

Contractualiser avec l'Assurance maladie : un chantier parmi d'autres pour les équipes des maisons de santé pluriprofessionnelles

Isabelle Bourgeois, Cécile Fournier

DANS **REVUE FRANÇAISE DES AFFAIRES SOCIALES 2020/1** , PAGES 167 À 193
ÉDITIONS **DREES MINISTÈRE DE LA SANTÉ**

ISSN 0035-2985

DOI 10.3917/rfas.201.0167

Date de mise en ligne : 24/06/2020

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://shs.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2020-1-page-167?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour DREES Ministère de la santé.

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur cairn.info/copyright.

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.

Contractualiser avec l'Assurance maladie : un chantier parmi d'autres pour les équipes des maisons de santé pluriprofessionnelles

Isabelle Bourgeois et Cécile Fournier

RÉSUMÉ

Les principaux enjeux que soulève le développement des maladies chroniques se matérialisent de façon très concrète pour les professionnels de santé du premier recours, par une gestion de prises en charge de plus en plus complexes au moment où, dans certains territoires, de nombreux médecins généralistes partent à la retraite sans succession.

Localement, depuis plus d'une dizaine d'années, des professionnels de santé libéraux s'engagent ainsi dans une transformation de leur manière de travailler ensemble au sein de maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP). La moitié des équipes engagées dans ces projets contractualisent avec l'Assurance maladie afin de financer leur activité collective, au moyen de l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI).

Ces transformations engagent les professionnels dans trois types de « chantiers » qu'ils investissent de manière conjointe. Le chantier central est celui de la constitution d'un collectif de santé pluriprofessionnel. Viennent s'y imbriquer les chantiers que représentent, d'une part, l'intégration d'impératifs gestionnaires et, d'autre part, l'invention d'un travail partenarial avec d'autres secteurs d'activité, des élus et des institutions de santé publique. Ces chantiers, qui s'inscrivent dans un temps long, engagent les professionnels dans des négociations et des apprentissages et reposent sur des transformations culturelles et organisationnelles qui s'avèrent fragiles, instables et exposées à de nombreux aléas.

Au fil de l'avancée de ces chantiers, la contractualisation avec l'Assurance maladie se présente comme une opportunité parmi d'autres, que certaines équipes rejettent d'emblée, que d'autres aimeraient pouvoir atteindre sans y parvenir et dont d'autres encore hésitent à s'emparer, pesant le pour et le contre au regard de l'organisation et du sens qu'elles donnent à leur travail, au sein d'environnements toujours singuliers.

ABSTRACT

Setting up a contract with the national health insurance fund (*Assurance maladie*):– one task among others for primary care teams

The main issues raised by the development of chronic illnesses are very concretely materializing for first-recourse health professionals, who have to manage increasingly complex care at a time when in certain areas many general practitioners are retiring without successors.

Locally for over ten years, private health practitioners have embarked on a transformation of their way of working together by means of multi-professional health centres (*maisons de santé pluriprofessionnelles* - MSP). Half of these centres' teams sign contracts with the national health insurance fund (*Assurance maladie*) in order to finance their group activities, based on an inter-professional agreement (*accord conventionnel interprofessionnel* - ACI).

These transformations involve professionals in three types of "project", in which they participate jointly. The core project is establishing their multi-professional

health group, to which are added the integration of accountable processes and the establishment of partnerships with other sectors of activity, townships and public health institutions. These projects, which are long term, involve professionals in negotiations and learning processes, and lie on cultural and organizational changes which appear to be fragile, unstable, and exposed to numerous uncertainties.

As these projects are progressing, becoming a signatory to the ACI constitutes one opportunity among others, which some teams refuse from the outset, others would like to take up but cannot, and others still are hesitant to adopt, weighing the pros and the cons with regards to the organization and the meaning they give to their work, within environments that are always unique.

Introduction¹

Depuis plus d'une dizaine d'années en France, des professionnels de santé libéraux, médecins et professionnels de santé paramédicaux, s'engagent dans une organisation collective de leur travail. Le développement de ces nouvelles formes d'exercice coordonné en soins primaires répond à différents enjeux, parmi lesquels le développement des maladies chroniques et des inégalités sociales et territoriales de santé, l'implication des patients dans le travail de soins et une diminution importante de la démographie médicale dans certains territoires. Ce mouvement, porté par certains professionnels désireux d'améliorer à la fois la qualité des soins dispensés et leurs propres conditions de travail, rencontre les attentes des pouvoirs publics qui souhaitent mieux structurer l'offre de soins primaires et développent depuis 2010 une politique publique ayant cette visée (Fournier, 2014 ; Douguet *et al.*, 2016 ; Schweyer, 2016 ; Vezinat, 2019).

Des aides ont ainsi été attribuées à de premières équipes dans l'optique de structurer leur fonctionnement collectif dans le cadre de dispositifs mis en place par la loi de financement de la Sécurité sociale de 2008. L'hypothèse était que ces financements d'équipes allaient, d'une part, faciliter la coordination des soins pour en améliorer la qualité, l'accessibilité et l'efficacité et, d'autre part, attirer des médecins dans les zones sous-dotées (Mousquès *et al.*, 2014). Expérimentaux dans un premier temps – sous l'appellation « expérimentations de nouveaux modes de rémunération » (ENMR) entre 2009 et 2014, puis stabilisés par le règlement arbitral (RA) entre 2014 et 2016 –, ces financements sont devenus pérennes en 2017 avec la signature d'un accord conventionnel interprofessionnel (ACI).

Le programme d'évaluation des rémunérations collectives pour les organisations de soins pluriprofessionnelles de proximité (EOS, 2016-2019), élaboré par l'institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES) à la demande de la Caisse nationale de l'Assurance maladie (CNAM), comprenait un volet de recherche sociologique qualitative qui a permis de documenter, d'une part, les transformations des pratiques professionnelles liées à l'exercice collectif en MSP et, d'autre part, les ressources mobilisées par les équipes. Parmi ces ressources, une attention particulière a été portée aux modalités de soutien territorial ou régional à l'exercice pluriprofessionnel, ainsi qu'aux financements contractuels mobilisés. Pour cela, une enquête longitudinale (recherche principale) a été mise en place auprès des équipes de neuf MSP ayant contractualisé avec l'Assurance maladie à des époques variées (ENMR, RA ou ACI), situées dans trois régions françaises choisies pour leurs politiques contrastées de soutien à l'exercice regroupé.

À mi-parcours de cette recherche, des questions sur les MSP n'ayant pas contractualisé avec l'Assurance maladie ont émergé. En effet, sur les 1 276 MSP ouvertes ou en projet recensées par l'Observatoire de la recomposition de l'offre de soins au 1^{er} janvier 2018, seules 536 étaient signataires de l'ACI, soit 42 %

1. Remerciements

À Michel Naiditch (p. 237), qui a contribué à cette recherche, et à tous les professionnels des MSP et des structures accompagnatrices avec qui nous avons pu échanger. Ce projet a été financé par la Caisse nationale d'Assurance maladie.

d'entre elles (55 % des MSP ouvertes à cette date). Ce pourcentage variait de façon importante d'une région à l'autre, pouvant aller en métropole de 21 % dans les Hauts-de-France à 69 % en Île-de-France. De plus, le taux de progression de ce pourcentage entre 2017 et 2018 était également très variable, de + 10 % dans le Centre-Val de Loire jusqu'à + 60 % en Provence-Alpes-Côte d'Azur. Les membres de la commission paritaire nationale des structures pluriprofessionnelles (CPN) se sont interrogés sur les raisons qui amenaient en 2018 près de la moitié des équipes de MSP à ne pas contractualiser avec l'Assurance maladie, dans le cadre d'un contrat que cette dernière avait négocié avec les partenaires conventionnels et qu'elle souhaitait attractif.

Pour explorer ces questions, l'IRDES a développé une enquête qualitative dédiée, complémentaire de celle prévue dans le programme d'évaluation initial. Nous décrivons dans la première partie de cet article la construction de la problématique, la méthode d'enquête choisie, les modalités complexes d'accès au terrain et le recueil de données effectué auprès d'un échantillon de MSP, qui constituent un premier résultat de notre recherche. Les trois parties suivantes analysent les chantiers de transformation investis par les équipes et mobilisent les cas étudiés pour illustrer les difficultés qu'elles rencontrent. La partie conclusive revient sur ce que nous apprennent ces difficultés sur les transformations culturelles et organisationnelles en cours en soins primaires.

D'une demande institutionnelle implicite à l'élaboration d'une problématique de recherche explicite et d'une enquête de terrain dédiée

Si l'objectif initial, tel que formulé par les représentants de l'Assurance maladie, était de comprendre ce qui conduisait des équipes labellisées MSP à ne pas signer l'ACI, différentes hypothèses de travail, issues de la recherche principale et des premiers contacts avec des MSP ne contractualisant pas, ont été formulées afin de construire une problématique qualitative qui permette d'objectiver les raisons d'une absence de contractualisation. La première hypothèse était que la contractualisation ne représentait qu'une partie des questions liées au travail en équipe. En effet, les financements ne créent pas les équipes *de novo*, mais ils arrivent à un moment de l'histoire du projet et viennent questionner le développement et la formalisation d'un travail en cours d'élaboration. Ils peuvent en révéler certaines difficultés ou en soutenir les potentialités. La seconde hypothèse, du point de vue de la construction du travail pluriprofessionnel, était que les MSP qui ne contractualisent pas avec l'Assurance maladie (désignées ici par les termes « MSP non ACI ») différaient peu de celles qui contractualisent (dites « MSP ACI »). Enfin, troisième hypothèse, la partition entre les MSP ACI et les MSP non ACI était évolutive dans le temps.

Devant ces constats et hypothèses, nous avons choisi de déplacer le questionnement pour passer d'une interrogation sur les raisons de la non-contractualisation à une analyse des chantiers engagés dans le processus de structuration de l'équipe. Cette approche, qui consiste à étudier un processus longitudinal conduisant ou non à signer l'ACI, permet d'observer un projet pluriprofessionnel en train d'émerger, de se construire et de se mettre en œuvre. Elle permet également d'observer l'émergence, autour de chaque équipe d'une MSP, d'un écosystème constitué de différents partenaires, parmi lesquels des représentants des collectivités territoriales, des agences régionales de santé (ARS), de la caisse primaire d'Assurance maladie (CPAM), des fédérations régionales des MSP, des unions régionales des professions de santé (URPS), des ordres professionnels, etc. La nature des relations qui se nouent, la qualité du dialogue qui s'instaure et, partant, la capacité des partenaires à aider au développement du projet ou au contraire à freiner son avancement sont autant d'éléments qui font partie de l'histoire du projet. Cette approche permet donc de mieux comprendre les enjeux de l'élaboration d'une dynamique collective entre professionnels, le rôle des institutions partenaires dans ce processus, les freins et tensions à différentes étapes de l'histoire du projet.

La complexité de ces processus s'observe dès la mise en place de l'enquête de terrain, dans laquelle nous avons choisi de mener des entretiens avec des professionnels exerçant dans des MSP non ACI.

Des structures difficiles à identifier : une stratégie d'enquête multi-sources qui apporte de premiers résultats

Les MSP non ACI sont des MSP dont l'ARS a validé le projet de santé et dont l'équipe, au moment de l'enquête (de début juin à fin octobre 2018), n'était pas signataire de l'ACI. L'identification de structures correspondant à ces caractéristiques a été difficile malgré les nombreuses sollicitations, si bien que nous avons multiplié les sources de données.

LA CONSTITUTION DE L'ÉCHANTILLON

[ENCADRÉ 1]

Une première liste de MSP non ACI a ainsi été constituée *via* la consultation :

- des fédérations régionales des MSP : responsables des bureaux et salariés (sollicitation par questionnaire soumis lors d'une réunion organisée par la FFMPs puis envoyé par mail, avec relances par mail et téléphone) ;
- des délégations territoriales des ARS (DT ARS) et des URPS des régions enquêtées (entretiens ou mails) ;
- des professionnels des MSP visitées pour la recherche principale, interrogés sur les MSP non ACI de leur territoire ;
- de trois membres de la CPN ACI, sollicités individuellement par mail ou téléphone ;
- des intervenants d'un bureau d'études en santé publique (reconstitution de cas d'équipes accompagnées récemment dans l'élaboration de leur projet de santé ou entretien avec le porteur de projet ou le coordonnateur si l'accompagnement était plus ancien).

Ainsi, 77 MSP non ACI, situées dans dix régions différentes, ont été identifiées, dont 68 avec des coordonnées ou des recommandations permettant de passer la barrière du secrétariat. Au bout de trois contacts infructueux, 28 MSP ont été considérées comme non-répondantes. Les 40 autres ont pu être contactées par mail ou téléphone. Lors de ce premier contact, 7 MSP ont été écartées de l'échantillon parce qu'elles avaient récemment signé l'ACI, les 33 autres répondant a priori aux critères exclusifs de sélection.

Après prise de rendez-vous, 28 entretiens téléphoniques d'une durée de 20 min à 2 h ont été réalisés auprès d'un ou deux membres des structures de l'échantillon, le plus souvent un médecin, rarement un pharmacien, une infirmière ou un coordonnateur. Parmi elles, 10 MSP étaient déjà connues par l'une des chercheuses de l'équipe qui avait contribué à l'élaboration de leur projet de santé ; des entretiens complémentaires ont alors été réalisés afin de reconstituer l'historique du projet. Cinq autres MSP ont rédigé un mail pour présenter leur projet.

À ces 33 MSP s'ajoute l'une des deux seules structures ayant répondu à un court questionnaire en ligne adressé aux 145 MSP franciliennes par la FEMASIF durant l'été 2018 (l'autre MSP répondante, candidate à l'ACI en 2018, a été écartée), soit un total de 34 MSP non ACI investiguées.

Notre analyse porte donc ici sur 27 MSP pour lesquelles les données étaient suffisantes.

Les difficultés d'accès au terrain constituent les premiers résultats de la recherche : les MSP non ACI, qui représentent près de la moitié des MSP labellisées en France, sont des structures difficiles à identifier et aussi souvent à contacter, même pour les relais régionaux que sont les fédérations des MSP ou les délégations territoriales des ARS. De plus, l'adressage par les pairs ne conduit pas toujours à accepter un entretien avec un chercheur, qui peut être vécu comme intrusif ou dérangeant dans un emploi du temps déjà chargé, comme nous l'ont signifié certains des acteurs sollicités.

Ces difficultés créent des contraintes méthodologiques pour le recueil de données : sept des MSP étudiées ont ainsi encore été écartées de l'analyse du fait du caractère insuffisant des éléments recueillis pour comprendre le processus exploré. Cependant, le nombre de cas étudiés permet de comparer et de regrouper des situations présentant des similitudes et, ainsi, d'accéder aux principales configurations existantes.

Enfin, parmi les 27 MSP de l'échantillon final, nous avons découvert au fil des entretiens des MSP n'entrant pas dans les critères de sélection. D'une part, trois MSP étaient en voie de contractualisation dans le cadre de l'ACI, d'autre part, deux groupements n'avaient pas été labellisés MSP par leur ARS. Nous avons cependant, sur la base de nos hypothèses de travail, conservé ces cinq équipes dans l'échantillon, considérant que leur histoire contribuait à la compréhension du processus étudié.

Un échantillon de structures diversifié

Le tableau 1 présente les 27 MSP analysées, situées dans dix régions de France métropolitaine². Les MSP sont diverses dans la composition de l'équipe (de 1 à 7 médecins généralistes et de 8 à 35 professionnels de santé), la date de labellisation du projet de santé par l'ARS (le cas échéant), la date d'ouverture de la MSP, son caractère public ou privé et le type de financements collectifs reçus : 12 n'en ont pas reçu, 4 ont touché un financement expérimental ENMR ou RA, 10 ont bénéficié d'un budget de l'ARS sur le fonds d'intervention régional (FIR), pour des usages qui sont précisés, et 2 ont signé l'ACI.

TABLEAU 1
Caractéristiques des 27 maisons de santé enquêtées en 2018

N° d'anonymat	Composition de l'équipe : nombre de professionnels de santé (dont médecins généralistes)	Projet de santé : date de labellisation par l'ARS	Projet immobilier : caractéristiques et date	Financements d'équipe
1	7 (3)	2012	Public 2016	ENMR* puis RA** FIR*** pour rédaction du projet de santé
2	11 (5)	Non connue	Privé 2013	Aucun
4	10 (5)	Non connue	Non	Aucun
5	10 (4)	2017	Privé 2011	ACI**** signé en 2018
6	20 (1)	Non connue	Public 2013	Aucun
8	9 (5)	Non connue	Date inconnue	Aucun
9	10 (5)	2012	Non	ENMR puis RA
10	25 (7)	2015	Public	ENMR puis RA FIR pour rédaction du projet de santé
11	13 (4)	2018	Privé	Aucun
12	10 (2)	2011	Public 2011	FIR pour mobilier et informatique
13	8 (2)	Non connue	Public	Aucun
14	35 (5)	2017	Non	FIR pour coordonnatrice
15	18 (6)	2017	Public en projet	ACI 2018 FIR pour SISA*****
16	20 (3)	2015	Privé 1975 Public 2013	Aucun
17	10 (2)	Non connue	Public 2015	FIR pour système d'information
18	9 (2)	2016	Public en projet	Aucun
19	10 (1)	Non connue	Privé 2018	Aucun

2. La numérotation d'anonymat des 34 structures initiales a été gardée, ce qui explique certains trous.

20	20 (7)	Projet non labellisé	Privé	Aucun
21	12 (2)	2016	Public en projet	FIR pour rédaction du projet de santé
22	15 (2 puis 1)	2016	Public en projet	FIR pour rédaction du projet de santé
23	14 (3)	2012, 2018	Public 2013, extension en projet	ENMR puis RA FIR pour rédaction du projet de santé
24	15 (3 puis 2)	2015	Public puis privé en cours	FIR pour mobilisation des professionnels autour d'un projet
25	19 (5)	2016	Non	FIR pour rédaction du projet de santé
29	16 (4)	2018	Public en projet	FIR pour mobilisation et rédaction du projet de santé
30	10 (2)	Non connue	Privé 2014	Aucun
33	10 (2)	Projet non labellisé	Public 2010	Aucun
34	10 (2)	Non connue	Public	ACI 2018

* ENMR : expérimentation de nouveaux modes de rémunération ; ** : RA : règlement arbitral ; *** : FIR : fonds d'intervention régional ; **** ACI : accord conventionnel interprofessionnel ; ***** : SISA : société interprofessionnelle de soins ambulatoires.

Contenu et exploitation du corpus

Notre recherche a donc reposé sur trois types de données :

- des entretiens téléphoniques avec des professionnels de santé porteurs de projets ou coordonnateurs de MSP non ACI ;
- un questionnaire autoadministré pour les équipes des MSP adhérentes à la fédération des maisons de santé d'Île-de-France (FEMASIF) ;
- des entretiens complémentaires avec des acteurs en situation de soutien à l'exercice regroupé : des membres de la fédération française des maisons et pôles de santé (FFMPS) et de certaines fédérations régionales, ainsi que l'exploitation des entretiens avec d'autres institutions régionales réalisés dans le cadre de la recherche principale.

Après une mise à plat des caractéristiques de chaque MSP (histoire et ancienneté du projet, composition de l'équipe, date de validation du projet de santé, date d'initiation d'un projet immobilier, financements obtenus), chaque entretien a été exploité dans un premier temps en distinguant trois étapes théoriques : l'émergence du projet, son élaboration, puis sa mise en œuvre à travers des actions pluri-professionnelles (actions de prévention, réunions de concertation [RCP], consultations conjointes). Ces étapes peuvent se succéder ou se chevaucher dans le temps, mais elles correspondent chacune à des modalités spécifiques d'élaboration et d'expérimentation par les professionnels d'un travail plus collectif. À chaque étape, également, des partenaires institutionnels sont susceptibles de s'engager au

côté des professionnels et les rôles respectifs s'élaborent progressivement. C'est ce que nous avons appelé l'écosystème des équipes.

Nous avons ensuite mené une analyse comparative des équipes et de leurs écosystèmes, à partir du regard que portaient les enquêtés sur l'émergence, l'élaboration et la mise en œuvre de leur projet et de la façon dont ils se projetaient dans l'avenir, ce qui nous a conduit à identifier trois types de « chantiers » inhérents aux processus de structuration des équipes pluriprofessionnelles et plus ou moins intriqués : la constitution d'un collectif pluriprofessionnel, l'intégration des impératifs gestionnaires dans le projet collectif pluriprofessionnel et le développement d'un travail partenarial multiple avec d'autres offreurs de soins, des élus et des institutions de santé publique.

Nous décrivons successivement ces trois chantiers en explicitant pour chacun ce qu'apportent la littérature et les entretiens avec les acteurs qui soutiennent l'exercice regroupé, puis en montrant, à travers de brèves présentations de cas, comment les professionnels des MSP non ACI que nous avons étudiées s'y engagent, quelles ressources ils mobilisent, à quelles difficultés ils peuvent se heurter et en quoi cela peut jouer dans leur décision d'adhérer ou non à l'ACI.

La constitution d'un collectif pluriprofessionnel : un chantier central

Dans l'organisation traditionnelle de la production de soins de premier recours, les professionnels de santé, et en particulier les médecins généralistes, exercent le plus souvent selon des modalités individuelles, en exercice solitaire ou dans des cabinets de groupes médicaux au sein desquels ils cohabitent et partagent surtout des moyens (locaux, matériel, secrétariat...). Ils inscrivent ainsi leur pratique dans une chaîne de soins (Bergeron et Castel, 2010) qui suit des logiques de proximité ou de clientèle (Bourgeois, 2007) mais ne travaillent pas à proprement parler en équipe avec les professionnels de santé paramédicaux de leur entourage ou avec les correspondants spécialisés à qui ils adressent leurs patients, ces relations restant majoritairement informelles (Sarradon-Eck *et al.*, 2008). Les informations entre les professionnels circulent par courrier, par téléphone ou portées par le patient lui-même. L'évolution vers un travail plus collectif implique, entre membres de la même profession et avec ceux d'autres professions, d'ouvrir la boîte noire des pratiques professionnelles, de partager des décisions, de faire des compromis et d'accepter une rationalisation de ses pratiques et une interdépendance renforcée dans un « nouveau statut libéral sous contraintes » (Moyal, 2019). Cette évolution représente un effort, en particulier pour les médecins qui sont les plus touchés par la redéfinition des frontières professionnelles et mis à l'épreuve dans les transformations de la division du travail auprès des patients (Fournier, 2019b).

Nous distinguons dans ce chantier trois éléments qui peuvent être chacun à l'origine de difficultés : la perte de repères qu'implique l'entrée dans une démarche

de projet pour des professionnels de santé libéraux ; le fait que ces transformations sont portées par quelques individus engagés, ayant certaines qualités ; la nécessité de construire collectivement du sens et un accord pour enrôler l'ensemble de l'équipe.

S'engager dans une démarche de projet, une perte de repères et de contrôle que les professionnels ne sont pas toujours prêts à accepter

Certains projets ne sont pas souhaités par des professionnels de santé, souvent des médecins qui restent attachés à leur fonctionnement traditionnel : indépendance dans la prise de décision, valorisation de la clientèle comme marqueur de la qualité professionnelle... S'engager dans une démarche collective, c'est perdre une partie de ces marqueurs identitaires.

C'est pour ces raisons que quatre équipes parmi les 27 analysées ne sont pas entrées dans une démarche de projet. Les trajectoires de leurs membres ne les conduisent pas à souhaiter porter un projet collectif. Ils développent des échanges *a minima*, soit entre membres d'une même profession (formations ou groupes de pairs médicaux, temps d'échange entre infirmiers), soit entre membres de différentes professions (discussions ponctuelles et informelles entre médecins et infirmières, impliquant plus rarement d'autres professionnels paramédicaux).

Ces échanges sont facilités dans deux MSP par le regroupement des professionnels sur un même lieu et, dans deux autres, par une réflexion en réseau autour de thématiques choisies entre membres de différentes professions exerçant sur un même territoire tout en restant dans leurs cabinets, ainsi que par le soutien des élus. Cependant, une méfiance vis-à-vis des institutions et un attachement au libéralisme, porteur des marqueurs identitaires cités plus haut, font partie des arguments invoqués pour expliquer le choix de ne pas signer l'ACI.

Des proximités physiques favorisant les échanges entre des professionnels qui restent opposés à un contrôle de leur organisation

La MSP 2 s'est construite autour d'un projet immobilier dans lequel l'un des médecins a investi financièrement. Elle a ouvert en 2013 avec trois médecins généralistes, un cabinet infirmier, un pédicure-podologue, une diététicienne, un psychomotricien, un ergonome, une psychologue et un kinésithérapeute. Les médecins se remplacent mutuellement et se réunissent pour parler de cas de patients. Les professionnels paramédicaux sont conviés à ces réunions mais y assistent rarement. La gestion coordonnée de la prise en charge des plaies chroniques entre médecins et infirmières est facilitée par la proximité physique entre les professionnels. Le médecin propriétaire des locaux dit avoir proposé, sans conviction, au reste de l'équipe d'entrer dans ce qu'il nomme le « concept MSP », mais il n'a pas souhaité être porteur de ce projet et personne d'autre ne s'est proposé. Si la situation

actuelle ne lui paraît pas optimale, il reste cependant opposé par principe à une démarche de projet pluriprofessionnel impliquant d'autres institutions, qui menaceraient sa liberté d'organisation et ajouteraient des contraintes administratives :

« Je suis un vrai libéral et je n'aime pas avoir un fil à ma patte. [...] Même si j'ai choisi de rester conventionné, je ne souhaite pas être contrôlé en plus par l'ARS, c'est pesant. Par exemple, il y a la nécessité de justifier d'horaires d'ouverture larges. Ma structure les pratique mais je souhaite garder la possibilité d'y échapper si je le souhaite. » (MSP 2)

Le médecin porteur de la MSP 30, syndiqué à la Fédération des médecins de France (FMF), recherchait en 2013 de nouveaux locaux dans le quartier dans lequel il était installé en groupe médical. La structure actuelle comporte dix professionnels : lui-même et un jeune médecin, deux dentistes, dont son épouse, deux ostéopathes, une psychologue, une diététicienne et deux infirmières qui partagent un cabinet avec les internes. Il indique que, depuis l'arrivée dans un local partagé, la nature de son travail n'a pas changé mais que le fait de voir plus fréquemment ses collègues facilite les échanges autour des patients communs. Il ne souhaite pas s'engager dans l'ACI parce qu'il craint « une structure bureaucratique qui ne sait pas gérer, ce qui se répercute sur les médecins », il se « méfie du mode de calcul du budget de l'ACI » et n'est « pas prêt à aliéner [sa] liberté pour un bénéfice financier immédiat mais hypothétique sur le plan clinique et des contraintes ». De plus, selon lui, en dehors des infirmières, ses collègues soit n'en sont pas demandeurs, soit y sont opposés (psychologue), soit encore ne savent pas de quoi il s'agit (ostéopathe). Lui-même n'en a pas une idée précise en dehors d'exemples qu'il décrit et qui relèvent plutôt de la délégation de tâches.

Les professionnels de ces deux MSP n'ont pas vraiment structuré ni leur collectif ni un projet de santé partagé. Ils restent attachés à leur fonctionnement traditionnel et il leur est difficile de se projeter dans un fonctionnement pluriprofessionnel sur lequel ils ont peu d'informations. La perspective de relations avec une administration, quelle qu'elle soit, les incite à ne pas s'engager dans une telle démarche. Cette position est cohérente avec l'histoire du syndicalisme médical, qui montre que les professions de santé libérales en France (Hassenteufel, 1997) se sont construites en dehors du système de Sécurité sociale (Stuedler, 1977). Par extension, une méfiance s'est installée entre les médecins libéraux et leurs principaux interlocuteurs publics que sont les représentants des caisses d'Assurance maladie, également identifiée dans d'autres recherches (Vezinat, 2019).

Des échanges en réseau qui ne suffisent pas à dépasser les dissensions entre professionnels et l'absence de porteur d'un projet collectif

Dans deux autres des MSP enquêtées, soutenues par les élus locaux, aucun des professionnels ne souhaite être porteur d'un projet collectif.

La MSP 25 réunit des professionnels de santé exerçant dans la même commune. L'un des cinq médecins généralistes du secteur, responsable de la permanence

des soins et élu local, souhaitait entraîner les autres dans un projet de santé pluriprofessionnel. La démarche s'est arrêtée rapidement parce que les médecins ne s'entendaient pas. Le porteur du projet avait en effet des relations difficiles avec deux jeunes médecins à qui il reprochait de s'être installés sans prévenir les confrères. Un autre médecin a assuré la médiation entre ces deux groupes et repris le portage du projet, qui s'est conclu sur la volonté des professionnels de créer un réseau de santé. Ils se réunissent plusieurs fois par an pour échanger sur des sujets communs mais ne souhaitent pas s'engager dans un projet de santé pluriprofessionnel.

La MSP 29 a été initiée par les élus dans un territoire très sous-doté en médecins. Les professionnels ont été accompagnés sur plusieurs périodes par une société de conseil pour élaborer un projet de santé, qui a pu être formalisé, mais n'a finalement pas été mis en œuvre. La pharmacienne présidente de l'association des professionnels a démissionné en juillet 2019. Les professionnels de santé n'ont jamais véritablement eu envie de travailler davantage en coordination les uns avec les autres et ne se reconnaissent pas dans le projet axé sur la structuration du territoire, promu dans la région. Personne, parmi eux, ne porte le projet. Ils sont plus intéressés par des nouveaux locaux que par faire évoluer leurs pratiques professionnelles. Si le projet est validé par l'ARS, ils indiquent qu'ils ne s'engageront pas dans l'ACI.

Les professionnels de ces structures apparaissent plutôt indifférents à la mise en place d'une organisation plus collective ou, en tous cas, ne se sentent pas prêts à porter sa construction. Or, un projet de santé pluriprofessionnel ne peut exister sans l'engagement d'une ou de plusieurs personnes qui le portent.

Des projets toujours dépendants des trajectoires et des parcours singuliers des personnes qui les portent

Un projet de santé pluriprofessionnel ne se réalise pas sans un ou plusieurs porteurs de projet capables de souder le collectif, souvent ceux qui ont été initiateurs du projet, ou d'autres qui prennent le relais à leur départ. Cela expose les projets aux aléas individuels liés aux histoires personnelles, qui représentent autant de freins à leur avancement.

Ainsi, lorsque le projet est porté par un professionnel seul et que le reste de l'équipe n'est pas moteur, il est difficile d'avancer dans l'élaboration du projet. Certains porteurs nous ont signifié la charge que cela représentait, la solitude dans laquelle ils pouvaient se trouver et la manière dont ils s'y sont pris pour interpeller leurs collègues, comme cette infirmière qui a choisi de faire peur à ses collègues pour les pousser à s'impliquer à ses côtés :

« J'ai été longtemps moteur du groupe. J'ai failli être en burn-out professionnel. J'ai fait la morte pendant quelques semaines et ça a fonctionné. » (MSP 18)

L'évolution de la composition de l'équipe peut être brutale, contraignant certaines équipes à reprendre la réflexion au tout début. Le départ de l'un des membres

de l'équipe est d'autant plus fragilisant lorsqu'il s'agit d'un élément moteur du projet. C'est le cas de ce pôle de santé initié par une infirmière coordonnatrice d'un centre de soins infirmiers, qui s'était associée à une jeune médecin. L'infirmière a eu des soucis personnels, a divorcé et est partie, les autres infirmières ont quitté la MSP et la médecin s'est retrouvée seule à porter le projet et ses vicissitudes :

« Les infirmières ont démissionné en bloc du centre de soins il y a un an : ça a mis le pôle de santé en suspens, on n'a rien touché en 2017. On a tenté de reconstruire quelque chose avec trois des infirmières qui se sont installées en libéral, mais elles n'avaient pas envie. » (MSP 9)

Lorsque les médecins ne sont pas assez nombreux, impliqués ou qu'ils ne s'entendent pas (comme dans la MSP 25 évoquée précédemment), cela constitue autant de freins pour l'avancement ou la mise en œuvre du projet de santé.

La profession du porteur du projet n'est pas anodine non plus. Les professionnels de santé paramédicaux qui sont initiateurs d'un projet n'ont pas la capacité de le faire avancer s'ils ne sont pas soutenus par un ou plusieurs médecins, comme l'explique cette infirmière :

« L'idée de départ de se regrouper en pluripro venait d'un médecin. Entretemps, les deux médecins en association se sont fâchés et le Dr G. est parti s'installer en zone franche, où il a eu plein de facilités. L'autre est resté seul : il travaille encore, il a une énorme patientèle, il a 72 ans et a déjà fait deux accidents cardiaques. [...] On a créé une association de professionnels de santé, dont j'ai été présidente, car le seul médecin qui restait ne voulait pas porter ça. Les autres voulaient rester seuls et le couple voulait rester dans sa belle maison bourgeoise. Donc on a pensé un projet hors les murs. [...] Quand je suis allée présenter le projet, ça a été difficile pour l'URML de donner un accord de principe car je n'étais pas médecin ! » (MSP 6)

Enfin, lorsque le projet est initié par des élus, l'engagement des professionnels est à inventer. C'est le cas de ce projet décrit par une infirmière :

« La com com a envoyé un courrier à tous les professionnels de la commune. On a eu différentes réunions. Une équipe de 12 professionnels s'est constituée. On m'a dit que ça serait bien que je sois présidente de l'association. [...] Dur de fédérer tout le monde. Même si l'immobilier n'est pas présent, on peut travailler sur un projet de santé. C'est un souci de faire bouger les choses. » (MSP 18)

C'est justement parce que la constitution d'un collectif pluriprofessionnel est une démarche incertaine et fragile que d'autres équipes temporisent leur entrée dans l'ACI. C'est le cas de trois équipes parmi celles interrogées.

Dans des équipes aux collectifs structurés, prendre le temps de construire du sens et un accord collectif pour aller vers l'ACI

Les équipes concernées ont construit un collectif pluriprofessionnel soudé et fonctionnent depuis plusieurs années avec une démarche de projet structurée. Leur organisation répond aux attendus liés au financement par l'ACI pour faciliter l'accès aux soins (horaires d'ouverture, organisation de soins non programmés...), garantir la qualité et la coordination des soins (protocoles pluriprofessionnels, réunions de concertation...) et utiliser un système d'information partagé.

Cependant, devant les questions posées sur la plus-value des attendus du dispositif ACI au sein de ces équipes, les porteurs de projets souhaitent prendre le temps qui sera nécessaire pour que tous les membres du collectif y trouvent un sens ou y voient un intérêt. Il s'agit pour eux de ne pas déstabiliser la dynamique collective et de s'engager d'un commun accord dans le travail de structuration juridique et administratif qu'implique la contractualisation dans l'ACI, comme l'expliquent des médecins de deux MSP.

« On a déjà les trois critères de l'ACI : continuité des soins 8h-20h et samedi matin, exercice protocolé, et on en fait beaucoup, et informatique commune déjà là : on a [le logiciel X], les paramédicaux aussi, la sage-femme l'avait déjà et c'est elle qui nous l'a conseillé. Mais ce qui nous fait peur, c'est tout l'aspect administratif pour entrer dans les cases. » (MSP 11)

« Faire une SISA, on est divisés là-dessus : les deux médecins sont motivés, mais les autres professionnels pensent que ça sera du temps, des dossiers fastidieux... Pour l'instant, il y a une frilosité. [...] Entre médecins, avec les secrétaires, on a [le logiciel Y]. Mais un logiciel partagé, ça fait peur aux autres professionnels de santé. [...] Il va falloir du temps pour construire, il faudra l'accord de tous les autres... On est une équipe maintenant donc on ne peut plus décider tout seul dans son coin. Je pense qu'on va y arriver progressivement. » (MSP 12)

C'est également ce qu'explique cet infirmier, qui a rejoint en 2011 une structure pluriprofessionnelle créée dans les années 1970 et qui souligne la crainte liée à l'introduction d'un financement pour un travail collectif déjà en place dans l'équipe :

« Moi je pense que [l'ACI] c'est quelque chose qui peut nous être utile. Mais je réfléchis aussi et j'ai pas tendance à prendre tout pour argent comptant. J'ai eu plusieurs discussions avec des médecins. On travaille comme ça depuis 1975. On discute comme ça entre deux patients, ou au moment de la relève, c'est toujours succinct. Ce qu'on fait déjà, on le fait, on voit pas pourquoi on serait payés pour le faire. Par exemple, l'accueil de stagiaires : le médecin âgé le fait déjà sans être payé et les autres médecins sont trop jeunes pour avoir des internes. Pour les réunions, on est toujours trop pressés, mais il y a déjà cet échange dans la maison qui est historique... On va à la MSP, on attend que la porte s'ouvre et on attrape le médecin pour discuter d'un truc, ou bien le médecin vient nous voir, ou encore il passe par la secrétaire, ou alors propose un rendez-vous à

la permanence. Et on a peur un peu de casser ce truc en mettant des moyens financiers derrière. Mais d'un autre côté, mettre de l'huile avec une coordination, ça serait peut-être bien aussi ? Mais est-ce que formaliser ne risque pas de casser cette convivialité ? On n'en ressent pas le besoin financier. Chez les jeunes médecins qui arrivent, leur priorité c'est le travail, c'est pas le fonctionnement de la maison de santé : d'abord avoir des réseaux sociaux, se créer du lien social... surtout sur un petit village [...]. Des jeunes qui ne vivent pas que pour la MSP. Peut-être que d'ici 3-4 ans, ils auront plus envie de s'occuper de l'organisation. [...] Pour avancer en équipe, il faut aller au rythme du plus lent. » (MSP 16)

Ces équipes fonctionnent dans les faits de façon collective et pluriprofessionnelle et ne voient pas l'intérêt de l'ACI, en tous cas pas dans l'immédiat, au regard de ce qu'elles ont construit. Leurs membres ont peur des effets potentiellement délétères de la contractualisation, et notamment du travail juridique et administratif que cela entraînera, ou de l'introduction d'un coordonnateur ou de financements, sur une dynamique d'équipe déjà présente, informelle et non rémunérée. Elles temporent l'entrée dans l'ACI pour sécuriser en priorité leur collectif et s'assurer que tous les membres de l'équipe sont prêts à endosser de nouvelles contraintes, liées à l'intégration d'impératifs gestionnaires.

Sept autres équipes de notre échantillon, également engagées dans une démarche de projet et un processus de structuration collective pluriprofessionnelle, se sont en effet heurtées à ce chantier sans l'avoir anticipé.

L'intégration d'impératifs gestionnaires dans le projet collectif pluriprofessionnel, un chantier subi pour certaines équipes

Les équipes qui élaborent une démarche de projet et construisent une démarche collective sont confrontées, à un moment ou à un autre, à ce que l'on peut considérer comme des impératifs gestionnaires (Robelet *et al.*, 2005 ; Fournier, 2019a) : le fait de créer ou de modifier les instances juridiques (notamment les sociétés civiles de moyens [SCM] de chaque profession et la société interprofessionnelle de soins ambulatoires [SISA] permettant de recevoir le financement ACI), de mettre en place une organisation formelle répondant aux termes du contrat ACI, ainsi que de rendre des comptes sur l'activité aux différents financeurs, en fournissant des pièces justificatives.

Certaines équipes éprouvent des difficultés face à ces impératifs. Parmi les professionnels qui se sont engagés dans une démarche de projet, on distingue dans notre échantillon, d'un côté, des équipes qui avaient contractualisé avec l'Assurance maladie et l'ARS dans le cadre des ENMR, mais qui ne signent pas l'ACI car le travail lié aux impératifs gestionnaires s'avère trop lourd, et, d'un autre, des équipes qui ne refusent pas le principe d'une démarche gestionnaire mais refusent certains des outils qui sont associés à l'ACI.

Une confrontation aux impératifs gestionnaires qui arrête ou freine l'avancement du projet collectif

Les MSP 1, 9 et 23 sont constituées d'équipes anciennes issues de la période expérimentale des ENMR, où des rémunérations forfaitaires incitatives étaient versées sans contrepartie. Le passage des ENMR au règlement arbitral (RA) a créé, en quelque sorte, l'impératif gestionnaire en modulant la rémunération en fonction de l'atteinte d'indicateurs organisés autour de trois axes, intitulés « accès aux soins », « qualité et coordination des soins » et « appui d'un système informationnel stabilisé ». Les indicateurs reposent sur des instruments censés faciliter la coopération (fonction de coordination, protocoles pluriprofessionnels, réunions de concertation, etc.), qui peuvent être obligatoires ou optionnels. Ce système a été reconduit dans l'ACI, qui a pérennisé les financements.

Comme l'expliquent des médecins des MSP 1 et 9, la confrontation de leurs équipes à des impératifs gestionnaires s'est avérée trop lourde, si bien qu'elles font machine arrière.

« La MSP est en pleine restructuration : les infirmières quittent la SISA, les kinés suivent. Nous ne serons bientôt plus une SISA. Nous n'avons pas l'intention de la pérenniser et nous avons abandonné l'ambition de fonctionner comme une MSP avec les objectifs définis par l'ARS. Nous resterons dans nos locaux, avec trois SCM indépendantes. Nous n'avons pas pu répondre aux objectifs de concertation pluridisciplinaire [...], trop chronophages, et trop de formalités dans un contexte de vague de départ des médecins des alentours. Nous travaillons en bonne intelligence pour le bien des patients mais organiser des réunions et rédiger des rapports s'avère trop lourd. Nous avons organisé des réunions avec les professionnels de santé de A. [commune] qui sont en dehors de la MSP. Le simple fait de définir une date qui convienne à tous est compliqué. Nous ne pouvons solliciter nos secrétaires pour la préparation des réunions, elles ont déjà suffisamment à faire pour l'accueil des patients, les prises de rendez-vous et le rangement des dossiers ! » (MSP 1)

« Ce qui nous amène aujourd'hui à dissoudre la SISA : on a été victimes de changements. Tous les ans, ça changeait, il y avait des critères différents. En 2012, il n'y avait pas de SISA, en 2014, c'est devenu obligatoire pour quelques membres, puis pour tous... Tous les ans, il fallait changer le statut de la SISA et sa composition... C'est un peu usant de réécrire chaque année. J'ai été porteuse, j'y ai passé beaucoup d'énergie depuis cinq ans. » (MSP 9)

Certaines équipes, entrées rapidement dans les ENMR, n'ont ainsi pas « supporté » le passage au RA, soit parce qu'elles n'avaient pas réellement développé de pratiques collectives (dans une période expérimentale peu contraignante), soit parce que les incertitudes de la période expérimentale quant à la pérennisation des financements, y compris et surtout dans le passage au RA qui a durci le formalisme, les ont fait renoncer.

Le refus de certains outils (SISA, système d'information) imposés par les impératifs gestionnaires

D'autres équipes (MSP 4, 8, 13, 17, 20) voient les impératifs gestionnaires liés à l'ACI et leurs outils comme une contrainte qui leur est imposée de l'extérieur et dans laquelle les professionnels ne souhaitent pas s'engager, dans l'état actuel de l'accord.

Celle de la MSP 8, qui regroupe cinq médecins et quatre infirmières, refuse le système d'information partagé imposé par l'ACI³, pour des raisons à la fois techniques (mauvaise qualité du réseau Internet) et d'habitudes de travail :

« Nous avons créé une MSP hors les murs sur notre territoire de PDSA [permanence des soins ambulatoires] et avons refusé de signer l'ACI car nous ne voulons pas d'un système d'information partagé (trois médecins sous [le logiciel W], deux sous [le logiciel Z]), avec pour un médecin et les infirmières un ADSL mou du genou... Donc nous sommes restés avec nos logiciels, ce qui ne nous empêche pas de fonctionner et d'avoir une infirmière Asalée qui vient travailler dans nos locaux avec un accès direct au dossier patient. » (MSP 8)

L'équipe de la MSP 20, pour sa part, qui réunit un nombre important de médecins, une sage-femme et un infirmier, s'est associée à des ingénieurs et à des consultants pour analyser les flux de patients et optimiser l'organisation du travail en vue de pratiquer une médecine de proximité collective, avec l'aide d'un système d'information sur mesure. Deux des outils de l'ACI ne sont pas compatibles avec l'organisation choisie :

« Il faudrait supprimer le critère de labellisation ASIP des systèmes d'information (et le remplacer) par une obligation de moyens ou de service rendu. Ce critère [...] nous empêche d'utiliser des outils innovants développés sur mesure qui sont au fondement de notre projet, c'est un frein très fort à l'innovation et à l'émergence de nouveaux acteurs technologiques. [...] La SISA est un montage limitatif qui ne correspond pas à notre philosophie et nos spécificités. » (Médecin, MSP 20)

Dans la MSP 13, dont le nombre de médecins fluctue, des projets pluriprofessionnels ont été mis en place notamment avec les infirmières, mais les médecins refusent les contraintes administratives liées à la SISA :

« Je me suis retrouvée toute seule comme médecin, alors qu'à un moment on était trois, donc bien sûr plus question de parler de SISA... À ce moment-là, un médecin s'est manifesté pour venir, mais seulement si on montait une SISA. Et quand on s'est réunis pour ça... personne ne voulait. Moi non plus, m'engager dans l'administratif, dans la réunionnisme et tout, ce n'est vraiment pas mon idée. Ça ne me dit rien du tout. Après deux ans et demi seule, on est à nouveau deux médecins depuis le début du mois. Quelqu'un qui travaille comme moi... Pour

3. Pour approfondir les enjeux liés à l'adoption d'un système d'information partagé, voir l'article de M. Naiditch, p. 237 de ce même numéro.

l'instant, on fonctionne bien ! Après, le jour où ça ne sera plus du paiement à l'acte, ça changera peut-être quelque chose. C'est différent quand on commence quelque chose de nouveau, mais là chacun a déjà son logiciel, son organisation de travail, ses habitudes... On a le même logiciel avec le nouveau médecin et le secrétariat physique, ça a un coût... Mais on est libres. [...] Les infirmières font les prises de sang, les vaccinations, les campagnes... Tout se passe comme si... sauf qu'on n'a pas la contrainte de la SISA. On a accès aux dossiers depuis tous les bureaux. Quand on discute un achat, on discute ensemble entre médecins, et on s'est mis d'accord sur la manière de remplir les dossiers informatiques. On n'a pas la contrepartie financière, bien sûr, mais on a la liberté, et la liberté ça n'a pas de prix ! » (MSP 13)

Dans la MSP 17, le pharmacien porteur du projet de MSP peine à convaincre les membres de l'équipe de l'intérêt de contractualiser avec l'ACI, du fait des contraintes administratives liées au suivi de l'activité et à la SISA, et de la responsabilité supplémentaire qu'ils associent à sa gestion :

« Pour l'instant, le pôle n'est pas rentré dans l'ACI, mais ce n'est pas un refus, on est allés voir la CPAM, on est train de travailler dessus. On a d'abord créé un pôle de santé, puis des programmes d'ETP [éducation thérapeutique du patient], c'est ce qui nous réunissait. [...] Les infirmières et les médecins se voient régulièrement, mais ils ne formalisent pas ce qu'ils font ensemble. En fait, les RCP ça marche si on pousse. On fait une fois par mois, le jeudi après-midi, ce qu'on fait tous les jours au téléphone... Et quand je suis là, on laisse une trace : j'y suis une fois sur deux et l'autre fois ce sont les infirmières. Mais si je ne suis pas là, il n'y a pas les comptes-rendus. L'étape suivante pour nous, c'est les ACI, mais là le problème, c'est de créer la SISA, mettre la main au portefeuille et être responsable. Mon objectif, c'est de répertorier ce que va rapporter la SISA, de montrer que c'est un investissement et qu'on récupérera de l'argent ensuite. » (MSP 17)

Le médecin porteur de la MSP 4 travaille, pour sa part, dans un local avec quatre confrères et une psychologue, ainsi qu'avec des infirmières installées dans un lieu proche et un pharmacien. Il a mis en place un système de rémunération qui permet de ne pas être payé à l'acte et cherche des financements ARS pour travailler avec les infirmières et le pharmacien :

« J'ai créé le cabinet où je travaille il y a plus de 30 ans, déjà sous une forme de groupe avec une collègue en partage d'honoraires. On est payés à l'heure de présence et pas à l'acte, par volonté politique. [...] On est en partage d'honoraires, avec prix horaire de référence, les heures sup sont rémunérées, on comptabilise aussi ses vacances. À la fin de l'année, le comptable fait une péréquation sur les revenus non distribués. Ce qui reste est réparti en fonction de la rentabilité de chacun, du revenu acquis par chacun. La ROSP est mise dans le pot commun et redistribuée. [...] Comme on a moins d'attachement au paiement à l'acte, on peut faire des activités différentes : un collègue fait de l'hypnose, lui prend plus de temps pour la psychiatrie. Si un médecin a moins de travail et que l'autre est surbooké, il vient chercher les patients qui attendent en salle d'attente. [...] Dans les murs, on a aussi une psychologue qui est totalement indépendante. On lui

met à disposition un local gratuitement. Elle jongle avec les places disponibles quand on n'est pas là. Le deal avec elle : qu'elle puisse moduler ses prix pour les patients. Ceux qui n'ont pas les moyens ne payent pas ou pas grand-chose. [...] Ça fait longtemps qu'on fonctionne comme ça. Quand on voit les cases de l'ACI, on les coche toutes depuis longtemps ! Ce qui est paradoxal, c'est qu'on fonctionne déjà comme ça, mais faire des stats, remplir des dossiers, payer quelqu'un pour ça, on a peur que ça soit très compliqué. » (MSP 4)

Ainsi, le travail de gestion liée à la contractualisation dans l'ACI est perçu par certains professionnels de santé comme trop lourd au vu de leur charge de travail et certains projets ne s'en relèvent pas. Il peut aussi être perçu comme une contrainte inutile ou inadaptée dans sa forme actuelle. Il faut bien voir que les impératifs gestionnaires ne sont pas seulement ceux de l'ACI, mais aussi ceux de tout projet financé nécessitant de rendre des comptes aux institutions concernées. Or, les équipes des MSP sont amenées à tisser des partenariats, dont certains contractuels, avec de multiples autres institutions.

Le développement d'un travail partenarial multiple, un autre type de chantier à investir

En plus des liens tissés avec d'autres offreurs de soins (professionnels isolés, autres MSP, maisons de retraite, hôpital ou secteur médico-social), que nous n'évoquons pas ici mais qui demandent un travail conséquent dans la durée, de nouveaux acteurs apparaissent dans l'environnement des professionnels de santé libéraux : les élus locaux (maires, présidents de communautés de communes...) lorsqu'un projet immobilier se monte, l'ARS qui promeut et soutient l'élaboration d'un exercice pluriprofessionnel et le développement d'actions de santé publique en soins primaires, la CPAM qui peut financer le fonctionnement des équipes pluriprofessionnelles à travers le contrat défini par l'ACI. Ces nouveaux partenaires institutionnels ont des manières de penser et d'agir qui sont différentes de celles des professionnels de santé libéraux (Bourgeois, 2015). Ils agissent dans des temporalités spécifiques, celles de la décision publique, qui ne sont pas toujours en phase avec le pragmatisme des professionnels de santé libéraux.

L'élaboration d'une coopération entre un ensemble de professionnels de santé libéraux, en cours de structuration collective, et des institutions, dont le rôle est à la fois d'accompagner et de réguler, ne va pas de soi non plus (Bloch et Hénaut, 2014). Elle s'invente au fil d'un dialogue complexe qui s'inscrit dans un processus d'apprentissage réciproque, tributaire des représentations que les uns ont des autres : des professionnels de santé libéraux considérés comme « nantis » par certains élus, des administrations perçues comme « bureaucratiques » et lentes, noyées sous des procédures inutiles pour certains professionnels de santé libéraux.

Quant aux relations avec l'Assurance maladie, elles sont inscrites dans le cadrage des critères de contractualisation : une équipe comprenant un seul

médecin ne peut pas contractualiser, de même qu'une équipe ne souhaitant pas élaborer une SISA ou se doter d'un système d'information partagé labellisé.

Nous avons observé que les partenaires professionnels (URPS, fédérations régionales), pourtant susceptibles d'aider au développement des projets collectifs, étaient peu connus des porteurs des projets interrogés.

Nous détaillons tout d'abord les déboires liés aux projets immobiliers impliquant des élus, avant de rapporter des situations où les équipes n'ont pas pu bénéficier d'un soutien à leur projet faute d'engagement des institutions censées soutenir l'exercice regroupé ou faute d'articulation entre elles.

Des partenariats avec des élus autour de projets immobiliers freinants ou bloquants

Certaines équipes sont freinées dans leur structuration à cause de projets immobiliers fragiles, du fait des hésitations des élus à s'engager, comme dans la MSP 24, ou parce qu'ils prennent plus de temps que ce que les professionnels de santé avaient imaginé. C'est le cas de la MSP 18, pourtant fortement soutenue par la communauté de communes, l'ARS et la CPAM, mais dont la lenteur du projet immobilier et les loyers élevés découverts en cours de route ont fait renoncer plusieurs professionnels :

« Si le projet immobilier n'avait pas traîné, on serait encore 12. » (MSP 18)

C'est aussi le cas de la MSP 21, portée par deux jeunes médecins formés dans des équipes pluriprofessionnelles, qui avaient réussi à créer autour d'eux un collectif aboutissant à l'élaboration d'un projet de santé validé par l'ARS en 2016. Cependant, le dialogue avec les élus était compliqué et le projet immobilier a pris du retard, jusqu'à s'arrêter complètement lors du changement de périmètre de la communauté de communes en 2017. Au moment de l'enquête, le projet était bloqué. Les deux médecins, dont le bail se terminait fin 2018, étaient pressés de pouvoir se projeter dans un nouveau lieu d'exercice et de mettre en œuvre un projet de santé dont une bonne partie des actions reposait sur le regroupement physique de l'équipe pluriprofessionnelle. Aux dernières nouvelles (août 2019), l'un des deux avait quitté la commune pour s'installer ailleurs.

Dans la MSP 22, l'élaboration du projet de santé a été portée par un binôme médical constitué d'un médecin âgé et d'un médecin récemment installé, avec le soutien d'un orthophoniste élu de la commune. Le projet de santé a été validé en 2016 et un projet immobilier était porté par la commune, très soutenante, qui réhabilitait un bâtiment ancien en centre-ville. La cohésion de l'équipe était fragile et le projet immobilier source de conflits. Le médecin récemment installé est parti du projet. La signature de l'ACI n'a pu aboutir.

Des instances régulatrices et accompagnatrices dont le soutien n'est pas toujours au rendez-vous

D'autres équipes font part d'un manque de soutien de la part de certains interlocuteurs institutionnels. Les MSP 10 et 19 illustrent des situations où les professionnels de l'ARS sont peu aidants, voire freinants.

« Le projet est là depuis longtemps : depuis les premiers ENMR, en 2010, on a écrit notre projet de santé tout seuls et on avait postulé à l'époque. Mais on est dans une région où l'ARS n'était pas très pour les MSP, il y avait deux candidats et elle avait agréé une seule MSP. On avait monté tout le dossier, c'était un gros boulot et au final on n'a pas été choisis, donc ça nous a refroidis, on était vexés. Le projet est reparti plusieurs fois et à chaque fois il y avait une grande lourdeur administrative. On ne parlait pas le même langage. » (MSP 10)

« Les déboires avec l'ARS, ça a été très drôle, c'est le chemin du combattant pour créer une MSP... Premier mail à monsieur P., pas de réponse. Nouveau mail, pas de réponse. Je téléphone. On me dit : "Il est parti, c'est madame G." Là, ça a été génial ! Elle est venue sur place avec monsieur L., avec des collaborateurs... Super, ça nous a bien motivés. On renvoie un mail en mars 2017, on relance en juillet... On s'était mariés entretemps. Pas de réponse jusqu'à octobre : madame G. m'avait dit d'envoyer mes besoins. Mais en août [de l'année suivante], pas de nouvelles pendant un mois. Personne ne répond. Je rappelle. On me dit : "C'est à nouveau monsieur P." On s'est énervés : deux mois qu'il n'était pas joignable ! Grâce à L., il y a eu une réunion à la CPAM avec P. On avait su la veille que le deuxième médecin ne venait pas, ça a mis en suspens le projet, ça a bloqué. Cette attitude, ça dissuade plus qu'autre chose, ce n'est pas normal, faut vraiment être motivé... » (MSP 19)

Des difficultés peuvent aussi être liées à une instabilité juridique autour des nouveaux outils comme la SISA, évoquée par un médecin à propos de son projet, pour lequel aucune des institutions sollicitées n'a su amener de solution :

« Les statuts de la SISA envisageaient la création d'un conseil d'administration pour faciliter les modalités de prise de décision : plus facile qu'en AG, vu le nombre de professionnels de santé et la nécessité de convoquer quatre à six AG sur l'année. Retoqué par le Conseil de l'Ordre alors que le juriste de la fédé disait que c'était OK. En ce qui concerne l'adhésion des pharmaciens, la juriste de la fédération régionale aurait dit de ne pas le faire. » (MSP 14)

Les entretiens réalisés avec des membres des instances accompagnatrices et régulatrices révèlent par ailleurs la variabilité des modalités de soutien à l'exercice regroupé proposées selon les régions. Par exemple, une URPS médecins impose aux projets des critères de labellisation plus restrictifs que l'ACI, qui sont perçus par l'un des enquêtés comme trop dirigistes et freinant le développement du projet de son équipe. Un autre exemple est fourni par la MSP 33, qui avait reçu un soutien de la communauté de communes pour un projet immobilier et avait mis en place des pratiques pluriprofessionnelles sans être labellisée par l'ARS. Les

professionnels ont refusé de rédiger un projet de santé au motif qu'ils n'étaient pas indemnisés pour cela. Or, dans certaines régions, l'ARS indemnise ce travail et un accompagnement est proposé aux équipes suivant une démarche concertée entre ARS, CPAM et fédération.

Entre ces différentes institutions (CPAM, fédération, ARS, URPS...), selon les régions, il n'y a pas toujours d'articulation, d'approche ou d'outils communs dans le soutien apporté aux MSP, ou bien il s'agit d'une articulation qui ne correspond pas aux besoins des équipes. Cela peut constituer autant de freins, parfois cumulés aux autres, dans l'avancement des projets.

Conclusion

Comprendre les chantiers des projets de MSP qui ne contractualisent pas avec l'Assurance maladie dans le cadre de l'ACI permet d'analyser ce qui, dans chacun, favorise ou au contraire fait obstacle à la mise en place de nouveaux modes d'organisation des soins primaires (Bungener et Baszanger, 2002 ; Bras, 2011 ; Schweyer, 2016). L'étude d'une trentaine d'entre eux montre l'intrication des enjeux liés à la structuration d'un collectif et au tissage de partenariats avec différents types d'interlocuteurs publics qui, selon la qualité du dialogue entre eux et avec les porteurs des projets, peuvent faciliter ou entraver le processus. Pour plus de lisibilité, nous avons illustré chaque type d'enjeu avec des exemples de difficultés tirés d'une ou deux MSP. Cependant, les monographies de chaque cas montrent que les équipes font face le plus souvent à une conjugaison de difficultés, ce qui fragilise d'autant plus la construction du collectif.

Pour travailler autrement ensemble, ce qui nécessite de modifier la division du travail et les hiérarchies professionnelles ainsi que de s'ouvrir à des échanges avec de nouveaux partenaires, des apprentissages individuels et collectifs sont nécessaires : ils sont inhérents à la construction de prises en charge partagées et de partenariats pour lesquels il faut négocier, recevoir des financements, rendre des comptes, comprendre les ressources et les contraintes des partenaires et accepter une temporalité différente. Selon le vécu individuel et collectif de ces transformations culturelles et organisationnelles, chaque équipe arbitre le fait de se diriger ou non vers l'ACI. La mise en débat de ce choix au sein du collectif constitue alors une mise à l'épreuve de la cohérence et de la dynamique du projet pluriprofessionnel. Elle fournit l'occasion de tester la solidité théorique et pratique de celui-ci, mettant en lumière ses forces et ses faiblesses en regard des exigences formelles de l'ACI. Elle oblige chaque professionnel à réinterroger la place que le projet occupe dans sa manière de penser son activité et son rôle, l'acceptabilité des contraintes qui lui sont liées ainsi que la manière dont il souhaite valoriser sa contribution au sein du projet. Elle demande ensuite de faire la synthèse de cet examen critique pour décider collectivement si le jeu en vaut la chandelle. Les MSP qui répondent alors négativement, temporairement ou définitivement, ne le font pas pour les mêmes

raisons. Leurs réponses sont orientées par l'effet conjugué de facteurs liés aux propriétés et trajectoires de leurs membres, à la dynamique d'équipe et à son insertion dans des contraintes locales, liées, d'une part, aux besoins de la population et à la démographie professionnelle et, d'autre part, à un écosystème fait de partenariats divers et plus ou moins développés.

Cette recherche confirme que la contractualisation ne représente que l'un des chantiers attendants à la construction d'un collectif de travail et de pratiques pluri-professionnelles, les financements ne créant pas un projet mais révélant ou rendant possible l'expression d'une dynamique en puissance ou déjà en place, comme nous l'avons également montré dans l'enquête principale (Fournier, 2019a). Elle confirme que, selon les situations, les blocages dans la signature du contrat ACI peuvent s'avérer plus ou moins réversibles et leur dépassement maîtrisable ou non pour l'équipe. Enfin, si les MSP qui signent l'ACI sont peu différentes, dans leur composition et leur dynamique, de celles qui ne le signent pas et si, parmi ces dernières, certaines développent le même type de travail pluriprofessionnel, on observe toutefois que les MSP non ACI ne conceptualisent pas la coordination de la même manière et, sans coordonnateur dédié, disposent d'une moindre capacité à développer des projets.

Pour dépasser les obstacles à la contractualisation, les institutions accompagnatrices et régulatrices ont un rôle important à jouer dans le soutien à ces apprentissages et à ces négociations. Selon les régions et l'histoire de chacune, elles apparaissent plus ou moins en capacité de comprendre les besoins des équipes des MSP, de définir leur rôle dans la réponse à ces besoins, d'identifier les ressources qu'elles peuvent mobiliser et de s'articuler entre elles. Pour outiller les processus d'apprentissage, différentes approches sont mobilisées dans les régions où cet accompagnement est structuré : partages d'expériences entre pairs (visites dans des MSP voisines, recours à des professionnels de santé exerçant en MSP pour partager leur expérience avec des équipes en cours de structuration, comme le font les « facilitateurs » proposés par des URPS ou des fédérations régionales de MSP), formations, séminaires, journées d'échange organisées par les fédérations régionales et/ou par les ARS et les CPAM, soutien méthodologique dans la démarche de projet par des bureaux d'études mis à disposition par des ARS ou des URPS ayant développé une politique d'ingénierie de projet, attribution par l'ARS de ressources financières pour permettre l'élaboration d'un projet partagé construit autour d'objets (projet de santé, logiciel pluriprofessionnel, programme de prévention ou d'éducation thérapeutique...) nécessaires pour donner ensuite accès à l'ACI... L'enjeu est de permettre aux professionnels de santé des MSP (médecins et paramédicaux) de s'organiser entre eux et avec leurs partenaires pour répondre aux problématiques de santé de leur territoire. Cet enjeu devient d'autant plus crucial avec l'inscription, en 2016, dans la loi de modernisation de notre système de santé, de communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). Ces dernières constituent un cadre de coopération entre les acteurs de santé à l'échelle de territoires élargis (des professionnels libéraux, plusieurs MSP, des hôpitaux, etc.) et sont dotées depuis 2019 de financements collectifs. En outre, si cela n'apparaît pas dans notre recherche du fait de sa rareté relative, l'implication de représentants

des usagers des MSP, et plus largement des habitants des territoires sur lesquels elles sont implantées, constitue également un enjeu majeur dans le processus de construction d'un collectif et d'un projet de santé répondant aux besoins de la population, selon une démarche de démocratie sanitaire qui peine encore à se développer en France à cet échelon du système de santé (Rencontres nationales de la santé en quartiers populaires, 2017 ; Morize, 2019)⁴.

4. Pour approfondir, voir l'article de J. Cachard, p. 143 de ce même numéro.

Références bibliographiques

Bergeron H. et Castel P. (2010), « Captation, appariement, réseau : une logique professionnelle d'organisation des soins », *Sociologie du Travail*, Elsevier Masson, n° 52(4), p. 441-460.

Bloch M.-A. et Hénaut L. (2014), *Coordination et parcours. La dynamique des mondes sanitaire, social et médico-social*, Paris, Dunod.

Bras P.-L. (2011), « Peut-on réformer l'organisation des soins de premier recours ? », *Les Tribunes de la santé*, n° 30, p. 113-126.

Bourgeois I. (2007), « Le médecin généraliste dans le travail médical de premier recours, entre dynamiques locales et logiques de clientèle. Les cas de quatre espaces relationnels en médecine générale », thèse de sociologie, sous la direction de Francis Pavé, Institut d'études politiques de Paris.

Bourgeois I. (2015), « Les collectivités territoriales face à la pérennisation de l'offre de soins de premier recours. L'invention d'un dialogue entre élus et professionnels de santé libéraux. Retour d'expériences d'interventions en santé publique », in Alam T. et Gurruchaga M. (dir), *Collectivités, territoires et santé. Regards croisés sur les frontières de la santé*, Paris, L'Harmattan.

Bourgeois I. (2019a), « 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*, vol. 37, n° 1, p. 54-71.

Bourgeois I. (2019b), « L'invention de l'action organisée en médecine de ville », in Bergeron H. et Moyal A. (dir), *Quel avenir pour l'organisation des soins primaires en France ?*, synthèse du séminaire pluridisciplinaire coordonné par la chaire santé de Sciences Po en 2018, p. 16-20.

Bungener M. et Baszanger I. (2002), « Médecine générale, le temps des redéfinitions », in Baszanger I., Bungener M. et Paillet A. (dir), *Quelle médecine voulons-nous ?*, Paris, La dispute, coll. État des lieux.

Chevillard G. et Mousquès J. (2020), « Les maisons de santé attirent-elles les jeunes médecins généralistes dans les zones sous-dotées en offre de soins ? », *Questions d'économie de la santé*, n° 247, p. 1-8.

Douguet F., Fillaut T. et Hontebeyrie J. (dir.) (2016), *Intervenir en première ligne. Les professions de santé libérales face au défi de la proximité*, Paris, L'Harmattan.

Durand G. (2012), « Les maisons de santé : beaucoup de bruit... pour quelque chose », *Prescrire*, vol. 32, n° 346, p. 614-619.

Fournier C. (2014), « Concevoir une maison de santé pluriprofessionnelle : paradoxes et enseignements d'une innovation en actes », *Sciences sociales et santé*, vol. 32, n° 2, p. 67-95.

Fournier C. (2019a), « 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*, vol. 37, n° 1, p. 72-91.

Fournier C. (2019b), « Exercer en maison de santé, c'est vivre un choc culturel lié à plusieurs déplacements dans sa pratique professionnelle », in Bergeron H. et Moyal A. (dir),

Quel avenir pour l'organisation des soins primaires en France ?, synthèse du séminaire pluridisciplinaire coordonné par la chaire santé de Sciences Po en 2018, p. 21-26.

Hassenteufel P. (1997), *Les médecins face à l'État. Une comparaison européenne*, Paris, Presses de Sciences Po.

Laude L., Michel L. et Schweyer F.-X. (2018), « Comment les professionnels de santé s'approprient-ils les impératifs gestionnaires ? », in Minvielle E., Gallopel-Morvan K., Januel J.-M. et al. (dir), *Manager une organisation de santé : l'apport des sciences de gestion*, Rennes, Presses de l'EHESP, p. 75-98.

Morize N. (2019), « La participation, c'est le graal ! Une participation mise au travail, le cas des maisons de santé pluriprofessionnelles », mémoire de master 2 de sociologie et développement des organisations, sous la direction de Magali Robelet, Lyon 2, université Louis-Lumière.

Mousquès J. et Bourgueil Y. (2014), « L'évaluation de la performance des maisons, pôles et centres de santé dans le cadre des expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR) sur la période 2009-2012 », Rapport n° 559, Paris, IRDES.

Moyal A. (2019), « Rationalisation des pratiques professionnelles en maisons de santé pluriprofessionnelles. Le paradoxe d'un exercice libéral sous contrainte », *Revue française de science politique*, n° 5, vol. 69, p. 821-843.

Rencontres nationales de la santé en quartiers populaires (2017), *La participation en santé de proximité des habitants et usagers des centres, maisons et pôles de santé*, synthèse des échanges, Chambéry.

Robelet M., Serré M. et Bourgueil Y. (2005), « La coordination dans les réseaux de santé : entre logiques gestionnaires et dynamiques professionnelles », *Revue française des affaires sociales*, n° 1, p. 231-260.

Sarradon-Eck A., Véga A., Faure M. et al. (2008), « Les relations soignant-soigné dans les réseaux de soins informels », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, vol. 56S, S197-S206.

Stuedler P. (1977), « Médecine libérale et conventionnement », *Sociologie du travail*, vol. 19, n° 2, p. 176-198.

Schweyer F.-X. (2014), « L'efficacité collective dans le travail », *L'intégration inégale*, Paris, PUF, p. 261-278.

Schweyer F.-X. (2016), « Inventer et apprendre un nouveau métier. Les médecins généralistes dans des maisons de santé », in Douguet F., Fillaut T. et Hontebeyrie J., *Intervenir en première ligne. Les professions de santé libérales face au défi de la santé de proximité*, Paris, L'Harmattan, p. 39-60.

Veziat N. et Schweyer F.-X. (2019), « Écologie des maisons de santé. Une gouvernance multi-niveau », *Journal de gestion et d'économie de la santé*, vol. 37, p. 3-10.

Veziat N. (2019), *Vers une médecine collaborative. Politique des maisons de santé pluriprofessionnelles en France*, Paris, PUF.