarif syndical en vigueur (Bloy, 2010; Steudler, 1977). A cette période, le médecin généraliste libéral était alors rémunéré pour chaque consultation réalisée, et les honoraires de la consultation dépendaient bien souvent des revenus des patients. Dans les années qui suivent, avec la création de la Sécurité sociale en 1945 et l'arrivée de l'Assurance maladie, ce fonctionnement de libre fixation des honoraires ne se révèle pas compatible avec un remboursement. Ainsi, en 1960 le décret Bacon vient impulser une véritable évolution de cette rémunération en mettant fin au principe de la libre entente du prix dans le but de faciliter les remboursements par l'assurance maladie mais également d'éviter la concurrence entre médecins et ainsi d'éviter la conséquence prévisible de la baisse de leurs revenus. Pour ce faire, un arrêté ministériel a fixé en 1971 des tarifs conventionnels au niveau national, et il a été convenu qu'en contrepartie, la sécurité sociale prenne en charge 80% des honoraires acquittés lors de la consultation (Bloy, 2010; Samson, 2009). Ce paiement à l'acte, encore en vigueur aujourd'hui, représente pour les médecins « le symbole de leur

engagement au service [du patient] et de leur indépendance vis-à-vis des pouvoirs et des financeurs » (Le Pen, 2011).

Actuellement, une forte évolution de l'exercice libéral est observée et par conséquent les modes de rémunération tendent à être repensés pour correspondre à ces nouvelles modalités d'exercice. Les professionnels libéraux exercent de plus en plus de façon pluriprofessionnelle et coordonnée dans des structures reconnues (ESP, MSP, CPTS, Centres de santé...). Ainsi, nous observons une combinaison de rémunérations qui reposent en plus du paiement à l'acte classique, sur des indicateurs de qualité et de prescription ou encore l'atteinte d'objectifs fixés de santé publique (CAPI, devenu ROSP) (Da Silva & Gadreau, 2015) ainsi que de nouvelles rémunérations valorisant le travail en équipe (ACI). Cette pluralité de modes de rémunération des professionnels libéraux vient diversifier les sources de revenus des professionnels qui se voient rémunérer de nouvelles facettes de leur métier. Le paiement à l'acte, seul mode de rémunération il y a encore quelques années voit sa part réduite dans les différentes sources de revenus des médecins, même s'il reste largement majoritaire du point de vue matériel et symbolique. Néanmoins, les récentes négociations conventionnelles ont montré l'attachement des médecins généralistes au paiement à l'acte⁸.

Les professionnels sont toutefois largement incités à exercer en pluriprofessionnel dans le but de coordonner leurs soins. En effet, face à la prévalence des pathologies chroniques et le renforcement de la place du secteur ambulatoire dans les soins, la coordination se positionne comme « élément capital pour l'amélioration de la qualité des soins et l'optimisation de la performance des systèmes de santé » (Fishman-Bosc et al., 2016). La prévention fait également partie des nouvelles missions des médecins généralistes qui font l'objet d'actions reconnues et ainsi valorisées financièrement, toujours dans un but d'amélioration de la santé des populations en promouvant les comportements favorisant une bonne santé.

Cette évolution du mode d'exercice libéral et des rémunérations associées vient bousculer les pratiques historiques des professionnels et demander une véritable adaptation de leur mode d'exercer. Ce constat s'avère d'autant plus vérifié pour les professionnels exerçant en MSP où la coordination, la prévention et la pluriprofessionnalité sont au cœur de ce récent fonctionnement. Néanmoins, il semble important de préciser que la part de professionnels exerçant en MSP n'est pas

⁸ Karen Ramsay, « Paiement à l'acte, forfaitisation, Rosp... demain, quelle rémunération ? », Concours pluripro, 29 mars 2022, <https://www.concourspluripro.fr/exercice-pluriprofessionnel/metiers/paiement-lacte-forfaitisation-rosp-demain-quelle-remuneration>.

majoritaire. En effet, si l'on s'intéresse aux médecins généralistes, en 2022, seuls 20% des médecins généralistes déclaraient exercer en MSP (sans préciser si leur structure avait adhéré à l'ACI)⁹.

Le financement des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles

Les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles reconnues par l'ARS disposent de plusieurs modalités de financement de leurs actions et de leur fonctionnement. Elles peuvent contractualiser avec les institutions, à savoir l'ARS et la CPAM, pour obtenir des fonds versés dans le cadre de l'ACI. Mais certaines Maisons de santé font le choix de ne pas disposer de ces financements. Malgré tout, le fait d'être reconnu comme une MSP leur permet de répondre à des appels à projets (AAP) ou appels à manifestation d'intérêt (AMI) ouverts par l'ARS notamment.

L'option de la réponse à des AAP ou AMI de l'ARS constitue une solution pour les professionnels souhaitant obtenir des fonds dans le but de financer une action ou un fonctionnement correspondant à l'appel à projets ou manifestation d'intérêt lancé (Bourgeois, 2019). Ces fonds proviennent du Fonds d'Intervention Régional (FIR) de l'ARS qui vise à financer « des actions et des expérimentations validées par les agences régionales de santé en faveur de la performance, la qualité, la coordination, la permanence, la prévention, la promotion ainsi que la sécurité sanitaire »¹⁰. Cependant, il reste important de préciser que ces fonds sont temporaires (ne sont accordés que sur une durée déterminée) comme le souligne un des interlocuteurs des MSP à la CPAM : « c'est souvent dans des délais hyper restreints » (Conseillères techniques territoriales, CPAM 1), et une coordinatrice en MSP : « le souci qu'on a c'est que les appels à projets les dates ça ne correspond pas toujours [donc] c'est assez contraignant » (Coordinatrice, MSP 3). De plus, ces fonds se doivent d'être utilisés uniquement pour le projet concerné par l'AAP ou AMI qui porte bien souvent sur des thématiques nationales (Conseillères techniques territoriales, CPAM 1) et donc non nécessairement identifiées comme prioritaires sur le territoire d'action de la MSP. Ainsi, avec ce mode de financement ponctuel, les MSP se retrouvent contraintes de répondre au projet décrit par l'ARS, sans disposer de la liberté d'adaptation qui lui serait possible avec des financements ACI. Parmi les Maisons de santé pluriprofessionnelles interrogées, certaines répondent tout-de-même à des appels à projets qui leur permettent de « financer des actions de prévention et des actions d'animation pour aller vers les

⁹ AVEC Santé, « Les chiffres clés d'AVECsanté », AVECsanté, mai 2023, <https://www.avecsante.fr/>.

¹⁰ DGOS, « Le fonds d'intervention régional (FIR) », Ministère de la Santé et de la Prévention, 31 mai 2023, <https://sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/financement/fonds-d-intervention-regional/article/le-fonds-d-intervention-regional-fir>.

habitants sur le quartier », ce qui, selon les acteurs interrogés, doit en revanche « rester à la marge » concernant les financements alloués par le biais de l'ACI (Directrice, MSP 2). Ces fonds peuvent ainsi permettre de répondre à des besoins ponctuels et ciblés mais ne permettent pas de financer des projets sur le long terme. Ils peuvent cependant venir en complément de financements plus pérennes.

Face à ces aspects contraignants, de nombreuses Maisons de santé choisissent de s'engager dans la signature de l'Accord conventionnel interprofessionnel. En mai 2023, à l'échelle nationale 77% des MSP en fonctionnement étaient signataires de cet accord¹¹, et en Bretagne on en comptabilise 83 à la fin de l'année 2022, soit 55% des MSP sur cette région. En effet, les Maisons de santé pluriprofessionnelles peuvent s'engager dans une contractualisation tripartite avec l'ARS et la CPAM leur permettant de bénéficier de rémunérations « qui dédommagent le temps passé aux nouvelles activités administratives et de coordination qu'implique l'exercice pluriprofessionnel » (Moyal, 2019), et qui viennent alors en complément des rémunérations individuelles perçues par chacun des professionnels de santé libéraux. Cette contractualisation est ouverte aux MSP dont le projet de santé a été validé par l'ARS, c'est-à-dire que cette dernière a vérifié que le projet soit en cohérence avec les priorités de santé régionales, autrement dit avec le Schéma régional d'organisation des soins (SROS). Cet accord a initialement été signé en 2017 et s'est vu évoluer en 2022 lors de la sortie de l'avenant 1 y apportant quelques évolutions que nous développerons plus tard.

Concernant la mise en œuvre de ce dispositif, dans un premier temps, en Bretagne les MSP souhaitant s'orienter vers un financement ACI peuvent bénéficier d'une aide au démarrage d'une valeur pouvant atteindre 15 000 € pour mettre en place les premières actions ou encore rémunérer la personne en charge de la coordination en amont de l'effectivité de la contractualisation. Ces fonds proviennent du FIR géré par l'ARS. Une fois la contractualisation mise en place, les rémunérations sont versées directement par la CPAM à la MSP et non aux professionnels. Ainsi, comme développé précédemment, les professionnels se voient dans l'obligation de se constituer en Société interprofessionnelle de soins ambulatoires (SISA). Les financements accordés dans le cadre de cet accord se décomposent en deux catégories : des financements fixes et des financements variables, ces derniers reposant sur la taille et les caractéristiques de la patientèle médecin traitant. Les financements sont attribués suivant les missions réalisées par la MSP sur une année. Cette dernière se voit donc attribuer un nombre de points d'une valeur de 7 euros chacun qui permettent alors de calculer la rémunération de la maison de santé¹². Mais « cette rémunération est toutefois conditionnée à certains engagements et à l'atteinte

¹¹ AVEC Santé, « Les chiffres clés d'AVECsanté », AVECsanté, mai 2023, <https://www.avecsante.fr/>.

¹² « Rémunération des maisons de santé pluriprofessionnelles », 27 février 2023, <https://www.ameli.fr/orne/exercice-coordonne/exercice-professionnel/remunerations-forfaitaires-organisations-exercice-coordonne/remuneration-des-maisons-de-sante-pluriprofessionnelles>.

d'indicateurs »¹³. Le texte signé en 2017 faisait état de 3 axes d'indicateurs socles pré requis pour l'engagement de la MSP :

Indicateurs socles de l'ACI signé en 2017

Indicateur	Contenu de l'indicateur
Horaires d'ouverture et soins non-programmés	Prise en compte des horaires d'ouverture de la structure qui se doivent d'être les plus proches possible d'un 8h-20h en semaine et 8h-12h le samedi matin, en assurant la continuité de ces horaires durant les vacances scolaires
	S'organiser pour prévoir chaque jour ouvré un accès à des soins non programmés aux patients
Travail en équipe et la coordination	Disposer d'une personne ayant à sa charge la fonction de coordination de la structure
	Elaborer des protocoles pluriprofessionnels visant à prendre en charge et suivre les patients présentant une pathologie prise en charge par plusieurs professionnels de la structure
	Organiser un minimum de 6 réunions de concertation pluriprofessionnelle autour de cas complexes de prise en charge de patients
Système d'information partagé	Disposer d'un système d'information labellisé par l'Agence du numérique en santé (ANS)

Source : Arrêté du 24 juillet 2017 portant approbation de l'accord conventionnel interprofessionnel relatif aux structures de santé pluriprofessionnelles, 2017

La MSP peut également valoriser via les missions optionnelles de nombreuses actions telles que la présence de plusieurs spécialités médicales, la réalisation de missions de santé publique faisant partie d'une liste définie (amélioration de la couverture vaccinale, lutte contre la tuberculose, surpoids et obésité chez l'enfant, prévention du suicide, etc.), la formation de jeunes professionnels, etc. Ces missions ne sont pas obligatoires, mais si elles sont réalisées permettent également d'obtenir une

¹³ Nicolas Loubry, « ACI : qu'est-ce qu'une maison de santé gagne à le signer ? », Concours, 14 janvier 2023, <https://www.concourspluripro.fr/droit-et-gestion/questions-juridiques/aci-quest-ce-quune-maison-de-sante-gagne-le-signer>.

rémunération associée. L'ACI paru en 2017 permet ainsi de valoriser l'implication des professionnels dans le travail en équipe, mais également l'implication de ces derniers dans l'accès aux soins et le développement de missions de santé publique et de protocoles de prise en charge pluriprofessionnelle. La rémunération permet également de financer le poste de coordination nécessaire à ce fonctionnement d'équipe et le système d'information partagé, mission socle et donc condition sine qua non à la signature de cet engagement tripartite.

En 2022, l'ACI évolue avec la signature d'un avenant ajoutant une nouvelle mission socle : la mise en place d'un plan de réponse aux crises sanitaires graves. Cet indicateur comprend 2 niveaux : la rédaction d'un plan de préparation et la mise en œuvre d'actions lors de la survenue de la crise sanitaire. De nouvelles missions optionnelles sont également valorisées telles que la mise en place d'une démarche qualité ou bien la mise en place d'un parcours insuffisance cardiaque ou surpoids et obésité de l'enfant¹⁴.

Pour valider l'atteinte de ces indicateurs, la MSP se doit de transmettre au plus tard le 31 janvier de l'année suivant l'année civile « des pièces justificatives aux autorités co-contractantes, ARS et CPAM, leur permettant d'attester du respect des critères du contrat » (Moyal, 2021). Ces derniers prennent la forme de factures, plan d'action, attestations de stage, calendrier des réunions, protocoles, contrat de travail, etc. Ces documents sont ainsi contrôlés par la CPAM départementale, puis transmis « à la caisse nationale (CNAM) qui fait un contrôle pour toutes les MSP », avant que le niveau départemental ne reprenne la main pour verser les financements associés à l'activité. De plus, pour les protocoles médicaux qui sont plus techniques, « c'est le service médical de l'assurance maladie qui contrôle que c'est bien un protocole pluriprofessionnel et qui regarde aussi l'aspect médical » (Conseillères techniques territoriales, CPAM 1). Par la suite, après validation totale ou en partie des documents transmis, la MSP se voit verser, en complément de l'avance de 60% portant sur les indicateurs fixes permettant le fonctionnement et au 30 avril de l'année suivant l'année concernée, la rémunération associée à son activité de l'année¹⁵.

Les autres financements de l'exercice coordonné

L'exercice coordonné, de plus en plus répandu dans les prises en charges, dispose également d'autres financements expérimentaux mis en place à l'échelle nationale par l'article 51 de la LFSS de 2018. Nous

^{14, 15} « Arrêté du 24 juillet 2017 portant approbation de l'accord conventionnel interprofessionnel relatif aux structures de santé pluriprofessionnelles », 5 août 2017, <https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/707164/document/arrete-24-juillet-2017-portant-approbation-de-laccord-conventionnel-interpro-relatif-aux-structures-de-sante-pluripro.pdf>.

pouvons citer le Paiement en équipe de professionnels de santé (PEPS), l'Incitation à une prise en charge partagée (IPEP), et le paiement à l'Épisode de soins (EDS). L'expérimentation PEPS, substitutive au paiement à l'acte, consiste en « une rémunération forfaitaire collective des professionnels de santé en ville » en s'appuyant soit sur la totalité de la patientèle médecin traitant, soit sur celle comprenant les patients âgés de 65 ans et plus, soit sur celle comprenant les diabétiques. Au 1^{er} janvier 2022, 15 structures adhéraient à ce mode de financement¹⁶. L'expérimentation IPEP, complémentaire au paiement à l'acte, permet à des groupements de professionnels de recevoir un intéressement financier s'il définit « des actions à mettre en œuvre au service de [sa] patientèle [...] concernant l'accès aux soins, la coordination des prises en charge [...], la pertinence des prescriptions médicamenteuses [et] la prévention »¹⁷. Pour finir, l'expérimentation EDS établit un « forfait globalisé de l'ensemble des prestations réalisées par les acteurs impliqués dans la prise en charge [chirurgicale] d'un patient » nécessitant une colectomie pour cancer, une prothèse totale de hanche ou une prothèse de genou. Suite au dernier appel à candidature lancé, en janvier 2020, ce sont aujourd'hui 43 établissements qui participent à cette expérimentation¹⁸.

B. Le travail d'équipe, un choix des professionnels encadré par les politiques publiques et acteurs institutionnels

Travailler en équipe ne fait pas partie de la représentation véhiculée par l'exercice libéral. Nous avons tendance à nous représenter ces professionnels à travailler seuls dans un bureau, sans lien direct avec ses collègues. Les Maisons de santé pluriprofessionnelles sont venues bousculer cette vision historique de l'exercice des libéraux.

Pour se lancer dans la création d'une MSP, les professionnels s'engagent dans un parcours comprenant diverses étapes de réalisation pour être officiellement reconnus comme MSP. En effet, depuis que l'exercice collectif pour les professionnels libéraux a été défini dans le code de la santé publique en

¹⁶ DGOS, « Expérimentation d'un paiement en équipe de professionnels de santé en ville - PEPS », Ministère de la Santé et de la Prévention, 4 juillet 2023, <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/parcours-des-patients-et-des-usagers/article-51-lfss-2018-innovations-organisationnelles-pour-la-transformation-du/les-experimentations/article/experimentation-d-un-paiement-en-equipe-de-professionnels-de-sante-en-ville>.

¹⁷ DGOS, « Expérimentation d'une incitation à une prise en charge partagée - IPEP », Ministère de la Santé et de la Prévention, 19 août 2023, <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/parcours-des-patients-et-des-usagers/article-51-lfss-2018-innovations-organisationnelles-pour-la-transformation-du/les-experimentations/article/experimentation-d-une-incitation-a-une-prise-en-charge-partagee-ipep>.

¹⁸ DGOS, « Expérimentation d'un paiement à l'épisode de soins pour des prises en charge chirurgicales - EDS », Ministère de la Santé et de la Prévention, 4 juillet 2023, <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/parcours-des-patients-et-des-usagers/article-51-lfss-2018-innovations-organisationnelles-pour-la-transformation-du/les-experimentations/article/experimentation-d-un-paiement-a-l-episode-de-soins-pour-des-prises-en-charge>.

2007 (Cassou et al., 2021), cette reconnaissance officielle et la possibilité de percevoir des fonds de rémunération demande de suivre certaines étapes et répondre à quelques exigences administratives. Avant tout, le collectif doit nécessairement être constitué d'un minimum de deux médecins généralistes et d'un professionnel de santé paramédical tel qu'un infirmier, un masseur-kinésithérapeute, un orthophoniste, etc. Pour connaître les différentes étapes de création, l'ARS met à disposition des professionnels un portail d'informations nommé « Portail d'Accompagnement des Professionnels de Santé » (PAPS), diffusant les informations en vigueur suivant la région choisie, où l'on retrouve notamment celles sur la création et le fonctionnement d'une MSP¹⁹.

En amont de la création, le collectif est principalement en lien avec l'ARS qui, lorsqu'un groupe de professionnels montre de l'intérêt pour se constituer en MSP, peut venir à leur rencontre pour leur présenter ce qu'est une maison de santé, ce que cela implique et les démarches à réaliser (Réfèrent exercice coordonné, ARS 1). Le rôle de la CPAM reste très léger et « toujours à leur demande », voire inexistant à ce stade comme l'indique une référente exercice coordonné : « en amont de l'ACI c'est très dépendant des structures, il y en a qui ne veulent pas du tout avoir de relations avec nous, et d'autres où on a des échanges de temps en temps, ils nous sollicitent, reviennent vers nous mais c'est assez disparate et souvent ça se fait par le biais de l'ARS » (Conseillères techniques territoriales, CPAM 1). Dans un premier temps, les professionnels doivent transmettre à cette institution un document regroupant diverses informations sur leur projet d'organisation pluriprofessionnelle. Ils y présentent « quelle est leur idée et pourquoi ils en sont à cette démarche-là ». Une fois ce document transmis, il est analysé dans une Cellule d'appui régionale aux projets d'exercices coordonnés (CARPEC) où sont présents plusieurs partenaires intervenant en appui aux professionnels de santé : ARS, CPAM, les Unions régionales des professionnels de santé (URPS), ESSORT (fédération régionale bretonne des maisons de santé), GECO Lib' (une association intervenant dans l'accompagnement de l'exercice coordonné). Cette CARPEC émet un avis favorable ou défavorable suivant si la demande est bien construite, si le collectif a bien pensé à solliciter l'ensemble des professionnels du territoire et si le projet semble réaliste. D'après les propos de la référente interrogée, « ces commissions sont dans une démarche d'accepter beaucoup de demandes » en réponse à l'incitation nationale de créer de plus en plus de MSP dans le but de développer l'exercice coordonné (Réfèrent exercice coordonné, ARS 1). Nous pouvons nous interroger sur cette pratique : est-ce uniquement dans le but de répondre aux

¹⁹ « Créer une Maison de Santé Pluriprofessionnelle », consulté le 31 mai 2023, <https://www.bretagne.paps.sante.fr/creer-une-maison-de-sante-pluriprofessionnelle-4>.

Lucie LEBLANC - Mémoire de l'Université de Rennes - Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

besoins de soins coordonnés de la population ou les institutions sont-elles incitées à atteindre un nombre de MSP en fonctionnement sur leur territoire ?

Pour les collectifs souhaitant s'organiser en MSP et ayant reçu l'autorisation de la commission pour créer leur projet de santé, le parcours comprend dans un premier temps la création d'une association loi 1901 réunissant les professionnels souhaitant participer au projet et qui servira notamment à percevoir les fonds versés par l'ARS pour l'élaboration du projet de santé. L'association ainsi créée peut ensuite demander à bénéficier d'un accompagnement financier mais également d'un accompagnement méthodologique pour écrire son projet de santé. Le projet de santé est construit par les professionnels de santé et se structure autour de trois axes : l'organisation de l'accès aux soins, l'organisation du travail en équipe pluriprofessionnelle et l'organisation du partage d'informations²⁰. Les attendus de l'ARS reposent sur l'explicitation des raisons démontrant la plus-value apportée par ce travail coordonné, quelles pathologies vont faire l'objet d'un travail pluriprofessionnel, quelles réponses sont apportées aux problématiques de la patientèle, quel est le rôle de chacun, dans un objectif de comprendre l'intérêt de la création de cette MSP (Réfèrent exercice coordonné, ARS 1). Ces aspects doivent inclure les priorités de santé du territoire comme indiquées dans le Projet régional de santé (PRS) (Moyal, 2019).

Une fois le projet de santé écrit par le collectif, il est transmis à l'ARS qui va de nouveau l'examiner en CARPEC avec les mêmes partenaires mais avec une « instruction plus poussée » pour l'approuver, ou non. Si ce dernier reçoit un avis favorable, la MSP est officiellement reconnue (Réfèrent exercice coordonné, ARS 1). Après cette labellisation, deux choix s'offrent au collectif : en rester là et fonctionner comme tel, ou bien décider de signer l'ACI.

Pour les MSP choisissant de ne pas s'engager dans la contractualisation ACI, le collectif est en autonomie, l'ARS « n'a plus trop de connaissances sur ce qu'ils font », et de même pour la CPAM (Réfèrent exercice coordonné, ARS 1 ; Réfèrent exercice coordonné, CPAM 2).

Pour ce qui est des MSP faisant le choix de s'engager dans l'ACI, « ça passe par la CPAM, l'ARS n'est plus du tout compétente là-dessus », mais cette dernière reste tout de même signataire de l'accord financier final (Réfèrent exercice coordonné, ARS 1). Le collectif dispose donc d'une présentation des ACI par la CPAM où celle-ci leur explique « les tenants et aboutissants de ce contrat, qu'est-ce que ça implique, qu'est-ce que ça leur apporte », mais dispose également de projections financières afin de les aider à visualiser leur activité sur le long terme (Réfèrent exercice coordonné, CPAM 2). Nous pouvons noter que la méthodologie adoptée par la CPAM pour s'adapter aux professionnels rencontrés peut légèrement différer selon les départements. Une référente CPAM indique par

²⁰ « Créer une Maison de Santé Pluriprofessionnelle », consulté le 31 mai 2023, <https://www.bretagne.paps.sante.fr/creer-une-maison-de-sante-pluriprofessionnelle-4>.

exemple prendre l'habitude de présenter l'ACI en deux temps, un premier où « ils ne sont pas vraiment prêts mais ils veulent se rassurer », et un second où « ils sont beaucoup plus mûrs, quand le projet de santé est validé et qu'ils sont sûrs de vouloir s'engager » (Conseillères techniques territoriales, CPAM 1). Mais un point commun ressortant lors de tous les échanges avec ces institutionnels est que la présentation des ACI se fait à la demande du collectif, il ne s'agit pas d'une obligation formulée par les institutions, mais bien d'une demande et d'un choix du terrain (Conseillères techniques territoriales, CPAM 1 ; Référent exercice coordonné, CPAM 2).

Une fois l'ACI signé par les trois parties (MSP, ARS et CPAM), le collectif s'engage donc à remplir certains indicateurs socles, et donc conditionnant l'accès à la rémunération, et s'il le souhaite à compléter avec des indicateurs optionnels ouvrant le droit à des financements complémentaires.

Pour les accompagner dans ce parcours administratif, les professionnels peuvent compter sur quelques acteurs spécialisés dans ces exigences. Comme indiqué, les professionnels sont en lien avec l'ARS et la CPAM, institutions centrales dans la reconnaissance et la contractualisation ACI des MSP, mais ils peuvent également échanger avec ESSORT, GECO Lib' et des cabinets de conseil spécialisés en santé publique.

GECO Lib' est une association bretonne réunissant les « professionnels libéraux désireux de s'associer dans un exercice coordonné et de développer de nouvelles prises en charge pour les patients ». Une partie de ses missions rejoint l'exercice pluriprofessionnel puisque l'on compte l'apport de soutien, d'informations et de conseils à ces professionnels dans la mise en œuvre de leur projet, le partage d'expérience entre professionnels, et la participation à l'élaboration et à la mise en place de parcours de santé et d'actions de santé publique pluridisciplinaires²¹.

ESSORT, de son nom Equipe de Soins et ORganisation Territoriale, est la fédération régionale du mouvement AVEC Santé, fédération nationale de l'exercice coordonné. Créée en 2016, elle se donne pour mission d'accompagner les professionnels qui souhaitent se constituer en exercice coordonné (ESP, MSP, CPTS) en faisant ce que la professionnelle interrogée appelle de la « facilitation ». Cela consiste à « aller à la rencontre de ces professionnels qui ne savent pas trop par quel bout commencer et qu'est-ce que l'exercice coordonné pour décrypter tout ça et leur expliquer comment ça fonctionne ». Leur accompagnement se déroule également tout au long de la vie de la structure (Accompagnant 1).

La distinction entre ces 2 acteurs peut parfois s'avérer difficile au vu de la ressemblance de leurs missions et du fait qu'ils puissent parfois en échanger afin de poursuivre le suivi d'un collectif qu'ils connaissent via une de leurs missions précédentes. Ainsi, il a été précisé que, bien qu'une souplesse existe, ESSORT est missionné par l'ARS Bretagne pour accompagner l'exercice coordonné à l'échelle

²¹ Plus d'informations sur le site internet de l'association : <https://www.gecolib.fr/>

Lucie LEBLANC - Mémoire de l'Université de Rennes - Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

des MSP, tandis que GECO Lib' réalise cette même mission mais cette fois-ci à l'échelle des CPTS (ARS Bretagne, 2023). Les partenaires institutionnels les qualifient d'ailleurs « d'acteurs importants sur le territoire » qui se révèlent bien souvent être de « bons interlocuteurs avec certaines équipes qui seraient réticentes avec [les institutions] » (Conseillères techniques territoriales, CPAM 1).

En région Bretagne, il existe une politique d'accompagnement par des cabinets de conseil pour les collectifs souhaitant se constituer en MSP. Ils sont trois à être liés avec l'ARS Bretagne par un accord cadre qui définit notamment quelles seront leurs missions d'accompagnement et la rémunération qui va être perçue pour ce travail. Les collectifs souhaitant être accompagnés pour leur projet de santé se voient alors proposer une enveloppe de financement par l'ARS leur permettant de rémunérer un des trois cabinets labellisés qu'ils auront choisis, ainsi que dédommager le temps passé par les professionnels pour la création de la structure. Ce rôle peut être « nécessaire dans un premier temps pour les équipes qui ne se sentent pas d'écrire seules leur projet de santé et sans soutien » (Accompagnant 2).

Ces différents acteurs viennent en complément des informations et explications apportées par l'ARS et la CPAM afin de « simplifier le plus possible, essayer de vulgariser » (Accompagnant 2). Cet enjeu de vulgarisation du fonctionnement est réalisé tant par les associations (ESSORT et GECO Lib') que par les consultants qui tentent d'avoir un discours le plus simple possible et alimenté grâce à leur pratique de terrain. Pour la rédaction du projet de santé, les consultants viennent apporter une méthodologie dont les professionnels ne disposent pas forcément puisque comme le rappelle un de ces accompagnateurs, « ils sont formés à soigner des gens mais leur métier premier c'est pas de faire de la gestion de projet ». Ainsi la complémentarité s'opère entre les professionnels « qui ont les idées, [...] qui connaissent le territoire » et les consultants qui apportent « essentiellement de la méthodologie, mais aussi de l'expertise de santé publique » (Accompagnant 1).

Au final, cet accompagnement des professionnels permet d'apporter un réel soutien aux collectifs et la multiplicité des acteurs permet « plusieurs points de vue, plusieurs approches [...] qui sont complémentaires » (Accompagnant 1).

Nous pouvons néanmoins nous poser la question des motivations qu'ont les professionnels à se regrouper dans une même structure. Lors d'échanges sur leurs structures respectives, ces derniers ont mis en avant que leur choix d'exercer dans une MSP s'appuyait grandement sur « le travail pluriprofessionnel et l'échange de pratiques » (Coordinatrice, MSP 3), cette idée que l'on « travaille mieux à plusieurs que tout seul » (Médecin généraliste, MSP 1). En effet, ces professionnels apprécient le côté collectif, de « ne pas être seuls, de ne pas être isolés, de pouvoir échanger avec [leurs] pairs pour [leur] pratique ou pour des difficultés et d'avoir du soutien » (Médecin généraliste, MSP 1 ; Coordinatrice, MSP 4). Leur travail prend ainsi plus de sens en donnant « la possibilité de pouvoir

mettre en place des actions de prévention, de sensibilisation » qui prennent tout leur sens pour les professionnels mais également pour les patients (Directrice, MSP 2 ; Coordinatrice MSP 3). Ces échanges permettent également « d'échanger, de connaître les autres professionnels du territoire [ce qui est] facilitant dans les soins, [...] d'avoir des réponses à ses questions professionnelles, de faire du lien pour une meilleure approche du patient » (Coordinatrice, MSP 5).

Ainsi, le travail pluriprofessionnel semble grandement apprécié pour son côté de lien, d'échanges, de qualité du travail, et comme l'indiquent eux-mêmes les professionnels exerçant dans ces structures : « le fait qu'on se connaisse tous, ça n'a pas de prix » (Coordinatrice, MSP 5), « on a besoin des autres psychologiquement et qualitativement » (Médecin généraliste, MSP 1). En effet, les interactions entre professionnels de santé sont fréquentes et nécessaires à la prise en charge. Le médecin généraliste constitue bien souvent une des parties de la discussion avec notamment le pharmacien, un médecin spécialiste, un infirmier libéral ou encore une assistante sociale (Schweyer, 2010). Mais ces regroupements sont aussi appréciés pour le soutien psychologique que peuvent s'apporter mutuellement ces professionnels. Il s'agit là d'un élément ressorti dans d'autres études menées, notamment en sortant de l'isolement professionnel et en trouvant un « confort d'exercice » dans ces relations et échanges (Fournier, 2015).

Nous noterons tout-de-même que certains projets sont initiés par d'autres personnes que des professionnels comme l'indique un consultant accompagnant la création des MSP, ce qui complique la démarche avec des professionnels moins investis :

« Des fois la demande émane des élus qui veulent construire des locaux et comme eux veulent avoir des subventions pour faire baisser le coût de la structure, demandent aux professionnels de se former et de créer une MSP pour avoir un projet de santé validé qui permettent d'aller chercher les subventions, donc quelques fois les professionnels à la base n'avaient pas un projet de coordination bien formalisé [...] donc c'est plus compliqué » (Accompagnant 1).

Exercer en Maison de santé pluriprofessionnelle demande aux membres du collectif de s'engager dans un projet demandant une certaine préparation en amont de la reconnaissance officielle de la structure. Ces professionnels, en lien avec les autorités sanitaires, sont souvent accompagnés ou conseillés par des acteurs spécialisés dans la création de ces structures et qui en connaissent bien le fonctionnement pour les aider à créer un projet de santé qui concilie leurs souhaits d'exercice et les priorités de santé sur leur territoire. Mais ce choix d'exercice pluriprofessionnel est également un bouleversement dans leurs fonctionnements respectifs car non seulement il s'agit de travailler avec d'autres professions, ce

Lucie LEBLANC - Mémoire de l'Université de Rennes - Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

qui n'est pas le propre de leur formation qui est réalisé entre pairs et dont les stages sont bien souvent réalisés uniquement dans le cadre de l'exercice de la formation étudiée, mais aussi le mode de rémunération des professionnels est bien souvent amené à évoluer. En effet, le professionnel peut se voir verser une rémunération provenant de l'ACI, si la structure y adhère, ou de fonds d'appels à projets par exemple, pour sa participation à une action menée par la MSP. Sa rémunération n'est donc plus quasi-uniquement composée du paiement à l'acte, rémunération historique et principale des professionnels libéraux. Une dernière étape à laquelle sont confrontés les professionnels engagés dans la démarche de création de la structure concerne le moyen de financement du fonctionnement, de l'organisation et du développement des actions. Le collectif se retrouve alors nécessairement confronté au choix de s'engager ou non dans l'ACI, seul mode de rémunération pérenne de ces structures d'exercice coordonné. Mais comment ces professionnels sont-ils amenés à choisir de s'engager ou non dans ce mode de rémunération ? Quels sont les facteurs ressortant de leurs impressions et retours d'expérience ?

II. L'ACI : une perception variable

L'ACI, apparu en 2017, ne fait pas consensus parmi les professionnels de santé libéraux. Leurs discours sur cet accord tripartite montrent pour certains une totale méconnaissance quant à son fonctionnement, qui induit bien souvent une peur dans l'engagement. Pour d'autres, cet outil comporte des critères qui ne favorisent pas leur engagement, ou qui ne les satisfont pas une fois le contrat tripartite signé. Mais il ressort également des échanges avec les équipes en MSP, mais également avec les acteurs intervenant dans leur accompagnement, qu'un certain nombre d'avantages sont constatés par les professionnels engagés dans cet accord tripartite leur ouvrant droit à des rémunérations complémentaires à leur travail de consultations classiques.

A. La compréhension de l'outil, un préalable à l'engagement

L'ACI octroie un financement aux Maisons de santé « en fonction d'indicateurs obligatoires et optionnels » qui leur permet d'obtenir « un certain nombre de points qui leur donnent un certain nombre de financements pérennes sur au moins 5 ans » (Référént exercice coordonné, ARS 1). Cette explication communiquée par une chargée de mission à l'ARS résume l'ACI en une phrase mais ne permet pas la compréhension du mode d'attribution des points, ni à quelle rémunération cela donne droit. En effet, une explication de l'ACI précisant tous ses aspects incluant ces points et financements correspondants demande un temps considérable et une attention accrue du destinataire de ces informations. Ainsi, lorsque l'on évoque cet outil avec les professionnels de santé, beaucoup ne connaissent pas bien l'outil comme nous l'indique une intervenante de ESSORT qui vient en appui aux professionnels dans leur projet de MSP : « c'est rare qu'une équipe nous appelle pour créer une maison de santé et qu'elle soit déjà au courant des ACI, ils sont vaguement au courant que ça peut donner lieu à des financements assez pérennes [...] il n'y a pas une véritable connaissance au début, elle vient avec le temps ». Le rôle des acteurs intervenant dans l'accompagnement de ces équipes consiste alors à « essayer de vulgariser », « redétricoter et réexpliquer simplement les ACI » pour réduire leurs craintes qui sont parfois « non fondées » comme le précise un acteur intervenant dans l'accompagnement de ces collectifs, ce que ce dernier justifie par un manque de connaissances sur le sujet (Accompagnant 1 ; Accompagnant 2). Face à cette méconnaissance, les acteurs de la CPAM tentent de s'adapter au mieux. Des conseillères techniques territoriales intervenant auprès des MSP bretonnes mettent en avant leur compréhension du « besoin de fédérer et de comprendre ce que c'est avant de rentrer dans le vif du sujet avec le nombre de points, la valorisation ou pas, le nombre de protocoles... ». Elles

évoquent alors leur choix de présenter cet ACI en deux temps pour « éviter de les embrouiller et de leur faire peur » : une première fois lorsqu'ils « ne sont pas vraiment prêts mais ils veulent se rassurer », puis une seconde « quand ils sont beaucoup plus mûrs, quand le projet de santé est validé et qu'ils sont sûrs de vouloir s'engager » (Conseillères techniques territoriales, CPAM 1). Malgré tout, les présentations institutionnelles s'avèrent bien souvent complexes pour les professionnels qui ne les trouvent pas claires et ont toujours « peur d'être engagés dans quelque chose qui les contraigne et qui [pourrait] leur coûter de l'argent » (Coordinatrice, MSP 4), ce qui est appuyé par un acteur intervenant dans l'accompagnement de ces collectifs :

« La présentation qui est faite par l'assurance maladie que ce soit au début, au milieu, ou en cours, c'est une présentation qui est faite à des gens pour qui c'est du chinois, des professionnels de santé à qui on parle de SISA, d'ACI, d'indicateurs, de points... à moins de tomber sur des professionnels qui sont dans des URML, des syndicats, donc qui connaissent un peu tout ça, mais le professionnel de santé lambda on lui parle globalement chinois donc de toutes manières l'ACI il faut 3, 4, 5 explications avant que les gens percutent vraiment ce que c'est, les impacts, ce que ça implique, les financements, tout ça c'est pas leur quotidien » (Accompagnant 1).

En effet, il ressort qu'il y aurait un petit écart entre les discours de la CPAM et les discours des acteurs accompagnant les collectifs ; la présentation de la CPAM semblerait être plus institutionnelle, « moins sur le terrain », et « assez technique ». A l'inverse, les acteurs accompagnant les équipes mettent en avant leur avantage de connaître « un ACI de terrain », ce qui semblerait leur permettre d'expliquer la différence entre « le principe de l'ACI et l'ACI dans la vraie vie », c'est-à-dire comment les MSP vont pouvoir concrètement mettre en place les indicateurs et comment justifier ces derniers auprès des institutions (Accompagnant 1 ; Accompagnant 2). Mais cette peur de l'engagement peut également reposer sur l'apparition de nouvelles compétences dans leur exercice. Leur cœur de métier repose sur le soin, or à travers l'ACI il est par exemple demandé à ces mêmes professionnels de gérer un budget collectif, une chose qui ne leur est pas familière, hormis si un des professionnels a déjà participé à la gestion d'une structure associative auparavant (Accompagnant 1). L'engagement dans l'ACI n'exige donc pas seulement des professionnels de s'informer sur le sujet mais requiert de maîtriser de nouvelles notions, ce qui passe par un apprentissage supplémentaire pour maîtriser l'outil. Cet apprentissage se fait donc par le biais des différentes présentations faites par les institutions et les acteurs intervenant dans leur accompagnement, mais peut également être réalisé par les pairs ou par

de l'information personnelle, ce qui demande du temps. La compréhension de l'outil ACI nécessite donc un réel engagement des professionnels.

Ainsi, il semble important que de nombreux acteurs, institutionnels et non institutionnels, se mobilisent pour expliquer l'ACI et son fonctionnement puisqu'il semble nécessaire que les collectifs disposent de plusieurs explications différentes pour saisir réellement les enjeux et les impacts d'un tel outil. De plus, la multiplicité des explications permet aux professionnels de disposer de « plusieurs points de vue [et] approches pour présenter l'ACI qui sont complémentaires » (Accompagnant 1). Lors des échanges, une coordinatrice en MSP a également relevé l'importance de faire intervenir des pairs, déjà organisés en MSP, pour partager leur vécu et ainsi faciliter l'engagement, ce qui s'explique par le fait que les échanges de pair à pair soient plus facilement entendus et rassurent les destinataires, mais également que ces échanges se basent sur une expérience qui facilite l'apprentissage (Coordinatrice, MSP 3).

B. Des craintes partagées et des constats décevants une fois l'engagement effectué

Si pour certains professionnels rencontrés s'engager dans l'ACI semble logique, ressort comme « un vrai enrichissement » (Directrice, MSP 2) ou encore « hyper intéressant » (Coordinatrice MSP 3), beaucoup de collectifs y restent réticents dans un premier temps, et certains continuent durant de nombreuses années leur organisation indépendamment de ces financements. Ces craintes en amont de la contractualisation peuvent être vues comme « légitimes » car induisant des changements organisationnels, des relations rapprochées avec les autorités sanitaires ou encore de nouvelles missions, tandis que d'autres sont davantage « non fondées parce que les collectifs manquent de connaissances » ou encore puisqu'elles proviennent « du bouche à oreille » (Accompagnant 1).

Des échanges menés avec les MSP bretonnes font ressortir des craintes diverses et variées que peuvent éprouver les collectifs, et plus ou moins partagées.

La crainte d'un manque de liberté d'action et d'une dépendance vis-à-vis des institutions sanitaires

Une des craintes les plus ressorties à propos de l'engagement dans l'ACI repose sur le fait d'avoir des « comptes à rendre à l'assurance maladie » (Conseillères techniques territoriales, CPAM 1), d'être redevables, ce qui est souvent perçu comme quelque chose de « contraignant » (Coordinatrice, MSP 3), « compliqué » et qui leur fait peur (Coordinatrice, MSP 4). Comme l'ont déjà constaté Isabelle Bourgeois et Cécile Fournier, « la perspective de relations avec une administration, quelle qu'elle soit,

Lucie LEBLANC - Mémoire de l'Université de Rennes - Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

les incite à ne pas s'engager dans une telle démarche » (Bourgeois & Fournier, 2020). Une coordinatrice de MSP ayant échangé avec des professionnels réfractaires à l'ACI indique que les arguments reposent sur le fait que « [les professionnels en MSP sont] en train de se faire phagocyté par les institutions, qu'[ils] vont perdre [leur] indépendance » (Coordinatrice, MSP 4). Une infirmière faisant partie d'un collectif montant une MSP compare l'ACI à « une épée de Damoclès » qui contraindra fortement les professionnels dans leurs pratiques d'aujourd'hui et de demain si l'équipe fait le choix de s'y engager (MSP 6). En effet, de nombreux professionnels libéraux revendiquent le fait de vouloir conserver leur autonomie (Référént exercice coordonné, ARS 1), ce qui est bien connu par les institutions sanitaires (ARS et CPAM), mais également par les acteurs intervenant dans l'accompagnement des MSP tels que la fédération bretonne des pôles et maisons de santé ESSORT, ou encore les cabinets de conseil. Les équipes ont ainsi « l'impression d'avoir à cocher des cases » (Accompagnant 2) ne leur donnant pas forcément de grande liberté, et ne leur donnant pas l'impression de tout maîtriser comme ils ont pu en avoir l'habitude dans la gestion de leur activité, pourtant déjà financée indirectement et en partie par l'assurance maladie. Les échanges dénoncent que depuis la parution du nouvel avenant, bien qu'il s'agisse d'indicateurs optionnels, certains thèmes sont « fléchés sur les thèmes de l'assurance maladie », obligeant donc les MSP à développer la mission d'insuffisance cardiaque ou la mission « retrouve ton cap » concernant l'obésité pour obtenir une partie des financements proposés, « mais pourquoi ces deux-là ? » s'étonne un acteur accompagnant ces collectifs (Accompagnant 1). La littérature fait déjà état d'une absence de consensus quant aux choix des actions à développer. Les professionnels « souhaitent développer des protocoles [...] qui leur seront utiles au quotidien », tandis que les institutions « n'acceptent de financer uniquement des projets fléchés sur des priorités de santé publique inscrites dans leur Plan régional santé » (Fournier, 2019). Il ressort également « qu'il y a un certain nombre de réunions imposées » (Accompagnant 2), bien qu'elles ne soient que de six réunions sur un an, tandis qu'un membre de MSP indique que « certains pensent qu'on peut parler sans que la CPAM soit informée » (Directrice, MSP 2). Les professionnels se montrent également méfiants sur le fait que l'assurance maladie aurait un « droit de regard [sur] la répartition des financements » (Accompagnant 2), quand bien même cette dernière ne dispose d'aucune information sur l'utilisation des financements. En effet, les financements octroyés aux MSP reposent sur la validation d'indicateurs suite à la transmission de tout justificatif prouvant l'engagement de la MSP sur la thématique en question, mais en aucun cas les autorités sanitaires ne peuvent contrôler la manière dont sont utilisés ces financements. Alors les professionnels, bien qu'ils puissent émettre des peurs sur leur liberté d'action dans l'obtention des financements, disposent ici d'une réelle maîtrise de la manière dont les financements vont pouvoir être utilisés. Ils pourront être

utilisés dans le cadre de la valorisation du critère qui a permis de les obtenir, mais pourront également financer certaines actions ou activités non reconnues par l'ACI.

Cette démarche de justification et d'engagement envers les institutions sanitaires vient en opposition avec le choix d'exercice en libéral qu'ont fait ces professionnels, « souvent justifié par un refus de la hiérarchie et le souci d'être indépendant d'une autorité sanitaire pour définir son travail » (Laude et al., 2018). Ces nouveaux aspects viennent ainsi bouleverser la conception de l'exercice libéral « jusqu'alors épargné par des tentatives de régulation », qui est qualifié par Anne Moyal d' « exercice libéral sous contrainte » (Moyal, 2021).

Hormis le fait que de nombreuses équipes craignent de voir leur liberté réduite par la dépendance vis-à-vis des autorités sanitaires, plusieurs points sur l'investissement demandé sont mis en avant par les professionnels. Le fait de se constituer en SISA en est un, car indispensable à la contractualisation.

Un cadre juridique perçu comme contraignant : la SISA

Comme expliqué plus haut, pour percevoir les financements de l'ACI les professionnels de la MSP doivent se constituer en Société interprofessionnelle de soins ambulatoires. Cette structure juridique vient donc s'ajouter à leur association loi 1901 déjà créée. Les échanges avec différentes personnes investies dans la thématique des MSP montrent que cette obligation pour s'engager dans la contractualisation freine de nombreux professionnels de santé. Une coordinatrice de MSP indique que « devenir une SISA avec ACI [correspond à] beaucoup d'appréhension des professionnels de santé » (Coordinatrice, MSP 5). Cela s'explique par « la lourdeur juridique » (Conseillères techniques territoriales, CPAM 1) qui « génère de l'angoisse » (Accompagnant 1). D'une part « parce que ce sont des professionnels libéraux » comme l'appuie un acteur intervenant auprès des MSP (Accompagnant 2) et que toutes ces démarches sont perçues comme une réponse aux demandes des autorités sanitaires, ce qui vient en opposition avec leur choix d'exercer en libéral qui repose pour certains sur le fait de ne pas dépendre des institutions. D'autre part parce que cette création de structure juridique est jugée par les professionnels et institutionnels comme juridiquement « un peu compliquée » (Conseillères techniques territoriales, CPAM 1) puisqu'il s'agit de s'associer dans une société, de se répartir des parts, de rédiger des statuts ou encore de désigner un responsable de cette société. Il nous a été confié que « les gens voient ça comme une prison la SISA », ce qui ne les conforte pas dans leur décision de s'orienter ou non vers l'ACI. En effet, les professionnels s'inquiètent souvent du fait de ne pas pouvoir sortir de cette société et ainsi d'être lié aux autres professionnels pour une durée

indéterminée (Accompagnant 1). Pourtant, sans cette structure juridique créée et rendue obligatoire en 2011, les professionnels ne peuvent percevoir les financements relatifs à leur organisation et aux actions mises en œuvre en faveur de leur patientèle.

Ainsi, il semblerait que cette peur de s'engager dans une structure juridique ne réside pas dans la SISA elle-même mais qu'elle soit directement liée à la méconnaissance de son fonctionnement et des droits relatifs à son appartenance dont chacun disposera. Le fait de se lier à d'autres professionnels, parfois inconnus jusqu'à la création de la MSP, entraîne une méfiance quant aux responsabilités qui vont être endossées par chacun, et donc aux risques encourus. Face à l'inconnu et la peur qui en résulte, les professionnels en MSP jugent alors ce cadre contraignant et pour certains d'entre-eux ne font pas le choix de s'engager dans l'ACI. Mais cette méfiance de la structure juridique ne pourrait-elle pas plutôt relever d'une défiance envers les autorités sanitaires ? Lorsque nous analysons les arguments soulevés par les professionnels, nous pouvons émettre l'hypothèse que ces derniers expriment davantage une défiance envers les autorités pour ne pas se voir imposer de nouvelles règles de fonctionnement. Certains professionnels expriment à ce sujet une peur de s'engager dans l'ACI qui repose sur une méfiance de ce qui va être demandé dans les années à venir dans le cadre de cette contractualisation (MSP 6). Le fait de refuser les changements demandés pour l'engagement ACI ne reflète-t-il pas une réticence dans le but de ne pas accepter trop de contraintes qui pourraient se multiplier dans les années à venir si la négociation s'avère trop facile pour les autorités sanitaires ?

Notons que l'argument de la peur de la SISA paraît surprenant dans la mesure où de nombreux professionnels de santé libéraux se sont actuellement associés dans ce que l'on nomme une Société Civile de Moyens (SCM). Il s'agit d'une forme juridique réservée aux professionnels libéraux qui permet de gérer en commun des moyens matériels pour leur exercice professionnel (mobiliers, électricité, fournitures, abonnements, etc.) et ainsi de réduire les coûts²². Ainsi, au sein d'un cabinet médical ou bien d'un cabinet de masseurs-kinésithérapeutes, les professionnels partagent bien souvent une même SCM. Alors quelle différence avec une SISA si ce n'est l'obligation de cette structure en particulier imposée par les institutions pour la perception des financements ?

En poursuivant l'analyse des propos recueillis, nous identifions un second point que les professionnels retiennent quant à la mise en œuvre concrète de leur projet : le temps demandé pour la mise en place des actions. Le projet de santé a été construit par l'équipe suivant les besoins de leur territoire et leur patientèle, et inclut des modalités d'organisation mais également la mise en place d'actions visant à

²² Direction de l'information légale et administrative, « Régime fiscal d'une société civile de moyens (SCM) », 21 avril 2023, <https://entreprendre.service-public.fr/vosdroits/F32042>.

préservent et/ou améliorent la santé de leurs patients. Mais ces actions demandent aux professionnels de mobiliser une partie de leur temps de travail ou de leur temps personnel pour les mettre en application.

Un planning professionnel déjà chargé et auquel se rajoutent de nouvelles tâches

Les rémunérations perçues dans le cadre de l'ACI « dédommagent le temps passé aux nouvelles activités administratives et de coordination qu'implique l'exercice pluriprofessionnel » (Moyal, 2019). Seulement, à l'image de nombreuses professions libérales qui ne comptent pas leurs heures, une étude de la DREES parue en 2019 révèle que « les médecins généralistes déclarent travailler en moyenne 54 heures lors d'une semaine de travail ordinaire »²³. Et comme l'indique une coordinatrice de MSP, « les professionnels libéraux ils ont beaucoup d'heures, [l'ACI] c'est un temps qu'on leur demande en plus de leur activité » (Coordinatrice, MSP 5). Alors ils se méfient de l'engagement dans l'ACI, « ils s'en font une montagne » (Accompagnant 1) puisque cet accord est bien souvent assimilé par les collectifs à un grand nombre de réunions et une surcharge de travail (Conseillères techniques territoriales, CPAM 1). Une infirmière faisant partie d'un collectif en cours de création d'une MSP trouve ces financements « fantastiques » mais se demande bien qui aura le temps nécessaire pour le gérer (MSP 6). Cette peur du manque de temps nous est également confirmée par un médecin généraliste en MSP fraîchement constituée : « dire aux gens : « on fait des réunions pour améliorer la prise en charge des patients et tout ça », ça veut dire que tout le monde soit disponible au même moment et c'est très compliqué, on est surbookés » (Médecin généraliste, MSP 1).

Comme relevé lors de ces échanges, une MSP « suppose du temps et des moyens » (Médecin généraliste, MSP 1). C'est pourquoi les acteurs en relation avec ces professionnels n'hésitent pas à rappeler l'importance d'une coordinatrice pour les soutenir dans la gestion des projets tant sur le plan partenarial ou administratif que dans la centralisation des besoins et des propositions (Conseillères techniques territoriales, CPAM 1). Ce poste de coordination est par ailleurs un des quatre critères socles nécessaires pour s'engager dans l'ACI. Habitée aux plannings très chargés des professionnels de sa structure, une coordinatrice souligne l'importance de « trouver des moyens pour que les réunions ne soient pas trop fréquentes non plus », pour maximiser la présence des professionnels à chacune des réunions où les uns et les autres souhaitent s'investir ou disposent de compétences utiles,

²³ DREES, « Deux tiers des médecins généralistes libéraux déclarent travailler au moins 50 heures par semaine », mai 2019, https://www.orspaysdelaloire.com/sites/default/files/pages/pdf/panel_mg_nat_PDF/2019_panel_mg_er1113.pdf.

et ainsi ne pas les décourager face à un investissement demandé trop important (Coordinatrice, MSP 3).

Ainsi, face à ces interrogations et ces impressions de ne pas être encore en mesure de tout mettre en œuvre, du moins dans un premier temps, certains collectifs font le choix de ne pas contractualiser immédiatement lors de la création de leur structure pour s'approprier son fonctionnement.

Une volonté pour certaines équipes de prendre le temps de mûrir et de se saisir de ce nouveau fonctionnement pluriprofessionnel

La création de la Maison de santé demande du temps aux professionnels mais leur demande également de s'adapter à un nouveau mode de fonctionnement, à de nouvelles exigences, à une pratique de leur exercice qui diffère de la pratique essentiellement monoprofessionnelle. Ainsi, une fois que la MSP est créée, un consultant rapporte que les professionnels peuvent décider de ne pas vouloir d'ACI sur le moment pour se construire petit à petit une méthode de fonctionnement et ainsi définir au fur et à mesure une organisation permettant de valider les indicateurs de l'ACI (Accompagnant 1). Ce moment leur permet de prendre le temps de réaliser les démarches nécessaires à l'engagement dans l'ACI comme créer la SISA, recruter une coordinatrice qui prendra son poste lorsque l'ACI sera perçu par la structure ou encore acquérir le système d'information. Bien que la contractualisation ne demande pas une atteinte de tous les critères socles lors des deux premières années de fonctionnement (cf. paragraphe suivant), les collectifs peuvent se sentir rassurés et autorisés à prendre leur temps sur ces critères qui vont ensuite conditionner le versement de la rémunération. Un médecin en MSP récemment constituée conforte ces propos : « on va le faire mais ça prend du temps et ce qu'on veut c'est travailler sereinement et pas toujours plus vite [...] petit pas par petit pas » (Médecin généraliste, MSP 1). En effet, dans ces cas où la MSP vient d'être créée « [les professionnels] ont à peine eu le temps de faire vivre leur association » (Accompagnant 1). Une coordinatrice en MSP indique d'ailleurs à ce sujet que suivant qu'il s'agisse d'une équipe mature, ayant déjà l'habitude de fonctionner ensemble, ou de professionnels libéraux de ville qui ne sont pas au fait du travail pluriprofessionnel, « c'est pas du tout le même discours ». Elle précise que « si c'est une ESP je leur dis qu'il faut signer les ACI, que ça va les aider », tandis que pour des professionnels de santé

libéraux elle indique qu' « il faut qu'ils construisent un projet de santé, [...] il faut qu'ils définissent leur projet, qu'ils sachent combien ils vont être » (Coordinatrice, MSP 4).

Ainsi, la maturité de l'équipe semble être un point important d'après certains professionnels pour contractualiser et obtenir l'ACI.

En réponse à cette mise en fonctionnement progressive, la MSP peut cependant disposer d'un fond de mise en œuvre versé par l'ARS bretonne sur la période transitoire entre la validation du projet de santé et la signature des ACI, sous réserve que cette temporalité ne soit pas trop longue. Ce financement vise alors à aider les équipes dans cette transition qui demande de faire le lien avec les institutions quand les professionnels « viennent tout juste de créer leur structure [et] ont besoin d'un petit peu de temps de coordination pour que tout se mette en place » (Référént exercice coordonné, ARS 1).

Cet argument de prendre le temps de répondre progressivement aux critères de la contractualisation avant de s'y engager montre que pour les structures, bien que certains critères soient facilement valorisables car correspondant à leur fonctionnement, d'autres ne faisaient pas partie de leur ancien fonctionnement et donc leur demande de changer progressivement certains aspects de leur activité professionnelle.

Prendre son temps permet également de disposer d'un fonctionnement auquel les professionnels ont eu le temps de s'habituer et qui est compatible, du moins sur le court terme, financièrement avec leur activité. Cela peut notamment les aider face à la première année de la contractualisation que certains collectifs trouvent difficile du point de vue de la rémunération allouée et des dépenses qui peuvent s'avérer plus importante lors du démarrage.

Première année compliquée

Une fois le contrat d'engagement signé et les critères respectés, la MSP reçoit son financement ACI. Seulement, lors des entretiens il ressort « [qu']il y a un enjeu sur les temporalités de versement parce que la première année [est] très difficile » (Accompagnant 2). En effet, les financements n'étant versés qu'à une période fixe par année, le collectif signant l'ACI ne dispose donc que de la somme correspondant à la période restant à se dérouler avant la prochaine échéance nationale de versement. Seulement, au début de leur fonctionnement « [les professionnels] ont beaucoup de choses à faire, à mettre en place » (Conseillères techniques territoriales, CPAM 1), ce qui peut rendre cette première année difficile financièrement. Pourtant, l'Accord conventionnel interprofessionnel relatif aux structures de santé pluriprofessionnelle prévoit dans son article 8.3. des dispositions spécifiques de

Lucie LEBLANC - Mémoire de l'Université de Rennes - Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

2022-2023

versement des financements dans le cas des nouvelles structures. Ainsi, les MSP ayant déposé leur projet de santé à l'ARS depuis moins d'un an disposent de conditions de versement des financements plus souples. A ce titre, durant les deux premières années de leur contractualisation, ces dernières peuvent prétendre à la rémunération ACI dès lors que deux des quatre critères définis comme socle dans le texte (Horaires d'ouverture et soins non programmés, fonction de coordination, réponse aux crises sanitaires graves, système d'information de niveau standard) sont atteints. De plus, durant ces deux années, la structure est assurée de percevoir à minima 20 000 €, dont 12 000 € lors du versement de l'avance dans les trois mois suivant la contractualisation²⁴. Ainsi, des mesures sont prises pour les structures récemment en fonctionnement. Seulement, ces dernières peuvent avoir de nombreuses dépenses relatives à leur création et récente installation. En effet, certaines équipes font le choix d'indemniser les réunions qui ont été réalisées en amont pour formaliser le projet de santé, le temps passé à recruter une coordinatrice, mais également de prendre en charge certaines dépenses afférentes à l'achat de petit matériel nécessaire à leurs actions pluriprofessionnelles (vidéoprojecteur, impression de flyers, etc.). Ces structures doivent ainsi veiller à l'équilibre entre leurs dépenses et les ressources dont elles disposent pour ce début d'activité pluriprofessionnelle.

C. Des améliorations souhaitées par les équipes pour faciliter l'utilisation de l'outil et le fonctionnement pluriprofessionnel

Lors des échanges, les différentes personnes interviewées, qu'elles soient des professionnels exerçant en MSP, des institutions ou encore des acteurs intervenant dans l'accompagnement des professionnels en MSP, ont mis en exergue plusieurs aspects de l'ACI qui pourraient être améliorés pour faciliter son utilisation et le fonctionnement des professionnels.

Le système d'information partagé, un outil conditionnant la relation tripartite qui ne semble pas adapté au fonctionnement de tous les professionnels au sein des équipes

Le système d'information partagé, indicateur socle de l'ACI, constitue un véritable frein à l'engagement dans l'ACI des professionnels. En effet, il est reconnu pour être « la bête noire » de l'ACI (Accompagnant 2) puisque pour les professionnels ce changement « leur semble être une montagne »

²⁴ « Avis relatif à l'avenant n° 1 à l'accord conventionnel interprofessionnel relatif aux structures de santé pluriprofessionnelles signé le 20 avril 2017 » (2022), <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000046132269>.

(Accompagnant 1). Les équipes mettent en avant qu'à l'heure actuelle les professionnels sont contraints de le choisir parmi une liste imposée de logiciels labellisés et dont les solutions « ne sont pas très adaptées » (Accompagnant 2). En effet, une coordinatrice en MSP rapporte que « le logiciel n'est pas forcément adapté à toutes les professions, il est surtout adapté aux médecins, ceux qui sont labellisés c'est très médical, donc les paramédicaux ils ne l'utilisent pas ». En effet, dans une autre MSP, un médecin confirme que bien que chaque professionnel dispose du logiciel, les infirmières n'y voient pas d'intérêt dans leur activité donc ne l'utilisent pas (Médecin généraliste, MSP 1).

Suite à ces constats, les professionnels en MSP, les acteurs les accompagnant et les institutionnels s'accordent sur le fait que ce soit un système perfectible. Nous nous retrouvons donc dans une situation où parce que l'indicateur conditionne le versement des ACI, les professionnels en MSP acquièrent un logiciel partagé labellisé. Seulement, ce logiciel est payé avec les financements dont disposent les MSP dans le cadre de l'ACI, soit avec de l'argent public. Ainsi, l'argent public se retrouve à être utilisé « pour financer de manière aberrante des systèmes d'information partagés qui ne fonctionnent pas bien » et dont certains ne vont pas être utilisés par les professionnels (Accompagnant 2 ; Conseillères techniques territoriales, CPAM 1). Les professionnels se disent plus enclins à s'engager dans une contractualisation leur permettant de disposer de rémunérations si le logiciel était adapté à leur activité.

Ce point se rapproche avec le précédent où les professionnels ont l'impression de cocher des cases pour disposer du financement. Ici un acteur accompagnant des équipes évoque cette incohérence : « on se retrouve dans quelque chose de complètement absurde où pour cocher la case [l'indicateur socle « Système d'information niveau standard »] il faut avoir une facture » (Accompagnant 2). Cet interlocuteur cherche à montrer que pour disposer de financements permettant de mener des actions et valoriser le travail pluriprofessionnel, les collectifs sont obligés de s'engager dans l'acquisition d'outils – le système d'information partagé – dont ils ne voient pas l'intérêt, et qu'ils n'utilisent parfois pas, et d'en fournir la preuve – la facture. Seulement, s'ils n'investissent pas dans cet outil, les rémunérations correspondant aux services et projets offerts à la patientèle de la MSP ne pourront être acquises.

Ainsi, la question du système d'information partagé s'avère perfectible pour permettre aux professionnels d'utiliser ces logiciels dont ils font l'acquisition sans pour autant y trouver leur bonheur. Il en va, d'après les échanges menés, de l'importance de la répartition de l'argent public. Les professionnels ne se retrouvant pas dans cet indicateur estiment que l'ACI n'est pas encore un outil assez évolué pour comprendre leurs besoins de terrain et financer ce qui aurait vraiment besoin de l'être. L'idée de s'engager dans un outil qui ne correspond pas totalement à leurs pratiques ne leur semble pas attrayant, un sentiment exacerbé par le fait que l'ACI puisse évoluer dans les années à

venir comme cela a été le cas récemment et ainsi potentiellement rajouter de nouveaux indicateurs qu'ils jugent incohérents avec leur activité.

Une organisation centrée sur le médecin traitant qui ne permet pas de valoriser le travail des autres professionnels

Les MSP en fonctionnement sont actuellement majoritairement « centrées sur les médecins généralistes » (Hassenteufel et al., 2020) et c'est bien une perspective d'amélioration que les différents acteurs mettent en évidence. En effet, il ressort que bien qu'une MSP soit présentée comme structure pluriprofessionnelle, « il y a certains indicateurs [de l'ACI] qui sont centrés sur le médecin traitant » (Conseillères techniques territoriales, CPAM 1). D'un côté, il y a l'obligation d'avoir un minimum de deux médecins généralistes dans l'équipe qui pose problème. Cela peut mettre en difficulté l'équipe qui, suite à un départ d'un ou plusieurs de ces professionnels, ne se retrouve plus dans les normes imposées et par conséquent « n'a plus les moyens pour la mise en œuvre de son projet de santé » (Référént exercice coordonné, ARS 1). Bien que l'article L. 4041-4 du Code de la santé publique indique que lorsqu'une SISA ne compte plus qu'un médecin en son sein, un délai de 6 mois est autorisé pour retrouver un médecin associé, délai qui peut être reconduit à une reprise par le tribunal²⁵. Cependant, le nombre imposé de médecins généralistes peut poser problème comme le souligne un médecin partant prochainement à la retraite :

« Notre souci à nous c'est la durée dans le temps de la MSP parce que là mon collègue [médecin] est parti en retraite il y a une semaine, moi je pars bientôt, donc il ne reste que mes 2 autres collègues et on est en zone désertique donc si on veut que le truc n'explose pas il faut trouver des médecins » (Médecin généraliste, MSP 1).

Les professionnels en MSP mettent également en avant qu'un certain nombre d'indicateurs voient leur rémunération correspondante associée au nombre de médecins traitants dans la structure. Ainsi, une coordinatrice indique que parfois les financements sont assez contraints car dans l'équipe il n'y a que deux médecins, ce qui pénalise les vingt-cinq paramédicaux restants et qui souhaitent mettre en place de nombreuses actions pour leur patientèle (Coordinatrice, MSP 4). La valorisation des Réunions de concertation pluriprofessionnelles (RCP) fait également l'objet de critiques en vue d'une amélioration

²⁵ « Article L4041-4 - Code de la santé publique », consulté le 20 août 2023, https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043499871.

Lucie LEBLANC - Mémoire de l'Université de Rennes - Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

sur la prise en compte des paramédicaux et non uniquement des médecins traitants. En effet, actuellement seules les RCP réalisées avec au moins un médecin généraliste sont valorisées. Seulement une coordinatrice partage son incompréhension sur le fait qu'elles ne soient pas validées puisqu' « elles sont aussi très importantes, il n'y a pas forcément besoin du médecin » (Coordinatrice, MSP 3). Finalement cette organisation qui se veut pluriprofessionnelle est toujours dépendante des médecins traitants, ce qui « agace les autres professionnels de santé parce qu'une MSP c'est une équipe, le médecin c'est lui qui prescrit mais si les autres ne sont pas là il peut prescrire mais il ne se passe rien derrière » (Coordinatrice, MSP 4).

Ainsi, pour les équipes engagées dans l'ACI, ce point semble faire partie des améliorations à apporter à l'outil afin de le rendre plus adapté à leur pratique et ainsi mieux valoriser une équipe pluriprofessionnelle et non seulement une équipe dépendante de ses médecins généralistes.

Des professionnels en manque d'informations face à leurs questionnements auprès des acteurs institutionnels

Les équipes des MSP engagées dans l'ACI disposent d'un accord tripartite avec l'ARS et la CPAM. Ces acteurs sont identifiés comme leurs référents sur l'organisation en MSP et la manière de procéder pour répondre aux critères de l'ACI. Seulement leurs questionnements auprès de ces institutions restent parfois sans réponse comme l'indiquent deux coordinatrices en MSP : « des fois nos référentes elles ne savent pas non plus », « même eux en interne ils ne savent pas forcément ce qu'il se passe dans le service donc le dialogue est parfois compliqué par méconnaissance ». Ces professionnels déplorent alors le fait de ne pas avoir « de réelle information, de transmission claire et précise sur les démarches à suivre pour les MSP » (Coordinatrice, MSP 3 ; Coordinatrice MSP 5). Ce qu'expliquent ces coordinatrices c'est que d'une part la communication n'est pas toujours bien réalisée entre le niveau national - la CNAM – et les référents à un niveau plus local – dans les CPAM – ce qui impacte les échanges entre les collectifs de MSP et leurs référents à la CPAM. En effet, lorsque les professionnels en MSP demandent des précisions sur certains points, la personne en charge de leur répondre n'a pas toujours la réponse. D'autre part, la littérature sur le sujet a déjà montré que l'imprécision des procédures nationales ne permet pas toujours de dire ce qui est réellement attendu et ce sur quoi les professionnels vont être évalués. Ainsi, les questions peuvent parfois rester sans réponse, mais il faut également voir cela comme une marge de manœuvre accordée aux organisations pluriprofessionnelles et donc une liberté dans leur interprétation (Moyal, 2021) .

Un second point soulevé par les collectifs repose sur le manque d'homogénéité des réponses apportées et des justificatifs acceptés par les CPAM suivant les départements. Suivant les

départements, « [les CPAM] n'ont pas les mêmes obligations, il y a des choses qui passent dans le ** et qui ne passent pas dans le ** » (Coordinatrice, MSP 4). Et parfois même, dans le même département, des coordinatrices avouent ne pas avoir la même réponse ni les mêmes exigences sur la justification des indicateurs » (Coordinatrice, MSP 3). Ainsi, l'ACI qui est pourtant un dispositif national ne se base pas sur les mêmes attentes de résultats entre départements, et parfois au sein même d'un même département. Les collectifs déplorent que des justificatifs qui sont acceptés par une CPAM ne le soient pas dans une autre, pour un accord qui se veut pourtant national, et donc demandant les mêmes exigences aux MSP quelles que soient leurs localisations. Les coordinateurs de MSP bretonnes d'un même territoire géographique ont pris pour une partie d'entre eux l'habitude de travailler ensemble, de se soutenir, de répondre aux questions des uns et des autres. Ce soutien comprend le partage des informations et des manières de justifier de l'atteinte d'un indicateur. Ainsi, un coordinateur éprouvant des difficultés ou des questions sur la manière de justifier la réalisation d'un indicateur par le collectif de la MSP peut faire appel à cette communauté pour disposer d'informations et d'une aide. Ainsi, une partie des coordinateurs de MSP s'avouent surpris et mécontents de la non uniformité des procédures de validation des justificatifs (Coordinatrice, MSP 3 ; Coordinatrice MSP 4). A propos de la clarification des attendus, les collectifs soulèvent un troisième et dernier point : le manque d'informations à propos des attendus dans l'avenant à l'ACI pourtant entré en vigueur en décembre 2022. Les coordinatrices s'accordent sur le fait qu'il y a « des nouveautés dont [elles n'avaient] jamais entendu trop parler [...] pour lesquelles [elles n'étaient] pas forcément prévenues » (Coordinatrice, MSP 5). Pour l'indicateur socle de la réponse aux crises sanitaires graves, il semblerait que l'information ait été transmise mais que le contenu attendu ne soit pas clair du tout, sans trame officielle guidant la présentation de réponse au moment de la réalisation de ces entretiens en avril et mai 2023. Les informations attendues sur la remontée des justificatifs pour janvier 2024 à propos de ce qui a été mis en place restaient inconnues pour les MSP interrogées, ce qui rend complexe la réalisation d'un plan à l'échelle de la structure puisque les collectifs ne disposent pas des éléments attendus par les autorités pour la validation de l'indicateur (Coordinatrice, MSP 3 ; Coordinatrice MSP 4). A propos des nouveautés dans les indicateurs optionnels, la démarche qualité a surpris certaines MSP lors de la remontée des justificatifs puisque cette dernière a été découverte à ce moment-là. A aucun moment les institutions ne leur ont fait part de cette nouveauté permettant l'obtention de financements supplémentaires (Coordinatrice, MSP 5).

Une complexité administrative pour créer la structure et valoriser ce qui y est fait

Un autre point mis en avant par les professionnels à propos des améliorations à réaliser concerne le volet administratif. Il ressort que pour certains professionnels l'ACI comporte un côté administratif qui ne correspond pas forcément à leur exercice de tous les jours. Les opposants à cet outil estiment qu'ils peuvent « parler – entre eux de patients - sans que la CPAM ne soit informée » (Directrice, MSP 2). Autrement dit, l'accent est mis sur le fait de ne pas vouloir rendre des comptes comme précédemment explicité mais également sur la volonté de ne pas devoir garder une trace de chacun des échanges qui peuvent être menés entre les professionnels.

D'autres mettent en avant « la lenteur du processus » qui les épuise ainsi que sa complexité. Les relations avec les instances qui s'avèrent complexes puisque, selon un des médecins en MSP, ces dernières « demandent une paperasserie sans nom » et que « pour avoir un papier [...] à chaque fois ils nous demandent un truc supplémentaire (soufflement) mais obtenir un papier de 16 personnes qui ne se voient pas souvent c'est compliqué ». A contrario lorsque les professionnels cherchent à les contacter la réponse se fait attendre : « ça prend un temps fou parce que l'ARS a mis trois mois à nous répondre » (Médecin généraliste, MSP 1).

Une amélioration sur le volet administratif serait vivement appréciée par les professionnels car cela permettrait de faciliter le processus de création et de fonctionnement des MSP. Pour cela, une meilleure réactivité de la part des institutions serait appréciée pour apporter les informations nécessaires aux équipes pour avancer dans leur structuration. De plus, cela permettrait également de réduire la peur du manque de temps précédemment évoquée qui freine de nombreux collectifs dans leur signature des ACI. Pourtant, tout ne pourrait pas être simplifié car il est tout de même nécessaire de transmettre les informations sur le fonctionnement des MSP et ce qui est réalisé pour ne pas que de l'argent public ne soit distribué sans que celui-ci ne soit mérité comme appuyé auparavant (cf. partie II. C., « Le système d'information partagé, un outil conditionnant la relation tripartite qui ne semble pas adapté au fonctionnement de tous les professionnels au sein des équipes »).

D'autres améliorations évoquées par les collectifs

Lors des entretiens, certains aspects de possibles améliorations de l'ACI sont également ressortis mais dans une plus faible proportion. Ainsi, nous les évoquons ici rapidement.

A propos de la justification des indicateurs, il est ressorti une majorité de collectifs satisfaits mais certains apportent tout de même la volonté de pouvoir déposer plusieurs fichiers pour la justification

d'un unique indicateur au lieu de devoir fusionner leurs documents, ce qui leur permettrait de gagner du temps (Coordinatrice, MSP 4).

Une MSP déplore également que l'ACI ne propose pas plus de valorisations des actions de prévention et « d'aller-vers » réalisées. La personne interrogée indique que l'ACI est un outil adapté au soin mais ne correspond pas à des actions de prévention, pourtant un des aspects mis en avant ces dernières années. Pour cette équipe, l'ACI « ne donne pas lieu à des financements réellement à la hauteur de ce qu'il faudrait vraiment » pour leurs actions de prévention, ce qui les contraint à compléter leurs financements ACI par des appels à projets, eux plus adaptés, mais leur imposant les contraintes des appels à projets précédemment évoquées (Directrice, MSP 2).

Il est également rapporté que l'élargissement du panel de professionnels éligibles à l'ACI constituerait une réelle facilitation car aujourd'hui il existe « des métiers qui profitent aux soins mais qui ne sont pas reconnus par le code de la santé publique », ce qui rend difficile leur rémunération pour leur participation à l'exercice coordonné (Directrice, MSP 2).

Pour finir, un dernier point abordé par les professionnels concerne la clarification des personnes ressources pour certains collectifs qui n'ont jamais eu de contact avec l'ARS depuis leur mise en fonctionnement par exemple, ce qui fait qu'ils ne savent pas forcément quel est leur champ de compétences pour répondre à leurs interrogations : « je ne sais même pas trop si je devrais les solliciter eux plus que les autres donc ça pourrait être intéressant qu'on les voit, qu'on les rencontre, savoir pourquoi on les sollicite ou pas » (Coordinatrice, MSP 3).

D. Un outil essentiel, valorisant et pour lequel les professionnels sont accompagnés

Malgré les critiques émises précédemment sur l'ACI, les équipes engagées mettent en avant des avantages non négligeables selon elles. Ainsi, une coordinatrice soulève que « heureusement que [l'ACI] existe parce qu'on fait vraiment des choses intéressantes pour les patients » (Coordinatrice, MSP 4). Le rôle central de l'ACI consiste à fournir aux professionnels une rémunération à la hauteur du travail réalisé en dehors de leur activité principale, ce qui est grandement apprécié par les collectifs.

Un mode de rémunération sur le long terme et qui permet de financer correctement le travail réalisé

Comme développé précédemment, les financements d'une MSP peuvent être de deux sortes : via des appels à projets ou appels à manifestation d'intérêt de l'ARS ou via l'ACI. Nous avons pu constater que les financements via les appels à projets comportent certaines limites, dont le fait qu'ils aient une

Lucie LEBLANC - Mémoire de l'Université de Rennes - Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

2022-2023

durée limitée. A l'inverse, l'ACI permet « d'avoir un financement pérenne » (Accompagnant 2) dans le sens où le contrat d'engagement tripartite est signé pour cinq ans. Ce point est un avantage considérable qui permet aux professionnels d'avoir une visibilité sur leurs fonds pour « par exemple payer des formations pour certains professionnels de santé, mettre en place des actions », etc (Référént exercice coordonné, ARS 1). En effet, certaines dépenses peuvent être onéreuses ou d'autres demander un certain temps avant de devenir rentables et produire l'effet escompté, ainsi le fait d'avoir des financements assurés pour plusieurs années permet aux collectifs de se lancer dans certains projets qui n'auraient pas été possibles sans cet ACI.

De plus, d'après les professionnels interrogés, ces financements répondent aux besoins des Maisons de santé comme nous l'indique cette coordinatrice : « aujourd'hui c'est suffisant, on n'est pas en manque de financements », ce qui est confirmé par une seconde MSP qui indique que l'ACI est « bien valorisé et suffisant pour faire fonctionner le pôle ». En 2019, le niveau moyen de rémunération des MSP par l'ACI s'élevait à 63 500 euros (Moyal, 2021). De plus, bien souvent cet ACI leur permet de financer des projets qui ne rentrent pas dans le cadre de cet accord mais qui pourraient entrer dans le cadre d'appels à projets. Ces collectifs font alors le choix d'utiliser leurs financements ACI car ça leur permet de mettre en place leur projet avec plus de liberté (Coordinatrice, MSP 4 ; Coordinatrice, MSP 5).

Cette rémunération correspondant au travail réalisé par le collectif se base sur le fonctionnement de la MSP (horaires, composition de l'équipe, etc.) mais également les actions réalisées.

Un financement des actions menées par les professionnels leur permettant de concilier activité de soins et participation aux actions menées par la structure

S'engager dans l'ACI montre également un avantage considérable pour les équipes ayant fait ce choix : financer des actions menées par les professionnels à destination de leur patientèle, ce qui comprend la réalisation mais également toute la phase de préparation en amont (Conseillères techniques territoriales, CPAM 1).

En effet, dans leur exercice pluriprofessionnel les collectifs sont amenés à mettre en place des actions de sensibilisation, d'éducation thérapeutique, etc., qui demandent du temps notamment pour la préparation et la mise en place, mais également des moyens pour louer des locaux adaptés, acheter du matériel, faire intervenir des partenaires extérieurs à la structure, etc. Pour cela, les professionnels peuvent s'appuyer sur l'ACI qui va rémunérer ces temps consacrés à l'action mais aussi les dépenses

que cette dernière engendre (Réfèrent exercice coordonné, CPAM 2). Ainsi, ces financements sont qualifiés comme étant « essentiels » (Accompagnant 1), « positifs » et sont vus comme « un vrai enrichissement » puisque ces derniers « motivent beaucoup les professionnels qui ont envie de sortir de l'uniquement curatif et de diversifier leur pratique » (Directrice, MSP 2).

Mais cet ACI permet également de financer la coordination, un poste important des dépenses et central dans la préparation, l'organisation, la réalisation et l'évaluation du travail réalisé.

La coordination, une fonction au cœur de l'activité de la structure qui se voit valorisée financièrement

Lors des échanges, les MSP, leurs interlocuteurs institutionnels et ceux participant à leur accompagnement ont mis en évidence un autre avantage considérable de l'ACI : « financer des temps de coordination » (Conseillères techniques territoriales, CPAM 1). Cette coordination étant au cœur du fonctionnement des MSP (Moyal, 2020), son financement permet alors de faciliter le développement et le fonctionnement de ces structures.

Cet aspect comprend le fait de pouvoir « rémunérer les temps dans les réunions de concertation pluriprofessionnelle » (Accompagnant 2), ce qui est grandement apprécié par les collectifs (Directrice, MSP 2). En effet, cette coordination peut fonctionner sous forme de bénévolat ne donnant pas lieu à des financements, mais les professionnels rappellent bien que ce choix ne peut bien souvent être mis en œuvre que sur du court terme car cette dynamique bénévole tend à s'essouffler sur le long terme (Coordinatrice, MSP 5).

De plus, ce financement de la coordination permet également aux collectifs de financer un poste de coordination comme précédemment évoqué, qui peut être géré par un des professionnels de la MSP, ou par une coordinatrice ne faisant pas partie de l'équipe soignante. Ce poste vise alors à « organiser les staffs, organiser le fonctionnement de la MSP, répondre à des appels à projets ARS, etc. » (Réfèrent exercice coordonné, ARS 1).

Bien que permettant de rétribuer les professionnels pour le travail accompli résultant directement de l'appartenance à une Maison de santé pluriprofessionnelle et donc à la mise en œuvre de leur projet de santé, ces financements permettent en outre de financer certaines actions déjà mises en place par l'équipe, en dehors du fait d'être organisés en structure d'exercice pluriprofessionnel. Nous pouvons

citer la prise en compte des horaires d'ouverture, les échanges sur un dossier réalisés de façon informelle entre deux consultations, etc.

L'ACI, un moyen de valoriser un investissement déjà réalisé par les professionnels

Pour plusieurs acteurs interrogés, ces ACI ne sont pas vus comme une contrainte mais plutôt comme « une forme de reconnaissance [permettant de] concrétiser le travail qu'ils font déjà tous ensemble et le légitimer, le rémunérer, lui donner de la valeur » en posant « un cadre sur ce qui se faisait déjà » (Réfèrent exercice coordonné, ARS 1 ; Conseillères techniques territoriales, CPAM 1). En effet, un acteur de l'ARS accompagnant les professionnels en MSP indique que « en général [les équipes] rempli[ssent] déjà 80 voire 90% des indicateurs des ACI » (Réfèrent exercice coordonné, ARS 1). Au sein d'une maison de santé, une coordinatrice indique que la création d'une MSP peut prendre du temps mais dès que celle-ci est en fonctionnement « ce temps il est valorisé et ça apporte de la valeur à leur travail ». Ainsi, pour convaincre les équipes non encore ACI de s'y engager, elle n'hésite pas à « montrer que leurs attentes en termes de MSP correspondent finalement aux attentes de l'ACI bien souvent ». Elle indique d'ailleurs que pour justifier annuellement des indicateurs ACI, elle ne part pas de l'ACI mais plutôt du projet de la MSP car la plupart des actions réalisées par le collectif entrent dans les exigences de l'ACI (Coordinatrice, MSP 3).

Par ailleurs, en plus d'apporter des financements certes centraux dans la mise en œuvre du projet de santé, l'engagement dans l'ACI permet aux équipes d'avoir des relations privilégiées avec les acteurs de l'ARS et de la CPAM qui, via cet accord, s'engagent à les rencontrer, les suivre et leur fournir des conseils sur l'amélioration de leurs services rendus à la population.

Un suivi et un accompagnement aidant des acteurs institutionnels envers les équipes des MSP

Bien que certains collectifs soient réticents à s'engager dans une relation tripartite avec les institutions, ces dernières y voient un avantage pour les professionnels de santé. En effet, d'après les échanges avec les institutions et acteurs intervenant auprès des MSP, l'avantage de contractualiser repose sur la proximité et le suivi réalisé par la CPAM (Réfèrent exercice coordonné, ARS 1). Cette dernière assure les accompagner, être disponible, et avoir pour objectif de valoriser ce qui est déjà fait par l'équipe, ce qui se concrétise par le fait de « les suivre, répondre à tous leurs questionnements, leur faire part de

Lucie LEBLANC - Mémoire de l'Université de Rennes - Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

2022-2023

toutes les informations conventionnelles et de toutes les nouveautés qui sortent, leur faire un accompagnement annuel obligatoire au printemps sur leur rémunération [...] comment ils peuvent améliorer cette rémunération » (Conseillères techniques territoriales, CPAM 1 ; Référent exercice coordonné, CPAM 2). Le fait d'avoir un acteur institutionnel qui se rend sur le terrain est également mis en avant comme une possibilité pour les collectifs de faire remonter les difficultés directement aux autorités concernées (Accompagnant 1 ; Conseillères techniques territoriales, CPAM 1). Néanmoins, ce point est à nuancer puisque comme rapporté plus haut, certaines équipes se plaignent de l'absence d'informations transmises par ces acteurs, ce qui ne facilite pas leur travail.

Les professionnels exerçant en MSP adoptent divers points de vue sur l'outil ACI leur permettant de percevoir des financements pour leur travail pluriprofessionnel. Mais avant tout, une compréhension de l'outil semble primordiale pour que ces équipes fassent le choix de s'engager. Une fois cet outil globalement compris par les professionnels, ces derniers vont indiquer que certains points ont tendance à ne pas les pousser à franchir le pas de l'engagement. Ont été cités l'obligation de création d'une structure juridique adaptée, un manque de temps des professionnels ou encore une volonté de prendre le temps de fonctionner ensemble avant d'aller plus loin. Certains aspects de l'engagement devraient également, selon les professionnels, subir des ajustements pour mieux correspondre aux réalités sur le terrain. Nous faisons référence ici au système d'information, à l'outil centré sur le médecin généraliste, au manque de clarté dans les réponses des institutions sanitaires mais aussi au côté administratif qui pourrait être allégé. Malgré ces inconvénients et souhaits d'améliorations, de nombreux professionnels se voient satisfaits de l'ACI qui leur permet de rémunérer le temps de coordination, indispensable au bon fonctionnement de la structure, mais également la participation des professionnels aux actions menées. Ils voient également au travers de cet outil un moyen de valoriser une part de leur travail qui n'était pas prise en compte jusqu'à ce contrat, et un moyen d'obtenir des financements pérennes leur permettant de se projeter sur le long terme.

Ainsi, cet outil, bien que perfectible, dispose néanmoins d'un réel succès auprès de nombreuses équipes en MSP. Cependant, les points plus négatifs et les améliorations souhaitées sont autant de contraintes pour les professionnels qui se les voient imposées s'ils veulent disposer des avantages de l'outil. Le côté administratif, le contrôle des institutions et le fléchage vers certaines thématiques ou

certains logiciels sont parfois perçus et présentés comme une mainmise des institutions sur l'exercice des professionnels de santé libéraux, en opposition avec le choix de leur mode d'exercice.

III. La contractualisation : un engagement tripartite avec de réels impacts pour les professionnels des Maisons de santé pluriprofessionnelles

Au cœur de cette étude réside la relation particulière liant les collectifs structurés en MSP et les autorités sanitaires, c'est-à-dire l'ARS et la CPAM. Ainsi, il semble important d'étudier cette liaison et donc les responsabilités de chacun mais également les avantages que chacune des parties en tire. Seront également étudiées ces relations, parfois décrites comme mauvaises ou conflictuelles. Pour finir, nous discuterons du lien pouvant être fait entre cet outil et les principes du New Public Management, mode de gestion présent depuis quelques années au sein des administrations françaises.

A. L'ACI : un contrat d'engagement tripartite

Lorsque nous citons l'Accord conventionnel interprofessionnel, nous évoquons un contrat signé entre des professionnels exerçant en MSP, l'ARS et la CPAM. Un contrat est défini par le Code Civil comme « un accord de volontés entre deux ou plusieurs personnes destiné à créer, modifier, transmettre ou éteindre des obligations »²⁶. Ainsi, ici l'obligation est entendue comme l'engagement des parties à remplir leurs missions et objectifs respectifs, engagements que nous allons développer ici.

Pour que ce contrat soit conclu entre les parties, nous avons indiqué auparavant que les professionnels sont tenus de répondre à quelques exigences en amont de la signature. Le collectif se doit d'avoir créé un projet de santé qui soit validé par l'ARS pour que la MSP soit reconnue comme telle. Par la suite, la création d'une SISA s'impose, en y incluant seulement des professionnels de santé tels que reconnus par le Code de la Santé Publique. Lorsque ces critères sont respectés, l'équipe de la MSP peut alors contractualiser avec l'ARS et la CPAM pour entrer dans l'ACI si les quatre prérequis sont respectés, ou au moins dans un premier temps seulement deux des prérequis (cf. Partie II. B., « Première année compliquée). Ainsi, les professionnels de la MSP, et les acteurs institutionnels (ARS et CPAM), signent le contrat qui les engage chacun dans la réalisation de missions et l'atteinte d'objectifs annuels.

En signant ce contrat, les professionnels de la MSP « acceptent ce faisant de mettre en œuvre localement des règles, des procédures et des outils inédits dans le secteur ambulatoire : protocoles de soins, réunions de concertation sur des cas de patients, logiciel commun de partage d'informations... »,

²⁶ « Article 1101 - Code civil », 1 octobre 2016, https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000032040787/2022-04-12.

Lucie LEBLANC - Mémoire de l'Université de Rennes - Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

mais également de mesurer l'activité, répondre aux demandes des tutelles, etc., ce que Claude Le Pen nomme des « tâches de management » (Le Pen, 2011).

Les autorités sanitaires, quant à elles, sont tenues de verser les financements correspondant à ce qui a été mis en place dans la MSP.

Cette contractualisation demande donc aux professionnels de « justifier devant les autorités sanitaires [...] du respect d'un cahier des charges et d'un contrat [...], autrement dit de rendre des comptes, de manière inédite, aux autorités sanitaires ». En effet, en imposant aux collectifs le respect d'un cahier des charges encadrant leurs modalités d'exercice, les pouvoirs publics introduisent une « logique de redevabilité » (Bezes et al., 2011) des professionnels, ce qui s'oppose au modèle d'exercice libéral que ces derniers ont adopté.

Malgré ce contrat, imposant des règles aux professionnels de santé faisant le choix de s'y engager, ces derniers y voient un intérêt puisqu'ils parviennent bien souvent à les interpréter de façon à ce que leur déclinaison soit réalisée à leur avantage, en se rapprochant de ce qu'ils font sans trop les contraindre. Cette marge de manœuvre, qui est possible par le fait que les règles du jeu des ACI restent parfois floues, permet par exemple aux professionnels de décliner localement les thématiques et protocoles imposés pour l'atteinte de certains indicateurs. Ainsi, cet écart entre la demande et la réalisation laisse la possibilité aux MSP de voir ce contrat ACI comme une ressource leur permettant de valoriser leur travail, sans toutefois que celui-ci leur soit formellement dicté (Moyal, 2021).

Du côté des autorités sanitaires, et plus précisément la CPAM puisque cette dernière est chargée du contrôle des justificatifs puis du versement du financement alloué, une tolérance est observée. Une personne en charge du suivi des structures d'exercice coordonné témoigne : « la CNAM ne nous dit pas stricto sensu ça ça ça, elle nous laisse une certaine latitude donc on est conciliant au vu des explications [que les équipes de MSP] nous donnent » (Référént exercice coordonné, CPAM 2). Dans un autre département, son homologue tient tout de même à préciser que « par indicateur il y a une pièce justificative qui est attendue et c'est décrit conventionnellement », ce qui ne l'empêche pas de constater que chaque CPAM dispose d'une marge de manœuvre quant à l'appréciation des justificatifs (Conseillères techniques territoriales, CPAM 1). Ces arrangements, quand ils sont possibles, sont tolérés puisque les institutions ont également tout intérêt à permettre à ces équipes de fonctionner pour que les structures MSP continuent de se développer sur le territoire pour ainsi répondre aux besoins de la population (Moyal, 2019).

Ce contrat d'engagement tripartite, bien qu'il induise une logique de contrôle de l'activité, semble tout de même être apprécié par les parties dans le sens où les professionnels obtiennent l'indemnisation associée à leurs actions, tout en leur permettant informellement d'ajuster de temps en temps le contrat en fonction de leur travail et non l'inverse, mais en conservant un pouvoir de décision détenu par les autorités pour la validation des indicateurs et donc l'allocation de l'argent public. De plus, ces

Lucie LEBLANC - Mémoire de l'Université de Rennes - Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

2022-2023

conventions entre professionnels libéraux et l'assurance maladie se révèlent être un « instrument majeur de l'organisation du système de soins » en ce qu'elles permettent à l'État d'encourager certaines pratiques souhaitées grâce à un financement de ces dernières mais également grâce à un accompagnement spécifique pour ces modes d'exercices (Ferras & Planel, 2019).

B. Des relations entre professionnels du soin et institutions parfois tendues

Comme nous l'avons vu précédemment, qu'il s'agisse de l'ARS ou de la CPAM, ces institutions mettent en avant leur grande disponibilité, adaptabilité et la régularité dans le suivi qu'elles ont des équipes de terrain. Tandis que l'ARS se présente comme un acteur qui garde un contact avec les équipes à travers les appels à projets, qui se rend disponible pour répondre aux interrogations ou aider face aux difficultés, les acteurs de la CPAM mettent en avant « une politique d'accompagnement de terrain », ainsi que de nombreux échanges par mail, téléphone ou l'organisation de réunions dans leurs locaux pour présenter les nouveautés. Ces acteurs sont conscients de la mauvaise image qu'ils peuvent avoir de la part des nombreux professionnels libéraux. Pour certains professionnels, « il n'y a aucun problème à être conventionnés avec l'assurance maladie [tandis que d'autres] vont être plus réticents » (Accompagnant 2).

Pourtant, pour ces professionnels plus réticents « la perspective de relations avec une administration, quelle qu'elle soit, les incite à ne pas s'engager dans une telle démarche ». Cette réflexion fait écho à la construction de la médecine libérale en France, c'est-à-dire une construction en opposition avec le modèle de Sécurité sociale (Bourgeois & Fournier, 2020), qui se caractérise par une forte indépendance (Stuedler, 1977). Un médecin généraliste indique par ailleurs que le contexte actuel des négociations conventionnelles joue en la défaveur de ses relations avec l'Assurance maladie : « vous savez la sécu en ce moment avec l'histoire de convention » (Médecin généraliste, MSP 1). Un acteur souligne à ce propos que le choix de relations avec les acteurs institutionnels est également dépendant des relations qu'ils entretiennent avec les professionnels, bien qu'il s'agisse de sujets externes et n'impactant pas le projet de la Maison de santé pluriprofessionnelle :

« Quand il y a une relation personnelle qui est bonne c'est déjà engageant pour la relation pour le projet, surtout le leader [...] je pense que ça favorise le fait que ça se passe bien même si c'est pas les mêmes personnes [...] et ceux qui sont déjà du point de vue personnel un peu réfractaires à la sécu et à tout ça, potentiellement ça peut influencer les relations futures pour le projet » (Accompagnant 1).

Ainsi, pour tenter de remédier à cette mauvaise image, certains interlocuteurs cherchent à adapter leurs missions, comme une interlocutrice à la CPAM qui indique avoir aménagé sa présentation de l'ACI en deux temps distincts au lieu d'une unique présentation afin que les professionnels aient les informations globales dans un premier temps, puis les informations plus détaillées une fois qu'un temps de réflexion a été observé leur permettant de saisir le fonctionnement global (Conseillères techniques territoriales, CPAM 1).

Sur le terrain, de nombreuses équipes sont ravies de cet accompagnement et n'hésitent pas à le faire savoir : « on essaie de travailler main dans la main [avec la CPAM], en général on a plutôt de bons rapports avec nos référents » (Coordinatrice, MSP 4), « on la rencontre une fois par an [...] avec la CPAM c'est pas très compliqué [...] tu lui envoies un mail elle te répond dans la journée » (Coordinatrice, MSP 5). Pourtant, comme évoqué dans les améliorations souhaitées, certains collectifs mettent en avant le manque de connaissances de leurs référents sur le fonctionnement concret de l'ACI et donc l'absence de réponses à leurs questions, ce qui ne vient pas en faveur de la représentation que se font ces professionnels de la CPAM. Les points de vue sur ce sujet divergent donc.

Mais bien que les acteurs institutionnels fassent de nombreux efforts pour favoriser la compréhension des équipes en MSP, la présentation de l'ACI par la CPAM constitue encore un aspect compliqué pour les professionnels. Comme déjà documenté dans la littérature, « ces nouveaux partenaires institutionnels ont des manières de penser et d'agir qui sont différentes de celles des professionnels de santé libéraux », ce qui ne facilite pas le dialogue entre les parties (Bourgeois & Fournier, 2020).

Nous en venons ainsi à la place des consultants dans le lien entre les professionnels de MSP et les partenaires institutionnels. En Bretagne, la politique veut que les professionnels en MSP puissent, pour disposer des financements de l'ARS, rédiger leur projet de santé en autonomie, ou faire appel à un des trois cabinets de conseil labellisés. Bien souvent le choix est fait de travailler avec des consultants (ARS Bretagne). Ces derniers sont donc des acteurs qui viennent en appui au collectif pour l'aider dans la définition du projet mais sont également en lien avec les institutions. Leur rôle les amène donc à parfois faire le lien entre les deux, tout en gardant une certaine distance pour ne pas influencer les décisions prises, le projet de santé n'étant pas le fruit de leurs souhaits mais de ceux des professionnels de santé. Cette position peut ainsi permettre de temporiser les échanges et tenter de réconcilier les parties en essayant d'explicitier les contraintes de chacune et donc ce qui peut être fait pour améliorer la compréhension de l'autre. Il peut par exemple être souhaité par les professionnels la validation de plus de deux missions de santé publique car cela profite à la santé de leur patientèle, mais les référents de la CPAM se retrouvent dans l'impossibilité de proposer autre chose que la validation d'un maximum de deux missions. A l'inverse, nous pouvons imaginer une CPAM qui inciterait fortement une MSP à réaliser une mission de santé publique sur une thématique précise. Dans ce cas, le consultant peut être amené à rappeler que le choix des missions de santé publique revient au collectif, sous réserve

que ces thématiques fassent partie de la liste des missions indemnisées. Les consultants disposent alors d'un rôle que l'on pourrait qualifier de « médiateur » dans le sens où ces derniers sont en relation avec les professionnels et les institutionnels et qu'ils sont parfois considérés comme un intermédiaire pour faire connaître leurs positions à l'autre partie.

C. Un lien avec les effets du New public management ?

Rappelons-le, les MSP sont à l'origine des organisations issues des initiatives de terrain et qui ont par la suite été introduites dans la loi en 2007. Le fonctionnement de ces structures est ainsi inspiré de ce que les professionnels avaient mis en place dans les premières MSP créées, à savoir du travail en commun, des actions sur des thématiques adaptées à la population du quartier, etc. Lorsque les pouvoirs publics ont reconnu ce fonctionnement dans les politiques, un financement a été proposé pour aider ces équipes à fonctionner et financer tout ce qui ne faisait pas partie de l'acte pur qui constitue la base du métier d'un professionnel de santé. Dans un premier temps, certaines équipes se sont vues proposer de tester les Nouveaux modes de rémunérations (NMR). Ce mode de financement visait à dédommager les activités de coordination entre professionnels ainsi que les nouveaux services proposés tels que l'Éducation thérapeutique du patient²⁷. Avec ce mode de rémunération expérimenté de 2010 à 2014, puis son remplacement entre 2014 et 2016 par le Règlement arbitral relativement proche de son prédécesseur, les professionnels se voyaient proposer une somme d'argent plus faible qu'actuellement avec l'ACI mais un acteur met en avant que ces modes de financement « étaient beaucoup moins contraignants que l'ACI ». Cette personne dénonce que bien que cet ACI utilise de l'argent public et qu'il paraît nécessaire de justifier un minimum ce qui a été fait pour percevoir des financements, « l'ACI a rajouté des contraintes et l'avenant à l'ACI c'est pareil, il est trop fléché sur les thèmes de l'assurance maladie, ça devient trop technocratique, trop contraignant, ça donne moins envie, ça fait plus contrôle » (Accompagnant 1).

Ainsi, des initiatives historiquement issues du terrain, puis introduites dans la loi, se voient finalement imposer des contraintes plus ou moins fortes uniquement dans l'objectif de recevoir des financements. Ces financements, dans un premier temps expérimentaux, puis généralisés, ont évolué en un dispositif conventionnel où, par le biais d'un contrat, les professionnels acceptent de fonctionner avec des règles décrites en échange des rémunérations associées. Cependant, plusieurs acteurs portent l'attention sur

²⁷ Julien Mousquès, « L'évaluation des Expérimentations des nouveaux modes de rémunération (Enmr) en France », 2014, <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-03/mousques-l-evaluation-des-experimentations-des-nouveaux-modes-de-remuneration-en-france.pdf>.

le fait qu'il s'agit d'argent public et donc qu'un contrôle de ce qui est donné et de pourquoi les financeurs doivent l'allouer à une structure semble justifié (Accompagnant 1 ; Accompagnant 2 ; Conseillères techniques territoriales, CPAM 1 ; Référent exercice coordonné, CPAM 2).

Mais cette logique de remplir des critères obligatoires dans le but de recevoir des financements ne pourrait-elle pas être questionnée ? L'ensemble des critères définis comme obligatoires sont-ils nécessaires et adaptés au bon fonctionnement du collectif ? En réalité il semblerait que ça ne soit pas le cas pour tous. Pour percevoir l'argent public, les professionnels doivent notamment acquérir un système d'information partagé dont une liste définie permet la validation de ce critère. Seulement, comme évoqué dans les améliorations souhaitées par les professionnels, sur le terrain ces logiciels ne répondent pas aux besoins de l'ensemble de l'équipe (cf. partie II. C., « Le système d'information partagé, un outil conditionnant la relation tripartite qui ne semble pas adapté au fonctionnement de tous les professionnels au sein des équipes »).

Ce critère concernant le système d'information partagé a été introduit dans l'ACI dès sa création en 2017, mais en 2022, dans l'avenant à l'ACI, les professionnels ont pu y découvrir de nouveaux indicateurs, certes optionnels, mais demandant à la structure de créer des parcours identifiés : un parcours « insuffisance cardiaque » et un parcours « surpoids ou obésité de l'enfant »²⁸. Avant la parution de cet avenant, certaines MSP travaillaient ces thématiques pour répondre aux besoins de leurs patients mais toutes les MSP ne les traitaient pas puisque cette problématique ne leur semblait pas prioritaire sur leur territoire. La liberté des professionnels dans leurs choix de fonctionnement mais également leurs choix d'actions à mener sur leur territoire semble se réduire avec de fortes incitations du niveau national à développer certains axes en échange de financement plutôt que d'autres n'offrant pas de financements pour leur mise en place comme le constate un acteur accompagnant des collectifs : « dans l'ACI avant tu avais des missions de santé publique, il fallait rentrer un peu dans les cases [une liste était donnée] [mais tu arrivais quasiment à tout faire passer, protocoles pareil, et depuis l'avenant il y a deux thématiques où si tu veux avoir des financements supplémentaires il faut rentrer dans ces deux thématiques » (Accompagnant 1). Nous pouvons également évoquer l'apparition de la participation des médecins généralistes au dispositif Service d'Accès aux Soins (SAS)²⁹. Bien que cet indicateur soit optionnel, les professionnels sont incités à y participer pour obtenir des points. Pourtant, la participation d'un médecin au dispositif SAS ne relève en rien d'un travail pluriprofessionnel, il s'agit davantage d'une stratégie des autorités sanitaires pour répondre à la

^{28, 29} « Avis relatif à l'avenant n° 1 à l'accord conventionnel interprofessionnel relatif aux structures de santé pluriprofessionnelles signé le 20 avril 2017 » (2022), <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000046132269>.

problématique du manque de médecin qui rend difficile l'accès à un de ces professionnels. Un acteur ayant pu travailler avec des collectifs disposant des Nouveaux modes de rémunérations, puis du règlement arbitral et aujourd'hui de l'ACI et son avenant indique que « plus ça va, plus cet ACI se technocratise, cet ACI devient de plus en plus contraignant, avant il y avait beaucoup plus de libertés, maintenant il y a des thèmes imposés » (Accompagnant 1).

En observant cette dépendance entre les professionnels de santé organisés en MSP et les institutions sanitaires, nous pouvons identifier une relation qui incite les collectifs à travailler tel ou tel axe de santé publique en contrepartie de financements. Cette relation n'est pas sans faire penser à la logique de gestion présente depuis quelques années dans le secteur public : le New Public Management (NPM).

Le NPM se définit comme « une nouvelle forme de gestion publique basée entre autres sur une culture du résultat et l'emprunt de pratiques et d'outils issus du privé » (Chappoz & Pupion, 2012). Il se décline en cinq principes d'organisation dont « la mise en place d'une gestion par les résultats fondée sur la réalisation d'objectifs, la mesure et l'évaluation des performances et de nouvelles formes de contrôle dans le cadre de programmes de contractualisation » (Bezes et al., 2011). Ce principe n'est pas sans nous rappeler le fonctionnement de l'ACI qui se base sur la réalisation d'objectifs, autrement dit les indicateurs à remplir conditionnant le versement de la rémunération associée, mesurés et évalués par la CPAM grâce aux justificatifs fournis annuellement, et un contrôle dans le cadre d'un programme de contractualisation, soit la contractualisation tripartite entre les professionnels de santé, l'ARS et la CPAM qui donne lieu à un contrôle du fonctionnement et des activités effectuées par le collectif. C'est ce que Philippe Bezès et Didier Demazière qualifient de « logique d'accountability » ou de « logique de redevabilité ». L'ACI se rapproche alors d'un « instrument gestionnaire » permettant aux autorités de mettre en place une « stratégie visant à renforcer les contrôles » du régulateur, autrement dit la CPAM, sur les pratiques des professionnels (Bezes et al., 2011). Ainsi, ces professionnels se retrouvent à effectuer de nouvelles tâches qui n'étaient pas les leurs auparavant, autrement dit, rendre des comptes à un financeur, ce qui vient, comme nous l'avons précédemment évoqué, en opposition avec le choix d'exercer en libéral. En effet, pour les médecins généralistes une étude a montré que l'autonomie fait partie des critères motivant les professionnels à s'installer en libéral (Gary et al., 2015). Toutefois, nous pouvons nuancer ces propos puisque les objectifs définis ne sont pas toujours si éloignés des pratiques. Prenons l'exemple des horaires d'ouverture : ces derniers proposent plusieurs possibilités de plages horaires permettant bien souvent aux professionnels de remplir cet indicateur sans changer leur mode de fonctionnement. Cela fait écho à un des avantages de l'outil qui consiste à valoriser ce qui se fait déjà dans les pratiques des professionnels (cf. Partie II. D.). De plus, il convient de préciser que la littérature sur le sujet montre que l'imprécision des indicateurs permet aux collectifs

de disposer d'une certaine liberté quant à l'autonomie qu'ils conservent tant dans le choix des traitements et des soins, que dans leur liberté de soins, leur responsabilité individuelle, le choix des partenaires et l'absence de hiérarchie pour ce volet médical (Moyal, 2021).

Notons cependant que dans les principes du NPM nous retrouvons divers instruments s'appuyant sur l'idée d'indexer les modalités d'attribution des moyens financiers aux résultats. Nous pouvons citer ici les systèmes de mesure des performances à partir d'objectifs, les dispositifs de contractualisation, les budgets à la performance ou encore le contrôle interne. Avec l'utilisation de ces instruments, les financements correspondant aux objectifs atteints et donc ainsi alloués aux services, équipes ou autres se basent sur les résultats quantitatifs observés sans finalement prendre en compte le nombre de professionnels ayant participé à leur atteinte (Bezes & Musselin, 2015). Lorsque nous faisons le parallèle avec l'ACI, nous observons que ce phénomène se matérialise par le fait que cette rémunération soit calculée en fonction de la patientèle des médecins traitants de la MSP, par un nombre de réunions ou encore par des horaires d'ouverture directement liés aux financements versés. Il semblerait que le quantitatif produit par le collectif (nombre de réunions, nombre de missions de santé publique...) induise la rémunération puisque l'on observe une modulation de cette dernière jusqu'à un certain seuil défini, mais que dans le cadre de la définition de la rémunération ne soit pas pris en compte le nombre de professionnels de l'équipe participant au projet. Ainsi, d'une part la MSP percevra la même rémunération quel que soit le nombre de professionnels mobilisés sur l'indicateur rémunéré, et d'autre part, le nombre total de professionnels exerçant dans cette structure ne sera pas pris en compte dans le calcul d'indicateurs plus généraux puisque l'ACI se base sur la patientèle médecin traitant et non la patientèle totale de la MSP (cf. Partie II. C., « Une organisation centrée sur le médecin traitant qui ne permet pas de valoriser le travail des autres professionnels »).

Par le biais de cet accord, les professionnels exerçant en MSP se voient donc liés aux institutions sanitaires par un contrat où chacune des parties accepte de remplir des engagements. D'un côté les professionnels remplissent des critères tant dans l'organisation de leur travail que dans la réalisation concrète d'actions. De l'autre côté, les institutions s'engagent à leur apporter des réponses quant à leurs questionnements ou un soutien dans certaines étapes, mais surtout la CPAM s'engage à leur verser la rémunération associée à leur activité en dehors des actes de soins classiques. Seulement, ces relations entre professionnels du soin et institutions semblent parfois complexes de par la réticence de certains membres du collectif de travailler avec les institutionnels ou simplement par un manque d'informations claires et précises des autorités sanitaires, bien que ces dernières fassent des efforts pour améliorer ces points. Mais la réticence des professionnels semblerait également être liée à un

nouveau contrôle de leurs activités, une sorte de réduction de la liberté qui leur est accordée par le statut de libéral. C'est ce point qui montre un lien entre l'outil ACI et le nouveau mode de management dans les administrations publiques françaises : le New Public Management. En effet, le mode de fonctionnement de cet outil possède de nombreuses similarités avec les instruments utilisés dans le cadre de ce mode de gestion, ce qui a de quoi interpeller puisque les principaux concernés ont fait le choix d'un statut libéral en grande partie dans le but de réduire les contraintes dans leur exercice professionnel.

IV. Discussion des résultats

Rappelons-le, ce mémoire vise à répondre à la question suivante : **Sur quels fondements se basent les professionnels exerçant en Maisons de santé pluriprofessionnelles pour s'engager ou non dans l'Accord conventionnel interprofessionnel et quels sont les effets de cette contractualisation avec les autorités sanitaires sur leur pratique ?**

En amont de ce travail, plusieurs hypothèses ont été émises, quatre sur les raisons de l'engagement ou non dans la contractualisation, et deux sur les effets de l'ACI sur leur pratique. Nous allons donc examiner si les informations recueillies auprès des professionnels en MSP et des différentes personnes participant à leur accompagnement permettent d'y répondre, avant de faire le lien avec notre questionnement.

A. L'engagement dans l'ACI

L'engagement dans l'ACI pour les Maisons de santé pluriprofessionnelles, au cœur de ce travail, constitue un vaste sujet pour les acteurs institutionnels. La politique menée en faveur du développement de ces structures et du mode de financement proposé rencontre des réticences par certains collectifs, ce qui peut freiner l'adhésion à l'Accord Conventionnel Interprofessionnel.

Ainsi, il avait en premier lieu été évoqué que **les indicateurs socles de l'ACI puissent freiner certaines MSP à s'y engager pour la raison qu'ils ne correspondent pas à leur organisation, que le collectif souhaite conserver**. Rappelons-le, l'ACI dispose de quatre indicateurs socles prérequis : « Horaires d'ouverture et soins non programmés », « Réponse aux crises sanitaires graves », « Fonction de coordination » et « Système d'information niveau standard ». Lors des échanges, sur la question des freins à l'engagement, n'a été évoqué que le système d'information. En effet, il est ressorti que ce dernier, bien que différents logiciels existent, ne correspond pas encore aux besoins des professionnels et soit ainsi davantage perçu comme un investissement pour valider un indicateur plutôt qu'une réelle plus-value dans les prises en charge. Cependant, il semblerait que cela ne freine pas réellement les professionnels dans le choix de contractualiser mais que cet investissement soit en réalité perçu comme un des inconvénients de l'ACI, que les professionnels acceptent au vu de ce que leur apportera la contractualisation sur d'autres points, autrement dit un arbitrage entre ce que l'ACI leur apportera en comparaison à ce qu'il leur demandera. L'article d'Isabelle Bourgeois et Cécile Fournier a également mis en avant cette prise en compte de certains outils comme le système d'information, ou plus largement concernant l'ACI, la SISA, pour décider de contractualiser ou non.

La seconde hypothèse émise interroge **la raison de la rédaction d'un projet de santé et de création d'une structure**. Dans les échanges il est ressorti pour une structure, n'allant pas s'engager dans l'ACI pour le moment, que la dynamique de créer une MSP et donc de formaliser un projet de santé pluriprofessionnel était impulsée par une autre raison que la volonté de travailler ensemble. Le collectif s'est saisi de cette possibilité lorsque les médecins ont constaté qu'il était nécessaire de rendre leur territoire attractif pour l'arrivée de nouveaux collègues et que la commune leur a proposé la construction de nouveaux locaux, plus accueillants et adaptés à leur activité. La condition pour déclencher le projet était la formalisation d'un projet de santé pluriprofessionnel afin de disposer de financements pour la construction de ce nouveau bâtiment (MSP 6). Ainsi, bien qu'il ne s'agisse pas d'une majorité des collectifs interrogés, cette hypothèse s'avère donc vérifiée pour certaines MSP. Notons tout de même que les professionnels du collectif, bien qu'ils n'envisagent pas actuellement de s'orienter vers la contractualisation, ne s'interdisent pas de se reposer la question dans les années à venir. Ainsi, certains projets réalisés dans une autre intention au départ peuvent tout de même amener par la suite des collectifs à se saisir de cette opportunité de financement.

Une autre hypothèse émise lors de la définition du sujet consistait à **expliquer le choix de certaines MSP à se ne pas s'engager dans l'ACI par les relations que l'on pourrait qualifier de dégradées entre les professionnels de santé et les autorités sanitaires**. Lors des échanges, tant avec les équipes qu'avec les acteurs participant à leur accompagnement ou les personnels institutionnels, il est ressorti que la qualité du lien entre ces institutions et les professionnels de santé impactait pour certains directement leur choix de contractualiser ou non. Il convient de préciser qu'il peut s'agir des relations dans le cadre de la création ou du fonctionnement de la Maison de santé, mais également des relations qu'ont ces professionnels dans le cadre de leur activité, hors MSP. Ainsi, le choix de ne pas contractualiser peut être orienté par le contexte de l'activité de soignant mais aussi par la qualité des relations avec d'autres personnels de l'institution, n'étant pas en lien avec leur projet de Maison de santé pluriprofessionnelle. Cette hypothèse est donc confirmée dans le cadre de cette enquête, comme cela a été le cas dans l'enquête d'Isabelle Bourgeois et Cécile Fournier qui avait mis en avant « un dialogue complexe [avec] des administrations considérées comme « bureaucratiques » et lentes ».

Une dernière hypothèse évoquée questionnait **le lien entre le choix de ne pas contractualiser et la présence d'éléments moteurs dans le groupe pour porter les engagements de la contractualisation**. Lors de cette enquête, parmi les MSP interrogées n'étant, à ce jour, pas engagées dans l'ACI, aucune n'a évoqué que cela soit en lien avec un manque de professionnels porteurs de leur projet. Leur

Lucie LEBLANC - Mémoire de l'Université de Rennes - Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

2022-2023

décision s'appuyait sur d'autres arguments. Bien que cette hypothèse ait été vérifiée dans l'article d'Isabelle Bourgeois et Cécile Fournier, cela n'a pas été le cas pour cette enquête.

Ainsi, pour revenir à la première partie de notre problématique de départ portant sur les fondements sur lesquels se basent les professionnels en MSP pour contractualiser ou non, nous notons que de nombreuses MSP identifient des points de l'ACI n'étant pas adaptés à leur pratique, ou ne leur semblant pas liés à leur travail pluriprofessionnel. Pourtant, ces collectifs font bien souvent le choix de contractualiser puisque les avantages s'avèrent plus nombreux que les inconvénients à leurs yeux pour valoriser financièrement leur travail pluriprofessionnel.

B. Les effets de la contractualisation

La seconde partie du questionnement au cœur de ce mémoire s'intéresse aux effets de la contractualisation sur les pratiques des professionnels de santé.

Ainsi, une hypothèse avait été émise sur **le gain de connaissances sur certains sujets de santé grâce à la contractualisation**. Hormis une meilleure connaissance du dispositif ACI, identifiée comme préalable à l'engagement, cette enquête n'a pas révélé spontanément chez les professionnels interrogés une augmentation des connaissances sur un sujet de santé depuis leur contractualisation. En revanche, et il s'agit d'une de leurs motivations à s'installer en MSP, les professionnels ont indiqué mieux se connaître entre-eux et également mieux connaître les compétences dont chacun dispose suivant son métier. Bien sûr, ces connaissances ne sont pas uniquement liées au fait de s'être engagé dans l'ACI, elles sont totalement possibles pour les MSP non ACI, mais le fait de contractualiser impose la tenue d'échanges entre professionnels qui peuvent favoriser l'acquisition de ces informations. Cette hypothèse n'est donc pas véritablement vérifiée mais amène à quelques conclusions de l'enquête intéressantes à retenir.

La dernière hypothèse de cette enquête questionnait **la nécessité de réorganiser l'activité des professionnels pour trouver le temps nécessaire à la mise en place des projets et à la justification de leur réalisation auprès des autorités sanitaires**. Lors des échanges, les équipes se sont accordées sur le manque de temps des professionnels pour mener notamment les actions du collectif mais les coordinateurs ont appuyé l'idée qu'avec une bonne organisation des temps communs, et leur appui pour la coordination de toute l'équipe, il était possible de s'engager dans la contractualisation, sans trop bouleverser les fonctionnements en œuvre avant cette entrée dans l'ACI. Notons également que

Lucie LEBLANC - Mémoire de l'Université de Rennes - Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

2022-2023

l'ACI ne demande pas toujours de temps supplémentaire car, comme l'ont souligné plusieurs collectifs, il s'agit aussi de valoriser ce qui était déjà fait et pas forcément de tout changer pour valider les indicateurs ACI. Une bonne partie de ces derniers ne demanderont pas d'investissement supplémentaire puisqu'ils sont déjà intégrés dans l'activité et l'organisation des professionnels. Cette hypothèse n'est donc pas validée.

Nous pouvons donc maintenant apporter des éléments de réponse à la seconde partie de notre questionnement, à savoir les effets de la contractualisation avec les autorités sanitaires sur la pratique des professionnels en MSP. Notre étude a permis de montrer que les MSP ayant signé l'ACI mettent en avant que cet outil permet de valoriser un bon nombre de choses déjà réalisées par l'équipe telles que des échanges sur un dossier patient ou encore les horaires d'ouverture de la structure. Ainsi, sur ces points la contractualisation n'apporte pas de réel changement si ce n'est de garder une trace pour la justification de l'atteinte des indicateurs, ce qui est souvent réalisé par la coordinatrice de la MSP pour soulager les professionnels et ainsi leur permettre de consacrer ce temps administratif à leurs consultations. Ce rôle de coordination s'avère d'autant plus important pour éviter aux professionnels de subir l'aspect administratif imposé par cette contractualisation. De plus, par le biais de la contractualisation les professionnels sont contraints de mettre en place des actions en faveur de la patientèle, de réaliser des temps d'échange entre eux. Ainsi, les MSP ayant contractualisé soulignent l'importance de ces temps pour mieux se connaître au sein de l'équipe, mieux connaître les compétences et les besoins des uns et des autres, et ainsi disposer d'un soutien dans les moments les plus difficiles. Ainsi, la contractualisation entraîne donc des effets positifs sur la pratique des professionnels qui agissent davantage comme une équipe.

Conclusion

Cette étude, à l'échelle de la Bretagne, vient alimenter un vivier d'informations permettant de comprendre le point de vue des professionnels de santé organisés en Maison de santé pluriprofessionnelles sur l'Accord conventionnel interprofessionnel. Ces derniers, qu'ils y soient engagés ou non, voient plusieurs points pouvant freiner l'engagement, et d'autres qui nécessiteraient quelques ajustements dans le but de faciliter son adoption. Néanmoins, plusieurs équipes ont tenu à souligner que sans cet outil elles ne pourraient pas s'investir autant pour la santé de leurs patients et que par conséquent il était important de maintenir l'ACI pour favoriser et faciliter le travail en équipe. Aujourd'hui, plusieurs formes d'exercice coordonnées existent pour faciliter ce travail pluriprofessionnel, dont les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) qui visent, à une plus grande échelle, à organiser les soins pour un bassin de population pouvant atteindre plus de 100 000 habitants. Pour ces organisations, un ACI existe également, comprenant d'autres indicateurs mais ayant un même objectif de travail en pluriprofessionnalité, de prévention ou encore d'accompagnement des professionnels de santé.

Questionner régulièrement l'ACI pour corriger ses défauts, qu'il s'agisse de l'ACI MSP ou de l'ACI CPTS, semble de ce point de vue pertinent pour qu'à l'avenir les professionnels de ces structures puissent s'y retrouver en disposant de financements leur permettant de mettre en place leurs actions en faveur de la santé de la population.

Bibliographie

Articles scientifiques :

Bezes, P., Demazière, D., Bianic, T. L., Paradeise, C., Normand, R., Benamouzig, D., Pierru, F., & Evetts, J. (2011). New Public Management et professions dans l'État : Au-delà des oppositions, quelles recompositions ? *Sociologie du travail*, 53(3), Article 3. <https://doi.org/10.4000/sdt.8348>

Bezes, P., & Musselin, C. (2015). *Le New Public Management* (p. 128). Presses de Sciences Po. <https://hal-sciencespo.archives-ouvertes.fr/hal-01520666>

Bloy, G. (2010). Rémunérer les médecins généralistes. La question des revenus. In *Singuliers généralistes* (p. 75-95). Presses de l'EHESP. <https://doi.org/10.3917/ehesp.bloy.2010.01.0075>

Bourgeois, I. (2019). Accompagner la structuration de la production de soins de premier recours ou participer à l'invention de l'action organisée en médecine de ville. *Journal de gestion et d'économie de la santé*, 1(1), 54-71. <https://doi.org/10.3917/jges.191.0054>

Bourgeois, I., & Fournier, C. (2020). Contractualiser avec l'Assurance maladie : Un chantier parmi d'autres pour les équipes des maisons de santé pluriprofessionnelles. *Revue française des affaires sociales*, 1, 167-193. <https://doi.org/10.3917/rfas.201.0167>

Cassou, M., & Mousques, J. (2021). Exercer en maison de santé pluriprofessionnelle a un effet positif sur les revenus des médecins généralistes. *IRDES, Questions d'Economie de la Santé*, 258, 7.

Chappoz, Y., & Pupion, P.-C. (2012). Le New Public Management. *Gestion et management public*, 1/2(2), 1-3. <https://doi.org/10.3917/gmp.002.0001>

Da Silva, N., & Gadreau, M. (2015). La médecine libérale en France. *Revue de la régulation. Capitalisme, institutions, pouvoirs*, 17, Article 17. <https://doi.org/10.4000/regulation.11120>

- Ferras, B., & Planel, M.-P. (2019). Quel est le rôle des conventions entre l'assurance maladie et les professionnels de santé ? In *L'assurance maladie en question(s)* (p. 49-59). Presses de l'EHESP. <https://www.cairn.info/l-assurance-maladie-en-questions--9782810907687-p-49.htm>
- Fishman-Bosc, A., Leveau, E., Crelerot-Klopfenstein, S., Gentile, S., & Colson, S. (2016). Clarification de concept : La coordination appliquée au domaine des soins. *Revue Francophone Internationale de Recherche Infirmière*, 2(2), 77-86. <https://doi.org/10.1016/j.refiri.2016.02.001>
- Fournier, C. (2019). Travailler en équipe en s'ajustant aux politiques : Un double défi dans la durée pour les professionnels des maisons de santé pluriprofessionnelles. *Journal de gestion et d'économie de la santé*, 1(1), 72-91. <https://doi.org/10.3917/jges.191.0072>
- Hassenteufel, P. (2008). Syndicalisme et médecine libérale : Le poids de l'histoire. *Les Tribunes de la santé*, 18(1), 21-28. <https://doi.org/10.3917/seve.018.0021>
- Hassenteufel, P., Naiditch, M., & Schweyer, F.-X. (2020). Les réformes de l'organisation des soins primaires : Perspectives multi-situées. Avant-propos. *Revue française des affaires sociales*, 1, 11-31. <https://doi.org/10.3917/rfas.201.0011>
- Laude, L., Michel, L., & Schweyer, F.-X. (2018). Comment les professionnels de santé s'approprient-ils les impératifs gestionnaires ? In *Manager une organisation de santé* (p. 75-97). Presses de l'EHESP. <https://doi.org/10.3917/ehesp.minvi.2018.01.0075>
- Le Pen, C. (2011). Le défi de l'efficience. *Le Débat*, 167(5), 108-112. <https://doi.org/10.3917/deba.167.0108>
- Marin, P. (2020). Chapitre 8. La lente maturation du système de santé en France. In *Manuel de santé publique* (p. 231-256). Presses de l'EHESP. <https://doi.org/10.3917/ehesp.raimo.2020.01.0231>

- Moyal, A. (2019). Rationalisation des pratiques professionnelles en maisons de santé pluriprofessionnelles. Le paradoxe d'un exercice libéral sous contraintes. *Revue française de science politique*, 69(5-6), 821-843. <https://doi.org/10.3917/rfsp.695.0821>
- Moyal, A. (2020). L'exercice pluriprofessionnel en MSP : Une division du travail sous contrôle médical. *Revue française des affaires sociales*, 1, 103-123. <https://doi.org/10.3917/rfas.201.0103>
- Ray, M., Bourgueil, Y., & Sicotte, C. (2020). Les maisons de santé pluriprofessionnelles : Un modèle organisationnel au carrefour de multiples logiques. *Revue française des affaires sociales*, 1, 57-77. <https://doi.org/10.3917/rfas.201.0057>
- Samson, A.-L. (2009). Faut-il remettre en cause le paiement à l'acte des médecins ? *Regards croisés sur l'économie*, 5(1), 144-158. <https://doi.org/10.3917/rce.005.0144>
- Schweyer, F.-X. (2010). Activités et pratiques des médecins généralistes. In *Singuliers généralistes* (p. 55-74). Presses de l'EHESP. <https://doi.org/10.3917/ehesp.bloy.2010.01.0055>
- Stuedler, F. (1977). Médecine libérale et conventionnement. *Sociologie du travail*, 19(2), 176-198. <https://doi.org/10.3406/sotra.1977.1539>
- Vezinat, N. (2020). La promotion conjointe des maisons de santé pluriprofessionnelles : Une « communauté d'intérêt » entre association professionnelle et autorités sanitaires. *Revue française des affaires sociales*, 1, 79-101. <https://doi.org/10.3917/rfas.201.0079>

Etudes et rapports :

- Cassou, M., Mousquès, J., & Franc, C. (2021). *Exercer en maison de santé pluriprofessionnelle a un effet positif sur les revenus des médecins généralistes.* 258. <https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/258-l-exercice-en->

maison-de-sante-pluriprofessionnelle-a-un-effet-positif-sur-les-revenus-des-medecins-generalistes.pdf

Gary, B., Kinouani, S., Baptiste, L., Bernard, P., & Gay, B. (2015). *Exercice libéral ou salarié : Qu'est-ce qui détermine le choix des médecins généralistes ? Etude qualitative auprès des jeunes médecins de Gironde.*

DREES. (2019, mai). *Deux tiers des médecins généralistes libéraux déclarent travailler au moins 50 heures par semaine.* 1113.
https://www.orspaysdelaloire.com/sites/default/files/pages/pdf/panel_mg_nat_PDF/2019_panel_mg_er1113.pdf

Mousquès, J. (2014). *L'évaluation des Expérimentations des nouveaux modes de rémunération (Enmr) en France.* <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-03/mousques-l-evaluation-des-experimentations-des-nouveaux-modes-de-remuneration-en-france.pdf>

Décrets / Lois / Circulaires :

Arrêté du 24 juillet 2017 portant approbation de l'accord conventionnel interprofessionnel relatif aux structures de santé pluriprofessionnelles. (2017, août 5).
<https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/707164/document/arrete-24-juillet-2017-portant-approbation-de-laccord-conventionnel-interpro-relatif-aux-structures-de-sante-pluripro.pdf>

Article 44—LOI n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008 (1)
—Légifrance. Consulté 1 mars 2023, à l'adresse
https://www.legifrance.gouv.fr/loda/article_lc/LEGIARTI000045355399/2022-04-14

Article 1101—Code civil. (2016, octobre 1).
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000032040787/2022-04-12

Lucie LEBLANC - Mémoire de l'Université de Rennes - Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
2022-2023

Article L4041-4—Code de la santé publique. Consulté 20 août 2023, à l'adresse https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043499871

Avis relatif à l'avenant n° 1 à l'accord conventionnel interprofessionnel relatif aux structures de santé pluriprofessionnelles signé le 20 avril 2017, (2022). <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000046132269>

Articles de presse :

Juanole, L. (2022, avril 13). *L'avenant 1 à l'ACI-MSP est finalement signé*. Le Généraliste. <https://www.legeneraliste.fr/actu-pro/politique-de-sante/lavenant-1-laci-msp-est-finalement-signe>

Loubry, N. (2023, janvier 14). *ACI : Qu'est-ce qu'une maison de santé gagne à le signer ?* Concours pluripro. <https://www.concourspluripro.fr/droit-et-gestion/questions-juridiques/aci-quest-ce-quune-maison-de-sante-gagne-le-signer>

Ramsay, K. (2022, mars 29). *Paiement à l'acte, forfaitisation, Rosp... demain, quelle rémunération ?* Concours pluripro. <https://www.concourspluripro.fr/exercice-pluriprofessionnel/metiers/paiement-lacte-forfaitisation-rosp-demain-quelle-remuneration>

Sitographie :

AVEC Santé. (2023, mai). *Les chiffres clés d'AVECsanté*. AVECsanté. <https://www.avecsante.fr/>

Créer une Maison de Santé Pluriprofessionnelle. Consulté 31 mai 2023, à l'adresse <https://www.bretagne.paps.sante.fr/creer-une-maison-de-sante-pluriprofessionnelle-4>

DGOS. (2023, août 19). *Expérimentation d'une incitation à une prise en charge partagée—IPEP*. Ministère de la Santé et de la Prévention. <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/parcours-des-patients-et-des-usagers/article-51-lfss-2018-innovations-organisationnelles-pour-la>

transformation-du/les-experimentations/article/experimentation-d-une-
prise-en-charge-partagee-ipep

DGOS. (2023, juillet 4). *Expérimentation d'un paiement à l'épisode de soins pour des prises en charge chirurgicales—EDS*. Ministère de la Santé et de la Prévention. <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/parcours-des-patients-et-des-usagers/article-51-lfss-2018-innovations-organisationnelles-pour-la-transformation-du/les-experimentations/article/experimentation-d-un-paiement-a-l-episode-de-soins-pour-des-prises-en-charge>

DGOS. (2023, juillet 4). *Expérimentation d'un paiement en équipe de professionnels de santé en ville—PEPS*. Ministère de la Santé et de la Prévention. <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/parcours-des-patients-et-des-usagers/article-51-lfss-2018-innovations-organisationnelles-pour-la-transformation-du/les-experimentations/article/experimentation-d-un-paiement-en-equipe-de-professionnels-de-sante-en-ville>

DGOS. (2023, mai 31). *Le fonds d'intervention régional (FIR)*. Ministère de la Santé et de la Prévention. <https://sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/financement/fonds-d-intervention-regional/article/le-fonds-d-intervention-regional-fir>

Direction de l'information légale et administrative. (2023, avril 21). *Régime fiscal d'une société civile de moyens (SCM)*. <https://entreprendre.service-public.fr/vosdroits/F32042>

Qu'est-ce que l'État-providence ? (2022, avril 15). vie-publique.fr. <http://www.vie-publique.fr/fiches/24110-quest-ce-que-letat-providence>

Qu'est-ce qu'un système de santé ? (2022, août 19). vie-publique.fr. <http://www.vie-publique.fr/fiches/37853-definition-et-acteurs-du-systeme-de-sante-francais>

Rémunération des maisons de santé pluriprofessionnelles. (2023, février 27). <https://www.ameli.fr/orne/exercice-coordonne/exercice-professionnel/remunerations>

forfaitaires-organisations-exercice-coordonne/remuneration-des-maisons-de-sante-
pluriprofessionnelles

Ministère de la santé et des sports. *Quelles mesures concrètes pour les médecins ?*

https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche_generale_hpst_web.pdf

Ministère de la Santé et de la Prévention. (2023, mars 1). *Ma santé 2022 : Un engagement collectif.*

Ministère de la Santé et de la Prévention. <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/masante2022/>

Thèse :

Fournier, C. (2015). *Les maisons de santé pluriprofessionnelles, une opportunité pour transformer les pratiques de soins de premier recours : Place et rôle des pratiques préventives et éducatives dans des organisations innovantes.* Université Paris Sud - Paris XI.

Moyal, A. (2021). *Une liberté sous contraintes ? : Rationalisation des pratiques des professionnels libéraux de soins primaires en maisons de santé pluriprofessionnelles en France* [Phdthesis, Institut d'études politiques de paris - Sciences Po]. <https://theses.hal.science/tel-03578142>

Annexes

Liste des Annexes :

Tableau récapitulatif des interviewés et des observations de terrain	P. 70
Guides d'entretiens	P. 71
Grilles d'analyse des entretiens	P. 76
Note réflexive	P. 77
Fiche synthèse du mémoire	P. 82

Tableau récapitulatif des interviewés et des observations terrain

Structure	Qualité de l'interviewé/des interviewés	Mode d'obtention des informations	Date de l'entretien	Année mise en service MSP	Contractualisation : oui : année/non
CPAM 1	Conseillères techniques territoriales	Entretien en présentiel	03/05/2023		
CPAM 2	Référente exercice coordonné	Entretien en visioconférence	17/04/2023		
ARS 1	Référente exercice coordonné	Entretien en visioconférence	12/04/2023		
ARS Bretagne	Représentants du Département organisation et coordination des soins	Observation terrain alternance			
MSP 1	Médecin généraliste	Entretien en présentiel	14/04/2023	2022	Non
MSP 2	Directrice	Entretien en présentiel	25/04/2023	2015	Oui : 2017
MSP 3	Coordinatrice	Entretien en visioconférence	04/05/2023	2017	Oui : 2018
MSP 4	Coordinatrice	Entretien en visioconférence	17/05/2023	2013	Oui : 2019
MSP 5	Coordinatrices	Entretien en visioconférence	16/05/2023	2012	Oui : 2017
MSP 6	Collectif	Observation terrain alternance		2023	Non
Accompagnateur 1	Respect de l'anonymat des professionnels interrogés				
Accompagnateur 2					

Guides d'entretiens

➤ Guide d'entretien pour professionnels en MSP

Présentation de ma formation, du thème de mon mémoire

Demande d'enregistrement

Présentation de l'interviewé :

- Pouvez-vous vous présenter ainsi que votre parcours ?
- Quelles ont été vos motivations pour vous installer en MSP ?
- Depuis combien de temps exercez-vous dans cette MSP ? Y êtes-vous depuis le début ?

Exercice en MSP :

- Pouvez-vous me dire comment s'organise votre activité sur une semaine ? Est-ce que vous avez des temps de travail en équipe ?
- Qu'est-ce qui vous plaît dans votre exercice en MSP ?
- Qu'est-ce qui vous plaît moins dans votre exercice en MSP ?
- Est-ce que vous savez si votre équipe a adhéré à l'ACI ?
- **Pour les MSP ACI :**
 - Est-ce que vous savez depuis combien de temps l'équipe est engagée dans l'ACI ?
 - Pouvez-vous me citer des choses mises en place dans votre MSP que vous valorisez dans l'ACI ?
 - Les financements dont vous disposez vous suffisent-ils ? Avez-vous d'autres sources de financement ?
 - Certains professionnels de votre MSP sont-ils plutôt opposés à cet accord avec l'ARS et la CPAM ?
 - Pour justifier l'atteinte des indicateurs de l'ACI, comment vous organisez-vous ? (appel à un cabinet de conseil, une personne chargée de ça...)
 - Certains indicateurs vous ont-ils déjà été invalidés ?
 - Avez-vous déjà eu certaines de vos idées de gestion et/ou d'actions qui ne rentrent pas dans les critères de valorisation ?
 - Voyez-vous des axes d'amélioration de l'ACI ?

- Si une MSP en création vous demandait conseil avant de s'engager dans l'ACI, que lui diriez-vous ?
Au final, lui recommanderiez-vous de se lancer ?
- **Pour les MSP non-ACI :**
 - Mettez-vous en place des choses qui pourraient être valorisées dans l'ACI ?
 - Avez-vous échangé avec des professionnels exerçant en MSP ayant signé l'ACI ?
 - Est-ce que des membres de votre équipe ont rencontré des personnes de l'ARS ou de l'assurance maladie ?
 - Comment vous organisez-vous pour la coordination dans la MSP ?
 - Si vous en avez, quelles sont les sources de financement que vous avez obtenues ?
 - Envisagez-vous de vous engager dans ce processus de contractualisation dans les années à venir ?

Relations avec les tutelles :

- Avez-vous des contacts avec l'ARS et / ou la CPAM ? Si oui, quels types d'informations échangez-vous ? Comment ? À quelle fréquence ?
- Échangez-vous davantage avec l'ARS et / ou la CPAM depuis votre installation en MSP ?
- Qu'est-ce que vous diriez de vos rapports avec l'ARS et la CPAM ?

➤ **Guide d'entretien pour professionnels en institutions**

Présentation de ma formation, du thème de mon mémoire

Demande d'enregistrement

Présentation de l'interviewé :

- Pouvez-vous vous présenter ainsi que votre parcours ?

Accompagnement proposé :

- Professionnel avec lequel je ne travaille pas dans le cadre de mon alternance : Est-ce que vous accompagnez des maisons de santé ?

- Si oui : comment ?
- Professionnel avec lequel je travaille dans le cadre de mon alternance : Pouvez-vous présenter en quoi consiste votre accompagnement des maisons de santé ?
- Quel est votre rôle concernant l'ACI pour les MSP ?
- Réalisez-vous une présentation de l'ACI aux MSP que vous suivez ? Si oui, quelles informations leur donnez-vous ? Avez-vous l'impression qu'elles comprennent le fonctionnement de cette contractualisation ?
- Quel est votre rôle une fois que le collectif de la MSP a choisi de :
 - contractualiser sur l'ACI ?
 - ne pas contractualiser sur l'ACI ?

Relation avec la CPAM/ARS :

- Quelles sont vos relations avec la CPAM/ARS concernant les maisons de santé ?
- Pour l'ARS : Concernant les documents des MSP pour justifier leurs atteintes des indicateurs, quel est votre rôle ? Intervenez-vous avec la CPAM ou est-elle la seule à s'occuper de cette partie ?
- Pour la CPAM : Concernant les documents des MSP pour justifier leurs atteintes des indicateurs, qu'en faites-vous ? Qui se charge de les analyser ? Y-a-t'il un personnel médical pour les analyser ? Etes-vous conciliant sur certains points ?

Point de vue personnel :

- Quels avantages voyez-vous à l'ACI pour les MSP ?
- Quels inconvénients voyez-vous à l'ACI pour les MSP ?
- De votre point de vue, certains indicateurs sont-ils trop simples et d'autres inatteignables ? Si oui, lesquels ?
- Selon vous, l'ACI permet-il aux professionnels d'être rémunérés à la hauteur de leur engagement dans la coordination et la gestion de leur structure ?
- Comment qualifieriez-vous les MSP qui ne souhaitent pas contractualiser sur l'ACI ? Est-ce un échec pour vous ?

➤ **Guide d'entretien pour professionnels participant à l'accompagnement des collectifs de MSP**

Présentation de ma formation, du thème de mon mémoire

Demande d'enregistrement

Présentation de l'interviewé :

- Pouvez-vous vous présenter ainsi que votre parcours ?

Mission auprès des maisons de santé pluriprofessionnelles en Bretagne :

Ces questions concernent votre accompagnement auprès des maisons de santé en Bretagne

- Dans quel cadre intervenez-vous auprès des maisons de santé en Bretagne ?
- En quoi consiste votre intervention ?
- Pourquoi les professionnels font appel à vos services selon vous plutôt que de monter leur projet seul ?
- *Pour ESSORT et Gécolib* : Certaines équipes font appel à des cabinets de conseil et d'autres non. Quel est le rôle des cabinets de conseil dans l'accompagnement des MSP pour vous ?
- Les professionnels des maisons de santé que vous accompagnez sont-ils au fait des modalités de contractualisation et d'acquisition de l'ACI ? (mission de traduction)
- Quelles sont les questions les plus fréquentes des professionnels que vous accompagnez sur l'ACI ?
- D'après vos constats, qu'est-ce qui motive les professionnels à s'engager dans l'ACI ?
- Et pour vous, quels sont les freins/difficultés à cet engagement ?
- Avez-vous déjà accompagné des maisons de santé réticentes à s'engager dans l'ACI puis s'y étant engagées par la suite ?
- Quelles relations entretiennent les professionnels des maisons de santé avec l'ARS et la CPAM ?
- Quel est votre lien avec l'ARS et la CPAM ?

Lien avec le New Public Management :

- Que pensez-vous du développement de l'ACI dans les maisons de santé ?
- D'après votre expérience, quels sont les avantages et les inconvénients de l'ACI et quelle balance faites-vous entre les deux ?
- Que pensez-vous des justificatifs à fournir une fois par an ?

Grilles d'analyse des entretiens

Professionnel en institution	Professionnel en MSP ACI	Professionnel en MSP non ACI	Professionnel accompagnant les collectifs
Parcours	Parcours		Parcours
Missions	Motivations installation en MSP		Accompagnement
Méthodologie accompagnement MSP	Activité en MSP		Connaissances ACI par professionnels de santé
Rôle concernant l'ACI	Ce qui plait		Questions des MSP sur ACI
Rôle face aux MSP non ACI	Ce qui plait moins		Motivations MSP engagement ACI
Relations CPAM/ARS	Année signature ACI	Actions valorisables dans l'ACI	Freins MSP engagement ACI
Justificatifs ACI	Valorisations ACI	Avis ACI	Relations MSP avec institutions
Avantages ACI	Financements suffisants ?	Rencontre avec institutions	Liens avec institutions
Inconvénients ACI	Unanimité du collectif sur ACI ?	Organisation de la coordination	Avis personnel sur ACI
Indicateurs simples/inatteignables	Justification indicateurs	Sources de financement	Avantages ACI
Avis personnel sur ACI	Actions non ACI	ACI à venir ?	Inconvénients ACI
	Axes amélioration ACI	Freins contractualisation	Justificatifs ACI
	Discours face à MSP non ACI	Contacts et rapports avec institutions	
	Contact et qualité des relations avec institutions		

Note réflexive

I. Une alternance pour ouvrir mon champ de connaissances

Structure d'accueil

Après mon master de santé publique de première année au sein de l'école, je me suis orientée vers le master 2 Pilotage des Politiques et Actions en Santé Publique dans le but de continuer dans ce domaine tout en découvrant diverses thématiques et ainsi me laisser un choix plus large quant à mon avenir professionnel. Cette pluridisciplinarité est un réel atout pour moi car elle permet de s'ouvrir à divers secteurs et de nombreux lieux de travail.

Lors de ma recherche d'alternance, je n'avais pas de domaine spécifique arrêté, mais mon choix s'est porté sur le bureau d'étude et cabinet de conseil Icone Médiation Santé, basé à Rennes, que j'ai contacté et qui a accepté de m'accompagner durant cette année.

Icone Médiation Santé est présent depuis plus de trente années dans le champ de la santé publique. Ses missions sont diverses : diagnostic de santé incluant ou non le volet environnement, aide à la création ou évaluation de dispositifs (dispositifs innovants, Projet régional de santé, Projet régional de santé environnement, Contrat local de santé, Projet de santé à l'échelle d'un exercice coordonné, etc.), formations, etc. Pour ces missions, l'équipe d'Icone Médiation Santé est en relation avec divers partenaires tels que l'Agence Régionale de Santé (ARS), la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM), les élus locaux, des associations locales ou nationales, les Unions Régionales des Professionnels de Santé (URPS), etc. Le travail est extrêmement varié et demande une polyvalence sur différents sujets de santé publique (personnes âgées, démographie médicale, psychiatrie, sport-santé, santé de la femme ou encore le lien entre environnement et santé). De plus, il est important de maîtriser le fonctionnement du système de santé français mais également de connaître les acteurs qui le font fonctionner, ce qui comprend l'ensemble des structures et professionnels intervenants (hôpitaux, Maisons de santé pluriprofessionnelles, Communautés professionnelles territoriales de santé, Équipes de soins primaires, Services d'aide et d'accompagnement à domicile, Services de soins infirmiers à domicile, Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, Centres médico-psychologique, associations, et bien d'autres).

De fait, cette année m'a permis de mieux cerner le rôle de chacun, autant les professionnels que les structures ou institutions. J'ai notamment appris le fonctionnement et les activités d'une CPTS ou

d'une MSP, thématique que j'ai pu approfondir par le biais de mon mémoire. Cette immersion professionnelle a donc été riche d'apprentissages et d'observations.

Cette année écoulée en cabinet de conseil a été source de découvertes également quant au fonctionnement de l'entreprise. Icone Médiation Santé est une structure privée, ce qui contraste avec mes précédents lieux de stage qui étaient publics (hôpital et conseil départemental). Le fonctionnement n'est donc pas le même avec un accent mis sur l'obtention de contrats pour assurer les revenus de l'entreprise permettant de régler les charges de fonctionnement mais également de personnel ou encore la gestion d'une entreprise (réglementation, comptabilité, recrutement...). Cette ouverture sur les "tâches de gestion" comme nous les appelons en interne, repose sur une organisation propre : chaque employé de la structure, salarié depuis un minimum de deux ans, se voit proposer de devenir associé comme les autres membres de la société. L'ensemble du personnel d'Icone Médiation Santé (associé ou salarié) a donc à sa charge une partie de ces "tâches de gestion". Il peut s'agir de tenir les recettes, de la gestion juridique, de la gestion informatique, de la prospective, etc. A ce titre, j'étais en charge avec certaines de mes collègues de la communication externe et de la qualité/documentation qui consiste à planifier des temps d'échanges sur certaines thématiques en lien avec nos missions. Ces moments ont généralement lieu après notre réunion hebdomadaire dédiée au partage d'informations sur le fonctionnement, les contrats ou encore les difficultés rencontrées.

Missions confiées

Mes missions lors de cette immersion au sein du cabinet ont été de différentes natures et m'ont permis de monter en compétences sur plusieurs aspects. Icone Médiation Santé étant un prestataire de service, le travail y est réalisé pour le compte de différents commanditaires. Il peut s'agir de professionnels de santé constitués en association, des institutions sanitaires, d'élus locaux... Pour obtenir ces contrats, il peut y avoir un contact direct du commanditaire qui souhaite travailler avec ce bureau d'étude, mais bien souvent les contrats sont obtenus par une réponse aux appels à projets, appels à manifestations d'intérêt ou marchés publics. Lors de mon alternance j'ai alors eu l'occasion de participer à la rédaction de réponses pour obtenir les contrats, tout en veillant à respecter les demandes, le budget, les obligations... Cette mission fait le lien avec mon précédent stage au sein du service Protection de l'enfance au Département de la Mayenne où j'avais eu l'occasion de rédiger un cahier des charges et d'élaborer la méthode de sélection des candidats.

Pour les missions sur lesquelles le cabinet a été retenu, j'ai eu l'occasion d'accompagner deux collectifs de professionnels dans la création de leur Maison de santé pluriprofessionnelle (MSP), et plus précisément la rédaction de leur projet de santé. Il s'agit de les rencontrer à plusieurs reprises pour comprendre leur fonctionnement, leurs problématiques et élaborer avec eux un projet de

fonctionnement et de santé collectif où ils développent des actions en faveur de leur travail pluriprofessionnel et de la santé de leurs patients. C'est lors de ces missions que mon sujet de mémoire a émergé puisqu'un des deux collectifs a montré dès le commencement de notre mission une forte opposition à s'engager dans l'ACI.

Une autre de mes missions s'en rapproche mais est réalisée à une échelle géographique plus grande puisqu'il s'agit d'accompagner un ensemble de professionnels à élaborer le projet de santé d'une Communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS). La différence se situe au niveau de l'échelle géographique mais également au niveau du nombre de professionnels concernés puisque les MSP accompagnées concernent une vingtaine de professionnels tandis que la CPTS en question en concerne plus de 60.

Une dernière de mes missions à citer ici est un peu plus originale et concerne l'accompagnement d'une Fédération régionale à la prise de décision concernant l'avenir de leur groupement. Pour cela, divers entretiens nous ont permis de comprendre les problématiques et de rassembler les idées que chacun pouvait avoir pour ensuite proposer plusieurs orientations d'avenir.

L'ensemble de mes missions m'ont ainsi appris à être en lien avec divers acteurs (ARS, CPAM, élus, professionnels de santé) et ainsi adapter ma conduite selon les souhaits de chacun : déroulement de l'intervention en accord avec les institutions, réunions avec les professionnels généralement sur les temps du midi ou du soir, thématiques à aborder... ; elles m'ont également permis d'acquérir des connaissances sur certains sujets que les professionnels souhaitaient approfondir dans leur équipe.

II. La réalisation du mémoire

Cette fin d'études est marquée par la réalisation d'un mémoire en lien avec mon terrain d'alternance. Le choix du sujet a demandé du temps, un temps qui m'a été nécessaire pour comprendre mon environnement professionnel, observer et ensuite trouver un élément qui me pose question, que j'ai envie d'approfondir.

Lors de mon alternance, mes missions d'accompagnement des collectifs à l'élaboration de leur projet de santé pour se constituer en Maison de santé pluriprofessionnelle m'ont amenée à approfondir le sujet du financement qui leur est proposé par l'ARS et la CPAM. Je me suis alors étonnée de voir que certains collectifs ne souhaitaient pas les percevoir, ni même en entendre parler. Ainsi, j'ai pu lire quelques articles sur cette thématique, ce qui m'a confortée dans le choix de ce sujet.

La réalisation du mémoire a demandé un grand investissement mais qui s'est avéré riche d'apprentissages, tant sur la méthodologie à employer, que la position à adopter suivant l'interlocuteur, ou la rencontre de professionnels. En effet, malgré quelques non-réponses, j'ai été très bien accueillie pour échanger avec les professionnels de santé en MSP qui montraient un grand intérêt à partager leur vécu quant à leur fonctionnement en MSP et leur adhésion ou non à l'Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI), un sujet qui leur pose parfois question. De même, les professionnels les accompagnant dans les institutions m'ont accueillie avec plaisir malgré des emplois du temps relativement chargés. L'analyse des informations recueillies lors de ces échanges a également été source d'approfondissement de mes connaissances et de mise en pratique : analyser les données intéressantes, les trier, les regrouper, pour ensuite construire un argumentaire qui permette de répondre à ma problématique. Bien que quelques moments aient été plus difficiles que d'autres en termes de quantité de travail, de doute sur la rédaction, ..., dans son ensemble j'ai apprécié réaliser cette étude, analyser les résultats et ensuite rédiger les conclusions.

III. Réflexion sur mon avenir professionnel

Au cours de cette année je me suis beaucoup questionnée sur mon avenir professionnel. N'ayant pas de thématique spécifique identifiée pour mon orientation, bien que je sache que certaines ne fassent pas partie de mes choix, j'ai éprouvé quelques difficultés à me demander si travailler sur un tel sujet me plairait. La recherche a fait partie de mes réflexions car j'apprécie investir un sujet, essayer de comprendre son fonctionnement et son impact sur l'organisation des soins, mais finalement je suis arrivée à la conclusion que cela ne me correspondrait pas.

Ce n'est que récemment que j'ai fait le lien entre mes études en lien avec le pilotage des politiques, et mon engagement associatif. En effet, je suis engagée dans une association de sécurité civile qui me permet de pratiquer dans divers domaines : le secours à personnes, la formation aux premiers secours, le soutien aux populations sinistrées, ... Associer mes études et un de mes loisirs serait une belle opportunité d'avenir. Ainsi, je suis actuellement en pleine prospection, dans les ARS mais prioritairement dans les Préfectures, pour intégrer un poste dans le domaine de la gestion de crise. A ce titre je souhaiterais m'investir dans la rédaction des plans de préparation aux diverses situations de crise (attentat, canicule, inondation, afflux massif de victimes, etc.), la coordination des acteurs (Préfecture, ARS, Services Départementaux d'Incendie et de Secours, Services d'Aide Médicale d'Urgence, associations de sécurité civile, etc.), ou encore participer à la préparation et réalisation des

exercices en situation réelle nécessaires à la réactivité des acteurs en cas de survenue d'un tel événement.

LEBLANC

Lucie

04 Septembre 2023

Master 2 Mention Santé Publique

Parcours : Pilotage des politiques et actions en santé publique

Promotion 2022-2023

Le financement institutionnel des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles

Résumé :

Les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP) sont en pleine expansion depuis quelques années, avec notamment un objectif de 4 000 structures en 2027. Le financement de l'Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI) de ces dernières par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie, conclu par un accord reliant la MSP aux institutions sanitaires (ARS et CPAM), suscite plusieurs questions et interroge sur le choix de nombreuses MSP de ne pas percevoir ces financements relatifs à leur fonctionnement en équipe. Des échanges avec des professionnels en Maisons de santé pluriprofessionnelles, mais également avec des membres des institutions et divers acteurs participant à l'accompagnement des collectifs permettent de mieux comprendre cette décision et les possibilités d'amélioration de l'ACI qui pourraient la remettre en question.

Mots clés :

Maisons de santé pluriprofessionnelles – MSP – Professionnel de santé – Travail en équipe – Coordination – Accord conventionnel interprofessionnel – ACI – Institutions sanitaires – Financement – Travail pluriprofessionnel

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.