

Dynamiques et formes du travail pluriprofessionnel dans les maisons et pôles de santé

Recherche qualitative
dans le cadre des Expérimentations
des nouveaux modes de rémunération
en maisons et pôles de santé (ENMR)

Cécile Fournier
Marie-Odile Frattini
Michel Naiditch

Avec la contribution de Gérard Durand

Remerciements

Nous remercions ceux qui ont contribué à ce travail :

- Les professionnels de terrain qui nous ont accordé du temps et ont accepté de nous livrer leur expérience et leurs analyses, leurs souhaits et leurs désillusions eu égard au regroupement, au travail pluriprofessionnel et à l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération (ENMR).
- Les promoteurs institutionnels de l'ENMR et représentants de la Direction de la Sécurité sociale (DSS) qui nous ont permis de mieux comprendre les apports et les limites de l'expérimentation, ainsi que leurs attentes concernant la mise en œuvre d'une politique publique en faveur des soins primaires.
- Les acteurs régionaux des Agences régionales de santé (ARS) et des Unions régionales des professions de santé (URPS) qui nous ont aidés à choisir les sites de notre exploration et nous ont fait part des difficultés auxquelles ils sont confrontés pour soutenir et accompagner une telle expérimentation.
- Les acteurs d'une instance régionale d'éducation et de promotion de la santé (Ireps) et les consultants qui nous ont aidés à mieux comprendre les dynamiques en cours et les travaux menés dans les sites choisis.
- Les contributeurs de l'évaluation des NMR au sein de l'Irdes qui ont proposé le cadre de l'évaluation des ENMR dans lequel s'insère notre travail de recherche, et qui nous ont soutenus et critiqués avec rigueur et bienveillance.
- Le comité de pilotage de l'évaluation à qui les résultats intermédiaires ont été soumis, qui nous a permis de tester certaines de nos analyses et de mieux les argumenter.



INSTITUT DE RECHERCHE ET DOCUMENTATION EN ÉCONOMIE DE LA SANTÉ
10, rue Vauvenargues 75018 Paris

www.irdes.fr • Tél. : 01 53 93 43 06 • Fax : 01 53 93 43 07 • E-mail : publications@irdes.fr

• **Directeur de publication** : Yann Bourgueil • **Secrétariat général d'édition** : Anne Evans
• **Secrétariat d'édition** : Anna Marek • **Premier maquettiste** : Franck-Séverin Clérembault
• **Assistant à la mise en page** : Damien Le Torrec • **Diffusion** : Sandrine Béquignon, Suzanne Chriqui
• **Imprimeur** : TCH Réalisation (Boulogne-Billancourt, 92) • **Dépôt légal** : septembre 2014 • **ISBN** : 978-2-87812-400-2

Dynamiques et formes du travail pluriprofessionnel dans les maisons et pôles de santé

Recherche qualitative
dans le cadre des Expérimentations
des nouveaux modes de rémunération
en maisons et pôles de santé (ENMR)

Cécile Fournier
Marie-Odile Frattini
Michel Naiditch

Avec la contribution de Gérard Durand

ISBN : 978-2-87812-400-2

Les reproductions de textes, graphiques ou tableaux sont autorisées
à condition de mentionner la source et le(s) auteur(s).

Sommaire

Préambule.....	5
Introduction.....	7
Quelques éléments de contexte sur l'exercice regroupé pluriprofessionnel.....	7
Le cadre expérimental des nouveaux modes de rémunération : attendus et conséquences pour la recherche	8
I. Objectifs et méthode.....	11
1. Objectifs	11
2. Méthode de recueil de données.....	11
2.1. Trois niveaux de recueil	11
2.2. Modalités de constitution de l'échantillon.....	12
2.2.1. Critères retenus.....	12
2.2.2. Déroulement de la sélection.....	13
2.3. Déroulement du recueil des données.....	14
3. Méthode et axes d'analyse.....	15
II. Résultats	19
1. L'exercice regroupé pluriprofessionnel avant les nouveaux modes de rémunération (NMR) : des dynamiques contrastées liées aux contextes locaux	19
1.1. Différents types de motivation à l'origine du regroupement	19
1.2. Dynamiques du processus de regroupement.....	21
1.2.1. Une période de non concurrence qui crée un contexte favorable	21
1.2.2. Le projet de santé, un moteur essentiel dans la dynamique du travail pluriprofessionnel.....	22
1.2.3. Le projet architectural, une interaction forte et complexe avec le projet de santé..	22
1.2.4. La position des élus sur le bâti, une contribution variable à la dynamique de regroupement.....	23
1.2.5. Le mode de management de l'équipe, un facteur déterminant pour le travail pluriprofessionnel	24
1.2.6. Des instances régionales plus ou moins facilitatrices.....	24
1.3. Le travail pluriprofessionnel avant les NMR.....	25
1.3.1. Une plus forte « proximité » entre les différents professionnels détermine l'émergence du travail pluriprofessionnel.....	25
1.3.2. La proximité « physique » n'est pas un prérequis absolu.....	27
2. L'exercice regroupé pluriprofessionnel dans le cadre des ENMR : un modèle qui n'a pas encore atteint son équilibre	27
2.1. Caractéristiques du travail coopératif.....	28
2.1.1. La rencontre entre deux types de cultures/logiques professionnelles.....	28

2.1.2.	<i>Un processus d'institutionnalisation formateur, partagé et relativement rapide ..</i>	29
2.1.3.	<i>De nouvelles fonctions à construire progressivement</i>	31
2.1.4.	<i>Des évolutions qui amènent à s'interroger sur la complexité de l'organisation d'une MSP.....</i>	33
2.1.5.	<i>Des organisations non stabilisées avec deux questions qui restent ouvertes</i>	34
2.2.	<i>La mise en œuvre du travail coopératif.....</i>	34
2.2.1.	<i>La production de nouveaux types d'action et de services</i>	35
2.2.2.	<i>Des effets du travail coopératif à différents niveaux</i>	35
2.3.	<i>Freins et leviers au travail pluriprofessionnel</i>	37
2.3.1.	<i>Le projet de santé, principal levier du travail pluriprofessionnel.....</i>	38
2.3.2.	<i>Les leviers/freins potentiels au travail pluriprofessionnel.....</i>	38
2.3.3.	<i>Les institutions régionales et nationales ont joué un rôle facilitateur ou constitué un frein</i>	40
2.3.4.	<i>Les freins véritablement structurels au travail pluriprofessionnel</i>	42
2.3.5.	<i>Le dossier médical partagé entre professionnels, des attentes excessives et des promesses non tenues.....</i>	46
2.3.6.	<i>Quel arbitrage entre informel et formel en matière de travail pluriprofessionnel ? Quelle est la place de la protocolisation ?</i>	48
3.	Place et rôle des financements	53
3.1.	<i>Les NMR, un financement collectif par forfait qui incite à l'innovation en laissant de la souplesse</i>	54
3.2.	<i>Des modalités de redistribution des NMR très variées qui constituent des traceurs des dynamiques professionnelles au sein des MSP</i>	54
3.2.1.	<i>Des variations d'un site à l'autre et dans le temps</i>	54
3.2.2.	<i>Les questions posées par les modalités de redistribution</i>	57
3.3.	<i>Un mode de calcul du montant des NMR qui pose la question du périmètre du travail pluriprofessionnel à rémunérer</i>	58
3.4.	<i>L'évaluation du travail pluriprofessionnel dans le cadre des NMR</i>	58
3.4.1.	<i>L'évaluation hors données de la base de données du Sniiram</i>	59
3.4.2.	<i>L'évaluation au niveau national avec les données du Sniiram</i>	59
	III. Discussion.....	61
	Discussion, apports et limites de cette recherche	61
	Conclusion	65
	Prendre au sérieux le travail pluriprofessionnel	65
	Des éléments susceptibles de créer les conditions favorables à une généralisation raisonnée des NMR	66
	Bibliographie	69

Préambule

Ce travail s'inscrit dans la démarche évaluative globale engagée depuis quatre ans par l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes) sur l'exercice regroupé dans le cadre de l'Expérimentation des nouveaux modes de rémunération (ENMR). Celle-ci a privilégié jusqu'à présent une approche quantitative déductive, visant à tester un certain nombre d'hypothèses concernant l'exercice regroupé, posées a priori sur ses liens avec le financement forfaitaire NMR. Elle s'appuie sur différentes composantes : l'analyse économétrique et statistique de bases de données issues de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts), ainsi que de questionnaires portant sur la description détaillée des structures, sur les processus organisationnels et sur certaines dimensions du projet de santé développé dans le cadre de l'ENMR.

La recherche de nature qualitative présentée dans ce rapport, commanditée par l'Irdes, repose sur l'analyse d'entretiens réalisés avec des professionnels issus d'un échantillon de quatre maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP). Elle vient s'articuler avec l'approche quantitative, dont elle se distingue sur trois points essentiels :

- D'une part, il s'agit d'une démarche à visée compréhensive et non explicative (au sens de la recherche de liens de causalité). L'analyse des entretiens repose par conséquent sur le postulat selon lequel les personnes sont engagées activement dans leur activité professionnelle en lui donnant du sens, qu'elles agissent et interagissent avec un recul « critique », développant une réflexivité sur leurs pratiques actuelles et leurs évolutions possibles. Recueillir et analyser leurs discours fondés sur l'expérience, selon les méthodes reconnues scientifiquement en sciences humaines et sociales, ouvre la possibilité de comprendre les dynamiques à l'œuvre au sein des MSP.
- D'autre part, si nous poursuivons un certain nombre d'objectifs et cherchons à répondre à des questions précises selon une démarche hypothético-déductive, notre méthodologie privilégie une démarche inductive. Le Nouveau mode de rémunération (NMR) n'est pas considéré comme étant complètement défini au départ de notre recueil de données mais son « objectivation » résulte aussi de la manière dont il est perçu par les acteurs de terrain. Par ailleurs, nous ne sommes pas seulement attentifs aux hypothèses habituellement explorées dans les enquêtes sur l'exercice regroupé en lien avec ses financements et inscrit dans un processus de validation/invalidation. Au cours de nos entretiens, nous sommes restés constamment attentifs à ne pas passer à côté d'éléments de discours porteurs de connaissances originales et non prévues au départ.
- Enfin, dans le cadre d'une recherche qualitative exploratoire, s'il est possible de repérer des dimensions corrélées aux dynamiques en cours, il est plus difficile de dire si ces dimensions sont des causes ou des effets des dynamiques observées.

NB : Une synthèse des principaux résultats est présentée par les auteurs de ce rapport dans le *Questions d'économie de la santé* n° 200 intitulé : « Dynamiques professionnelles et formes de travail pluriprofessionnel dans les maisons et pôles de santé. ».

Introduction

Quelques éléments de contexte sur l'exercice regroupé pluriprofessionnel

En France, on assiste depuis une vingtaine d'année à l'émergence et au développement de nouvelles modalités d'exercice regroupé pluriprofessionnel (maisons de santé pluriprofessionnelles – MSP, pôles de santé – PSP). Cette dynamique issue du monde libéral, et spécifiquement de la médecine générale en lien avec des projets de soins de premiers recours, coïncide avec un regain d'intérêt pour des formes plus anciennes d'exercice regroupé pluriprofessionnel basées sur la médecine salariée (centres de santé associatifs, municipaux ou mutualistes). En effet, si l'expérience des centres de santé date des années 1945-50, ce n'est pas le cas des MSP. Même si quelques-unes ont été mises en place il y a plus de vingt ans par ceux que nous nommerons les « nouveaux pionniers », la très grande majorité des MSP participant à l'Expérimentation des nouveaux modes de rémunération (ENMR) initiée en 2008 ont une histoire plus récente, qui commence il y a moins de sept ou huit ans (de Haas, 2011 ; Dépinoy, 2011). Leur expansion, avant les nouveaux modes de rémunération (NMR), résulte de l'initiative de médecins libéraux qui, en mobilisant divers financements non spécifiques de type Dotation régionale des réseaux (DRDR), Fonds d'intervention pour la qualité des soins de ville (FIQSV) et fonds européens, sont parvenus à constituer des équipes professionnelles autour de projets de santé visant à répondre aux besoins sanitaires de leur territoire ou à des projets ponctuels. L'exercice regroupé pluriprofessionnel a par ailleurs bénéficié de financements spécifiques mis en place depuis le début des années 2000 à différents échelons de décision politique (Afrite *et al.*, 2013). Ces initiatives diverses ont fini par converger et recevoir une forte impulsion de la puissance publique : d'une part, en 2009, de manière indirecte, au travers de la loi « Hôpital, patients, santé et territoires » (HPST) qui a créé un cadre institutionnel favorable au développement de l'exercice regroupé pluriprofessionnel ; d'autre part, plus directement, au travers de l'Expérimentation des nouveaux modes de rémunération (ENMR) introduite dans la Loi de financement de la Sécurité sociale de 2008¹ sous la forme de différents forfaits spécifiques visant à renforcer et promouvoir cette forme d'exercice. L'ENMR depuis cette date est pilotée par la Direction de la Sécurité sociale (DSS) et la Direction générale de l'offre de soins (DGOS), et mise en œuvre au niveau local par les Agences régionales de santé (ARS). Ces dernières sont en charge de la sélection et du suivi des actions des sites. Les professionnels de santé participant à l'ENMR sont des partenaires actifs de cette expérimentation ainsi que de son évaluation. Des représentants des fédérations nationales (Fédération française des maisons et pôles de santé (FFMPS)) et régionales des maisons, pôles et centres de santé participent au comité de pilotage de l'évaluation de l'expérimentation animé par l'Irdes. Les syndicats des professionnels de santé se sont positionnés de façon variable. Pour les médecins, la Fédération française des médecins généralistes (MG France) a constamment soutenu le processus de regroupement pluriprofessionnel, notamment sous forme de maisons de santé, alors que la Confédération des syndicats médicaux français (CSMF), après un temps d'hésitation, a fini par s'y rallier en préconisant plutôt le développement de pôles de santé. Les syndicats

¹ Article n°44 de la Loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008. Journal Officiel, 21 décembre 2007b : p. 20 603.

infirmiers, quoique divisés, semblent avoir eu globalement une position assez réservée sur la dynamique de regroupement. Les différents ordres sont plutôt restés en retrait. Enfin, l'Assurance maladie (Cnamts), la Mutualité sociale agricole (MSA) et la Fédération nationale de la mutualité française (FNMF) sont des partenaires financeurs, notamment la première en ce qui concerne l'évaluation.

Le cadre expérimental des nouveaux modes de rémunération : attendus et conséquences pour la recherche

Dans ce cadre, la recherche qualitative exploratoire se proposait d'étudier les liens entre l'exercice regroupé pluriprofessionnel « en action », le travail pluriprofessionnel qui s'y développe et les nouveaux modes de rémunération. Cette approche doit tenir compte des principaux éléments de cadrage de cette expérimentation :

1. Les attentes concernant l'expérimentation NMR et le travail pluriprofessionnel
2. Les modalités d'accès des professionnels de santé à l'expérimentation
3. Le « pré-formatage » implicite des « produits » du travail collectif au sein des MSP/Pôles
4. Les champs couverts et les contenus de ce qui peut être financé par les NMR

1. Dans la loi de financement de la Sécurité sociale, l'expérimentation des NMR est présentée comme l'un des instruments de la **modernisation de l'offre de soins de premiers recours**, le travail en équipe pluriprofessionnelle favorisant une meilleure qualité et efficacité des soins, notamment dans le suivi médical des pathologies chroniques. Cette amélioration passerait notamment par :

- Une meilleure organisation des soins de premiers recours
- Une meilleure collaboration entre professionnels optimisant les interventions de chacun, notamment dans le cas des maladies chroniques
- Le développement de pratiques innovantes et de services aux patients : ouverture de droits, accompagnement des démarches administratives, information, prévention, éducation à la santé, orientation des patients dans le système de soins, y compris hospitalier, prise en compte de la santé des aidants familiaux (maladie d'Alzheimer), collaboration avec les réseaux de santé locaux, sécurité et veille sanitaire...
- Le fait de rendre le métier des professionnels de santé de premiers recours plus attractif et garantir, à terme, la continuité du maillage territorial des soins de premiers recours. En constituant un lieu d'attraction des professionnels, l'exercice regroupé pluriprofessionnel faciliterait l'installation des généralistes nouvellement formés dans les zones déficitaires ou à risque de le devenir, voire freinerait le départ anticipé des médecins seniors

L'évaluation confiée à l'Irdes dans le cadre du projet Prospere vise à tester la validité de ces hypothèses, notamment en comparaison avec l'exercice solo ou en groupe monoprofessionnel. Les responsables de l'évaluation ont souligné les difficultés à mesurer et à tester l'influence spécifique du financement des nouvelles modalités de rémunération, à la fois sur les nouveaux processus de soins pluriprofessionnels mis en œuvre et sur leurs résultats. Ceci tient notamment à un manque de recul lié aux méthodes d'analyse « en panel » et à l'existence de financements antérieurs des structures. Ces difficultés s'expliquent également par le fait que l'exercice regroupé pluriprofessionnel a, pour une grande partie des sites, précédé l'ENMR : il sera donc très difficile de séparer ce qui revient à l'une ou l'autre des « innova-

tions » en termes de résultats. A cela vient s'ajouter le fait que les NMR n'ont pas fait l'objet d'une modélisation préalable de leurs effets attendus dont la validité aurait pu être testée plus directement et par d'autres méthodes.

2. Concernant le mode d'entrée dans l'ENMR, il faut avoir reçu le qualificatif de MSP ou de PSP, ce qui suppose que chaque équipe candidate ait fait valider par l'ARS un projet de santé dont le contenu (champs/programmes/actions) doit répondre aux besoins sanitaires, préalablement définis, de son territoire, et être conforme à certaines priorités de santé ou missions définies au niveau national et régional. Mais une fois le projet avalisé et à l'issue d'un processus de revalidation renégocié annuellement entre chaque structure et l'ARS, les professionnels sont laissés libres de s'organiser comme ils l'entendent pour en user et notamment pour choisir et mettre en œuvre les actions prioritaires parmi celles retenues dans le projet. Ceci vaut pour toutes les actions s'inscrivant dans le cadre conventionnel classique, sauf pour celles qui nécessitent le passage par l'article 51 de la loi HPST, qui rend possible la réalisation par des professions non médicales, d'actes médicaux non inscrits dans les décrets desdites professions.

3. Troisièmement, contrastant avec cette liberté pour s'organiser, le contenu des différentes actions est en partie contraint par le contenu des forfaits (encadré ci-dessous) et par les attendus de l'exercice regroupé pluriprofessionnel.

4. Si le niveau de financement des NMR est fixé de façon explicite selon un mode de calcul qui s'impose à toutes les MSP, les critères de redistribution des forfaits en fonction de l'intensité de la participation des professionnels (de santé et/ou autres) sont laissés au libre choix des structures. Seule condition posée : celles-ci doivent rémunérer les programmes collectifs pluriprofessionnels. L'un des problèmes posés est celui de l'arbitrage entre la valorisation des tâches de coordination (hors coordination du parcours des malades) et celles correspondant à la mise en œuvre des actions par les différents professionnels. Ce point a particulièrement retenu notre attention.

Les forfaits ENMR

Le premier forfait (dit « forfait coordination ») rémunère l'ensemble des actions pluriprofessionnelles qui exigent l'intervention de plusieurs types de professionnels. La mise en œuvre de ces actions nécessite une phase d'organisation et de management pluriprofessionnel autour du projet de santé auquel correspond une coordination institutionnelle et une coordination de parcours ou de proximité pluriprofessionnelle. Les professionnels sont fortement incités, à la fois pour des raisons supposées de plus grande efficacité et efficience, à rendre compte de l'usage des financements relatifs aux tâches de coordination, et notamment à tracer la fréquence et le contenu de ces réunions. Par ailleurs, s'il est recommandé de formaliser les actions mises en place, il n'est pas obligatoire d'aller jusqu'à des protocoles pluriprofessionnels. Néanmoins, les actions décrites sous formes de protocoles s'inspirant de l'*Evidence-Based Medicine* (EBM) et prenant explicitement appui sur les travaux de la Haute Autorité de santé (HAS) sont « valorisés » dans les critères d'évaluation régionaux.

Un second forfait (dit « forfait 2 ») cible l'Éducation thérapeutique du patient (ETP), le format et le contenu étant préalablement définis par la HAS. L'autorisation de l'ARS doit également être obtenue, l'activité correspondante devant être tracée dans le système d'information des structures pour justifier son financement spécifique.

C'est donc en référence à ce cadre expérimental que l'évaluation qualitative se propose :

- D'analyser sur le terrain la manière dont les professionnels développent des pratiques collectives pluriprofessionnelles, en conformité avec le cahier des charges de l'expérimentation (et comment celles-ci se matérialisent ou non par des actions observables dans le suivi quantitatif mis en place par l'Irdes et par les ARS). Ces transformations seront à analyser en lien avec les contextes dans lesquels elles émergent, en mettant en évidence les freins et leviers de nature endogène et exogène à l'exercice pluriprofessionnel
- De mieux comprendre en quoi les NMR participent à ces transformations en mettant en évidence leurs effets spécifiques sur les pratiques et actions pluriprofessionnelles mises en place
- Enfin, à l'issue de ce travail, nous espérons pouvoir faire des hypothèses sur le rôle des financements NMR dans les transformations organisationnelles et culturelles au sein des maisons et pôles de santé, et leur impact en matière de coopération et de pratiques pluriprofessionnelles

Au final, les NMR, bien que n'ayant pas fait l'objet d'une véritable modélisation préalable de leurs effets, suscitent des attentes fortes de la part du régulateur public. Cependant, les montants des NMR ne contribuent que marginalement aux revenus cumulés des différents professionnels de santé au sein d'une MSP². Cet écart entre le faible niveau de financement et le fort degré d'attente vis-à-vis de l'ENMR a constitué un autre élément de repère pour notre analyse. En effet, dès lors qu'il est envisagé – au-delà de la nouvelle vague d'inclusion de 2014 – de généraliser les NMR à partir de 2015, nous avons tenté d'identifier les conditions à respecter et les précautions à prendre pour proposer une généralisation raisonnée, tout en identifiant les éléments d'amélioration du dispositif d'observation permettant d'évaluer le processus d'implantation.

² Selon le rapport parlementaire du PLFS de 2014, les coûts du forfait 1 ont été estimés à 7,5 millions d'euros pour les 150 MSP/CDS impliqués soit en moyenne 50 000 euros par structure.

I. Objectifs et méthode

Dans le cadre d'une recherche exploratoire qualitative, les hypothèses posées au départ évoluent au fur et à mesure des données collectées sur le terrain. Si nous avons en tête les hypothèses de l'évaluation quantitative de l'Irdes, nous souhaitons les confronter à un contexte plus large, celui des dynamiques du travail pluriprofessionnel au sein de plusieurs MSP entrant dans l'Expérimentation des nouveaux modes de rémunération (ENMR).

1. Objectifs

La recherche exploratoire poursuit deux types d'objectifs : des objectifs spécifiques propres à cette recherche et ceux liés à son articulation avec l'évaluation globale.

Concernant ses objectifs spécifiques, l'objectif principal est d'identifier et qualifier les dynamiques et les formes de travail collectif dans un échantillon de maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) ; d'analyser leur valeur ajoutée perçue par les professionnels et les difficultés qu'elles occasionnent ; et de comprendre les éléments qui favorisent ou au contraire freinent leur développement. L'objectif secondaire est de comprendre, au sein de ces dynamiques, le rôle joué par les incitatifs financiers, dont les NMR, par l'examen de leurs usages et de leurs modalités de redistribution.

L'articulation entre approches quantitative et qualitative ayant ses enjeux spécifiques, il s'agit : de comprendre une partie de l'hétérogénéité des résultats de l'étude quantitative observée au sein des MSP, et notamment au sein et entre les différentes modalités de regroupement ; d'améliorer la typologie des sites en identifiant des variables complémentaires discriminantes.

Ces éléments sont traités dans la discussion du rapport final de l'évaluation quantitative.

2. Méthode de recueil de données

La méthodologie de l'enquête a été définie en étroite collaboration avec, d'une part, l'équipe de l'Irdes chargée de l'évaluation quantitative des ENMR et, d'autre part, avec Gérard Durand, consultant en santé publique d'Icones Médiation Santé, qui a accompagné plus de 90 projets de regroupement pluriprofessionnel en France (Durand, 2012^{a, b}).

2.1. Trois niveaux de recueil

L'atteinte de ces objectifs nécessite une exploration très fine des situations rencontrées par les professionnels, de leurs modalités de travail collectif et de gestion financière et du sens qu'ils donnent à leurs pratiques, tout en les situant dans un environnement précis. La nécessité de recueillir des informations complexes, et sensibles pour certaines, oriente vers un recueil de données fondé sur des entretiens et des observations à trois niveaux :

- Au niveau national : des entretiens semi-dirigés réalisés par des binômes ou des trinômes d'enquêteurs auprès des responsables de l'expérimentation NMR. Ces entretiens visent à explorer les dynamiques générales sous-jacentes au regroupement pluriprofessionnel et les modalités de pilotage de l'expérimentation NMR.
- Au niveau régional : des entretiens avec des chargés de mission des ARS et, si possible, des structures régionales intervenant dans l'appui à l'exercice regroupé [Unions régionales de professionnels de santé (URPS), Fédération française des maisons et pôles de santé, Instances régionales d'éducation et de promotion de la santé (Ireps)] réalisés par des binômes d'enquêteurs. Ces entretiens visent à explorer les dynamiques régionales sous-jacentes au regroupement pluriprofessionnel et les modalités d'accompagnement par les structures régionales.
- Au niveau local, dans quatre sites présentant une ou plusieurs structures d'exercice regroupé :
 - Un recueil préalable d'informations auprès des responsables du site et, le cas échéant, d'un consultant ayant accompagné le projet de la structure :
 - . toutes les informations disponibles sur le fonctionnement et les activités du site (projet de santé, réponses au questionnaire de l'Irdes dans le cadre de l'évaluation quantitative, rapports, thèses, publications...)
 - . la liste des protocoles de coopération mis en place et leurs thèmes
 - . des données financières (informations fournies par l'ARS et la structure, données issues du questionnaire de l'Irdes)

- Des entretiens semi-dirigés avec tous les professionnels exerçant dans la structure

Ces entretiens réalisés par un binôme d'enquêteurs sont menés au cours d'une visite sur site d'une durée de deux à quatre jours. Il peut s'agir d'entretiens individuels (avec le ou les coordinateurs du site), d'entretiens collectifs monoprofessionnels (lorsque plusieurs professionnels d'une même profession sont présents sur le site) ou d'entretiens collectifs pluriprofessionnels (lorsqu'il n'existe qu'un représentant des professions concernées). Ces entretiens sont complétés par téléphone après la visite si nécessaire. Ils ont été assortis de l'observation d'une réunion pluriprofessionnelle.

Ces entretiens visent à comprendre d'une part la dynamique dans laquelle s'inscrivent le regroupement et le développement de nouvelles pratiques, selon le point de vue des différents acteurs exerçant dans la structure (origine du choix du regroupement, attentes, satisfaction de ces attentes, valeur ajoutée perçue, freins et moteurs pour le regroupement, y compris les éléments financiers...). Il s'agit d'autre part d'étudier la façon dont les professionnels se coordonnent, les divers arrangements réalisés ainsi que leurs déterminants.

2.2. Modalités de constitution de l'échantillon

2.2.1. Critères retenus

Les structures participant à l'ENMR constituent un ensemble hétérogène, qui s'est transformé au fur et à mesure des vagues d'inclusion dans l'expérimentation. La première vague d'inclusion a concerné principalement des maisons de santé (MSP) et des centres de santé (CDS). La seconde a concerné un grand nombre de pôles de santé (PSP) nouvellement créés à partir de réseaux de santé plus anciens.

L'échantillon a été constitué afin de pouvoir observer un groupe de **structures variées** au sein d'un très petit échantillon.

Plusieurs choix ont été effectués :

- Pour réduire l'hétérogénéité de l'échantillon, l'étude a été centrée sur les structures regroupées d'exercice libéral, dont le nombre s'est majoritairement accru depuis quelques années. Les centres de santé ont donc été exclus de l'enquête. Leurs problématiques financières sont en effet très différentes de celles observées en libéral et mériteraient une enquête à part entière.
- Dans la même perspective, nous avons choisi de cibler des structures regroupées permettant une proximité physique très régulière des acteurs, soit des MSP ou des PSP articulés autour d'une MSP (maisons-pôles). Par conséquent, ont été exclus de l'échantillon les PSP à sites multiples et très dispersés géographiquement.

La méthodologie de recueil, ainsi que les contraintes du calendrier et des moyens disponibles, nous ont permis d'enquêter auprès de 4 structures. Deux régions ont été sélectionnées, dont les dynamiques de soutien au regroupement sont a priori contrastées ; dans chacune de ces régions, 2 structures ont été étudiées. Les 4 structures choisies forment un échantillon diversifié selon les critères suivants :

- Maison de santé comprenant un seul local / Maison de santé avec un local principal et des locaux annexes / Pôle de santé avec une structure pluriprofessionnelle principale
- Ancienneté du regroupement
- Zone d'implantation urbaine ou rurale, défavorisée ou non défavorisée
- Dynamiques locales de regroupement contrastées
- Nombre de professionnels exerçant dans la structure faible / important
- Forfait NMR 1 seul / forfaits NMR 1 et 2.

Par ailleurs, nous avons écarté a priori les structures construites à l'instigation des principaux promoteurs du regroupement pluriprofessionnel – impliqués dans la construction du cadre expérimental de NMR –, afin d'éviter le risque de discours trop élaborés, voire convenus. De plus, ces structures avaient déjà fait l'objet de nombreuses enquêtes.

2.2.2. Déroulement de la sélection

A partir d'une extraction dans la base de données « structures » constituée par l'Irdes pour l'évaluation quantitative des NMR, nous avons sélectionné trois régions contrastées dans leurs dynamiques de regroupement, ayant des MSP correspondant à nos critères de sélection, et accessibles géographiquement pour les enquêteurs. Ce choix s'est fait en lien étroit avec l'équipe en charge de l'évaluation quantitative de NMR et avec le consultant en santé publique. La première sélection a porté sur les régions Nord-Pas-de-Calais, les Pays de Loire et la Bourgogne.

Le protocole d'enquête et cette présélection ont été présentés dans un premier temps au comité de pilotage de l'évaluation des NMR, puis lors d'un séminaire des chargés de mission des ARS pour le suivi des ENMR en région, ce qui a permis de recueillir l'avis des ARS des trois régions concernées et de guider le choix des structures à visiter. Les régions Nord-Pas-de-Calais et Pays de la Loire ont alors été retenues.

Les entretiens avec les ARS et l'équipe chargée de l'évaluation quantitative ont permis ensuite de sélectionner quatre sites, que nous présentons de manière groupée afin de préserver un certain degré d'anonymat :

Caractéristiques des sites retenus :

- Type de regroupement :
 - 2 MSP constituées d'un site unique
 - 1 MSP avec un site principal pluriprofessionnel et des sites secondaires
 - un PSP (ou MSP/Pôle) constitué de 9 structures, avec un regroupement prévu à court terme sur 3 sites principaux et 2 secondaires, au niveau de 3 communes proches de moins de 8 kilomètres
- Ancienneté du regroupement :
 - 2 regroupements anciens (1975 et 1976) et 2 récents (2007 et 2010)
- Zone d'implantation :
 - 2 structures implantées en zone urbaine défavorisée et 2 en zone semi-rurale non défavorisée
- Dynamiques locales :

Outre une pénurie de médecins, constatée dans les quatre sites, on peut souligner :

 - L'implication variable des élus locaux : très présents dans un site, très peu dans les 3 autres
 - Des dynamiques de regroupement contrastées : parmi les structures « anciennes », l'une s'est constituée autour de projets de santé publique (prévention) et l'autre dans une dynamique de cabinet pluriprofessionnel ; parmi les structures « récentes », l'une s'est constituée dans une dynamique d'alliance avec l'hôpital, l'autre dans une dynamique immobilière démultipliée par les NMR
- Un nombre et des types de professionnels variables selon les sites :
 - 10, 12, 15 et 28 professionnels de santé respectivement, dont 5, 7, 7 et 7 médecins
 - 3 à 8 professions de santé¹ différentes représentées
 - 2 à 3 secrétaires par site
 - 1 seul site ayant une coordinatrice à mi-temps
 - 2 structures avec forfait NMR 1 seul, 2 structures avec forfaits NMR 1 et 2

2.3. Déroulement du recueil des données

Les données ont été recueillies entre juin et septembre 2013. Le recueil des données a débuté par 6 entretiens (avec 9 professionnels), **au niveau national puis régional** :

- *Au niveau national*, 2 entretiens individuels (avec les responsables de la DSS en charge de l'expérimentation des NMR) et 1 entretien collectif (avec le responsable de l'équipe d'évaluation quantitative des NMR et le consultant) ont été réalisés.
- *Au niveau régional*, 2 entretiens collectifs (avec à chaque fois 2 représentants de l'ARS) et 1 entretien individuel (avec une représentante de l'URPS) ont été réalisés.

Ces entretiens préalables nous ont permis d'être plus attentifs à certaines questions importantes à explorer, et ont contribué à affiner nos guides d'entretien.

¹ Nous entendons ici « professions de santé » au sens large, c'est-à-dire incluant les psychologues.

Au niveau local, dans les 4 structures visitées, 18 entretiens collectifs et 5 entretiens individuels ont été menés avec les coordinateurs (médecins + selon les cas diététicien, orthophoniste ou administrative), les professionnels de santé et les secrétaires et coordinatrices.

Au total, ces entretiens ont concerné 65 professionnels dans les 4 sites. Il s'agissait de 62 professionnels installés ou salariés sur les 77 exerçant dans ces 4 structures², ainsi que 2 médecins généralistes remplaçants et 1 stagiaire autonome en soins primaires ambulatoires supervisé (Saspas).

Parmi les professionnels rencontrés :

- 22 médecins généralistes (sur 26 généralistes installés au total) + 2 remplaçants et 1 Saspas
- 10 infirmières (sur 15)
- 8 kinésithérapeutes (sur 11)
- 3 podologues (sur 3)
- 3 orthophonistes (sur 3)
- 1 diététicienne (sur 1)
- 2 pharmaciens (sur 2)
- 1 psychologue (sur 1)
- 1 sage-femme (sur 2)
- 1 angiologue (sur 1)
- 1 coordinatrice mi-temps (sur 1)
- 9 secrétaires (sur 11)

Dans un cas, il a été possible de mener en complément un entretien avec un consultant ayant accompagné la création de la structure et un représentant de l'Institut régional de prévention et d'éducation pour la santé (Iresp) ayant formé une partie de l'équipe. Dans un autre cas, nous avons rencontré une consultante ayant accompagné la transformation de la structure.

3. Méthode et axes d'analyse

Ce corpus, constitué de 32 entretiens (une cinquantaine d'heures intégralement retranscrites), de notes prises lors des observations et des documents rassemblés, a été analysé de manière croisée par les trois chercheurs, en recourant à une approche inductive :

- à la fois par MSP, à travers la rédaction d'une monographie pour chaque structure (à l'issue de chaque visite) reprenant les acteurs, l'histoire, l'architecture des locaux et les perspectives, le management, le projet et sa réalisation effective, les intérêts et difficultés rencontrés, la ventilation des NMR et les raisons de cette ventilation
- par thèmes prédéfinis au regard de nos grilles d'entretien et des hypothèses de l'évaluation quantitative
- par thèmes émergents

² Le total de 77 professionnels exerçant dans ces structures ne prend pas en compte les professionnels remplaçants ni les stagiaires.

Les résultats ont été croisés entre les chercheurs, en tenant compte des éléments recueillis au cours des entretiens réalisés initialement avec les porteurs institutionnels de l'expérimentation. Ils ont également été confrontés aux résultats de l'évaluation quantitative des NMR, aux données de la littérature nationale et internationale, ainsi qu'aux observations du consultant en santé publique.

L'analyse s'est également enrichie grâce : aux débats qui ont suivi la présentation des premiers résultats au cours d'un comité de pilotage de l'ENMR en décembre 2013, permettant une mise en perspective de nos travaux en regard des attentes concernant le dispositif NMR et sa généralisation ; et à une réunion avec les représentants des quatre structures en juin 2014, permettant un retour des équipes enquêtées sur nos résultats après leur avoir soumis un premier jet de synthèse écrite.

Pour analyser l'influence des NMR sur l'exercice regroupé pluriprofessionnel, nous avons cherché à tirer le meilleur profit possible de la structure particulière de notre échantillon.

Premier point

L'intervalle de temps séparant la date de création de la structure de celle marquant son entrée dans l'ENMR diffère grandement selon les quatre structures sélectionnées. Deux structures ont ainsi commencé à fonctionner en mode pluriprofessionnel au début des années 1980. Pour la troisième MSP, les membres ont commencé à réfléchir à un projet architectural dans une visée de regroupement pluriprofessionnel dès 2007, c'est-à-dire au moment où la problématique NMR a émergé dans le débat public. Enfin, le PSP s'est constitué en 2010, à partir de la réflexion de professionnels travaillant dans 9 lieux différents et désireux de se regrouper sur un nombre restreint de sites (3). Mais ils n'ont commencé à envisager le travail pluriprofessionnel que lors de leur entrée dans l'ENMR (2012).

Second point

L'hypothèse de départ était que l'impact des NMR sur l'exercice regroupé pluriprofessionnel serait en partie déterminé par les choix et pratiques pluriprofessionnels mis en œuvre antérieurement. La vérification de cette hypothèse serait donc facilitée par un échantillon composé de MSP dans lequel le regroupement pluriprofessionnel aurait été fait à des dates variables.

Ceci a deux conséquences :

- d'une part, l'analyse de la dynamique de regroupement tient surtout compte des données recueillies auprès des deux structures plus récentes, l'une renvoyant à la situation des nouveaux entrants (en exercice regroupé depuis déjà quelques années), et l'autre à la situation de la majorité des nouveaux entrants pour lesquels l'entrée dans les NMR coïncide avec le regroupement
- d'autre part, l'analyse du travail pluriprofessionnel repose sur les deux structures anciennes, en situation d'exercice regroupé pluriprofessionnel depuis plus de trente ans ; ainsi, une comparaison avec les structures plus récentes peut être faite, ainsi qu'une analyse des similarités et différences constatées
- Enfin, une comparaison dans le temps de l'évolution de ce travail au sein des structures anciennes pourra être menée, en observant les effets spécifiques éventuels des NMR sur la dynamique pluriprofessionnelle

A partir de l'analyse de quelques cas concrets, cette recherche qualitative exploratoire vise donc à éclairer l'enquête quantitative. Nous inscrivant dans **une démarche inductive**, nous ne proposons pas, délibérément, de définition préalable du « travail collectif » ou des « pratiques pluriprofessionnelles » : nous souhaitons plutôt les voir émerger à partir de nos observations.

Il ne s'agit pas non plus :

- *de tester des causalités*, mais plutôt de « comprendre » les raisons qui ont poussé les acteurs à choisir telle ou telle forme de pratique pluriprofessionnelle et/ou d'usage des forfaits dans un contexte donné, et de mettre à jour les conséquences locales sur le travail collectif
- de prétendre à la représentativité de nos résultats par rapport aux MSP existantes du fait de la spécificité de notre échantillon, lui-même choisi dans un ensemble de MSP « ayant des NMR » (soit environ 50 % des MSP « en fonctionnement » au moment de l'enquête)
- d'apporter des résultats exhaustifs concernant les problématiques liées au travail collectif au sein des « MSP ayant des NMR », la saturation des données ne pouvant être atteinte avec seulement quatre structures issues d'un ensemble aussi hétérogène. Nous avons néanmoins cherché à garantir la possibilité d'une « montée en généralité », en confrontant notamment nos analyses à l'expérience du consultant en santé publique, ainsi qu'aux données de la littérature nationale publiée et/ou grise

II. Résultats

Les résultats de cette recherche exploratoire sont présentés en trois chapitres. Le premier explore les dynamiques à l'œuvre lors des regroupements des professionnels libéraux, puis le type de travail pluriprofessionnel qui s'y développe avant l'ENMR. Le deuxième chapitre analyse ce qu'il se passe lors de l'entrée dans l'ENMR, et notamment ses effets sur le travail pluriprofessionnel. Nous montrerons que les NMR constituent un puissant révélateur des freins et leviers au travail pluriprofessionnel. Dans le troisième chapitre, nous explorons davantage la place et le rôle des NMR dans les évolutions en cours. L'ensemble se clôt par une mise en perspective de nos résultats au regard de l'extension annoncée de l'expérimentation.

1. L'exercice regroupé pluriprofessionnel avant les nouveaux modes de rémunération (NMR) : des dynamiques contrastées liées aux contextes locaux

Afin d'analyser les éventuels effets des NMR sur le déroulement de l'exercice regroupé pluriprofessionnel, il convient en premier lieu de décrire les principales caractéristiques de cette forme d'exercice. A partir de nos données issues des quatre terrains, nous explorons les motivations à l'origine du regroupement pluriprofessionnel, puis la dynamique de ce processus au cours du temps. Il s'agit notamment de repérer les attentes des différents professionnels, les incitatifs et les contraintes au sein desquelles ils évoluent. Puis, dans un deuxième temps, nous décrivons la nature du travail — qui implique plusieurs types de professionnels avec leurs caractéristiques propres et leur niveau de formalisation — ainsi que les diverses ressources mobilisées. Nous montrons comment chaque type de professionnel cherche à asseoir sa place et sa légitimité afin d'en retirer des bénéfices, qui ne sont pas exclusivement financiers. Nous identifions en outre les nombreux facteurs systémiques pouvant faire obstacle au regroupement et au travail pluriprofessionnel. Enfin, les arbitrages entre travail informel et formalisation des pratiques sont analysés, les choix opérés pouvant être vus comme des traceurs de la dynamique du travail pluriprofessionnel.

1.1. Différents types de motivation à l'origine du regroupement

L'analyse de nos données, corroborée par celles de la littérature grise française, montre souvent chez les promoteurs une insatisfaction quant aux pratiques professionnelles en exercice isolé. Cette réflexion critique concerne à des degrés divers l'activité clinique au quotidien (sentiment d'être dans une pratique exclusivement curative inadaptée aux besoins des patients, d'être « isolé »...), les conditions de travail (pouvoir prendre deux jours de congés dans la semaine ou travailler à temps partiel ; pouvoir s'absenter pour suivre une formation continue ou universitaire). S'y ajoute une critique des interactions avec les autres professionnels de santé, jugées insuffisantes notamment en termes de communication (importance de l'échange avec d'autres professionnels de santé, référence au « travail d'équipe » tel que pratiqué à l'hôpital lors des années de formation). Chez certains professionnels de santé, la volonté de travailler dans un cadre pluriprofessionnel a été présente d'emblée, comme une sorte d'évidence, notamment chez les médecins plus âgés. Mais cela ne concerne pas la majorité des professionnels de santé au départ. Un certain nombre d'entre eux ont

opté pour cette forme d'exercice soit par opportunité (une possibilité de s'associer alors que la concurrence était encore forte ou une offre près de chez soi), soit, le plus souvent, dans une perspective de regroupement monoprofessionnel permettant d'améliorer leur confort de travail. Ce n'est qu'au cours du temps que le travail pluriprofessionnel s'est développé, à plus ou moins grande échelle, allant d'une juxtaposition de professionnels de santé s'adressant mutuellement quelques patients à un travail de collaboration journalier avec interpellations réciproques et réflexion conjointe dans certaines situations (parmi les plus citées : plaies complexes ou lombalgies chroniques). Mais une fois acquise cette habitude de travail, tous les professionnels de santé partagent le sentiment d'une plus grande efficacité/efficience au bénéfice des patients, due à l'amélioration de la qualité des soins et du suivi. Ce jugement repose d'une part sur une comparaison avant/après mais aussi sur la comparaison entre l'intensité du travail pluriprofessionnel au sein de la MSP et celui avec les médecins ou les autres professionnels de santé exerçant hors MSP.

Les différents professionnels de santé font globalement le même constat que les médecins sur la collaboration interprofessionnelle hors exercice regroupé : il s'agit d'un exercice « côte à côte » avec peu d'interpellations réciproques même lorsque des questions relatives au suivi des patients se posent ; ils déplorent une communication insuffisante, même informelle, concernant les diagnostics étiologiques ou fonctionnels posés ou les actes réalisés par les uns et les autres.

Par ailleurs, si les infirmières ou kinésithérapeutes évoquent l'attractivité d'un lieu avec exercice pluriprofessionnel, ils ont en général privilégié au départ le regroupement monoprofessionnel. Pour les podologues, orthophonistes, diététiciens ou psychologues, l'exercice pluriprofessionnel est moins valorisé comme moyen de développer une nouvelle clientèle que pour la meilleure qualité du travail avec les médecins et/ou l'intérêt de travailler avec d'autres paramédicaux.

Si certains d'entre eux ont longuement hésité avant de se lancer dans cette « aventure », notamment en raison du niveau des charges financières induites par ce mode d'exercice, sans garantie d'augmentation de revenus, presque tous y voient l'occasion de montrer et démontrer toutes les potentialités de leurs compétences et expertises spécifiques. La pleine réussite de ce mode d'exercice constitue donc pour eux un enjeu professionnel majeur. Mais très peu avaient perçu au départ l'ensemble des freins organisationnels et systémiques à ce type de travail.

Enfin, pour la majorité des médecins seniors, un autre facteur a contribué au regroupement : l'idée que ces nouvelles modalités d'exercice permettraient d'assurer la pérennité de leur cabinet en attirant leurs jeunes confrères. Ils pourront ainsi laisser un héritage « en bon ordre de marche », c'est-à-dire un outil de travail moderne et adapté à la médecine générale de proximité grâce au regroupement de médecins et d'autres professionnels de santé. Dans les zones fragiles ou déficitaires, on retrouve souvent l'idée, chez les médecins, que le processus menant au choix de l'exercice regroupé pluriprofessionnel repose sur ce schéma vertueux : stage de formation/remplaçant/collaborateur/installation. Or, la réalité n'est pas toujours celle-là, du fait de la nature des arbitrages à réaliser par les entrants potentiels entre les conditions locales de travail professionnel d'une part, et les conditions de vie ordinaires, d'autre part. Celles-ci renvoient notamment au temps de déplacement entre le lieu d'exercice et le lieu de résidence envisagé. Les jeunes médecins présents dans les MSP valorisent bien entendu ce type d'exercice qui a motivé leur installation ; toutefois, nous n'avons pu véritablement pondérer l'importance relative du facteur regroupement et du facteur travail pluriprofessionnel.

En résumé, les motivations initiales pour choisir un exercice regroupé pluriprofessionnel, analysées individuellement et/ou par types de professions, sont variées. Elles peuvent être cohérentes et synergiques, ou contradictoires (Bloy, 2010) : s'il existe des cas où le regroupement a d'emblée été motivé par le désir de travailler en interprofessionnel, le schéma le plus fréquemment rencontré est celui d'une volonté initiale de travailler en groupe monoprofessionnel. Mais à partir du moment où le travail pluriprofessionnel est engagé, dans un second temps, il est systématiquement valorisé et considéré comme un facteur essentiel de la qualité des conditions de travail et des soins.

Cependant, comme nous le montrerons par la suite, si l'exercice regroupé constitue certainement un facteur contributif à l'émergence du travail pluriprofessionnel, il n'est pas toujours un facteur suffisant.

1.2. Dynamiques du processus de regroupement

La dynamique du processus de regroupement a été différente au sein des quatre sites. Pour les deux anciens, cette dynamique vise à intégrer de nouveaux professionnels (en nombre et en variété), en lien avec les politiques régionales et nationales et avec les contextes locaux. Pour le site intermédiaire, une opportunité immobilière liée à l'hôpital local a été saisie. Pour le site le plus récent, c'est l'ARS qui, dans le cadre de la politique de développement des MSP et de l'ENMR, en a été le facteur déclenchant, rendant ainsi possible l'aboutissement d'un projet initialement de nature immobilière. Mais partout, le chemin suivi, loin d'avoir été linéaire, a été décrit comme une succession d'aventures souvent gratifiantes mais comportant aussi des moments de découragement, voire d'épuisement.

Plusieurs éléments ont imprimé leurs marques à la trajectoire du regroupement, en facilitant ou freinant le processus selon les contextes locaux.

1.2.1. Une période de non concurrence qui crée un contexte favorable

Les sites les plus anciens se sont développés dans une période de forte concurrence médicale et paramédicale. Il y avait les professionnels « dans la structure regroupée » et « les autres », chacun restant sur sa position et cherchant à développer sa clientèle. Au sein des cabinets regroupés, l'arrivée de nouveaux associés se réalisait très progressivement. Aujourd'hui, tous les professionnels, et notamment les médecins, estiment qu'ils sont dans une période de moindre, voire de non-concurrence, qui leur permet plus aisément de réfléchir avec les professionnels hors de la structure, et leur donne également la possibilité de réfléchir à l'organisation des soins primaires au sein d'un territoire donné. Les regroupements mono et pluriprofessionnels font partie de cette dynamique. Cette concurrence, d'intensité variable en fonction des professions, a des effets multiples. Elle permet dans certains cas d'organiser une permanence des soins avec dossiers médicaux et/ou paramédicaux partagés. Dans quelques sites, les médecins développent des compétences spécifiques permettant de discuter de certains cas (soins palliatifs, gériatrie) ou d'éviter le recours aux spécialistes en s'adressant mutuellement des patients (gynécologie, pratique de fonds d'œil...). Certains kinésithérapeutes se concertent pour suivre des formations différentes et complémentaires afin d'élargir l'éventail des techniques au sein d'une même MSP ou d'un PSP, et ainsi mieux répondre à des situations diverses ou à des cas complexes. Par ailleurs, cela permet à certains professionnels de santé de structurer leurs interventions au sein de l'hôpital local ou dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées (Ehpad). Les rares professionnels qui ne jouent pas le jeu sont marginalisés et, peu à peu, les MSP deviennent les lieux vers lesquels convergent les professionnels de santé, soit par intérêt pour ce type d'exercice, soit pour ne pas être laissés de côté.

1.2.2. Le projet de santé, un moteur essentiel dans la dynamique du travail pluriprofessionnel

Dans les sites observés, la dynamique du regroupement varie selon la chronologie relative du projet architectural et du projet de santé, le premier pouvant succéder au second ou réciproquement, avec des phases où les deux ont été menés de front. Dans les deux sites récents, l'élaboration du projet architectural a servi de support aux discussions ayant mené à la construction du projet de santé. Dans les structures plus anciennes, c'est l'évolution du travail pluriprofessionnel cadré par le projet de santé qui a conduit à un réagencement des locaux ou en exige de nouveaux. Ainsi, dans une MSP, une place plus importante conférée aux infirmières dans le travail pluriprofessionnel a entraîné une modification de l'emplacement ou de la taille des locaux. Et surtout, en lien avec les politiques nationales et régionales favorisant le regroupement pluriprofessionnel, les sites plus anciens ont cherché à attirer médecins, sages-femmes, autres professionnels de santé et psychologues. Leurs locaux étant contraints en surface, l'arrivée de nouveaux professionnels pousse à envisager un nouveau lieu de travail et donc un nouveau projet architectural.

Si l'élaboration du projet de santé est systématiquement valorisée comme moyen de fédérer les différents professionnels, notamment dans sa phase de choix et d'argumentation des actions pluriprofessionnelles, il n'en va pas de même de la phase supposée antérieure de « diagnostic territorial ». Certains praticiens regrettent que le diagnostic de territoire ne soit pas réalisé par l'ARS, considérant que c'est elle qui a accès aux données nécessaires. D'autres estiment que la connaissance de leur patientèle leur donne une bonne vision des besoins de leur territoire. Certains vivent donc ce premier travail diagnostique comme une obligation administrative et n'ont fait que le strict minimum, d'autres ont préféré confier ce travail à des consultants. Cette absence de diagnostic de territoire peut s'avérer à double tranchant : d'un côté, la MSP a les mains plus libres dans le choix des axes à développer au sein du projet de santé mais, d'un autre côté, les médecins peuvent avoir plus de difficultés à argumenter certains axes du projet face à l'ARS. Dans un autre ordre d'idées, un diagnostic de territoire bien fait les rend plus légitimes vis-à-vis des élus, des professionnels du social ou de leurs confrères libéraux exerçant en dehors de la MSP pour investir certaines actions d'éducation sanitaire ou de prévention.

1.2.3. Le projet architectural, une interaction forte et complexe avec le projet de santé

Dans plusieurs des maisons observées, le projet architectural a joué et joue encore un rôle important dans la facilitation du travail pluriprofessionnel. L'aménagement intérieur de la MSP est lui aussi un facteur qui peut faciliter ou freiner les échanges entre les différents professionnels. Par exemple, selon les maisons, les infirmières ont une place plus ou moins centrale, étendue et confortable (ici des locaux sans fenêtres, ailleurs une surface conséquente et bien aménagée), qui soit reflète, ou au contraire contraint, leur participation au travail pluriprofessionnel. Un aménagement intérieur bien pensé peut favoriser fortement les échanges entre certains types de professionnels, quand ils sont regroupés à un même étage et/ou le fait d'avoir une salle de repos commune qui facilite les échanges entre tous en partageant un lieu de convivialité. A l'inverse, l'organisation peut le freiner lorsqu'il existe des salles de repos distinctes à chaque étage ou lorsque les bureaux des médecins sont à un même étage et ceux des autres professionnels de santé à un autre.

Le caractère évolutif des locaux et de leur aménagement peut faciliter le travail pluriprofessionnel. L'organisation évolue parfois rapidement avec l'arrivée de nouveaux professionnels à qui il faut montrer qu'ils sont attendus. L'un des projets architecturaux prévoit ainsi que certaines cloisons soient facilement amovibles pour permettre des collaborations interprofessionnelles plus faciles si elles sont actées par les différents professionnels. Dans

une MSP en construction, le local des secrétaires est pour l'instant ouvert uniquement sur les salles d'attente et sur les bureaux des médecins, mais pas sur ceux des paramédicaux auxquels les patients accèdent par une entrée séparée ; cette ouverture dépendra du développement des coopérations entre secrétaires et paramédicaux.

Dans les quatre sites, le projet architectural peut être, selon les périodes, un élément fédérateur tout autant qu'une pomme de discorde pour les différents professionnels de santé impliqués. En effet, avoir de bonnes ou de meilleures conditions de travail intéresse chacun. Partager des locaux et travailler en mono ou pluriprofessionnel est attendu. Se mobiliser ensemble sur un projet concret concourt à une réflexion sur l'organisation collective. Mais, dans le même temps, le projet oblige à une remise à plat de la contribution de chacun aux charges de la structure. Il questionne le fait d'être propriétaire ou locataire. Il impacte différemment les jeunes et les plus âgés quant à leur implication financière et l'éventuel retour sur investissement, ce d'autant plus que dans les sites explorés, les professionnels de santé sont actuellement propriétaires de leur outil de travail. Le statut (propriétaire, locataire) et le mode de financement (privé, public, mixte) constituent donc deux éléments centraux pour le projet architectural car les deux posent la question de « qui supporte le risque financier ». Celui-ci est en effet particulièrement prégnant en cas de construction ou de réaménagement important des locaux. Enfin, et au-delà de la garantie concernant le remboursement des intérêts ou des loyers et des charges d'exercice, la dimension « patrimoniale » constitue une autre dimension importante dans les choix opérés. Il existe notamment des différences d'appréciation intergénérationnelles qui peuvent freiner le projet de regroupement ou en modifier les contours.

1.2.4. La position des élus sur le bâti, une contribution variable à la dynamique de regroupement

L'enjeu concerne le financement des murs de la structure avec une implication variable des différents échelons politiques. Les éléments qui suivent n'ont pas été recueillis directement auprès des élus mais reflètent le point de vue des professionnels. Selon les médecins, l'implication des élus locaux est de degré variable et produit quand elle est manifeste des impacts très divers selon : l'existence de positions convergentes ou divergentes entre la mairie et la communauté de communes ; des loyers négociés entre professionnels et élus d'un montant raisonnable ou imposés et dépassant les possibilités financières des professionnels de santé ; que le projet soit tenu dans le temps de façon relativement constante ou se déroule avec des aléas sans fin (sur le lieu d'implantation, la nature du projet architectural, les partenaires, le maître d'œuvre...). L'ensemble peut à la longue épuiser les protagonistes. Lorsque la communauté de communes est sollicitée, il existe souvent une réticence des élus du fait de leur volonté de ne pas gréver leur budget, et ce d'autant plus que la santé n'entre pas dans leurs missions spécifiques. Si elle décide de financer, sans véritable garantie de recouvrer les fonds engagés, c'est parfois dans le but de stabiliser une zone fragile (et souvent alors avec l'appui de l'ARS). Mais en échange de leur contribution, les élus peuvent « exiger » des contreparties en matière de couverture territoriale, par exemple comme sur un des sites étudiés, en demandant que les médecins d'un site du pôle assurent une présence médicale dans une autre commune — ce qui s'est effectivement réalisé, les termes de l'échange ayant été jugés équilibrés par les deux parties. Dans un autre site, au contraire, l'autre communauté de communes a proposé des conditions de location très peu incitatives, avec un niveau de loyer équivalent à celui proposé aux sociétés à but lucratif, mais insoutenable par les professionnels de santé, d'où un blocage du projet architectural. Ailleurs, le choix volontaire ou non des professionnels de se passer d'un financement externe et de financer seuls le projet d'agrandissement fait qu'ils craignent de ne pouvoir en supporter la charge. Au total, ces interactions entre professionnels et élus aboutissent tantôt à des dynamiques vertueuses ou à des blocages empêchant le regroupement ou l'extension du regroupement.

Signalons qu'un certain nombre de travaux de recherche voient dans ce non investissement des élus ou dans ces situations de blocages les conséquences d'une faible compréhension par les élus des enjeux de santé territoriaux, mais aussi de leur faible capacité à faire le lien entre certaines actions du projet de santé et les autres politiques sectorielles dont ils ont la charge¹.

1.2.5. Le mode de management de l'équipe, un facteur déterminant pour le travail pluriprofessionnel

Le mode de management de l'équipe pluriprofessionnelle influe de façon importante sur la dynamique de regroupement, ainsi que sur l'émergence et le contenu du travail pluriprofessionnel, comme nous le verrons. Il se manifeste notamment lors de la construction des projets de santé et architecturaux, par sa capacité à susciter des initiatives en provenance des professionnels de santé non médecins et à les faire reconnaître par le collectif comme relevant du projet. Au-delà des bonnes relations antérieures pouvant exister entre les différents professionnels, le type de management dépend en particulier des qualités de leadership du ou des promoteurs pour créer du collectif, de leur capacité à aller chercher à l'extérieur des ressources financières, mais aussi des appuis méthodologiques nécessaires (société de services, modèles professionnels). Il existe sur chaque site une ou deux personnalités (des médecins dans notre échantillon), reconnues comme légitimes par les autres pour impulser le travail d'équipe mais aussi pour représenter le collectif à l'extérieur. Ce ou ces promoteurs partagent, à des degrés divers, cette animation avec d'autres médecins ou d'autres professionnels de santé (une orthophoniste dans un des sites, une diététicienne dans un autre) ou avec une coordinatrice administrative (dans un troisième). On se situe alors dans le cadre d'une gouvernance « collégiale » souvent associé à un mode de management participatif. Nous avons pu constater l'intérêt de ce mode de gouvernance pour assurer des prises de décision transparentes impliquant tous les types de professionnels de santé ou non. D'abord, ces configurations signifient que le projet collectif n'est pas sous responsabilité strictement médicale mais bien pluriprofessionnelle. Ensuite, et ceci constitue un élément très important, selon leur profession, les coordinateurs sont investis de manière différente par chaque professionnel de la MSP (secrétaires, psychologues). Chacun d'entre eux va ainsi pouvoir s'exprimer plus aisément avec l'un ou l'autre de ces coordinateurs et/ou se sentir ainsi plus à l'aise ou légitime pour prendre la parole dans les réunions ou les groupes de travail en s'appuyant sur leur écoute bienveillante et leur soutien, autant d'éléments qui contribuent à qualifier ce management de participatif, fondamental pour faire émerger du travail pluriprofessionnel.

1.2.6. Des instances régionales plus ou moins facilitatrices

Dans les régions enquêtées, les liens qui se tissent entre la MSP et l'ARS se sont noués au moment du diagnostic de territoire, du projet de santé ou dans le cadre du projet architectural. Dans les quatre structures étudiées, la position des praticiens vis-à-vis de l'apport des ARS est ambivalente, voire contradictoire, et l'aide apportée par les ARS avant l'ENMR est jugée différemment : les uns déplorent leur manque de connaissance du secteur des soins primaires (surtout avant la loi HPST), comme en témoigne le fait que l'une des structures anciennes n'ait été repérée que très tardivement par l'ARS et n'a donc bénéficié que tardivement de son appui. Si certains des professionnels enquêtés estiment qu'un certain nombre d'idées en matière de financement, voire d'axes du projet de santé, leur a été suggéré par l'ARS, tous constatent que les chargés de mission NMR ne sont pas toujours en capacité de

¹ Cf. Les Actes des 1^{res} rencontres nationales des Ateliers Santé Ville 11/12 avril 2013, le compte rendu de la troisième table ronde ainsi que la conclusion des ateliers ; l'article de P. Lombrail dans le n° 82 (2013) de l'ADSP sur les politiques territoriales de santé. ; Dépinoy (2011, op. cit.) et Monneraud (2011) qui montrent qu'un travail important doit être effectué par les collectivités et les pays pour intégrer la santé publique à l'action dont ils ont la charge.

les aider dans la mise en œuvre, soit par manque de compétences sur un sujet donné, soit du fait de leur petit nombre qui rend difficile un travail d'appui spécifique à chaque MSP. Un paradoxe a été constaté au sein d'une MSP : les mêmes professionnels qui attendent de l'ARS une aide pour compléter les cahiers des charges, régler des problèmes administratifs ou juridiques, vivent leur intervention comme intrusive, voire trop dirigiste, par exemple lorsqu'il s'agit de négocier les indicateurs de suivi susceptibles d'orienter le choix des actions pluriprofessionnelles. En somme, l'aide apportée par l'ARS a plutôt été jugée modeste avant les NMR, mais s'améliorant avec le temps ; dans un cas, l'action de l'ARS a été décrite comme étant réellement « partie prenante » des innovations de pratiques développées par la MSP².

Dans l'une des régions, l'URPS est vécue comme porteuse des projets de MSP. Elle a formé des médecins « facilitateurs » qui ont accompagné des projets de pôles ou de MSP et sont rémunérés pour ces missions. Dans l'autre région, l'URPS s'est davantage investie, au début des années 2000, dans le développement de l'Education thérapeutique des patients (ETP) en soins de premiers recours, notamment à travers l'organisation de formations d'équipes sur site. Cela a permis, lorsque l'ENMR est apparue, de les mobiliser assez rapidement, et de faire bénéficier les MSP de leur expérience de travail pluriprofessionnel dans le domaine de l'ETP.

D'autres collaborations régionales ont été citées et appréciées, comme celles de l'Institut régional d'éducation et de promotion de la santé (Ireps) ou de l'Association des pôles et maisons de santé des pays de Loire (APMSL), qui ont contribué à outiller les professionnels des MSP en termes de méthodologie dans le domaine de la prévention et de l'ETP.

1.3. Le travail pluriprofessionnel avant les NMR

Le travail pluriprofessionnel s'est développé au sein de trois structures pluriprofessionnelles avant les NMR. Tout en partageant des caractéristiques communes et notamment *une composante informelle quasi exclusive*, le choix des actions pluriprofessionnelles a été très divers d'un site à l'autre mais aussi dans leurs modalités de construction, ainsi qu'en termes d'implication des non médecins.

1.3.1. Une plus forte « proximité » entre les différents professionnels détermine l'émergence du travail pluriprofessionnel

Cette proximité comporte différentes composantes, dont la plus importante est de nature « cognitive ». L'analyse des entretiens amène à faire l'hypothèse que ce travail pluriprofessionnel s'est construit en grande partie sur des relations personnelles et interprofessionnelles moins hiérarchisées, donc plus égalitaires qu'à l'ordinaire, entre médecins et autres professionnels de santé. Cette proximité nous a été décrite comme résultant de meilleures interconnaissances et compréhension mutuelle des expertises et compétences spécifiques de chaque groupe professionnel. Cette meilleure connaissance mutuelle, que nous nommons « proximité cognitive » en référence à l'article de Boschma (2005), constitue l'une des composantes d'un « macro facteur » dit « facteur de proximité » dont les autres dimensions sont de natures géographique, organisationnelle, sociale et institutionnelle. Autrement dit, dans les trois maisons observées, avant les NMR, la proximité géographique a favorisé les

² Dans un article « Les agences régionales de santé deux ans après : une autonomie de façade (Santé publique 2013, 25(4), pp.411–419), Rolland C. et Pierru F. donnent une explication en termes d'analyse institutionnelle de cette hétérogénéité de jugement sur le comportement des agences. Ils montrent que ces dernières sont prises dans une forme d'injonction paradoxale qui consiste à devoir se montrer indépendantes et innovantes en tenant compte des réalités de terrain, tout en étant simultanément et en permanence soumises aux instructions normatives de leur tutelle ministérielle.

contacts physiques, générateurs d'une plus grande proximité cognitive, l'abaissement de la « distance cognitive » entre professionnels résultant auparavant de la méconnaissance de leurs compétences et expertises respectives. Le travail au quotidien a permis l'émergence de cette interconnaissance, puis d'une confiance acquise par le travail au cas par cas avec les patients. Celui-ci peut alors aboutir, au terme d'une négociation ouverte, à un nouveau partage non nécessairement formalisé des compétences, tâches, rôles et responsabilités de chaque profession, et donc de la nature des interventions de chaque professionnel de santé dans la prise en charge médicale et médico-sociale de la population ciblée. C'est ce qui s'est produit en particulier pour les patients sous anticoagulants anti vitamines K (AVK) ou sous insuline suivis à domicile par les infirmières.

Ces transformations, échelonnées dans le temps, ont fini par se traduire par une meilleure capacité des professionnels :

- à s'interpeller mutuellement sur leurs pratiques en s'affranchissant des préjugés régissant les rapports entre professions (médecins/kinésithérapeutes) ou de leurs liens de subordination (médecins/infirmières). Cela a permis de développer des actions coopératives (ex : gestion des plaies, interpellations réciproques sur le suivi de patients complexes comme les rachialgies chroniques) mais toujours de manière informelle
- à construire des projets de prévention en fonction d'opportunités locales
- à permettre aux infirmières de concevoir des interventions nouvelles, telle qu'une « consultation infirmière » développée dans l'un des sites en cherchant à utiliser leurs compétences inscrites au décret d'actes. Ces consultations, qui ont été financées par le Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS), se réalisent en amont d'une consultation médicale : mensuration et pesée des bébés et enfants, prise de la tension dans le cadre d'un suivi régulier, pose des électrodes d'un électrocardiogramme, renforcement des messages médicaux dans une visée d'éducation des patients, etc.
- à faciliter une vision territoriale : dans l'un des sites, les médecins du territoire se réunissent régulièrement depuis plus de trente ans et développent des actions conjointes visant la qualité de leurs pratiques (formation, cercles de qualité, évaluation des pratiques professionnelles,...). La dynamique instituée a facilité l'instauration de relations confraternelles et le souci d'un travail pluriprofessionnel pour répondre aux enjeux des maladies chroniques en permettant d'envisager un maillage territorial par les différentes MSP

Tous les professionnels non médecins interrogés ont dit avoir plus de facilité et de plaisir à travailler avec les médecins de la MSP du fait de cette confiance réciproque qui les autorise à s'interpeller mutuellement au sujet de leurs patients communs et à accepter d'aller – pour les infirmières – éventuellement au-delà de ce que les décrets de compétences autorisent, car se sachant « appuyés » par les médecins de la MSP. Ces interactions positives apparaissent beaucoup plus rares avec les médecins extérieurs à la MSP, ce qui peut mener les infirmières à se mettre en difficulté lorsqu'ils doivent décider seuls de la conduite à tenir sans garde-fou médical.

Nous avons aussi constaté qu'une forte proximité géographique, correspondant notamment au cas où tous les professionnels exercent sur un même lieu (Maisons), constituait un facteur favorable à l'émergence du travail pluriprofessionnel. Elle multiplie en effet les possibilités d'échanges qui vont contribuer à renforcer la proximité cognitive.

Mais cette proximité géographique, pourtant évidente en cas de partage d'un même lieu d'exercice, n'est pas toujours suffisante. En effet, et comme évoqué précédemment, si certains professionnels de santé se sont réunis d'emblée avec l'intention de développer ce

type de travail, d'autres se sont inscrits au départ dans un exercice regroupé, soit par opportunité, soit pour travailler en monoprofessionnel. Ce n'est qu'au fil du temps qu'ils se sont intéressés au travail pluriprofessionnel. Pour les maisons les plus anciennes, ce sont aussi les liens créés antérieurement à titre personnel qui ont constitué l'un des ferments pour construire un exercice pluriprofessionnel efficace. C'est donc la conjonction d'une proximité géographique, puis professionnelle, et, dans un second temps, la construction du projet de santé en lien avec le projet architectural, qui ont permis la construction d'une proximité cognitive favorisant l'émergence d'un consensus sur la place de chaque groupe professionnel pluriprofessionnel. C'est ici que les modes de gouvernance et de management de projets prennent toute leur importance pour faciliter un tel processus et le rendre vertueux.

1.3.2. La proximité « physique » n'est pas un prérequis absolu

Mais ce schéma décrit précédemment n'est pas le seul possible et la proximité géographique n'est pas un prérequis indispensable : la majorité des professionnels exerçant dans la structure la plus récente – un pôle avec 3 sites rapprochés et plusieurs regroupements monoprofessionnels – n'avait pas développé précédemment de pratiques pluriprofessionnelles telles que décrites sur les autres sites. Ce n'est qu'au moment où le projet architectural s'est connecté au projet de santé, via la candidature à l'ENMR, que les professionnels concernés ont commencé à véritablement réfléchir au travail pluriprofessionnel. C'est donc le travail sur le projet de santé, puis dans un second temps sur les protocoles, qui a favorisé la confiance et la connaissance mutuelles, et, *in fine*, l'émergence du travail pluriprofessionnel collectif entre des professionnels qui n'exercent pourtant pas tous dans un même lieu (mais tout de même à distance relativement faible, inférieure à 8 kilomètres).

2. L'exercice regroupé pluriprofessionnel dans le cadre des ENMR : un modèle qui n'a pas encore atteint son équilibre

Les NMR constituent les premiers financements collectifs spécifiquement alloués à des structures pluriprofessionnelles de soins primaires pour mettre en place des actions pluriprofessionnelles. Ils nécessitent différents apprentissages qui vont produire un certain nombre d'effets spécifiques.

Chaque projet avec NMR passe en effet par plusieurs phases, comme souvent lors de projets novateurs : une première phase, portée par les promoteurs, marquée par diverses impulsions et résistances ; puis une phase d'investissement des différents professionnels, ces derniers consacrant au projet un temps dépassant le volume de financement octroyé par les NMR ; une phase de décélération s'ensuit avec parfois épuisement de certains ; puis un équilibre est recherché, mais qui n'a été retrouvé dans aucune des MSP analysées. Il est vrai que nous les avons enquêtées alors qu'elles étaient en pleine période de changement, dans le contexte par essence incertain d'une expérimentation et d'un financement non pérenne, la perspective d'un conventionnement national étant perçue comme lointaine et indéterminée. Les résultats qui suivent doivent donc être interprétés à la lumière de ces constats.

Travailler en exercice regroupé dans le cadre de l'expérimentation NMR exige trois niveaux d'investissement pour tous les praticiens. Le premier concerne le processus d'institutionnalisation des MSP qui s'accompagne d'un renouvellement des systèmes de gouvernance et de management. Le second, articulé au premier, a pour objet l'élaboration du projet, sa mise en œuvre et son adaptation dans le temps en fonction des jeux d'acteurs, des opportunités et des contraintes, locales ou nationales. Le troisième concerne les patients, dans l'organisation de leur suivi au cas par cas.

Les deux derniers niveaux correspondent à la mise en œuvre du projet de santé qui se décline simultanément au niveau collectif de l'organisation (définition des priorités, plans d'action dans le cadre d'un « management du projet ») et individuel (expertise et suivi coordonné au cas par cas des patients faisant appel à une coordination de proximité).

2.1. Caractéristiques du travail coopératif

Après avoir analysé le travail coopératif à ces trois niveaux, nous expliciterons les différents freins et leviers au travail pluriprofessionnel. Nous terminerons ce chapitre par l'analyse d'un traceur du travail pluriprofessionnel et de sa dynamique : la formalisation des pratiques.

2.1.1. La rencontre entre deux types de cultures/logiques professionnelles

Les professionnels de santé, notamment les médecins rencontrés, n'étaient pas, avant les NMR, dépourvus de culture collective. Nombre d'entre eux avaient l'habitude de négocier leurs intérêts et leurs obligations au sein d'une Société civile de moyens (SCM) monoprofessionnelle ou pluriprofessionnelle. D'autres, en exercice isolé ou non, faisaient partie d'un syndicat professionnel, d'organismes de formation continue, de collectifs monoprofessionnels dans lesquels ils développaient des actions pour améliorer leurs pratiques. Certains étaient déjà acculturés à la conduite de projets financés par l'Urcam ou l'ARH, puis l'ARS. Ils avaient travaillé en interne à la MSP grâce à des subventions de la Dotation régionale de développement des réseaux (DRDR) ou du Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS) [accessibilité des locaux ; projet de modernisation du parc informatique et du dossier patient ; consultations infirmières]. Une part d'entre eux s'était investie dans des projets de prévention (ville santé ; site Internet « j'ai oublié ma pilule » ; information dans les écoles) ou dans des réseaux de santé (toxicomanie, Sida, périnatalogie...).

Mais avant les NMR, les discussions collectives portaient essentiellement sur les aspects matériels — locaux et investissements informatiques. Et surtout, l'implication des professionnels dans des projets de santé ou dans des projets d'amélioration de leur pratique relevait pour chacun d'une décision strictement individuelle. On peut donc affirmer qu'à l'exception de ceux qui faisaient partie d'un bureau ou conseil d'administration d'un réseau de santé au travers des ENMR, tous les professionnels vont se trouver confrontés à une autre logique de pratique.

Ils entrent dans un monde où le collectif est partie prenante du projet de santé, du choix des priorités et de leur mise en œuvre, mais aussi de l'instauration du cadre juridique adéquat (Société interprofessionnelle de soins ambulatoires), de la participation à des négociations concernant la manière dont les NMR sont redistribués, de contributions à l'évaluation des actions. L'ensemble de ces choix et réalisations se fait sous le regard de l'ARS, avec la négociation d'un contrat d'objectifs et de moyens, un suivi des travaux réalisés régionalement complété par une évaluation nationale à laquelle ils sont obligés de participer.

Très peu des professionnels rencontrés, même ceux déjà en partie préparés, avaient anticipé les évolutions que le cadrage de l'ENMR allait entraîner dans leur organisation et fonctionnement collectif. En particulier, le fait de participer à l'ENMR demande une sorte d'hybridation de deux cultures (cf. tableau p. 30).

Ce phénomène d'hybridation et/ou de superposition a été en partie décrit, voire analysé, par quelques enquêtes : schématiquement, il s'agit de faire coexister la culture libérale, monoprofessionnelle et individuelle régulée par la convention nationale avec l'Assurance

maladie – qui continue à régler la majorité de leur activité – à une culture nouvelle, contractuelle, collective et pluriprofessionnelle, placée sous le regard de l'ARS. Il contraint à des changements importants à différents niveaux des pratiques.

D'une part, le mode de raisonnement professionnel ne peut plus se réduire à l'examen clinique de chaque cas individuel mais doit le resituer en lien avec des enjeux de santé de population sur un territoire. Que ce soit dans le suivi individuel ou pour des projets collectifs, chaque professionnel est amené à intégrer plus systématiquement dans sa pratique le rôle des autres acteurs au travers de coopérations négociées soit entre pairs, soit entre professionnels de santé différents. Ensuite, le regard externe sur les pratiques est obligé de s'élargir à d'autres acteurs et donc à d'autres logiques sociales ou institutionnelles, ce qui ne va pas sans difficultés pour certains. Enfin, le développement de projets au sein d'une enveloppe fermée bouscule les repères de rémunération reposant jusqu'alors, dans le cadre du paiement à l'acte, sur le principe que plus le professionnel de santé travaille, plus il gagne.

Toute cette mécanique exige de nouveaux partenariats, de nouvelles compétences, de nouvelles habitudes de veille et d'acquisition de savoirs qui se réalisent en complément et non en substitution des pratiques et usages du monde libéral.

Une de nos hypothèses fortes est que le succès de cette hybridation résulte du fait que les NMR constituent une rémunération collective, redistribuée à chaque professionnel mais qui, quelles qu'en soient les modalités, n'est pas perçue comme une remise en cause de la rémunération à l'acte mais plutôt comme venant s'y ajouter. En effet, ce n'est qu'exceptionnellement que l'un ou l'autre de nos interlocuteurs a remis véritablement en question le principe du paiement à l'acte. Tous les autres ont insisté sur leur attachement à ce dernier, considéré comme une garantie de leur autonomie et de leurs revenus, et ne mentionnent pas d'inconvénients majeurs qui lui seraient attachés, notamment en matière de suivi des patients chroniques.

2.1.2. Un processus d'institutionnalisation formateur, partagé et relativement rapide

Dans ce contexte de choc systémique et quelle que soit l'histoire des MSP, l'entrée dans l'expérimentation NMR oblige à un processus d'institutionnalisation. C'est-à-dire qu'elle exige le développement d'une activité collective organisée, que les professionnels des MSP construisent et coordonnent en interne et en lien avec l'extérieur, notamment les ARS, URPS, fédérations... Sur les quatre sites explorés, le rapport instituant (le processus par lequel le groupe tend à s'organiser) / institué (le résultat) reste plastique et évolutif. La stabilisation du processus, si elle a lieu un jour, peut encore emprunter plusieurs chemins. On constate un apprentissage rapide par les promoteurs du « cadre MSP/NMR », ce processus étant plus ou moins bien accompagné.

Il est intéressant de signaler que les MSP avec NMR ont tendance à s'organiser comme les réseaux de santé l'avaient fait au sens où la contractualisation les oblige à entrer dans un processus d'institutionnalisation dont les promoteurs- gérants perçoivent qu'il est d'une certaine manière irréversible (Schweyer, 2010).

Moyennant un investissement en temps conséquent, pouvant parfois mener jusqu'à un réel *burn-out*, les promoteurs apprennent rapidement les règles du jeu définies au niveau national et relayées par les ARS. Les promoteurs sont des libéraux et des entrepreneurs. Ils cherchent à limiter leur perte de temps, car elle aurait des incidences sur leurs revenus essentiellement basés sur le paiement à l'acte. Mieux conseillés dorénavant par les ARS, URPS ou fédérations, ils finissent par trouver assez vite un ou des interlocuteurs qui vont leur donner les repères pour structurer leurs projets. Certains se font accompagner par un bureau

T 1

Tableau synthétique : deux cultures à hybrider pour participer à l'Expérimentation des nouveaux modes de rémunération (ENMR)

	Culture individuelle autonome Monoprofessionnelle Contractuelle avec l'Assurance maladie	Culture collective contractuelle Pluriprofessionnelle en sus de la monoprofessionnelle Contractuelle avec l'Etat
Dimensions sous-jacentes		
Population suivie	Une patientèle	Des patientèles et/ou la population d'un territoire
Rémunération/fondement	Paieement individuel	Paieement collectif (sur projet)
Rémunération/régulation	• A l'acte • Paiement à la performance individuelle (Rosp) • Forfait (Affection de longue durée (ALD), médecin traitant...)	Enveloppe fermée pour NMR
Rôle d'entrepreneur	Indépendant, autonome	Collectif, négocié
Mode d'implication dans les projets	Libre arbitre de chacun	Négociation dans le cadre de l'appartenance à un collectif
Relations monoprofessionnelles	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 Maison de santé pluriprofessionnelle (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 (pilotage et évaluation)
Regards sur les pratiques acceptés	Regard externe accepté entre professionnels de santé libéraux choisis	Regard externe de partenaires sanitaires et médico-sociaux pas forcément tous choisis
Mode de conventionnement et de régulation des pratiques	Autorégulation encore dominante / régulation externe Cette dernière étant plus implicite qu'explicite	Négociation d'un Contrat d'objectifs et de moyens (Com) Vécu comme duel : risque de potentielle instrumentalisation / une façon de faire vivre leurs idées ou une opportunité à tenter.
Type d'interdépendance	Réseau de correspondants informel, personnel et choisi	Informelle négociée et 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 pour leur exercice	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 la veille et de la 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...)

d'études, grâce à des appels d'offre lancés le plus souvent par les ARS et/ou les collectivités locales, plus rarement par des structures de soins, notamment hospitalières. Ils cherchent à se situer au bon endroit pour disposer des informations adéquates. Chacun tâtonne puis privilégie tel ou tel dispositif ou réseau professionnel qui va lui permettre de rester au fait des évolutions politiques et administratives concernant l'exercice regroupé pluriprofessionnel et l'ENMR. Parallèlement dans les régions et au niveau national, au cours du temps, on voit se développer des dispositifs qui facilitent la diffusion et l'appropriation des règles : site Internet de la FFMPs ; conseillers dans les ARS, URPS ou fédérations régionales ; médecins facilitateurs des URPS, etc. Par ailleurs, les échanges de pratiques se développent au travers de journées ou ateliers régionaux ou nationaux.

En outre, le plus souvent, ce sont les promoteurs qui sont devenus les cogérants de la Sisa. Ils sont aussi les représentants institutionnels, les négociateurs du Contrat d'objectifs et de moyens (Com) avec l'ARS, les négociateurs avec les élus locaux à propos d'un projet architectural... Ils sont en lien avec les fédérations et URPS afin d'assurer une veille quant aux MSP et aux NMR. Ils sont ceux qui promeuvent les MSP auprès de leurs confrères sur le même territoire de santé ou sur d'autres territoires. On conçoit facilement qu'aucun professionnel de santé ne peut réaliser seul l'ensemble de ces tâches, ce qui nécessiterait de réduire très fortement son activité médicale ou paramédicale dans un contexte où les NMR ne sont pas encore un dispositif pérenne, mais aussi parce que cela signifierait changer pour ainsi dire de métier, ce que deux des promoteurs ont explicitement exclu, les deux autres s'interrogeant. Les enjeux pour eux sont alors, à des degrés divers, d'éviter l'épuisement, d'institutionnaliser sans bureaucratiser (même s'ils n'utilisent pas ce terme, l'idée est bien présente) ; d'où la nécessité de s'appuyer sur la collégialité, de partager les tâches, de recourir à des fonctions support. Certains professionnels de santé rencontrés nous ont fait part de leur crainte que ce processus d'institutionnalisation ne finisse par aboutir à une remise en question du paiement à l'acte. Ce qu'il faut entendre ici comme une remise en question de leur autonomie professionnelle, le paiement à l'acte étant considéré comme le garant de cette dernière. Va alors se négocier un partage de toutes ces tâches entre plusieurs médecins et/ou autres professionnels de santé. Pour autant, globalement le processus est chronophage, parfois épuisant. Les promoteurs les plus anciens ont « galéré » et tous passent un temps non rémunéré (plus ou moins important globalement et selon les périodes) pour que le projet commence puis vive.

Mais si les promoteurs apprennent rapidement le cadre juridico-administratif des MSP, il reste à mettre en place et à faire vivre le projet de santé. Or, dès lors qu'il s'agit d'articuler les deux cultures en interne pour mettre en place les différentes actions pluriprofessionnelles, le processus de changement s'avère plus lent et délicat.

2.1.3. De nouvelles fonctions à construire progressivement

En parallèle de l'établissement du cadre institutionnel, le projet de santé doit être mis en œuvre. Ici, de nouvelles fonctions se font jour en termes de conduite de projets et d'accompagnement au changement. Ainsi que nous l'avons vu, au démarrage, la légitimité du ou des promoteurs auprès des autres professionnels de santé, puis un consensus minimal sur l'intérêt à développer des actions communes, fondent le projet collectif. Mais lorsqu'il s'agit de « passer à l'acte », un subtil management des professionnels impliqués dans le projet doit être mis en place au quotidien. Sur les quatre sites, diverses stratégies et tactiques ont été repérées qui poursuivent toutes, plus ou moins explicitement, un même objectif : articuler autonomie professionnelle et projet collectif contractualisé avec NMR, ou autrement dit, monde libéral et culture NMR.

Si tous les promoteurs affichent qu'ils œuvrent pour que tous les professionnels puissent s'impliquer et contribuer au projet, la réalité s'avère assez hétérogène. Dans les MSP entrant dans l'ENMR, il n'existe pas théoriquement de hiérarchie (du moins dans le fonctionnement institutionnel) car tous les professionnels de santé sont des associés de la Sisa. Autrement dit, en dépit de la persistance d'une hiérarchie instituée entre professions de santé, la Sisa regroupe des associés qui ont tous le même poids dans l'élaboration du projet et les décisions portant sur la redistribution des NMR. La mise en œuvre du projet ne peut donc être que coopérative. L'enjeu est alors d'agir en s'appuyant sur divers moyens pour que chacun se sente valorisé (tenir compte de sa parole, reconnaître ses envies spécifiques, intégrer son travail spécifique). Selon les sites, sont négociés :

- *La manière de structurer le Projet de santé* : soit par des actions techniques assez focalisées (plaies chroniques, protocoles AVK, hémochromatose...), soit par grands axes structurant le projet (maintien à domicile, information du public, prévention et prise en charge des malades souffrant de démences de type Alzheimer, suivi des diabétiques...)
- *Le mode de construction des actions*, soit en réunion de tous les professionnels pour les plus petites MSP, soit en réunion d'un panel d'entre eux pour le pôle
- *Les personnes impliquées et le niveau de leur implication* : en faisant en sorte que les paramédicaux soient seuls responsables de projet, ou co-responsables avec un médecin ; en acceptant que certains puissent ne pas s'impliquer dans les projets (ne reçoivent pas de NMR dans ce cas) ; ou au contraire, la règle implicite qu'il est obligatoire de s'impliquer même à minima

Ce sont les gérants de la Sisa ou les porteurs principaux du projet auprès de l'ARS qui sont les garants de ce projet coopératif vectorisé par le Contrat d'objectifs et de moyens (Com) défini avec l'ARS. Ils doivent être des facilitateurs sans contraindre leurs collègues et sans les mettre à l'écart. Il importe que le collectif s'empare du travail des uns et des autres ; ainsi, un protocole rédigé par un sous-groupe de professionnels doit être approprié et surtout appliqué par tous les autres. Ce dernier point s'avère difficile partout. Le processus exige en effet un certain délai et cette appropriation partielle ou retardée semble admise même si ceux qui ont travaillé sur l'action concernée sont assez irrités par les « résistances » de leurs collègues. Là aussi, un management adéquat peut contribuer à enclencher une dynamique collective vertueuse.

Ce passage à l'acte du Plan de santé (c'est-à-dire la mise en pratique des actions pluriprofessionnelles qui le constituent) s'avère d'autant plus délicat que la plupart des professionnels de santé rencontrés disent que la priorité demeure la réponse à la demande de soins avec paiement à l'acte. Les NMR ne représentent qu'une faible part du chiffre d'affaire des professionnels de la MSP (3 à 5 %) et les NMR, lors de la période où ont eu lieu nos entretiens, n'étaient pas considérés comme pérennes. Les projets liés aux NMR viennent donc s'ajouter à leur journée habituelle, très rarement se substituer aux pratiques de routine. Pour autant, les professionnels de santé ont tendance à promouvoir davantage d'actions que le niveau de financement des NMR ne l'autorise. Certains apprennent à leurs dépens le principe du paiement en enveloppe fermée au sein de laquelle il convient de définir les objectifs en fonction des moyens disponibles, même si une partie des médecins ne se formalisent pas de cet investissement supplémentaire sans retour monétaire.

Etre garant de la mise en œuvre des diverses dimensions du projet exige alors une grande ténacité : rappeler les dates et heures des réunions, organiser l'ordre du jour, vérifier que chacun y tiendra sa place, faire les comptes rendus de réunions, suivre l'avancée de chaque action ou groupe d'action. L'ensemble est d'autant plus compliqué que de nombreux

professionnels de santé sont porteurs d'un axe du projet tout en ayant peu ou pas de compétence en matière de conduite de projets.

Au total, on peut faire la liste des principales nouvelles fonctions et compétences développées ou modifiées du fait de l'ENMR :

- Compétences juridiques : Sisa
- Compétences administratives et comptables : trésorerie, autre mode de gestion des salaires
- Représentation institutionnelle et professionnelle d'une structure de soins primaires devenue un interlocuteur pluriprofessionnel visible
- Compétences stratégiques et politiques : négociation avec l'ARS (Com), avec les élus à différents niveaux, participation à la régulation de l'offre de soins
- Compétences évaluatives : rapport d'activité rendant compte du travail collectif ; contribution à l'évaluation menée par l'Irdes
- Veille : scientifique et institutionnelle
- Communication externe, site Internet
- Conduite du changement
- Conduite de projet
- Coordination interne
- Coordination externe (ARS, autres partenaires du projet de santé)
- Elaboration de protocoles
- Apprentissage du suivi clinique conjoint et négocié entre les professionnels de santé impliqués
- Développement d'actions de prévention et d'Education thérapeutique du patient (ETP)

2.1.4. Des évolutions qui amènent à s'interroger sur la complexité de l'organisation d'une MSP

Aujourd'hui, une MSP ou un pôle avec NMR doit gérer un cadre juridique nouveau, un projet de santé, un Com, un budget en lien avec une structure et une évaluation du projet pour seulement 2 à 5 % de revenu supplémentaire pour les professionnels de santé. Le développement des nouvelles fonctions décrites plus haut se réalise *de facto* (du fait de ce qu'implique l'ENMR) et avec plus ou moins d'enthousiasme. Dans le nombre réduit (4) de MSP enquêtées, nous constatons que des choix très divers d'organisation ont été faits.

La représentation auprès des institutions est toujours attribuée à un professionnel de santé (un médecin sur les quatre sites, mais nous savons que cela peut être aussi une infirmière ou un autre paramédical).

La coordination globale du projet (aide au montage des programmes, liens avec les partenaires extérieurs et les différentes tutelles pour « valider » les programmes par l'ARS ou vers la HAS lorsqu'il s'agit de protocoles exigeant un retour vers le national) est confiée à différents professionnels de santé ou partagée avec une coordinatrice de projet non professionnelle de santé. Dans ce dernier cas, la coordinatrice, en lien étroit avec le promoteur, joue également un rôle de médiation entre les praticiens et les partenaires externes et institutionnels. Les secrétaires peuvent aussi avoir une contribution propre : rôle d'aide à l'organisation des réunions, ajustement des agendas pour faciliter le travail pluriprofessionnel, suivi des patients...

A côté de cette coordination globale, il existe une coordination plus opérationnelle portant sur le suivi clinique des patients entrant dans les actions pluriprofessionnelles (coor-

dination dite de proximité) et dont les secrétaires dites « médicales » sont parfois parties prenantes. Elles occupent en effet dans trois des quatre maisons étudiées une place fondamentale : accueil des patients, accès aux droits ; suivi de certains programmes systématiques avec mise en place d'alertes (vaccinations ; dépistages ; suivi des examens pour les diabétiques...) ; aide au remplissage des dossiers médicaux ; aide auprès des patients pour remplir certains dossiers sociaux.

En résumé, l'organisation s'appuie d'abord sur les promoteurs ou gérants de la Sisa et sur un partage de certaines fonctions pour réaliser ses activités. Ces dernières peuvent être réparties entre médecins, ou médecins et autres professionnels de santé ; dans deux MSP, une implication des secrétaires est observée et dans deux autres, une coordinatrice non professionnelle de santé contribue aux tâches de management, gestion et conduite du projet collectif.

2.1.5. Des organisations non stabilisées avec deux questions qui restent ouvertes

Quelle place et fonction des secrétaires dans le travail pluriprofessionnel et comment les financer ?

Les secrétaires médicales deviennent, dans certains sites, des secrétaires de la MSP et de la Sisa. Comme nous venons de le voir, elles assurent des fonctions diverses liées aux actions pluriprofessionnelles : saisie comptable, organisation des réunions, veille sur les données et mise en forme de rapports de suivi des actions (calculs des temps de présence, mise en forme des indicateurs de processus et de résultats). Un site a choisi de formaliser et développer cette implication en rémunérant ce travail spécifique par les NMR. Sur d'autres sites, leurs salaires sont payés par les seuls médecins, même si quelques unes de leurs tâches servent à tous dans le cadre des actions pluriprofessionnelles. Dans ces cas, les discussions existent entre médecins et autres professionnels. Elles sont plus ou moins vives, voire récurrentes, et portent sur la possibilité d'une nouvelle répartition des charges entre tous.

Faut-il embaucher un coordinateur administratif ?

Cette question est posée dans les quatre sites. La présence d'un coordinateur administratif et de projet est en cours de test dans deux MSP et un poste de ce type est discuté dans une troisième. Le quatrième site, qui a déjà testé cette formule pendant un an, considère la fonction indispensable, en lien étroit avec le ou les gérants de la Sisa ou le promoteur principal. Pour limiter son coût par MSP et favoriser les échanges et apprentissages entre MSP, l'idée qui se fait jour est de mutualiser un poste sur plusieurs d'entre elles. La coordinatrice que nous avons vue en poste assure toutes les fonctions de gestion et de conduite de projet de la MSP ainsi que les fonctions de veille. Elle assure également un rôle de médiateur-traducteur entre les professionnels de santé, l'ARS et les collectivités locales.

2.2. La mise en œuvre du travail coopératif

Globalement, dans les MSP visitées, le travail pluriprofessionnel existant avant les NMR a perduré. L'entrée dans l'ENMR a incontestablement contribué soit à la relance, soit à l'émergence d'une grande créativité en matière d'actions pluriprofessionnelles. L'ensemble peut aboutir parfois à une nouvelle dynamique de structuration des soins primaires sur un territoire et à la création de nouveaux services.

2.2.1. La production de nouveaux types d'action et de services

Le mode de travail pluriprofessionnel observé après l'entrée dans les NMR se caractérise par :

- Le renforcement des actions permettant d'associer au maximum les divers professionnels de santé et parfois d'autres professionnels (secrétaires, psychologues, ...)
- L'augmentation de la fréquence des thèmes d'action par population : coordination pluriprofessionnelle dans une perspective de parcours patient ou de prévention des risques
- La possibilité nouvelle de développer certaines actions pluriprofessionnelles en s'appuyant sur des compétences spécifiques d'un professionnel (compétence médicale en gériatrie ; technique kiné spécifique ; savoir infirmier sur les plaies...), en articulation avec les acteurs de soins extérieurs à la MSP
- Une extension des actions fondées sur les Rémunérations sur objectif de santé publique (Rosp)
- Des tentatives de réalisation d'actes dérogatoires ou non, non couverts par la nomenclature des actes. Avec l'idée (explicite ou non) de les faire entrer à terme dans la nomenclature pour rendre visibles (et valorisables) des nouvelles compétences métiers
- La diffusion de protocoles validés localement au sein d'un réseau et transférés au sein de la MSP (ex : prévention des lombalgies chez la femme enceinte)

Les NMR ont donc permis à la fois aux anciennes actions de se pérenniser, voire de s'étendre, mais aussi à de nouveaux services d'apparaître avec un spectre large, allant de l'éducation à la santé à la réadaptation, et de projets pour le suivi des patients au cas par cas à des projets collectifs (cf. tableau p. 36). Il est notable de constater que certaines actions développées sont peu traçables dans les données du Sniiram et que lorsqu'elles le sont, il s'agit souvent de pratiques informelles.

2.2.2. Des effets du travail coopératif à différents niveaux

Le travail coopératif ou « travail en équipe » dont témoignent ces actions pluriprofessionnelles, représente dans le cadre des NMR une évolution pour tous les professionnels de santé de la MSP anciens et nouveaux. Chacun en perçoit les effets (l'intérêt pour lui et les bénéfices observés sur les patients).

Il (re)mobilise les professionnels individuellement et collectivement

D'une part, dans leur exercice propre, car il permet au minimum de sécuriser et souvent d'augmenter le volume de travail monoprofessionnel, du fait des échanges plus fréquents avec ses pairs. D'autre part, dans le travail avec les autres types de professionnels, il permet de s'interpeller plus aisément ; de faire des consultations en rôle propre (infirmières) tout en étant articulé au médecin traitant ; ou de faire des consultations conjointes à deux ou trois types de professionnels ; toutes formes d'activité valorisées aussi bien entre médecin et autres professionnels qu'entre paramédicaux.

Il facilite l'acceptation du jugement interprofessionnel

Si le regard extérieur (même professionnel) est souvent mal perçu et donc peu accepté, le regard de l'un sur l'autre en interne ou le conseil sont appréciés, voire activement recherchés, notamment en ce qu'il faciliterait les parcours des patients : en proposant les meilleurs soins articulés entre eux ; en prescrivant mieux des deux côtés (ex. : en kinésithérapie) ; en évitant une mauvaise orientation ; en faisant gagner du temps au patient ; en raccourcissant les délais de prise en charge. Tout ceci contribue à fluidifier le parcours du patient.

T 2

**Liste indicative des actions et services mis en œuvre dans les sites analysés
au sein ou non du projet de santé**

	Projet d'action
Projet architectural	Projet architectural nouveau ou extension d'un projet existant
Structuration de l'offre de soins primaires	- Développement de compétences spécifiques - Incitation au regroupement des autres professionnels de santé sur le territoire de santé - Partage de certaines actions entre MSP d'un même territoire : une MSP fait l'ETP, une autre accueille les étudiants et les praticiens en stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée (Saspas) et développe la formation et la recherche en soins primaires Cette structuration a pour effet de faire de la MSP (à travers ses gestionnaires) : - un interlocuteur informé pour chaque professionnel de santé désireux de s'installer sur le territoire - un interlocuteur visible et unique pour les hôpitaux, les partenaires de santé ou autres, notamment les élus
Éducation thérapeutique du patient (ETP)	- Formation réalisée ou prévue sur les 4 sites, soit pour toute l'équipe, soit pour une partie ; dans une MSP, la formation a été réalisée avec des travailleurs sociaux (projet sur obésité de l'enfant) - Un projet d'ETP « diabète » sur une MSP - Un projet d'ETP « obésité de l'enfant » prévu mais en suspens car trop ambitieux pour l'instant - Pour une autre MSP : articulation avec un réseau « diabète » pour l'ETP dans l'attente de la formation et du développement d'un projet spécifique
Prévention	- Sensibilisation au langage en période prénatale, projet « mon Livre Emoi » dans une MSP - Contraception, conduite à tenir « j'ai oublié ma pilule » : actions dans les collèges et lycées, développement d'un site Internet, dans une autre MSP - Vaccination : mise à jour des dossiers ; vaccinations par infirmière pour certaines populations ; protocole transfert de tâche (prescription) vers l'infirmière
Dépistage	- Dépistage des anévrismes de l'aorte - Dépistage des risques cardio-vasculaires - Projet de dépistage des troubles mnésiques par les infirmières à domicile (utilisation du Mini Mental State (MMS)) - D'autres projets de dépistage pluriprofessionnels ont dû être abandonnés car les logiciels actuels ne permettaient pas de repérer les patients concernés (ex : surpoids/obésité) ou du fait de l'impossibilité d'accéder aux données régionales de suivi (dépistages de cancers gynécologiques et colorectaux)
Plaies	- Travail conjoint entre infirmière et angiologue ou entre infirmière et médecin généraliste, en cours de protocolisation dans une MSP en vue de la création d'un centre de ressources - Dans les autres MSP : protocole médecin/infirmière parfois ou informel
Anti-vitamine K (AVK)	- Travail conjoint médecin généraliste/infirmière le plus souvent informel - Rôle clef des secrétaires dans la transmission des informations décisionnelles - Un essai de protocole
Hémochromatose	Protocole presque terminé de mise en route du traitement dans une MSP
Diabète	- Travail infirmière/médecin généraliste informel pour adapter les doses ; protocoles des diabétologues (réseau ; hôpital) parfois utilisés par les infirmières - Travail informel sur problème de pied entre médecin généraliste et podologue ou infirmière et podologue - Suivi des dosages HbGlyc par les secrétaires ou par les infirmières
Troubles statiques	- Staff pour cas complexes - Dépistage orientation, traitement des femmes enceintes lombalgiques - Consultation conjointe ostéopathe-kinésithérapeute-podologue
Maintien à domicile	- Formation / prévention des chutes - Dossier à domicile - Diagnostic infirmière au domicile
Alzheimer	Préparation des consultations mémoire au centre hospitalo-universitaire (CHU) : bilan par médecin, orthophoniste, psychologue
Travail méthodologique	Rédaction d'un guide méthodologique pour développer une action de prévention
Formation – Recherche	- Accueil internes et Saspas - Souhait de développer de la recherche en soins primaires (les actions de ces MSP sont l'objet de nombreuses thèses de médecine générale)
Accompagnement	- Accueil de nombreux visiteurs intéressés par les projets développés (notamment des professionnels désireux de monter une MSP) - Missions d'accompagnement dans d'autres MSP réalisées par certains professionnels
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)
Organisation	Juxtaposer les rendez-vous en kinésithérapie et orthophonie afin d'éviter deux déplacements pour le patient

Il rend plus facile les propositions d'actions innovantes

Cette confiance mutuelle (à la fois issue et autorisée par l'expérience vécue du travail pluriprofessionnel) permet à certains professionnels de proposer des thèmes comme celui de la maltraitance, qu'aucun ne se sentirait capable d'aborder seul.

Il accroît la vigilance collective sur les parcours

Le travail pluriprofessionnel sur les protocoles (cf. infra) a pour effet de favoriser une plus forte responsabilité et vigilance collectives des différents professionnels au dépistage et au suivi de leurs patients communs. Ils se montreront en effet plus attentifs aux risques de rupture du parcours, en n'hésitant pas, par exemple, à informer un professionnel autre s'ils ont remarqué un problème justifiant son intervention.

La conséquence globale de ces divers changements est de contribuer à modifier partiellement de facto et de manière incrémentale les frontières professionnelles et la hiérarchie des pouvoirs entre professionnels de santé de la MSP, du fait des discussions autour de la redéfinition de leurs cadres d'intervention.

Cela provoque pour les uns (médecins) un recentrage de leurs activités cliniques, ou au contraire pour les autres (paramédicaux et autres professionnels), une extension de leurs activités. Mais dans le même temps, les médecins et les professionnels paramédicaux impliqués dans des tâches de coordination voient leurs cadres d'intervention s'élargir dans les domaines gestionnaires, de management, de représentation politique ou professionnelle...

La dynamique collective facilite également la réflexion et les actions visant à améliorer ou réorganiser la couverture en offre de santé sur le territoire de chalandise

Le développement de compétences spécifiques par les médecins ou les kinésithérapeutes, comme nous l'avons déjà décrit, y participe. Une MSP devient un interlocuteur visible, lisible et unique pour les partenaires du sanitaire ou du médico-social et social, jusqu'à l'hôpital, ce qui facilite les projets partenariaux avec la MSP. Elle devient aussi un interlocuteur incontournable pour les professionnels libéraux qui souhaitent s'installer sur le territoire. Car même si le collectif MSP ne dispose pas de pouvoir décisionnel, l'avis de ses membres sur telle ou telle installation peut contribuer à la décision du candidat et donc *de facto* à la régulation de l'offre.

2.3. Freins et leviers au travail pluriprofessionnel

L'entrée dans l'ENMR constitue un puissant révélateur des freins et leviers pour le travail pluriprofessionnel

Pour que celui-ci puisse se développer pleinement, nous avons vu que les professionnels de santé non médecins doivent y prendre toute leur place. Un certain nombre de traits organisationnels (gouvernance, management) et culturels (proximité cognitive) peuvent y contribuer. Mais nous avons aussi signalé que toutes les professions n'étaient pas égales face au travail pluriprofessionnel, ce qui signifie qu'elles ne disposent pas des mêmes ressources ni ne font face aux mêmes contraintes professionnelles ou financières. D'où la nécessité d'analyser la capacité de chaque groupe professionnel à entrer en interaction avec les autres groupes et de nous interroger sur les leviers ou barrières au travail pluriprofessionnel, qu'ils soient de nature structurelle ou qu'ils résultent du cadre légal imposé au travail pluriprofessionnel par la réglementation de l'activité des diverses professions.

Certains facteurs semblent toujours favoriser le travail pluriprofessionnel alors que d'autres dépendent des contextes locaux, et semblent être au contraire plutôt des freins, voire des barrières permanentes. Quoi qu'il en soit, ces facteurs, de nature très différente, produisent des effets plus ou moins marqués en fonction des sites et s'agencent localement de manière spécifique pour influencer le contenu du travail pluriprofessionnel.

2.3.1. Le projet de santé, principal levier du travail pluriprofessionnel

Le principal levier réside dans l'obligation de construire un projet de santé

En dehors de la personnalité/capacité de leadership des promoteurs, nous n'avons identifié, au sein des quatre sites enquêtés, aucun « prérequis » favorisant préalablement le développement du travail pluriprofessionnel dans chaque structure – et la qualité de celui-ci. En revanche, le processus d'élaboration d'un projet de santé, influencé par le cahier des charges de l'ENMR, opère une sorte de filtrage : il sélectionne *de facto* les professionnels de santé qui acceptent d'entrer dans une dynamique collective et qui, après l'avoir testée, y adhèrent volontiers. De fait, sur nos quatre sites, certains professionnels (médecins, dentistes, orthophonistes, sages-femmes...) ont abandonné au cours de la démarche. Aux dires de leurs collègues, ils déploraient une perte de temps en réunions ou le manque d'intérêt de ce travail collectif ; certains étaient effrayés par le montage de la Sisa ou la négociation du Com. Au contraire, ceux qui choisissent de rester dans le processus d'élaboration du projet de santé nous ont confié combien cette obligation avait eu des effets positifs sur la dynamique pluriprofessionnelle, malgré les difficultés rencontrées. Même si une partie d'entre eux juge l'exercice du projet de santé peu utile (surtout dans sa partie « diagnostic territorial »), ils reconnaissent le bien-fondé d'une réflexion collective. Ce constat est validé par l'expérience d'Icône Médiation Santé sur les 90 sites accompagnés.

L'élaboration du projet de santé exige de chacun une implication professionnelle en lien avec son métier tout autant qu'une écoute et une compréhension du métier et des *desiderata* des autres ; et ce, même au sein d'une même profession, chacun pouvant exercer son activité selon des perspectives variées. La plupart y trouvent un renouveau d'intérêt dans leur travail. Même ceux qui déclarent n'avoir pas su ou pu faire valoir leurs idées ne se montrent pas découragés. Ceux qui ont vécu cet apprentissage dans d'autres lieux, notamment dans les réseaux de santé, peuvent s'appuyer sur leurs expériences. Au moment de la négociation avec l'ARS, il n'y a pas eu de remise en question du projet global élaboré par les professionnels de santé. Exceptionnellement, une ARS a refusé de prendre en considération certaines actions (ex. : prévention des risques cardio-vasculaires) en arguant du fait qu'elles ne pourraient être évaluées faute d'accès *via* le Sniiram aux données nécessaires pour nourrir les indicateurs correspondants.

Au total, la procédure d'entrée dans les NMR par le biais du projet de santé apparaît particulièrement intéressante. Que le processus ait pu aller jusqu'à son terme constitue en effet une garantie que les professionnels seront à même d'entrer dans une démarche de travail pluriprofessionnel fondée sur la coopération.

2.3.2. Les leviers/freins potentiels au travail pluriprofessionnel

Deux leviers internes à la MSP et à fort potentiel ont déjà été évoqués dans les pages précédentes : une gouvernance de type « collégial » associée à un management participatif. Concernant le mode de gouvernance, les médecins demeurent très influents dans sa mise en œuvre. Néanmoins, un mode de management de l'équipe à tendance collégiale et couplant de manière équilibrée et complémentaire médecin(s) et non médecin(s) semble faciliter l'implication de tous dans les travaux, en donnant notamment aux professionnels non médecins l'occasion d'influer de manière tangible sur le choix et le contenu des actions

proposées. Sur ce que nous avons pu constater et en accord avec les résultats de la littérature internationale, le mode de gouvernance influe significativement sur l'intensité et la fréquence de l'investissement des différents paramédicaux dans le travail pluriprofessionnel, très variable selon les MSP. Par ailleurs, une forme de management participatif est plus souvent retrouvée dans ce type de gouvernance.

Trois freins à signaler

- *Des informations clés à certaines étapes du projet non accessibles et/ou pertinentes*

Que ce soit lors de la phase d'élaboration ou au cours du temps, les professionnels de santé, notamment non médecins, ne bénéficient pas toujours d'informations validées favorisant le travail pluriprofessionnel. Ils peuvent aussi être confrontés à de faux messages en provenance des organismes professionnels (syndicats ou ordres) : salle d'attente commune entre médecins et autres professionnels de santé dite « non réglementaire » ; croyance dans l'impossibilité pour un podologue de partager une salle de soins avec des infirmières. Ils peuvent aussi être incités à ne pas rejoindre une Sisa comme le Conseil de l'ordre des dentistes l'a recommandé.

Il apparaît donc important que les organisations professionnelles promotrices de l'exercice regroupé, ainsi que les ARS, soient attentives aux messages délivrés par les organismes ou syndicats professionnels concernant le travail pluriprofessionnel et sachent corriger les effets négatifs d'une éventuelle communication biaisée.

- *Le montage de la Sisa s'est révélé difficile sur certains sites*

Sans constituer un véritable facteur de blocage, la Sisa a partout été jugée « *complexe et chronophage* ». De plus, si elle règle certains problèmes (elle a été créée pour permettre de redistribuer les financements NMR dans un cadre juridique et fiscal adéquat), elle complique aussi la gestion de la MSP. En effet, il peut être nécessaire de continuer à garder une SCM, par exemple lorsqu'un psychologue en fait partie. De plus, il peut être nécessaire d'avoir une association permettant de regrouper l'ensemble des professionnels de santé ou non appartenant à la diversité des partenaires externes du projet de santé (établissements de santé, acteurs médico-sociaux ou sociaux, élus...). Devoir gérer deux à trois structures juridiques pour une douzaine de praticiens, dont chacune exige des temps de gestion et de réunions statutaires apparaît donc peu efficient. Pour éviter la multiplicité des structures juridiques, il serait utile de réfléchir à des évolutions de la Sisa permettant de simplifier cette gestion polymorphe.

- *L'absence de formation et d'accompagnement systématique et efficient pour préparer les professionnels au travail pluriprofessionnel*

Pour que le travail pluriprofessionnel puisse s'engager sur la base d'un contenu clinique pertinent, son effectivité exige la connaissance et l'investissement de multiples domaines. Ils vivent les « challenges » auxquels ils sont confrontés (création d'une association, d'une SCM, d'une Sisa, gestion d'une équipe ou d'un projet, rédaction d'un projet de santé, réalisation d'une recherche bibliographique, remplissage d'un dossier de demande de délégation de tâches, ou encore de demande d'autorisation pour un programme d'ETP...) comme des défis formateurs qui les intéressent et les motivent, et s'emparent alors avec pragmatisme des difficultés l'une après l'autre. Mais, dans le même temps, ils disent qu'il s'agit d'éléments extrêmement chronophages du fait de leur absence de compétences dans ces domaines et surtout d'exigences jugées parfois bureaucratiques ou insupportables. Les professionnels des MSP sont donc en attente d'aides et de soutien pour mener à bien les diverses tâches que nécessite la gestion de la MSP et le travail pluriprofessionnel.

Il ressort globalement de nos entretiens que les acteurs locaux ont souvent besoin d'interlocuteurs identifiables et fiables sur de nombreux aspects : méthodes de construction et d'accompagnement de projet, formation, échange de pratiques, outils d'évaluation, conseils techniques sur les systèmes d'information, veille réglementaire et administrative. Vers quelles instances peuvent-ils se tourner ?

2.3.3. Les institutions régionales et nationales ont joué un rôle facilitateur ou constitué un frein

Les ARS

Les ARS nous ont été décrites comme des instances plutôt facilitatrices mais dotées de compétences et d'une organisation encore limitées. En fait, le jugement porté par nos interlocuteurs sur le rôle des ARS semble avoir évolué au cours du temps plutôt favorablement, notamment en ce qui concerne les rapports entre les promoteurs et les référents ARS. Au démarrage du projet, ces derniers apparaissent comme de simples informateurs ou comme des facilitateurs pour enclencher la dynamique locale. Aujourd'hui, leur rôle se diversifie en étant plus ou moins valorisé : neutralité bienveillante, attention aux difficultés rencontrées et conseils pour les résoudre, regard externe exigeant que les actions soient effectivement mises en place, regard externe sur la dynamique et vigilance à ce que l'ensemble des professionnels soient associés au projet, orientation dans le dispositif et interface avec les élus locaux. Signalons que face aux difficultés liées au cadre rigide de l'article 51 (*cf. infra*), les professionnels se rabattent parfois sur des actions non dérogoires, qui théoriquement permettraient de s'en émanciper en faisant appel à un circuit court d'autorisation. Le rôle des ARS est alors jugé sévèrement, du fait qu'elles semblent préférer ne pas statuer et redirigent vers la HAS certaines des demandes d'autorisation qui, selon leurs porteurs, ne le justifient pas, bloquant ou ralentissant les initiatives des MSP. Ceci est un exemple de leur difficulté à concilier leurs missions à un niveau régional et à s'organiser en fonction des dynamiques locales, tout en cherchant à adapter leurs modalités d'organisation pour rendre compatibles leurs missions locales avec les directives nationales provenant de leur tutelle. Il leur faut par ailleurs éviter les redondances dans les différentes missions dévolues aux chargés de missions au sein des ARS (interlocuteurs des MSP), de manière à faciliter leur tâche.

Au niveau des ARS, il serait utile de savoir capitaliser les expériences régionales en s'appuyant sur la variété des initiatives et conditions locales. Ses moyens et compétences gagneraient à être renforcés afin de faciliter la structuration de l'aide apportée localement aux structures d'exercice regroupé. Par ailleurs, garder au niveau des ARS des budgets de type FIQCS (aujourd'hui intégré au Fonds d'intervention régional (Fir)), permettrait également aux MSP de négocier des aides financières spécifiques hors NMR lorsque les besoins s'en font sentir.

Les organismes professionnels

Dans le soutien au développement et à l'accompagnement des acteurs locaux, l'implication des organismes professionnels est jugée plutôt favorablement et en pleine évolution. Ils jouent un rôle important, notamment pour organiser des échanges de pratique entre MSP, très appréciés mais qui restent difficiles à organiser sans appuis extérieurs. Il ne nous a cependant pas été aisé de percevoir le poids spécifique et les influences respectives de la Fédération nationale des maisons et pôles de santé, des fédérations régionales et les URPS, qui ont été très variables d'une région à l'autre, ainsi que le degré de complémentarité ou de synergie de leurs interventions. Certaines sociétés de conseil ainsi que les Ireps (sur des aspects spécifiques comme la formation à l'ETP) ont aussi leur place. Par contre, les ordres et les syndicats professionnels paraissent avoir été plutôt un frein (à l'exception notable de MG France).

Il semble important de soutenir les efforts de mutualisation et d'accompagnement au changement portés par la Direction de la sécurité sociale, la Fédération nationale des MSP et l'ensemble des acteurs régionaux. Doter les nouveaux promoteurs d'un accompagnement, voire d'une formation initiale, et favoriser le transfert de savoirs et d'expériences apparaissent ainsi comme des enjeux importants pour le développement d'un travail pluriprofessionnel.

La HAS

Le jugement porté, globalement négatif, apparaît surtout lié au rôle qui lui est conféré relativement à l'article 51.

Par sa production en matière de protocoles pluriprofessionnels, la HAS devrait *a priori* apparaître comme un soutien car elle offre un ensemble de connaissances et d'outils permettant d'avancer sur la voie d'une formalisation des pratiques pluriprofessionnelles, adaptée au contexte de travail. Or, ce n'est pas ce que nous avons constaté. D'une part, si les médecins connaissent les productions de la HAS dans le domaine de l'ETP (du moins dans les deux sites inscrits au module 2 et donc un autre qui compte le demander), les jugements qu'ils portent sur sa contribution en matière de recommandations/protocoles sur les pratiques pluriprofessionnelles sont hétérogènes : l'institution constitue une référence par obligation plus que par conviction. Certains ne connaissent pas ou mal le contenu des protocoles. D'autres, qui les mentionnent, sans remettre en cause leur contenu en termes de « scientificité », se plaignent de leur forme inadaptée (documents trop longs, approche trop théorique et inadaptée aux pratiques réelles sur le terrain...), voire les jugent peu utiles à un travail de réflexion sur leur pratique, car peu adaptés à leur contexte de travail (mais sans véritable argumentation). Au total, pour certains d'entre eux, la production de la HAS ne faciliterait pas la mise en place sur le terrain d'actions pluriprofessionnelles formalisées. Il apparaît toutefois que des protocoles HAS ont été utilisés dans certains sites comme un outil pour faire émerger un travail pluriprofessionnel et aider à le formaliser, comme nous le verrons dans le paragraphe consacré au travail de protocolisation. Autre reproche formulé : la production de la HAS ne permet pas une évaluation pertinente et utile aux acteurs de terrain.

Soulignons que ce jugement critique de la part des médecins était aussi influencé par leur appréciation très négative du rôle de la HAS dans le cadre de l'article 51 de la loi HPST. C'est en effet dans les sites qui ont tenté d'expérimenter des actions complexes touchant le cadre de l'article 51 que ce jugement est le plus sévère. Cela tient notamment au fait que l'accord final, pour autant qu'il soit nécessaire, n'est acquis qu'à la suite d'un processus bureaucratique dont la complexité finit par décourager les promoteurs (Rapport Génisson, 2014). La HAS est donc perçue comme une instance peu facilitatrice, distante et bureaucratique.

La puissance publique (ministère ; Cnamts)

Son rôle est appréhendé globalement : le jeu subtil entre le ministère et l'Assurance maladie concernant l'ENMR n'a été perçu que de façon exceptionnelle par les professionnels de terrain interrogés. Ils évoquent « l'Etat » de façon globale. Et lorsqu'une différenciation est faite, concernant par exemple l'Assurance maladie, c'est la question de l'absence des données des systèmes d'information des ARS (en fait du Sniiram) qui est déplorée : en effet, certaines actions n'ont pu être mises en place faute de données pour les évaluer. S'agissant de l'ARS, ce sont les retards au versement (*via* la région) des financements NMR qui leur posent problème. Concernant le ministère, l'absence de visibilité à moyen terme sur la pérennité du financement national des NMR (entretiens faits avant les annonces de la Stratégie nationale de santé) empêche les professionnels de s'investir dans des actions plus ambitieuses. Les professionnels interrogés y voient aussi l'absence d'un véritable engagement du ministère en faveur des soins primaires : la comparaison avec les montants affectés à l'hôpital, faite par certains de nos interlocuteurs, en témoigne.

En conséquence, les évolutions souhaitées dans l'organisation du travail et des cultures professionnelles nécessiteraient plus de visibilité de long terme sur les engagements en matière de politique des soins primaires. C'est l'une des principales conclusions d'une publication anglaise³.

2.3.4. Les freins véritablement structurels au travail pluriprofessionnel

Nous avons relevé un certain nombre de freins ou barrières au travail pluriprofessionnel d'ordre structurel ou systémique dans plusieurs sites et certains se sont avérés influents sur les projets de regroupement et sur le développement du travail pluriprofessionnel dans toutes les MSP enquêtées.

L'organisation de l'activité habituelle est fortement affectée par le travail pluriprofessionnel, mais de manière variable selon les professionnels concernés

L'activité des professionnels de santé des quatre MSP enquêtées ne repose que très partiellement sur des actes s'inscrivant dans un cadre pluriprofessionnel. D'où la nécessité de se pencher sur l'analyse des liens entre leur activité de routine, rémunérée à l'acte, et celle qui a lieu dans le cadre du travail pluriprofessionnel au sein de la MSP. De fait, celui-ci exige de chaque professionnel (médecins, diététiciens, podologues, sages-femmes, orthophonistes, psychologues, kinésithérapeutes, infirmières) des ajustements dans l'organisation de son travail au sein de la MSP, mais aussi à l'extérieur.

Actuellement, la quasi-totalité des activités pluriprofessionnelles financées par NMR (coordination, construction de projets, délivrance de soins) vient en complément de l'activité usuelle, sans pour autant s'y substituer. Ainsi, l'activité pluriprofessionnelle constitue un surcroît d'activité indemnisée *via* les NMR, par rapport à celle valorisée à l'acte. Par conséquent, les professionnels doivent « jongler » avec l'organisation de leur activité usuelle pour pouvoir participer aux activités pluriprofessionnelles. Si le regroupement monoprofessionnel permet de mieux gérer le temps personnel, le travail pluriprofessionnel avec NMR a davantage tendance à complexifier leur tâche. Pour les professionnels non médecins, dont l'activité est majoritairement organisée autour de rendez-vous hebdomadaires réguliers (par exemple pour les rééducations kinésithérapiques ou orthophoniques à jour et heure fixes pendant de longues périodes), s'investir dans un travail pluriprofessionnel plus occasionnel ou à horaires variables nécessite soit un travail d'organisation pour déplacer les rendez-vous programmés et en donner de nouveaux (souvent sur leur temps de loisirs), afin de ne pas retarder les prises en charges de leur patientèle, soit d'organiser les réunions sur les temps de repas, le soir ou dans un cadre hors travail. De façon générale, les médecins rencontrent moins ces problèmes du fait de la plus grande souplesse dans leur organisation, et notamment parce que leur niveau de revenu leur permet d'accepter plus aisément de supprimer quelques rendez-vous, ou (ce qui est le cas dans les MSP rencontrées) de les reporter vers leur remplaçant attitré. Le fait qu'il s'agisse d'une expérimentation, par conséquent sans garantie de pérennisation, n'incite pas les professionnels de santé non médecins à modifier leurs routines de travail. En particulier, ils sont peu enclins à s'associer à un autre professionnel afin de libérer du temps pour participer plus facilement aux actions pluriprofessionnelles. Ce dernier élément est d'autant plus prégnant que la majorité des professionnels non médecins, n'ayant pas l'habitude de recevoir des rémunérations en dehors du paiement à l'acte, n'ont pas encore véritablement intégré la part que représente ou pourrait représenter les NMR dans leur chiffre d'affaire annuel ; d'où une difficulté supplémentaire pour s'inves-

³ "Coordinated Care for People with Complex Chronic Care Conditions: Key Lessons and Markers for Success: the King's Fund 2013".
Disponible à <http://www.kingsfund.org.uk/publications/co-ordinated-care-people-complex-chronic-conditions>

tir dans le travail pluriprofessionnel, faute d'être en capacité de faire un véritable calcul économique sur leurs gains potentiels en regard des charges nouvelles.

La division réglementaire du travail entre professions de santé et leurs modes spécifiques de rémunération représentent deux freins majeurs au travail pluriprofessionnel

Les efforts des professionnels de santé non médecins pour modifier leurs pratiques professionnelles se heurtent à un certain nombre de difficultés résultant du cadre professionnel et juridique qui fixe les conditions de leurs pratiques usuelles et s'impose à eux. Sans passer en revue chaque type de professionnel, ces aspects n'ayant pu être approfondis avec chacun d'entre eux, nous pouvons néanmoins pointer plusieurs éléments.

La profession infirmière cumule le plus de freins à l'exercice pluriprofessionnel

Les professions paramédicales sont déontologiquement et réglementairement tenues de n'accomplir que les actes identifiés dans une liste préétablie, inscrite sur le décret de compétences. Le principe de l'encadrement médical des actes est, d'un point de vue réglementaire, la différence essentielle entre professions médicales et paramédicales. Dans ce cadre qui s'impose à tous les professionnels de santé non médecins, les pratiques réelles se différencient fortement selon les métiers concernés.

Le cas des infirmières est singulier du fait de l'accumulation de difficultés spécifiques :

- Tout d'abord, dans leur champ de compétences, il leur est plus difficile d'assumer leur rôle propre comparativement aux autres professionnels de santé.

En effet, en libéral, lorsqu'un médecin fait appel à une infirmière, le diagnostic médical est presque toujours posé et le traitement prescrit d'une manière assez contraignante. Il reste ainsi peu de marges de manœuvre aux infirmières, sauf pour certaines activités spécifiques comme les pansements complexes. A l'inverse, lorsqu'un médecin prescrit un autre professionnel de santé (kinésithérapeute, diététicien ou podologue) ou un psychologue, il s'agit le plus souvent d'une simple orientation, le professionnel réalisant en général un bilan fondé sur son expertise professionnelle reconnue légalement, et étant libre de choisir le traitement adapté. Il existe néanmoins un champ où les infirmières peuvent exercer leur rôle propre avec la possibilité d'évaluer une situation, de réaliser un travail d'information, voire d'ETP, dans l'objectif d'améliorer le suivi des patients complexes. La reconnaissance de ce rôle propre s'appuie sur un outil : le diagnostic infirmier à domicile (DMI). Nous avons constaté que les infirmières sont peu formées au DMI, qui est chronophage d'un point de vue administratif (nécessité de demande préalable), et exige obligatoirement l'intervention du médecin en termes de prescription. En outre, il ne concerne que les patients à domicile. L'ensemble de ces caractéristiques peut expliquer le faible usage qui en est fait en général, et que seule l'une des MSP étudiées s'en soit saisie⁴. Ces différences dans le degré d'autonomie des professionnels de santé par rapport aux médecins influent sur leurs capacités à s'engager dans le travail pluriprofessionnel. Globalement, sur les sites examinés, les paramédicaux

⁴ Le cas de prise en charge en situation d'urgence est prévu dans le cadre de cette compétence d'attribution. S'agissant des infirmières, l'article R.4311-14 du code de la santé publique dispose : « En l'absence d'un médecin, l'infirmier ou l'infirmière est habilité, après avoir reconnu une situation comme relevant de l'urgence ou de la détresse psychologique, à mettre en œuvre des protocoles de soins d'urgence, préalablement écrits, datés et signés par le médecin responsable. Dans ce cas, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes conservatoires nécessaires jusqu'à l'intervention d'un médecin. Ces actes doivent obligatoirement faire l'objet de sa part d'un compte rendu écrit, daté, signé, remis au médecin et annexé au dossier du patient. En cas d'urgence et en dehors de la mise en œuvre du protocole, l'infirmier ou l'infirmière décide des gestes à pratiquer en attendant que puisse intervenir un médecin. Il prend toutes mesures en son pouvoir afin de diriger la personne vers la structure de soins la plus appropriée à son état. »

non infirmiers ont plus souvent été des moteurs du travail pluriprofessionnel. Dans la continuité de nos observations, on conçoit pourquoi l'engagement des infirmières dans ce travail pluriprofessionnel ait exigé soit un fort soutien de la part des médecins, soit comme nous l'avons constaté dans deux MSP visitées, l'existence de très fortes personnalités du côté des infirmières.

- Leur mode de rémunération ne favorise pas leur présence et donc leur activité au sein d'une MSP.

La structure de rémunération des infirmières favorise le cumul des actes et frais de déplacement. Celles-ci ont donc tendance à favoriser le travail au domicile et à être peu présentes au sein de la MSP, d'autant plus qu'elles affirment avoir du mal à rendre leur activité réalisée sur site rentable. En conséquence, elles ont des difficultés à assumer les charges locatives, disposent le plus souvent de locaux d'une surface réduite et mal aménagés. Signalons cependant que dans l'une des maisons, leur local sert également de lieu pour les soins d'urgence, ce qui en fait un lieu d'échanges riche pour les professionnels qui s'y croisent.

Par ailleurs, leur moindre présence au sein de la MSP réduit (en valeur relative) la fréquence avec laquelle les médecins et les autres professionnels font appel à elles. On constate en effet qu'elles sont proportionnellement moins sollicitées dans les maisons où leur présence est plus réduite. Ce constat met en lumière l'importance de leur temps de présence, qui favorise probablement les échanges informels avec les médecins (et les autres professionnels de santé), contribuant à créer dans le temps, comme on l'a vu, des liens de confiance et une meilleure interconnaissance sur le plan humain mais aussi sur celui des pratiques et des compétences pluriprofessionnelles.

Une seule des MSP visitées a réussi à échapper à ce double cercle vicieux (moins de présence, locaux peu satisfaisants), les infirmières ayant réussi à y être présentes plus longtemps et de façon rentable (cf. encadré ci-dessous), en résolvant en partie les contraintes administratives liées au paiement à l'acte.

Une organisation originale des infirmières dans l'une des MSP enquêtées

Les infirmières assurent depuis plus de quinze ans une permanence quotidienne, le plus souvent dans l'après-midi. Du fait de leur ancienneté dans la structure, les médecins ont noué des relations de coopération avec elles et appris à les solliciter systématiquement. Leur présence est alors doublement rentabilisée. D'abord, financièrement : fréquemment sollicitées, les infirmières réalisent un nombre important de prélèvements et d'actes techniques facturés tout en participant activement au protocole de gestion des plaies complexes, dont l'organisation est facilitée par leur présence, et pour lequel il existe un acte dans la Classification commune des actes médicaux (CCAM). Elles parviennent ainsi à générer entre 20 et 25 % de leur revenu. Par ailleurs, elles profitent de cette présence étendue pour utiliser le temps inoccupé, en réalisant une grande partie de leur travail administratif.

- L'étroitesse des actes figurant dans leur nomenclature par rapport au champ couvert par leur décret de compétences est un troisième frein

Certaines infirmières demandent que leur soit reconnue la possibilité de mettre en œuvre l'ensemble de leur champ de compétences. Or, soit ces compétences ne sont pas directement traduites sous formes de décrets, soit seule une très faible partie des activités qui y figurent est valorisée sous formes d'actes remboursables par l'Assurance maladie. Ainsi leur est déniée la possibilité de réaliser une consultation infirmière s'appuyant sur leurs compé-

tences spécifiques reconnues, qui soit valorisée et permette de diminuer le temps d'intervention des médecins. Elles réclament aussi de pouvoir faire des consultations conjointes avec un autre professionnel (avec un podologue pour un patient diabétique, avec une orthophoniste et/ou un kinésithérapeute pour une personne au domicile après un accident vasculaire cérébral).

Les relations difficiles entre kinésithérapeutes et médecins constituent un frein relatif au travail pluriprofessionnel

Contrairement aux infirmières, les kinésithérapeutes ne sont pas systématiquement présents dans les structures pluriprofessionnelles, la méconnaissance réciproque de ces professions pouvant expliquer cette situation (cf. encadré ci-dessous). Mais d'autres raisons, plus contingentes, peuvent intervenir : par exemple, le poids d'un investissement immobilier et d'aménagement intérieur récent, réalisé par un ou des kinésithérapeutes exerçant en groupe monoprofessionnel, peut les dissuader de rejoindre une nouvelle structure pluriprofessionnelle. Pour autant, ces tensions structurelles ne sont pas rédhibitoires comme le montre l'exemple des trois MSP ou pôles incluant des kinésithérapeutes. Les mécanismes y contribuant sont multiples. D'une part, l'existence d'un phénomène de sélection : les MSP attirent des kinésithérapeutes et des médecins plus ouverts à la connaissance des autres métiers. D'autre part, nous avons mentionné qu'un certain nombre de kinésithérapeutes se sont engagés au départ dans un exercice regroupé monoprofessionnel, d'autres par opportunité ou pour ne pas être laissés de côté au sein du collectif. Au fil du temps et selon des mécanismes déjà décrits dans les trois sites, un cercle vertueux s'est construit, reposant sur la cohabitation au sein des MSP, le travail sur le projet de santé et/ou les protocoles, ce qui a mené à des formes de coopération, et notamment la prise en charge de patients communs. Les kinésithérapeutes se sont aussi servis de l'exercice pluriprofessionnel pour conforter leur expertise, en se formant délibérément à des techniques variées et en s'adressant des patients pour des prises en charge spécifiques. Au total, nous avons constaté l'existence de prises en charge partagées pluriprofessionnelles – informelles ou plus ou moins systématisées – dans les deux maisons les plus anciennes, et, en développement, dans le pôle le plus récent : entre médecins et kinésithérapeutes ; entre kinésithérapeutes ; entre kinésithérapeutes et podologues. Il existe également des temps planifiés de concertation pour décider d'un suivi commun, soit sans présence physique du patient, soit sous la forme d'un suivi organisé de patients complexes en présence du patient.

**Les rapports entre kinésithérapeutes et médecins en 2013
(Dellandrea, 2013)**

Les kinésithérapeutes demeurent très attachés à leur liberté d'action vis-à-vis des médecins. Or, comme le montre une récente thèse en médecine générale, les rapports entre les deux groupes se caractérisent souvent par une série de malentendus. Les kinésithérapeutes reprochent aux médecins d'avoir une faible expertise dans leur champ, notamment en matière de connaissance et de choix des traitements. De fait, la formation des médecins généralistes dans le domaine de la médecine physique demeure très limitée, ainsi que leurs connaissances des techniques spécifiques de kinésithérapie. En miroir, les kinésithérapeutes revendiquent une autonomie forte en matière de diagnostic et de traitement. Les médecins, quant à eux, ont tendance soit à laisser les patients choisir librement leur kinésithérapeute, soit, après avoir orienté les patients et lorsqu'eux-mêmes ou les patients ne sont pas satisfaits des résultats, à décider d'en changer, mais sans en avoir discuté avec le professionnel concerné. Autrement dit, il semble exister en ambulatoire peu d'échanges entre les deux professions, et c'est « l'exit plutôt que la loyauté » (pour reprendre les termes de l'ouvrage de Hirshman, 1975) qui fait loi. Il peut s'ensuivre des échanges sous-optimaux en termes d'information et de suivi partagé.

L'absence de remboursement par l'Assurance maladie dans le cadre d'une nomenclature constitue un frein pour certaines professions paramédicales

Les diététiciens et les psychologues ne bénéficient pas de remboursement par l'Assurance maladie dans le cadre d'une nomenclature d'actes, hormis certaines exceptions. Le travail pluriprofessionnel avec les médecins ou d'autres professionnels de santé existe néanmoins, mais toujours sur une base informelle, car peu consommatrice de temps. Lorsque ces professionnels sont rémunérés par les NMR dans le cadre d'actions pluriprofessionnelles, cet apport financier est marginal par rapport à leur revenu habituel.

Accorder davantage d'attention aux difficultés spécifiques des non médecins pour entrer dans le travail pluriprofessionnel, en tenant compte des éventuelles solutions trouvées localement, représente donc un enjeu fort. L'examen de la place spécifique qu'occupent les paramédicaux dans l'exercice pluriprofessionnel et des conditions de leur meilleure implication, incite à engager une réflexion sur la réglementation mais aussi sur les modalités de formation initiale et continue au travail pluriprofessionnel.

2.3.5. Le dossier médical partagé entre professionnels, des attentes excessives et des promesses non tenues

Selon la littérature internationale, le travail pluriprofessionnel, exigé notamment par le suivi des maladies chroniques, ne saurait exister sans des transmissions informatiques partagées entre les différents professionnels concernés. Or, le premier constat global qui ressort de notre travail est que le système d'information partagé semble n'avoir joué qu'un rôle mineur dans l'émergence et l'intensité du travail pluriprofessionnel, que ce soit avant ou après l'ENMR. Second constat : la politique en matière de développement des logiciels pluriprofessionnels n'a pas fait ses preuves et la labellisation de certains logiciels ne semble pas avoir modifié cette situation.

Chaque profession dispose d'un ou plusieurs logiciels métiers spécifiques. Le logiciel des médecins est souvent le même car cela leur permet d'utiliser le dossier patient comme un outil de travail commun facilitant les remplacements. Le dossier médical est toujours accessible par les secrétaires qui participent à sa gestion et à la bonne tenue des dossiers. En revanche, les autres professionnels de santé ont des logiciels différents dont ils se servent essentiellement pour la planification et la gestion de leur activité individuelle (y compris la cotation et la comptabilité), ainsi que pour leur suivi clinique spécifique individualisé. Ces logiciels ne communiquent pas avec ceux des médecins. Ils n'utilisent donc pas le dossier patient partagé (lorsqu'il existe) pour le suivi clinique des actions pluriprofessionnelles. Ils recourent alors préférentiellement à l'oral, au besoin en passant par la secrétaire pour accéder aux informations qui leur sont utiles, et accessoirement au papier comme support pour s'informer mutuellement. Cette situation prévaut encore largement. Une MSP expérimente actuellement l'utilisation d'un dossier papier partagé au domicile du patient ; pour l'instant, il n'y a pas de possibilité de travailler avec une tablette qui donnerait accès à toutes les informations du dossier informatisé.

Sur trois des quatre sites où les médecins sont équipés d'un dossier commun, les performances réelles du dossier médical dit partagé ou pluriprofessionnel ont semblé assez éloignées des attentes des différents professionnels de santé, et très en deçà des ambitions affichées par les fournisseurs de logiciels. Et plus grandes étaient leurs attentes, plus grande a été leur déception. Par exemple, dans l'une des maisons où le dossier en tant que support au travail pluriprofessionnel avait été particulièrement valorisé, de nombreux obstacles sont intervenus : certains des projets n'ont en effet pu aboutir, notamment ceux basés sur des alertes spécifiques (examen de suivi ou de dépistage à faire, vaccination à mettre à jour...) ou

sur le repérage et la prise en charge coordonnée de populations spécifiques (obésité, risques cardio-vasculaires...). Dans une autre maison, bien que le logiciel ne réponde que partiellement à ce que les médecins en attendaient sur le plan du travail pluriprofessionnel, les déficits ont été supportés sans trop de gêne. Dans ce cas, d'une part le dossier répondait à leurs attentes en ce qui concerne leur activité médicale de routine et, d'autre part, les actions pluriprofessionnelles, quasiment toutes gérées de manière informelle, étaient finalement peu affectées par les déficits du logiciel.

En pratique, si tous les paramédicaux peuvent avoir un accès aux dossiers médicaux, rares sont ceux qui utilisent cette possibilité. Ils évoquent pour cela diverses raisons. Parfois, il s'agit d'un problème physique, comme la nécessité de se rendre au secrétariat pour avoir accès au dossier. Parfois, les professionnels de santé ne sont pas formés à utiliser le dossier partagé. Autre raison peu connue : la volonté de ne pas « violer » le secret médical. Certaines infirmières préfèrent ainsi réaliser leurs soins à partir des éléments essentiels du diagnostic communiqués oralement par le médecin, sans avoir à prendre connaissance de certaines informations plus intimes notées par le médecin. De plus, un professionnel de santé peut également être un des patients de la MSP, et ne pas souhaiter que tous les autres professionnels puissent accéder à son dossier et réciproquement. Dans les faits, ces problèmes pourraient être résolus par des accès différenciés au dossier médical partagé. Une des MSP y a réfléchi lors de la rédaction de son cahier des charges.

Une autre raison plus structurelle tient à l'organisation du travail des paramédicaux. Pour la majorité d'entre eux, abandonner leur logiciel est une opération à haut risque du fait de l'inadaptation des logiciels dits partagés à assurer aujourd'hui les tâches obligatoires de planification et de gestion de leurs activités spécifiques. Mais à l'inverse, la coexistence de deux logiciels, l'un pour les activités « métier » et l'autre pour le travail partagé, demande un double travail de remplissage, ce qui explique qu'il soit rarement fait usage du second en écriture sauf pour le suivi de projets ponctuels ou de certains patients. Dans l'une des MSP toutefois, un travail important a été fait pour que les paramédicaux puissent écrire directement dans le dossier médical certaines informations qui leur paraissent importantes dans le cadre d'une action pluriprofessionnelle ; par exemple, le podologue peut indiquer qu'il a parlé de surpoids avec un patient atteint de gonalgies, ce qui permettra au médecin d'aborder à nouveau la question lors de la consultation suivante, et d'adresser la personne à la diététicienne. Mais ce cas semble isolé et traduit l'absence d'une communication générique au travers du logiciel.

Un inconvénient majeur lié aux multiples déficits du dossier médical partagé est la perte de temps considérable occasionnée pour le responsable informatique, celui-ci devant agir isolément face à certains développeurs pour faire valoir les demandes légitimes du collectif. En croisant nos informations, nous avons constaté que certains prestataires profitaient de cet isolement pour sous-optimiser leurs services tout en majorant leurs revenus : soit en délivrant aux uns des fonctionnalités qu'ils refusent à d'autres, soit en leur faisant payer au prix fort leur développement alors qu'elles existent déjà et sont mises à disposition dans d'autres maisons.

Si l'Etat a sa part de responsabilité dans le choix de cette politique de labellisation faiblement contraignante pour les éditeurs de logiciels, les fédérations régionales et nationales semblent, selon nos interlocuteurs, avoir été peu efficaces, et d'un soutien relativement limité, face à ces comportements, obligeant chaque responsable informatique de MSP à rechercher des réponses à ses difficultés, notamment en s'adressant à d'autres MSP.

Au terme de cette analyse de l'influence du dossier patient partagé sur le travail pluriprofessionnel, plusieurs constats peuvent être faits

Le dossier patient partagé ne semble pas être une condition nécessaire au développement du travail pluriprofessionnel. Les déficits du dossier médical partagé pluriprofessionnel, s'ils ont incontestablement freiné certaines actions dans les MPS, ne constituent pas des freins pour autant. Le travail pluriprofessionnel peut exister en son absence, notamment dans les MSP où les professionnels sont proches physiquement et peuvent compenser les déficits de communication interprofessionnels.

Pour que le dossier informatique partagé puisse favoriser le travail pluriprofessionnel, il faut d'une part capitaliser sur l'expérience et les compétences des MSP en termes de système d'information partagé, et d'autre part, renforcer la politique des fédérations face aux éditeurs en formulant des demandes argumentées au niveau national :

- Premièrement, que le dossier partagé réponde aux réels besoins et attentes de tous les professionnels de santé (et pas seulement des médecins) en matière de suivi clinique de routine, ce qui nécessite de régler en premier lieu les problèmes informatiques qui préoccupent les paramédicaux
- Deuxièmement, il faut en parallèle alléger les tâches de gestion, de programmation et de télétransmission de tous les professionnels de santé paramédicaux

Ce n'est qu'une fois ces deux conditions réunies que le dossier médical pluriprofessionnel aura des chances d'être véritablement adopté par les différents professionnels au service de pratiques coopératives. Un assainissement du marché des logiciels semble donc indispensable afin que ceux-ci répondent réellement aux besoins des professionnels en matière d'actions pluriprofessionnelles : alertes, sélection de patients et recueil de données permettant l'évaluation des actions pluriprofessionnelles négociées avec les ARS.

Il résulte aussi logiquement de ces constats qu'il serait illusoire aujourd'hui de différencier le financement des structures sur la base de l'intensité d'utilisation des outils informatiques, dans la mesure où celle-ci n'est pas directement corrélée avec l'intensité du travail pluriprofessionnel.

2.3.6. Quel arbitrage entre informel et formel en matière de travail pluriprofessionnel ?
Quelle est la place de la protocolisation ?

Une autre manière d'explorer les freins et leviers au travail pluriprofessionnel est de s'intéresser au travail de formalisation des actions de ce type notamment sous la forme de protocoles pluriprofessionnels. Aujourd'hui, il existe en effet un consensus autour de l'idée selon laquelle la capacité à mettre en place des pratiques pluriprofessionnelles formalisées serait le garant de la qualité de celles-ci même si les résultats de la recherche peinent à confirmer cette hypothèse. Les professionnels engagés dans les ENMR ont donc été incités, notamment au travers des Com passés avec les ARS, à démontrer leur capacité à formaliser leurs actions pluriprofessionnelles qui étaient majoritairement informelles avant les ENMR.

Les observations effectuées dans les quatre sites enquêtés ont conduit aux constats suivants.

Un état de formalisation des pratiques très contrasté dans les sites observés

Concernant l'état de formalisation, la situation des quatre sites enquêtés apparaît très contrastée :

- Dans une MSP, aucun protocole type HAS n'est formalisé mais nombreux sont les échanges interprofessionnels informels, par le biais de notes informatiques ou papier (post-it), appels téléphoniques, envois de photos (ex : plaies chroniques), rencontres entre deux portes dans la MSP.
- Dans un autre site, parmi les dix actions entreprises, trois actions pluriprofessionnelles ont été formalisées : une sur le suivi des HbA1C, une sur le dépistage de la maladie d'Alzheimer, et une sur la sensibilisation des femmes enceintes à l'importance du développement du langage chez l'enfant.
- Dans une MSP disposant d'une coordinatrice, trois protocoles ont été écrits (suivi des diabétiques, pansement complexe, prise en charge et prévention des douleurs du dos chez la femme enceinte) et plusieurs autres sont en cours d'élaboration.
- Dans la quatrième MSP, une action était en voie de protocolisation (le traitement des hémochromatoses).

1^{er} constat : les échanges informels continuent à être au premier plan du travail pluriprofessionnel. Ils sont importants en termes de volume et de fréquence et très appréciés. Ils sont vécus comme permettant de souder l'équipe et de travailler plus efficacement. Le fait d'appartenir à une MSP ou un PSP fait « tomber les barrières » entre professionnels de professions différentes qui ne se connaissaient pas auparavant. Les paramédicaux, notamment, « osent » solliciter beaucoup plus facilement les médecins qu'ils ne le faisaient. Les médecins comprennent mieux le travail réalisé par les autres professionnels de santé et les interpellent également plus souvent. Ces échanges sont rendus d'autant plus faciles qu'il n'existe pas de barrières intergénérationnelles au sein des MSP.

2^e constat : la notion d' « actions pluriprofessionnelles formalisables » apparaît relativement homogène entre médecins. Pour la majorité des médecins, une action pluriprofessionnelle est considérée comme potentiellement formalisable dès lors que l'exercice clinique de chaque professionnel peut être orienté par un cadre à deux dimensions : un ensemble de connaissances « fondées sur les preuves » (dimension 1) ; un ensemble d'informations nécessaires et pertinentes (relativement à l'action à organiser) et accessibles (en particulier dans le dossier partagé (dimension 2) concernant les patients cibles. Ce cadre permet théoriquement à chaque type de professionnel d'intervenir dans le suivi du patient de manière adéquate car conforme « aux bonnes pratiques » (dimension 1). Il a en effet accès aux informations précisant la nature) de son intervention et compte tenu de la situation clinique des patients concernés (dimension 2). A partir de ce cadre, une partie du travail de formalisation va consister à préciser pour chaque type de professionnel de santé les moments opportuns de leurs interventions et à déterminer la nature des informations à leur transmettre pour qu'ils puissent agir efficacement. Le suivi des plaies complexes constitue un bon exemple de ce type d'action.

3^e constat : pour une même action, le degré de formalisation nécessaire pour considérer qu'une action est « protocolisée » varie d'un site à l'autre. Pour certains médecins, une action n'est « protocolisée » que si la répartition des rôles, tâches et responsabilités entre professionnels et entre eux et les patients a été fixée dans un document écrit, validé par chaque groupe professionnel⁵. (sous forme de diagramme ou d'algorithme). Mais pour une majorité, un tel degré de formalisation n'est pas requis. Le fait, par exemple, de s'être mis d'accord pour suivre en commun un groupe de patients sans avoir systématisé l'action de chaque type de professionnel, sinon sous la forme de consultations communes, suffit.

⁵ NB : Cette distinction permet de comprendre pourquoi dans le questionnaire de l'enquête quantitative, certains suivis sont définis comme « protocolisés » alors qu'il n'existe pas de documents écrits.

4^e constat : il existe des divergences entre médecins sur le choix des actions considérées comme des cibles pertinentes pour leur protocolisation.

Lorsque la variabilité interindividuelle de la réponse au traitement est jugée forte, la possibilité de mettre sous forme de « protocoles standards » les ajustements thérapeutiques en fonction des circonstances cliniques est questionnée. Par exemple, dans une MSP, certains médecins considèrent que l'ajustement a priori des doses d'AVK au moyen d'un schéma en fonction du résultat de l'INR n'est pas pertinent. Il revient en conséquence à chaque médecin de décider de la conduite à tenir en fonction de chaque patient, directement en communiquant avec celui-ci, ou en entrant en contact avec les infirmières. Ils parlent alors de « protocole par patient », le schéma d'ajustement ne pouvant reposer que sur leur connaissance fine du patient. Dans une autre MSP, les médecins estiment au contraire qu'il est possible d'ajuster les doses à partir d'un ensemble de connaissances statistiques fondées sur les preuves et sur les informations nécessaires pour agir (valeur de l'INR). Dans ce cas, il revient soit au patient (quand il en a la capacité), soit à l'infirmière, de procéder à cet ajustement en suivant la grille fournie en informant le médecin qu'a posteriori. Or nous avons constaté que les médecins n'ont pas tous le même jugement sur les pathologies et populations les plus concernées par cette hyper variabilité individuelle, d'où des différences dans le choix des actions à formaliser.

5^e constat : il existe des divergences entre professionnels de la MSP et régulateurs administratifs sur les objectifs de la protocolisation et, notamment, sur la place de l'EBM

Pour le régulateur, l'objectif explicite et prioritaire des protocoles pluriprofessionnels dont le contenu repose prioritairement sur l'EBM est de faire diminuer la « variabilité non justifiée des pratiques » en faisant le pari qu'elles sont en majorité standardisables. Pour les professionnels de santé, l'essentiel est d'assurer une qualité du suivi et donc de la relation avec chacun de leur patient dans le temps, quitte à devoir prendre une certaine liberté avec les données de la science (Frattini/Houzard). Ces différences de visées peuvent être éclairées par une analyse de la manière dont l'EBM intervient dans le travail de formalisation.

Le recours direct à des protocoles existants (de type HAS ou issus d'autres sources professionnelles comme des hôpitaux ou des réseaux) est rare dans l'échantillon. Il ne s'est produit que dans deux circonstances : soit pour permettre de réunir différents types de professionnels auparavant « peu connectés » pour les faire réfléchir ensemble à la mise en place d'un suivi commun (pôle) ; soit du fait de l'existence d'une situation clinique particulière ayant mis en difficulté un ou plusieurs professionnels de santé travaillant ensemble (AVK). Nous avons constaté que le recours aux protocoles existants se faisait le plus souvent secondairement, après un premier travail de réflexion critique sur les pratiques. Par ailleurs, les données de l'EBM ne sont pas prises « telles quelles » : la construction d'un accord local négocié concernant une action pluriprofessionnelle entre les différents acteurs concernés résulte de l'intégration d'une partie des données de l'EBM s'y rapportant et jugées adaptées au contexte local et à un ensemble de « savoirs d'expérience » ou de « savoirs tacites construits collectivement » (ce que Gabbay et Le May appellent des *Mindlines*, par opposition aux *Clinical guidelines*, ou recommandations pour la pratique clinique issus de l'EBM). Dans la plupart des protocoles élaborés, les professionnels sont donc partis des problématiques locales pour guider leurs recherches documentaires. Ils se sont aussi souvent appuyés sur des experts ou spécialistes locaux. Cela leur a ainsi permis d'ancrer leurs pratiques formalisées dans un réseau de collaborateurs étendu au-delà de la MSP.

6^e constat : la formalisation rencontre de nombreux freins

Du fait des ressources nécessaires à mobiliser, la formalisation du travail pluriprofessionnel demande du temps et des compétences particulières, un ensemble de savoir-faire et

d'outils (techniques, connaissances, ressources humaines) qui ne sont pas toujours disponibles. D'où l'accompagnement demandé par certaines MSP (et l'importance de l'échange de pratiques, de la « capitalisation » et mise à disposition de protocoles effectuée par la FFMPs). Cela nécessite notamment des compétences en gestion de projet, en recherche bibliographique, qui doivent être acquises avant de déployer un projet. Ainsi une MSP, qui avait fait appel à une structure régionale pour développer des pratiques de prévention thématiques, a vu le projet se déplacer vers l'élaboration d'une recommandation méthodologique pour développer ce type de pratiques, comme un préalable à toute construction d'action nouvelle. L'intérêt de la démarche est d'avoir posé un cadre qui pourra être utile non seulement à la MSP mais aussi à d'autres acteurs.

Du fait de la difficulté des autres acteurs de la MSP/PSP à y adhérer, la construction d'un protocole, souvent le fruit du travail d'un petit groupe de professionnels, n'implique pas forcément son appropriation par tous les professionnels concernés. Une fois le protocole construit, tout un travail reste à faire pour le faire vivre et assurer son suivi. Là encore, le mode de gouvernance va s'avérer déterminant.

Du fait des enjeux interprofessionnels sous-jacents, le partage des tâches et responsabilités au sein d'une action pluriprofessionnelle entre professions différentes à la base du travail de formalisation constitue un enjeu fort. Paradoxalement, il nous a semblé que les paramédicaux, bien que moins outillés dans ce domaine que les médecins, y étaient souvent plus favorables. En effet pour les médecins, d'un côté, ne pas formaliser permet de garder de la souplesse dans leurs travail clinique mais avec pour effet de rendre les paramédicaux plus dépendants de leur pratiques. Mais à l'inverse il se peut qu'ils y voient aussi l'occasion de se « débarrasser » de certaines tâches chronophages ou peu valorisantes (le « sale boulot ») mais qui peuvent paraître attrayantes à première vue aux paramédicaux, notamment quand il s'agit d'actes « nouveaux » dont la réalisation peut accroître leur position symbolique aux yeux des patients. Ils peuvent néanmoins refuser, estimant ne pas y trouver leur compte. C'est le cas de la passation de MMS (*mini mental state*) à domicile qui avait été confiée aux infirmières dans un protocole de dépistage des démences, mais sans que ceux-ci n'aient réellement envie de se les approprier (nécessité d'une formation, temps passé supplémentaire chez la personne, aspect intrusif de ce dépistage délicat à proposer...).

L'absence de formalisation fait que les infirmières vont devoir s'ajuster aux pratiques de chaque médecin. Par exemple pour le diabète, un médecin adoptera un protocole d'ajustement thérapeutique qui lui est propre tandis qu'un autre de la même MSP fera confiance à l'infirmière pour qu'elle choisisse son propre protocole (qu'elle sélectionnera à partir de ses habitudes de travail avec un service hospitalier ou un diabétologue libéral...). Certaines infirmières vont préférer conserver ce mode de fonctionnement informel car il leur permet plus d'autonomie de pratiques, au moins avec certains des médecins. D'autres vont préférer qu'un véritable protocole soit établi de manière à homogénéiser les pratiques des médecins, ce qui facilitera leur travail tout en les couvrant mieux en termes de responsabilité professionnelle. Une autre raison pour laquelle les paramédicaux peuvent souhaiter davantage de protocoles est qu'au cours de leur élaboration, ils apprennent à mieux comprendre comment raisonnent les médecins. Inversement, les médecins vont découvrir « ce que sont capables de faire les paramédicaux », notamment à domicile – une méconnaissance renforcée du fait que les médecins s'y déplacent de moins en moins. *In fine*, la protocolisation leur apparaît alors l'occasion de mettre en valeur certaines de leurs compétences qu'ils jugent insuffisamment reconnues, et d'être moins « dépendants » de la prescription médicale. En fonction des structures et de leurs dynamiques interprofessionnelles, des choix différents seront faits.

Du fait de l'état de la législation en matière d'actions pluriprofessionnelles, les questions de délégation de tâches et/ou de responsabilité professionnelle ont un impact direct sur le choix des interventions pluriprofessionnelles comme cibles de la protocolisation. On peut prendre pour exemple la population des patients diabétiques âgés sous insuline dans

l'incapacité d'assurer eux-mêmes en toute sécurité les adaptations de doses qui exigent donc l'intervention des infirmières. L'application de protocoles hospitaliers très précis, ajustés par sous-groupe de patients « dont les conduites sont surveillées en permanence » ne sont évidemment pas directement transposables dans le contexte du domicile. Dans la réglementation actuelle, les infirmières ne peuvent intervenir au domicile et ajuster les doses en cas d'écart aux objectifs glycémiques fixés qu'avec une prescription du médecin (ou la trace écrite qu'elles ont agi avec l'accord préalable d'un médecin). Le choix de protocoliser ce type d'action en déléguant à l'infirmière l'adaptation des doses n'est pas couvert par l'article 51. Si les professionnels de la MSP, en se fondant sur leur lien de confiance avec les infirmières de la structure, décidaient de leur confier la réalisation de cet ajustement, le choix de ce type d'action pourrait contribuer à animer le projet collectif en donnant plus de place au groupe infirmier. Mais ceci ne serait possible qu'en cas d'accord local avec l'ARS. En cas de refus, les professionnels de santé assumeraient alors le fait de travailler dans l'illégalité. Cette intervention n'a été mise en place dans aucune des structures.

7^e constat : nous avons pu isoler certains facteurs facilitant la démarche de formalisation

- L'attrait d'un professionnel pour un sujet donné : par exemple, un médecin ayant une capacité de gérontologie pour élaborer un protocole de bilan ambulatoire pré-admission en service « mémoire », ou formaliser les pratiques de prévention des chutes chez les personnes âgées, ou une orthophoniste pour formaliser des pratiques de prévention auprès des femmes enceintes
- Une gouvernance de type collégial dans laquelle s'implique fortement un paramédical apparaît facilitante comme la possibilité pour les paramédicaux de « piloter » la formalisation des pratiques sur un thème donné, en lien étroit avec un groupe comprenant des médecins
- L'interconnaissance mutuelle et le type de relations interprofessionnelles sont déterminantes. La variété d'opinions entre les professionnels peut s'avérer incitative dès lors qu'il existe un débat ouvert faits d'échanges non hiérarchiques entre professions, rendu possible par la confiance et le respect mutuel construits dans le temps au fil des échanges
- La présence d'une coordinatrice dédiée favorise l'élaboration de « protocoles ». Le fait qu'une des trois maisons ait plus avancé dans l'écriture de protocoles tient en partie à la présence de la coordinatrice qui, par son action, a permis aux professionnels de s'organiser en groupe de travail et à passer à l'acte mais non sans résistance
- L'éloignement géographique oblige à formaliser / la proximité entre acteurs facilite davantage le lien informel. Dans les MSP, c'est l'exercice sur un même lieu, couplé ou non à la présence de liens antérieurs, qui parfois a servi d'appui au travail pluriprofessionnel. Néanmoins, cet ancrage dans des pratiques informelles peut parfois constituer une barrière pour leur formalisation, en raison du poids des routines. Dans le PDS, le processus paraît inversé : c'est le travail sur le projet de santé qui, dans un premier temps, a permis de construire du lien interprofessionnel qui n'existait pas au départ. Tous les professionnels de santé se sont connectés autour du projet commun. Puis c'est le travail autour des actions pluriprofessionnelles qui a permis d'approfondir ce lien, notamment en mobilisant la notion de protocoles. Les relations entre professionnels en ont été améliorées

Conclusion

Ce travail critique sur la formalisation des actions pluriprofessionnelles, qui constitue un des éléments du travail collectif au sein des MSP et PSP, nous a permis de comprendre en quoi il consistait et, en explorant d'une manière ciblée ses freins et leviers, de mieux

comprendre ses enjeux interprofessionnels. Nos investigations montrent qu'avant l'ENMR, la grande majorité des actions pluriprofessionnelles étaient informelles, et qu'après, ce travail de formalisation des pratiques informelles a constitué dans toutes les MSP enquêtées une opération complexe et délicate. On ne s'en étonnera pas dès lors qu'il s'agissait, au-delà des recommandations de pratiques par pathologie déjà peu suivies, de bâtir des « protocoles pluriprofessionnels de soins de premiers recours » (PPSPR) tels que définis par la HAS (Fiche méthodologique, novembre 2011)⁶ et à les mettre en œuvre. Nous avons montré que cet effort de formalisation des pratiques avait généré, en dépit de ses difficultés, une forte dynamique collective en relayant celle résultant du travail de construction du projet de santé et de négociation du contrat d'objectifs et de moyens. Ce qui doit retenir l'attention est de comprendre pourquoi ce travail de formalisation peut améliorer la qualité des pratiques pluriprofessionnelles. La réponse réside dans la nature du processus de construction dont la réussite suppose que les acteurs concernés sont parvenus à mêler de manière harmonieuse et consensuelle les données issues de l'*Evidence Based Medicine (guidelines)* à un ensemble de savoirs d'expériences et de savoir-faire collectifs développés localement (*mindlines*). Dans la mesure où les professionnels ont tous pris l'habitude de raisonner pour leurs patients chroniques en termes de trajectoire, nous pouvons formuler l'hypothèse suivante : le travail collectif sur les protocoles a pour effet essentiel d'améliorer la vigilance collective et le niveau de responsabilité des acteurs concernés sur les points de rupture potentiels des trajectoires des patients cibles en augmentant la fréquence de leurs interventions et en permettant une meilleure anticipation des actions à entreprendre.

3. Place et rôle des financements

Dès les années 1970, les structures regroupées les plus anciennes avaient su mobiliser des financements (sans cesse évolutifs) pour rendre viables les projets développés : Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires (FNPEIS), Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS), Dotation régionale de développement des réseaux (DRDR), budgets de recherche, parfois des financements privés. Ces financements (hors bâti), qui émanent soit des collectivités (par exemple subventions pour le diagnostic de territoire ou subvention de la Région pour financer partiellement le poste d'un coordinateur de projet), soit de l'ARS via le FICQS (expertise, conseil, achat de logiciels, formation pluriprofessionnelle) ont été mobilisés simultanément. Ils contribuent tous à la construction du travail pluriprofessionnel et, indirectement, à la coordination interprofessionnelle sans la cibler spécifiquement. Au contraire, les ENMR constituent un mode de financement collectif visant spécifiquement à favoriser le travail pluriprofessionnel. La création du statut de Société interprofessionnelle de soins ambulatoires (Sisa), en mars 2012, est venue sécuriser sur le plan légal l'usage et la redistribution des NMR. Il ne nous a pas été possible dans le cadre de cette recherche de différencier l'effet spécifique des NMR sur le travail coopératif pluriprofessionnel de celui des autres financements. Néanmoins, nous avons pu formuler un certain nombre de résultats (ou d'hypothèses) sur leurs effets, notamment en termes de dynamiques professionnelles.

⁶ Notons que les références de type *Evidence-Based Medicine* mobilisées par les institutions sont essentiellement celles de la HAS, alors que d'autres, comme celles de la revue *Prescrire* ou de certaines sociétés savantes, ne sont pas explicitement mentionnées. Par ailleurs, le fait que les résultats de certaines actions doivent aussi pouvoir être « tracés » dans le système d'information de l'ARS, lequel repose presque exclusivement sur des extraits du Sniiram, peut restreindre le choix des actions possibles.

3.1. *Les NMR, un financement collectif par forfait qui incite à l'innovation en laissant de la souplesse*

Le principe des NMR consiste à donner un financement par « grandes enveloppes » à un collectif pluriprofessionnel en le laissant relativement libre (dans le cadre d'un COM) pour le redistribuer après négociation interne. Le type de redistribution et le développement du travail pluriprofessionnel sont très liés, comme on l'a vu ; dans ce que permet de rémunérer les NMR, il faut différencier le travail nécessaire à :

- la coordination du projet global comprenant notamment le choix des actions prioritaires (effet « budget global »)
- L'élaboration de chaque action pluriprofessionnelle
- Le travail de formalisation (protocoles)
- La coordination de proximité
- La mise en œuvre des actions pluriprofessionnelles
- L'évaluation des actions

Ces investissements dans ces différentes « briques » constitutives du travail pluriprofessionnel évoluent dans un même lieu selon les priorités du moment et selon le cycle de vie des projets (alternance de moments de construction et de moments de mise en œuvre).

Les NMR permettent dès lors de soutenir la créativité des acteurs et de casser les routines de fonctionnement. Ils concernent tous les types de travail, tous interdépendants et nécessaires à la mise en œuvre effectives des actions pluriprofessionnelles.

La souplesse d'utilisation des NMR conforte ce processus qui pourrait être menacé si les modalités d'attribution étaient définies *a priori* sur des activités spécifiques. Mais, à l'inverse, il faut être en capacité d'évaluer ces actions locales afin d'être à même de repérer : les actions à abandonner, les actions à soutenir au plan local (compte tenu des besoins et des ressources existantes) ; ou les actions susceptibles de passer à l'échelle nationale avec une traduction en termes de financements (ex : transformation d'actes ou activités financés par les NMR par de nouveaux modes de rétribution des professionnels si ces activités font la preuve de leur pertinence et de leur coût/efficacité). Cela suppose d'être en capacité de mettre en place un système de suivi/évaluation des actions pluriprofessionnelles et de leur implantation (cf. paragraphe évaluation).

3.2. *Des modalités de redistribution des NMR très variées qui constituent des traceurs des dynamiques professionnelles au sein des MSP*

Les acteurs enquêtés sont entrés dans l'ENMR par intérêt professionnel, tout en y discernant une opportunité financière venant compléter le paiement à l'acte. Nous décrivons ci-après les modes d'utilisation et de redistribution des financements mobilisés, avant d'interroger leurs effets.

3.2.1. Des variations d'un site à l'autre et dans le temps

Les modalités de redistribution des NMR sont différentes d'un site à l'autre, et encore en évolution sur les quatre sites. Elles n'ont pas forcément fait l'objet de discussions collégiales au préalable ; et même si cela a été le cas, les professionnels de santé ont découvert peu à peu le rôle des NMR et la manière dont ils pouvaient en user. En effet, pour des professionnels habitués à être rémunérés à l'acte, gérer une enveloppe globale n'est pas un processus naturel : les choix étant à faire dans une enveloppe déterminée, le gain supplémentaire ne

sera pas nécessairement en rapport avec le travail fourni. Théoriquement, chacun le sait, mais la mise à l'épreuve entraîne des prises de conscience parfois douloureuses. Par ailleurs, les NMR étant versés deux fois par an, les professionnels ont du mal à faire le lien entre leur investissement et leur rémunération. Certains trouvent cette dernière inespérée alors que d'autres la jugent dérisoire. Cet apprentissage est plus important pour les non-médecins car c'est la première fois qu'ils bénéficient d'un autre mode de rémunération.

Les NMR représentent 1 à 5 % des revenus annuels selon les professionnels de santé. Ils peuvent aussi contribuer au salaire des secrétaires et/ou permettre le recrutement d'un coordinateur non professionnel de santé, comme c'est le cas dans l'une des MSP visitées. Au moment de l'étude, quatre modalités de redistribution entre professionnels de santé ont été constatées (hors salaire du coordinateur non professionnel de santé ou des secrétaires) :

- Site 1 : une partie forfaitaire, différenciée entre médecin et non-médecin ; le temps passé en réunion, rémunéré de la même façon entre médecins et autres professionnels de santé ; une rémunération d'actes hors Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) ; le temps passé à l'ETP (mesure explicite), rémunéré de la même façon pour tous
- Site 2 : une partie forfaitaire identique pour tous les professionnels de santé ; un forfait complémentaire pour les coordinateurs ; le temps passé en réunion (mesure explicite) rémunéré de la même façon entre médecins et autres professionnels de santé ; une rémunération d'actes hors Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) ; le temps passé à l'ETP rémunéré de la même façon pour tous
- Site 3 : une partie forfaitaire identique pour tous les professionnels de santé ; un forfait complémentaire pour les coordinateurs ; un suivi du temps passé par les uns et les autres (mesure estimée) avec partage des NMR en fonction du temps passé
- Site 4 : une rémunération équivalente pour tous en fonction du temps passé ; une rémunération d'actes hors NGAP

Concernant l'usage du forfait 1 :

- Deux des quatre sites effectuent une retenue initiale sur ce forfait. Dans une MSP, ce budget sert à la rémunération de la coordinatrice et des secrétaires pour les activités au service de la Sisa. Dans une autre, une partie du forfait est provisionnée pour le fonctionnement de la Sisa
- Plusieurs MSP font également une réserve sur ce budget pour pouvoir payer les actions réalisées en début d'année suivante, les versements par l'ARS arrivant souvent tard dans l'année. Cela intervient également de fait dans une MSP au sein de laquelle tout le budget n'est pas dépensé, en raison de la rémunération des professionnels en fonction du temps passé
- La partie du forfait 1 dite « forfait de base » est répartie entre les professionnels, de manière égalitaire ou inégalitaire, selon des critères variables d'une MSP à l'autre. Cela peut varier selon les types de professionnels ou selon le temps passé estimé de manière plus ou moins précise
- La partie du forfait 1 – dite « forfait coordination » – est répartie soit également entre les médecins, soit de manière différenciée selon le type de professionnels impliqués dans la coordination, soit encore selon un tarif horaire identique pour tous les professionnels concernés, quelle que soit leur profession (dans ce cas, ils notent les heures passées à la coordination et émargent lors des réunions)
- La partie du forfait 1 dite « forfait structure » est utilisée pour rémunérer des actions particulières développées dans la MSP, avec là encore des modes de répartition variés d'un lieu

à l'autre. Par exemple, une MSP a défini des tarifs d'actes inscrits dans des protocoles, et rémunère ainsi les professionnels effectuant ces actes, ou atteignant certains objectifs (ex : suivi des HbA1C par les infirmières⁷). Une autre MSP utilise ce forfait pour indemniser la participation à des réunions de concertation pour des cas complexes, en divisant le montant entre les professionnels qui y participent ; elle puise également dans ce forfait pour indemniser les paramédicaux participant à des formations d'équipe aux côtés des médecins déjà indemnisés par la Formation médicale continue (FMC). Les deux autres MSP répartissent ce budget entre les professionnels en fonction du temps passé aux actions concernées

- Dans les MSP proposant des activités d'ETP, une partie du forfait 1 est consacrée au développement de cette activité : coordination, temps d'élaboration du programme et de ses outils, formation...

Concernant l'usage du forfait 2 (deux des MSP enquêtées) :

- La rémunération des professionnels pour réaliser le « diagnostic éducatif » et l'animation des séances éducatives collectives est différente dans les deux MSP. L'une a choisi un tarif fixe, à la séance, tandis que l'autre module ses tarifs selon le nombre de patients participant aux séances, et selon le nombre de séances suivies par patient
- A noter que dans les deux cas, comme signalé plus haut, le budget du forfait 2 a été insuffisant pour le développement de l'ETP, d'où l'attribution nécessaire d'une partie du forfait 1 à cet usage

A partir de ces données observées sur les quatre sites, nous faisons les constats suivants :

- Il existe une partie égalitaire dans la redistribution⁸. Cela signifie que les professionnels impliqués sont égaux sur certains aspects, comme l'exprime un médecin : « *Quand on réfléchit, les idées des uns valent les idées des autres* » ; cela peut signifier aussi implicitement que tous sont censés s'impliquer. *A contrario*, sur ce dernier point, dans une MSP, il a été choisi une rémunération strictement au temps passé car il y est admis que certains ne contribuent pas au projet, au moins dans un premier temps, ou en raison d'impératifs personnels (exemple d'une jeune mère de famille médecin qui exerce à temps partiel). Les plus investis mettent aussi en avant leur perte de revenus par rapport à une rémunération à l'acte
 - La part respective entre forfaits, rémunération au temps passé et financement d'actes hors NGAP est très variable d'un site à l'autre
 - L'équilibre entre financement et préparation des actions est également variable et en évolution
- Lorsqu'un coordinateur non professionnel de santé intervient, ou lorsque les secrétaires sont rémunérées pour un temps de coordination, les possibilités de rémunération en sont d'autant diminuées pour les professionnels de santé. Pour une même fonction, ce ne sont pas les mêmes professionnels qui sont rémunérés d'un site à l'autre (ex. : suivi du temps passé ou de la comptabilité ; organisation des réunions confiée selon les sites à un médecin, à une secrétaire, à un paramédical ou à un coordinateur non professionnel de santé ; suivi et alerte pour le dosage des HbA1C effectués selon les sites par les infirmières ou les secrétaires...). Signalons à titre d'exemple qu'un site a choisi de rémunérer les infirmières,

⁷ Cet exemple est détaillé plus loin.

⁸ Cette redistribution « égalitaire » des forfaits n'est pas retrouvée par le consultant d'Icône Médiation Santé. Ceci peut s'expliquer par l'état plus précoce de développement des maisons dans lesquelles il est intervenu.

qui vérifient le dosage des HbA1C, en fonction de l'atteinte des objectifs fixés pour un bon suivi des patients diabétiques (3 dosages effectués dans l'année) ; ce qui fait écho à la rémunération des médecins dans le cadre des Rosp.

- Entre les forfaits 1 et 2, il existe une certaine synergie/degré de substitution (de 1 vers 2). Le forfait 2 sur l'ETP tel qu'il a été formaté en volume (avec un montant fixe selon le nombre de patients pris en charge) permet de rémunérer seulement la mise en œuvre du programme et une partie de la formation des professionnels, ce qui oblige les professionnels à puiser dans le forfait 1 pour la construction du programme
- Les modalités de redistribution des NMR dépendent aussi des autres financements obtenus, qui sont variables d'une MSP à l'autre. Il peut s'agir :
 - d'un budget FIQCS, obtenu certaines années seulement par les MSP, qui peut être utilisé pour soutenir l'investissement informatique, réaliser une étude d'opportunité d'extension immobilière ou un aménagement immobilier. En l'absence de ce budget, les MSP peuvent décider de puiser dans les NMR
 - d'un budget de la région (politiques de la ville visant à renforcer les soins primaires dans les quartiers) qui contribuera à la rémunération d'une coordinatrice, permettant à la MSP de moins empiéter sur son budget NMR
 - de la même façon, les MSP obtiennent parfois un budget ponctuel délivré par l'ARS pour une action spécifique, ou un financement privé par un laboratoire pharmaceutique, ce qui leur permet de ne pas prélever sur leur budget NMR

3.2.2. Les questions posées par les modalités de redistribution

Les choix faits en matière de redistribution des NMR révèlent la place de chaque groupe professionnel (ainsi que nous l'avons décrit ci-dessus) et donc des tensions éventuelles dans le fonctionnement collectif, mais aussi de problèmes plus systémiques liés notamment à la rémunération à l'acte. Quelques exemples en témoignent.

- Le temps passé à l'institutionnalisation et au fonctionnement du collectif

Cette part n'est pas stabilisée au sein des quatre sites, mais elle apparaît non négligeable. En pratique, plus le fonctionnement prend de l'importance, moins les professionnels de santé sont enclins à développer des actions directement auprès des patients. Pour autant, sans cette gestion de la MSP ni de conduite de projet, rien n'est possible. C'est ce qui peut justifier l'appel à un coordinateur salarié et à son cahier des charges mais leur financement, qui se ferait au dépend de certaines actions pluriprofessionnelles, interroge en termes de bénéfice marginal.

- La place des secrétaires au sein de la MSP et leur émargement sur les NMR

Sur un site, il ne peut être question de les associer ou de les rémunérer par les NMR : même si elles contribuent, comme nous l'avons vu, au fonctionnement de la MSP et du collectif, cette fonction « historique » de secrétaire des médecins ne saurait être remise en cause. Pour autant, sur les trois autres sites, leur contribution est discutée avec plus ou moins de véhémence. Un seul site a choisi de leur reconnaître des fonctions de coordination du parcours du patient et de suivi de certains indicateurs, et de les rémunérer sur les NMR en fonction du temps passé.

- La rémunération par les NMR des actes hors NGAP

Elle permet que des ostéopathes, psychologues et diététiciens, n'émargeant pas à la CCAM, puissent participer à des prises en charge effectives de patients et/ou à des bilans de

dépistage sans trop de perte de revenus. Ils compensent aussi les manques dans la nomenclature des actes infirmiers (ex. : consultation infirmière). L'enjeu sous-jacent est alors : les NMR doivent-ils être considérés comme une possibilité d'expérimenter des évolutions des modes de rémunération des paramédicaux et/ou d'élargir les modes de rétribution des professionnels pour certains actes ou tâches identifiés ?

- Les médecins sont les seuls professionnels de santé à disposer de marges de manœuvre financières dépassant les NMR

Les médecins sont les seuls professionnels à pouvoir se rémunérer individuellement hors NMR pour une partie des actions pluriprofessionnelles, notamment au travers de certains objectifs du Rosp. Ce n'est ni le cas des infirmières ni des secrétaires. Or, elles contribuent en partie au suivi des patients relevant des Rosp alors qu'elles ne sont pas rémunérées pour le faire.

3.3. *Un mode de calcul du montant des NMR qui pose la question du périmètre du travail pluriprofessionnel à rémunérer*

L'observation des montants des NMR attribués aux quatre sites visités soulève plusieurs questions sur leur mode de calcul :

- *Il favorise les MSP regroupant beaucoup de médecins* au détriment de celles comprenant un grand nombre d'autres professionnels de santé : la MSP-pôle comprenant 7 médecins et 21 autres professionnels de santé reçoit un montant supérieur d'environ 25 % à la MSP regroupant 7 médecins et 5 autres professionnels de santé
- *Il ne correspond pas à la démographie des professionnels de santé* : la part relative de médecins au sein des MSP est nettement supérieure à la moyenne nationale, ce qui n'est pas le cas des autres professionnels de santé
- *Il tient peu compte de l'intensité du travail pluriprofessionnel en interne* et n'est donc pas suffisamment incitatif
- *Il ne tient pas compte du pourcentage d'activité au sein et hors MSP* : les paramédicaux de la MSP travaillent avec des patients ayant des médecins traitants différents de ceux de la MSP et les médecins de la MSP travaillent avec des paramédicaux extérieurs. Cela soulève la question suivante : les NMR doivent-ils financer uniquement les actions touchant les patients des médecins de la MSP ou les patients de tous les professionnels de la MSP (donc des patients d'autres médecins du territoire) ? Faut-il dès lors, rémunérer des actions de santé publique portant sur la population du territoire englobant plusieurs maisons ?

3.4. *L'évaluation du travail pluriprofessionnel dans le cadre des NMR*

Tour à tour, nos terrains questionnent ou confortent la manière dont l'évaluation de la politique publique est menée tant au niveau régional que national. L'approche politique, plus ou moins explicite, est d'abord de justifier l'usage des ressources en se laissant des marges de manœuvre en termes de résultats. Nous ne soulignons pas ici la pertinence des évaluations existantes localement ou nationalement puisque, dans l'ensemble, les acteurs sont intéressés par leurs résultats. Nous proposons ici quelques pistes qui permettraient de mieux rendre compte de l'originalité, de l'intensité et de la qualité du travail pluriprofessionnel. En général, les indicateurs choisis ne le permettent pas et ceux qui existent peuvent avoir un effet prescriptif sur les actions développées. Par ailleurs, il conviendrait de trouver les indicateurs qui permettent de corréliser actions réalisées et rémunérations perçues.

3.4.1. L'évaluation hors données de la base de données du Sniiram

De nombreuses actions ne peuvent être évaluées à partir des données du Sniiram.

Nos différentes observations suggèrent la nécessité d'une évaluation qualitative dans le cadre du Com, à laquelle devrait être ajoutée une analyse s'appuyant sur des données collectées localement à partir des systèmes d'information pluriprofessionnels. Le cahier des charges des SI doit donc être négocié avec les ARS et les services demandés aux organismes prestataires doivent être définis à l'aide de contrats exigeant un certain nombre de fonctionnalités, sans quoi le contrat deviendrait caduc et non avenu.

L'évaluation du travail pluriprofessionnel (champs couverts, intensité ; degré de formalisation...) pourrait d'abord bénéficier d'une analyse qualitative des Com. Mais il faudrait utiliser aussi l'examen détaillé :

- des thématiques pluriprofessionnelles choisies
- du travail critique et du mode de négociation pluriprofessionnel des protocoles (plus que de leur contenu)
- des consultations spécialisées conjointes formelles ou informelles pour les cas complexes
- des formations conjointes suivies
- de la place des nouveaux entrants dans la formation
- de la participation à des travaux de recherche

Chacun de ces éléments contribue en effet à renseigner en partie le champ couvert par ce travail, ainsi que son degré d'intensité et de maturité. Ceci nécessite des visites sur le terrain par des visiteurs formés.

3.4.2. L'évaluation au niveau national avec les données du Sniiram

Nous avons vu que les actions développées correspondent peu au type de travail pluriprofessionnel tel qu'évalué aujourd'hui par l'Irdes. Par ailleurs, les médecins d'une MSP travaillent avec d'autres professionnels de santé et les non-médecins d'une MSP travaillent avec des médecins hors MSP. Ainsi, la patientèle suivie par les médecins d'une MSP n'est pas celle qui bénéficie forcément d'un travail pluriprofessionnel. En effet, la MSP n'opère pas en vase clos avec une clientèle mobilisant les seuls professionnels de santé de la MSP. Ceci peut avoir pour effet de compliquer l'évaluation des résultats. En effet, il devient difficile d'évaluer si les actions pluriprofessionnelles développées dans le cadre des NMR concernent la patientèle des médecins de la MSP – alors que ceux-ci travaillent aussi avec d'autres paramédicaux – ou des patients des paramédicaux qui eux-mêmes travaillent avec d'autres médecins. Néanmoins, l'évaluation quantitative, même si elle se concentre sur les patients inscrits médecin traitant, constate que les taux de partage avec les autres professionnels de santé sont élevés, ce qui minimise les biais précédemment cités. De plus, la démarche est globale : elle cherche à estimer une amélioration sur un ensemble de thèmes variés et donc effectivement observables.

Concernant la qualité du travail pluriprofessionnel, il faut faire l'hypothèse que la dynamique NMR influera positivement sur certains résultats de santé des actions pluriprofessionnelles, qui seront mesurables dans les données de l'Assurance maladie (sans pour autant que les actions des MSP se limitent à ces seuls aspects). Ainsi, il apparaît raisonnable de lier les évaluations locales d'abord au projet de santé et non aux indicateurs nationaux, et d'exiger que les systèmes d'information intègrent dans les cahiers des charges divers tableaux de bord utiles aux suivis des actions et à l'évaluation locale.

III. Discussion

Discussion, apports et limites de cette recherche

Malgré la taille très limitée de notre échantillon, notre recherche exploratoire a atteint en grande partie son objectif principal : mettre en évidence la diversité des pratiques pluriprofessionnelles et mieux comprendre les dynamiques à l'œuvre dans les MSP opérant dans le cadre de l'ENMR. Cette exploration nous a aussi permis d'interroger en partie la nature des transformations à l'œuvre dans ce type de regroupement, de nature culturelle et organisationnelle, et de faire des hypothèses sur leurs liens avec les NMR.

Nos résultats sont par ailleurs confortés en ce qu'ils sont majoritairement concordants avec l'expérience d'un médecin ayant une pratique conséquente d'accompagnement de MSP. La cause des discordances observées réside dans la plus grande maturité qui semble caractériser le travail pluriprofessionnel observé dans notre étude, et qui s'explique du fait que la plupart des interventions de conseil sont intervenues à un stade assez précoce du développement du travail pluriprofessionnel, en général pour accompagner son initiation.

Par ailleurs, nos résultats sur les facteurs impliqués dans l'émergence et le développement du travail pluriprofessionnel concordent en partie avec ceux des études internationales dans le domaine de la sociologie des organisations appliquée aux organisations de soins primaires. Mais ils s'en écartent aussi sur certains points, tout en apportant des éléments originaux et un éclairage spécifique sur le « cas français ».

Parmi les facteurs communs, notons : l'importance du leadership et du mode de gouvernance, et l'effet positif d'un management participatif à caractère collégial pour favoriser l'émergence du travail pluriprofessionnel (Hogan, 2012 ; Virtanen, 2012). L'importance de ces dimensions est aussi présente dans les travaux qui mettent en évidence différentes formes de « culture organisationnelle » (Hogan *et al.*, 1994 ; Curoe *et al.*, 2003 ; Kralewski *et al.*, 1996 ; Ohman-Strickland *et al.*, 2007) dont certaines seraient plus propices à l'émergence de pratiques innovantes et prédictives de son efficacité (Hann *et al.*, 2007 ; Cohen *et al.*, 2004 ; Marshall *et al.*, 2003 ; Zazzali *et al.*, 2007). Mais il s'avère que les prédictions des différentes cultures, modélisées en termes d'efficacité et/ou de performance des organisations (Tollen, 2008 ; Cameron *et al.*, 1991 ; Hartnell *et al.*, 2010 ; Quinn et Rohrbaugh, 1981 ; Mannion *et al.*, 2005), sont loin d'être concluantes¹.

Concernant les principaux résultats discordants, la non-concurrence locale entre professionnels comme facteur favorisant l'émergence du travail pluriprofessionnel n'est pas mentionnée directement dans les travaux internationaux. Cela est dû aux contextes d'exercices professionnels en soins primaires qui diffèrent selon les pays concernés : ainsi, tout en déplorant que le paiement à l'acte soit peu propice à la gestion pluriprofessionnelle des patients chroniques, les travaux américains considèrent la concurrence comme une variable générique et s'attachent donc à repérer les caractéristiques des organisations leur permet-

¹ L'une des raisons de cet échec pourrait résider dans le fait que, dans une même organisation, plusieurs types de culture peuvent coexister à des degrés divers.

tant de réussir dans un marché concurrentiel (Shortell *et al.*, 2001). *A contrario*, les travaux anglais ne mentionnent jamais cette variable, l'absence de concurrence entre « practices » étant l'un des éléments structurant l'organisation du secteur des soins primaires dans ce pays.

Autre différence par rapport aux résultats de la majorité des études étrangères : l'importance que ces dernières confèrent à la protocolisation des actions pluriprofessionnelles, à l'existence d'un système d'information performant et à la traçabilité de l'ensemble des actions pour l'effectivité du travail pluriprofessionnel. De fait, parmi les travaux cités, un grand nombre s'inscrivent dans le cadre théorique d'un management fondé sur la notion de « rationalité procédurale » (Bosch *et al.*, 2008). Mais cette insistance sur la formalisation des pratiques cliniques et sur la transmission de l'information résulte aussi du fait que les organisations étudiées étant de grande taille (même dans le cas des cabinets anglais qui par ailleurs disposent d'un système d'information très en avance sur celui des MSP), leur fonctionnement nécessite un outillage informationnel conséquent (Wang *et al.*, 2006 ; Bojke *et al.*, 2001). Ceci n'est pas le cas des structures engagées dans l'ENMR, plutôt assimilables à des entreprises de taille intermédiaire entre très petites et micro-entreprises.

Ceci étant, peu d'études étrangères analysent la substance même du travail pluriprofessionnel, du moins les conditions empiriques le rendant possible. La majorité des travaux ne permettent pas, notamment, d'avoir accès aux mécanismes de négociation à l'origine de la redistribution des tâches et des responsabilités, la seule à même d'attester de la réalité d'une nouvelle organisation du travail pluriprofessionnel. Ce type de données n'est en effet accessible qu'à travers des méthodologies qualitatives privilégiant une approche compréhensive. Celle-ci nous a permis de montrer que le travail pluriprofessionnel pouvait exister dans les structures de petite taille que sont les MSP. En revanche, son émergence et sa mise en acte reposent davantage sur des mécanismes informels corrélés à l'existence d'une forte proximité cognitive interprofessionnelle (Boschma, 2005) que sur le respect de procédures formelles et un système d'information performant. Notre approche nous a aussi permis de mieux comprendre la manière dont les professionnels de santé intégraient les données de l'*Evidence-Based Medicine* à leurs conditions de pratiques selon un processus décrit par Gabay *et al.* (2004). Les connaissances issues de l'*Evidence-Based Medicine* sont en fait intégrées aux savoirs tacites locaux existant au sein du collectif de professionnels, après un travail critique permettant de les adapter au contexte local des pratiques. C'est ce qui nous a amenés à faire l'hypothèse que le travail sur les protocoles produisait de la qualité (Shuval *et al.*, 2010), non par un respect strict des règles formelles édictées entre professionnels, mais en raison d'une plus grande vigilance collective sur les risques de rupture des trajectoires en facilitant les interventions anticipatives qui transcendent le champ de compétences a priori de chaque « lanceur d'alerte ». C'est aussi l'ensemble de ces mécanismes qui explique que le travail pluriprofessionnel ait pu se développer en dépit des défaillances des logiciels dits partagés.

Enfin, l'approche compréhensive nous a permis un accès aux données portant sur les volumes et modes de redistribution des NMR, éléments qui manquent dans beaucoup de travaux qui ont analysé l'impact des rémunérations collectives sur les pratiques pluriprofessionnelles². Nous avons pu formuler des hypothèses concernant les liens entre intensité et

² Parmi les nombreux travaux anglais connus et de grande qualité, peu abordent l'exercice qualitatif du *skill mix* (travail en équipe pluriprofessionnelle) dans les cabinets anglais et très rares sont ceux qui examinent la nature des redistributions des financements collectifs (Roland *et al.*, 2014 ; Mac Donald *et al.*, 2007). Les travaux canadiens ne traitent pas de la redistribution mais de l'effet différentiel de diverses modalités de rémunération du travail pluriprofessionnel (Glazier *et al.*, 2009 ; Sarma *et al.*, 2010). Nous n'avons retrouvé qu'une seule recherche américaine qui aborde ce sujet (Bitton *et al.*, 2012).

périmètre du travail pluriprofessionnel, d'une part, et modalités de redistribution, d'autre part, liens dont la validité et la robustesse restent à valider.

Enfin, le fait que les proximités cognitive et géographique apparaissent corrélées au développement du travail pluriprofessionnel amène à s'interroger sur les conditions d'un tel travail dans des pôles dont les sites sont très distants (et qui correspondent souvent à d'anciens « réseaux de santé »). On peut craindre, au vu de nos résultats, qu'un travail pluriprofessionnel soit moins susceptible d'y émerger et de perdurer, à moins que ces structures ne bénéficient de l'appui de nouvelles technologies de l'information et de la communication relativement sophistiquées, capables de compenser la faible probabilité de rencontre physique entre professionnels éloignés.

Enfin, en matière d'évaluation de l'impact du travail pluriprofessionnel, les données de l'Assurance maladie ne permettent qu'une appréhension partielle du champ couvert par ces actions pluriprofessionnelles, et uniquement au travers d'indicateurs quantitatifs. Des données quantitatives complémentaires, aujourd'hui non prises en compte par les ARS mais disponibles dans les MSP, seraient utiles à recueillir localement. Encore faut-il pour cela que les logiciels partagés aient suffisamment évolué pour le permettre. Mais même en cas d'enrichissement par des données locales du Sniiram, un suivi qualitatif régulier des actions pluriprofessionnelles serait nécessaire pour appréhender la réalité du travail pluriprofessionnel dans sa complexité et dans le temps. Cela nécessiterait une observation sur site qui pourrait être mise à profit pour développer un accompagnement adapté sur des points choisis par la MSP en fonction de son projet de santé.

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. Comme dans d'autres pays, cette étude montre comment des formes nouvelles d'exercice regroupé pluriprofessionnel, couplées à de nouveaux modes de rémunérations (Bitton, 2012 ; Finlayson, 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, 2013 ; Lombrail, 2014). A l'origine du regroupement prévaut souvent le désir de travailler en monoprofessionnel qui va évoluer vers le pluriprofessionnel avec une durée de la transition d'environ trois à cinq ans. Certains de ses leviers 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 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 des moteurs essentiels du processus d'innovation qu'engendre le travail pluriprofessionnel. La recherche d'égalité de rémunération entre les professionnels pour des tâches équivalentes, couplée 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. Mais à cette construction du travail pluriprofessionnel chronophage s'ajoutent les contraintes liées à des freins systémiques et aux limites actuelles des NMR.

Une formation spécifique et un accompagnement structuré aux changements tant de nature clinique qu'organisationnelle paraissent utiles, sinon nécessaires pour vaincre 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 justi-

fierait l'extension du financement au-delà de la seule patientèle des médecins traitants. Les transformations culturelles (Mac Donald, 1993 ; 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.

Des éléments susceptibles de créer les conditions favorables à une généralisation raisonnée des NMR

Il n'existe qu'un seul déterminant *a priori* de l'émergence d'un travail pluriprofessionnel au sein d'une MSP : la capacité de l'équipe à construire un projet de santé cohérent, adapté aux spécificités et aux ressources locales. L'accompagnement des équipes devrait ainsi se faire en lien étroit avec les instances politiques et professionnelles locales pour permettre son inscription dans les dispositifs de régulation et de financement disponibles.

Si les médecins ont joué un rôle déterminant dans le regroupement pluriprofessionnel, à la fois en tant que porteurs institutionnels et promoteurs de terrain, les autres professionnels de santé ont également témoigné d'une volonté de travailler en équipe pluriprofessionnelle. L'exercice regroupé pluriprofessionnel constitue pour eux un enjeu important, tant en termes de valorisation symbolique que financière. Nos investigations suggèrent que plus l'ensemble des professionnels de santé se sent véritablement partie prenante de la conception et de la mise en œuvre des actions choisies, plus ce mode d'exercice a de chances de succès. Or, il existe de fortes barrières structurelles au travail pluriprofessionnel des non-médecins même si la nature et le poids des facteurs observés sont en partie différents de ceux existant dans les autres pays (Grover et Nirecko-Najium, 2013 ; Ladden *et al.*, 2013 ; Finlayson *et al.*, 2013). Ces freins visiblement sous-estimés par les promoteurs professionnels et institutionnels pourraient être dommageables pour la généralisation annoncée. En conséquence, la communication institutionnelle sur le travail pluriprofessionnel gagnerait à insister davantage sur le rôle des paramédicaux et des autres professionnels (coordinateurs notamment). Par ailleurs la gouvernance de la structure et les modes de financement collectifs devraient être conçus de façon à mieux associer les non-médecins et à promouvoir des actions qui les valorisent en tant que moteurs du projet. Ceci nécessiterait de conduire une réflexion sur les freins au travail pluriprofessionnel, *qu'ils soient liés aux modes actuels de rémunération des professions paramédicales et/ou à l'insuffisance de leurs nomenclatures d'actes, tout en développant les outils facilitant une évolution des métiers plus adaptée aux besoins des patients et aux ressources des professionnels*. On peut s'inspirer pour cela du contenu du rapport Génisson qui souligne notamment la nécessité de revenir sur l'article 51 portant sur les délégations de tâches et de réfléchir aux façons d'étendre les champs professionnels des paramédicaux (définis actuellement par décrets de compétences) en développant éventuellement des approches par mission.

Les logiciels dits partagés constituent aujourd'hui des freins plus que des moteurs du travail pluriprofessionnel. Outre leurs déficits techniques, ils ne répondent pas aux besoins des paramédicaux, ce qui devrait constituer un préalable au financement de leur développement. Il semble donc inadapté en l'état actuel des choses de baser le montant du financement des structures sur l'intensité de leur usage.

L'entrée dans les NMR constitue un choc culturel (Mac Donald *et al.*, 1993 ; BMC health service research, 2010) qui doit être accompagné dans le temps : il s'agit notamment de s'inspirer des travaux qualitatifs anglais et américains qui permettent de suivre les évolutions des organisations de soins primaires dans la durée ; ces études montrent également que les innovations organisationnelles et les transformations culturelles sous-jacentes (Greenshaw *et al.*, 2004) nécessitent à la fois du temps et un cadrage institutionnel fort, avec un engagement constant de la puissance publique (Crabtree *et al.*, 2011). Ce travail s'avère d'autant plus nécessaire que les nouveaux entrants ne sont sans doute pas aussi enclins ou préparés au travail pluri professionnel que ceux qui l'ont initié. (Dobson *et al.*, 2002).

En matière de stratégie d'accompagnement, un certain nombre de principes nous semblent particulièrement importants à prendre en compte : garder une certaine souplesse du pilotage pour soutenir la motivation et la créativité des professionnels impliqués et permettre l'adaptation des activités aux besoins et aux ressources locales ; accompagner les nouvelles structures de soins primaires dans le processus de montée en charge programmée en mobilisant un certain nombre d'outils parmi lesquels : le développement de formations initiales et continues au travail pluriprofessionnel ; le renforcement des compétences des ARS en matière de suivi en développant leurs capacités à piloter la montée en charge en lien avec les politiques locales sanitaires et sociales et avec les URPS ; la reconnaissance du rôle fondamental de l'accompagnement : mieux savoir s'appuyer sur les ressources des fédérations nationales et régionales des maisons et pôles de santé pour organiser des échanges de pratiques au niveau d'un territoire de santé, puis à l'échelle régionale, et les mutualiser au niveau national ; enfin, soutenir le développement de l'évaluation du travail pluriprofessionnel sous toutes ses formes en lien avec la recherche sur les soins primaires en articulant les approches multidisciplinaires.

Bibliographie

- Afrite A., Bourgueil Y., Daniel F., Mousquès J., Couralet P., Chevillard G. (2013). « L'impact du regroupement pluri-professionnel 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 », *Questions d'économie de la santé*, n° 189, juin.
- Bitton A., Schwartz G. R., Stewart E., Henderson D.E., Keohane C.A., Bates D W., Schiff G. (2012). "Off the hamster wheel? Qualitative evaluation of a payment-linked Patient-Centered Medical Home (PCMH)", *The Milbank Quarterly*, vol. 90, N° 3, pp. 484-515.
- Bojke C., Gravelle H., Wilkin D. (2001). "Is bigger better for primary care groups and trusts?", *BMJ* Mar 10;322(7286):599-602.
- Bosch M., Dijkstra R., Wensing M., van der Weijden T., Grol R. (2008). "Organizational culture, team climate and diabetes care in small office-based practices", *BMC Health Serv Res* 8:180.
- Boschma R. (2005). "Proximity and Innovation: A Critical Assessment", *Regional Studies* 39(1), pp.61-74.
- Cameron K.S., Freeman S.J. (1991). "Cultural congruence, strength, and type: relationships to effectiveness Research", *Organizational Change and Development*, vol. 5, p. 23-58.
- Cohen D., McDaniel R.R. Jr., Crabtree B.F., Ruhe M.C., Weyer S.M., Tallia A. *et al.* (2004). "A practice change model for quality improvement in primary care practice", *J Healthc-Manag* May;49(3):155-68.
- 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.
- Curoe A., Kralewski J., Kaissi A. (2003). "Assessing the cultures of medical group practices", *J Am Board FamPract* 16(5):394-8.
- Dellandrea A. (2013). « Etude des relations interprofessionnelles entre médecins généralistes et masseurs-kinésithérapeutes : enquête quantitative auprès de professionnels lorrains ». Thèse de doctorat de troisième cycle de médecine générale, faculté de médecine de Nancy.
- Deom M., Agoritsas T., Bovier P. A., Perneger T. V. (2010). "What doctors think about the impact of managed care tools on quality of care, costs, autonomy and relations with patients", *BMC health service research* 10:331. <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/10/331>
- Dépinoy D., (2011). *Les maisons de santé, une urgence citoyenne*, Paris, Editions de santé.

- Dobson Sue *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. (2012a). « Les maisons de santé : beaucoup de bruit pour quelque chose », *Prescrire*, 32 (346) : 614-619.
- Durand G. (2012b). « 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", *Primary Health Care Research and Development* 1-10.
- Gabay J., Lemay A. (2004). "Evidence based guidelines or collectively constructed "mind-lines"? ethnographic study of knowledge management in primary care", *BMJ* (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 n° 318 fait au Sénat le 28 janvier 2014.
- Glazier R. H., Kleiin-Getlink J., Kopp A., Sibley L.M. (2009). "Capitation and enhanced fee-for-service models for primary care reform: a population-based evaluation", *CMAJ*, 26 mai.
- Greenshaw T.R. *et al.* (2004). "Diffusion of innovations in service organisations: Systematic review and recommendations", *Milbank quarterly* (82) 581-629.
- Grover A., Nirecko-Najium J.D. (2013). "Primary care teams: are we yet there? Implications for work force planning", *Academic medicine* (88) 12 1-5.
- Hann M., Bower P., Campbell S., Marshall M., Reeves D. (2007). "The association between culture, climate and quality of care in primary health care teams", *FamPract* Sep;24(4):323-9.
- Hartnell C.A. *et al.* (2011). "Organisational culture and organisational effectiveness: a meta-analytic investigation of the competing value framework's theretical suppositions", *Journal of Applied Psychology*, 96 (4), 677-694.
- Hirschman, A. O. (1970). *Exit, voice, and loyalty: Responses to decline in firms, organizations and states*. Cambridge: Harvard University Press.
- Hogan Anderson N., West M.A. (1994). *Team Climate Inventory: Manual and User's Guide Windsor*. UK: NFER-Nelson.
- Hogan T.P. (2012). "Through the lens of Next step in understanding the significance of organizational justice", *Medical Care* 50 (10) 829-830.
- Kralewski J.E., Wingert T.D., Barbouche M.H. (1996). "Assessing the culture of medical group practices", *Med Care* May 34(5):377-88.

- Ladden M.L. *et al.* (2013). "The emerging primary care workforce: preliminary observations from the primary care team: leaning from effective ambulatory practices project", *Academic medicine* (88) 12 6-8
- Mac Donald Ruth *et al.* (1993). "Coexisting logics in the changing field of English general practice", *Social Science & Medicine* 93 47-54.
- Mannion R., Davies H.T., Marshall M.N. (2005). *Culture for performance in health care editors*. Open university press McGraw-Hill Education.
- 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* Sep 13;327(7415):599-602.
- Mc Donald R., Harrison S., Checkland K., Campbell S., Roland M. (2007). "Impact of financial Incentives on clinical autonomy and international motivation in Primary care: ethnographic study", *BMJ*, 17 mai.
- Monneraud L. (2011). « Pouvoirs locaux et santé : construction de compétence ou déconstruction des compétences ? Observation de l'intervention des collectivités et pays aquitains en matière de santé », in Cherubini G. (sous la dir.) *Agir pour la promotion de la santé. Une politique ouverte à l'innovation ?* Toulouse, Editions Erès, 77-97.
- Ohman-Strickland P.A., John O.A., Nutting P.A., Perry D.W., Scott-Cawiezell J., Hahn K. *et al.* (2007). "Measuring organizational attributes of primary care practices: development of a new instrument", *Health Serv Res* Jun;42(3 Pt 1):1257-73.
- Quinn R.E., Rohrbaugh J. (1981). "A competing values approach to organizational effectiveness", *Public Productivity Review* 5, 122-140.
- Roland M., Campbell S. (2014). "Successes and failures of Pay for Performance in United Kingdom", *The New England Journal of Medicine*, may.
- Sarma S., Devlin R.A., Belhadji B., Thind A. (2010). "Does the way physicians are paid influence the way they practice? The case of Canadian family physicians' work activity", *Health Policy*, 98 (2010) 203-217.
- Schweyer F.-X. (2010). « L'outil qui cache la réforme, les généralistes dans les réseaux de santé », in Bloy G., Schweyer F.-X., ed., *Singuliers généralistes*. Rennes, Presses de l'EHESP, 2010, 283-302.
- Shortell S.M., Zazzali J.L., Burns L.R., Alexander J.A., Gillies R.R., Budetti P.P. *et al.* (2001). "Implementing evidence-based medicine: the role of market pressures, compensation incentives, and culture in physician organizations", *Med Care* Jul 39(7 Suppl 1):I62-I78
- Shuval K *et al.* (2010). "Association between primary care physician's evidence based knowledge and quality of care", *IJQHC* (22) 1 16-23.
- Solberg L.I., Asche S.E., Shortell S.M., Gillies R.R., Taylor N., Pawlson L.G. *et al.* (2009). "Is integration in large medical groups associated with quality?", *Am J Manag Care* Jun;15(6):e34-e41.

- Tollen L. (2008). *Physician organization in relation to quality and efficiency of care: a synthesis of recent literature*. The Commonwealth Fund Commission on a High Performance Health System.
- Virtanen M. *et al.* (2012). "Organisational justice in primary care health centers and glyce-mic control in patients with type 2 diabetes", *Medical Care* 50 (10) 829-830.
- Wang Y., O'Donnell C.A., Mackay D.F., Watt G.C. (2006). "Practice size and quality at-tainment under the new GMS contract: a cross-sectional analysis", *Br J Gen Pract* Nov;56(532):830-5.
- Wilensy G.R. (2011). "Lessons from the Physician group practice demonstration: A sobering reflexion", *NEJM* 365(18) 1659-1663.
- Zazzali J.L., Alexander J.A., Shortell S.M., Burns L.R. (2007). "Organizational culture and physician satisfaction with dimensions of group practice", *Health ServRes* 42(3 Pt 1):1150-76.

Les dernières publications de l'Irdes



- **L'Enquête santé et protection sociale (ESPS) 2012 : premiers résultats**
Célant N., Dourgnon P., Guillaume S., Pierre A., Rochereau T., Sermet C.
Questions d'économie de la santé n° 198. Mai 2014.
- **L'accès aux soins dentaires, ophtalmologiques et gynécologiques des personnes en situation de handicap en France. Une exploitation de l'enquête Handicap-Santé Ménages**
Lengagne P., Penneau A., Pichetti S., Sermet C.
Questions d'économie de la santé n° 197. Avril 2014.



- **Les déterminants du don de sang en France. Une analyse sur données de l'enquête ESPS 2012**
Errea M., Rochereau T., Sirven N.
Document de travail n° 61. Juin 2014.
- **Mesurer la fragilité des personnes âgées en population générale : une comparaison entre ESPS et SHARE**
Sirven N.
Document de travail n° 60. Mai 2014.



- **Étude de faisabilité sur la diversité des pratiques en psychiatrie**
Coldefy M., Nestrigue C., Or Z.
Rapport Irdes n° 1896, novembre 2012.
- **L'enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise 2009**
Perronnin M., Pierre A., Rochereau T.
Rapports Irdes n° 1890, juillet 2012.

Abonnements-Diffusion : Irdes 10, rue Vauvenargues 75018 - Paris
www.irdes.fr – Tél. : 01 53 93 43 06/17 – Fax : 01 53 93 43 07
Contact : publications@irdes.fr

La Documentation

Responsable : Marie-Odile Safon
Documentalistes : Suzanne Chriqui, Véronique Suhard
Assistant de documentation : Damien Le Torrec

Un fonds documentaire spécialisé en économie de la santé, organisation des systèmes de santé, politiques de santé, professionnels de santé, hôpital, etc. composé de 16 000 ouvrages, 200 périodiques, 1 600 *Working papers* de centres de recherche étrangers (National Bureau of Economic Research, Center for Health Economics de York...), et de dossiers thématiques permettant de revisiter l'actualité de la santé depuis les années 1980.

Des produits documentaires à consulter sur le site internet www.irdes.fr (voir ci-dessous).

Consultation du fonds documentaire sur rendez-vous au 01 53 93 43 56/01.

Contact : documentation@irdes.fr

À découvrir sur le site de l'Irdes <http://www.irdes.fr>

Contact : contact@irdes.fr

- Toutes les **publications** de l'Irdes sont mises en ligne dès leur parution.
- La **Lettre d'information** mensuelle de l'Irdes, qui présente les dernières actualités en économie de la santé (publications, séminaires et colloques, 3 questions à un chercheur, graphique du mois...), est envoyée par courriel sur simple inscription : <http://www.irdes.fr/LettreInfo/Inscription.html>
- Les bases de données **Eco-Santé**, outils d'analyse rétrospective des statistiques de santé, sont conçues pour créer des tableaux, des graphiques ou réaliser des cartes à partir de données officielles récentes.
- Des **produits documentaires** élaborés par la Documentation : des synthèses thématiques, le bulletin bibliographique « Quoi de neuf, Doc ? », le glossaire spécialisé français/anglais...

Dynamiques et formes du travail pluriprofessionnel dans les maisons et pôles de santé

Recherche qualitative dans le cadre des Expérimentations
des nouveaux modes de rémunération en maisons et pôles de santé (ENMR)

À partir d'entretiens réalisés avec les professionnels de quatre maisons et pôles de santé, cette recherche qualitative explore les modalités de mise en œuvre de l'exercice pluriprofessionnel au sein de ces structures regroupées et complète l'évaluation quantitative effectuée par l'Irdes dans le cadre des Expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR). Trois objectifs ont sous-tendu cette recherche : observer les conditions d'émergence et les différentes formes du travail pluriprofessionnel au sein des quatre structures, distinguer les facteurs influençant son développement et, en particulier, le rôle joué par les financements collectifs attribués spécifiquement pour faciliter la mise en place d'actions pluriprofessionnelles, réfléchir aux conditions d'une généralisation réussie de cette expérimentation.

Nous montrons que l'émergence du travail pluriprofessionnel est associée à une plus grande proximité cognitive entre professionnels de santé menant à une diminution de la hiérarchie symbolique entre professions et au renforcement de la confiance interprofessionnelle. L'entrée dans l'ENMR, marquée par la nécessité de gérer collectivement les nouveaux financements attribués, est précédée le plus souvent du désir de travailler en monoprofessionnel. Elle produit ou amplifie un choc culturel déjà émergent lors de la construction du projet de santé. Elle s'accompagne d'un processus d'institutionnalisation marqué par l'engagement des professionnels non médecins, se traduisant par une redéfinition de leurs rôles et responsabilités et par le développement de nouvelles compétences. Ce processus apparaît facilité par un management participatif ou une gouvernance collégiale. De nombreuses activités cliniques, préventives ou éducatives pluriprofessionnelles se renforcent ou se développent. En dépit d'efforts de formalisation, elles demeurent majoritairement informelles, mais s'accompagnent d'une vigilance collective accrue dans le suivi des patients. De nouveaux liens se tissent avec les structures environnantes, contribuant parfois à une dynamique de structuration des soins primaires au niveau territorial. Le contexte de pratique jugé par les médecins peu concurrentiel renforce l'effet des facteurs facilitateurs pour le regroupement et les coopérations interprofessionnelles. Nous montrons néanmoins l'existence de nombreux freins en rapport avec les modes de financement et d'organisation des pratiques professionnelles, et avec les frontières juridiques fixant les juridictions respectives du travail entre médecins et paramédicaux. Sont aussi en cause les formations initiales de l'ensemble des professionnels de santé ainsi que l'inadaptation des logiciels dits partagés aux besoins spécifiques des paramédicaux en matière de travail pluriprofessionnel. Le succès de la généralisation des ENMR nécessitera donc un accompagnement soutenu sur les modalités duquel nous esquissons quelques pistes.

Mots-clés : Maisons et pôles de santé, Expérimentations de nouveaux modes de rémunération (ENMR), Organisation du travail, Travail pluriprofessionnel, Soins primaires, Coopération interprofessionnelle, Professionnels de santé.