

Reproduction sur d'autres sites interdite  
mais lien vers le document accepté :

<http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/200-dynamiques-professionnelles-et-formes-de-travail-pluriprofessionnel-dans-les-maisons-et-poles-de-sante.pdf>


## Dynamiques professionnelles et formes de travail pluriprofessionnel dans les maisons et pôles de santé

### Analyse qualitative dans le cadre des Expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR)

Cécile Fournier (Cermes3 - CNRS UMR 8211 - Inserm U988 - EHESS - Paris Descartes)  
Marie-Odile Frattini (Prospere), Michel Naiditch (Irdes, Prospere)

Cette recherche de nature qualitative sur les dynamiques professionnelles, les formes de travail pluriprofessionnel et le rôle des Expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR) porte sur un échantillon de quatre maisons et pôles de santé (MSP) choisis parmi les 114 qui y participent. Cet article, qui s'appuie sur une analyse plus approfondie (Fournier *et al.*, 2014), est le troisième d'une série. Le premier présentait les objectifs et la méthodologie générale de l'évaluation (Afrite *et al.*, 2013). Le deuxième s'intéressait à la répartition géographique des maisons et pôles de santé et à son impact sur la densité des médecins généralistes (Chevillard *et al.*, 2013 a et b).

Cette recherche exploratoire poursuit trois objectifs : étudier les conditions d'émergence du travail pluriprofessionnel et la diversité des formes qu'il prend dans l'échantillon enquêté ; formuler des hypothèses concernant la nature des principaux facteurs influençant le regroupement et le travail pluriprofessionnel, en particulier, le rôle joué par les Expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR) ; enfin, alimenter le débat sur les éléments à prendre en compte dans l'optique d'une généralisation.

 Les Expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR) inscrites dans l'article 44 de la loi n° 2007-1786 de financement de la Sécurité sociale constituent, en France, une modalité inédite de financement collectif alloué à des structures regroupées pluriprofessionnelles de soins primaires : le financement est contractuel

au développement d'un projet de santé. La recherche présentée ici s'articule avec l'évaluation quantitative des ENMR développée par l'Irdes depuis quatre ans pour tester certaines hypothèses sur les liens entre exercice regroupé pluriprofessionnel et performance selon une démarche déductive et explicative (Afrite *et al.*, 2013). La démarche développée ici est inductive et

à visée compréhensive. Le terme inductif renvoie au postulat que l'objet « exercice regroupé/NMR » à analyser va être en partie construit *a posteriori* par le travail d'enquête, en fonction de ce qu'en révèlent les acteurs. Le terme « compréhensif » renvoie, lui, au fait que nous cherchons d'abord à comprendre le sens que les acteurs donnent

à leurs actions, sans porter de jugement sur leurs conduites par rapport à un cadre de référence. Les deux approches sont complémentaires, l'une s'intéressant plus au processus de construction, l'autre aux résultats des actions pluriprofessionnelles.

Dans cette recherche exploratoire, nous étudions successivement : les conditions d'émergence du travail pluriprofessionnel dans le cadre de l'exercice regroupé et la diversité des formes qu'il prend dans l'échantillon enquêté ; la nature des principaux facteurs qui l'influencent, et notamment les Expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR) ; les conditions à respecter ou les précautions à prendre en compte dans l'optique d'une généralisation.

### Conditions d'émergence et formes du travail pluriprofessionnel dans le cadre des ENMR au sein de quatre maisons de santé

Les médecins généralistes des sites interrogés perçoivent la période actuelle comme peu concurrentielle au sein de leur profession. Cette situation et le désir de travailler à plusieurs en monoprofessionnels sembleraient constituer un facteur facilitant non seulement le regroupement mais aussi l'existence de coopérations au sein des Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) ainsi qu'avec les professionnels et les institutions extérieures. Mais c'est le plus souvent après une première phase de travail collectif monoprofessionnel que le travail pluriprofessionnel émerge.

Une forte proximité accompagne généralement l'émergence du travail pluriprofessionnel. L'augmentation de la « proximité » entre professionnels constitue un facteur majeur favorisant le travail coopératif (Huard, 2011). Ce concept de proximité se décompose en différentes dimensions (cognitive, physique, professionnelle, organisationnelle, culturelle), toutes reliées (Boschma, 2005). La proximité cognitive est apparue la plus déterminante. Elle se caractérise par une bonne connaissance réciproque entre différents types de professionnels concernant leurs compétences, expertises, savoir-faire et pratiques respectives. Elle permet le développement de la

confiance entre professionnels ainsi que la diminution de la « hiérarchie symbolique » entre professions médicales et non médicales. Les échanges sur les pratiques à partir desquelles se construit le travail coopératif sont ainsi facilités. Le regroupement physique sur un même lieu peut contribuer à diminuer la distance cognitive. Mais ce rapprochement ne suffit pas toujours à lui seul : l'élaboration du projet de santé (en lien parfois avec le projet architectural) constitue un outil complémentaire de mise en lien des professionnels (Juillard *et al.*, 2010). Il agit selon un double mécanisme : il opère une sélection en attirant certains professionnels qui y perçoivent des bénéfices pour leurs pratiques. Il favorise l'émergence d'une proximité cognitive et organisationnelle, mais aussi physique, par la tenue de réunions entre professionnels, notamment ceux ayant développé peu de liens antérieurs ou exerçant dans des lieux distincts. Ultérieurement, le travail sur la formalisation des actions pluriprofessionnelles et/ou la formation de toute l'équipe

à l'élaboration d'un programme d'Education thérapeutique du patient (ETP) et à sa pratique se sont révélés des leviers de renforcement de la proximité cognitive et donc du travail collectif.

Le mode d'élaboration du projet et sa déclinaison influent sur le développement du travail coopératif. Un leadership partagé mûri d'un management participatif, voire d'une gouvernance collégiale, aide au développement du travail pluriprofessionnel. Ce type de management augmente en effet la probabilité d'un engagement des professionnels de santé non médecins. Il leur permet de trouver leur place et une légitimité nouvelle au sein du projet et des actions pluriprofessionnelles les autorisant à faire reconnaître et à développer leurs compétences et expertises spécifiques au service des patients : y participer activement constitue pour les paramédicaux un fort enjeu professionnel. En dépit des difficultés qu'ils rencontrent, ils sont nombreux à vouloir s'y impliquer.

## MÉTHODE

La méthodologie de l'enquête pilotée par l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes) a été définie en collaboration avec l'équipe chargée de l'évaluation quantitative des Expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR) et avec un consultant, spécialiste du regroupement pluriprofessionnel en santé publique (Durand, 2012).

**L'échantillon** se compose de quatre maisons et pôles de santé pluriprofessionnels (MSP) participant aux ENMR, choisis de façon raisonnée dans deux régions françaises. Parmi ces structures, deux sont implantées en territoire urbain défavorisé et deux en territoire semi-rural non défavorisé. Deux MSP réunissent des professionnels sur un site unique, les deux autres des professionnels exerçant dans des sites multiples (1 MSP avec un site central et deux sites secondaires ; 1 MSP/pôle de santé comprenant 9 sites distants de moins de 8 km). Pour deux des MSP, l'ancienneté du regroupement remonte à plus de trente ans, pour une autre à six ans, alors que la maison/pôle de santé existe depuis deux ans. Le nombre de professionnels de santé varie selon les MSP (10, 12, 15 et 28), 3 à 8 professions de santé différentes y étant représentées. Les 4 sites comptent 2 à 3 secrétaires et l'un des sites une coordinatrice de projet. Deux MSP bénéficient uniquement du forfait « Coordination » pour la rémunération des activités de coordination et de coopération, les deux autres MSP le cumulent avec le forfait « Nouveaux services aux patients », destiné à rémunérer les activités d'Education thérapeutique du patient (ETP).

**Le recueil de données** couvre la période d'avril à septembre 2013 et comporte trois niveaux. Au niveau national, des entretiens individuels ont été menés avec le chef de projet ENMR à la Direction de la sécurité sociale (DSS) et son assistante, avec le responsable de l'évaluation quantitative de l'Irdes et avec le consultant. Les entretiens menés au niveau régional ont concerné les responsables de l'ENMR au sein des Agences régionales de santé (ARS) des régions choisies. Au sein des MSP, les observations et les entretiens (individuels et collectifs) ont concerné les professionnels exerçant dans la structure pluriprofessionnelle. Ils ont été menés par les auteurs lors de visites sur site auprès de 62 des 77 professionnels exerçant dans les quatre sites (médecins généralistes, infirmières, kinésithérapeutes, secrétaires, podologues, orthophonistes, diététiciens, pharmaciens, psychologues, sages-femmes, angiologues, coordinatrices).

**Les différentes dimensions et thèmes** structurant les guides d'entretien étaient : les facteurs liés au regroupement et au développement de pratiques pluriprofessionnelles, le contenu des pratiques et leur formalisation ; les dynamiques politiques et professionnelles nationales, régionales et locales en lien avec l'ENMR, ainsi que les modalités de pilotage et d'accompagnement de l'ENMR.

**L'analyse** repose sur 32 entretiens, des notes d'observation et des documents rassemblés sur les sites. Une monographie de chaque MSP suivie d'un codage au regard de thèmes prédéfinis ou émergents, dans le cadre d'une analyse globale, ont été réalisés. Les données recueillies auprès des professionnels de MSP ont été confrontées à celles recueillies auprès des responsables institutionnels et accompagnateurs de l'ENMR. Les résultats ont été discutés avec le consultant, les membres du comité de pilotage de l'évaluation, et confrontés aux données de la littérature nationale et internationale.

## L'entrée dans l'ENMR produit ou amplifie un choc culturel, qui s'accompagne d'un processus d'institutionnalisation

L'entrée dans le dispositif des ENMR, provoque ou amplifie un « choc culturel »<sup>1</sup>. Tous les professionnels s'efforcent de faire coexister leur pratique libérale et individuelle majoritaire, régulée dans le cadre conventionnel avec l'Assurance maladie, avec une partie minoritaire de pratiques collectives contractualisées avec l'Etat (ARS) [tableau 1]. Ces dernières ne représentent qu'une faible partie de leur activité mais sont génératrices d'un travail important. Toutefois, pour les professionnels concernés, cette coexistence est acceptable. En effet, bien que selon eux les ENMR ne permettent pas de compenser ce travail spécifique, leur montant limité et le fait qu'elles s'ajoutent à leurs ressources traditionnelles ne constitue pas une menace pour le paiement à l'acte<sup>2</sup>. On retrouve chez les médecins interrogés le même positionnement ambigu de leurs collègues paramédicaux concernant l'arbitrage entre niveaux souhaitables de rémunération individuelle et collective. Le management dans l'exercice pluriprofessionnel, pour articuler au mieux autonomie professionnelle et projet collectif ou « culture libérale » et « culture ENMR », prend donc ici toute son importance.

Sur les quatre sites explorés, le processus par lequel le groupe s'organise et s'institue reste plastique et évolutif. Il nécessite en effet l'acquisition de compétences nouvelles d'ordre gestionnaire, juridique, administratif, comptable, stratégique, politique, de représentation institutionnelle, etc. Autour de la conduite de projets et de l'accompagnement au changement, de nouvelles expertises se construisent. Des pratiques de coordination sont nécessaires à différents niveaux : projet en interne comme avec l'extérieur ; suivi de chaque action en routine ; prise en charge coordonnée avec chaque patient concerné. Dans l'échantillon, parmi les professionnels investis dans la coordination de projet (de 1 à 3 profes-

<sup>1</sup> De nature proche de celui expérimenté dans certains réseaux de ville ayant développé des actions pluriprofessionnelles.

<sup>2</sup> A cet égard, il est symptomatique de constater qu'aucun (à l'exception d'un seul) des professionnels interrogés n'a mentionné que le paiement à l'acte pouvait constituer un frein à la mise en place des actions pluriprofessionnelles.

T1

### Deux cultures à articuler dans les ENMR

	Culture individuelle	Culture collective
	Monoprofessionnelle Contractuelle avec l'Assurance maladie	Pluriprofessionnelle en sus de la monoprofessionnelle Contractuelle avec l'Etat
<b>Dimensions sous-jacentes</b>		
Population suivie	Une patientèle	Des patientèles et/ou la population d'un territoire
Rémunération/fondement	Paiement individuel	Paiement collectif (sur projet)
Rémunération/régulation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A l'acte</li> <li>• Paiement à la performance individuelle (Rosp)</li> <li>• Forfait (Affection de longue durée (ALD), médecin traitant...)</li> </ul>	Enveloppe fermée pour NMR
Rôle d'entrepreneur	Indépendant, autonome	Collectif, négocié
Mode d'implication dans un projet	Libre arbitre de chacun	Négociation dans le cadre de l'appartenance à un collectif
Relations mono-professionnelles	Concurrence implicite	Coopération explicite
Relations interprofessionnelles	Variables au cas par cas	Négociées selon projet
Modalités de décision	Décision individuelle (soin) et collégiale (moyens) limitée aux associés de la Société civile de moyens (SCM)	Décision collective (associés de la Société interprofessionnelle de soins ambulatoires (Sisa) ou adhérents de l'association des professionnels de la MSP)
Regards externes sur les pratiques	Caisse nationale d'Assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts) : évaluation individuelle des médecins et mesure de la performance	Evaluation collective pluriprofessionnelle locale (Agence régionale de santé (ARS)) et nationale (pilote et évaluation)
Jugement sur les pratiques	Monoprofessionnel, par acteurs libéraux choisis	Mono et pluriprofessionnel, par partenaires sanitaires/médoco-sociaux non choisis
Mode de conventionnement et de régulation des pratiques	Autorégulation dominante, avec faible régulation externe liée au conventionnement avec l'Assurance maladie (vécue comme implicite plus qu'explicite)	Conventionnement avec l'ARS sur la base d'un projet de santé avec objectif d'amélioration des pratiques (régulation vécue comme duelle, entre instrumentalisation et reconnaissance)
Type d'interdépendance	Réseau de correspondants informel, personnel et choisi	Informelle négociée plus formalisée pour certaines actions pluriprofessionnelles
Responsabilité	Individuelle	Individuelle et collective
Type de gestion	Gestion individuelle du chiffre d'affaires (hors SCM)	Gestion collective d'un budget avec trésorerie, salariés
Interlocuteurs institutionnels	Syndicat, ordres, Assurance maladie	ARS, collectivités territoriales, fédérations régionales, URPS, Etat national en lien avec la Fédération française des maisons et pôles de santé (FFMPS)
Contenu de l'activité de veille et de formation continue	Centré sur la pratique individuelle ou en réseau	Centré sur MSP et ENMR et sur pratiques coopératives promues (suivi coordonné, éducation thérapeutique, dépistage...)

## Liste indicative des actions et services pluriprofessionnels mis en œuvre dans les sites analysés

	Type d'actions
<b>Organisation des soins primaires et gestion du fonctionnement de la structure</b>	
Structuration soins primaires	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incitation au regroupement pluriprofessionnel sur le territoire de santé</li> <li>• Développement de compétences spécifiques (ex. : gynécologie, médecine du sport...) au sein de chaque maison</li> <li>• Partage de certaines actions pluriprofessionnelles entre MSP d'un même territoire</li> <li>• Positionnement de la MSP en tant qu'interlocuteur privilégié (devenu visible) pour les partenaires et/ou les professionnels en recherche d'installation</li> </ul>
Projet architectural	Projet architectural nouveau ou extension d'un projet existant
Travail méthodologique	Rédaction d'un guide méthodologique pour développer des actions de prévention (projet porté par la Fédération des maisons et pôles de santé (FMPS), avec plusieurs MSP)
Formation-Recherche Accompagnement de projets ou de structures	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Accueil d'étudiants (médecins et paramédicaux)</li> <li>• Développement de recherches en soins primaires (les actions de ces MSP sont l'objet de nombreuses thèses de médecine générale)</li> <li>• Accueil de nombreux visiteurs intéressés par les projets développés (notamment des professionnels désireux de monter une MSP)</li> <li>• Missions d'accompagnement dans d'autres MSP réalisées par certains professionnels</li> </ul>
Projet informatique	Dossier médical partagé : développement de fonctions nouvelles (ex : <i>screening</i> d'une population au regard d'un facteur de risque ou d'un examen de surveillance)
<b>Coordination des prises en charge des patients ou d'une population (projet de santé)</b>	
Prévention	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sensibilisation en période prénatale à l'importance du langage : interventions en maternité</li> <li>• Contraception : conduite à tenir en cas d'oubli de pilule (interventions en collège et lycée ; développement d'un site Internet)</li> <li>• Vaccination : mise à jour des dossiers ; vaccination de populations cibles par des infirmiers ; protocole de transfert de tâches (prescription) vers les infirmiers</li> </ul>
Dépistage	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dépistage des anévrismes de l'aorte</li> <li>• Dépistage du risque cardio-vasculaire</li> <li>• Projet de dépistage des troubles mnésiques par des infirmiers au domicile</li> <li>• Dépistage des cancers</li> </ul>
Éducation thérapeutique du patient (ETP)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formation réalisée ou prévue sur les 4 sites pour toute ou partie de l'équipe (dans une MSP, formation réalisée avec des travailleurs sociaux)</li> <li>• Dans une MSP : un projet d'ETP « diabète »</li> <li>• Dans une autre MSP : articulation avec un réseau « diabète » pour l'ETP dans l'attente de la formation et du développement d'un projet spécifique</li> </ul>
Suivi des maladies chroniques	<p>Plaies :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Travail conjoint entre infirmier et angiologue ou entre infirmier et médecin généraliste, en voie de protocollisation dans une MSP (objectif de création d'un centre de ressources)</li> <li>• Dans les autres MSP : protocole médecin/infirmière plus ou moins formalisé</li> </ul> <p>Anti-vitamine K (AVK) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Travail conjoint médecin généraliste/infirmière le plus souvent informel</li> <li>• Rôle clé des secrétaires dans la transmission des informations décisionnelles (INR)</li> <li>• Un essai de protocole</li> </ul> <p>Hémochromatose :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Protocole presque terminé dans une MSP sur la mise en route du traitement</li> </ul> <p>Diabète :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Travail informel infirmier-médecin généraliste pour adapter les doses d'insuline, parfois à partir de protocoles (réseau diabète ; hôpital) utilisés par l'infirmier</li> <li>• Travail informel sur le pied diabétique : médecin généraliste-podologue ou infirmier-podologue</li> <li>• Suivi des dosages d'HbA1c par les secrétaires ou les infirmières</li> </ul> <p>Troubles statiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Staffs pluriprofessionnels pour cas complexes</li> <li>• Dépistage, orientation et traitement des femmes enceintes lombalgiques</li> <li>• Consultation conjointe ostéopathe-kinésithérapeute-podologue</li> </ul> <p>Maintien domicile :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Formation / prévention des chutes</li> <li>• Dossier à domicile</li> <li>• Diagnostic infirmier au domicile</li> </ul> <p>Alzheimer :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Préparation des consultations mémoire au centre hospitalier universitaire (CHU) : bilan par un médecin, un orthophoniste, un psychologue</li> </ul> <p>Organisation :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Juxtaposition des rendez-vous avec le kinésithérapeute et l'orthophoniste (éviter que le patient se déplace deux fois)</li> </ul>

sionnels selon les MSP), on trouve toujours un ou plusieurs médecins, avec une répartition des tâches variée selon les sites. Dans plusieurs MSP, ils sont associés à des paramédicaux (diététiciennes, orthophonistes) et dans un cas à un coordonnateur dédié non professionnel de santé. Par ailleurs, les structures enquêtées ont pu faire appel, en sus de l'ARS, à un consultant externe, à l'intervention d'un professionnel exerçant dans une structure ayant des compétences dans un domaine spécifique (diagnostic de territoire, projet de santé, simulations financières, avis juridiques, etc.), ou à l'expertise d'autres structures régionales (Unions régionales des professions de santé (URPS), Instances régionales en éducation et promotion de la santé (Ireps), etc.).

### **L'entrée dans l'ENMR favorise le développement en quantité et en variété des actions pluriprofessionnelles**

En dépit d'un apport financier limité (50 000 €/MSP en moyenne, soit 2 à 5 % du chiffre d'affaires global de chaque MSP), le dispositif des ENMR a favorisé une plus grande créativité dans le champ des actions pluriprofessionnelles. Dans les MSP visitées, le travail pluriprofessionnel exclusivement informel, qui existait avant les ENMR, a au minimum perduré. Les ENMR ont été utilisées pour reconnaître et mieux indemniser un travail préexistant en remobilisant les professionnels concernés et en soutenant leur motivation pour formaliser des actions ou en développer de nouvelles qui n'auraient pas existé sans lui.

Du fait de la grande liberté d'initiative laissée aux professionnels dans le choix des actions, ces pratiques pluriprofessionnelles se sont développées, surtout en fonction des besoins locaux identifiés par les professionnels, mais aussi en fonction des compétences et des souhaits des professionnels concernés. On constate donc que les activités de suivi conjoint clinique, préventif et éducatif, y sont plus développées qu'avant les ENMR, la gamme des actions proposées aux patients étant relativement étendue (tableau 2). Si en majorité elles se mettent en place entre professionnels de la MSP, d'autres impliquent les institutions sanitaires et médico-sociales environnantes. Enfin, si ce travail pluriprofessionnel concerne d'abord les patients dont le médecin traitant appartient à la MSP, il touche aussi les patients

des autres professionnels de la MSP dont le médecin traitant n'est pas toujours membre (infirmières, kinésithérapeutes, diététiciens, orthophonistes, podologues, sages-femmes, etc.).

### **Vers une redéfinition des rôles professionnels et la mobilisation de nouvelles expertises**

Les discussions sur les cadres d'intervention de chaque profession autour d'actions collectives entraînent des modifications des frontières professionnelles et de la hiérarchie des pouvoirs entre professionnels de santé. Celles-ci peuvent aboutir, pour les médecins, à un recentrage de leurs activités sur le suivi clinique, et pour les paramédicaux, à une extension de leurs champs d'activité. Mais simultanément, les médecins et les paramédicaux impliqués dans des tâches non cliniques voient leurs cadres d'intervention s'élargir aux domaines de la gestion, du management et de la représentation politique ou professionnelle (tableau 2). Dans le cadre de ce travail collectif, les secrétaires (terme impropre pour décrire l'étendue de leur champs d'intervention) jouent, dans certaines maisons, un rôle important dans la circulation des informations entre professionnels pour faciliter à la fois la gestion de la MSP et le parcours de soins des patients. Enfin, la place de coordinateurs de projets non médecins, leurs référentiels de compétences et les conditions de mutualisation de leur financement entre plusieurs structures font l'objet d'une réflexion dans les quatre maisons observées.

Ces transformations internes engendrent différents effets : d'abord au sein de chaque MSP, une redistribution des compétences entre médecins (gynécologie, fonds d'œil, soins palliatifs, gérontologie...) ou entre kinésithérapeutes aux techniques spécifiques. Ces effets peuvent concerner plusieurs MSP sur un territoire avec répartition des compétences entre MSP d'un territoire commun, l'une réalisant par exemple l'ETP, l'autre se focalisant par exemple sur la recherche en soins primaires. Sans aller jusqu'à parler d'élaboration de projets pluriprofessionnels multistrukturelles, nous avons constaté pour deux sites l'émergence d'une dynamique de structuration des soins primaires territoriale, même si les logiques et alliances sont variables en fonction de l'offre de

soins locale et des liens tissés avec les institutions médico-sociales et les élus locaux. Cette structuration a aussi pour effet de faire de la MSP un interlocuteur visible et unique pour les partenaires sanitaires ou sociaux, l'ARS, les élus, ou les professionnels de santé désireux de s'installer sur le territoire.

### **La formalisation des pratiques pluriprofessionnelles : un processus complexe et créatif**

Les coopérations informelles demeurent la modalité privilégiée des actions pluriprofessionnelles. Leur formalisation reste minoritaire même si elle est variable d'un site à l'autre. Les professionnels, en particulier les médecins, ont en effet des conceptions différentes en ce qui concerne l'intérêt de la formalisation pour la qualité des soins et/ou pour le bénéfice des patients, ainsi que de la nature des activités à formaliser et des populations qui devraient en bénéficier. Leurs conceptions divergent sur ce qu'est un protocole pluriprofessionnel : d'un simple accord local peu formalisé à un protocole précis validé par la Haute Autorité de santé (HAS). Le travail de protocolisation est un processus complexe qui doit intégrer les données issues de la médecine des preuves (*Evidence-Based Medicine*) avec un ensemble de savoirs collectifs et empiriques fondés sur l'expérience clinique de chaque professionnel concerné (Shuval *et al.*, 2010 ; Gabay et Lemay, 2004). Ce processus génère des controverses car il peut remettre en cause la délimitation des frontières de compétences et de responsabilité des professionnels concernés. Ainsi, même en cas d'accord entre les professionnels en charge de la protocolisation, sa mise en application par les autres professionnels de la MSP n'est pas garantie. Cette difficile démarche de formalisation des pratiques pluriprofessionnelles a néanmoins un fort impact : au-delà de lui conférer un surcroît de légitimité aux yeux des régulateurs, elle contribue à affermir la dynamique interprofessionnelle. Son terme n'est pas le plus souvent l'écriture d'un protocole mais l'émergence d'une plus grande vigilance et d'une responsabilité partagée par tous les professionnels vis-à-vis des facteurs considérés par tous comme source de rupture dans le parcours du patient. Ainsi, un professionnel hésitera moins à en interpellé un autre sur la situation d'un patient qu'il juge complexe, quand bien même la

problématique concernée ne ressort pas de sa profession.

### Modalités d'usage et de redistribution des forfaits ENMR

#### Des modalités d'usage négociées traduisant les dynamiques pluriprofessionnelles

L'usage des Nouveaux modes de rémunération (NMR), dont les modalités de redistribution sont peu contraintes, apparaît spécifique à chaque site et varie selon l'existence de financements complémentaires. Toutefois, on retrouve des traits communs du fait que le processus de construction des actions pluriprofessionnelles exige différents arbitrages au sein de chaque MSP sur l'usage des NMR : rémunérer le management ou les actions ; rémunérer la construction des actions pluriprofessionnelles et/ou leur mise en œuvre et leur coordination ; et pour chaque action, dans la manière de répartir les fonds entre les différents types de professionnels impliqués. Ces choix participent fortement à la structuration et à la dynamique du travail collectif.

#### Des logiques de redistribution variables mais traduisant un souci d'égalité et d'équité

Dans les quatre sites, les choix opérés sont divers et évolutifs en fonction du stade de développement du travail collectif et de la nature des actions menées : certains MSP réservent une part forfaitaire fixe à chaque professionnel et une part variable selon le temps passé au travail pluriprofessionnel, et d'autres tiennent compte uniquement du temps passé. On constate dans toutes les MSP, à des degrés divers, une recherche d'équité dans la manière de rémunérer les professionnels non-médecins en diminuant les écarts de revenus. Par ailleurs, dans l'un des sites, les NMR sont utilisés pour réduire l'inégalité de rétribution entre médecins, paramédicaux ou secrétaires, liées à certaines cibles de la Rémunération sur objectifs de santé publique (Rosp). Ces dernières bénéficient aux seuls médecins alors qu'elle dépend en partie de l'intervention d'autres professionnels. Les NMR

sont utilisés pour rémunérer les infirmières ou secrétaires qui y contribuent, notamment en relançant les patients pour réaliser certains examens dont la fréquence est prise en compte pour le calcul de la cible. L'usage des NMR permet aussi d'associer aux actions pluriprofessionnelles les diététiciens et les psychologues dépourvus de nomenclature. Les NMR permettent également une meilleure implication des infirmières, par exemple, dans l'évaluation de situations complexes (hors diagnostic infirmier à domicile et donc hors nomenclature). Enfin, les professionnels ayant une fonction de coordination sont rémunérés différemment selon les sites, soit forfaitairement, soit au temps passé. Cette rémunération évolue d'ailleurs d'une année à l'autre dans chaque site, notamment en fonction d'actions nouvelles.

#### Les modalités de calcul des NMR

Le montant du forfait « Nouveaux services aux patients » étant insuffisant pour couvrir les frais occasionnés par l'organisation de l'ETP, les équipes puisent dans le forfait 1 dédié à la coordination. Le facteur déterminant pour le calcul du montant des NMR par structure repose sur le volume de la patientèle des médecins. Le correctif actuel destiné à rendre compte du nombre d'autres professionnels de santé est insuffisant et joue en défaveur des pôles de santé.

### Freins et leviers à la mise en œuvre d'un travail pluriprofessionnel

L'émergence et le développement du travail pluriprofessionnel ont été favorisés par divers facteurs : proximité géographique, capacité à construire un projet de santé, travail sur les protocoles, type de management. Mais cette dynamique se heurte à de nombreux obstacles. En premier lieu, la mise en œuvre des actions pluriprofessionnelles inscrites dans le projet de santé est d'autant plus délicate que pour tous les professionnels de santé rencontrés, la priorité demeure la réponse à la demande de soins avec paiement à l'acte. Il s'agit de garantir leurs revenus, les NMR étant vécus comme limités et non pérennes. Or, la participation des paramédicaux aux

actions pluriprofessionnelles complexifie l'organisation de leur activité de routine : elle suppose une forte adaptabilité de leur emploi du temps, ce qui n'est pas le cas, leur activité se faisant majoritairement sur rendez-vous fixes et répétitifs. En second lieu, les médecins ne perçoivent pas toujours l'effet de blocage résultant de l'influence qu'ils exercent sur le travail pluriprofessionnel. Dans certains cas, ils ont du mal à déléguer la responsabilité d'actions pluriprofessionnelles aux paramédicaux. Dans d'autres cas, ces résistances relèvent d'une difficulté à effectuer de nouveaux partages des frontières professionnelles, notamment en les formalisant par des protocoles.

Les formations initiales des professionnels de santé - notamment dans le contexte des soins primaires, étanches et génératrices de fortes distances cognitives -, de même que la faiblesse des formations pluriprofessionnelles postuniversitaires, freinent la mise en œuvre du travail pluriprofessionnel. Par ailleurs, et contrastant avec leur volonté forte de s'investir dans ces actions, les paramédicaux disposent aujourd'hui, comparé aux médecins, de moins de références professionnelles (de type *Evidence-Based Medicine*). La mise à disposition d'outils et de formations, pas toujours disponibles malgré l'important travail réalisé par les institutions accompagnant le regroupement en maisons et pôles de santé, leur serait très bénéfique. Enfin, ils disposent de moins de ressources financières pour compenser le temps passé à la construction des actions collectives. Parmi les paramédicaux, les infirmières cumulent les obstacles à l'entrée dans le travail pluriprofessionnel (Juillard, 2010), du fait notamment de la structure de leurs revenus. La part résultant de leur activité à domicile est en effet prédominante, ce qui explique leur moindre présence dans les structures et donc leurs moindres possibilités d'interactions. S'y ajoute un écart important entre les compétences qui leur sont reconnues par décrets et l'étroitesse du champ des actes, pour lesquels elles sont rémunérées. Paradoxalement, elles semblent avoir plus de mal à affirmer leur activité propre dans le cadre du travail pluriprofessionnel que les diététiciens ou les podologues (cf. Fournier *et al.*, 2014). Enfin, elles sont faiblement acculturées à l'usage de l'informatique, peut-être parce que la télétransmission de leur activité à des fins de paiement est minoritaire et repose majoritairement

sur la gestion papier (1h30 en moyenne par journée travaillée).

Le cadre de l'article 51, qui régit les seules coopérations dérogatoires aux décrets d'actes, constitue aujourd'hui un frein au travail pluriprofessionnel et, notamment, à certaines actions promues par des paramédicaux. Son cadre d'application, au demeurant rigide, est source d'incompréhension (Genisson et Milon, 2014). Il peut être mobilisé de façon inadéquate pour financer des actes non inscrits dans les nomenclatures des paramédicaux et non dérogatoires aux décrets d'actes. C'est ce qui s'est passé dans une région pour la consultation infirmière : l'ARS, plutôt que d'utiliser sa capacité à l'autoriser localement afin que les infirmières soient rémunérées par les NMR, a choisi d'utiliser cette procédure dont la lourdeur administrative est dénoncée par tous les professionnels. Les infirmières y ont ainsi renoncé.

La composante médicale du dossier pluriprofessionnel partagé est aujourd'hui presque exclusivement utilisée par les médecins et secrétaires qui la valorisent. Ses autres composantes paramédicales et de communication interprofessionnelle sont unanimement décriées tant par les paramédicaux que par les médecins responsables de leur gestion dans chaque maison. Cela n'a cependant pas eu d'impact majeur sur le développement des actions pluriprofessionnelles. Demeurées majoritairement informelles, elles ont conduit à la mise en place de circuits d'information de substitution reposant souvent sur le travail des secrétaires médicales et faisant perdurer les routines existantes en minimisant le recours aux logiciels. Mais en raison de ces carences, des projets fondés sur une approche populationnelle ont dû être reportés. Les déficits constatés résultent en grande partie de la faible efficacité de la politique de labellisation des logiciels par l'Agence des systèmes d'information partagés de santé (Asip) censée garantir leur usage pluriprofessionnel. L'analyse des entretiens a montré qu'en l'état actuel, les paramédicaux qui disposent de logiciels métiers leur permettant de suivre leur comptabilité et leurs patients ne veulent pas être astreints à une double saisie pour remplir le dossier médical partagé. Ils ne l'utilisent qu'en lecture seule et font appel aux secrétaires en cas de difficultés d'accès. De leur côté, les

médecins des maisons de santé, satisfaits des usages de ces logiciels en monoprofessionnel, n'ont guère conscience des problèmes qu'ils posent aux paramédicaux. Ce constat pourrait expliquer la faible mobilisation de leurs représentants institutionnels pour articuler les besoins des différents professionnels concernés.

### Conclusion : prendre au sérieux le travail pluriprofessionnel

Les NMR ont été testés dans le cadre d'un dispositif expérimental dont l'usage n'est pas encore stabilisé. Notre étude montre que comme dans d'autres pays, des formes nouvelles d'exercice regroupé pluriprofessionnel, couplées à de nouveaux modes de rémunérations (Bitton *et al.*, 2012 ; Finlayson *et al.*, 2011), peuvent constituer des leviers pour engager une transformation de l'organisation et des pratiques des médecins généralistes en lien avec celles des professionnels paramédicaux (Ladden *et al.*, 2013 ; Lombrail, 2014).

A l'origine du regroupement prévaut souvent le désir de travailler en monoprofessionnel, l'évolution vers le pluriprofessionnel exigeant entre trois et cinq ans. Certains leviers de cette transition ont été identifiés : construction du projet de santé en lien ou non avec un projet architectural ; gouvernance collégiale, management participatif et leadership partagé ; travail de formalisation des actions pluriprofessionnelles, formation collective à l'ETP ; capacité à développer une expertise dans le domaine de la conduite de projet et de l'accompagnement au changement. Ce travail collectif se fait aussi avec des professionnels extérieurs, des institutions sanitaires et sociales du territoire, parfois les collectivités locales, en repositionnant les maisons de santé comme un interlocuteur visible participant à la régulation territoriale des soins primaires (Fournier, 2014). Dès lors que ce processus est enclenché, le travail pluriprofessionnel est perçu par les professionnels comme un facteur d'amélioration de la qualité de leurs pratiques.

Dans les sites étudiés, les négociations sur les modalités de redistribution des NMR entre les différents types de professionnels constituent un moteur important du

processus d'innovation qu'engendre le travail pluriprofessionnel. Ainsi, la recherche d'égalité de rémunération entre les professionnels pour des tâches équivalentes, associée à un souci d'équité pour combler le différentiel de revenus et d'effort consenti par les paramédicaux, traduit l'objectif d'en faire des partenaires à part entière.

La construction chronophage du travail pluriprofessionnel fait face à des contraintes liées à des freins structurels et aux limites actuelles des NMR. Une formation spécifique et un accompagnement structuré aux changements, tant de nature clinique qu'organisationnel, seraient nécessaires pour dépasser les résistances culturelles au travail pluriprofessionnel. Certaines des barrières juridiques et techniques identifiées pourraient être levées : en clarifiant les possibilités de coopération ne relevant pas de la dérogation aux décrets d'actes et donc pas de l'article 51 ; en simplifiant le processus d'autorisation pour les actes dérogatoires ; en incitant les fabricants de logiciels dits partagés à répondre aux besoins spécifiques des paramédicaux liés à l'exercice pluriprofessionnel, et en développant la télétransmission de leurs activités.

En matière de financement, le paiement collectif détermine la dynamique d'innovation et c'est en jouant sur l'équilibre entre paiement forfaitaire collectif et paiement individuel que l'extension du travail pluriprofessionnel peut être envisagée. Dans ce cadre, le mode de calcul des NMR devrait mieux prendre en compte le nombre et l'investissement en temps des professionnels paramédicaux et administratifs. Sa dimension territoriale justifierait l'extension du financement au-delà de la seule patientèle des médecins traitants.

Les transformations culturelles (Mac Donald *et al.*, 2013 ; Marshall *et al.*, 2003) nécessaires et attendues dans le cadre d'une politique publique qui souhaite promouvoir le travail pluriprofessionnel doivent être pérennisées dans un cadre protecteur et stable pour les acteurs qui s'y engagent (Crabtree *et al.*, 2011 ; Dobson *et al.*, 2002). Ce cadre facilitera leur développement, permettra de consolider les acquis et la capitalisation des connaissances sur l'efficacité et l'efficience des pratiques pluriprofessionnelles dans la perspective de l'évolution générale de l'organisation des soins. ♦

# POUR EN SAVOIR PLUS

- Afrite A., Bourgueil Y., Daniel F., Mousquès, J., Couralet, P., Chevillard G. (2013). « L'impact du regroupement pluriprofessionnel sur l'offre de soins - Objectifs et méthode de l'évaluation des maisons, pôles et centres de santé dans le cadre de l'Expérimentation des nouveaux modes de rémunération ». *Irdes, Questions d'économie de la santé*, n° 189, juillet-août.
- Bitton A. et al. (2012). "Off the Hamster Wheel, Qualitative evaluation of a Payment Linked Patient Centered Medical Home (PCMH) pilot", *Milbank quarterly* (90) 3 484-515.
- Boschma R. (2005). "A Proximity and Innovation: a Critical Assessment". *Regional studies* (39.1) 61-7
- Crabtree B.F. et al. (2011). "Primary Care Transformation Is Hard Work: Insight from a 15 Developmental Program of Research", *Medical Care* (49):12 suppl., 1:28-35.
- Dépinoy D., (2011). *Les maisons de santé, une urgence citoyenne*. Paris, Editions de santé.
- de Haas P.(2010). « Monter et faire vivre une maison de santé ». Paris, Edition Le Coudrier, Collection « partage d'expériences ».
- Dobson S. et al. (2002). "No Magic Targets! Changing Clinical Practice to Become more Evidence Based", *Health care and management review* 27 (3) 35-47.
- Durand G. (2012). « Les maisons de santé : beaucoup de bruit pour quelque chose ». *Prescrire*, n° 32 (346) : 614-619. Et « Les maisons de santé en France en 2012 à partir de l'analyse d'une soixantaine de projets ». *Prescrire*, 32 (346) : 620-625.
- Finlayson M.P. et al. (2011). "The impact of Funding Changes on the Implementation of Primary Health Care Policy" in: *Primary Health Care Research and Development*, 1-10.
- Fournier C., Frattini M.O., Naiditch M. (2014). « Recherche qualitative exploratoire portant sur l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération dans le cadre de l'exercice regroupé en soins primaires ». Rapport de l'Irdes n° 557, septembre.
- Fournier C. (2014). « Concevoir une maison de santé pluriprofessionnelle : paradoxes et enseignements d'une innovation en actes ». *Sciences sociales et santé*, 32 (2) : 67-95.
- Gabay J., Lemay A. (2004). "Evidence Based Guidelines or Collectively Constructed "Mindlines"? Ethnographic Study of Knowledge Management in Primary Care". *BMJ*, 2004 (329) 1-5.
- Génisson C, Milon, A. (2014). « Coopération entre professionnels de santé : améliorer la qualité de prise en charge, permettre la progression dans le soin et ouvrir la possibilité de définir de nouveaux métiers ». Rapport d'information du Sénat fait au nom de la commission des affaires sociales, janvier.
- Huard P, Schaller P. (2011). « Innovation organisationnelle et prise en charge des maladies chroniques » in *Pratiques et organisation des soins* n° 42(2), 111-118.
- Juillard J.M. et al. (2010). *Le bilan des maisons et pôles de santé et les propositions pour leur déploiement*. Paris : La Documentation Française, 52 p.
- Ladden M.L. et al. (2013). "The Emerging Primary Care Workforce: Preliminary Observations from the Primary Care Team: Learning from Effective Ambulatory Practices Project". *Academic Medicine* 12 (88) : 6-8.
- Lombrail P. (2014). « Les maisons de santé pluriprofessionnelles : penser localement, agir globalement ? » *Sciences sociales et santé*, 32 (2) : 97-108.
- Mac Donald R. et al. (2013). "Competing and Existing Logics in the Field of English General Practice". *Social Science and Medicine* 93 47-54.
- Marshall M.N., Mannion R., Nelson E., Davies H.T. (2003). "Managing Change in the Culture of General Practice: Qualitative Case Studies in Primary Care Trusts". *BMJ* Sept. 13;327(7415):599-602.
- Shuval K.et al. (2010). "Association between Primary Care Physician's Evidence Based Knowledge and Quality of Care". *IJQHC* (22) 1 16-23.

**IRDES** INSTITUT DE RECHERCHE ET DOCUMENTATION EN ÉCONOMIE DE LA SANTÉ •  
10, rue Vauvenargues 75018 Paris • Tél. : 01 53 93 43 02 • Fax : 01 53 93 43 07 •  
www.irdes.fr • Email : publications@irdes.fr

**Directeur de la publication :** Yann Bourgueil • **Rédactrice en chef technique :** Anne Evans • **Secrétaire de rédaction :** Anna Marek • **Relecteurs :** Véronique Lucas-Gabrielli, Anne Penneau • **Premier maquettiste :** Franck-Séverin Clérembault • **Assistant à la mise en page :** Damien Le Torrec • **Imprimeur :** Déjà-Link (Stains, 93) •  
**Dépôt légal :** juillet 2014 • **Diffusion :** Sandrine Béquignon, Suzanne Chriqui • **Abonnement annuel :** 60 € • **Prix du numéro :** 6 € • **ISSN :** 1283-4769.

## NUMÉRO HORS-SÉRIE

### Index des 200 premiers numéros de *Questions d'économie de la santé*

Janvier 1998 – juillet-août 2014



À l'occasion de la parution du numéro 200 de *Questions d'économie de la santé*, un regard porté sur l'intégralité de la collection, créée en 1998, révèle outre la diversité des thématiques traitées et les constantes dessinant le cœur des analyses produites par l'Irdes, l'évolution des travaux de l'Institut sur plus de quinze ans. Ces constantes résultent en partie de la production régulière de données à travers, notamment, l'Enquête santé et protection sociale (ESPS), réalisée par l'Irdes. Parmi les grands thèmes traités, notons : l'accès et le recours aux soins, la couverture complémentaire santé, les dépenses de santé, l'état de santé, la géographie de la santé, les inégalités de santé, l'organisation du système de santé, les pratiques médicales (coopération, regroupement...), les professionnels de santé, etc. Ces dernières années ont par ailleurs vu se développer des thématiques comme la dépendance et le vieillissement, les médicaments, les relations entre la santé et le travail, le renoncement aux soins, les soins primaires, la santé mentale... en écho aux préoccupations actuelles de la société.

Ce numéro spécial, hors-série, propose ainsi les résumés en français et en anglais des dix derniers numéros parus de *Questions d'économie de la santé* ainsi que deux index : l'un chronologique et l'autre thématique sur l'intégralité de la collection.