



Faculté de médecine

Année 2022/2023

N°

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État

par

Cassandra PUISSET

Née le 24 mars 1994 à Saint Jean de Braye (45)

Accord conventionnel interprofessionnel : enquête auprès des professionnels exerçant dans des maisons de santé pluriprofessionnelles du Loiret

Présentée et soutenue publiquement le 14 décembre 2023 devant un jury composé de :

Président du Jury : Professeur Jean Pierre LEBEAU, Médecine Générale, PU, Faculté de Médecine - Tours

Membres du Jury :

Docteur Maxime PAUTRAT, Médecine générale, MCA, Faculté de Médecine – Tours

Docteur Maryline RAMOS DA CRUZ, Médecine Générale – Gien

Directeur de thèse : Docteur Anne LAZAREVITCH, Médecine Générale - Gien

UNIVERSITE DE TOURS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Pr Patrice DIOT

VICE-DOYEN

Pr Henri MARRET

ASSESEURS

Pr Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*

Pr Mathias BUCHLER, *Relations internationales*

Pr Theodora BEJAN-ANGOULVANT, *Moyens – relations avec l'Université*

Pr Clarisse DIBAO-DINA, *Médecine générale*

Pr François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*

Pr Patrick VOUREC'H, *Recherche*

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

Mme Carole ACCOLAS

DOYENS HONORAIRES

Pr Emile ARON (†) – 1962-1966

Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962

Pr Georges DESBUQUOIS (†) – 1966-1972

Pr André GOUAZE (†) – 1972-1994

Pr Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004

Pr Dominique PERROTIN – 2004-2014

PROFESSEURS EMERITES

Pr Daniel ALISON

Pr Gilles BODY

Pr Philippe COLOMBAT

Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL

Pr Luc FAVARD

Pr Bernard FOUQUET

Pr Yves GRUEL

Pr Gérard LORETTE

Pr Loïc VAILLANT

PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ – P. ARBEILLE – A. AUDURIER – A. AUTRET – C. BARTHELEMY – J.L. BAULIEU – C. BERGER – JC. BESNARD – P. BEUTTER – C. BONNARD – P. BONNET – P. BOUGNOUX – P. BURDIN – L. CASTELLANI – J. CHANDENIER – A. CHANTEPIE – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – C. COUET – L. DE LA LANDE DE CALAN – P. DUMONT – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – D. GOGA – A. GOUDEAU – J.L. GUILMOT – O. HAILLOT – N. HUTEN – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – O. LE FLOCH – Y. LEBRANCHU – E. LECA – P. LECOMTE – AM. LEHR-DRYLEWICZ – E. LEMARIE – G. LEROY – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAINÉ – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – D. PERROTIN – L. POURCELOT – R. QUENTIN – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – A. ROBIER – J.C. ROLLAND – P. ROSSET – D. ROYERE – A. SAINDELLE – E. SALIBA – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – D. SIRINELLI – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ANDRES Christian.....	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis	Cardiologie
APETOH Lionel	Immunologie
AUPART Michel.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique	Cardiologie
BACLE Guillaume.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BAKHOS David.....	Oto-rhino-laryngologie
BALLON Nicolas.....	Psychiatrie ; addictologie
BARBIER François.....	Médecine intensive et réanimation
BARILLOT Isabelle.....	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora	Pharmacologie clinique
BERHOUEZ Julien	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERNARD Anne	Cardiologie
BERNARD Louis	Maladies infectieuses et maladies tropicales
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène.....	Biochimie et biologie moléculaire
BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
BOURGUIGNON Thierry	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BRILHAULT Jean.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNEREAU Laurent	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck.....	Urologie
BUCHLER Matthias.....	Néphrologie
CAILLE Agnès	Biostat., informatique médical et technologies de communication
CALAIS Gilles.....	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent.....	Psychiatrie d'adultes
CORCIA Philippe.....	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et imagerie médicale
DEQUIN Pierre-François.....	Thérapeutique
DESMIDT Thomas.....	Psychiatrie
DESOUBEAUX Guillaume.....	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe	Anatomie
DI GUISTO Caroline	Gynécologie obstétrique
DIOT Patrice.....	Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri.....	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
EHRMANN Stephan	Médecine intensive – réanimation
EL HAGE Wissam.....	Psychiatrie adultes
ELKRIEF Laure.....	Hépatologie – gastroentérologie
ESPITALIER Fabien.....	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
FAUCHIER Laurent	Cardiologie
FOUGERE Bertrand	Gériatrie
FRANCOIS Patrick.....	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle	Anatomie & cytologie pathologiques
GATAULT Philippe.....	Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine.....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
GUERIF Fabrice	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUILLOIN Antoine.....	Médecine intensive – réanimation
GUILLOIN-GRAMMATICO Leslie.....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GUYETANT Serge	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel.....	Hématologie, transfusion
HALIMI Jean-Michel.....	Thérapeutique
HANKARD Régis.....	Pédiatrie
HERAULT Olivier	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe.....	Biologie cellulaire
IVANES Fabrice	Physiologie
LABARTHE François	Pédiatrie
LAFFON Marc	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert.....	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd.....	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique	Bactériologie-virologie
LAURE Boris.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECOMTE Thierry.....	Gastroentérologie, hépatologie

LEGRAS Antoine.....	Chirurgie thoracique
LESCANNE Emmanuel.....	Oto-rhino-laryngologie
LEVESQUE Éric.....	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LINASSIER Claude	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent	Dermato-vénéréologie
MAILLOT François	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie
MARRET Henri	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel.....	Dermatologie-vénéréologie
MEREGHETTI Laurent.....	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MITANCHEZ Delphine	Pédiatrie
MOREL Baptiste.....	Radiologie pédiatrique
MORINIERE Sylvain.....	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis.....	Rhumatologie
ODENT Thierry.....	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna.....	Gynécologie-obstétrique
PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric	Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Franck	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean.....	Ophtalmologie
PLANTIER Laurent.....	Physiologie
REMERAND Francis	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe.....	Biologie cellulaire
RUSCH Emmanuel.....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline.....	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem.....	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab	Dermatologie-vénéréologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET-BIGOT Bénédicte	Thérapeutique
THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
TOUTAIN Annick.....	Génétique
VELUT Stéphane.....	Anatomie
VOURC'H Patrick.....	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé	Immunologie
ZEMMOURA Ilyess	Neurochirurgie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

DIBAO-DINA Clarisse
LEBEAU Jean-Pierre

PROFESSEURS ASSOCIES

MALLET Donatien

PROFESSEUR CERTIFIE DU 2ND DEGRE

MC CARTHY Catherine.....

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AUDEMARD-VERGER Alexandra.....	Médecine interne
BISSON Arnaud.....	Cardiologie (CHRO)
BRUNAUT Paul.....	Psychiatrie d'adultes, addictologie
CARVAJAL-ALLEGRIA Guillermo.....	Rhumatologie (au 01/10/2021)
CLEMENTY Nicolas.....	Cardiologie
DOMELIER Anne-Sophie.....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane.....	Biophysique et médecine nucléaire
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie.....	Anatomie et cytologie pathologiques
GARGOT Thomas.....	Pédopsychiatrie
GOUILLEUX Valérie.....	Immunologie
HOARAU Cyrille.....	Immunologie
KERVARREC Thibault.....	Anatomie et cytologie pathologiques
LE GUELLEC Chantal.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LEDUCQ Sophie.....	Dermatologie
LEFORT Bruno.....	Pédiatrie
LEJEUNE Julien.....	Hématologie, transfusion
LEMAIGNEN Adrien.....	Maladies infectieuses
MACHET Marie-Christine.....	Anatomie et cytologie pathologiques
MOUMNEH Thomas.....	Médecine d'urgence
PARE Arnaud.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
PIVER Éric.....	Biochimie et biologie moléculaire
ROUMY Jérôme.....	Biophysique et médecine nucléaire
STANDLEY-MIQUELESTORENA Elodie.....	Anatomie et cytologie pathologiques
STEFIC Karl.....	Bactériologie
TERNANT David.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
VAYNE Caroline.....	Hématologie, transfusion
VUILLAUME-WINTER Marie-Laure.....	Génétique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia.....	Neurosciences
NICOGLU Antonine.....	Philosophie – histoire des sciences et des techniques
PATIENT Romuald.....	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile.....	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

AUMARECHAL Alain.....	Médecine Générale
BARBEAU Ludivine.....	Médecine Générale
CHAMANT Christelle.....	Médecine Générale
ETTORI Isabelle.....	Médecine Générale
MOLINA Valérie.....	Médecine Générale
PAUTRAT Maxime.....	Médecine Générale
PHILIPPE Laurence.....	Médecine Générale
RUIZ Christophe.....	Médecine Générale
SAMKO Boris.....	Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRAE

BECKER Jérôme.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BOUAKAZ Ayache	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BOUTIN Hervé.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BRIARD Benoit.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
CHALON Sylvie	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
DE ROCQUIGNY Hugues	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
ESCOFFRE Jean-Michel.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GILLOT Philippe.....	Chargé de Recherche Inrae – UMR Inrae 1282
GOMOT Marie.....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GOUILLEUX Fabrice	Directeur de Recherche CNRS – EA 7501 - ERL CNRS 7001
GUEGUINOU Maxime.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1069
HEUZE-VOURCH Nathalie.....	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
KORKMAZ Brice.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
LATINUS Marianne.....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LAUMONNIER Frédéric	Directeur de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
LE MERRER Julie	Directrice de Recherche CNRS – UMR Inserm 1253
MAMMANO Fabrizio.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
MEUNIER Jean-Christophe	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
PAGET Christophe	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
RAOUL William	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1069
SECHER Thomas.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
SI TAHAR Mustapha	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
SUREAU Camille	Directrice de Recherche émérite CNRS – UMR Inserm 1259
TANTI Arnaud	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
WARDAK Claire.....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'éthique médicale

BIRMELE Béatrice.....Praticien Hospitalier

Pour la médecine manuelle et l'ostéopathie médicale

LAMANDE Marc

Pour l'orthophonie

BATAILLE Magalie.....Orthophoniste
CLOUTOUR Nathalie.....Orthophoniste
CORBINEAU Mathilde.....Orthophoniste
EL AKIKI Carole

Pour l'orthoptie

BOULNOIS Sandrine.....Orthoptiste

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des enseignants et enseignantes
de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits aux indigents,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis(e) dans l'intérieur des maisons, mes yeux
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux(euse) et reconnaissant(e) envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs parents.

Que les hommes et les femmes m'accordent leur estime
si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert(e) d'opprobre
et méprisé(e) de mes confrères et consœurs
si j'y manque.

Remerciements

A **Monsieur le Professeur Jean Pierre LEBEAU**, je vous remercie de bien vouloir me faire l'honneur de présider mon jury de thèse. Je vous suis très reconnaissante de bien vouloir porter intérêt à ce travail.

A **Monsieur le Docteur Maxime PAUTRAT**, je suis ravie de vous compter parmi les membres du jury de cette thèse. Soyez assurée de mon profond respect et recevez mes remerciements les plus sincères.

A **Madame le Docteur Maryline RAMOS DA CRUZ**, je te remercie sincèrement d'avoir accepté d'être membre de mon jury. Un grand merci pour ta présence toujours joviale à la MSP, ton soutien et ta disponibilité pour répondre à mes petites et grandes interrogations.

A **Madame le Docteur Anne LAZAREVITCH**, un grand merci d'avoir accepté d'être ma directrice de thèse, j'espère avoir été à la hauteur de ce dernier travail qui te tenait à cœur. Merci pour ton soutien bienveillant et ton investissement. Je n'ai plus qu'à te souhaiter une joyeuse et agréable retraite dans ta Bretagne.

A **tous les professionnels de santé qui ont accepté de participer aux entretiens de cette thèse** : ce travail n'aurait pas pu être réalisé sans vous, merci de vous être rendu disponibles. A toutes les **coordinatrices** qui m'ont accueillie et se sont rendues disponibles pour répondre à mes demandes : un grand merci, vous êtes le socle de ces belles équipes.

A **Monsieur Thibault ROUSSELOT**, je vous remercie pour votre aide précieuse auprès des diverses institutions et toute la documentation nécessaire à ce travail, ainsi que votre soutien pour le projet de MSP de Sully.

A **Madame Sanae KANZALLA**, à **Monsieur Christian AHYI**, à **Monsieur Sylvain MORISSET**, je vous remercie d'avoir pris le temps de répondre à mes questions.

A toutes les **équipes médicales et paramédicales** que j'ai rencontré au cours de ma formation aux urgences de Gien, au centre hospitalier de Briare. J'ai tant appris à vos côtés aussi bien humainement que professionnellement.

A **l'équipe d'addictologie du CMP Saint Marc** et plus particulièrement au **Dr Anne-Marie BRIEUDE**, je te remercie de m'avoir fait découvrir cette spécialité peu connue, entière et si humaine. A nos futures collaborations !

A la super équipe du stage de gynéco/pédiatrie ambulatoire du 45, **Dr Colette DELAVENNA**, **Dr Claire KINGUE**, **Dr Violaine ROUJOU**, **Dr Laurence WITTKE** : merci pour votre bienveillance, votre énergie, vous m'avez permis de prendre confiance et de m'épanouir pleinement dans ma pratique. Ma relation avec mes patients n'en est que meilleure. Je me suis découverte grâce à vous une passion pour la santé de la femme qui n'est pas prête de s'arrêter.

A tous mes MSU de médecine générale : **Dr Emmanuel BISOT**, **Dr Benoit CHAUMONT**, **Dr Christine PORTAL**, **Dr Philibert De ROVIRA**, **Dr Anne CHAILLOU** et **Dr Pierre BIDAUT**. Vous avez chacun participé à ma formation en me transmettant vos techniques, connaissances et expériences. Vous avez créé le médecin que je suis aujourd'hui.

A mes collègues :

A **l'équipe d'animateurs et médicale du planning familial d'Orléans** : Merci de m'avoir intégrée si gentiment. C'est un réel plaisir de venir travailler avec vous, malgré des situations parfois complexes et lourdes. Vous avez toujours une place pour la joie et la bonne humeur. Ce travail de thèse terminé, je vais pouvoir prendre le temps de me former pour vous apporter de nouvelles compétences. A nos futures années ensemble !

A toute **l'équipe de la maison de santé pluriprofessionnelle Anne de Beaujeu de Gien**. Je ne pourrai jamais assez-vous remercier pour ces 3 dernières années passées à vos côtés. Merci à chacun des médecins que j'ai pu remplacer pour votre confiance. Une mention spéciale pour toi, Pierre qui aura été mon mentor depuis le début et nouvel acolyte de jeu ! Tes conseils et ton énergie sont une source d'inspiration pour moi. Merci à toute l'équipe d'accueil et aux assistantes médicales pour votre bonne humeur, votre soutien dans les jours difficiles et vos capacités d'adaptation. Merci à Emeline, pour avoir pris le temps de répondre à mes question concernant cette thèse. Je vous suis à tous très reconnaissante du soutien que vous m'apportez pour mon futur projet d'installation. A nos futures collaborations !

A mes **futurs collègues de la maison de santé pluriprofessionnelle de Sully**, merci de croire en ce projet, merci de vous mobiliser avec moi pour construire notre avenir ensemble. J'y ai rencontré des professionnels passionnés et de nouveaux amis. Cette thèse est une pierre à l'édifice de notre future organisation. **Claudie** tu auras été mon médecin de famille, tu m'auras vu grandir. Tu représentes le médecin de famille que je souhaite devenir. Merci à toi de prendre soin de ma famille.

A mes proches, amis d'enfance et plus récents :

A **Sandrine et Bruno** : vous me connaissez depuis toute petite, vous avez suivi mes réussites et mes échecs. Vous m'avez transmis la passion du cheval mais également le gout de la performance, la volonté de toujours s'appliquer à faire mieux. L'équitation est un sport où rien n'est jamais acquis, l'apprentissage et la remise en question sont permanents malgré une pratique assidue. Finalement toutes ces caractéristiques je les retrouve dans la pratique de la médecine, vous m'y avez préparé sans le savoir.

A **Irina** : La danse m'a permis de me libérer de ma timidité maladive Tu as participé à mon épanouissement. Tu as créé la femme coquette que je suis. Merci à toi.

A **Morgane et Leslie**, une amitié vieille comme le monde qui malgré la distance et les épreuves de la vie a su perdurer. Même si les agendas ne sont pas toujours faciles à faire concorder, les retrouvailles sont toujours un pur plaisir. Merci pour cette belle amitié et qu'elle dure toujours .

A **Justine, Laura, Océane et Edouard**, un grand merci pour toutes ces soirées et sorties endiablées, ces moments de joie, de folie, de pleurs partagés en votre compagnie. Merci de toujours avoir répondu présents quand j'avais besoin de m'évader. Vous êtes devenus indispensable. En ce jour important, votre défi commence, à vous d'assurer maintenant ! A toutes ces années à vos côtés et à toutes les futures... Show must go on ...

A **Eliott**, mon canard, partenaire de galère depuis le lycée, on en a traversé des étapes ensemble. Tu as toujours été un soutien, un repère. Aujourd'hui la distance nous sépare mais je sais que tu es toujours disponible pour répondre à mes questions. En espérant que tu ne sois plus aussi loin à l'avenir collègue !

A **Cyrielle**, une amitié qui a débuté en PACES. La distance nous sépare aujourd'hui et tu me manques, mais te voilà de retour pour de nouvelles aventures. Merci pour ces belles années.

A **Amélie**, ma normande, une belle rencontre pleine de caractère. A toutes nos petites histoires sur les quais, à toutes nos futures sorties. Merci d'être un soutien dans les moments difficiles.

A **Damien**, je te remercie pour tous ces moments de partage de nos passions communes. Encore plein de chose à te faire découvrir. Merci pour cette belle amitié qui débute.

A **Tristan**, merci de m'avoir écoutée râler ces 8 derniers mois, merci de m'avoir encouragée dans les moments où la dispersion et l'abandon n'étaient qu'à un pas. A nos discussions sans queue ni tête et à ton humour qui me font garder le sourire. Merci d'être là.

A **Chloé, Camille, Thomas, Damien** rencontrés pendant ces dernières années d'internat, ce fut un réel de plaisir de partager tous ces moments.

A ma famille :

Tout d'abord, merci à vous tous pour vos encouragements tout au long de ces longues études. Vous êtes un réservoir d'énergie infaillible face à toutes les épreuves, un soutien indéfectible. Merci pour tous ces souvenirs, ces soirées, ces chorégraphies improbables.

Merci à ma **Tata**, pour toutes les expériences que tu as pu nous faire vivre enfant, à ta joie de vivre toujours communicative. A mon **Léo**, le performeur et maintenant coach de ta grande cousine, toujours accompagné de ton adorable et patiente **Héloïse**. A ma **Salomé**, un grand merci pour ton soutien moral tout au long de ce travail et de toujours me suivre dans nos expéditions organisées en dernière minute mais qui font du bien aux yeux et au ventre.

A **Papy et Michelle**, merci de toujours être là pour vos petits-enfants. J'espère que vous êtes fiers de nous, fiers du parcours que chacun réalise. Aujourd'hui, Papy tu vas pouvoir commencer à dormir tranquillement car nous avons tous une situation. Merci de toujours penser à nous réunir autour d'une bonne bouteille, cela promet encore quelques réunions de famille houleuses.

A **mes grands-mères** qui j'espère sont fières de moi là où elles sont.

A **mes deux petites sœurs, Montaine et Inès** : Vous avez bien grandi et je suis fière des femmes de caractère que vous êtes devenues. Il est loin le temps de mes 18 ans où on ne pouvait plus se voir. Aujourd'hui, vous commencez chacune vos vies d'adultes indépendantes et j'espère que vous n'aurez plus besoin de moi mais que cela ne vous empêchera pas de revenir voir votre grande sœur. A tous nos moments de folies, de fou-rire, à nos expéditions en forêt, nos voyages, nos compétitions, nos confidences. Vous êtes mon sang et comme on ne se le dit jamais : je vous aime.

A **mes parents** : Ce fût un long parcours pour arriver jusqu'ici. Vous avez toujours été à mes côtés (même si au début pas grand monde n'y croyait). Vous avez toujours supporté mon caractère pas toujours agréable et mes moments de doutes. Merci pour les valeurs et l'éducation que vous m'avez transmises. Merci d'avoir toujours tout fait pour vos filles. J'espère que vous êtes fiers des trois filles que vous avez élevées.

Accord conventionnel interprofessionnel : enquête auprès des professionnels exerçant dans des maisons de santé pluriprofessionnelles du Loiret

RESUME

Introduction : Depuis une dizaine d'année, le concept de maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) vient transformer la pratique des professionnels de santé, notamment dans la prise en charge de patients en situations médico-sociales complexes, dans un contexte de baisse de démographie chez les professionnels de santé. Les pouvoirs publics accompagnent le mouvement des MSP en finançant l'exercice coordonné via un financement issu de l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI). L'ACI a été signé en 2017 entre les instances politiques et les différents représentants des métiers de la santé pérennisant ainsi les expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR). Cette rémunération vise à optimiser le parcours de soins des patients en améliorant les échanges entre professionnels, en renforçant la qualité des soins et les actions de prévention. Depuis sa création en 2017, le nombre de maisons de santé adhérant à l'ACI ne cesse d'augmenter. En 2021 en France, 1372 MSP avaient adhéré au contrat ACI sur environ 2000 MSP labellisées. La répartition du financement permis par l'ACI est laissée au libre choix des équipes pluriprofessionnelles, et on observe des clés de répartition diverses en fonction des dynamiques d'équipe. A ce jour, il existe peu de données quant aux représentations et impacts de l'ACI sur les professionnels de santé en exercice au sein de ces MSP. Seuls quelques articles analysent les effets des ENMR avant 2017. L'objectif de l'étude est donc d'explorer les représentations et les impacts de la rémunération issue de l'ACI sur des professionnels de santé exerçant en maison de santé pluriprofessionnelle dans un territoire limité.

Méthode : Etude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés auprès de 16 professionnels de soins exerçant dans 5 maisons de santé pluriprofessionnelles du Loiret et signataires du contrat ACI depuis plus d'un an. Les entretiens étaient enregistrés puis retranscrits mot pour mot. L'analyse a été inspirée de la théorisation ancrée.

Résultats : La rémunération issue de l'ACI entraîne un grand nombre de répercussions sur l'organisation de la maison de santé, sur le fonctionnement de l'équipe et sur le professionnel lui-même. Ces conséquences sont le plus souvent perçues comme satisfaisantes avec le renforcement de la cohésion d'équipe une volonté d'horizontalisation des relations, la valorisation de l'investissement, l'encouragement de projets innovants adaptés au territoire, l'amélioration de la qualité des soins pour le patient et de la qualité de vie pour les professionnels. Les représentations du dispositif ACI varient en fonction des professionnels et selon leur relation à l'argent. Cependant, le contrat ACI entraîne des contraintes de charge de travail et limite l'autonomie des équipes provoquant chez certains professionnels un sentiment de méfiance et une adhésion incomplète au contrat ACI. Les équipes considèrent que des changements dans le cahier des charges sont nécessaires.

Conclusion : La rémunération ACI introduit un nouveau schéma complexe de système de santé de premiers recours intriquant les professionnels de santé libéraux, les instances politiques, la gestion d'argent public. L'impact de ce financement est globalement satisfaisant pour les équipes. Il met en évidence l'importance de la liberté d'utilisation de cette somme d'argent. Cependant, ce financement crée un certain nombre de contraintes inutiles ou contre-productives, ce qui devrait être pris en compte par les pouvoirs publics dans le but d'améliorer l'adhésion au système ACI. Ce système n'est pas la solution parfaite pour lutter contre la désertification des territoires mais il offre une possibilité d'attractivité qu'il serait bon de réévaluer à l'avenir.

Mots clés : Accord conventionnel interprofessionnel (ACI)/ Maison de santé pluriprofessionnelle (MSP)/ Exercice coordonné/ Equipe pluriprofessionnelle /Loiret

Inter-professional agreement : survey of professionals working in multidisciplinary health center in the Loiret region.

ABSTRACT

Introduction : Over the past ten years, the concept of the multidisciplinary health center (MHC) has been transforming the way healthcare professionals work, particularly in the care of patients in complex medical and social situations, against a backdrop of declining demographics among healthcare professionals. The public authorities are supporting the MHC movement by financing coordinated practice through the inter-professional agreement (IPA). The IPA was signed in 2017 between the political authorities and the various representatives of the healthcare professions, perpetuating the experiments in new remuneration methods (ENRM). This remuneration aims to optimize the patient care pathway by improving exchanges between professionals, reinforcing the quality of care and preventive actions. Since its creation in 2017, the number of nursing homes joining the IPA has continued to grow. By 2021 in France, 1,372 MHCs had signed up to the IPA contract out of around 2,000 accredited MHCs. The distribution of the funding provided by the IPA is left to the free choice of multi-professional teams, with different distribution keys depending on team dynamics. To date, there is little data on the representations and impacts of the IPA on healthcare professionals working in these MHCs.

Method: Qualitative study using individual, semi-directed interviews with 16 healthcare professionals working in 5 multidisciplinary health centers in the Loiret region, who had signed the IPA contract for over a year. The interviews were recorded and transcribed verbatim. The analysis was inspired by grounded theory.

Results : IPA remuneration has a number of repercussions on the organization of the nursing home, on the functioning of the team and on the professional himself/herself. These consequences are most often perceived as satisfactory, with the strengthening of team cohesion, a desire to horizontalize relations, the enhancement of investment, the encouragement of innovative projects adapted to the region, improved quality of care for patients and quality of life for professionals. Representations of the IPA scheme vary from one professional to another, depending on their relationship with money. However, the IPA contract entails workload constraints and limits team autonomy, leading some professionals to feel distrustful and incomplete adherence to the IPA contract. The teams consider that changes to the specifications are necessary.

Conclusion: IPA remuneration introduces a new, complex structure to the primary healthcare system, involving independent healthcare professionals, political bodies and the management of public funds. The impact of this financing is generally satisfactory for the teams. It highlights the importance of the freedom to use this sum of money. However, this funding creates a number of unnecessary or counter-productive constraints, which should be taken into account by the public authorities with a view to improving adherence to the IPA system. This system is not the perfect solution for combating the desertification of territories, but it does offer an opportunity for attractiveness that should be reassessed in the future.

Key words: Inter-professional agreement (IPA) / multidisciplinary health center (MHC) / Coordinated practice/ Inter-professional team / Loire

Table des matières

Glossaire des abréviations	17
Définitions	17
I) Etat des lieux	18
A) Les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) dans le Loiret	18
1) D'une expérience professionnelle à un modèle organisationnel	18
2) Evolution législative du concept de maison de santé	19
3) De l'équipe de soins à la MSP	20
4) Rôles des maisons de santé pluridisciplinaires	20
5) Organisation des maisons de santé pluriprofessionnelles	21
i. Organisation immobilière :	21
ii. Organisation juridique :	21
iii. Composition de la MSP	22
6) Quelques chiffres	22
7) Formation des coordinateurs	23
8) Financement	24
i. Financements ponctuels	24
ii. Financement spécifique au fonctionnement des MSP	25
B) Les accords conventionnels interprofessionnels (ACI)	25
1) Des expérimentations des nouveaux modes de rémunération aux ACI	25
2) Modalité d'attribution	25
3) Les indicateurs du contrat	26
i. Accès aux soins	26
ii. Travail en équipe et coordination	27
iii. Système d'information	27
4) Calcul du montant de la rémunération de l'ACI	27
i. Point fixe	27
ii. Point variable	28
iii. Majoration de précarité	28
5) Versements et vérification annuelle	28
6) Evolution de la rémunération forfaitaire ACI	28
i. En France :	28
ii. En région Centre Val de Loire :	29
iii. Dans le Loiret	29
7) Modalités d'utilisation	30
C) Problématique	31

II) Méthode	32
A) Type d'étude	32
B) Population et recrutement	32
1) Critère d'inclusion et d'exclusion :	32
2) Recrutement de la population :.....	32
C) Recueil de données	33
D) Trame d'entretien	33
E) Analyse des données	33
F) Aspect éthique et réglementaire	34
III) Résultats	35
A) Caractéristiques de l'échantillon :	35
B) Caractéristiques des entretiens	36
C) L'accord conventionnel interprofessionnel : une connaissance limitée des professionnels	36
1) Une connaissance variable, souvent approximative du fonctionnement de l'ACI par les professionnels.....	36
2) L'histoire de l'accord conventionnel interprofessionnel très peu connue	37
3) Connaissance des objectifs officiels de l'ACI.....	38
D) Répartition et utilisation de la rémunération ACI	39
1) Frais de fonctionnement de la structure et matériel.....	39
2) Postes liés à l'animation d'équipe	40
3) Financement d'actions pour les professionnels	40
4) Parcours de soins et prévention	41
5) Evolution de la clé de répartition de la rémunération ACI.....	41
E) Impacts de l'ACI sur le travail pluriprofessionnel	42
1) Un exercice coordonné.....	42
i. <i>Un poste dédié : Coordinateur (/trice)</i>	43
ii. <i>La coordination améliore la communication</i>	45
a. <i>Les réunions de concertation</i>	45
b. <i>Le système informatique partagé</i>	46
c. <i>Un équilibre à trouver entre coordination et confidentialité</i>	46
iii. <i>L'exercice coordonné au service des patients</i>	47
a. <i>Education et prévention</i>	47
b. <i>Amélioration du soin pour le patient</i>	48
c. <i>Connaissance du dispositif ACI par le patient</i>	48
iv. <i>Intrication de l'exercice coordonné et de l'ACI</i>	49

2)	Impact de l'ACI sur l'équipe	50
i.	<i>Une motivation</i>	50
a.	<i>Une motivation en lien avec la rémunération ACI</i>	50
b.	<i>Une absence de motivation par la rémunération ACI</i>	51
ii.	<i>Modifier la pratique</i>	51
a.	<i>Réflexivité et réorganisation de la pratique</i>	51
b.	<i>Une action anti-burn-out</i>	52
iii.	<i>Cohésion d'équipe</i>	52
a.	<i>Mieux se connaître et partager au sein de l'équipe</i>	52
b.	<i>Former une équipe professionnelle soudée</i>	53
c.	<i>Vivre ensemble</i>	53
d.	<i>Dynamique de groupe : l'importance du leader</i>	53
iv.	<i>Liberté d'utilisation de la rémunération ACI</i>	54
a.	<i>Des avantages</i>	54
b.	<i>Une limite et des abus</i>	54
3)	Un processus démocratique pour la prise de décision	55
4)	Reconnaissance du professionnel	57
i.	<i>Se sentir valorisé</i>	57
ii.	<i>Recevoir une rétribution en échange d'un investissement</i>	58
a.	<i>Représentations de la rétribution</i>	58
b.	<i>Indemniser de manière équitable</i>	58
c.	<i>Indemniser de manière égale</i>	59
d.	<i>Récompenser à la hauteur de l'investissement</i>	59
5)	Impact sur la structure MSP	60
i.	<i>Rendre la MSP attractive</i>	60
ii.	<i>Optimiser le fonctionnement de la MSP</i>	61
iii.	<i>Un lien étroit le fonctionnement de la MSP et l'ACI</i>	61
F)	S'engager envers les institutions = contractualiser	62
1)	Respecter un engagement	62
i.	<i>Se conformer aux règles</i>	62
ii.	<i>Gérer de manière responsable</i>	63
2)	Un cahier des charges contraignant	64
i.	<i>Une entrave à l'autonomie et à la liberté des équipes</i>	64
ii.	<i>Un système trop scolaire</i>	65
iii.	<i>Devoir rendre des comptes</i>	65
iv.	<i>Un système qui cherche à guider l'orientation des MSP</i>	66

v.	<i>Un mode de calcul qui pose problème</i>	66
3)	Des charges administratives supplémentaires liées à l'ACI.....	68
i.	<i>L'organisation administrative</i>	68
a.	<i>Une entreprise sans hiérarchie : la MSP</i>	68
b.	<i>Le management d'équipe : une situation inconfortable</i>	69
ii.	<i>Un investissement supplémentaire lié à l'administratif de l'ACI</i>	69
a.	<i>La gestion du temps</i>	69
b.	<i>Une implication personnelle importante</i>	70
iii.	<i>Des tâches administratives lourdes</i>	70
a.	<i>Une charge de travail supplémentaire</i>	70
b.	<i>L'importance des postes de coordination et de gérance</i>	70
c.	<i>Absence de lien avec le projet de santé</i>	71
iv.	<i>Conciliation de l'exercice libéral et de l'exercice en MSP</i>	71
a.	<i>Un statut administratif complexe</i>	71
b.	<i>Des responsabilités collectives pour les libéraux</i>	71
c.	<i>Conserver une rentabilité</i>	72
G)	Représentations de l'ACI chez les professionnels	73
1)	Perceptions d'objectifs cachés de la part des institutions.....	73
2)	Représentation de l'argent.....	73
i.	<i>Conception de l'utilisation d'argent public</i>	73
ii.	<i>Sensation de légitimité des professionnels face à l'indemnisation</i>	74
iii.	<i>Représentation des montants touchés</i>	74
3)	Une modification de la rémunération des professionnels de santé.....	75
H)	Bilan sur le dispositif de l'ACI et changements attendus	76
1)	Avis des professionnels sur l'évolution du dispositif ACI.....	76
i.	<i>Avis sur l'évolution des indicateurs</i>	76
ii.	<i>Des doutes concernant l'avenir du système ACI</i>	77
iii.	<i>Envisager une rupture avec l'ACI</i>	77
2)	Balance de satisfaction des professionnels.....	78
3)	Les changements attendus	79
IV)	Discussion	81
A)	Réponse à la question de recherche	81
1)	Organisation de la structure.....	81
2)	Fonctionnement des équipes :	81
3)	Impact sur le professionnel.....	82
B)	Comparaison à la littérature	85

C)	Forces et limites de l'étude	86
D)	Hypothèses et perspectives	87
1)	Discuter les concepts introduits par la rémunération ACI	87
2)	Mieux former les représentants des MSP	88
3)	Modifier le contrat ACI	89
4)	Améliorer les rapports avec les institutions	90
5)	L'absence du projet de santé	91
V)	Conclusion	91
VI)	Bibliographie	92
VII)	Annexes	96
	Annexe 1 : Formulaire d'information	96
	Annexe 2 : Fiche d'identité pré-entretien	97
	Annexe 3 : Lettre de consentement	98
	Annexe 4 : Guide d'entretien	99
	Annexe 5 : Entretiens	99
	Annexe 6 : Pyramide des besoins selon Maslow	100
	Annexe 7 : Théorie de Herzber.F	100

Glossaire des abréviations

ACI : Accord conventionnel interprofessionnel
ARS : Agence régionale de santé
C2S : Complémentaire Santé Solidaire
CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie
CPER : Contrat de plan Etat-Région
EHESP : Ecole des hautes études en santé publique
ENMR : Expérimentations de nouveaux modes de rémunération
FIQCS : Fond d'intervention pour la qualité et la coordination des soins
FIR : Fond d'Intervention Régional
FFMPS : Fédération française des maisons et pôles de santé
HPST : Hôpital, patients, santé, territoires
IPA : Infirmière en pratique avancée
MSP : Maison de santé pluriprofessionnelle
RA : Règlement arbitral
SAS : Service d'accès aux soins
SISA : Société interprofessionnelle de soins ambulatoires
UNCAM : Union nationale des caisses d'assurance maladie
URPS : Union régionale des professionnels de santé
ZAC : Zone d'action complémentaire
ZIP : Zone d'intervention prioritaire

Définitions

Concertation^a = Regroupement de différents professionnels de santé dont les compétences sont indispensables pour prendre une décision accordant aux patients la meilleure prise en charge en fonction de l'état de la science du moment.

Coordination^b = Favoriser, organiser la prise en charge en équipe pluriprofessionnelle dans un cadre de coopération non hiérarchique.

Exercice coordonné^c = Harmoniser les pratiques et fluidifier la prise en charge des patients, en développant une concertation-coordination pour la prise en charge des patients.

^a Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 24 oct. 2023]. Réunion de concertation pluridisciplinaire. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2806878/fr/reunion-de-concertation-pluridisciplinaire

^b Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 24 oct. 2023]. Les documents de coordination. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2615735/fr/les-documents-de-coordination

^c Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 24 oct. 2023]. Exercice coordonné et protocolé d'une équipe pluriprofessionnelle de soins en ambulatoire. Disponible sur :

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/201806/exercice_coordonne_et_protocole_dune_equipe_pluriprofessionnelle.pdf

I) Etat des lieux

Le système de soins primaires est actuellement en pleine mutation pour répondre aux enjeux politiques et sanitaires des territoires.

La région Centre Val de Loire est l'un des territoires où l'accès aux soins est le plus difficile. Par exemple, en 2020, la densité médicale y est de 74,7 médecins pour 100 000 habitants quand la densité moyenne française est de 90.4 médecins pour 100 000 habitants. [1]

La région Centre peine à recruter de nouveaux médecins, moins de 3.5 nouveaux médecins pour 10 000 habitants se sont installés sur les dix dernières années, classant la zone en territoire d'installation faible. Les jeunes médecins sont attirés par les zones urbaines, les grandes agglomérations. En effet, « *par rapport aux décennies précédentes, [ils] cherchent davantage à concilier carrière professionnelle et épanouissement personnel dans un cadre de vie de qualité* » [2]. L'exercice isolé de la médecine est repéré comme une source de stress et d'épuisement professionnel. De ce fait, les jeunes diplômés refusent pour la plupart une pratique en cabinet isolé et s'orientent vers des installations dans des structures où des projets collectifs existent. [3]

Par ailleurs, la population française est vieillissante et les pratiques solitaires ne permettent pas de rassembler toutes les ressources nécessaires pour accompagner les patients dans la gestion de situations médico-sociales complexes. Seule une coordination des différents acteurs de santé peut permettre d'optimiser ces prises en charge. [4]

C'est donc pour lutter contre les déserts médicaux, mettre fin à la pratique d'un exercice isolé et promouvoir la coordination des soins que les pouvoirs publics accompagnent l'émergence de structures pluriprofessionnelles faisant des maisons de santé une priorité pour assurer « *une présence soignante continue et pérenne* ». [5]

A) Les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) dans le Loiret

1) D'une expérience professionnelle à un modèle organisationnel

D'après le rapport Juilhard [6], le concept actuel de MSP trouve en France sa source dans des modifications de pratiques et d'organisation innovantes que certains professionnels de santé pionniers ont mis en place localement. Depuis les années 70-80, l'exercice en cabinet de groupe était devenu de plus en plus important. Il concernait en 2002, 44 % des médecins libéraux (+ 18 % entre 2000 et 2003). A partir de 2004, il a été soutenu par la législation.[6]

C'est en 2006, que l'exercice regroupé prend une forme nouvelle et que naissent les deux premières maisons de santé à l'initiative de médecins (à Pont d'Ain (01) et Saint Amand en Puisaye (58)). En rassemblant des professionnels de santé au sein d'un même lieu, ceux-ci espèrent alors permettre une meilleure organisation des soins pour les patients car ils voient apparaître de nouvelles problématiques comme la diminution de la démographie médicale, l'augmentation de patients polypathologiques chroniques. A l'époque, cette idée est encore minoritaire au sein des différents corps de métier de la santé ainsi que dans les différents syndicats. La réglementation déontologique et législative en vigueur interdisait les salles d'attente communes, le partage de dossier entre les différentes professions ou bien la prise en charge de patients de confrère, alors assimilés à du racolage.

En 2008, on compte une dizaine de maison de santé en France. Lors de la 1^{ère} rencontre nationale des maisons de santé, les professionnels libéraux créent la Fédération Française des Maisons et Pole de Santé (FFMPS). Les communautés politiques locales confrontées à la désertification médicale vont progressivement être mises en contact avec la FFMPS. Ce sont ces actions locales des

soignants qui vont être remontées au gouvernement et valorisées via le rapport de Mr Jean Jacques Juilhard.[6].

Le modèle organisationnel de MSP rencontre la volonté des tutelles d'accentuer sa réforme de la médecine de ville dite libérale, jusque-là abondante et organisée indépendamment de l'Etat. En parallèle à cette période, les modèles de soins intégrés, inspirés du « Chronic Care Model » ont montré leur efficacité pour la prise en charge des patients chroniques. [7]

Dans les années 2000, le concept « *soins primaires* »[8] émerge dans un contexte de diminution de la démographie médicale. Le but est alors d'offrir un accès aux mêmes soins et selon les mêmes conditions pour toute la population.

En s'inspirant d'expériences professionnelles françaises, les politiques introduisent le terme « d'exercice coordonné » et soutiennent le développement progressif des maisons de santé pluriprofessionnelles. L'Etat et ses institutions s'engagent à favoriser l'émergence des MSP dans le but de répondre à trois objectifs : [9]

- Répondre aux soucis de désertification médicale et d'inégalité d'accès aux soins
- Répondre au morcellement de l'offre de soins
- Modifier un système de soins orienté vers le curatif et l'aigu.

Le modèle organisationnel de MSP permet ainsi à l'Etat d'organiser autrement la médecine ambulatoire libérale en favorisant davantage de coopération entre professionnels à travers une contractualisation collective [5]. Cette restructuration du système de soins essaie de répondre aux enjeux de santé publique en impliquant trois acteurs : Praticien - Patient - Pouvoirs publics qui n'ont pas les mêmes logiques d'action et donc pas toujours les mêmes attentes : « *Une logique médicale portée par les professionnels, et qui s'adresse à une patientèle et à des demandes individuelles, et, d'autre part, une logique populationnelle standardisée et territorialisée, portée par les pouvoirs publics.* ». [10]

2) Evolution législative du concept de maison de santé

Le terme de « maison de santé » apparaît pour la première fois dans le Code de la Santé Publique en 2007. Selon l'article L. 6323-3 [11] « *Les maisons de santé assurent des activités de soins sans hébergement et peuvent participer à des actions de santé publique ainsi qu'à des actions de prévention et d'éducation pour la santé et à des actions sociales Les maisons de santé sont constituées entre des professionnels de santé. Elles peuvent associer des personnels médico-sociaux* ».

Le 21 juillet 2009, la loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) de Me Bachelot.R, définit le terme de « maison de santé pluridisciplinaire (MSP) ». Cet article précise qu'un projet de santé est élaboré et partagé par les membres de la MSP, ceci afin d'exercer de manière coordonnée [12]. D'autre part, l'article précise que le projet de santé doit être fait en fonction des besoins du territoire et introduit la validation de celui-ci par l'ARS concernée.[9]

En 2011, dans la loi Fourcade, le terme « pluridisciplinaire » est remplacé par « pluriprofessionnel » pour intégrer la possibilité de coopération des différentes professions (infirmier, médecin, diététicienne etc...). On assiste ainsi à un décloisonnement des multiples professions de la santé permettant une mutualisation des ressources et des connaissances au service des patients, tout en respectant la législation.

En 2019, le code de la santé publique introduit la notion de « *maison de santé universitaire* ». Il s'agit de MSP ayant signé un contrat avec une institution publique ayant un pôle de recherche. Ce projet a pour but d'encourager la formation et la recherche dans les soins de premiers recours. [13]

Pour finir, le 25 décembre 2021, l'article 6323-3 est modifié pour intégrer dans la définition de la MSP, la prise en charge sur prescription d'un parcours pluridisciplinaire pour les enfants atteints de surpoids ou d'obésité. [14]

3) De l'équipe de soins à la MSP ...

L'équipe pluriprofessionnelle des MSP est une équipe de soins primaires définie par « *un ensemble de professionnels de santé constitué autour de médecins généralistes de premier recours, choisissant d'assurer leurs activités de soins de premier recours définies à l'article L. 1411-11 sur la base d'un projet de santé qu'ils élaborent. Elle peut prendre la forme d'un centre de santé ou d'une maison de santé.*

L'équipe de soins primaires contribue à la structuration des parcours de santé. Son projet de santé a pour objet, par une meilleure coordination des acteurs, la prévention, l'amélioration et la protection de l'état de santé de la population, ainsi que la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.. ». [15]

Les centres de santé diffèrent des MSP par le fait que les professionnels de santé soient salariés des centres et placés sous tutelles hiérarchiques du directeur du centre. Dans les MSP, les intervenants gardent leur statut libéral.

4) Rôles des maisons de santé pluridisciplinaires

Le concept de maison de santé pluriprofessionnelle a été introduit pour donner la possibilité aux professionnels de santé libéraux d'avoir une activité collective dans le cadre des soins de premiers recours.

Ce niveau dit de « premiers recours » est défini par l'article Art. L. 1411-11 de la Loi HPST du 21 juillet 2009 [16], et mis en œuvre par les ARS. Ce niveau regroupe :

- « *La prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients*
- *La dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique*
- *L'orientation dans le système de soin et le secteur médico-social*
- *L'éducation pour la santé* »

Dans un premier temps, les MSP doivent offrir un accès aux soins de proximité à la population en garantissant une prise en charge globale et une continuité des soins pour les patients sur des plages horaires étendues. Il est également demandé à ces structures d'effectuer une permanence de soins suffisante pour diminuer le recours aux services d'urgence en proposant une prise en charge des demandes de soins non programmés. [17]

Le regroupement des différents corps de métiers doit permettre le décloisonnement médical, paramédical et social du parcours de soins du patient. Ainsi les connaissances et l'expérience de chacun font l'objet d'échanges de pratiques lors de discussions informelles, de réunions pluriprofessionnelles ou via un système informatisé commun. [18]. Le parcours du patient se trouve facilité grâce à la proximité physique et aux échanges entre les différents intervenants (concertation, confrontations d'avis...) .

La coopération des professionnels permet aussi de mettre en place des actions de prévention et de santé publique. La revue Prescrire [19] rapporte la diversité des actions menées dans la MSP Decazeville- Aubin : on y retrouve des ateliers collectifs « équilibre/marche », des groupes de marche hebdomadaire, des permanences de vaccination, la réalisation de journées de dépistage dans le cadre du dépistage du cancer du col de l'utérus ou bien de la rétinopathie diabétique, des journées de sensibilisation aux questions de sexualité en partenariat avec le planning familial.

D'autre part, les professionnels en MSP doivent contribuer à la formation des jeunes professionnels de santé, qu'ils soient médecins, kinésithérapeutes, infirmiers...etc. Ces lieux constituent des offres de terrains de stage, qui pourront permettre de recruter plus facilement de jeunes diplômés par la suite.

De plus, au regard de la désertification de nombreux territoires, l'exercice en collectivité devrait permettre de faciliter l'installation de nouveaux professionnels en optimisant les conditions d'exercices et en diminuant les coûts des charges grâce à la mutualisation des locaux, matériels et personnels. Selon un article [20] comparant l'exercice de médecins isolés et de médecins travaillant en MSP en Franche-Comté, les maisons de santé permettent une augmentation de la permanence d'accès aux soins sans pour autant que les médecins ne travaillent plus (environ 22 jours travaillés de moins que les médecins isolés pour une patientèle identique). Les professionnels exerçant en collectif trouvent une meilleure adéquation entre leurs temps de travail et leurs vies personnelles.

5) Organisation des maisons de santé pluriprofessionnelles

i. Organisation immobilière :

La MSP peut-être mono-site (tous les professionnels sont réunis dans les mêmes locaux) ou multisites (les professionnels sont associés mais répartis sur différents sites du territoire). Un mono-site favorise l'échange entre les professionnels mais peut limiter la diversité des différents intervenants du fait d'un manque de place dans des locaux non extensibles.

Le projet immobilier peut être porté par un investisseur immobilier privé (dont les professionnels peuvent être à l'origine) ou bien public. Dans ce dernier cas, les locaux sont loués aux professionnels de santé par la collectivité territoriale.

ii. Organisation juridique :

Le statut de Société Interprofessionnelles de Soins Ambulatoires (SISA) est préférable lors de la création d'une MSP. Il s'agit d'un concept de société civile conçu spécifiquement pour les MSP en 2012 [21]. Il a permis de clarifier le statut juridique de ces structures, pour éviter que les Urssaf ne retoquent les relations entre professionnels comme du salariat déguisé et de préciser l'exonération de TVA sur les prestations rétribuées par les nouveaux modes de rémunération.[22]

Il permet de mettre en commun les moyens et les charges tout en maintenant l'exercice des professionnels en leurs propres noms. Ce statut est obligatoire pour recevoir la rémunération ACI octroyée pour récompenser l'activité collective tout en évitant d'être assujéti à l'impôt sur les sociétés [23]. Les statuts types de la SISA sont disponibles sur le site du conseil de l'Ordre des Médecins.

Dorénavant, les SISA peuvent salarier des professionnels de santé tels que des infirmières en pratique avancée (IPA), des assistants médicaux, des médecins pour exercer des activités de soins. [24]

La MSP peut être organisée autour d'autres sociétés civiles que la SISA:

- SCM = société civile de moyens
- SCI = société civile immobilière
- SCP = société civile professionnelle
- SEL = Société d'Exercice Libéral
- Association

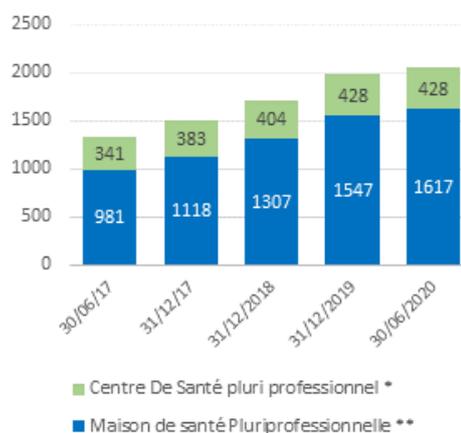
iii. Composition de la MSP

La composition minimum en termes de professionnel de santé varie en fonction des régions. Il faut toujours au moins des médecins généralistes et un ou deux paramédicaux. Le nombre varie en fonction des ARS. Par exemple, pour les Pays de la Loire, le projet doit inclure au moins trois médecins généralistes et un auxiliaire médical [25]. Dans le Centre Val de Loire, le cahier des charges de CPER 2015-2020 [26] réclame deux médecins généralistes et deux paramédicaux dont un infirmier.

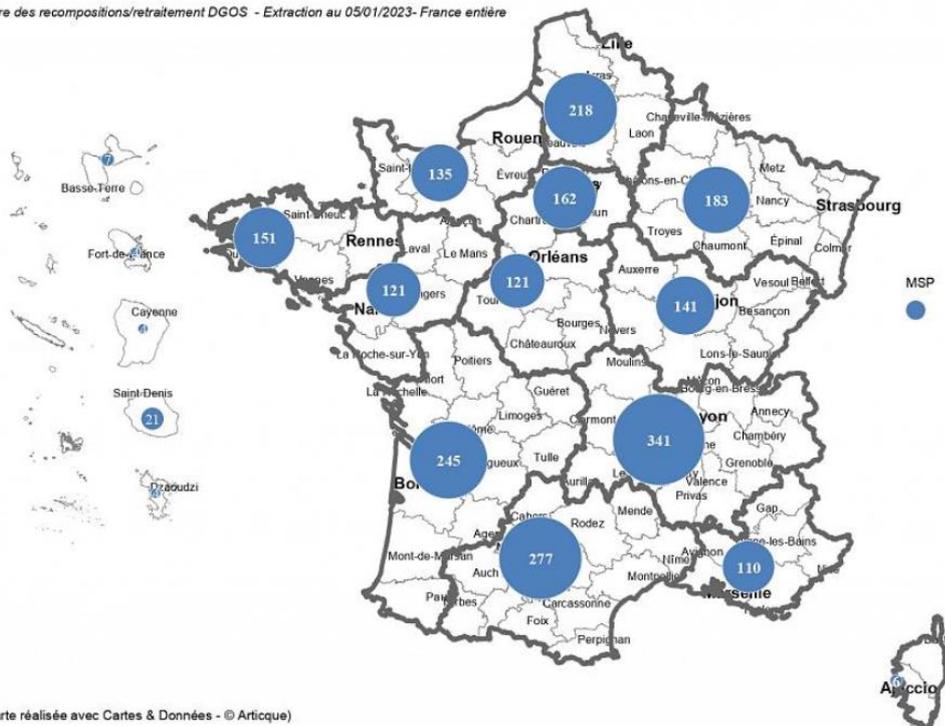
6) Quelques chiffres

En 2017, la France comptait 981 maisons de santé pluriprofessionnelles. Ce chiffre n'a cessé d'augmenter puisque d'après les chiffres de l'année 2020, le nombre de maisons de santé a été multiplié par plus de 1,6. [27]

Graphique 1: évolution du nombre de MSP et pôle de Santé en France de 2017 à 2020 (Source :extraction DGOS) [27]



Sources : ATIH/observatoire des recompositions/retraitement DGOS - Extraction au 05/01/2023- France entière

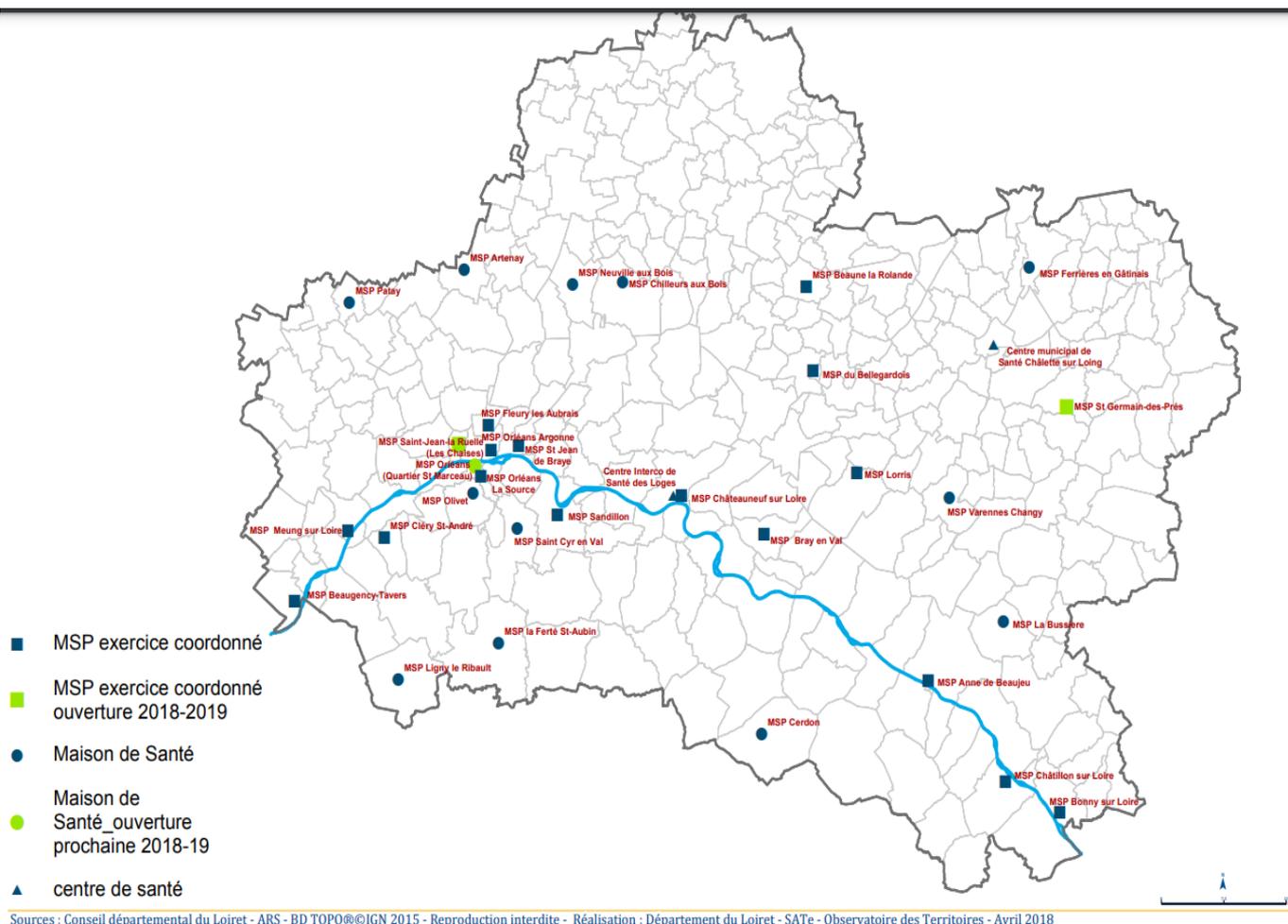


Carte 1: Répartition des MSP en fonctionnement par région en 2022 (Source: extraction DGOS) [28]

Ci-dessus, lors de l'année 2022, le gouvernement a recensé 2251 maisons de santé en fonctionnement sur l'ensemble du territoire français [28]. La région Centre Val de Loire comptabilisait 121 MSP dont 23 dans le Loiret .

D'après le dernier CPER 2021-2027, la région Centre Val de Loire a fixé un objectif de création ou d'extension de vingt MSP et de trente centres de santé pour les 6 prochaines années. [29]

Lors du dernier recensement par l'ARS en 2023, le Loiret comptait 23 MSP labellisées dont deux ayant une activité « hors les murs » pour le moment étant en attente de projet immobilier. [43]



Carte 2: Répartition des lieux d'exercice coordonné dans le Loiret en 2018 (Source: Conseil départemental du Loiret) [30]

7) Formation des coordinateurs

Depuis 2016, la formation PACTE [31] est proposée aux coordinateurs de MSP. Initialement testée sur 6 régions, elle a ensuite été généralisée à l'ensemble du territoire français. Il s'agit d'une formation conceptualisée par l'Ecole des hautes études en santé publique (EHESP) en lien avec des représentants historiques des MSP.

Elle permet la mise en œuvre de partenariats avec l'ARS, la CPAM, la FFMPs, l'URPS et les représentants des usagers. Cette formation dure environ 15 mois et donne accès un Diplôme d'Etablissement.

8) Financement

Les réseaux de santé, centres de santé, maisons de santé et pôles de santé signataires du contrat mentionné à l'article L. 1435-3 peuvent percevoir une dotation de financement du fond d'intervention pour la qualité et la coordination des soins, dans les conditions prévues à l'article L. 221-1-1 du code de la sécurité sociale. Cette dotation contribue à financer l'exercice coordonné des soins. Son montant est fixé chaque année dans la loi de financement de la sécurité sociale.

i. Financements ponctuels

Le Fond d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS) a été créé en 2008 via le ministère de la santé et des sports. Il vise à soutenir les projets de maisons de santé pluriprofessionnelles en cours d'élaboration concernant des conseils à la fiscalité et des systèmes d'informatisation. Le FIQCS peut également intéresser des MSP en fonctionnement en l'absence de participation antérieure pour des projets d'agrandissement ou d'évolution. Le FIQCS ne pourra excéder les 50 000 € sauf pour certains quartiers prioritaires. Il a été abrogé en 2012 pour le FIR.

Le fond d'intervention régional (FIR) est un financement existant depuis 2012, géré par les ARS pour transformer le système de santé de chaque territoire en fonction de l'offre et de la qualité de soins nécessaire. Il peut intervenir à différents moments de la création d'une MSP : dans le début de la création par le financement d'une étude de faisabilité, puis via une aide au démarrage (pouvant aider à la création juridique de la SISA jusqu'à l'achat du logiciel informatique). Pour les MSP déjà en fonctionnement n'ayant pas eu au recours FIR jusqu'ici, une aide au fonctionnement peut être allouée par exemple pour des rénovations de locaux ou l'acquisition d'équipement collectif. [32]

Des aides à l'investissement pour l'immobilier et à l'installation de nouveaux professionnels de santé peuvent être apportées par l'URPS, ainsi que les collectivités locales (département et commune).

La MSP en fonctionnement peut également bénéficier de fonds issus d'appels à projet de l'ARS dans le cadre de la réalisation d'actions de prévention. Par exemple, en 2020 l'ARS Centre Val de Loire a proposé le financement d'actions pour lutter contre les addictions liées aux substances psychoactives. Libre alors à chaque équipe de soins de déposer un dossier de candidature avec son projet. [33]

Selon les cahiers des charges CPER 2015-2020, il existe de multiples sources de financement soutenues par la région et l'état. Ces institutions s'astreignent à apporter 50% d'une dépense subventionnable plafonnée à 100 000 € par professionnel de santé (dans une limite de 20 professionnels pris en compte). « *Les professionnels de santé éligibles pour déterminer la dépense subventionnable sont : médecins généralistes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, chirurgiens-dentistes, sages femmes, ergothérapeutes, psychomotriciens, pédicures-podologues, orthophonistes, orthoptistes, diététiciens, psychologues et médecins spécialistes, dans la mesure où ils exercent leur activité au moins à mi-temps dans le cadre de la MSP. Le plafond de dépenses est majoré de 60 000 € si le projet comporte un logement pour un stagiaire et de 140 000 € pour les investissements liés à la télémédecine (acquisition d'un chariot de télémédecine notamment), soit une dépense subventionnable de 2 200 000 € maximum. La subvention est partagée à parité entre l'État et la Région.* » [34]. De plus, des financements existent et sont également présentés dans le CPER pour doter les MSP en télémédecine.

ii. Financement spécifique au fonctionnement des MSP

Pour assurer les diverses nouvelles fonctions telles que la coordination, les concertations pluriprofessionnelles, la formation d'étudiants, les maisons de santé peuvent bénéficier d'une subvention spécifique attribuée par l'Assurance Maladie de manière annuelle selon un conventionnement entre MSP et ARS. C'est ce qu'on appelle la rémunération des accords conventionnels interprofessionnels.

B) Les accords conventionnels interprofessionnels (ACI)

1) Des expérimentations des nouveaux modes de rémunération aux ACI

Afin de moderniser le système de santé français, la Loi de financement de la sécurité sociale de 2008 [35], dans son article 44, autorise des expérimentations de financement des professionnels de santé en complétant ou en substituant le tarif à l'acte.

Lorsqu'elle était le seul mode de rémunération des médecins libéraux, la tarification à l'acte encourageait la multiplication du nombre d'actes et donc la segmentation de la prise en charge pour des patients chroniques complexes, engendrant une moins bonne qualité des soins. Les temps d'échanges interprofessionnels et de coordination n'étaient pas rémunérés et par conséquent laissés aux bonnes volontés et au bénévolat. Le but des nouveaux modes de rémunération est donc d'allouer une somme forfaitaire aux équipes des maisons de santé pour rémunérer un temps de travail en équipe hors consultation.

De 2011 à 2015, les expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR) ont progressivement été mises en place, incluant de plus en plus de centre de santé. En 2014, on comptait 150 équipes signataires.

Fin 2014, les parties prenantes entament une négociation pour essayer d'aboutir à un accord conventionnel interprofessionnel mais celle-ci échoue.

En 2015, s'ouvrent les premières négociations vers une généralisation de ces nouveaux modes de rémunération entre l'UNCAM et les professionnels de santé mettant ainsi en place un règlement arbitral (RA) temporaire.

En mars 2017, un texte conventionnel aboutit finalement à l'« Accord Conventionnel Interprofessionnel » (ACI) inscrit au Journal Officiel le 24 juillet 2017 pérennisant ainsi les ENMR. L'ACI est alors établi pour cinq ans afin de favoriser le travail pluridisciplinaire et de coordination des équipes en MSP.

En janvier 2021, a lieu la 1^{ère} séance de renégociations conventionnelles de l'ACI des MSP depuis la signature en 2017. Cette rencontre a permis d'établir un premier bilan chiffré pour l'année 2019, et de dégager de futurs axes de négociation comme la revalorisation de certains critères permettant une aide au démarrage des IPA salariées en MSP, le déploiement des assistants médicaux, l'incitation à l'ouverture de créneaux de soins non programmés. [36]

2) Modalité d'attribution

L'accord conventionnel interprofessionnel propose un contrat type établi entre la caisse d'Assurance Maladie, les professionnels de santé de la MSP valable 5 ans, renouvelable tacitement. [37]

La demande d'adhésion s'effectue auprès de la caisse d'Assurance Maladie. Pour cela, l'équipe pluriprofessionnelle doit fournir une liste de documents, comprenant les statuts de la SISA, la copie du projet de santé de la structure, la liste des associés de la SISA, la liste des professionnels signataires du projet de santé.

Une fois le dossier constitué, il est examiné par l'ARS et l'Assurance Maladie. Si celui-ci est éligible, le contrat est signé par les deux parties contractualisant. Pour bénéficier de la rémunération spécifique liée à l'ACI (que nous nommerons par la suite « rémunération ACI » dans un souci de simplification), l'équipe pluriprofessionnelle doit comporter a minima deux médecins et un professionnel paramédical (minimum pour constituer une SISA). [23]

3) Les indicateurs du contrat

Les indicateurs correspondent à des critères à remplir par les équipes des MSP pour pouvoir bénéficier du forfait de rémunération ACI. Ils sont définis dans le contrat signé par les deux intervenants cités précédemment. Ces objectifs sont organisés autour de trois axes : l'accès aux soins, la qualité et la coordination des soins et l'utilisation d'un système informationnel partagé.

Il existe trois types d'indicateurs qui conditionnent l'attribution de la rémunération ACI. Nous allons les détailler dans les parties suivantes.

Il existe deux types d'indicateurs obligatoires : Les indicateurs nommés « socle-pré requis », c'est à dire qu'ils doivent être obligatoirement atteints pour que la structure soit éligible à la rémunération. Les indicateurs nommés « socle » ce qui signifie que l'objectif doit lui aussi être atteint en respectant un seuil requis.

Les indicateurs optionnels eux sont considérés comme un bonus de rémunération pour la structure, ils ne sont pas obligatoires, mais s'ils sont remplis, ils permettent d'augmenter la somme forfaitaire versée à la MSP. [37]

i. Accès aux soins

Cet indicateur regroupe des horaires d'ouverture et la possibilité de soins non programmés. Pour bénéficier de la totalité des points, la structure doit être ouverte de 8h à 20 en semaine et le samedi matin de 8h à 12heures, ainsi que pendant les vacances scolaires. D'autre part, la MSP doit être en capacité d'apporter des réponses en présentiel ou dématérialisées aux demandes aiguës de la patientèle des médecins traitant de la structure dans le cadre des « soins non programmés » .

De manière optionnelle, les MSP proposant des services de soins paramédicaux, des consultations de second recours par des spécialistes, des missions de santé publique cohérent avec le projet régional de santé ou la participation de pharmaciens à la MSP pourront recevoir des points supplémentaires. [37]

Dans l'avenant 1, il a été ajouté comme prérequis, la rédaction d'un « plan de préparation » pour répondre à la survenue d'une crise sanitaire grave, ainsi que la mise en place d'action de soins concernant des patients spécifiques, permettant de répondre à la crise sanitaire. De manière optionnelle, l'ACI prévoit de valoriser la participation des médecins au Service d'accès aux soins (SAS). [38]

Le critère « Satisfaction des patients » a été supprimé dans l'avenant 1 pour laisser place de manière optionnelle, à « l'implication des usagers ». Ceci permettant d'évaluer la satisfaction et les désirs des patients et de faire intervenir en partenariat les usagers dans le fonctionnement de la structure. [38]

ii. Travail en équipe et coordination

Un poste de coordinateur/trice est créé avec un temps identifié et dédié. Il a pour mission d'assurer le bon fonctionnement interprofessionnel, la relation avec les institutions et l'extérieur de la MSP, la production de données de santé et surtout la coordination du parcours patient. Chaque MSP définit la fiche de poste.

L'indicateur travail en équipe comprend également la réalisation d'au moins un protocole pluridisciplinaire sur des maladies listées dans un texte de loi nécessitant une intervention coordonnée, un total de huit protocoles peut être rémunéré. L'équipe doit étudier des cas de patients en concertation pluriprofessionnelle au moins six fois par an avec intégration de compte-rendu dans le dossier médical partagé.

La formation de jeunes professionnels de santé quelle que soit la profession de santé à raison de deux terrains de stage minimum par an sera valorisée par cet item. [37]

L'avenant 1, valorise dorénavant l'intervention d'une IPA dans les missions de santé publique et protocoles. L'installation d'une IPA salariée au sein d'une MSP est également favorisée via un dispositif d'aide au démarrage de l'activité versé sur deux ans. [38]

Dorénavant, un indicateur optionnel a été ajouté dans le cadre d'une démarche d'auto-évaluation visant à améliorer le service rendu aux patients. Pour ce faire, il est demandé aux équipes de rédiger un diagnostic de maturité, qui permettra d'identifier des axes de progression puis d'établir un plan d'action et enfin fournir des données et des conclusions résultant des modifications effectuées. [38]

Trois nouveaux indicateurs optionnels sont créés par l'avenant 1 permettant de valoriser la coopération des équipes aux soins non programmés via l'adhésion au protocole national de coopération des soins non programmés, la prise en charge coordonnée des patients insuffisants cardiaques et des enfants en surpoids ou obèses .

iii. Système d'information

Cet indicateur demande à la MSP d'être équipée d'un logiciel médical labélisé permettant aux différents intervenants de pouvoir accéder au dossier partagé des patients de la MSP avec des habilitations différenciées.[37]

4) Calcul du montant de la rémunération de l'ACI

La rémunération forfaitaire des ACI est calculée selon la réalisation d'objectifs atteints par les MSP, nommés « indicateurs ». L'accomplissement d'un indicateur correspond à un certain nombre de points, auquel il a été attribué une valeur monétaire. La valeur du point a été fixé à 7€ en 2017 et n'a pas évolué depuis.

Il existe des indicateurs pour lesquels la rémunération est fixe et d'autres indicateurs pour lesquels la rémunération est variable. [38]

i. Point fixe

Pour la rémunération fixe, la valeur du point est fixée à 7€. La valeur de la rémunération fixe est donc égale au nombre de points fixes attribués à l'indicateur multiplié par 7€. Des minorations de points peuvent être appliquées lorsque l'indicateur est qualifié en prérequis.

Par exemple, pour l'indicateur « horaire d'ouverture », il sera attribué 800 points fixes en cas d'atteinte complète de l'indicateur, soit une somme versée de 5 600€. En revanche, il sera appliqué des minorations de points si l'objectif n'est pas totalement atteint. Si la maison de santé, n'est pas ouverte

le samedi matin, il y aura un retrait de 120 points par rapport à une atteinte de 100%, soit une somme versée de 4 760€.

ii. Point variable

En ce qui concerne, la rémunération variable, la valeur du point reste de 7€ mais le nombre de points attribués à la réussite de l'indicateur est fonction de la patientèle de la structure. Le contrat a défini un « *nombre de points attribués en cas d'atteinte de l'indicateur pour une patientèle de référence de 4000 patients (correspondant à la patientèle moyenne des maisons de santé)* » [37]

Rémunération variable = (Nombre de points variables x Patientèle de la structure /Patientèle de référence (4000)) x7€

iii. Majoration de précarité

Une fois, la rémunération par indicateur calculée, la somme versée est majorée en fonction du taux de précarité de la file active de la MSP. La majoration est évaluée en fonction du taux de patients relevant de la C2S ou de l'AME. Les valeurs sont ensuite comparées à la moyenne nationale. Cette majoration est plafonnée à 25 %. [37]

Pour permettre aux équipes de pouvoir estimer leur rémunération forfaitaire ACI, la FFMPs a mis en place la « *calculatrice ACI* » permettant ainsi de calculer le nombre de points atteints et la somme versée. Elle est disponible dans sa version actualisée sur le site la caisse nationale d'assurance maladie [39]

5) Versements et vérification annuelle

Le versement de la rémunération ACI par l'Assurance Maladie est réalisé au plus tard à la SISA au 30 avril de l'année qui suit, à condition que les trois indicateurs socles et prérequis soient remplis et justifiés.

Une avance peut être perçue pour l'année en cours à la hauteur d'un montant de 60% de la rémunération ACI. Le remboursement de cette somme peut être demandé en cas de résiliation du contrat à l'initiative de la structure ou dans le cas d'un versement inférieur au montant de l'avance.

Dans le cadre du contrat établis [37], l'équipe de la MSP s'engage à fournir les justificatifs liés à la réalisation des indicateurs au plus tard au 31 janvier de l'année suivante. L'Assurance Maladie vérifiera alors les justificatifs en lien avec l'atteinte des indicateurs pour le versement de la somme forfaitaire ACI. Quant à l'ARS, elle analysera la cohérence entre les faits réalisés par la MSP et le projet de soin de cette équipe.

6) Evolution de la rémunération forfaitaire ACI

i. En France :

Mi-janvier 2019, on comptait 1168 MSP signataires de l'ACI sur 1617 MSP en France, cependant seulement 916 structures avaient été rémunérées. En 2020, 1170 MSP ont atteint les prérequis et ont ainsi bénéficié d'une rémunération [40]. En 2021, le nombre de MSP signataires de l'ACI continue d'augmenter avec 1372 signataires. [40]

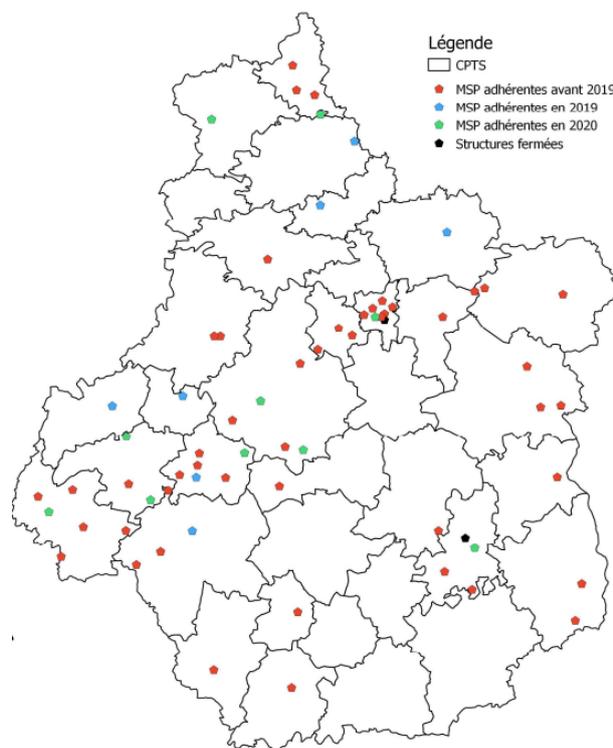
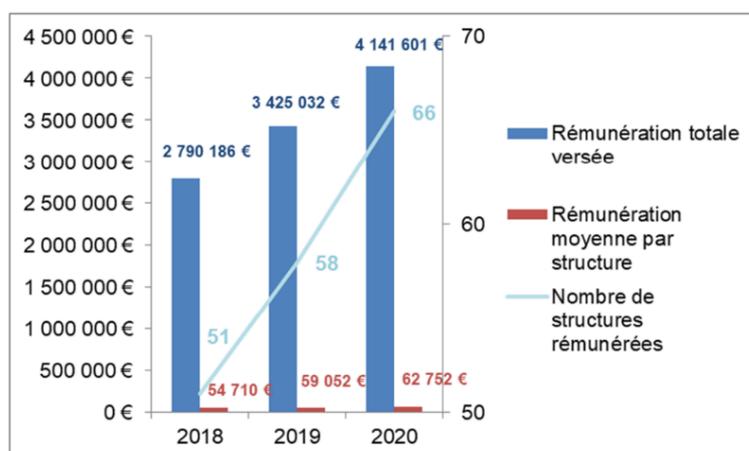
En 2019, 55.6 millions d'euros ont été versés aux MSP au titre de la rémunération forfaitaire, soit en moyenne 60 683 euros par MSP. En 2020, on note une augmentation de 30% de la somme versée au titre de l'ACI au national soit 72.4 millions d'euros et en moyenne 61 879€ par MSP (soit une augmentation de 2%).[41] En 2021, c'est 90,3 millions d'euros qui ont été versés soit 62 039€ par MSP. [42]

ii. En région Centre Val de Loire :

En 2020, on comptait 66 MSP signataires de l'ACI en région Centre. La rémunération moyenne par MSP de la région Centre est supérieure à la rémunération moyenne nationale des MSP pour l'année 2020. [43]

Graphique 2: Rémunération moyenne des maisons de santé de la Région Centre.

(Source : Assurance Maladie, 2021) [43]



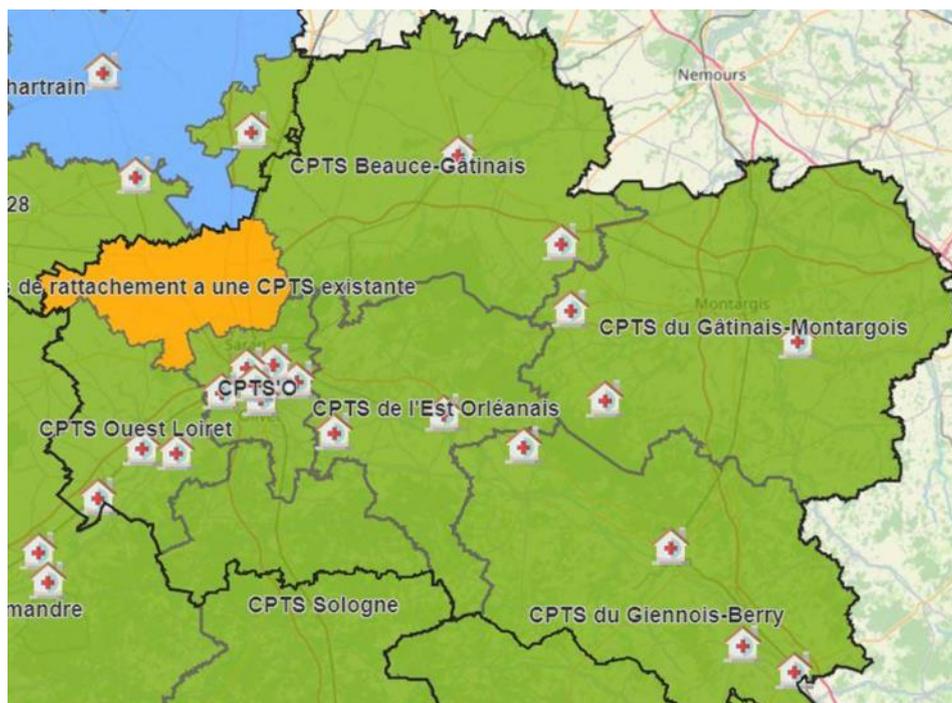
Carte 3 : répartition des MSP dans la Région Centre Val de Loire. (Source : Assurance Maladie 2021) [43]

iii. Dans le Loiret

D'après l'ARS, en 2021 il y avait 18 MSP signataires de l'ACI dans le Loiret, et 2 MSP en projet de signature pour l'année 2022 /2023. En 2023, 20 MSP du Loiret sont signataires de l'ACI. [44]

En moyenne, l'Assurance Maladie a versé 72 434€ en 2020 et 71 223€ en 2021 par MSP du Loiret. Au total, la rémunération ACI versée dans le Loiret s'élève à 1 303 810€ en 2020 et 1 282 019€ en 2021.

La rémunération moyenne de l'ACI par MSP dans le Loiret est donc bien supérieure à la moyenne régionale et nationale.



Carte 4 : Cartographie des MSP signataires de l'ACI en 2022 (Source : ARS, extraction ArcGIS 2022)

7) Modalités d'utilisation

Les modalités d'utilisation de ce budget ACI sont laissées au libre choix des structures. Elles sont définies par l'équipe lors d'une assemblée générale ordinaire de la SISA. Cette somme d'argent couvre en général les frais engendrés par la coordination et l'exercice collectif. Cependant, il n'existe pas de règle de proportionnalité pour la redistribution et aucun droit de regard des instances pour le moment sur l'utilisation de cet argent.

Selon l'expérience de Monsieur Rousselot, T, directeur de la fédération des maisons et pôles de santé du Loiret, il existe trois axes d'utilisation du budget ACI : la rémunération des tâches de coordination, la prise en charge des certaines charges communes et le paiement du logiciel d'informatisation commun. Le reste de la rémunération ACI est ensuite utilisé de manière très différente selon les équipes. Il peut être investi dans des projets de prévention, d'éducation de la patientèle ou bien redistribué aux différents intervenants de la MSP au titre de leur participation à des réunions, ou au fonctionnement de la MSP.

Par exemple, dans la MSP de Lanmeur dans le Finistère, une somme forfaitaire a été allouée à des équipes pluriprofessionnelles pour la mise en place de groupes de travail pour l'élaboration de protocole sur la prise en charge des plaies chroniques, sur la fin de vie, sur l'adaptation des doses anticoagulants, sur le dépistage de la dépression. D'autre part, des équipes réalisent des échanges pluriprofessionnels autour de patients complexes en réunion ou en visite au domicile du patient [45].

D'autres sites ont favorisé l'éducation thérapeutique ou des actions de préventions « *Deux maisons de santé participent aux ENMR et ont mis en place grâce à ces financements des actions d'éducation thérapeutique du patient autour du diabète. Les nouveaux modes de rémunération financent également un poste de secrétaire à mi-temps et contribuent la tenue d'expositions thématiques telles que « octobre rose » dans le cadre du dépistage organisé du cancer du sein.* » [46]

C) Problématique

Nous avons vu que le nombre de maisons de santé a augmenté de manière très importante ces dernières années. Un très grand nombre d'entre elles ont contractualisé avec leur CPAM, pour percevoir la rémunération spécifique définie par l'accord conventionnel interprofessionnel.

Les structures ont des manières très différentes d'utiliser cette somme forfaitaire grâce une liberté d'utilisation laissée au choix des équipes. Dans la littérature, on ne retrouve actuellement que très peu de données sur le regard des professionnels libéraux du 1^{er} recours concernant ce nouvel outil dans leur exercice. Les seules disponibles sont des études menées au moment des ENMR, [47-48] ou analysant les freins des équipes à s'engager dans le système ACI [49].

Suite à la prise de connaissance de ces résultats, nous avons décidé de traiter la question suivante : **Quelles sont les représentations et les impacts de la rémunération ACI pour les professionnels de MSP du Loiret ayant contractualisé avec la CPAM ?**

II) Méthode

A) Type d'étude

Ce travail de thèse consiste en une étude qualitative analysée par une approche inspirée de la théorisation ancrée. Cette approche permettra de considérer la perception de l'utilisation de la rémunération ACI en fonction des disparités des profils des participants.

Le choix de la méthode qualitative se justifie par le fait de l'étude de facteurs subjectifs tels que les attentes, les ressentis, l'expérience qui sont difficilement quantifiables.

Avant de commencer l'étude, la chercheuse s'est formée à cette méthode de recherche grâce à un ouvrage. [50]

B) Population et recrutement

1) Critère d'inclusion et d'exclusion :

La sélection de la population s'est faite selon un échantillonnage raisonné théorique correspondant à un recrutement de participants au sein d'une population identifiée appelée « professionnels exerçant au sein d'une maison de santé pluriprofessionnelle dans le Loiret ». La sélection a été restreinte à des maisons de santé en fonctionnement et signataires de l'ACI dans le département du Loiret. Nous désignerons ces MSP comme « signataires de l'ACI » comme les professionnels eux-mêmes se nomment et dans un souci de simplicité. Cette sélection nous a permis de recueillir des avis sur un territoire comportant les mêmes problèmes en termes d'accès aux soins et de désertification médicale.

Le critère d'inclusion retenu était : être un professionnel de santé ou de soins travaillant en maison de santé signataire de l'ACI ayant déjà reçu et utilisé sa première rémunération dans le Loiret. Les critères d'exclusion étaient : être un professionnel de santé ou de soins travaillant en maison de santé n'ayant pas contractualisé au titre de l'ACI, être un professionnel de santé ou de soins exerçant en maison de santé signataire de l'ACI mais n'ayant pas encore reçu ni utilisé sa première rémunération, ne pas être un professionnel de santé ou de soins, ne pas être dans une MSP appartenant au Loiret .

Nous avons recruté 18 volontaires de 6 MSP différentes. Cependant, nous avons exclu deux professionnels qui travaillaient dans une MSP « hors les murs » signataire de l'ACI mais qui venait tout juste de recevoir sa première rémunération ACI et ne l'avait pas encore utilisée.

2) Recrutement de la population :

Un mail contenant une lettre d'information (Annexe 1) a été envoyé à tous les coordinateurs et coordinatrices de maisons de santé du Loiret signataires de l'ACI selon une liste transmise par l'ARS soit 20MSP, le 15 novembre 2022. Un second mail de rappel a été adressé le 20 juin 2023. Les coordinatrices étaient chargées de réadresser le mail aux professionnels de santé de leur MSP.

Les professionnels s'étant déclarés volontaires ont été recontactés par téléphone pour leur présenter le sujet de thèse. Un formulaire d'information (Annexe 2) et de consentement (Annexe 3) leur a été adressé par mail.

Les participants ont été ensuite contacté au fur et à mesure de l'analyse des entretiens en fonction de leurs caractéristiques (Tableau I). Le recrutement des participants a été effectué de manière à observer des caractéristiques les plus diverses possibles sur les participants et les structures

malgré un petit échantillon (genre, âge de début d'exercice, profession, ancienneté de la MSP, territoire de la MSP, nombre de professionnels de la MSP)

C) Recueil de données

Le recueil de données a été effectué grâce des entretiens individuels semi dirigés. Le choix s'est porté sur cette méthode pour permettre aux participants de s'exprimer de manière libre sans crainte d'être jugé par autrui mais permettant de garder un certain cadre. La réalisation de Focus Group a été évoqué lors de la réflexion sur la méthode pour permettre plus de débat. Cependant pour éviter des biais, il aurait fallu organiser des groupes distincts en fonction des professions, ce qui paraissait trop compliqué au vu des planning très chargés des professionnels.

Le choix d'un entretien en présentiel était préféré pour permettre de conserver le langage non verbal. Cependant pour des raisons d'indisponibilité et d'organisation, il a été laissé le choix au participant de pouvoir faire l'entretien en visioconférence si nécessaire. Il a été demandé aux participants de prévoir une heure de leur temps en fonction de leur planning et de prévoir un bureau dédié à cet échange.

Chaque entretien a débuté par une courte présentation de l'investigatrice, une explication du déroulement de l'entretien et le recueil d'un consentement oral à l'enregistrement de l'échange.

Les entretiens ont été enregistrés grâce à deux dictaphones numériques pour éviter la perte de données en cas de survenue d'un problème technique. Les conversations ont été retranscrites intégralement via le logiciel Microsoft WORD® et soumises à la possibilité de modification des données par les participants. Deux participants ont souhaité effectuer des modifications. Les retranscriptions ont ensuite été anonymisées. Les interventions de l'enquêtrice sont précédées de la mention « T » et celles de l'interrogé de « Ax ».

D) Trame d'entretien

Un premier guide d'entretien a été réalisé pour structurer les entretiens. Il était d'abord composé de questions permettant au participant de se présenter et de présenter la MSP où il exerçait. Ensuite une première question ouverte était lancée pour aborder le thème général de l'ACI. Le guide présentait ensuite différentes questions ouvertes de relance pour permettre à l'investigatrice d'orienter et de restructurer l'entretien en fonction des thèmes abordés par la personne interrogée. La dernière question portait sur l'avis global du professionnel de santé concernant le sujet de l'étude.

Le guide d'entretien (Annexe 4) a évolué au fur et à mesure de l'analyse des données pour permettre d'aborder des thèmes qui semblaient être importants ou qui étaient ressortis dans les entretiens précédents.

E) Analyse des données

Cette analyse a été effectuée par une seule personne. Du verbatim sont ressortis des codes qui ont été regroupés et classer en propriétés puis catégories, pour enfin être mises en relation dans un schéma explicatif du phénomène selon le principe de la théorisation ancrée.

F) Aspect éthique et réglementaire

S'agissant d'une étude qualitative portant uniquement sur le ressenti des professionnels de santé, l'étude ne relevait pas d'un comité de protection des personnes.

Une déclaration à la Commission nationale de l'informatiques et des libertés n'était pas obligatoire car les grilles d'entretien ont été anonymisées, toute donnée collectée permettant de remonter à l'identité de la personne interviewée a été supprimée ou remplacée par une annotation et la liste des identités des différents participants a été détruite à la fin de l'analyse des données.

Les participants ont tous librement donné leur consentement éclairé en début d'entretien. Il leur a été rappelé le thème de l'entretien, la possibilité de refuser l'enregistrement ainsi que l'anonymat et la confidentialité de leur réponse.

Un formulaire d'information (Annexe 1) et une lettre de consentement (Annexe 3) ont été distribués et signés par chaque participant avant chaque entretien.

III) Résultats

A) Caractéristiques de l'échantillon :

Sur les 18 volontaires, 16 participants ont été retenus. Les caractéristiques des professionnels et de leur maison de santé ont été récupérées à l'aide du questionnaire (Annexe 2) et de documents transmis par les coordinatrices de chaque MSP issues de leur correspondance avec la CPAM. [52]

Tableau I: Caractéristiques des personnes interrogées

Participant	Genre	Age	Profession au sein de la MSP	Statut au sein de la MSP	Date d'installation dans la MSP	Date de début d'exercice	Référence tableau MSP
A1	Féminin	57 ans	Infirmière ASALEE	Coordinatrice	2016	2017	M1
A2	Féminin	67ans	Médecin généraliste	Leader Cogérante	2016	1985	M1
A3	Masculin	65 ans	Médecin généraliste	Cogérant	2016	1986	M1
A4	Masculin	65 ans	Médecin généraliste	Leader	2016	1991	M2
A5	Féminin	42 ans	Médecin généraliste	Leader	2016	2016	M3
A6	Féminin	47 ans	Infirmière en pratique avancée	Cogérante	2016	2021	M1
A7	Féminin	37 ans	Kinésithérapeute	-	2016	2007	M2
A8	Féminin	27 ans	Infirmière libérale	-	2021	2016	M2
A9	Féminin	47 ans	Psychologue	Cogérante	2016	2000	M3
A10	Féminin	57 ans	Ophthalmologue	-	2022	2006	M2
A11	Féminin	28 ans	Médecin généraliste	-	2022	2021	M4
A12	Féminin	29 ans	Diététicienne	Coordinatrice	2022	2020	M4
A13	Masculin	31 ans	Pédicure podologue	Co-coordonateur	2022	2016	M4
A14	Féminin	55 ans	Psychopraticien	-	2018	2012	M5
A15	Masculin	38 ans	Médecin généraliste	Leader	2018	2015	M5
A16	Féminin	44ans	Pédicure podologue	-	2018	2002	M5

Tableau II: Caractéristiques des maisons de santé pluriprofessionnelles : (Sources : Statistiques locales par Insee [50], zonage médecin en Centre val de Loire par l'ARS [51] courriels aux MSP de la part de la CPAM du Loiret[52])

MSP	M1	M2	M3	M4	M5
Zonage ARS	ZIP	ZIP	ZIP	ZIP	ZAC
Densité population de la communauté de commune où la MSP est implantée (hab./Km ²) (2020)	67,2	32,6	78,3	42,4	868,5
Nombre d'habitants sur la communauté de commune (2020)	24025	17846	43016	16905	290346
Nombre de médecins généralistes en activité sur la communauté de commune (2021)	15	12	25	8	222
Nombre d'habitants de la communauté de commune pour 1 médecin en activité	1601	1487	1720	2113	1307
Année d'ouverture MSP	2016	2016	2016	2022	2018
Année de contractualisation à l'ACI ou Règlement Arbitral (RA)	2016 (RA)	2016 (RA)	2017	2021	2015(RA)
Patientèle de référence de la MSP (2022)	12003	3413	7264	5091	5748
Nombre de professionnel de santé (dont généralistes) de la MSP	28(8)	16(4)	19(5)	19(2)	23(9)
Montant rémunération ACI de la MSP (2022)	131 618,26€	67 216,89€	94 071,60€	78 305,06€	98 814,72€

B) Caractéristiques des entretiens

Le recueil des données a débuté le 24/11/2022 et a pris fin le 25/09/2023, date à laquelle la saturation des données a été atteinte. Les entretiens ont duré entre vingt minutes et une heure.

Treize entretiens ont eu lieu au sein des cabinets des professionnels dans leur maison de santé respective. Trois entretiens ont été réalisés par visioconférence via l'application Zoom.

C) L'accord conventionnel interprofessionnel : une connaissance limitée des professionnels

1) Une connaissance variable, souvent approximative du fonctionnement de l'ACI par les professionnels

La connaissance du dispositif de l'ACI est assez variée en fonction des participants. Deux participants **ignoraient l'existence du dispositif ACI** peu de temps avant l'entretien.

« En fait moi c'est la première fois que j'ai été informé de cette existence, je je enfin je. Je n'en connaissais pas l'existence jusqu'au mois dernier. » (A10). « (Rires). Je savais même pas que ça existait juste avant. Non, je euh, enfin je connais pas trop les, enfin ce que c'est comme accord exactement [...]. Donc après je sais pas, non je connais pas du tout. » (A7)

Un professionnel **ne connaissait pas la signification du terme ACI** bien qu'un rappel ait été fait en début d'interview : « *Alors déjà je je retiens pas ce que ça veut dire ACI, donc vous l'avez redit tout à l'heure et ça s'est en envolé [...]* ». (A14) Un autre **ignorait quels étaient les rôles de chaque institution** : « *Je sais pas d'ailleurs qui qui distribue ces ACI, c'est les ARS ?* » (A10)

A l'inverse, d'autres professionnels étaient capables de **citer les axes de travail** que contient l'ACI, ainsi que les **institutions en lien** avec le versement de la rémunération :

« *Les ACI, c'est une rémunération que nous donne la CPAM sur sur 3 axes donc il y a les axes accès aux soins, il y a l'axe, [...], le travail en équipe et le 3e axe, c'est le système, nous on a MLM donc c'est le système d'information partagé* » (A12)

« *c'est de l'argent qui est donné ,euh bon, je pense que c'est par la CPAM j'imagine, aux maisons de santé donc avec différentes enveloppes, [...]la plus grosse, la plus importante, elle doit être liée à l'activité des médecins généralistes, [...]Ensuite, je sais qu'il y a des choses qui sont liées à des, des actions [...] à la, l'existence de protocoles de soins qui a, qui a, qui font intervenir différents professionnels [...], le 3ème truc que j'identifie, c'est justement tout ce qu'on peut faire nous comme action de santé euh pour lesquelles on est vraiment, on bosse tous ensemble [...]* » (A14)

Concernant la répartition de la rémunération ACI au sein de la maison de santé, les connaissances restaient tout aussi hétérogènes selon les participants. La totalité de ces derniers étaient au courant que **la subvention ACI rémunérait le travail collectif** : « *Ce que je sais, c'est que y a des actions qu'on mène qui sont sources de rémunération via les ACI pour pour la MSP.* » (A14) Cependant, une grande partie des professionnels **ignorait la répartition complète de l'ACI** malgré qu'ils aient reçu des explications auparavant par leurs gérants.

« *Il y a des choses qu'on garde un peu au sein de la SISA pour payer des choses externes. Alors après, j'ai pas les comptes. Moi je dis toujours oui donc. Si y a des trucs à payer faut les payer. (Silence).* » (A7)

« *On a fait une clé de répartition (Rires) qui est un peu complexe, euh à laquelle j'ai pas participé. Voilà je, elle m'a été exposée mais euh. [...]* » (A16)

2) L'histoire de l'accord conventionnel interprofessionnel très peu connue

Les professionnels de santé interrogés ont **une méconnaissance complète de l'historique** de l'ACI. Certains ignorent totalement comment ce système a vu le jour. Il s'agissait la plupart du temps de professionnels qui ne jouaient aucun rôle particulier dans la gestion de la maison de santé.

« *Euh, alors j'avoue que pourquoi [historique de rémunération ACI] je sais pas trop.* » (A9)

« *[...] je saurais pas vraiment dire honnêtement la source et cetera [...]* » (A8)

« *[...] J'avoue que moi je le sais pas [...] Mais mais sinon l'origine [des ACI], tout ça, j'avoue, je sais pas du tout.* » (A11)

« *Non, je sèche. (Rires).* » (A16)

Quelques professionnels ont émis **des hypothèses sur les objectifs de la mise en place de l'ACI**. Selon eux, la source de la rémunération ACI correspondait à la nécessité de :

- **Voir apparaître des structures pour lutter contre les déserts médicaux** : « *Développer des structures, voilà pour éviter les déserts médicaux afin que ce soit plus simple aussi, plus simple d'accès, facilité d'accès avec le dossier médical partagé* » (A13)
- **Suivre le mouvement de professionnels qui souhaitaient créer des structures de travail coordonné** : « *ce que je peux imaginer c'est que il y avait déjà des professionnels qui s'organisaient entre eux, qui coopéraient et que ça a été une*

volonté politique et à la fois peut-être une demande de leur part de dire « bon les gars, nous on fait ça, mais pour l'instant [...] c'est nous qui payons quoi puisque c'est notre temps personnel », et cetera. [...] j'ai l'impression que ben les, les pouvoirs publics s'en sont saisis pour euh encourager, à la fois reconnaître et puis encourager des actions de ce type. » (A14)

- **Résoudre un problème de communication entre les professionnels** : « *Mais sûrement parce qu'il doit y avoir un manque de communication entre les professionnels de de santé. » (A7)*

Seulement un professionnel, leader dans sa MSP pu montrer **une connaissance partielle de l'historique** de cet accord en évoquant le **règlement arbitral** précédant l'ACI et sa vocation à valoriser la coordination des équipes. Aucun participant n'a mentionné les nouveaux modes de rémunération.

« Bah avant [l'ACI] c'est le règlement arbitral [...]. Et donc, c'était pour, quand les, le concept de MSP et de SISA a été créé, ils ont créé le règlement arbitral pour donner des fonds aux MSP, pour pouvoir fonctionner et créer des actions, des protocoles pluri pro » (A15)

« On a fait les ACI pour favoriser les regroupements de professionnels de santé, de créer, bah de la coordination justement la de la coordination d'équipe avec les les protocoles de soins, le fait d'avoir en critère socle des réunions ». (A12)

A noter qu'il s'agit d'un thème introduit dans la trame d'entretien à partir du 6^{ème} entretien.

3) Connaissance des objectifs officiels de l'ACI

Selon les participants, les objectifs officiels de l'ACI étaient :

- **De valoriser le travail pluriprofessionnel** : « *[...] les ACI, c'est une rémunération en fait que l'on peut toucher, [...] mettre en fait en avant notre notre travail interprofessionnel [...] vraiment le travail collectif de tous les professionnels qu'il y a au sein de la maison de santé » (A11)*
- D'impulser **une motivation** au travail pluriprofessionnel : « *C'est pour promouvoir le travail pluri pro et l'échange entre les différentes professions [...] c'est pour le, pour donner une impulsion à mon avis. » (A16)*
- **De rémunérer la fonction de coordination** : « *Je sais que bien entendu, ça permet de financer le salaire de la coordinatrice. C'est l'objectif principal. » (A3)*
- **D'améliorer l'accès aux soins du patient** : « *c'est plus l'État qui met de l'argent pour et pour que la population ait un meilleur accès aux soins. » (A15)*, et **financer la prévention** : « *Ben je pense que c'est[l'objectif] pour euh justement le travail, euh , qui ait une communication, une meilleure prise en charge des patients, et euh peut être une peu plus de prévention. » (A7)*
- **De viser la population et non pas de constituer des revenus** pour les professionnels : « *Pour nous les ACI, ils sont là pour mieux faire fonctionner le tout pour améliorer le parcours, c'est plus pour la population que pour nous. » (A15)*
- **De promouvoir l'exercice en maison de santé** : « *[...]c'est pour promouvoir les maisons de santé, euh l'exercice en maison de santé, en tout cas plus qu'en regroupement professionnel » (A16)*
- **De participer au bon fonctionnement des maisons de santé** : « *La création d'une maison de santé que les ACI aident à faire fonctionner » (A1)*

Finalement les objectifs supposés par les professionnels ne connaissant que vaguement le dispositif et son historique étaient assez proches des objectifs inscrits dans la loi. Ils avaient une vision correcte des objectifs de l'ACI malgré des connaissances théoriques faibles.

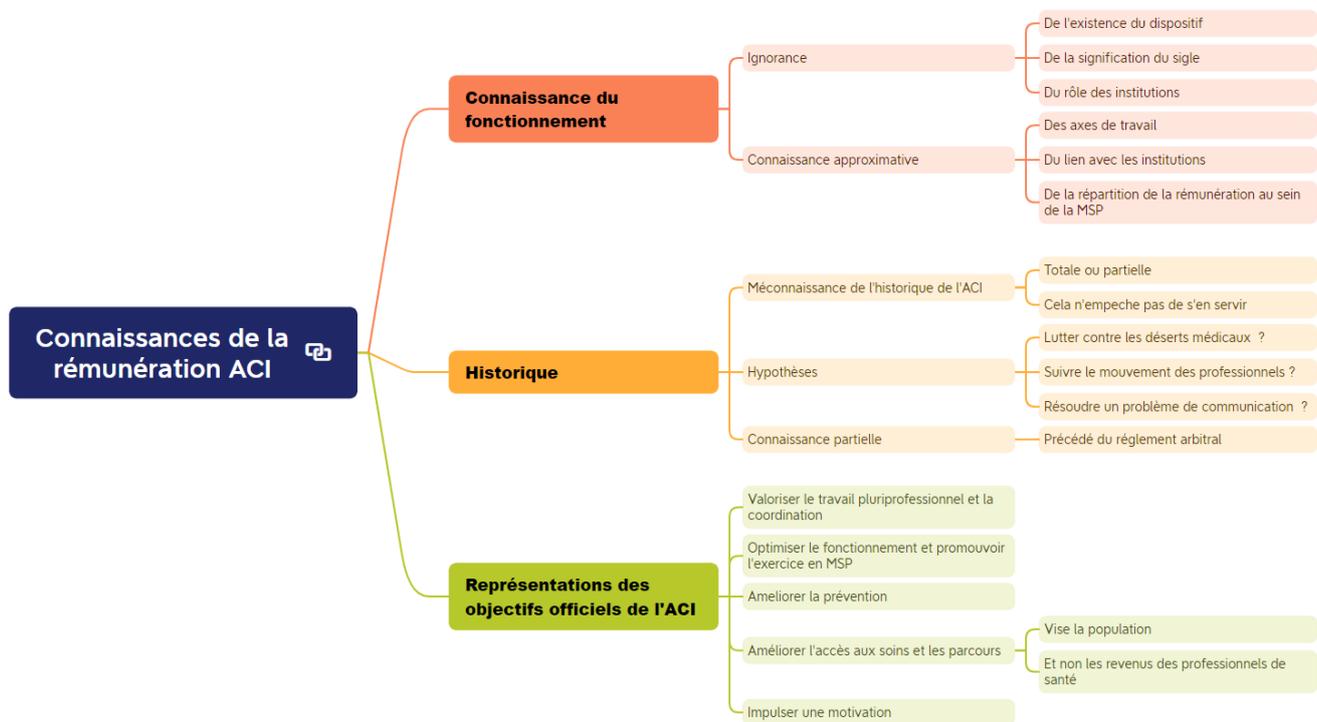


Figure 1: Les connaissances de la rémunération ACI par les professionnels de santé

D) Répartition et utilisation de la rémunération ACI

Les équipes des MSP avaient déterminé librement comment elles souhaitaient utiliser la rémunération ACI au sein de leur structure. Il est important de comprendre qu'il n'existe pas une clé de répartition unique mais un éventail de répartitions possibles variant en fonction de la composition des équipes, de leurs besoins, et de la perception des enjeux de la rémunération.

1) Frais de fonctionnement de la structure et matériel

La rémunération ACI participait au **financement de certains loyers** notamment de parties communes ou de **charges de la structure** ainsi que du **personnel d'entretien ou de maintenance**.

« Le financement des loyers des parties collectives de la maison de santé. Heu, ainsi que heu le, les, les salaires des, des salariés qui font l'entretien de ces parties-là. » (A1)

« Dernièrement, on a décidé de passer l'ascenseur parce que ça c'était aussi partagé entre les associés, mais euh les frais de maintenance ascenseur, c'est 2 000€ an à peu près. » (A5)

Dans certains cas, des **charges comme les consommations d'électricité et d'eau** des cabinets des professionnels, étaient prises en charge par la rémunération ACI « Alors si je me trompe pas, ça nous paye l'eau et l'électricité pour tous du coup pour toute la maison de santé » (A11) ou les **frais d'enlèvement des déchets** « on a décidé de mettre aussi dessus, l'enlèvement des déchets » (A2)

Les **coûts liés au fonctionnement comme les frais de comptabilité de la SISA** étaient payés avec l'ACI, « il y a bah la comptabilité, ça c'est les frais comptables c'est passé sur les ACI. » (A5) ou

encore **les frais d'adhésion aux associations syndicales de représentation des MSP** « *L'adhésion à la Fédération des maisons de santé, par contre, ça c'est c'est payant.* » (A4)

Le matériel participant à la coordination était également souvent financé soit entièrement, soit en partie comme **l'abonnement au système informatique partagé** ou **l'abonnement de téléphonie** au sein de la structure.

« *Là actuellement, par exemple l'ACI, la subvention ACI permet de payer complètement l'abonnement au logiciel pour tout le monde. Quelle que soit l'utilisation.* » (A2)

« *WEDA, le WEDA commun quoi. Uniquement la partie commune* » (A4)

« *On a euh une partie de la téléphonie en charge fixe. Euh, on a décidé qu'il y aurait 50% de ce que payaient les professionnels qui va être euh, euh, financé par les ACI.* » (A5)

Du **matériel à destination du confort des patients** a également été acheté grâce à la rémunération ACI comme « *On veut mettre une fontaine à eau pour les [...] patients [...]. On a vu notre budget, on a dit bah ça peut rentrer dans l'amélioration de la maison de santé [...] quand* » (A13)

2) Postes liés à l'animation d'équipe

Les équipes ont souvent fait le choix de financer des **postes liés à la réalisation de tâches administratives** comme des postes de gérant, de secrétaire ainsi que des **postes liés au management d'équipe** comme les leaders (ou référent coordination).

« *Il y a des postes fixes comme les deux cogérants et donc la la, la référente coordination. Euh, on a estimé à à peu près quatre heures par mois, donc ça fait 2 400. On est, on est sur du 60€ de l'heure, je crois à peu près du du coût de 2 400€ à l'année pour ces 3 postes là.* » (A5)

« *On a une secrétaire SISA qui est rémunérée sur le temps de de secrétariat SISA et rémunérée aussi par les ACI.* » (A1)

Le **poste de coordinateur/trice** était entièrement pris en charge par la rémunération obtenue « *elle [rémunération ACI] est utilisée euh pour [...] la rémunération de la coordinatrice* » (A6)

Une structure avait fait le choix de **financer** également **un co-coordonateur**. « *Alors les ACI. Y a une partie qui va euh, du coup, dans dans le salaire de la coordinatrice, euh dans le salaire du co-coordonateur alors c'est pas dans toutes les maisons de santé mais nous on avait décidé d'avoir un, ben d'avoir un co- coordinateur* » (A12)

3) Financement d'actions pour les professionnels

Des **temps de convivialité à destination des professionnels** des MSP sont organisés et financés par la subvention ACI comme l'organisation de **cours de sport** au sein de la structure « *on a fait des séances de sport le midi pour les professionnels de la maison de santé, tout tout inclus* » (A5) ou encore des **temps de restauration collective** « *cette année, on a fait juste un grand pique-nique.* » (A15). De même, **l'approvisionnement de la salle de pause** fait partie des dépenses de la SISA « *Voilà pour les petits achats, café, thé, tout ça, ça passe en ACI. Enfin tout ce qui est en gros salle de convivialité.* » (A9)

Toujours dans un contexte de favoriser le bien être au sein de la MSP, une équipe avait souscrit à un **comité d'entreprise** pour professionnels libéraux « *Alors là on arrête, c'était pas intéressant, mais c'était comme ça pour financer une espèce de de de de CE en fait pour les libéraux, alors c'était FACIVI.* » (A9)

D'autre part, des **temps de formation** étaient organisés dans le but de faire émerger des valeurs communes ainsi que des projets « *On a fait une journée sur une initiation aux consultations*

d'éthique clinique. [...] qui nous ont initiés, formés à l'éthique, à la consultation éthique clinique et et au souffle aussi, [...] on a fait ça tous ensemble avec le repas [...] » (A15). D'autres formations étaient organisées dans l'intention d'améliorer l'exercice des professionnels de la MSP « Donc là, on a financé l'action « apprendre à dire non » par la psychologue » (A2).

4) Parcours de soins et prévention

La rémunération ACI permettait également de financer la prévention et l'exercice coordonné.

Des **actions de santé** étaient organisées dans le but de transmettre des informations aux patients et d'améliorer la prévention de certaines pathologies. « [...] donc pour pour la prévention de l'utilisation de l'écran » (A7), « [...] y a les actions qui sont menées, donc il y a eu « bien vieillir », « bien manger », y a « Octobre rose » sur le cancer du sein » (A10).

Des **protocoles de soins** (critère socle du cahier des charges des ACI) étaient rédigés afin d'optimiser le parcours des patients. Ces protocoles étaient valorisés par les indicateurs de l'ACI. Ils pouvaient donc ensuite faire l'objet de rémunérations individuelles en fonction de ce qui avait été décidé au sein des équipes. « Par exemple, il y a un protocole de plaie. [...] par exemple, l'infirmière qui fait le suivi des plaies, elle a une rémunération forfaitaire qui est de 75 ou 100 euros » (A2), « On a les 4 protocoles ASALEE. Donc de ce côté-là c'est bon, ils ont été validés par l'HAS et tout. Après on a les protocoles qu'on a fait ici. Bon celui sur les AVK, il est parfait. Celui sur les plaies, il est très très bien aussi. » (A2)

Toutes les traces d'échanges étaient également valorisées pour les personnes investies que ce soit lors de **réunions concernant le montage d'action** « Les réunions, les actions de prévention, euh, les, les rédactions de protocole [...] comptabilisées en heures de de travail pour tel ou tel professionnel, va rapporter des points » (A4), de **réunions de concertation** « ce qui reste, ça permet de d'indemniser la participation des professionnels de santé de la structure aux différentes réunions de concertation. » (A3), ou de **échanges informels à propos de cas de patients** « on a un tableau avec nos, quand des professionnels échangent sur des patients, [...] n'oubliez pas, à chaque fois que vous me remplissez le tableau, il y a quand même un nombre de points qui est derrière et ce nombre de points à la fin de l'année se transforme en euros ». (A12)

5) Evolution de la clé de répartition de la rémunération ACI

La **clé de répartition** était donc propre à chaque équipe mais elle s'est avérée également **modifiable au cours des années** « ils sont plus répartis comme ça et après ça va se peaufiner au fil du temps. » (A12)

Dans un premier temps, les collectifs avaient tous rémunéré la fonction de coordination, et l'investissement des professionnels dans les missions, réunions. « C'est à dire que au début il me semble qu'on était surtout sur la fonction de coordination et heu (hésitation) et puis de répartir après sur sur les réunions de concertation, les protocoles etc.. » (A3)

Progressivement certaines équipes ont pris le parti de **couvrir de plus en plus leurs charges** avec la rémunération ACI. Certaines l'avaient fait sans modifier la répartition sur la coordination, le montant total permettant simplement un financement supplémentaire « [...] au tout départ, c'était vraiment les projets patients, mais les sommes sont telles que bah on ouvre au fur et à mesure sur les charges » (A9), d'autres ont dû modifier leur clé de répartition avec une **baisse de la valorisation de l'investissement** « on a pris plus de charges sur l'ACI au fur et à mesure. Oui. (Silence). Et on a dû peut-être en compensation, moins d'indemnisation des professionnels de santé. » (A3).

Une équipe a souhaité **simplifier sa clé de répartition** qui était trop complexe au départ « *On a vachement compliqué au départ en comptant le nombre de postes et puis après on a un peu simplifié. On a fait parce que ça devient vite un peu enquiquinant.* » (A2)

Souvent, la rémunération n'était **pas distribuée dans sa totalité** pour garder une marge de sécurité « *[...]il restait toujours, on se laissait toujours une marge, donc au bout de quelques années, bah il reste une somme* » (A5). Plusieurs équipes ont fait le choix de **conserver un pécule de secours en cas d'abandon de contrat ou d'imprévu** « *On a anticipé un an de de salaire plus les frais de licenciement, si on devait la licencier.* » (A15)

Une équipe avait **annulé certains financements** car à la réflexion, les professionnels avaient trouvé qu'ils ne correspondaient pas à l'idée qu'ils se faisaient des objectifs de la rémunération ACI. « *Au début, il y avait, on avait inclus certains travaux d'aménagement puis après on s'est rendu compte que non, que c'était pas bien parce que ça c'était quand même quelque part. Bah je veux dire, c'est comme dans ta maison quoi, quand tu mets les rideaux, bah tu vas pas te faire payer parce que t'as mis les rideaux,[...] Donc il y a eu comme ça, des des petits flottements au départ mais heu, surtout dans ce qui rentrait dans la prise en charge de l' ACI* » (A4)

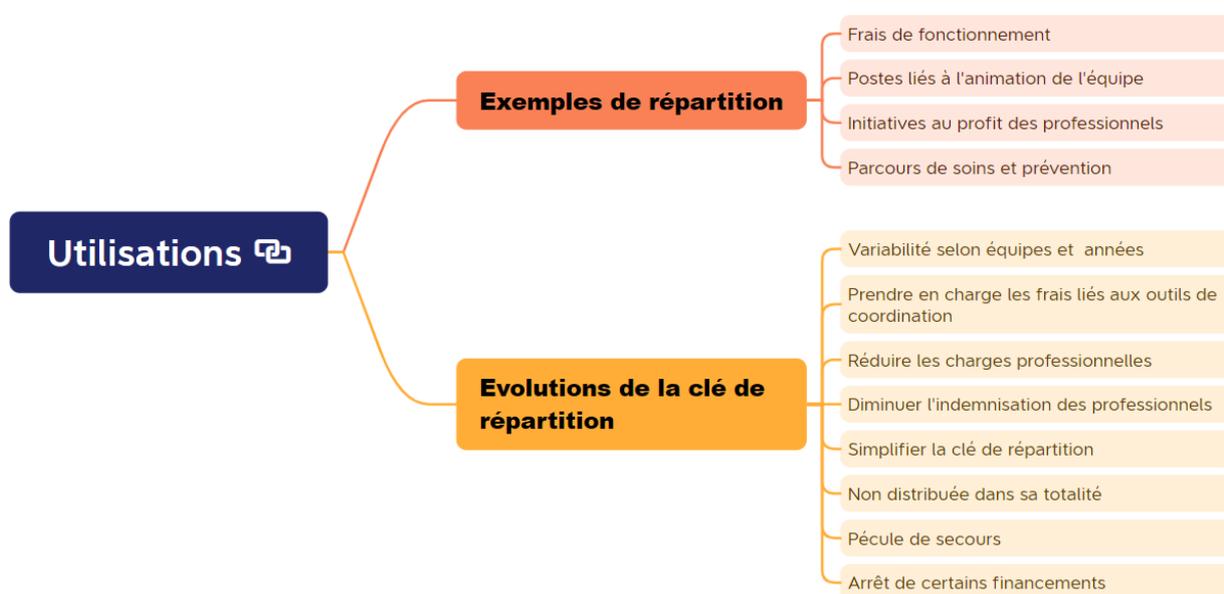


Figure 2 : Utilisation de la rémunération ACI

E) Impacts de l'ACI sur le travail pluriprofessionnel

1) Un exercice coordonné

La coordination est définie comme l'association logique de différents partis réunis dans un but ultime déterminé. Coordonner renvoie à agencer, combiner, ajuster, organiser. Coordonner serait organiser les conditions de travail de tous.

Le terme coopérer renvoie à collaborer, travailler à plusieurs sur les mêmes problèmes. Donc coopérer signifie plutôt réunir des compétences de chacun autour d'un même objectif, par exemple améliorer la situation d'un patient.

L'exercice coordonné conjugue concertation et coordination pour améliorer le service au patient et les conditions de travail des professionnels.

Dans l'étude, les professionnels de santé avaient défini la coordination comme une manière de **travailler avec les autres professions** « *travailler ensemble* » (A6). La coordination s'accompagnait de temps de coopération « *coopération interprofessionnelle* » (A2) identifiés par les équipes comme des « *réunions de concertation pluripro* » (A15).

Ces moments d'organisation représentaient un **temps indispensable pour faciliter la pratique de chacun** « *La coordination en général, ça leur a facilité la vie* » (A3).

Améliorer la coordination était un objectif de l'ACI. Se doter d'un poste dédié au sein de la MSP correspondait à un critère socle du cahier des charges. C'est pourquoi un certain nombre d'équipes avaient choisi de financer ce poste par leur dotation ACI et valorisaient également les différents temps que les professionnels consacraient à la coordination et à la concertation. « *On se retrouve, on parle, on, on échange pour les patients. Enfin ça permet vraiment de de de ouais, de de de financer, bah tout ce temps-là qu'on prend quoi pour les patients [...]* » (A5)

i. Un poste dédié : Coordinateur (/trice)

La première fonction du coordinateur était le **management** de l'équipe. C'était un rôle clé pour le bon fonctionnement. Il s'agissait de **rassembler autour d'objectifs collectifs** « *le rôle du coordinateur à ce moment-là, c'est quand même de bah de rassembler tout le monde* » (A12), de **motiver**, de **mobiliser les professionnels** à la réalisation de projet commun « *On est parfois obligé de pousser l'équipe à à rédiger les protocoles en temps et en heure* » (A13), de **faciliter la communication entre les professionnels** en les encourageant « *c'est quelque chose qui a permis de développer des des actions et donc des transmissions entre nous* » (A4) mais aussi en **gérant les conflits** « *Elle s'implique pas, quoiqu'elle donne son avis mais elle va pas s'impliquer dans des heu, dans des phénomènes de conflit ou de tension. Mais elle est capable de soutenir un peu tout le monde quoi donc ça c'est vachement bien.* » (A2). Ce poste représentait un **soutien émotionnel** pour le groupe « *On écoute beaucoup, euh, bah les soucis, les les points positifs et négatifs des autres professionnels de santé [...]* » (A13).

Sa seconde fonction était de **garantir l'organisation logistique**. Il devait :

- **Gérer les charges administratives notamment les tâches découlant du cahier des charges de l'ACI** « *on gère un petit peu tout ce qui est euh tout ce qui est facture, euh la gestion des ACI, justement, les protocoles, les missions de santé.*»,
- **Planifier à la fois les temps de concertation, les assemblées générales** pour tous les collaborateurs « *elle a ce rôle aussi d'organiser la vie de la MSP, d'organiser, c'est-à-dire de faire les plannings des réunions, de prévenir tout le monde qu'il y a une réunion, établir l'ordre du jour, donner des pouvoirs quand il y a des votes à faire à ceux qui ne seront pas là et récupérer les pouvoirs, s'assurer que on est assez nombreux pour voter* » (A15).
- **Assurer toute la partie comptabilité** « *elle gère par exemple tout ce qui est comptabilité avec le comptable.* » (A15).
- **Entretenir les échanges avec l'extérieur** de la MSP que ce soit avec des partenaires de travail « *elle gère toutes les relations avec le ménage, la téléphonie, les informaticiens, et cetera [...]. Elle a tous les contacts, elle connaît euh tout le monde* » (A15) ou pour faire le **relais avec les institutions référentes** « *elle fait le relais entre les ces institutions et nous.* » (A16)

Le coordinateur avait fréquemment une **position centrale** dans la **gestion des projets de santé** « *y a un travail de management d'équipe, y a un travail de chef de projet, parce que c'est elle aussi qui lance des dynamiques de protocole, de mission santé publique et qui va trouver les financements, mettre en place, faire les, trouver les salles, le matériel [...]* » (A15)

Tous les professionnels de santé jugeaient le poste dédié à la coordination comme **indispensable** « *Elle est indispensable* » (A11) car il permettait notamment de **dégager du temps aux professionnels, d'avoir un fonctionnement optimal de la MSP** « *on n'a pas le temps de faire tout ce qu'elle fait, et que il est clair que, que notre MSP tournerait beaucoup moins bien sans sans ce temps-là.* » (A15) mettant en avant son **efficacité lors des temps de rencontres** « *les réunions sont beaucoup plus efficaces [...] c'est organisé [...] T'as moins l'impression de perdre ton temps en réunion* » (A7). Certaines équipes se reposaient complètement sur le coordinateur en lui accordant une **confiance totale** « *(Prénom coordinatrice), qui gère tout ! (Rires)* » (A7), leur permettant de leur **apporter un bien-être** « *c'est un vrai vrai vrai bénéfice en terme, juste de tranquillité d'esprit pour travailler.* » (A2)

Cependant, certains professionnels ont pointé que le coordinateur avait une **place difficile**, du fait de sa position à l'intersection entre le relationnel avec le groupe, la communication avec l'extérieur, la gestion administrative l'obligeant à avoir une **souplesse d'esprit** pour concilier le tout « *c'est pas forcément une place facile parce que coordonner l'action de professionnels libéraux, qui ont chacun l'idée que il fait bien ce qu'il veut (Rires), ça demande de la souplesse* » (A14). L'une des participantes faisait remarquer le **risque de turn-over** de ce poste « *pour avoir fait la formatrice, la formation avec beaucoup de coordinatrice, c'était le hum, coordinatrices qui ne sont plus coordinatrices maintenant parce que ça s'est pas très bien passé* » (A12). Il semblait donc indispensable que les coordinateurs disposent d'une **formation spécifique** pour acquérir les compétences nécessaires « *c'est un vrai travail, d'ailleurs, elle a une formation pour ça, (Rires). La formation PACTE là qu'elle a fait pendant 2 ans [...] c'est une vrai compétence* » (A15)

La rémunération du poste de coordinateur par l'**ACI était primordiale pour l'existence de la fonction** « *Le poste n'existerait pas si il n'y a avait pas cette rémunération.* » (A1), le rendant même **interdépendant avec le financement ACI** « *Le salaire de la coordinatrice, qui est nominée totalement. Totalement rémunérée par les ACI, puisque dans les ACI, il y a un budget, heu, pour rémunérer la, le coordinateur ou la coordinatrice sachant que le, le fait d'avoir un coordinateur ou une coordinatrice est un critère socle pour eux, pour avoir les ACI* » (A1).

Le salaire dédié représentait **environ un tiers de la valeur de la somme ACI touchée** « *On a à peu près, je dirais un tiers pour la coordinatrice à temps partiel. À peu près 30 000€ annuels* » (A5). Deux professionnels estimaient que les **points attribués par l'ACI étaient insuffisants par rapport au temps réel nécessaire de coordination** « *on voit bien que le financement ACI, il est, permet d'avoir un temps de coordination d'environ 2 jours par semaine, 2 jours et demi. Euh, c'est pour une grosse structure comme la nôtre, c'est un peu limite. Donc, il est calculé un petit peu ric-rac* » (A3).



Figure 3 : Un poste dédié à la coordination financé par la rémunération ACI

ii. La coordination améliore la communication

a. Les réunions de concertation

La coordination avait facilité l'organisation des **temps de concertation**. D'après les équipes, le choix de dédier une rémunération indemnisant la participation aux réunions de concertation avaient en outre, permis de **formaliser ces temps d'échange** en les installant durablement dans les pratiques «*Les contrats nous ont obligés à mettre d'une façon formelle des réunions de concertation qu'on faisait de toute façon, de façon informelle*» (A4). Ceci incitait les professionnels à **échanger de manière plus importante et plus régulière** au sujet de leurs patients «*pour moi les réunions de concertation du coup que que l'on avait pas avant d'être en maison de santé qui qui m'aident beaucoup parce que du coup, je j'échange beaucoup* ». (A12)

En augmentant la communication, les participants ont remarqué une **accélération de la vitesse de prise en charge pour certains patients** «*Quelquefois bah ça permet aussi des prises en charge un peu plus rapides. Je vois notamment avec les kinés nous quand on a des problèmes, enfin des entorses [...] je vais chercher une kiné [...]Je sais que dans la semaine, elles le prennent en charge.*» (A11), une **meilleure organisation du parcours patient** «*C'est vrai qu'on va parler de ce patient là et on va s'organiser pour qu'il ne vienne pas trois fois dans la semaine. On va grouper ses rendez-vous.*» (A10). D'autre part, une augmentation des échanges entre professionnels permettait de **résoudre des situations d'échec grâce au partage d'expérience** «*Quand on est bloqué, ça nous aide à ça nous aide à peut-être se débloquer dans des situations, par exemple dans des prises en charge à avoir plusieurs avis sur quoi proposer aux patients [...]*» (A11).

Ces temps de concertation contribuaient à **l'expression des difficultés rencontrées au sein de la MSP** « *le fait du montage aussi et des discussions entre nous a permis à chacun d'exprimer les frustrations qu'ils pouvaient avoir vis-à-vis des autres professions.* » (A4).

La rémunération de la coordination **favorisait la communication avec les partenaires extérieurs** en les invitant à venir discuter au sein des réunions de concertation « *dans les réunions de concertation, on invite, on a invité à plusieurs reprises des des structures externes genre CMP, genre aide domicile etc. ...* » (A3) mais également en **valorisant les professionnels qui allaient représenter leur MSP ou se former hors de ses murs** dans des congrès, colloques « *Il a été décidé [...], de rémunérer la participation des professionnels qui vont aller représenter la maison de santé dans un colloque, ou heu, (hésitation), éventuellement dans une présentation, où ils feront un compte rendu et ils ramèneront les éléments pour l'ensemble des professionnels et ils pourront, ils toucheront une rémunération* » (A1)

b. Le système informatique partagé

Dans chaque MSP, le système informatique partagé (SIP) était financé au moins en partie en partie par la rémunération ACI pour **valoriser son emploi auprès des professionnels** « *on a décidé donc de de financer une partie du logiciel médical de WEDA, médical et paramédical à hauteur de 15,00€ par professionnel, qui utilise ce ce logiciel, 15€ par mois* ». Cependant, certains professionnels se sont sentis **défavorisés dans ce choix de financement du SIP** car ils n'en n'avaient **pas l'utilité** « *Par rapport au logiciel, [...] y a pas d'intérêt, on a nos logiciels en fait propres à chacune et on n'utilise pas, [...] Donc là pour le coup, oui, je pourrais dire que je suis défavorisée parce que quelque part je paye quelque chose que j'utilise pas. [...]* » ou ils n'en n'avaient **pas les droits d'accès de par leur profession** « *Moi, je suis pas intégrée dans le, dans le circuit WEDA* » (A14).

Selon les participants utilisateurs du SIP, ce logiciel permettait de **fluidifier les échanges** et contribuait à une meilleure coordination pour des professionnels « *le système d'information, il permet aussi l'échange avec les autres professions, professionnels de santé de la structure et ça fluidifie les parcours. Ça simplifie les choses. [...] ça assure une fluidité des échanges et une meilleure coordination des échanges [...]* » (A3). Il assurait un **gain de temps**, et améliorait la **sécurité des soins pour les patients en évitant la perte d'information entre interlocuteurs** « *C'est un gain de temps pour le pour le médecin, et puis c'est une sécurité pour le patient* » (A6).

c. Un équilibre à trouver entre coordination et confidentialité

L'exercice en structure d'exercice coordonné entraînait le partage d'informations relatives aux patients entre professionnels pour assurer la continuité des soins. Néanmoins, il a été mis en évidence que certains patients n'avaient pas connaissance de cette communication. La coordination et la concertation pouvaient donc **porter atteinte à la confidentialité des données du patient si celui-ci n'était pas au courant du partage de données** « *la podologue racontait que que bah, une patiente qu'on a en commun, que j'ai aussi du coup qui s'était, qui était outrée en fait qu'elle ait accès à son dossier* » (A7).

De manière inverse, certains professionnels ne faisant pas partie des professions médicales ou des auxiliaires médicaux (psychologue, ostéopathe) **se sentaient limités dans leur coordination par le respect de la confidentialité**, considérant le secret professionnel comme inviolable « *[...] je contribue pas beaucoup dans dans ces dans ces réunions-là. Euh bah d'abord parce que souvent nous, dans notre spécialité, il y a une confidentialité qui est encore plus, en tout cas que nous, on considère comme encore plus serrée, contrainte et absolue que le secret médical que que tous les autres partagent.* » (A14)

En règle générale, les patients semblaient satisfaits de la coordination mise en place entre les soignants « *On se rend compte que les réunions les patients aiment bien, que on parle d'eux en réunion* » (A12). Les professionnels rappelaient l'**obligation d'obtenir l'autorisation des patients concernant les échanges de données** « *je pense qu'il faut pas, peut-être pas oublier cette partie de bien l'expliquer aux patients, que à partir du moment où enfin voilà, ils sont à la maison de santé [...]. On va faire tout ensemble et que du coup ça apporte que tout le monde a accès à, peut-être de préciser s'il y a quelque chose de pas à dire à tout le monde.* » (A7)

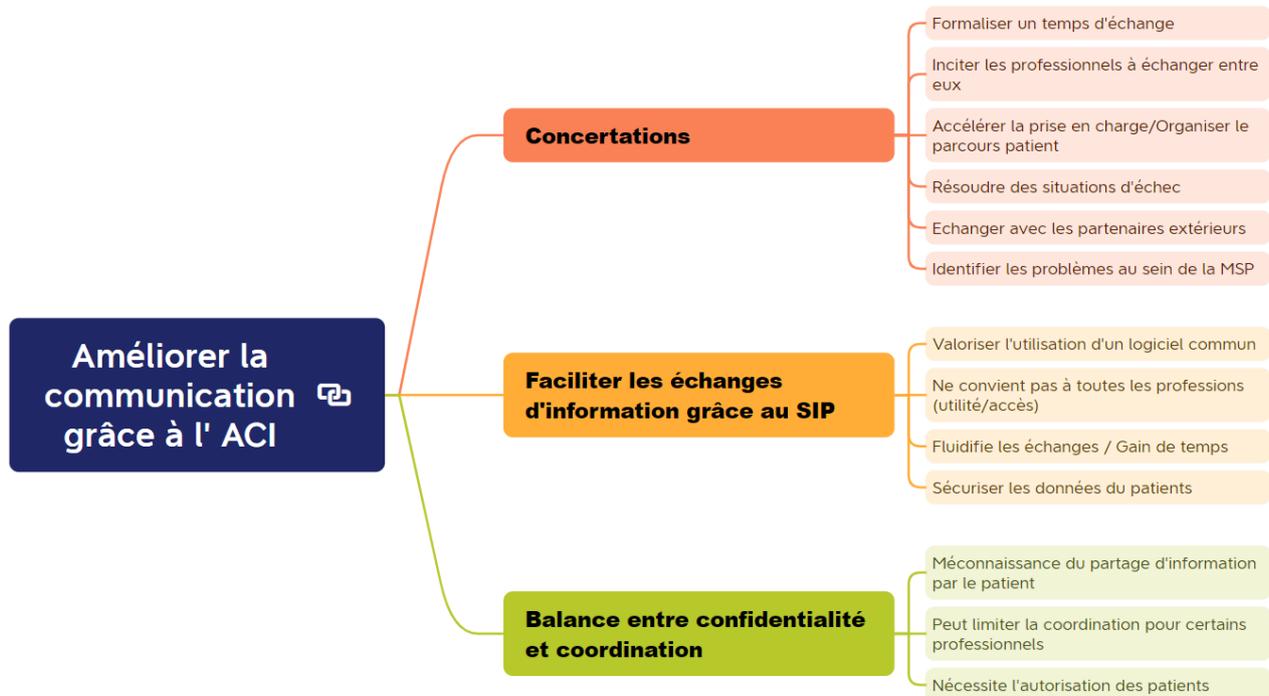


Figure 4 : Améliorer la communication grâce à la rémunération ACI

iii. L'exercice coordonné au service des patients a. Education et prévention

La rémunération ACI permettait de **financer des ateliers d'éducation et de prévention auprès des patients** qui n'auraient pas vu le jour en l'absence de subvention « *j'ai fait le des ateliers cuisine qui sans les ACI n'auraient pas été possible de financer vraiment les ingrédients.* » (A12) et cela sous différentes formes « *Y a les affichages, y a des conférences, y a des débats, il y a des actions directes aux patients. C'est, ça nous rapproche, enfin, ça nous rapproche, ça donne euh une information aussi aux patients* » (A16).

Ces ateliers avaient pour but **d'apporter de l'information fiable** aux participants « *Des informations [transmises dans les ateliers], voilà, pour les patients qu'ils iraient pas forcément chercher ou qu'ils ne savent pas où aller chercher* » (A8), sur des **sujets intéressant la population** .

Certains professionnels ont fait part de leur intérêt car ces actions permettaient **d'engager les échanges sur des sujets inhabituels** «*Ça permet de d'engager la conversation sur certains sujets pour lesquels ils auraient pas forcément , euh, donné la parole en fait* » (A16).

Par ailleurs, les professionnels ont remarqué que les ateliers **touchaient un public différent de ceux des consultations** ouvrant un peu plus la MSP sur **son bassin de population** « *[...]on avait fait une action avec les médecins sur les gestes de premiers secours des bébés et ça ça avait super,*

enfin c'est d'utilité publique quoi, et ça ça avait super bien fonctionné, parce que ça avait vachement intéressé les gens, des gens qu'on, qu'on n'aurait pas vu en fait, forcément vu dans notre patientèle mais qui avait un besoin, euh, sur ce genre de connaissances » (A8).

b. Amélioration du soin pour le patient

Le financement ACI étaient utilisés par les équipes de différentes manières mais toujours dans un but commun d'améliorer les soins donnés au patient.

- Un **meilleur accès aux soins au sein de la MSP** en garantissant une **offre de soins de proximité diversifiée** « [...] permet d'avoir une offre de soins bien plus diversifiée et et et centralisée sur la maison de santé[...] », ainsi qu'en proposant une **gratuité de certains services** « ces ateliers qui sont proposés quand même gratuitement où ils ont pas, ils sont obligés de de rien avancer. » (A12). De même, un **meilleur accès aux soins en dehors de la MSP** pouvait être proposé via la réalisation de missions de santé « Nous on a fait, [...] des journées de vaccination, par exemple dans les, dans les centres sociaux de la de la ville, où on rencontre la population » (A15)
- Une **meilleure qualité des soins** grâce à la concertation entre professionnels « ça améliore leur prise en charge dans, à travers justement toutes les les réunions qu'on peut faire parce que c'est financé. » (A5). Une **meilleure réactivité** pouvait contribuer à une amélioration des parcours « La réactivité de la réponse à la problématique qui concerne le patient. Ça, je pense que les patients, ils y sont très sensibles. » (A4)
- Une **meilleure continuité des soins** grâce au système informatique partagé notamment « c'est à dire que si le médecin traitant n'est pas là, ben les patients, vont pouvoir quand même avoir un médecin qui a son le dossier, les examens pratiqués euh, les comptes-rendus euh, les allergies. » (A6) ainsi qu'aux protocoles qui favorisaient une **fluidité des soins** « d'avoir protocolisé les choses et de permettre aux infirmières d'être en capacité de de s'appuyer là-dessus pour gérer directement, c'est un bénéfice pour le patient qui ... et pour l'infirmière qui sont sont pas obligées d'attendre la validation du médecin » (A3) et permettaient de **cibler des patients à risque** « Même chose pour le suivi des insuffisants cardiaques à domicile ou des choses comme ça qui ont permis d'améliorer la prise en charge de certaines catégories de patients du fait de la mise en place des protocoles financés grâce à l'ACI MSP. » (A3)
- Une **meilleure sécurité du soin** du fait d'une **prise en charge globale** du patient « [...] c'est très rassurant pour le patient. (Silence). Parce qu'il a vraiment l'impression d'être pris en charge dans sa globalité » (A10)

c. Connaissance du dispositif ACI par le patient

Selon les professionnels interrogés, **les patients n'avaient pas connaissance de l'existence d'une rémunération** pour améliorer leur prise en charge et la coordination des professionnels de santé « ça se fait indirectement parce que les patients ne savent pas du tout, comment ça fonctionne. Ils ne sont au courant de rien au niveau des ACI, vraiment. » (A13), cependant le **patient restait le bénéficiaire principal** de celle-ci « Donc je pense que les patients, c'est les bénéficiaires principaux de ce dispositif. » (A3). Les équipes ne voyaient **aucun inconvénient découlant du dispositif ACI pour le patient** « Je vois pas d'inconvénient pour les patients du financement ACI de la structure » (A3).

En fonction des professionnels, **l'impact sur les patients pouvaient être à la marge** « Peu de gens en réalité par rapport à l'ensemble de la population de la maison de santé » (A1) ou au contraire **concerner tous les patients** « Moi, je pense que ça bénéficie à tout le monde » (A2).

Même si le patient n'avait pas connaissance du système ACI, les différentes interventions invitaient les patients à **donner leur opinion** « *on fait quand même régulièrement des questionnaires de satisfaction, ce qui permet de juger au mieux, [...] on leur redemande comment ils ont trouvé ça, les choses à améliorer aussi, parce que il faut se réajuster* » (A8), à s'investir dans la **réflexion sur leur santé** « *Je pense que c'est motivant [pour le patient]. Parce que ça leur apporte des sujets de réflexion* » (A10). D'après les équipes, les patients semblaient satisfaits du fonctionnement des soins dans leur MSP « *Donc indirectement, on va dire que ce que nous proposons, les patients se sentent du coup mieux et et à l'écoute* » (A13).

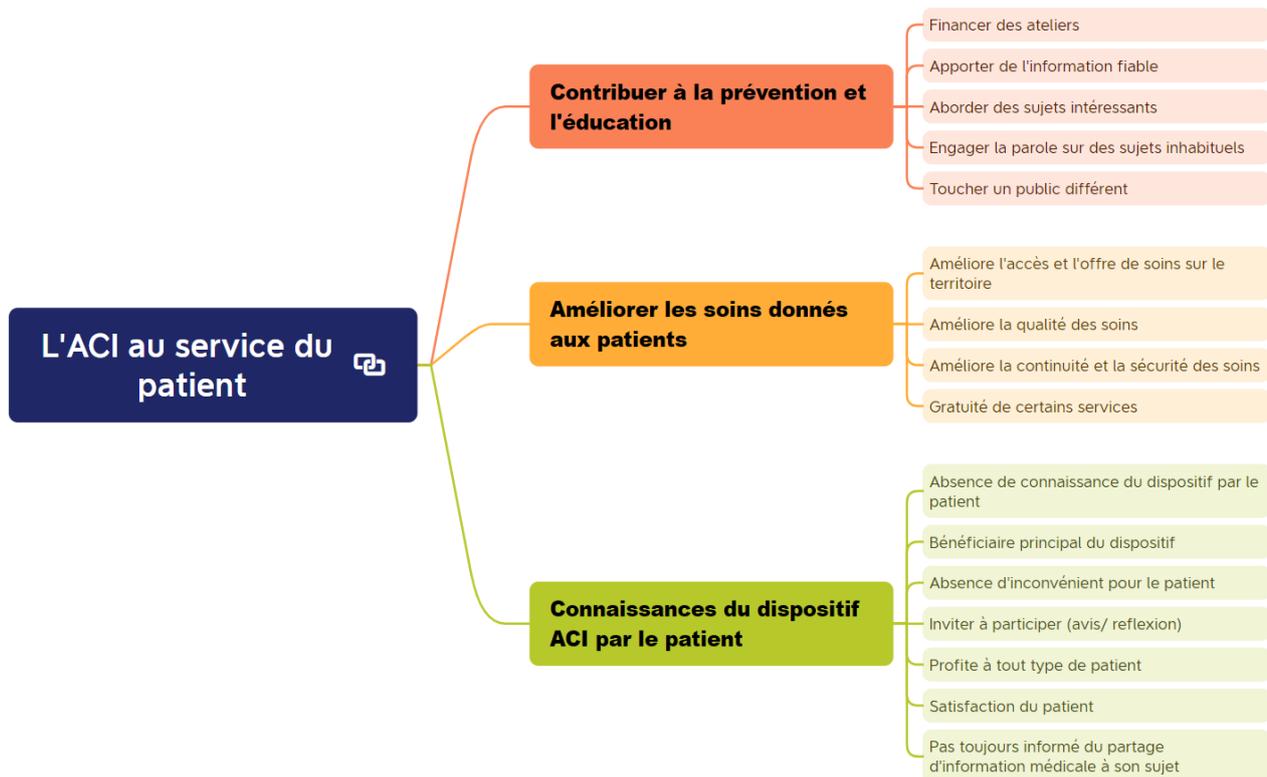


Figure 5 : La rémunération ACI au service du patient

iv. Intrication de l'exercice coordonné et de l'ACI

A la vue du nombre important d'actions réalisées selon les professionnels grâce à l'ACI s'est posée la question de l'assujettissement du travail coordonné à la rémunération ACI. L'avis des professionnels était assez diversifié.

Une partie des professionnels considéraient que l'exercice coordonné **était entièrement dépendant de la rémunération ACI**. Sans financement, ils ne se voyaient pas capable de réaliser des projets ensemble « *le fait de construire des projets ensemble, des projets qui ne sont pas possibles sans les, sans les ACI* » (A12). Ils ne se sentaient **pas en capacité d'échanger avec l'extérieur de la MSP** « *Et sans cette enveloppe, ben j'aurais pas pu faire du lien avec avec le le SIAD sur la thématique de la dénutrition et sensibiliser euh les professionnels du du du paramédical.* » (A6). Pour certains, l'expérience avait montré qu'avant d'entrer en MSP, il n'y avait pas de coordination. Mais cela ne pouvait pas permettre d'affirmer un lien de cause à effet entre rémunération ACI et coordination « *Euh bon moi, dans mon expérience antérieure de cabinet de groupe, il y avait pas de temps de, il y avait pas ces temps-là. [...] on avait déjà les groupes qualité mais auxquels participaient pas nécessairement tous les médecins de la structure mais euh il est certain que non il n'y avait pas ce temps de coordination, en tout cas pluri professionnel, il existait pas avant. Est-ce qu'il aurait existé de toute façon même s'il avait pas été financé, ça je peux pas le dire.* » (A3)

Pour d'autres, **le travail en coordination n'était ni soumis au financement ACI, ni induit par lui** « *Ah moi je pense que y a pas besoin de la subvention pour travailler comme ça, pour moi ça fait partie. Enfin, j'ai pas attendu d'avoir la subvention pour travailler de cette manière [...]* » (A7). Les professionnels décrivaient alors plutôt une **valeur partagée : la volonté naturelle de travailler ensemble** plutôt qu'une motivation pécuniaire « *Moi, je suis contente, après c'est plus la vision globale de la maison de santé que les ACI en eux-mêmes. Les ACI de toute façon, j'y serai allée aux réunions. Rémunération ou pas rémunération de toute façon, je serai allée aux réunions.* » (A10)

2) Impact de l'ACI sur l'équipe

i. Une motivation

a. *Une motivation en lien avec la rémunération ACI*

Lors de plusieurs entretiens, la rémunération issue de l'ACI valorisant l'implication des professionnels était apparue comme un **facteur de motivation**. Cependant, la motivation engendrée n'était pas à la même hauteur chez tous les professionnels.

Certains voyaient la rémunération comme :

- Une **source de motivation** pour initier des projets « *Quand on a dit qu'on avait cette somme-là sur notre compte, et que les gens ont perçu tel ou tel montant, ça les a davantage motivés parce que l'argent fait que chez certaines personnes c'est leur but ultime* » (A13),
- Une invitation à faire ensemble « *[La rémunération] ça encourage le travail en pluri professionnel. Ça, ça invite à faire ensemble.* » (A14)
- Un **déclencheur de réflexion** « *Les ACI nous ont poussés, un peu à développer certaines actions, à se demander quelles actions on pourrait faire* » (A4),
- Un **booster d'innovation** « *on présente nous toujours beaucoup de de projets ou beaucoup de protocoles, beaucoup de choses, ça n'a pas eu de conséquences. On en, on en présente toujours plus à la limite que ce qui peut être financé.* » (A14)
- Une **incitation à prendre le temps** nécessaire au montage de projets « *[...] y aurait pas forcément ces projets puisqu'en fait ça demande beaucoup de temps, d'investissement et que ben, forcément euh, si, s'il y avait pas de rémunération, on on prendrait pas forcément le temps de de le faire* » (A6)

D'autres considéraient que la subvention n'était pas à la base de leur motivation, mais permettait **d'encourager la poursuite des efforts fournis** « *Personnellement bah je sais que ça [la rémunération] m'a motivée pour, ben voilà pour faire autant l'année prochaine* » (A11). La rémunération permettait parfois de **réactiver la motivation** « *y avait un investissement qui commençait un peu à s'effondrer. En réunion j'ai dit, « mais n'oubliez pas, à chaque fois que vous me remplissez le tableau, il y a quand même un nombre de points qui est derrière et ce nombre de points à la fin de l'année se transforme en euros ». [...] je peux vous dire que les la semaine d'après mon tableau était rempli donc c'est (Rires) c'est bête, ça fait un peu enfantin hein, mais bah c'est ça marche [...]* », et de **maintenir une régularité de l'investissement** « *[...] Ca peut motiver là, je pense à la rémunération pour le faire de manière plus régulière* » (A7).

La rémunération pouvait **déclencher une comparaison entre professionnels qui ravivait la motivation** « *les sommes qui ont été versées, a déclenché un moment donné une prise de conscience chez les professionnels de santé en disant « ah mince, j'ai pas eu assez de points, donc forcément le montant est moindre par rapport aux autres, du coup, je vais faire davantage pour amplifier un petit peu cette somme* » (A13).

Cependant la valorisation financière **ne pérennisait pas la motivation initiale dans le temps** « *tout le monde valide en réunion d'assemblée générale. [...] on fait un groupe. Et puis en fait, dans le groupe, n'y a plus personne, donc il reste l'IPA qui porte le projet, qui fait des choses et puis du coup ben oui mais du coup si personne n'a fait et ben y a que toi. Donc c'est c'est gênant quand t'es quand t'es tout seul à porter quelque chose et puis à la fois c'est aussi démotivant.* » (A6)

b. *Une absence de motivation par la rémunération ACI*

Au contraire chez d'autres associés, la rémunération **ne générait aucune motivation** au travail collectif « *Après cette rémunération ne...ne génère pas un engagement malgré tout systématique de tous les professionnels de santé hein. Certains professionnels de santé ne sont pas motivés en tout cas par cette ... cette rémunération.* » (A1) et **ne modifiait pas l'investissement** qu'il avait déjà « *Mais [les ACI] c'est pas ça qui me motive. Je veux dire, je serai de toute façon rémunération ou pas rémunération, d'abord au début je savais même pas qu'il y avait ces ACI, j'étais pas informée* » (A10).

Il existait une **différence de motivation en fonction des professionnels** qui pouvait **décourager les plus volontaires** « *Euh, et puis bah l'essoufflement, euh parce que, parce que c'est toujours les mêmes qui s'impliquent quoi !* » (A9)

Au contraire, **la motivation était intrinsèque et d'ordre non monétaire** « *Après, on était tous d'accord par contre pour dire que bah s'il y avait plus d'argent, c'est pas grave en fait, on fait pas ça pour avoir de l'argent en plus* » (A11), « *Je suis pas motivé par l'argent. [...] mais pour moi, c'est surtout mon métier en tant que tel, les ACI c'est vraiment un plus [...]* » (A13). La motivation à travailler ensemble semblait propre à **chaque individu** « *Mais après je suis pas sûre que ça change relativement ceux qui veulent pas travailler avec les autres ils continueront de pas travailler avec les autres je pense.* » (A7) et **dépendait de la personnalité de chacun** « *Mais on est en un petit peu obligé de les pousser, ça c'est sûr. Ça dépend du comportement de chacun. (Rires)* » (A13). Ils identifiaient 2 types de personnalités : les **moteurs et les suiveurs** « *T'as des gens qui sont moteurs des suiveurs et puis t'as ceux qui sont euh en retrait* » (A6).

ii. Modifier la pratique

a. *Réflexivité et réorganisation de la pratique*

L'augmentation de l'exercice coordonné grâce à la rémunération ACI poussait les professionnels de santé à modifier leur exercice en **remettant leur pratique en question** « *[...] ça m'ouvre aussi d'autres champs que je n'avais pas du coup pensé ou réfléchi avant parce que j'ai cette posture-là par rapport à à ces questions. Mais ça peut m'amener aussi à une réflexion ou autre.* » (A8) et en **améliorant leurs connaissances** « *[...] Moi je trouve que ça me pousse [...] quand on met en place des actions, aller rechercher encore tout ce qui se fait, [...] à m'informer moi enfin, même si le fond je l'ai et à continuer du coup de se former* » (A8)

Les professionnels appréciaient **devoir s'adapter à des populations de patients différentes** lors des missions et ateliers « *c'est intéressant aussi de pas être que dans son petit coin et de pas se cantonner à nos patients, à nos prises en charge, pour pouvoir aussi s'ouvrir sur des publics différents.* » (A8), mais également de **pouvoir adapter leur pratique à leur territoire** « *ça nous permet d'avoir un exercice qui est parfaitement adapté au contexte à la démographie, aux pathologies des gens, aux faiblesses et aux forces du territoire enfin tout ce qu'on veut quoi.* » (A2)

Les intervenants observaient un **changement d'approche en passant d'un raisonnement individuel à collectif** « *je trouve ça beaucoup plus intéressant comme manière de travailler heu (hésitation) sortir un peu, de sortir beaucoup même d'un exercice qui était complètement avant*

égocentrique quoi, qui était centré uniquement sur le médecin, sa personnalité, ses compétences » (A2)

Les indicateurs du contrat ACI **influençaient fortement l'organisation de travail** des équipes « *Tout au long de l'année, on a quand même, on a plus ça en tête aussi. On sait, on sait, voilà le le timing, les réunions, le nombre à peu près de dossiers. Enfin, en gros, même si on on se, on s'attache pas que à ça et au nombre, mais bon voilà, on l'a un petit peu en fond » (A5)*

Une seule personne interrogée n'avait **pas trouvé de changement sur son travail** « *Enfin ça a rien changé et que les personnes avec qui on avait l'habitude de travailler chez qui on allait, vers qui on allait, discuter d'un problème ou d'un sujet » (A7)*

b. Une action anti-burn-out

Le travail collectif leur permettait de **sortir de leur champ d'exercice habituel** « *On arrive à trouver notre place euh euh pas tous les sujets, mais sur beaucoup de sujets. Ça nous permet de sortir de notre profession en tout cas. » (A16)*. Ces moments de travail apparaissaient comme des **temps de pause** « *c'est pas un temps où j'ai l'impression de vraiment travailler [...]. Ça me coupe un petit peu de ce que je peux faire habituellement » (A8)*, des **temps moins stressants** que les consultations « *on prend plaisir à faire ces temps-là qui sont pas des temps de stress de consultation où on enchaîne les consultes, où on a le temps de discuter avec les gens » (A15)*, des occasions de **sortir d'une routine** «*un temps [...] pour, euh, un peu lutter contre la routine des consultations » (A5)*

Ces moments financés par l'ACI procuraient des **sentiments de valorisation** « *c'est un sentiment euh, enfin, c'est valorisant dans notre travail » (A15)* de **satisfaction personnelle**, et d'un **sentiment d'utilité** pour la population « *pour moi, ça apporte de la satisfaction professionnelle, et même personnelle en fait. Euh le sentiment d'aider les autres, d'être utile. » (A15)*. Ceci permettait de **compenser un sentiment d'impuissance** dans d'autres domaines « *[...] rencontrer des populations assez précaires qui n'ont pas accès à des médecins parce que y en a pas assez. » (A15)*

Ainsi grâce à toutes ces actions, la rémunération ACI était présentée comme ayant une **action anti-burn-out** pour les professionnels de santé exerçant en exercice coordonné « *je dirais que c'est anti-burn-out quoi. » (A15)*

iii. Cohésion d'équipe

Les professionnels observaient que l'exercice collectif et les actions de santé publique généraient une véritable **cohésion d'équipe** « *ça permet vraiment de, de créer une cohésion en fait de entre professionnels de la maison de santé. » (A8)*.

a. Mieux se connaître et partager au sein de l'équipe

Cette cohésion favorisait les échanges au sein du groupe, permettant ainsi de **s'enrichir de l'expérience des autres** « *On a tous une un socle commun et qui enrichit par notre expérience, nos formations, les rencontres qu'on fait aussi. Et du coup, ça permet aussi de mettre tout ça, à la fin à la disposition de tout le monde en fait » (A16)*, de **donner son avis en tant que praticien d'une spécialité** « *ça me permet aussi de donner mon point de vue professionnel quand l'action est en lien avec ma profession en fait » (A16)*. La coordination aidait les professionnels à **apprendre à connaître les spécificités et les indications de chaque métier** « *[...] qu'on soit en commun, ça permet de voir un petit peu, bah la pratique de chacun, les capacités de chacun dans les domaines » (A11)*

b. Former une équipe professionnelle soudée

La cohésion d'équipe se traduisait par :

- Une **bonne entente** des professionnels « *L'ambiance qui est l'atmosphère professionnelle qu'il y a au cœur d'une maison de santé, c'est la clé* » (A8)
- Le **partage de valeurs** « *on a tous une vision commune de la, de la santé surtout* » (A15) comme une **vision commune** « *Et on est d'accord sur voilà, une prise en charge globale, l'approche centrée patient* » (A15), ou la **volonté de travailler ensemble** « *j'ai toujours été dans une démarche de d'exercice coordonné euh, de travailler ensemble et euh aussi dans la réflexivité* » (A6).
- Le **respect des autres** « *on respecte chacun le travail de enfin le travail de chacun et on respecte les idées de chacun aussi* » (A16)
- **L'absence de hiérarchie entre les professionnels de soins** « *le travail ensemble a permis aux infirmières de se sentir parfaitement à égalité avec les médecins* » (A2)

La cohésion d'équipe permettait **l'émergence d'un langage commun et d'expérience commune** au travers des formations, des réunions de concertation « *tout ça pour avoir aussi un langage commun et une expérience commune. Et tout ça, ça fait partie, pour nous ça fait partie de du fonctionnement de l'équipe et donc c'est payé par les ACI.* » (A15)

c. Vivre ensemble

Les professionnels étaient amenés à **vivre des moments conviviaux** via le partage de repas, de formations, de temps communs, **renforçant ainsi la cohésion de l'équipe** « *on s'est tous beaucoup rapproché parce que pendant ces réunions, ben voilà, on mange ensemble donc ça apporte je pense. Bah, de la convivialité [...]* » (A12)

Les participants déclaraient **ressentir un épanouissement** à travailler ensemble « *c'est très enrichissant, c'est motivant, enthousiasmant, [...], je repartirai pas à bosser toute seule.* » (A16). Ils trouvaient un **soutien auprès de l'équipe** « *d'être nombreux, il y a toujours quelqu'un qui vous accompagne dans l'idée que vous avez eue en fait, donc ça c'est plutôt chouette.* » (A16)

La cohésion du groupe était un **booster d'innovation** de nouveaux projets « *[...] on est une équipe qui est assez, euh, enthousiaste et pas mal d'idées [...]. Donc on peut avoir des idées et les mettre en place à plusieurs en fait.* » (A16)

d. Dynamique de groupe : l'importance du leader

Il existait souvent un petit **groupe moteur** au sein de l'équipe qui permettait d'**impulser une dynamique d'équipe** « *avec les cogérants, là et puis référent coordination et la coordinatrice pour essayer de, d'avoir un un, de faire un petit groupe commun et avoir une vision commune pour emmener ou pas les autres professionnels mais au moins d'avoir un noyau* » (A5). Il y avait un **lien de confiance entre l'équipe et les référents** moteurs « *c'est vrai que l'équipe n'est pas, [...] embêtante sur cet argent-là ! L'équipe nous fait confiance* » (A13).

Le **leader ou référent de coordination** était indemnisé sur la rémunération ACI. Il était chargé d'impulser une dynamique et de **guider l'équipe** au travers d'une vision commune. « *Euh, le, c'est aussi quelqu'un qui doit impulser une dynamique, essayer de cadrer les idées, d'avoir une vision, un un, une direction, en tout cas, où aller* » (A15). Il **s'assurait également de la bonne cohésion de groupe** « *[...] essayez aussi de de gérer les conflits, de s'assurer qu'il y a une bonne ambiance dans la MSP, que tout le monde aille bien.* » (A15)

iv. Liberté d'utilisation de la rémunération ACI

a. *Des avantages*

L'utilisation de la subvention ACI attribuée par l'Assurance Maladie est laissée **au libre choix des équipes**, cela représentait un **avantage** pour beaucoup de professionnels. **L'absence de contrôle** était également appréciée par les participants « [...] *c'est l'avantage aussi de pouvoir effectivement la sensation de liberté par rapport à cette absence de fléchage et cette absence de retour aussi puisque non seulement on a la liberté de fléchage, mais on n'a pas de contrôle sur comment on dépense.* » (A2). Cette liberté était vécue comme un **signe de confiance des institutions** « *Je pense que la CPAM nous fait confiance pour que cet argent soit réparti comme bon nous semble.* » (A13). Néanmoins quelques professionnels s'étaient dit **choqués de l'absence de contrôle de la répartition** « *je suis choquée sur le fait qu'on ait aucun compte à rendre, c'est-à-dire y a absolument aucun regard* » (A9)

L'absence de fléchage sur la répartition permettait de **rendre l'équipe actrice de ses décisions** « [...] *un peu plus de de liberté, mais de de choix fait par l'équipe* » (A13). Les professionnels pouvaient **faire des choix de projets adaptés à l'équipe, au territoire, aux problèmes de santé locaux et variés** « *la liberté, un peu de, pouvoir proposer euh des choses variées qui plaisent [...]* » (A5), **rendant l'exercice intéressant** « *laisser la la possibilité euh de bah, de de faire quelque chose qui qui intéresse l'un ou l'autre et puis de monter le le projet* » (A5)

La répartition de l'ACI était donc **différente en fonction des associés des SISA** « *Après l'argent, il est donné dans ce but là mais après c'est la SISA qui décide de ce qu'elle en fait.* » (A1)

b. *Une limite et des abus*

Cette liberté d'utilisation semblait pouvoir poser problème en cas de non-entente des professionnels. Malgré qu'il n'ait pas été constaté de dérive au sein des MSP interrogées, certains participants avaient connaissance de l'existence de dérives d'utilisation de l'ACI au sein d'autres MSP. La crainte d'abus restait présente pour les professionnels de l'enquête.

Par exemple, une participante avait constaté une volonté d'**utilisation d'argent à des fins d'acquisition de bien personnel** « [...] *Parfois y en a qui aimeraient bien se faire financer le matériel perso par exemple. [...] ça c'est niet !* » (A9). Au sein d'autres MSP, il avait été rapporté **l'attribution de sommes d'argent importantes n'ayant pas pour but de rétribuer l'investissement** « *je ne citerai pas de maison de santé, mais y a des médecins qui ont, je crois, se sont pris 5 -6000€ par an pour être bah, enfin voilà, peut être gérant de la maison de santé sans, alors que c'est la coordinatrice qui qui faisait le le boulot.* » (A12)

Les problèmes qui pouvaient être rencontrés au sein de MSP étaient liés à des **problèmes de redistribution inégalitaire**, la plupart du temps à l'attention des médecins « *Je sais, parce que ça a déjà été nommé, que y a des maisons de santé dans lesquelles c'est pas du tout comme ça et que les médecins considèrent que comme l'argent est donné en fonction de leur activité à eux, bah c'est LEUR argent et que donc c'est à eux qu'il revient et que il est pas question d'en donner, ou alors c'est eux qui décident* » (A14).

Ces conflits paraissaient **favorisés par le manque de cadre** concernant la répartition « *J'aurais peut-être aimé à ce moment-là plus de cadres en se disant bah euh, peut-être que les ACI, bon ben vous les répartissez là-dedans là-dedans, là-dedans, là-dedans, et puis le reste là vous faites ce que vous voulez* » (A12) et des **imprécisions au niveau du cahier des charges de l'ACI**. (Cf Chapitre III. F.2.v.)

Dans ce cas, la liberté d'utilisation représentait une **limite possible allant à l'encontre des objectifs officiels de l'ACI** « [...] ça va être la limite aussi des ACI, de se dire bah en fait, on est en train de donner de l'argent à des professionnels de santé ou qui l'utilise pas forcément pour, bah pour les patients et pour le le bien-être, on va dire, et la dynamique de la maison de santé [...] » (A12), **et à l'encontre de l'équipe elle-même** « Ah bah ça y a rien de plus pourri euh, pour ben, ne pas développer la confiance et et l'interdépendance et l'interconnexion et et le travail en équipe » (A14)



Figure 6 : Impacts de l'ACI sur l'équipe

3) Un processus démocratique pour la prise de décision

Dans le but de créer une vision commune pour l'utilisation de la rémunération ACI, les équipes de l'enquête avaient toutes mis en place une **approche collective et démocratique**. « Elle [utilisation de la rémunération ACI] est décidée en AG par l'ensemble des associés. Il peut y avoir des propositions qui sont faites et qui sont soumises au vote. » (A1)

Le premier temps consistait à recueillir des propositions de projets, des revendications de l'ensemble des adhérents de la MSP. Les suggestions pouvaient **émaner de tous** « [...] chacun est libre de proposer un projet » (A5) et pouvaient avoir été **préalablement travaillées en petit groupe** « les propositions sont faites par les gérants qui ont déjà un peu euh réfléchi en amont. Et puis après bah ça se discute en assemblée générale [...] » (A6).

Des **débats, négociations et arbitrages** avaient lieu dans le but de **parvenir à un consensus** « [...] c'est des arbitrages qui sont faits en assemblée générale » (A3).

Dans un second temps, la **proposition était votée** « On a quand même enfin voilà mis une procédure de vote qui soit systématique pour pour pas que ça pose problème » (A5). Les décisions étaient prises à l'unanimité ou à la majorité « c'est vote à la majorité » (A5). Tout était fait pour **favoriser la plus grande participation des professionnels** « On a fait tout un protocole de vote qui a été validé avec un rappel, pas de vote pendant l'été pour pas que les gens ratent leur mail » (A9).

Les gérants et leader pouvaient également être **élus par vote** « [Les gérants] ils sont aussi élus comme le leader, mais ça peut être n'importe quel professionnel [...] » (A15)

Le processus démocratique permettait une **horizontalisation des relations au sein des équipes** en ne faisant aucune différence entre les professions. « Tout le monde est au même, au même stade. Euh, y a pas de supériorité ou quoi que ce soit. Chaque professionnel a le même poids dans les décisions » (A15).

Précédemment, il a été évoqué la possibilité de dérives concernant l'utilisation de la rémunération. Pour éviter cela, les équipes rencontrées avaient mis en place un **cadre réglementaire via l'inscription des décisions dans le règlement intérieur** « On a décidé tous ensemble en AG et puis ça a été mis dans le règlement intérieur [...] » (A2), et la **rédaction d'articles « garde-fou »**

concernant les modalités de décision et d'utilisation de l'argent provenant de l'ACI « *on essaye nous dans notre fonctionnement de de mettre des des barrières modérées.* » (A15), « *toute somme d'argent, de, de, de plus de 500€ doit être votée en équipe, donc, et cetera. On peut pas déboursier plus de 500€ sans avoir un vote de l'équipe.* » (A15), « *on a un système qui fait que personne ne prend de décision seule.* » (A15)

Malgré un système rodé, il existait des freins lors de la prise de décision. L'existence d'une **représentation différente de l'utilisation** entre les professionnels pouvaient être cause de désaccord « *ils vont pas forcément être d'accord sur sur ce que j'ai pu entendre sur la répartition de ce bah de ce, parce que y a, y a vraiment des professionnels de santé qui veulent faire fonctionner la MSP. Il y en a qui veulent mettre un peu dans leur poche quand même et du coup bah ça crée des discordes* » (A12). La perception était **dépendante de la profession** « *[...] des inégalités de base par nos euh, par nos professions. Euh et donc donc bah voilà, il y a des points de vue ou des des, des utilisations qui qui euh, enfin ça change aussi* » (A5) mais également **dépendante de la relation à l'argent** de chacun « *la relation à l'argent, elle est différente pour tout le monde et on le ressent là-dedans et dans ce que chacun bah veut veut prioriser aussi* » (A5).

Les professionnels **les moins investis méconnaissaient souvent le fonctionnement de l'ACI** et ses objectifs. Cela pouvait être sources de tensions lors des débats « *ça crée des tensions et des incompréhensions. En fait, parce que parce que ceux qui sont pas à fond vraiment, qui se mettent pas ou qu'ont pas envie, ou voilà et ben ils mélangent tout [...] ils oublient que les ACI, d'où ça vient et toujours obligé de redire non ça c'est pas ce fléchage-là* » (A9).

Certains professionnels ont évoqué leur **peur d'utiliser l'argent** « *moi j'ai un peu plus, un peu le sentiment que en fait euh, on veut pas trop les utiliser quoi.* » (A5), et leur **besoin de donner un sens à l'utilisation** de la dotation ACI « *Faut quand même qu'il y ait un sens et un bénéfice, soit pour les patients [...] soit pour les professionnels.* » (A9).



Figure 7 : Un processus démocratique pour décider de l'utilisation de la rémunération ACI

4) Reconnaissance du professionnel

i. Se sentir valorisé

Le fait de recevoir annuellement une indemnité issue de la rémunération ACI était généralement vécu par les professionnels comme une valorisation sur de multiples points :

- **leur implication** « [...] de récompenser le travail et l'investissement, quoi [...] » (A9),
- **la qualité du travail fourni** « [...] y a valorisation de leur travail mais aussi une nécessité d'être d'être irréprochable aussi dans le travail, qu'on te demande » (A15)
- **leur esprit d'équipe** « [...] je vois pas ça comme de la rémunération de travail médecin, je vois ça plutôt comme une rémunération d'esprit d'équipe. » (A10)
- **le temps de coordination** « [...] c'est surtout une reconnaissance, une valorisation des temps de de coordination. » (A3)
- **le temps passé à préparer des projets, des missions ou des protocoles** « [...] c'est vraiment de me dire bah si je monte un projet et que je bosse, bah ce travail est rémunéré. » (A9)
- **le fait de se rendre disponible** « je pense que bah déjà c'est valorisant [...] c'est quand même un temps d'échange, c'est de la disponibilité [...] » (A8).

La rémunération permettait également de **valoriser les postes administratifs** qui seraient plus difficilement pourvus sans cette aide financière « [...] déjà rémunéré, bah personne ne veut le faire. Euh si c'était pas rémunéré euh, euh, rien qu'à titre personnel, je le ferai pas ! » (A9).

Le forfait ACI venait **soutenir des postes qui, s'ils étaient restés bénévoles auraient engendré un épuisement** chez les professionnels « Je pense que à un moment donné, trop donner, enfin aussi sans rien en retour, je pense qu'on on se laisserait. » (A7).

ii. Recevoir une rétribution en échange d'un investissement
a. Représentations de la rétribution

La rémunération était perçue comme :

- Une **rétribution financière en échange d'un travail** « *tout travail mérite salaire* » (A11).

Elle était alors considérée comme un **reflet matériel de l'investissement** « *c'est un reflet aussi, c'est un reflet de notre travail. Plus on a une somme importante, plus on se dit que bah chacun s'est, chacun s'est, a pris du temps* » (A13) voire d'une **contrepartie financière** « *[...] on essaie de faire au maximum de protocoles au maximum d'actions de santé pour avoir une meilleure rémunération. On s'est dit qu'avec les ACI quand même on pouvait payer l'électricité et des charges.* » (A13).

Pour certains, il s'agissait d'une **gratification pour l'assiduité aux réunions** « *C'est le bon point du bon élève qui était là à toutes ces séances* » (A10).

- Un **accomplissement professionnel et personnel** « *on fait des choses qui nous intéressent, qui nous, qui nous mobilisent, qu'on a envie de faire et on est heureux que ça puisse être valorisé d'une, d'une façon ou d'une autre.* » (A14)

La satisfaction donnait lieu à de la **fierté** « *c'est une petite fierté quand même pour le patient qu'on puisse lui apporter autre chose, quoi en plus* » (A11), à un **sentiment de joie** « *[...] on touche pas beaucoup de monde, mais on est content de les avoir faits.* » (A7).

b. Indemniser de manière équitable

Selon les participants, l'indemnisation devait être **équitable^d entre les participants**. C'est-à-dire que la rémunération était basée sur un principe naturel de justice, ici **liée à l'investissement** : je me suis investi, j'ai le droit à une rémunération ; je ne me suis pas investi, je n'ai pas le droit à une rémunération « *[...] Bah ça valorise que ceux qui qui s'investissent.* » (A6), **au prorata du temps passé** « *plus on participe à la vie de la maison de santé et à son déroulement et bah plus on a de rémunération après quoi* » (A11). Le sentiment de justice se référait à un **cadre légal défini par les équipes en assemblée générale ou dans le règlement intérieur** par l'attribution de points selon le temps investi « *Donc là c'est individuel, c'est au temps que chacun a passé. Une heure coûte un point. Et heu, et heu on additionne le nombre d'heures qu'a, le nombre de points qu'a qu'a chacun et on répartit la somme.* » (A4)

Le but de la répartition était **d'éviter un sentiment d'injustice** pour les autres « *c'est pas très juste si c'est quelqu'un qui s'investit beaucoup et qui du coup peut pas rapporter beaucoup et que c'est finalement quelqu'un qui ne fait jamais rien dans la maison de santé, à qui il va par exemple, [...] je comprends que ça pourrait être un petit peu un un peu injuste* » (A11) et **d'éviter la frustration** « *[...] tout le monde en touche euh, même même ceux qui sont pas forcément moteurs, il y a, tout le monde à quelque chose, parce qu'on coordonne toujours, on échange* » (A6)

Ce principe permettait de **laisser le choix aux professionnels de s'investir selon leur volonté** « *Mais bon ceux qui veulent y passer moins de temps, ils y passent moins de temps et ils ont moins de points, et puis c'est tout.* » (A4).

^d Equité = Vertu qui consiste à régler sa conduite sur le sentiment naturel du juste et de l'injuste (s'oppose à iniquité)

c. Indemniser de manière égale

L'indemnisation devait être **égale^e entre les professionnels**, ce qui signifiait que la récompense faisait **abstraction de la profession, du statut, ou des responsabilités**. Elle ne devait pas être discriminante « *on est tous considérés à la même enseigne, quel que soit son, son métier, son statut. On a, on a la même considération par rapport à ce, à ce sujet-là* » (A14).

Il ne devait **pas y avoir de favoritisme** « *on a essayé que ça soit juste donc qu'il n'ait pas de choix qui défavorise une profession par rapport à une autre.* » (A2).

Dans ce système, la **valeur du point était donc égale pour tout le monde** « *Et normalement ces points, tout le monde a les mêmes points. Ça veut dire qu'en fait y a pas de, y a pas de différence, et heureusement, entre les infirmières, l'ostéopathe, le médecin généraliste [...]* » (A10).

d. Récompenser à la hauteur de l'investissement

En comparant leur indemnité au travail qu'ils avaient fourni, les professionnels jugeaient la rémunération comme **plus ou moins à la hauteur de leur investissement**.

Pour un certain nombre, la rémunération était **symbolique par rapport à leur engagement** « *cette rémunération, elle est pas à la hauteur de du temps qu'on donne* » (A16). Pour d'autres la valeur était **équivalente à l'investissement** « *[...] c'est à la hauteur de de ce qu'on fournit annuellement, du temps qu'on peut y mettre* » (A8). Enfin, parfois la valeur touchée **dépassait les attentes du professionnel** « *j'ai pas du tout l'impression que ça m'a pris énormément de temps par rapport à la rémunération que j'ai eue.* » (A11)

Les sentiments de valorisation et de récompense avaient un impact positif et pouvaient influencer **la motivation et la cohésion** chez les professionnels de soins (Cf chapitre III E.2. i et E.2.iii). « *Dans cette maison de santé, il y a vraiment une, beaucoup de d'énergie qui est mise au « faire ensemble », beaucoup de gens qui sont prêts à, à contribuer et je pense que la façon dont on répartit aussi, euh, les gains potentiels de ces actions, y est pour quelque chose.* » (A14)

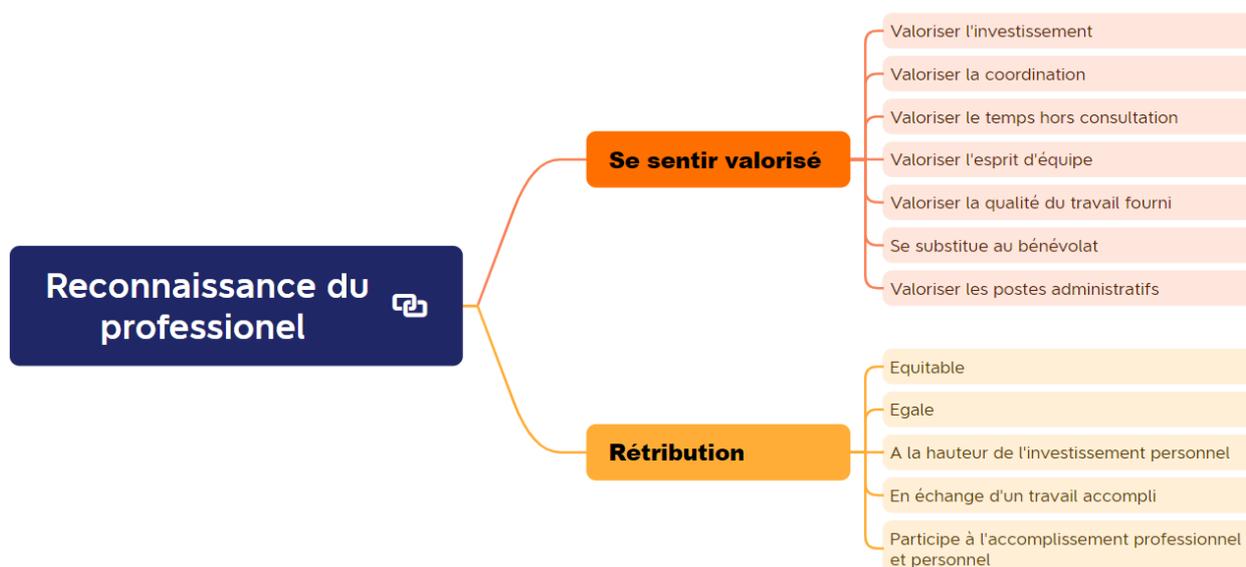


Figure 8 : Reconnaissance du professionnel au travers de la rémunération ACI

^e Egal = Qui est de même quantité, dimension, nature, qualité ou valeur.

5) Impact sur la structure MSP

i. Rendre la MSP attractive

La répartition de la rémunération ACI participait à l'attractivité et à la compétitivité de la MSP en modifiant les conditions d'exercice professionnel par rapport à l'exercice isolé ou en groupes classiques :

- L'ACI offrait la possibilité **d'améliorer les revenus des praticiens** :
 - En **valorisant l'investissement et donc la possibilité d'une rémunération supplémentaire** « *c'est toujours attractif en fait de dire bah vous allez venir en fonction de vos, ben de vos missions de santé que vous allez faire, en fonction de des protocoles auxquels vous allez participé en fonction vraiment de votre investissement dans la maison de santé, ben vous allez aussi toucher un nombre de points qui se transforme en nombre d'argent* » (A12)
 - En **complétant la rémunération sur des parcours mal financés par l'assurance maladie** « *on finance des consultations dans le cadre, enfin, on met au bout de ce que propose la CPAM qui est pinups dans le cadre de la mission [...]* » (A9)
 - En **rémunérant des actes dérogatoires sans cotation existante** « *ça finance bien entendu dans le cadre des protocoles pluriprofessionnels, des actes dérogatoires par rapport à ... bah par rapport aux nomenclatures des différents professionnels de santé hein, donc il y a des choses qui sont pas prévues dans la nomenclature et qu'on, qu'on rémunère via via le les fonds ACI.* » (A3)
 - En les **déchargeant de tâches administratives ou techniques** : « *Euh, y a un problème , on lui dit ben voilà, il y a il y a ça, il faudrait que tu voies, ou le le responsable des travaux de la Communauté de communes. C'est elle qui est en relation avec lui.[...] Mais voilà en gros, à la limite, c'est pour montrer ma bobine [...] mais finalement c'est elle qui fait le boulot quoi.* » (A4)
- L'ACI permettait de **diminuer les charges fixes des professionnels** :
 - Soit il avait été décidé que **certaines charges seraient directement payées par la SISA** « *on a décidé de ne pas payer notre eau et notre électricité qui passaient sur les ACI, ce qui est hyper attractif aussi pour d'autres professionnels de santé qui voudraient s'installer.* » (A12),
 - Soit les bénéficiaires de la rémunération décidaient de **réinvestir ce qu'ils avaient touché** individuellement dans le paiement de leur charge « *Chacun récupère un petit bout. Les infirmières, je sais que ça leur sert, ça leur paye leur loyer.* » (A10)
 - Le but était d'**éviter que l'installation en MSP ne coute plus cher qu'un autre lieu d'exercice** « *On a fait le choix de mettre un certain nombre de dépenses collectives dessus, [...] Il fallait pas que l'installation en maison de santé coute plus cher que de travailler en isolé.* » (A2)
- L'ACI valorisait **la formation des jeunes étudiants**
 - En **prenant en charge le loyer des cabinets des internes** « *On a dit aussi que l'ACI prenait en charge, par exemple, la location des cabinets pour les internes [...]* » (A2)
 - En **prenant en charge le logement des étudiants** « *c'était pour payer le loyer des internes, en se disant un interne qui vient, ne paye rien* » (A12)
 - En valorisant par **l'attribution d'une rémunération les maîtres de stage** « *On a dans nos points, l'accueil des stagiaires, comme ça a été revalorisé dans l'avenant ACI, euh, on va le, on va le revaloriser en nombre de points aussi pour ceux qui accueillent des stagiaires [...]* » (A5)

- L'ACI pouvait servir à **soutenir financièrement certains professionnels lors de crise exceptionnelle** « l'année du COVID, on s'est servi d'une partie de l'argent pour rembourser les loyers des gens qui ont pas pu bosser, c'est à dire les pédicures pendant le premier confinement. » (A2)
- À travers le contrat ACI, la MSP s'organisait en mettant en avant l'exercice coordonné, ce qui influait sur les décisions **d'installation de nouveaux professionnels** « j'étais en pourparlers de rejoindre un autre cabinet sur une commune avoisinante où il n'y a pas du tout justement, euh, de coordination et de système d'ACI et cetera et honnêtement, ça manquait... » (A8)

ii. Optimiser le fonctionnement de la MSP

Les professionnels voyaient le financement ACI comme un **pourvoyeur d'amélioration** « plus on a d'ACI plus on a une palette large en fait, pour améliorer et pour, pour que la maison fonctionne mieux. On veut toujours aller dans le mieux. » (A13), un **outil améliorant les conditions de travail** « normalement on aurait dû payer plus cher, [...] grâce aux ACI on peut payer certaines choses, euh ben on s'est retrouvé clairement pour des conditions de travail dix fois mieux quoi » (A11)

La rémunération ACI servait à **acheter du mobilier, des fournitures dans un but d'améliorer la qualité de vie au travail du personnel** « [...] Voilà pour les petits achats, café, thé, tout ça, ça passe en ACI. Enfin tout ce qui est en gros salle de convivialité. » (A9) mais également pour **le confort des patients** « [...] la fontaine à eau, on on fait toujours des coloriations pour les enfants, des crayons, les livres. On essaie de renouveler quand même. Tout ce qui est mobilier, tout ça c'est sur les ACI » (A12)

Les équipes pouvaient également financer des **taches garantissant un bon fonctionnement de la MSP** « [...] Y a une partie des ACI qui est qui est, euh, donnée aussi à l'infirmière qui s'occupe de la salle d'urgence [...] » (A9)

iii. Un lien étroit le fonctionnement de la MSP et l'ACI

Les participants ont décrit une relation étroite entre l'organisation de la structure et la rémunération ACI. Les professionnels ne rapportent pas toute leur organisation à l'ACI et à son cahier des charges. Il leur était parfois **difficile de distinguer ce qui relevait de leur initiative propre, de ce qui relevait de la réalisation des indicateurs, ou d'une synergie entre les deux.** « [...] un certain nombre de ces actions ont été permises parce qu'il y avait le financement ACI. [...] C'est une majorité de patients qui est bénéficiaire de notre organisation, mais toute notre organisation ne dépend pas de l'ACI. Donc voilà. L'ACI finance une partie de ce qu'on met en place dans le cadre de l'exercice coordonné qu'on, dont on fait bénéficier les patients mais seulement une partie (Silence) » (A3)

Il semblait donc y avoir **un cercle vertueux entre ce qui était financé par l'ACI, le regroupement de professionnel dans un même lieu, une volonté commune de travailler ensemble** « Alors c'est l'avantage de du travail en coordination, mais encore une fois, heu, c'est alors, c'est pas directement lié à l'ACI mais l'ACI favorise par heu son, le le financement qu'il apporte, toute heu (Hésitation)la, la présence des professionnels ici, la présence des professionnels dans la maison de santé et donc tout ce qui en découle. (Silence) » (A4).

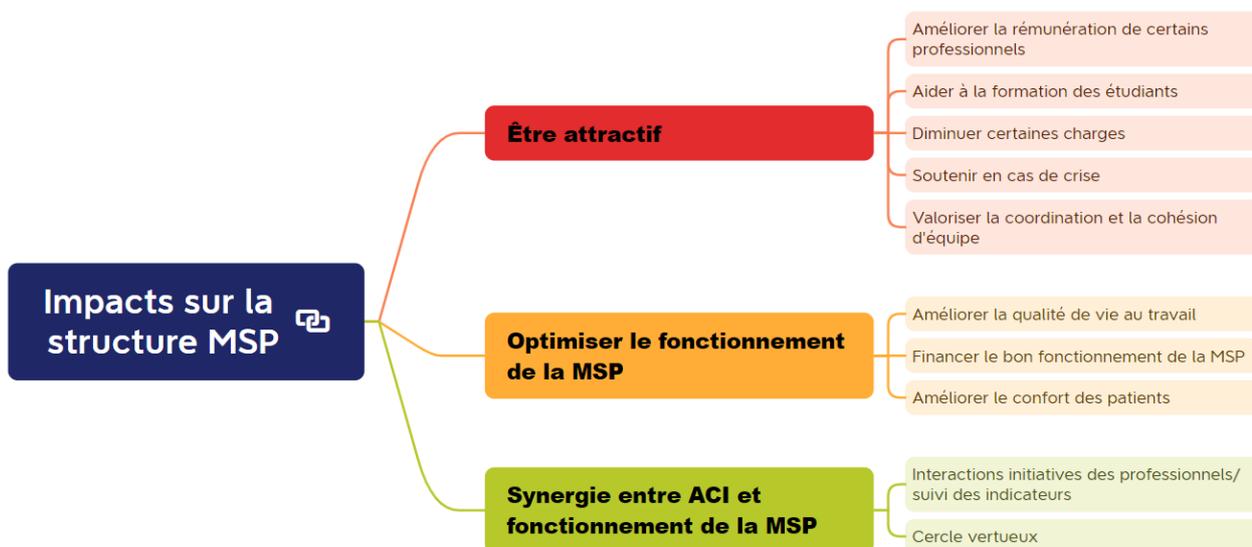


Figure 2: Impacts de la rémunération ACI sur la structure MSP

F) S'engager envers les institutions = contractualiser

1) Respecter un engagement

i. Se conformer aux règles

La signature de l'ACI rendait nécessaire **le respect de l'engagement envers les institutions référentes**. « [...] quand on signe un contrat euh bah voilà, c'est c'est plus du respect des indicateurs qu'une contrainte je dirais. » (A5)

Du fait de l'intrication entre bon fonctionnement de la MSP et nécessité d'obtenir l'ACI, **contractualiser apparaissait aux équipes comme une nécessité** « c'est plus une fluidité, c'est quelque chose qu'il faut quand même qu'on fasse pour pouvoir faire vivre cette maison de santé. Mais c'est pas une contrainte. » (A13).

La notion d'engagement sous-entendait **des règles à respecter, des contrôles, en contrepartie du versement de la rémunération** « ils sont obligés de nous demander des protocoles, des trucs qu'ils peuvent vérifier, je vois pas comment ça pourrait être autrement [...] » (A15). La plus part des professionnels trouvaient ces **conditions compréhensibles et logiques** « [...] je comprends que il y ait besoin d'avoir un retour sur l'utilisation de fonds publics » (A3).

L'obligation de valider des indicateurs semblait correspondre à **des exigences qui pouvaient être plus ou moins faciles à respecter** selon les professionnels **mais ne paraissaient pas inatteignables**. « [...] on y répond hein, sans grandes difficultés [...] » (A9). Certains laissaient paraître qu'il s'agissait **d'obligation** « On est obligé de répondre aux critères socles, au moins aux critères socles quoi. » (A2) parfois de **contrainte** « Parce que du coup, ça nous contraint mais sans nous contraindre totalement. » (A2). Les exigences **imposaient de prendre du temps et une augmentation de la charge administrative** « c'est du temps, c'est aussi. Du temps à passer à les faire ou les réactualiser. [...] Mais pour moi, c'est fastidieux. C'est du temps administratif. Voilà, c'est c'est moins plaisant, mais il faut aussi faire. » (A8).

Les MSP devaient s'astreindre à **remplir les critères socles** ou prérequis « Il faut quand même heu ... enfin, il faut caler dans les critères socles de l'ACI. » (A2). Il était parfois **difficile de les faire adopter par tous les participants** qui n'y voyaient pas leur avantage « [...] on voit assez rapidement

que que bah c'est pas forcément euh intégrer non plus quoi ! On croit un peu que ben on est en libéral, donc on fait un peu ce qu'on veut. » (A5).

Pour se conformer aux règles, les institutions **ARS et CPAM pouvaient être un soutien** « Après vraiment la CPAM, on peut pas leur, enfin ils nous ont fait des webinaires, ils nous ont fait, on a des des tableaux quand même qui sont bien précis, donc on peut pas leur jeter la pierre [...] » (A12). De même, les **indicateurs pouvaient servir de trame de répartition de l'ACI** « [...] comme dans les ACI, il est prévu des sous pour rémunérer un système d'informatique commun, nous on a WEDA, donc la SISA paie WEDA [...] » (A15)

ii. Gérer de manière responsable

La signature de l'ACI imposait aux équipes de gérer cette somme d'argent de manière responsable. Cela signifiait pour les participants de :

- **Ne pas tout dépenser** : les équipes ne dépensaient pas tout car les **sommes étaient supérieures à leur besoin** « En tous cas, c'est énorme et on dépense pas ce qu'on touche. » (A9), ou parce qu'elles souhaitaient **garder de la trésorerie pour faire face à des imprévus** « Par contre tout ce qui reste à la fin de l'année. Donc on en garde une partie, notre coussin de sécurité » (A12).
- **Utiliser les fonds à bon escient** : L'argent devait **être investi dans un but collectif** et non individuel « il est pas question de faire passer sur la SISA, heu nos problèmes personnels, [...] mais ce qui peut concerner tout le monde. » (A4). **L'utilisation était raisonnée** « on se rend compte que il en reste pas tant que ça à la fin de l'année. Euh, tout en faisant attention à nos dépenses et en flambant pas quoi. » (A15). Certains professionnels supposaient qu'il existait une **relation de confiance avec les institutions** concernant la bonne utilisation de la somme ACI « Je pense que la CPAM nous fait confiance pour que cet argent soit réparti comme bon nous semble. » (A13)
- **Être transparent envers les membres de l'équipe** « chacun a accès à la répartition des comptes, euh sait si il doit de l'argent, pas d'argent, et cetera, comment est réparti. Donc tout est fléché, donc ça c'est avec le le, l'agence de comptabilité [...] » (A9)
- **Remplir les obligations du cahier des charges** « c'est des subventions publiques, donc il faut bien qu'il y ait un contrôle aussi. [...] on peut pas donner des sous aux gens sans contrepartie, sans vérifier qu'ils les utilisent à bon escient ! » (A15)
- **S'engager à faire un travail sérieux et de qualité** : « Les gens font aussi plus sérieusement. Ils sont payés pour le faire, y a les ACI qui les rémunèrent, [...] y a valorisation de leur travail mais aussi une nécessité d'être d'être irréprochable aussi dans le travail, qu'on te demande. » (A15).

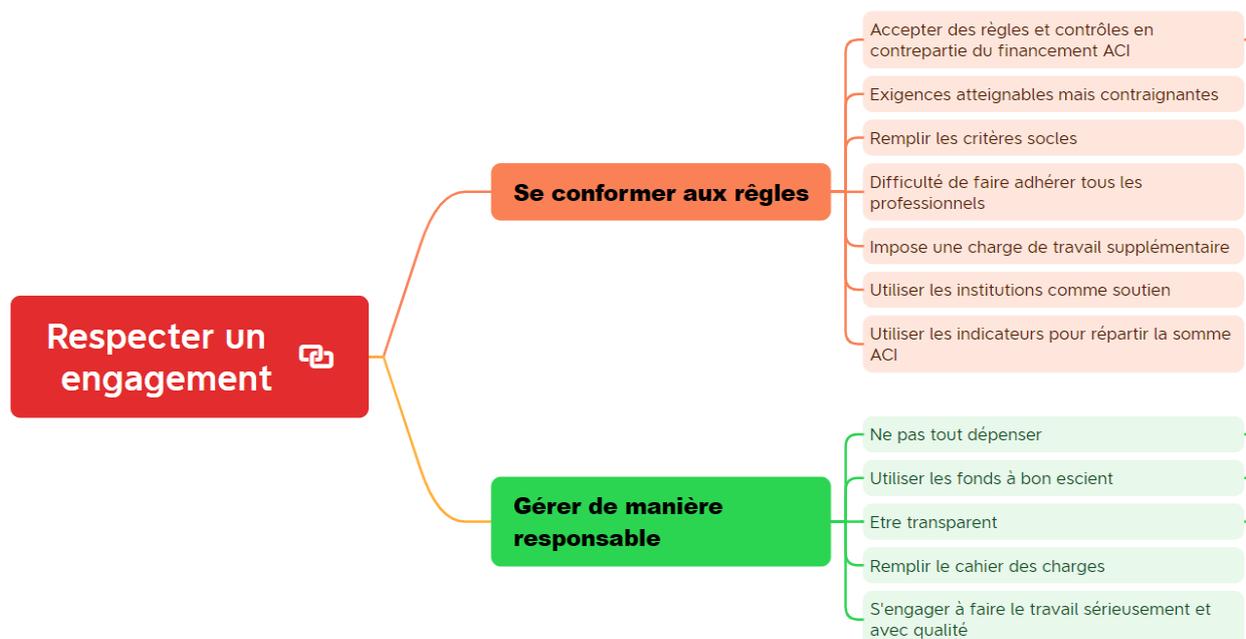


Figure 3 : Respecter un engagement

2) Un cahier des charges contraignant

L'ACI repose sur un cahier des charges composé de différents indicateurs.

i. Une entrave à l'autonomie et à la liberté des équipes

Un grand nombre de professionnels se plaignait d'un **problème de fléchage des thèmes trop restrictif** de certains indicateurs comme les missions et les protocoles « *on a beaucoup de liberté sur les ACI mais en revanche sur tout ce qui est, euh, les protocoles, les missions de santé, bah pour le coup c'est trop cloisonné !* » (A12).

La **liste de thèmes proposés** était souvent considérée comme **inintéressante** « *les missions de santé « lutte contre la tuberculose ». [...] Euh il y avait la « prévention du suicide », enfin c'est pas des choses qui nous passionnent.* » (A12) et **non adaptée à ce que vivaient les équipes sur le terrain** « *ça va pas dans le sens des équipes [...]* » (A15).

Ce cloisonnement **limitait la variété des missions proposées** « *il y a pas assez de de choix sur ce qu'il propose à mettre en œuvre.* » (A13)

La **limitation du nombre de missions de santé rémunérées par an** apparaissait comme une contrainte pour les équipes car c'était ce type de projets qui motivaient le plus l'équipe. « *Les missions de santé publique, ce qui motive beaucoup l'équipe de faire des actions auprès des, auprès de la population, de s'investir de rencontrer les usagers, et cetera. Bah ça, on peut en faire que deux par an rémunérées euh et, et c'est limité quoi.* » (A15). D'autre part les professionnels étaient limités dans la réalisation de leurs projets par le budget attribué « *Les actions, elles sont calculées en fonction euh de l'enveloppe dont on dispose et que obligatoirement (Réflexion), elle crée une limite* » (A3)

Le **fléchage des thèmes** confrontait les équipes à une **limitation de leur liberté pour innover** sur de nouveaux projets « *[...] on a [...] d'autres idées qui pourraient être faites après mais après c'est le problème de fléchage, [...] la Sécu, elle rémunère si ça rentre dans tel ou tel cas [...] c'est un problème parce que bah ça limite trop et par rapport au terrain* » (A7), de la même manière le fléchage était ressenti comme **gênant l'adaptation au territoire de la MSP**.

ii. Un système trop scolaire

Les critères d'évaluation étaient perçus comme **trop scolaires**, un dispositif où il fallait **remplir des cases**, où un projet était **invalidé s'il dépassait un tant soit peu des cadres** «*la mission de santé que j'ai fait l'année dernière. Euh je l'avais envoyée, on me l'avait refusée. J'ai, je l'ai rédigée autrement. Elle a été acceptée, mais c'est la même mission de santé, donc en fait on se rend compte que si on rentre pas dans les cases vraiment de ce qu'ils demandent vraiment*» (A12). Cela **provoquait une perte de sens** «*prouver des trucs, faut rentrer dans les clous, faut. Fin voilà. (Silence). Ça perd un peu le sens du du travail en libéral*» (A7).

Les critères d'évaluation étaient jugés **inadaptés**, car ne prenant en compte **que des chiffres, uniquement des caractères objectivables** comme les critères d'âge et de nombre pour les réunions de concertation «*on peut faire des concertations et répondre à des problèmes de santé sans pour autant que ce soient des ALD, telle tranche d'âge, enfin c'est ... On est vraiment y a, y a un manque de liberté.*» (A6).

Cette manière d'évaluer entraînait une **frustration** chez les équipes qui avaient fourni des efforts pour façonner un projet et qui se retrouvaient **confrontées à des refus** «*[...] On a dit, bah on stoppe et on envoie à moitié parce que si tout le travail qu'ils ont déjà fait bah c'est pas validé en fait ça sert à rien de continuer quoi.*» (A11)

Les équipes expliquaient avoir parfois des **difficultés de compréhension des intitulés** des indicateurs avec des réponses des institutions non adaptées «*[...] c'est même pas très clair, les intitulés des plans soins, des actions de santé et tout, donc c'est un petit peu compliqué de s'y retrouver [...]* Et puis les réponses sont jamais très claires[...]

» (A11). D'autres exposaient des **difficultés d'appropriation d'indicateurs** comme «*y a une contrainte par rapport aux critères, c'est « la gestion de crise sanitaire » qui nous nous a posé beaucoup de problèmes, [...] on l'a rédigé, on l'a envoyé. Elle nous est revenue. Il manquait des termes, il faut un ordre précis. En fait, on se rend compte qu'on pour le coup, là on n'est pas libre, c'est-à-dire que on a créé notre gestion de crise sanitaire, mais en fait, il faut répondre vraiment à un cadre particulier.*» (A12).

Les évaluateurs étaient considérés comme «*titilleurs*» (A11).

Certains participants qualifiaient le **système « d'hypocrite »** et de «**débile**». Il existait un **décalage entre la théorie des institutions et l'application réelle dans les MSP** «*[...]je trouve un peu hypocrite dans le sens où on va faire des protocoles, on va les remettre tous les ans donc ils sont pas forcément appliqués, personne n'ira vérifier, euh mais on rentre dans les cases.*» (A15), «*je trouve ça très un peu débile des fois. Et puis on rend des trucs qu'on fait même pas et pour rentrer dans les cases*» (A15)

iii. Devoir rendre des comptes

Les participants se plaignaient de **devoir rendre des comptes** «*devoir rendre des comptes, en fait de ce, d'un certain nombre de choses. On est libéraux, on aime, on a fait ça un peu pour justement avoir de compte à rendre à personne. Donc voilà, là, il y a quand même une instance à laquelle il faut qu'on rende un certain nombre de comptes, qui sont assez modérés.*» (A4). «*Le fait bon bah de devoir un petit peu rendre des comptes, de devoir euh du coup euh ouais respecter certains, certains critères et engagements quoi.*» (A5)

Ils se sentaient **entravés** par le système ACI «*c'est de l'argent public, on doit des comptes, et cetera, mais en fait, on on a, on est un peu poings et mains liées.*» (A6)

Certains pensaient que le fait de devoir toujours justifier de ses actes auprès des institutions, **complexifiait la communication naturelle de l'équipe** «*y a beaucoup d'administratif pour un truc qui peut se faire tellement naturellement et qui a pas besoin d'être... Enfin bref, il y a besoin de*

*preuves, y a besoin de preuves [...] » (A7). La gestion bureaucratique de la collecte de preuves **alourdissait et complexifiait le suivi du contrat** « ça donne un petit caractère usine à gaz quoi. » (A2)*

Ces contraintes représentaient dans certains cas **des freins à la création de nouvelles équipes** « [...] y a de l'argent derrière mais côté euh, bah à côté, il y a tellement d'administratif que y a des maisons de santé (Ville)ça les a reculées » (A12).

iv. Un système qui cherche à guider l'orientation des MSP

Le système d'indicateurs de l'ACI **cherche à orienter le fonctionnement des MSP**, en créant de nouveaux indicateurs et en **rendant leur application plus ou moins obligatoire** selon l'évolution du contrat ACI.

L'apparition d'un indicateur négocié dans l'avenant 1 sur les IPA en était l'exemple type. Ce critère valorisait l'intégration d'IPA au sein des MSP, cependant cela **induisait un avantage au profit des équipes avec IPA** et cela pouvait être vu comme une **tentative de forcer la main sur les équipes** ne souhaitant pas intégrer d'IPA. « Ils essayent de valoriser le fait que les IPA soient prises dans les maisons de santé. Bon après nous, ça, ça correspondait aussi à ce qu'on voyait. [...] Ca nous arrange, mais euh je comprends très bien ceux qui veulent pas bosser avec les IPA » (A15)

De la même manière, certains professionnels jugeaient que les institutions tentaient d'orienter sur des **sujets à la mode** comme l'implication des patients au sein des MSP, ne semblant pas présenter d'intérêt qualitatif pour le professionnel « Comme là, ils ont rentré dans les ACI, l'implication des usagers qui est très à la mode depuis un moment et qui est effectivement pas assez utilisée dans les MSP. Mais pour qu'on le fasse, paf ils l'ont mis dans les critères. » (A15).

v. Un mode de calcul qui pose problème

Le montant de la rémunération ACI est proportionnel à la patientèle des médecins traitants de la MSP.

Les équipes pensaient que ce mode de calcul recréait une **hiérarchisation des professions** « [...] c'est que ça soit calculé sur la patientèle des médecins.[...]ça maintien l'hégémonie des médecins, ce qui n'est pas un truc formidable dans la ... heu ... dans les relations même, même si c'est un peu symbolique quoi. » (A2). Certains professionnels avaient eu connaissance de **conflits** dans d'autres structures, engendrés par des prises de position hégémonique de la part de médecins avec **tentative d'accaparement de la rémunération** par les médecins lors des prises de décisions « certains médecins disaient, [...] « Bah on est, les ACI, ils sont calculés sur notre patientèle à nous, donc c'est à nous de de de prendre cet argent »[A12].

Les paramédicaux se sentaient exclus de ce fait par le système ACI « C'est un peu contradictoire parce que quelque part, on peut pas ouvrir une maison de santé s'il n'y a pas de paramédical, mais les paramédicaux dans les ACI et ben pfff. » (A6) et **ne se sentaient pas reconnus pour le travail de coordination** qu'ils fournissaient « c'est un travail qu'on fait, mais qui est pas pris en compte [...]. En fait, ça représente pas notre, pas notre patientèle en entier. » (A7)

En ne prenant pas en compte la patientèle des paramédicaux, le **calcul excluait les patients consultant à la MSP mais n'ayant pas de médecin traitant sur place** « toutes les infirmières qui exercent sur la maison de santé, ben leurs patients sont pas pris en compte et leurs patients sont pas forcément les mêmes que ceux des médecins et pourtant ils sont pris en soins par des professionnels de la maison de santé. » (A6).

Le calcul créait une sensation **dépendance de certaines professions à d'autres** « [...] c'est le travail de mes collègues médecins qui rémunère, moi, ma vacation [...] » (A9). Les médecins devaient

veiller à faire correctement les déclarations de médecin traitant sous peine de **faire perdre de l'argent au groupe** « pour nous [Médecins]ça ne change rien, euh à part le fait qu'on essaye de motiver, enfin, en tout cas moi de motiver mes collègues à bien déclarer leurs patients, ce qu'on oublie de faire [...] » (A15)

Par ailleurs, en s'appuyant uniquement sur le nombre de médecins dans la MSP, le calcul **ne prenait pas en compte l'effort fait pour avoir un pluri professionnalisme** dans la MSP « Mais y a des MSP, où ils vont se retrouver à deux médecins, ils peuvent avoir 25 professionnels avec eux mais ils auront pas l'argent pour faire beaucoup de choses quoi ! » (A15) ni **les problèmes de démographie médicale** qui s'accroissent « C'est-à-dire que quand un médecin qui part à la retraite et ben donc ça va diminuer le budget des ACI parce que son, sa patientèle ne va pas, plus être prise en compte. Alors que peut-être que ces patients ils vont continuer à être suivis à la maison de santé euh par les médecins de la maison de santé. » (A6)

Globalement, les professionnels considéraient que le **mode de calcul était complexe** « je pense que prendre en compte les autres professionnels, ça doit être plus complexe » (A15), et qu'il n'était **pas représentatif de l'activité globale** de leur maison de santé « ça pourrait être vu en fonction justement de l'activité de chaque maison de santé quoi, que ce soit un peu hiérarchisé, sur la globalité. » (A9).

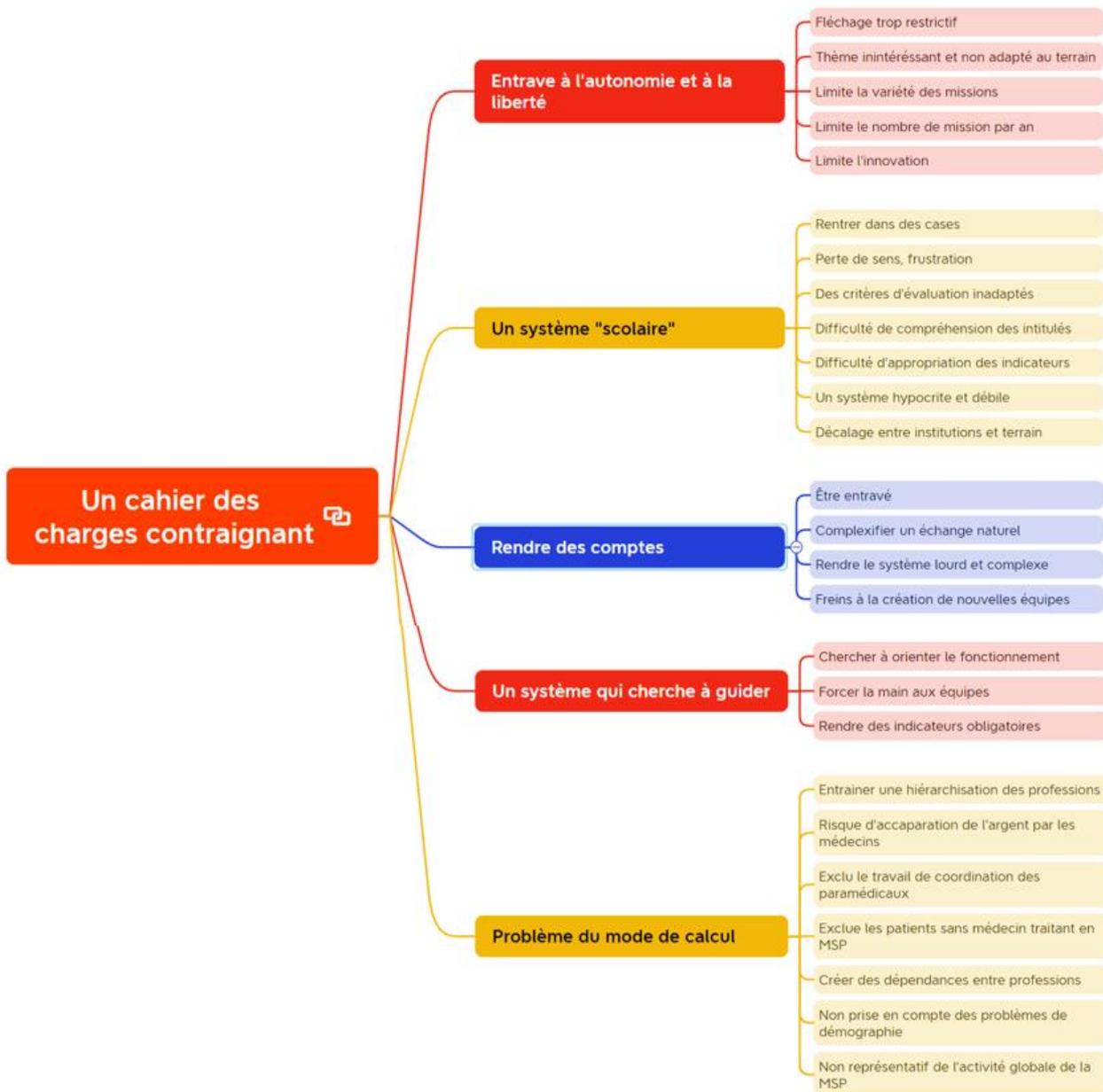


Figure 4 : Un cahier des charges contraignants pour obtenir la rémunération ACI

3) Des charges administratives supplémentaires liées à l'ACI

i. L'organisation administrative

a. *Une entreprise sans hiérarchie : la MSP*

De nombreux professionnels ont comparé le fonctionnement administratif de la maison de santé, notamment de la SISA à celui d'une **entreprise** « *Je pense qu'il y a, il y a, on est des libéraux et en fait, les ACI, moi j'assimile ça plus comme un fonctionnement d'entreprise ou de société, [...]* » (A5)

Les maisons de santé étaient **organisées autour de rôles ou fonctions spécifiques**, sans hiérarchie pyramidale. Il existait plutôt une **relation de cogérance** « *on a un système où il y a un leader de la MSP, une coordinatrice et on a aussi des gérants de la SISA. Pour nous, chaque, chaque rôle est différent.* » (A15).

Les cogérants avaient des **rôles différents bien identifiés** :

- La **comptabilité** « *Je fais partie du groupe de comptabilité.* » (A2)
- La **gestion des protocoles** et missions de santé « *je suis gérante des de tout ce qui va être projet de santé et projet santé publique, et cetera* » (A6)
- La **gestion du personnel** « *Je suis gérant en charge du personnel.* » (A3)

Ils étaient **indemnisés pour le travail supplémentaire** qu'ils fournissaient, via la rémunération ACI, de manière plus ou moins importante selon les équipes « *ça permet une indemnisation, bon symbolique hein mais ça permet une indemnisation des gérants* » (A3).

Les cogérants décrivaient une **lourdeur administrative aggravée par la difficulté à mobiliser les professionnels** « *c'est lourd la gestion administrative et de motiver les gens à s'inscrire dans des projets* » (A9), qui rendaient le **poste peu attrayant** « *[...] Mais personne veut [être cogérant], ouais. Parce que ça peut être source de conflit, parce que c'est vraiment du boulot en plus, vraiment !* » (A9)

b. Le management d'équipe : une situation inconfortable

Ce fonctionnement de la MSP demandait aux rôles identifiés d'**avoir quelques compétences managériales** pour communiquer avec le reste de l'équipe. Les participants ressentaient un **manque de compétence communicationnelle** « *on fait des choses auxquelles on n'est pas formé, enfin on fait un peu de RH [...]* » (A9) et auraient souhaité **être mieux formés à ses techniques** « *j'aimerais bien que les ACI, j'en ai parlé, puissent financer à ceux qui veulent en coordinatrice, [...]réfèrent et les deux cogérants, une mini formation RH* » (A9)

Certains **s'interrogeaient sur leur légitimité à diriger** les autres « *je me m'interrogeais sur heu, de quelle heu enfin, sur la justification que j'avais à à demander telle et telle chose, à chacun.* » (A4). Ils **se sentaient isolés dans le rôle de gérant**. Ils faisaient remarquer le **peu de différence qui peut être ressentie entre proposer et imposer** en fonction du statut « *j'ai été un peu plus toute seule pendant un moment et du coup, le fait de proposer, même si c'est proposé, ben ça peut vouloir dire pour certains imposer* » (A5).

ii. Un investissement supplémentaire lié à l'administratif de l'ACI

a. La gestion du temps

Les professionnels collaborant à l'élaboration de projets et aux tâches administratives liées à l'ACI s'accordaient tous pour dire que cela nécessitait un **investissement de temps supplémentaire** « *Inconvénient, bah ça me prend un peu de temps, hein ! Hein, pour gérer.* » (A4) qui pouvait être vécu comme des freins. Ce temps investi pouvait **empiéter sur la vie personnelle des professionnels** « *[...] c'est quand même une surcharge de travail qui qui peut être quand même importante à des horaires plus ou moins contraignants sur la vie personnelle* » (A8) mais également entraîner une **diminution du temps disponible pour le patient** « *c'est des temps où on n'est pas en train de travailler avec des patients.* » (A14). La rémunération apparaissait alors comme une **compensation de ce temps dédié au fonctionnement administratif de la MSP** « *[...] si tu prends sur ton temps personnel, euh, sans rémunération [...]. Au bout d'un moment tu le fais plus si t'as pas voilà une compensation. Je pense que tu le fais plus* » (A7).

Il existait de nombreux obstacles organisationnels tel que la **difficulté à synchroniser les agendas de tous les professionnels** pour pouvoir les réunir. « *C'est-à-dire que les infirmières n'ont pas les mêmes horaires que les médecins. Pour avoir des réunions qui soit euh, communes, en fonction de de leurs déplacements à domicile, de leurs congés et de, les horaires des médecins par rapport aux*

consultations, ben c'est pas si simple » (A6). Pour cela, une équipe avait mis en place **un système de vote en ligne** « *comme on n'arrive pas à faire venir les gens en réunion, maintenant on fait des votes anonymes, euh soit Doodle, soit autre avec un rappel* » (A9)

b. Une implication personnelle importante

Les participants pointaient également la **nécessité de s'impliquer personnellement** « *Ça demande pas mal d'énergie pour accéder aux ACI supplémentaires* » (A14), avec parfois des **répercussions émotionnelles** « *C'est vraiment beaucoup de travail, du stress, de la responsabilité* » (A9). Le travail de gestion demandait **d'être rigoureux et discipliné** « *Ça demande d'être très carré et très sérieux et très serré dans la façon de présenter les choses, d'en respecter les délais, des timings, des machins, des trucs.* » (A14)

iii. Des tâches administratives lourdes

a. Une charge de travail supplémentaire

En ce qui concernait le système de points reflétant les actions de concertations, certains professionnels trouvaient que fournir des justificatifs étaient **chronophages et inutiles** « *[...] pour moi c'est très chronophage et je je c'est le côté qui m'énerve en fait. [...] je trouve que c'est inutile. (Rires).* » (A7)

Le dossier annuel à rendre à la CPAM avec les justificatifs demandés étaient considéré comme une **surcharge de travail** « *quand j'avais pas de coordinatrice, les contraintes étaient administratives étaient assez importantes.* » (A4), **pénible** « *c'était un peu un peu pénible, hein, comme, enfin, c'est typiquement le genre d'action que que j'aime pas faire quoi.* » (A4).

La déclaration annuelle des critères ACI était un **processus complexe dont il fallait comprendre les subtilités** « *les ACI, c'est quand même pas simple ! Il faut les comprendre. Il faut comprendre comment ça fonctionne, comment rentrer dans le cadre, rentrer dans les clous, c'est pas évident. [...]* » (A16).

Les **tâches administratives et comptables étaient vues comme peu attrayantes** « *[...] après tout le coté administratif là je suis pas franchement au taquet* » (A11), « *Bah faut faire une comptabilité. Ça peut, c'est ça c'est c'est quand même du travail aussi hein !* » (A6).

De ce fait peu de personnes se portaient volontaires pour ces postes. Les gestionnaires en titre exprimaient le **sentiment d'être débordés par les tâches multiples** « *[...] après on est tout le temps vite débordé et c'est quand même pas simple) de gérer la patientèle et les projets et tout l'aspect administratif comme je disais et euh et financier, [...]* » (A9)

b. L'importance des postes de coordination et de gérance

Les participants soulignaient l'importance du **duo coordinatrice/ leader et des cogérants pour absorber une grosse partie de la gestion administrative**, cela simplifiait le travail pour le reste du groupe « *on a un bon duo, une coordinatrice/ leader qui fait qu'on n'est pas complètement assommé par ce truc-là. [...] jusqu'à ce qu'on ait ce duo-là, c'était beaucoup plus compliqué, contraignant, ça nous retombait beaucoup plus dessus, en fait.* » (A16).

Malgré tout, cette charge administrative avait **tendance à empiéter sur la fonction de coordination d'équipe** « *Il est normal que voilà, qu'on balance pas les sous comme ça sans qu'il y ait des critères, des indicateurs à faire remonter Etc.... Mais ça ça prend, ça prend du temps et qui est pas de la coordination à la fonction de coordination* » (A3)

c. Absence de lien avec le projet de santé

Le projet de santé était cité comme un document demandé lors de la création d'une MSP. Sa rédaction avait été vécue comme une tâche administrative lourde et finalement assez peu en rapport avec le travail collectif ultérieur en MSP. Il était **rarement cité en lien avec l'utilisation des ACI** une fois la MSP en place « *Notre projet de santé, il était assez simple [...] on est resté assez large, c'est-à-dire que y avait 3 axes : améliorer l'accès aux soins, faire du travail de coordination, et faire des missions de santé publique. [...] donc après ça a pas forcément le lien derrière avec la manière dont on a réparti les ACI.* » (A15).

Les professionnels de santé constataient un **écart entre les objectifs fixés par le projet de santé et les réalisations** « *il y a entre ce qu'on met sur le papier et ce que dans la réalité, on fait vraiment* » (A5). Le **seul axe qui était repéré comme respecté était celui des réunions de concertation** « *c'est tout ce qui est rémunération des des réunions de concertation pluri pro qu'on avait, voilà qui qui est, qui est bien mis en place et 'fin énoncé dans le, dans le, dans le projet de santé.* » (A5)

iv. Conciliation de l'exercice libéral et de l'exercice en MSP

a. Un statut administratif complexe

Selon certains professionnels de santé, la MSP était un objet hybride, se situant au **carrefour de plusieurs types de statuts**, avec des logiques, des responsabilités et des objectifs différents :

- Un **statut public** avec la gestion d'argent imposant une responsabilité envers les tutelles et les contribuables
- Un **statut d'entreprise** avec la SISA avec des budgets à respecter et un travail collectif à mener
- Un **statut d'indépendant** avec un objectif de rentabilité, de liberté et d'autonomie

« *[...] c'est compliqué en même temps parce que à la fois, on est libéraux. Il y a une société vraiment financière à gérer et euh il y a tout le projet de santé qui est quand même porté par peu de monde au final [...]* » (A9)

Cela posait des dilemmes à ses gestionnaires et acteurs principaux.

b. Des responsabilités collectives pour les libéraux

Il était parfois **difficile de faire intégrer aux libéraux qu'ils avaient des responsabilités collectives à tenir pour répondre à l'ACI** et qu'ils n'étaient pas seulement rassemblés dans un même lieu « *Euh les horaires euh. Voilà, on le voit, on voit assez rapidement que que bah c'est pas forcément euh intégrer non plus quoi ! On croit un peu que ben on est en libéral, donc on fait un peu ce qu'on veut. [...] ce critère-là qui est un critère socle quoi et donc du coup qu'il faut répondre à une, à cet accès aux soins là sur ces horaires là et voilà.* » (A5)

La rémunération ACI en finançant une coordinatrice permettait **d'avoir une délégation de tâches** qui auraient normalement incombé aux professionnels « *[...], l'aspect financier, bah ça ça gonfle tout le monde et pourtant on est obligé quand même de réfléchir, euh, comme une, comme une entreprise, quoi, vraiment ! (Silence) Sur, sur la maintenance, sur tous les trucs casse-pied là, euh, mais en même temps si l'ascenseur est en panne faut que quelqu'un s'en occupe, si les toilettes sont bouchées, faut que quelqu'un s'en occupe* » (A9).

c. Conserver une rentabilité

Comme vu précédemment, le temps de coordination entraînait une perte de temps professionnel et donc posait la **question de la rentabilité de l'exercice collectif** chez les professionnels libéraux. La rémunération ACI permettait donc de **rémunérer symboliquement le temps pris par les libéraux et de limiter la perte de revenu** « la rémunération de temps, du temps que je passe à faire à faire, bah tout ça quoi, (Rires) tout tous les les projets, les réunions, ça c'est c'est important aussi parce que au bout d'un moment bah en libéral quand même le temps c'est de l'argent donc on pourrait pas passer autant de temps à faire tout ça » (A5). Cependant, la **compensation n'était pas à la hauteur de ce qu'aurait procuré l'activité libérale dans un temps identique** « c'est pas à la hauteur de ce qu'on ferait si on était en activité professionnelle dans notre partie à nous en fait. » (A16), elle était considérée comme un **revenu d'appoint** sur lequel les **participants ne s'appuyaient pas** « Enfin la plupart de mon salaire c'est c'est ça reste le libéral et le soin en fait je je je je compte pas et comme je l'ai dit tout à l'heure on compte pas sur les ACI pour récupérer de l'argent » (A15)

La rémunération ACI participait malgré tout à **un équilibre entre un temps libéral et un temps collectif** « ça me permet de de pouvoir continuer de travailler, de faire mon métier et de quand même pouvoir travailler en coordination et en échange avec les autres. Je préfère que les ACI soient fléchés dans ce sens-là et pouvoir quand même travailler en fait. » (A16)

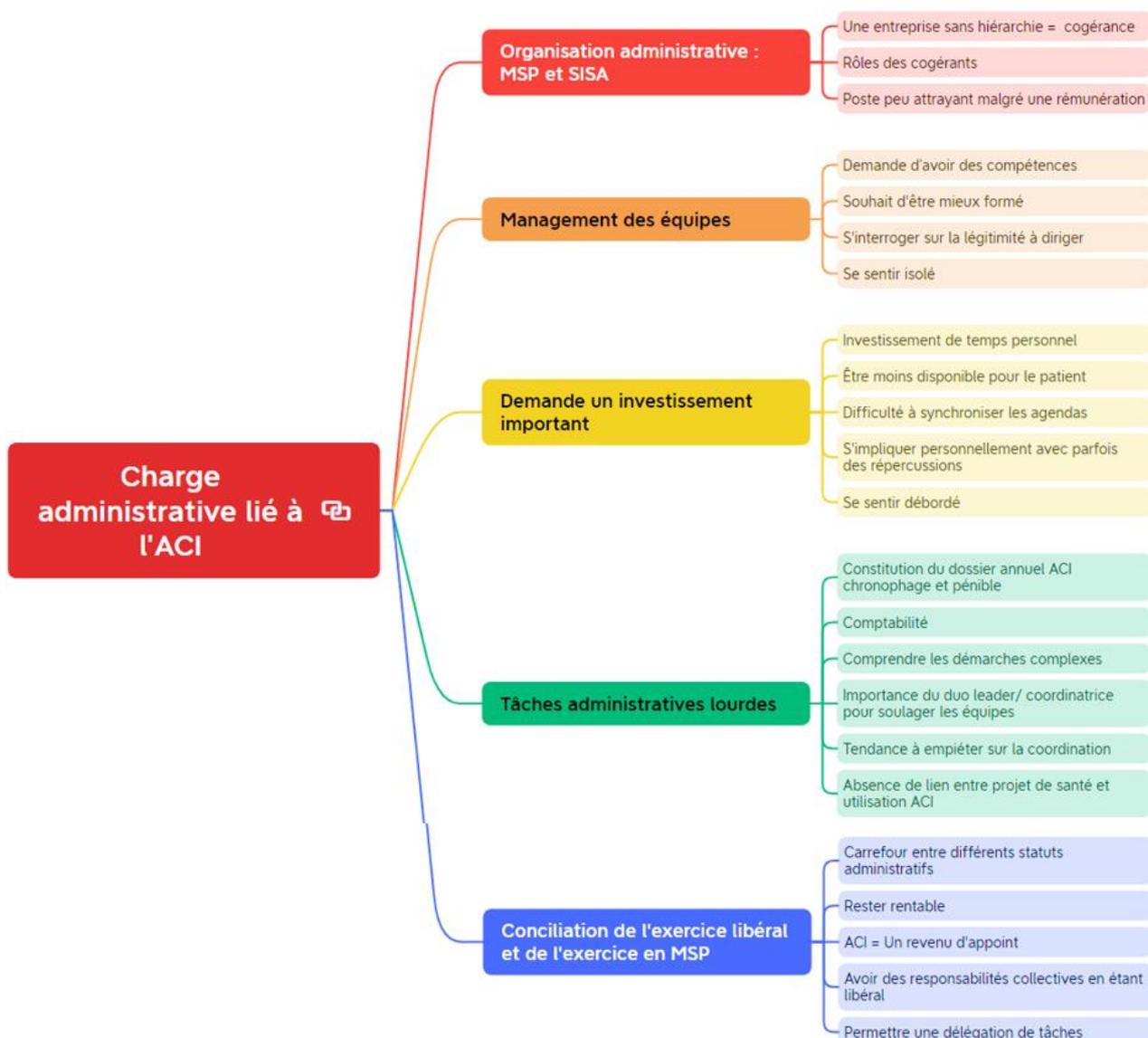


Figure 12: Charges administratives liées à la rémunération ACI

G) Représentations de l'ACI chez les professionnels

1) Perceptions d'objectifs cachés de la part des institutions

Sous les objectifs apparents officiels de l'ACI, les professionnels de soins pensaient qu'il y avait des objectifs cachés, des stratégies dissimulées :

- **Transformer le système de soins primaires**, en cherchant à réorganiser, à structurer les libéraux « *je pense que la, le mouvement de maison de santé représente pour le ministère de la santé l'opportunité de mettre un peu la main ou le nez dans heu, dans le, le système de la médecine du premier recours libéral qui était un peu électron libre jusque-là et qui n'arrivait pas trop à être à être ni organisée ni disciplinée* » (A2), « *je pense que l'État fait en sorte que que plus tard ce soit que des maisons regroupées comme ça quoi.* » (A7)
- **Contraindre les libéraux** en essayant de **cadre les pratiques** « *Est-ce que ça confère pas et ça régule pas aussi un petit peu justement ces pratiques un petit peu trop libérales des fois parce que certains certains disent c'est que parce que le libéral quelque part, voilà, c'est la liberté.* » (A8), en les **incitant de manière détournée à s'installer en MSP** « *pour encourager les les professionnels de santé à s'investir dans les endroits où on leur, où on les invite à aller.* » (A14).
- **Evaluer le système de soins de 1^{er} recours** « *c'est vraiment une manière d'essayer de contrôler un truc qui sinon ne serait pas évaluable, ne serait pas contrôlable. Si on disait, c'est juste la coordination et ben voilà quoi. Donc bon d'un côté je comprends que c'est un truc pas évaluable mais qu'il faut essayer d'avoir une évaluation* » (A2) sur un **mode exclusivement quantitatif** « *faisant cocher des cases* » aux équipes « *c'est c'est ça qui est un petit peu dommage et on on voit que c'est quand même beaucoup d'administratif et qu'ils sont très bah ça coche une case.* » (A12)
- **Mettre en œuvre des politiques de santé de manière non officielle** « *ils veulent qu'on fasse ce qu'ils ont envie qu'on fasse, des directives, c'est à dire de nous orienter, de dire bah « ça c'est vachement bien, on vous donne des sous pour ça ».* (A15), « *puisque'il y a des choses qui sont fléchées, enfin des des thèmes ou des des trucs qui sont fléchées de de soutenir et de d'encourager, bah les choix politiques qui sont faits au niveau national ou régional* » (A14)

2) Représentation de l'argent

i. Conception de l'utilisation d'argent public

Les professionnels n'avaient pas tous la même manière de percevoir le fait de recevoir une rémunération, notamment parce qu'il s'agissait **d'argent public** « *on a une éthique, je pense, une certaine éthique de l'argent public et que jamais on n'utilisera de l'argent à titre personnel* » (A15). Cela semblait fonction de la représentation de l'argent et du but pour lequel ce financement leur était attribué.

- La répartition ne **devait pas favoriser un professionnel plus qu'un autre**, elle devait être strictement égalitaire « *[...] c'est de l'argent qui vient de l'Etat, heu du donc du public, il faut pas que ce soit que soit quelque chose qui favorise une profession ou une autre.* » (A4)
- La rémunération **ne devait pas installer** les professionnels dans une **dépendance financière vis à vis de l'ACI** « *Mais il faut pas qu'elle soit dépendante de ça, il faut qu'elle puisse bénéficier de l'ACI mais pas forcément que l'ACI la finance.* » (A4), elle devait **rester accessoire** « *Faut que ça reste une rémunération annexe ou accessoire* » (A10)
- Cette somme **ne devait pas non plus permettre de s'enrichir personnellement** « *On n'est pas là pour se faire de l'argent et ni récupérer de l'argent* » (A15). Pour cela le montant ne

devait pas être trop élevé « [...] qu'il faut pas que ce soit trop élevé pour que les gens ne pensent pas qu'à ça. » (A10)

- La rémunération **ne devait pas représenter la seule motivation à participer** « [...] pour le coup-là c'est un calvaire et les gens ils y vont parce qu'il faut y aller parce que y a l'ACI au parce que y a et clairement c'est pas le bon, pour moi c'est pas, c'est pas le bon motif [...] » (A8)

Une participante a relevé que finalement **la rémunération ACI était certes de l'argent public mais au même titre que les honoraires des consultations** remboursées par la sécurité sociale. Il n'y avait donc pas de différence de représentation à avoir entre les deux : « ils ont une fausse représentation, je pense, de, de l'argent qu'ils touchent. Parce que si tes patients quand ils viennent te voir, ils te payent la consultation, c'est bien parce que ils en sont remboursés par la Sécu. Donc c'est pas spécialement les ACI qui font que on touche de l'argent public quand on est professionnel de santé [...] » (A14)

ii. Sensation de légitimité des professionnels face à l'indemnisation

Selon leur propre représentation de l'argent, les professionnels se sentaient plus ou moins en position légitime pour recevoir cette rétribution. Pour certains, il était **normal d'obtenir une rémunération** car elle était en lien avec la **valeur du travail accompli** « c'est juste que tout travail mérite salaire, c'est un c'est un travail que c'est pas juste un coup de main comme ça » (A15).

D'autres, se **sentaient mal à l'aise** « Parce que quelque part, je serais presque gênée de l'avoir. » (A6). Ils avaient l'impression **d'être des imposteurs** « j'ai le syndrome de l'imposteur, je vais dire que vis-à-vis de moi c'est négatif. » (A6) car ils disaient avoir simplement fait leur travail et **ne pensaient pas mériter plus** « [...] on était un peu mal à l'aise de recevoir cette somme [...] c'était peut-être un peu de l'argent un peu facile quoi. Dans le sens, un peu pas forcément gagner de manière très (Hésitation). Très, pas honnête parce qu'on a fait notre travail » (A7).

Certains ne se sentaient **pas en droit de recevoir de l'argent si les autres n'en recevaient pas** « tu vois là les infirmières n'ont pas d'idée pour faire des une action de santé publique et ben je me dis, ben presque euh bah tant mieux parce que comme ça, si je me retrouve seule, je je fais rien comme ça, j'aurais pas d'argent l'année prochaine (Rires) » (A6). D'autres encore pointaient la **position illégitime de ceux qui recevaient sans investir** « je me dis des fois peut être que ceux qui s'investissent pas trop, bah ils se sentent pas forcément non plus très légitimes de recevoir, de recevoir ou d'utiliser ou voilà. » (A5)

Une participante considérait qu'il s'agissait de **privilegés non mérités**. « [...] Je trouvais ça beaucoup de privilèges, un peu du mal avec les privilèges » (A7)

Finalement les participants s'accordaient pour dire que cet argent **représentait une opportunité personnelle avantageuse** du fait de sa liberté d'utilisation. Cela restait un **apport financier supplémentaire** satisfaisant « moi j'ai eu 700 - 750€ en plus. Donc oui sur mon mois, c'était c'était sympa quoi. Ça m'a fait un bon petit apport en plus » (A11), « [...] Alors c'est vrai que on dit pas non parce que ça, ça permet de faire d'autres choses [...] » (A7)

iii. Représentation des montants touchés

Plusieurs professionnels se disaient **choqués par la valeur totale de l'ACI versé**. Ils trouvaient que les montants correspondaient à des « **sommes astronomiques** » (A9), « **somme assez importante** » (A11), « **énorme** » (A16).

Mais **après répartition le montant important apparaissait comme justifié et vite dépensé** « on doit se verser 1000€ par an, on va dire, chacun, ce qui couvre le temps passé en réunion et les

dizaines d'heures de réunion, et cetera, c'est pas énorme en fait à l'heure et mais ça fait déjà 25000€. Ça fait déjà un gros chiffre, très gros chiffre. » (A15)

Au point de vue individuel, après répartition, la somme touchée par les professionnels était qualifiée de « **symbolique** » (A3) par certains et **d'hallucinante** pour d'autres « *les premiers chèques qu'on a reçus, moi j'ai un peu halluciné euh, du montant* » (A7). Dans ce dernier cas, le participant aurait préféré que l'argent soit utilisé pour autre chose qu'une indemnisation « [...] *je trouve qu'elle est trop. Enfin voilà, enfin on pourrait en faire autre chose quoi.* » (A7).

Une professionnelle estimait qu'il aurait dû y avoir une **distinction dans les sommes versées** : un montant spécifique **pour valoriser le travail de coordination** et un autre **pour le fonctionnement de la structure** « [...] *je déplore un peu, c'est qu'en fait, ça sert beaucoup aux locaux, aux locaux et à l'organisation et au fonctionnement, et que en fait l'enveloppe euh qui valoriserait le travail et l'exercice commun et coordonné, ben en fait, ben elle est beaucoup amputée.* » (A6). Au contraire, certains **préféraient l'idée qu'il n'y ait pas trop d'argent à répartir** entre professionnels « *toute action enfin, toute toute dépense faite ampute le reste à répartir mais en même temps, l'idée c'est pas qu'il y ait un reste à répartir qui soit énorme. L'idée, c'est de faire tourner à la maison de façon efficiente* » (A4)

3) Une modification de la rémunération des professionnels de santé

La rémunération ACI apportait un **changement de mode de rétribution** aux professionnels libéraux. Elle ajoutait à la tarification à l'acte un autre **mode de financement professionnel proportionnel à l'investissement** dans l'exercice coordonné. Celui-ci était considéré par certains comme une **rémunération forfaitaire** « *on fait une sorte de répartition entre nous. Donc, on a un truc forfaitaire qui nous* » (A2) valorisant la coordination et d'autres actes **inexistants dans la nomenclature des actes** actuelle « *il y a des choses qui sont pas prévues dans la nomenclature et qu'on, qu'on rémunère via via le les fonds ACI.* » (A3). Les professionnels pouvaient ainsi augmenter leurs revenus. La rémunération était le plus souvent **versée sous forme d'une prime** une fois par an « *ça fait une petite prime à la fin de l'année (Rires)* » (A16).

Dans toutes les MSP, le modèle de répartition **inventé par professionnels** était basé sur un système d'attribution de points en fonction de critères comme la participation à des réunions, à des projets de santé publique. La valeur de ce point était fixée par les équipes « *On a un certain nombre de points en fonction de l'engagement que chacun a eu au cours de l'année dans ces différents espaces pluri [...] on définit, on fixe euh ensemble une valeur de point, enfin une enveloppe globale qu'on va définir, qu'on va se répartir.* » (A14)

Ce système permettait une **simplification du mode rémunération** « *ça évite de des complications de et des comptes d'apothicaires. Enfin, tout le monde l'utilise, quelle que soit la profession, et puis bah c'est c'est ça, ça facilite aussi la comptabilité* » (A6).

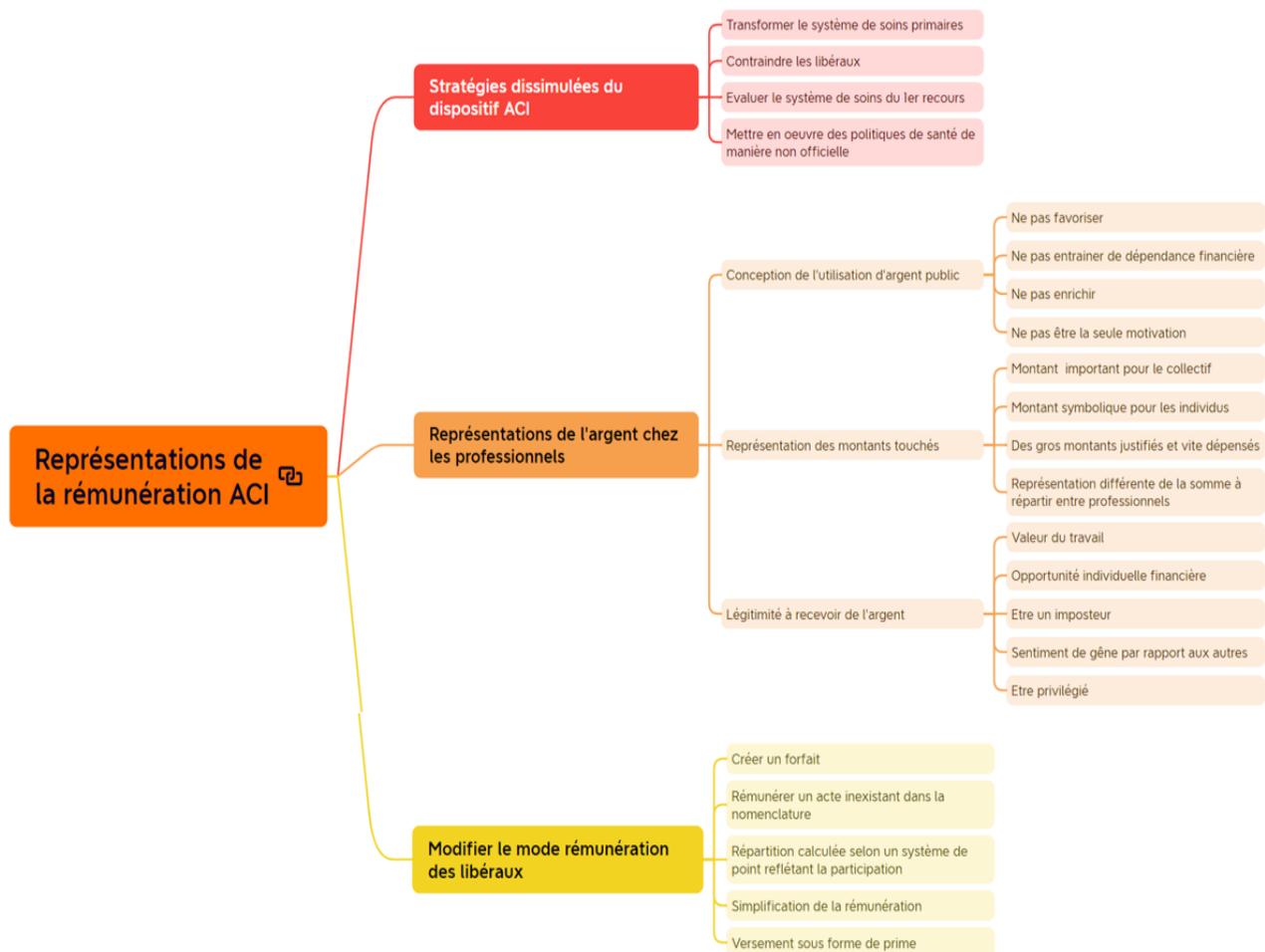


Figure 13 : Représentations de la rémunération ACI chez les professionnels des MSP

H) Bilan sur le dispositif de l'ACI et changements attendus

1) Avis des professionnels sur l'évolution du dispositif ACI

i. Avis sur l'évolution des indicateurs

Le système de l'ACI a subi quelques changements depuis ses débuts en 2017. Les professionnels interrogés trouvaient qu'il existait plutôt **une stabilité des indicateurs** ce qui permettait de **mieux connaître les démarches** et de **gagner en rapidité** «[...] il y a une stabilité hein ! Y a des choses clairement bon, bah tous les ans, on fait le rapport, on, maintenant euh ça roule hein ! Sur les justificatifs, sur ce qu'il a donné, on sait. Euh, y a plein de choses qui nous prennent beaucoup moins de temps[...]» (A5). La **revalorisation de certains indicateurs était appréciée** permettant d'augmenter la subvention ACI « le dernier avenant a, a augmenté certaines euh, certains financements du coup, ça, ça fait un peu plus. » (A5)

Le dépôt de dossier annuel en ligne avait permis une **simplification des démarches** «Ils ont quand même un peu, si enfin, je trouve simplifié aussi les démarches avec le le rapport enfin en ligne à rendre » (A5).

Les critères nouvellement introduits étaient considérés comme :

- Une **influence des institutions sur les pratiques de soins dans les MSP** « *Ils veulent qu'on fasse ce qu'ils ont envie qu'on fasse, des directives, c'est à dire de nous orienter, de dire bah « ça c'est vachement bien, on vous donne des sous pour ça » (A15).*
- A prendre en compte comme des **outils pour faire évoluer l'organisation des équipes**. C'était le cas de la matrice de maturité « *le nouveau truc qui a été mis sur la matrice de maturité, je trouve que au contraire ça , là par contre ,c'est vraiment un outil qui gagne à être connu qui a l'air complètement rébarbatif comme ça quand on le regarde, et puis en fin de compte quand on se met à plancher un peu dessus pour voir où on en est, bah c'est c'est hyper enseignant et ça peut donner des pistes de heu ... qui nous paraissent intéressantes même nous pour nous améliorer quoi » (A2).*
- **Inappropriés dans leur forme** selon certaines équipes, par exemple l'indicateur plan de gestion de crise sanitaires « *Y a une contrainte par rapport aux critères, c'est « la gestion de crise sanitaire » qui nous nous a posé beaucoup de problèmes, qui était très fortement critiquée. Les médecins ont dit mais c'est n'importe quoi, enfin beaucoup hein de professionnels ont dit c'est n'importe quoi » (A12).*

ii. Des doutes concernant l'avenir du système ACI

Les professionnels faisaient part de leurs doutes quant à l'évolution du système ACI . Certains participants **redoutaient qu'on leur demande de rendre des comptes sur l'utilisation des sommes versées** « *[...]peut-être quand même qu'un jour on va nous demander ce qu'on a fait de cet argent, ce qui me semble tout à fait légitime [...]* » (A9)

Quelques professionnels étaient suspicieux, ils **craignaient que le système ne soit pas pérenne**, et que cela influe sur les montants « *[...] en inconvénient euh je dirais y a, euh eu un peu cette euh, de pas trop savoir en fait, euh euh. Pour l'instant, ça a l'air pérenne et au niveau politique, ils vont cert... le le continuer. Mais des fois, on voilà, on se dit que c'est euh. Est-ce que ça va, est-ce que ça va durer ? Est-ce que on va avoir les les mêmes financements ? Est-ce que ça va pas diminuer ? » (A5).*

Un professionnel évoquait sa **méfiance sur d'éventuelles modifications d'indicateurs à venir**. Il semblait avoir peur que les politiques contraignent les libéraux avec des indicateurs socles inadaptés « *On sait pas quelle direction, ils peuvent donner et peut être des directions qui seront absolument pas en accord avec nos valeurs ou avec ce qu'on veut et que on risque de plus toucher les sommes qu'on touchait avant » (A15).*

iii. Envisager une rupture avec l'ACI

Pour le moment, les demandes des institutions étaient en accord avec les valeurs des professionnels. Cependant, si l'accord venait à devenir non conforme à l'éthique des équipes, **un retrait de l'ACI** était d'ores et déjà envisagé « *Je rentre dans le cadre parce que ça me convient bien et comme ça, je peux faire fonctionner, faire des projets. On est content et on peut faire plein de choses, améliorer. Mais le jour où ça, ça va, c'est plus en rapport avec mes valeurs où je, on n'arrête ! Et ça on n'aura aucun problème à dire « stop ». » (A15).*

Pour anticiper cette possibilité certains avaient prévu une **réserve financière** pour subvenir aux frais provoqués par la **rupture de l'accord** « *On a suffisamment d'argent de côté pour payer notre coordonnatrice un an et lui faire et et lui payer des des frais, enfin les frais de licenciement si jamais on devait la licencier. » (A15).*

En cas de rupture, les équipes étaient d'accord pour dire qu'il y aurait **des conséquences négatives sur le fonctionnement des MSP** « après sans ACI, ça serait quand même compliqué de de fonctionner[...] » (A9) mais surtout que le **principal perdant serait le patient** « c'est les patients qui en pâtiront le plus » (A15) .



Figure 5: Evolution de la conception du système ACI selon les professionnels des MSP

2) Balance de satisfaction des professionnels

Globalement les participants interrogés étaient plutôt **satisfaits** de leur expérience avec l'ACI présentant celle-ci comme une expérience :

- **intéressante** « je trouve c'était une super expérience, ça m'a beaucoup beaucoup intéressée. » (A2),
- **satisfaisante** « [...] moi je suis heu très content des ACI[...] » (A4)
- **présentant plus de bénéfices que d'inconvénients** « Plus de bénéfices, évidemment. Voilà mon avis, c'est plus de bénéfices. » (A14)
- **profitant aux professionnels et aux patients** « [...] je pense bénéfique pour tout le monde [le système des ACI]. Pour le patient, pour nous, pour les professionnels, pour la vie de la commune. Enfin en tout cas, voilà, moi je suis une fervente.(Rires). » (A8)

Pour trois participants, la balance de satisfaction était à **l'équilibre** , ne présentant **pas plus de bénéfices que d'inconvénients** « pour l'instant, je pense que c'est à l'équilibre. Ouais, on est à l'équilibre, faut pas qu'il y ait beaucoup plus de contraintes.(Rires) » (A15)

Pour un professionnel de santé, la balance de satisfaction penchait du côté **néгатif** considérant que ce système était **trop lourd à supporter** « Bah je pense que quelque part euh c'est que je pense, c'est un poids. Hum (Silence). C'est un poids [...] »(A6).

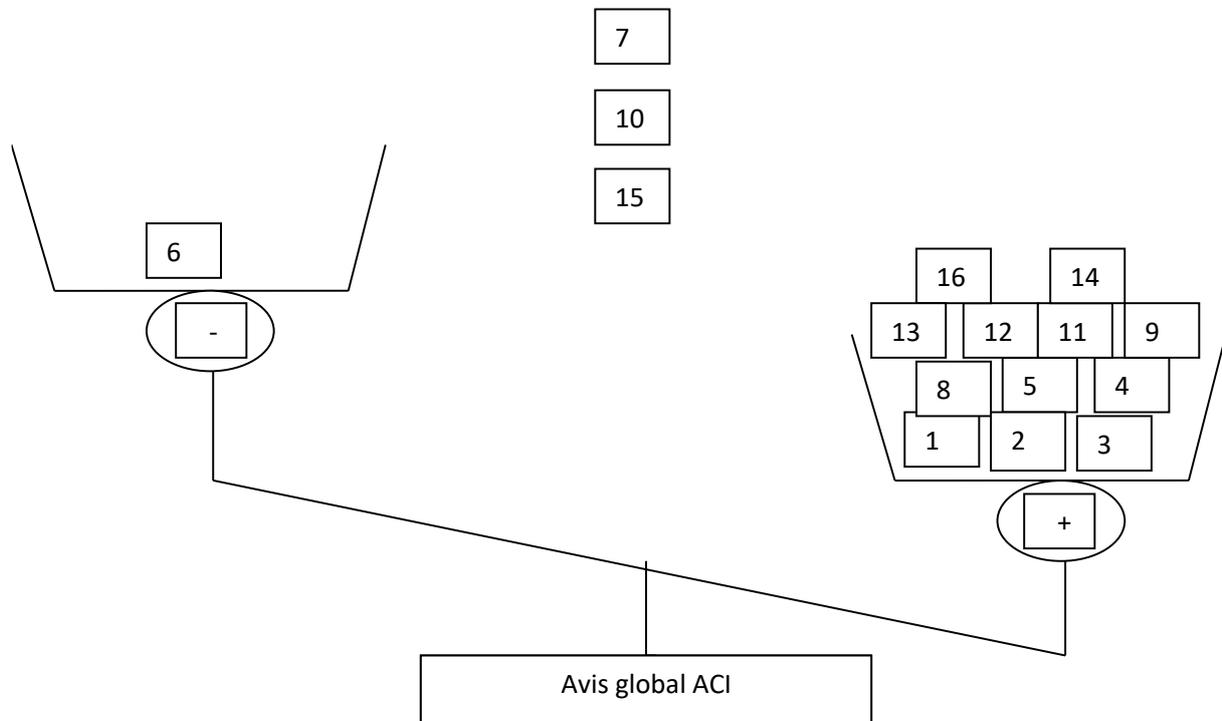


Figure 15 : Balance de satisfaction des professionnels des MSP sur le système ACI

3) Les changements attendus

Concernant les différentes contraintes ou problèmes relevés avec l'ACI, les professionnels ont proposé des modifications à apporter au dispositif. Ils ont également suggéré des thèmes à financer par l'ACI :

- **Diminuer le fléchage concernant les missions et protocoles** pour donner plus de liberté aux équipes « Si sur les protocoles peut-être ce qui pourrait être bien, c'est que ça soit pas forcément des choses imposées par la Sécu, [...], si on a une idée et que ça ça. [...] que si c'est pas forcément dans dans les tablettes de la CPAM que qu'on puisse quand même le valoriser. » (A6)
- **Adapter les indicateurs de l'ACI en fonction du territoire et de la démographie** « je trouve qu'il devrait y avoir pour un règlement ACI, un cahier des charges un peu différent selon les zones d'exercice. » (A2)
- Modifier le mode de calcul en **intégrant la patientèle des paramédicaux** « [...]ça serait aussi valoriser le travail de chacun de dire que LA maison de santé génère, TOUS les professionnels de la maison » (A9) **ou le nombre de professions différentes** au sein de la MSP « Peut-être de prendre en considération le[...] fait qu'on soit euh plusieurs professions, euh ça favorise aussi le travail pluri pro » (A16)
- **Donner un cadre obligatoire de répartition** « Je pense que pour des coordinatrices, ça serait bien que y ait pas le choix [d'utilisation] et que ce soit comme ça et que si on

respecte pas, ben on n'a pas les ACI. » (A12) et **obliger à une répartition** de la somme «ça serait même une option à proposer je trouve, de d'obliger à ce que ce soit réparti » (A14)

- **Augmenter la valeur du point**, qui n'a pas évolué depuis le début de l'ACI « [...]il y a surtout une valeur du point qui est la même depuis que, quand on a créé la maison de santé [...]. Il y a peut-être quelque chose à revoir dans le principe. » (A3)
- **Donner une rémunération non imposable** « [...] Mine de rien, on va se faire imposer dessus alors que ça pourrait servir à autre chose quoi. Ouais, ça fait chier.(Rires). C'est les sous donnés par l'Etat qu'ils te revolent, [...]il faut peut-être mieux le mettre sous forme de prime vraiment qui soit non imposable et mettre moins. » (A7)
- **Prévoir deux budgets distincts et étiquetés pour le fonctionnement et la valorisation de l'exercice coordonné** «il faudrait deux enveloppes. Une enveloppe fonctionnement dans l'ACI ou alors appelée autrement et une enveloppe euh dédiée vraiment au travail coordonné. » (A6)
- **Prendre en charge des loyers** pour aider à pallier la baisse de professionnels «je pense que l'ACI devrait prévoir devrait intégrer l'enjeu de besoins de surface[...], pour permettre à un médecin euh d'assumer la prise en charge d'une proportion plus importante de patients » (A3)
- **Financer les secrétariats** pour permettre de mieux accueillir les patients «il y a le secrétariat.[...]Je pense que en termes d'accès aux soins de qualité, de qualité de service à la population etc., ça me choquerait pas qu'il ait une prise en compte au moins partielle » (A3)
- **Financer des assistants médicaux** travaillant pour l'ensemble des professionnels de la MSP « [...]un truc qui serait vraiment intéressant dans une maison de santé, c'est d'avoir un assistant médical qui soit pas en contrat en un médecin/la sécu mais qui soit en contrat la maison de santé/la sécu .» (A2)
- **Diminuer le financement ACI ou l'utiliser pour des aides plus sociales pour les patients** « Elle est importante, mais je pense qu'elle pourrait être méritée d'être un peu plus basse et faire d'autres choses à côté pour améliorer d'autres choses » (A7)

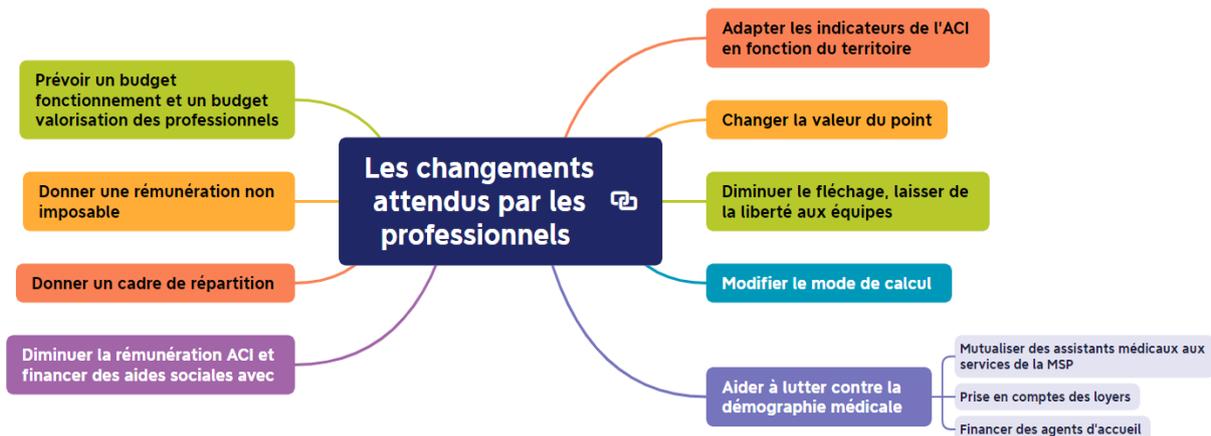


Figure 16 : Les changements attendus par les professionnels des MSP concernant le système ACI

IV) Discussion

A) Réponse à la question de recherche

Cette étude avait pour but de mettre en lumière l'impact et les représentations des professionnels de santé concernant l'utilisation de la rémunération ACI dans les maisons de santé du Loiret.

Globalement la rémunération issue de l'ACI a un grand nombre de répercussions sur l'organisation de la MSP, sur le fonctionnement de l'équipe et sur le professionnel en lui-même. (Figure 17)

1) Organisation de la structure

La rémunération ACI implique de respecter un cahier des charges qui implicitement et explicitement va organiser la MSP et l'exercice des professionnels.

La MSP peut être assimilée à une entreprise, conduite par une société civile, la SISA. Elle a des gérants et des salariés. Les décisions sont prises en assemblée. Les associés se rassemblent en groupes de travail.

Cependant au contraire de l'entreprise, elle n'a pas de dirigeant unique. Tout est fait pour que la voix de chaque professionnel puisse être entendue et comptée grâce à un processus de vote et un cadre réglementaire démocratique mis en place par les équipes.

Une partie de la dotation ACI est utilisée pour optimiser le fonctionnement de la MSP en veillant à procurer un environnement agréable aussi bien pour les professionnels que les patients. La réalisation de missions de santé permet à la structure d'accueillir et de rencontrer une population différente de celle qui consulte habituellement. Ainsi via la rémunération ACI, la MSP s'ouvre sur l'extérieur d'une manière qui n'existait pas dans l'exercice isolé.

Le choix de baisser les charges des professionnels grâce à la rémunération ACI augmente l'attractivité de la MSP pour de nouveaux professionnels.

L'augmentation des tâches administratives par la contractualisation et le rassemblement des professionnels a entraîné la création de postes dédiés à la gestion des tâches administratives.

Dans le fonctionnement de leur MSP, les équipes font souvent difficilement la distinction entre ce qui est mis en place par la rémunération ACI et ce qui relève des initiatives de l'équipe. Cela met en évidence une synergie de la subvention et de l'organisation de la MSP.

2) Fonctionnement des équipes :

La cohésion d'équipe se crée autour :

- du rassemblement en un même lieu qui permet
 - des rencontres informelles et formelles,
 - une meilleure connaissance entre professionnels qui allie familiarité et respect mutuel,
- puis par les échanges et le partage, la création de valeurs communes,
- et à travers les protocoles et missions de santé, la création de discours communs et expériences communes .

La cohésion de l'équipe soutient les professionnels pour faire face aux difficultés de l'exercice en zone sous dotée (fatigue, épuisement, frustrations, sensations d'impuissance, risque de burn out), ainsi qu'en cas de crise sur le territoire (ex crise sanitaire liée au Covid)

Le fonctionnement de l'équipe dépend en grande partie du financement du poste dédié à la coordination. Il permet une organisation logistique, un échange hors des murs de la MSP ainsi qu'un relai avec les institutions et surtout organise la coordination entre les professionnels. Ce poste permet de manager l'équipe.

Le tandem coordinateur/leader dynamise et cadre le groupe. D'autre part, ces deux postes clés ainsi que les gérants absorbent une grande partie de la charge administrative évitant que la gestion des critères du au cahier des charges n'impacte tous les professionnels.

Les temps de concertation entre professionnels sont augmentés grâce à la cohésion d'équipe et à la valorisation financière. La rémunération issue de l'ACI favorise la création d'ateliers d'éducation thérapeutique et de prévention. L'indemnisation des professionnels aide à conserver leur motivation initiale. La possibilité de mettre en place de nouveaux projets financés par l'ACI booste l'innovation. L'exercice coordonné améliore la qualité des soins dispensés aux patients. Les patients sont considérés comme les principaux bénéficiaires de la rémunération ACI selon les professionnels.

La rémunération ACI présente un avantage majeur pour les équipes: sa liberté d'utilisation. Sur ce point, les libéraux, classiquement attachés à leur indépendance, retrouvent ce qu'ils considèrent comme une caractéristique de leur statut : la liberté de choix. En effet, les équipes répartissent l'argent selon leur volonté, ce qui les conduit à adopter des clés de répartition différentes évoluant dans le temps, selon leurs besoins et leurs réalisations. Cependant plusieurs participants ont fait remarquer le risque de conflits autour des décisions de répartition, notamment liés à des représentations hiérarchiques pourtant combattues au sein des MSP. Cette notion de hiérarchie semble réintroduite par le texte de l'ACI lui-même, avec un mode de calcul de la rémunération basé uniquement sur la patientèle médecin traitant. Ce critère est contesté par l'ensemble des professionnels interrogés, même s'ils admettent aussi que c'est un critère simple et accessible pour évaluer partiellement le volume de soins prodigués au sein de la structure.

D'autre part, il existe la possibilité de dérives dans l'utilisation de la subvention issue du contrat ACI. Les représentations de l'usage de cette somme sont différentes en fonction des professionnels et de leur niveau de connaissance des objectifs de l'ACI. Certains participants s'étonnent qu'il n'y ait pas de contrôle de la part des institutions. Pour éviter le risque de mésusage, toutes les équipes se sont auto-organisées et ont mis en place des processus « garde-fou » comme le vote démocratique ou un cadre réglementaire écrit.

La contractualisation représente un engagement des équipes auprès des institutions. Cet engagement apparaît nécessaire aux professionnels en contrepartie de l'obtention d'un financement public. Mais cela entraîne un certain nombre de contraintes. Le cahier des charges limite de manière excessive l'autonomie des équipes et se base sur une évaluation trop quantitative. Ce contrat demande un investissement important et une charge de travail administrative considérable aux dépens du temps dédié à la coordination.

Certains professionnels craignent pour la pérennité du système et sont méfiants notamment quant à l'évolution des indicateurs qui pourraient un jour se trouver en contradiction avec les valeurs communes de leur équipe. Ils ont donc réfléchi à des modifications à apporter aux futures versions de l'ACI. Plus encore, certaines équipes déclarent qu'elles n'hésiteront pas à rompre le contrat ACI pour des raisons éthiques, si elles l'estiment nécessaire, au détriment du bon fonctionnement de la MSP et du bénéfice pour le patient.

3) Impact sur le professionnel

La rémunération ACI permet de valoriser via une rétribution, l'investissement de temps et d'énergie du professionnel. Les équipes mettent en place une récompense financière équitable et égalitaire et suppriment toute forme de hiérarchie professionnelle. En fonction des représentations de chacun, la

rémunération peut sembler être à la hauteur ou pas de l'investissement. De même, la représentation de l'argent entraîne chez certains professionnels des questionnements sur leur légitimité à recevoir une somme d'argent. Il existe des remarques faites quant au montant total de l'ACI jugé parfois bien trop important par certains.

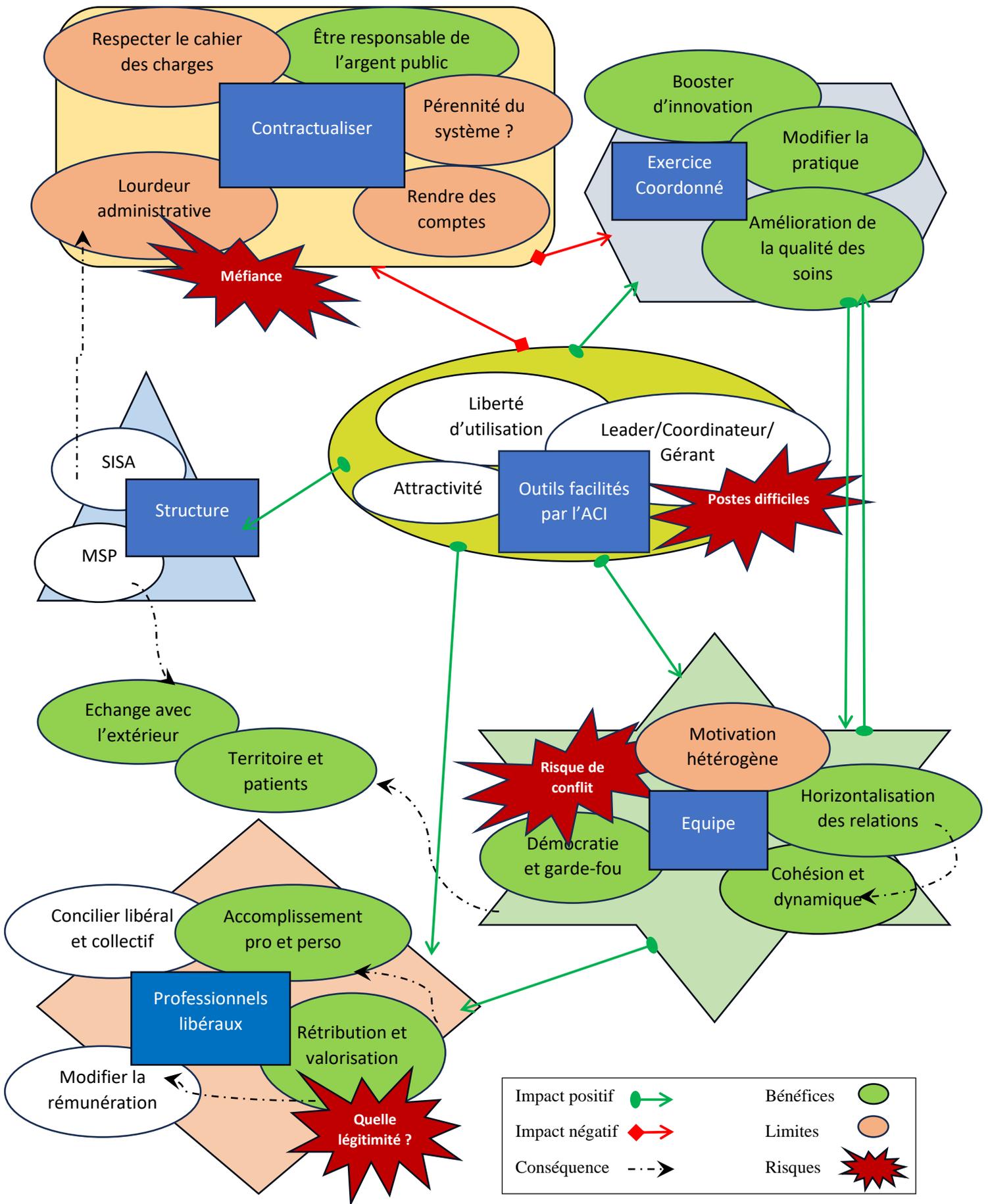
Ce mode de rétribution introduit un nouveau mode de rémunération forfaitaire pour les professionnels, indemnisant des actes dont la nomenclature n'est pas prévue jusqu'ici. Cependant aucun participant n'a évoqué qu'il pourrait s'agir d'une volonté institutionnelle de modifier les modes de rémunération.

De même, le mode d'exercice isolé libéral classique est bouleversé du fait de la réunion de plusieurs professionnels sur un même lieu. Le changement est stimulé par le contrat ACI qui incite à l'organisation de parcours de soins coordonnés et de missions de santé publique. Ainsi, la rétribution permet de limiter partiellement la perte de revenus et le temps consacré au collectif, conservant une rentabilité pour les libéraux. On observe une conciliation progressive entre l'activité libérale et l'activité collective.

La rémunération peut être une source de motivation pour augmenter la concertation et l'innovation en MSP. Cependant les professionnels la jugent trop symbolique pour être réellement motivante et pensent d'ailleurs que l'attrait financier est une « mauvaise motivation ». Malgré cela, ils reconnaissent le plus souvent que la rémunération est nécessaire pour poursuivre le travail de concertation et que sans elle la qualité et l'ampleur du travail collectif seraient largement moindres. Pour les professionnels, la liberté d'utilisation, la cohésion de leur équipe et la réalisation de nouvelles tâches de soins le tout valorisé par l'ACI concourent à leur accomplissement professionnel.

A l'inverse, le sentiment de rendre des comptes aux institutions est omniprésent, engendrant parfois une impression de manipulation de la part celles-ci. Ils citent par exemple l'apparition dans l'avenant 1 de nouveaux indicateurs sociaux sur des sujets qui leur paraissent orientés, qu'ils considèrent plus comme des sujets à la mode que vraiment utiles pour l'amélioration de la qualité des soins.

Figure 17: Schéma fonctionnel



B) Comparaison à la littérature

Notre étude s'inscrit dans la continuité du travail de Me Fournier.C [47] publié en 2019 qui suivait l'évolution d'équipes de MSP dans la période des ENMR puis du RA. On y retrouvait des similitudes dans les résultats comme :

- une dynamique d'équipe liée aux différentes représentations des équipes,
- l'ébauche de l'importance du poste dédié à la coordination
- l'identification de porteur de projet (sans évoquer pour le moment le terme de leader)
- la critique de l'évaluation du cahier des charges avec « *une mise en chiffres [...] et des objectifs quantitatifs arbitraires* »
- l'évocation d'une vision différente entre institutions et professionnels au sujet des thématiques de travail devant être financées
- l'existence de conflit au sujet de la clé de répartition des ENMR
- le sentiment d'une valeur trop symbolique de la rémunération ainsi qu'un problème dans le mode de calcul du RA défavorisant les structures avec une proportion élevée de paramédicaux.

A l'époque, la rétribution n'était pas forcément égalitaire dans toutes les MSP interrogées et souvent discriminante en fonction de la profession. Plusieurs années plus tard, dans notre étude, cette recherche d'équité et d'égalité de l'indemnisation est un facteur essentiel et nécessaire. En effet, en établissant un cadre de décision précis, réfléchi et dicté par les équipes elles-mêmes, cette recherche de démocratie apparaît indispensable pour l'adhésion au projet collectif, la cohésion d'équipe et l'attractivité. Le modèle de rétribution par attribution de points est devenu un standard dans chaque MSP.

Durant la période des ENMR, il était encore difficile pour les équipes d'intégrer le développement de projet pluriprofessionnel, les médecins et les paramédicaux ayant des « *visions différentes de leurs rôles en matière de prévention* ». Aujourd'hui, au contraire, nous avons mis en lumière que, dans certaines équipes, les différentes professions semblent apprécier et rechercher cette complémentarité dans les différents projets pluriprofessionnels qu'ils mettent en place. L'existence d'objectifs communs est à la base de la dynamique d'équipe.

Me Fournier décrivait également une résistance de certains médecins dans la recherche d'horizontalisation des relations. Même si cela semble moins présent dans notre étude, cette notion de hiérarchie symbolique peut ressortir lors de conflits sur des décisions d'équipe. De nos jours, le système égalitaire du vote s'est imposé comme une référence à toutes les équipes pour éviter ce problème, sans que cela ne soit dicté par aucun contrat ou règlement. Cependant, il faut signaler que le biais de sélection de notre étude peut affaiblir ce résultat. On peut donc imaginer que cette volonté de gouvernance démocratique ne soit pas appliquée partout.

En 2020, un article [49] sur la contractualisation avec l'Assurance maladie mettait en évidence les freins des professionnels de santé à s'engager dans un contrat ACI. Les auteurs rapportaient un attachement au fonctionnement indépendant libéral, une méfiance envers les instances, et la lourdeur des impératifs gestionnaires liés à la SISA. Ce travail de thèse retrouve ces contraintes en termes de méfiance et de charge de travail supplémentaire cette fois-ci chez des équipes engagées dans la contractualisation. Cela met en évidence que ces contraintes sont réelles et reconnues mais n'empêchent pas pour autant la MSP et son équipe de s'engager dans la contractualisation et de fonctionner. Cependant le sentiment d'attachement aux valeurs libérales traditionnelles est moins

présent dans notre étude car les professionnels semblent trouver un équilibre entre travail indépendant et exercice collectif coordonné qui leur convient.

Dans cet article, certaines équipes refusaient les outils imposés par l'ACI comme la SISA ou le système d'information. Ces points n'ont pas été retrouvés dans notre étude pour la SISA. Le système d'information partagé semble nécessaire pour nos équipes bien que certaines professions paramédicales s'en servent très peu.

Également dans ce même article [49], les professionnels craignaient d'introduire une motivation monétaire dans une dynamique déjà existante et non rémunérée. Cela rejoint des points de vue de professionnels de notre étude. Paradoxalement, nos participants soulignent que la dynamique serait moindre en l'absence de rémunération ACI.

De la même manière, il faut faire remarquer qu'au temps des ENMR, les équipes étaient très révoltées par le côté administratif et le sont moins maintenant. Comme si en se familiarisant en expérimentant les contraintes et en découvrant les avantages, cela leur permettait de faire eux-mêmes leur balance et d'y trouver des intérêts.

Dans notre recherche, la rétribution issue de l'ACI est considérée comme un booster d'innovation pour l'exercice coordonné. L'article étudiant la dynamique du travail professionnel [48] de 2014 corrobore notre analyse. Les ENMR représentaient déjà une source de motivation pour engendrer du travail pluriprofessionnel qui était d'ailleurs considéré « *comme un facteur d'amélioration de la qualité de leurs pratiques* ». De même, les professionnels recherchaient « *une égalité de rémunération pour des tâches équivalentes* » ainsi qu'une « *équité dans la manière de rémunérer les professionnels non-médecins en diminuant les écarts de revenus* » .

Dans cet article [48], les professionnels repéraient déjà le problème lié au mode de calcul des NMR basé sur la seule patientèle des médecins traitants. Ils demandaient déjà une meilleure prise en compte de l'investissement des paramédicaux. Nos résultats confirment ces constatations.

En 2020, l'enquête étudiant l'organisation de modèle MSP [54] mettait en évidence une logique de régulation institutionnelle au travers du contrat de l'ACI en soulignant que le cahier des charges est un « *système codifié permettant de mesurer et de porter un jugement sur l'activité des MSP* » . Cet avis est également partagé par certains de nos participants qui critiquent ce système.

Quant à l'attractivité de la rémunération ACI pour favoriser l'arrivée de nouveaux professionnels, une thèse [55] étudiant l'impact des NMR sur l'installation en maison de santé montrait que la rémunération NMR était une motivation pour certains mais représentait également une contrainte pour d'autres. La motivation première restait la recherche d'exercice groupé. Ceci est en adéquation avec le fait que la rémunération soit considérée dans notre étude comme étant un encouragement à poursuivre les efforts engagés mais n'est pas le seul facteur d'investissement.

C) Forces et limites de l'étude

Ce travail de thèse est un sujet novateur car pour le moment, la portée et les retombées de l'accord conventionnel interprofessionnel ont été assez peu décrites dans la littérature, notamment du fait de la jeunesse de système. Cette étude s'inscrit dans la continuité des travaux peu nombreux, en sociologie surtout, sur les nouveaux modes de rémunération.

La récupération de certaines données concernant les ACI a été une difficulté initiale freinant le travail de recherche. En effet, au début du travail de thèse en janvier 2022, l'accès à des données chiffrées a été refusé par les services de la caisse primaire d'Assurance Maladie du Loiret qui évoquait des raisons de confidentialité. L'obstacle a été contourné en demandant aux équipes de chaque MSP, par l'intermédiaire de leurs coordinateurs/trices de bien vouloir fournir les documents officiels de la

CPAM comprenant les données nécessaires. Toutes les équipes ont accepté. Par ailleurs, la collaboration avec la FMPS, le référent territorial de l'ARS et finalement les délégués CPAM du Loiret ont permis d'obtenir toutes les données, autres que financières, nécessaires et actualisées.

Le choix de la méthode qualitative était justifié par rapport au sujet de recherche car elle permet d'explorer des comportements, des ressentis, des avis, des expériences qui ne sont pas quantifiables.

L'hétérogénéité de l'échantillonnage représente une autre force de cette étude puisqu'il a permis d'étudier l'avis de professionnels d'âge, de sexe et de profession différentes, étant plus ou moins engagés dans le fonctionnement de leur maison de santé. De la même manière, cela a permis d'étudier des MSP de localités différentes (rurale, urbaine), dans des zones de démographies médicales variables, avec des compositions professionnelles distinctes et des valeurs de rémunération ACI diverses, représentant la diversité des territoires du département.

Cependant le recrutement de participants volontaires a introduit un biais de sélection. En effet, les professionnels interviewés se sentaient certainement concernés par la thématique ou à l'aise avec celle-ci. Il est probable que des professionnels ressentant une gêne pour parler de ce sujet ou de leur équipe ne se sont pas portés volontaires. L'échantillon ne représente pas la totalité de la population « professionnel de santé exerçant en MSP ».

Les entretiens semi dirigés constituent une force de l'étude puisqu'ils favorisaient le non-jugement et la libre expression des professionnels de santé permettant ainsi de recueillir un très grand nombre de données. Cette technique de recueil de données a permis également de supprimer tout rapport de hiérarchie entre interlocuteurs.

La saturation des données a été obtenue au bout de 15 entretiens, un 16^{ème} entretien a permis de confirmer l'exhaustivité des données. L'ensemble des données recueillies a pu être analysé car aucun participant n'a retiré son consentement.

Il peut également exister un biais d'analyse notamment par la présence d'un cofacteur confondant « exercer en maison de santé ». Il était parfois difficile pour les participants de faire la différence entre l'impact provoqué par la rémunération et l'impact provoqué par le fait d'exercer en MSP. Il a été demandé de bien préciser cela dans certains entretiens.

De plus, il n'a pas été possible de faire un double codage. Le manque d'expérience de l'investigatrice concernant la méthodologie représente donc une limite et peut affaiblir les résultats de l'étude. Cela a pu influencer subjectivement l'interprétation des données ainsi que la réalisation du guide d'entretien. Pour limiter cela, l'analyse a été conduite au fur et à mesure des entretiens et le guide d'entretien a également évolué au fil de l'analyse grâce à des questions ouvertes.

D) Hypothèses et perspectives

1) Discuter les concepts introduits par la rémunération ACI

Autogestion de la MSP :

Ce travail de recherche a mis en évidence la création spontanée par les équipes interviewées d'un établissement de soins autogéré fonctionnant sans hiérarchie.

L'autogestion est définie comme la « Gestion d'une entreprise par l'ensemble du personnel, soit directement, soit par l'intermédiaire *de représentants élus et révocables par eux-mêmes.* » ou la « *Gestion d'une collectivité par elle-même* » [56]. Elle est basée sur plusieurs principes que nous avons retrouvés dans notre étude : l'égalité (une personne, une voix), la participation, un processus collaboratif recherchant le consensus, l'absence de dirigeants et la désignation de représentants.

Ce système d'autogestion est retrouvé dans certaines entreprises avec un management dit « libéré » [57] permettant au salarié de s'approprier son entreprise et de partager sa vision. Cependant ce type de management semble être limité par le nombre de participants. Il serait intéressant de suivre l'évolution dans le temps de cette nouvelle organisation des professionnels de santé libéraux.

Le refus de la hiérarchie médicale :

Il est étonnant de voir apparaître dans le système de santé, des organisations non hiérarchiques, gérées démocratiquement, à côté des établissements hiérarchiques classiques du système hospitalier. On peut se demander si cela ne participe pas au départ de nombreux professionnels paramédicaux vers le secteur libéral.

Au contraire d'une entreprise, les professionnels de santé libéraux n'ont pas d'employeurs, ce qui supprime tous liens de subordination officiels. La hiérarchie, parfois évoquée par les équipes des MSP, est donc symbolique et le plus souvent attribuée aux professions médicales (qui se placent au sommet de la pyramide). Dans l'histoire, les médecins ont toujours eu une position dominante, légitimée notamment par la législation [58]. De plus, le cursus de formation en hospitalier des étudiants en médecine a tendance à maintenir cette hégémonie du médecin. Un travail sur ce thème lors de la formation des jeunes médecins pourrait donc être envisagé afin d'éviter de reproduire ce schéma hiérarchique implicite.

Les risques d'une attractivité mal maîtrisée :

Notre enquête montre que les professionnels de santé des MSP semblent satisfaits de l'impact de l'ACI. En effet, le financement ACI leur permet d'améliorer leurs conditions de travail, de diversifier leur pratique, de diminuer leurs charges. Grâce notamment à l'ACI, l'exercice en MSP est plus attractif.

De ce fait, des professionnels peuvent être attirés par les conditions financières avantageuses sans qu'on leur précise la qualité du travail attendue. Mais il faut être prudent car cela peut rapidement nuire à la cohésion d'équipe, sa motivation et mettre l'équipe en danger.

La délicate question de la motivation :

Si un des buts initiaux du dispositif était de créer de la motivation (par le contrat et par la dotation) au travail collectif et à des actions de santé publique, l'enquête montre que cela ne fonctionne pas tout seul. Mobiliser les professionnels de santé nécessite une approche plus globale et plus complète intégrant la prise en compte de multiples besoins (physiologique, sécurité, appartenance, estime, accomplissement) d'après la théorie de Maslow [Annexe 5]. Selon le principe de Herzberg [Annexe 6], la rémunération ACI est un facteur extrinsèque de motivation. Il est donc important de prendre en compte aussi les facteurs intrinsèques pour pouvoir satisfaire et motiver les professionnels.

D'ailleurs, si on regarde les sommes consacrées à valoriser la participation des professionnels au sein des MSP, celles-ci ne représentent qu'une petite fraction du montant total des ACI perçus. Une grosse partie est dédiée à l'organisation de la gestion et à l'animation de l'équipe. Les professionnels supportent le fardeau administratif de tout professionnel libéral, auquel s'ajoutent la participation à l'auto-organisation de la structure ainsi que l'investissement dans le travail collectif. D'où l'importance de leur proposer une contrepartie à travers le financement de poste de gestionnaire.

2) Mieux former les représentants des MSP

Les leaders et gérants :

Les leaders ont une fonction particulière. Ils peuvent être investis dans cette fonction de différentes manières : en émergeant historiquement comme porteurs du projet et référents reconnus, en

étant désignés ou élus par une équipe déjà en place. Ils portent des fonctions déléguées par les groupes. Ainsi le choix du leader est important voire crucial car il doit rassembler autour d'une vision commune, impulser la dynamique. Il participe aussi à la "protection" du groupe (prévention des conflits, gestion des tensions, travail sur la cohésion). Il est essentiel qu'il sache travailler en tandem avec la coordinatrice. Ainsi il représente une fonction importante dans le fonctionnement de la MSP et sa rémunération doit être réfléchie pour lui permettre de s'investir de manière correcte dans cette fonction. Il se pose également la question de la transmission du flambeau lorsqu'un leader s'en va : comment anticiper les conséquences sur l'équipe et son évolution, prévenir les déséquilibres dans la dynamique du groupe ?

De par leurs responsabilités, les leaders et gérants étaient en demande de formation dans notre étude. En effet, ils effectuent diverses missions notamment communicationnelles pour lesquelles ils n'ont pas été formés. Ils seraient donc intéressants de prévoir des temps de formation pour les leaders et gérants avec un travail sur la motivation, sur la prévention des conflits, le management d'équipe, la fonction ressource humaine et la gestion financière. Une telle formation permettrait de faire reconnaître ces postes auprès des institutions.

Les coordinateurs :

De la même manière, le poste dédié à la coordination représente « *un facteur de succès pour les regroupements professionnels de soins primaires* » [31]. Il s'agit d'un poste central pour la coordination mais qualifié d'éprouvant et de difficile. Le fait d'avoir une double casquette professionnelle de santé /coordinateur est une difficulté supplémentaire pour trouver sa position. Il existe un risque de turn-over important sur cette fonction. Ainsi, il est important que les coordinateurs aient une bonne formation. La formation Pacte coordinateur de MSP permet l'apprentissage d'un positionnement, de techniques de management, relationnelles et la découverte du milieu de travail et des partenaires. La mise en place de rencontres régulières par la FFMPS pour échanger entre coordinateurs pourrait être une aide supplémentaire.

De même, la part de rémunération ACI consacrée par les équipes à ce poste paraît assez souvent insuffisante pour obtenir un temps de coordination suffisant et adapté aux structures. Il serait nécessaire que les équipes acceptent de dédier plus d'argent à ce temps de coordination. La création d'une convention collective pourrait permettre de protéger ce poste, et lui donnerait de la valeur et de la légitimité auprès des équipes.

L'ACI pourrait augmenter la valorisation de l'indicateur « poste de coordination » (déjà revalorisé dans l'avenant 1).

Les instances professionnelles (URPS, fédérations des maisons de santé) pourraient également se saisir de ce sujet. Des groupes de travail pluriprofessionnels pourraient rédiger des guides-conseils, indiquant un temps de coordination minimal selon la composition et l'activité des MSP.

3) Modifier le contrat ACI

Elargir l'assiette de calcul de la dotation ACI :

D'autre part, notre étude relève que le calcul de la rémunération ACI ne tient pas compte des patientèles paramédicales, ce qui entretient la dépendance des auxiliaires médicaux aux médecins. Le calcul ne représente pas l'activité globale de la MSP.

Il pourrait donc être proposé de prendre en compte le nombre de patients consultant des paramédicaux, ou bien de prendre en compte le nombre de professions différentes au sein de la MSP (pour le moment seuls les médecins, médecins spécialistes, sages-femmes, IPA, chirurgiens-dentistes, et pharmacies sont valorisés).

Inventer des indicateurs moins fléchés et moins quantitatifs :

Concernant le cahier des charges, tous les résultats des entretiens et l'analyse de la littérature confirment que le fléchage thématique des indicateurs protocoles et missions de santé est inadapté au terrain. Cela entraîne de la frustration chez les équipes. L'ACI pourrait envisager un choix de thèmes libres, argumentés et documentés.

De la même manière, les critères quantitatifs reposant uniquement sur la mise en chiffre de l'activité posent un problème de lourdeurs administratives et d'intérêt intellectuel. Pourquoi ne pas permettre aux équipes de mettre en œuvre des critères plus qualitatifs, comme l'amélioration de la communication hors MSP en présentant l'organisation d'une rencontre avec un service partenaire. La valorisation de la construction de discours partagés pourrait être valorisée en justifiant d'organisation de formations communes à l'équipe.

On pourrait également envisager de voir des MSP contractualiser avec des assistants médicaux. Ainsi, ils pourraient être sollicités par l'ensemble des professionnels de la MSP. Cela faciliterait l'organisation collective autour du parcours patient.

Revenir sur la liberté d'utilisation

La liberté d'utilisation a été un sujet important de réflexion des professionnels de santé dans notre étude allant d'une peur d'utiliser de l'argent public à une satisfaction totale. Cette liberté rend aux équipes leur pouvoir de décision. Les prises de décision étant égalitaires et non hiérarchiques, cela augmente la confiance et le respect mutuel au sein des équipes. Les projets sont alors intéressants et motivants pour les professionnels.

Malgré tout, l'utilisation complètement libre de la rémunération ACI peut faire craindre des dérives d'utilisation. Certaines équipes en ont fait les frais et ont depuis mis en place tout un système de barrières et de décisions par vote. On peut d'ailleurs se demander si cette liberté d'utilisation au départ n'a pas été pensée ou demandée pour contrebalancer la lourdeur du cahier des charges de l'ACI. Une sorte de compensation pour des professionnels libéraux qui revendiquent souvent leur liberté (d'installation, de prescription, d'organisation, de tarif etc...) et leur indépendance par rapport aux institutions. Cependant, pour les équipes à venir ne faudrait-il pas créer un cadre légal pour obliger à une répartition égalitaire et aider à la prise de décision ? En échange, on pourrait imaginer alléger les contraintes sur les indicateurs chiffrés. Mais dans le cas où cette liberté disparaîtrait, on pourrait se poser la question de savoir si les équipes continueraient à adhérer au contrat ACI ?

4) Améliorer les rapports avec les institutions

Limiter l'ingérence des institutions

Certains indicateurs sont vécus comme une tentative de forcer la main aux équipes de par leur catégorisation en critère « socle ». C'est le cas du nouvel indicateur valorisant les IPA, négocié dans l'avenant 1. Ainsi, on peut se demander si les institutions ne tentent pas d'orienter les pratiques via des obligations et jusqu'où sont-elles capables d'aller dans l'obligation ?

Travailler pour diminuer la méfiance envers les institutions

En plus du sentiment d'être sous contrôle des instances, il a été mis en évidence une certaine méfiance des professionnels par rapports aux institutions. Ceci peut être expliqué en partie par une méconnaissance du fonctionnement des institutions par les professionnels. Une meilleure interconnaissance permettrait d'augmenter la confiance mutuelle. Pour tenter de remédier à cela, on peut imaginer créer une interface entre terrain et tutelles, en prenant exemple sur les délégués de

l'Assurance Maladie. Il pourrait également être proposé de réaliser un stage de terrain pour les agents des ARS.

Améliorer la qualité des négociations conventionnelles

Malgré toutes les critiques de l'ACI que nous avons pu relever, il faut faire remarquer que cet accord ACI est négocié entre la CNAM et les syndicats mono professionnels des différentes professions : on peut donc questionner la capacité de chaque partie à faire entendre ses arguments, ainsi que la bonne transmission des informations du terrain vers les référents nationaux.

5) L'absence du projet de santé

Le projet de santé est un grand absent des entretiens de notre étude. Il faut rappeler qu'il fait pourtant partie des documents requis pour prétendre à la contractualisation à l'ACI. Il n'est manifestement pas perçu comme structurant pour le fonctionnement de la MSP par les professionnels. Il semble que le cahier des charges de l'ACI se soit substitué à ce projet de santé. Faut-il continuer de demander aux MSP d'établir ce projet de santé ? Sa composition devrait-elle être revue ?

V) Conclusion

Nous avons mis en évidence que la rémunération ACI introduit une nouvelle complexité administrative dans le système de soins primaires, avec de nombreuses contraintes de temps, de charges de travail supplémentaires. Les professionnels de santé interrogés pointent unanimement la crainte de la mise sous tutelle des maisons de santé dans le cadre de la signature de l'ACI avec un cahier des charges trop restrictif et limitant l'autonomie des équipes.

Malgré toutes ces limites, les professionnels gardent globalement un avis très favorable de la rémunération ACI, le considérant aujourd'hui comme un outil facilitateur et nécessaire au fonctionnement des MSP.

La liberté d'utilisation est un facteur déterminant pour la pérennité de ce système. Au sein des décisions d'équipe, un schéma démocratique s'est établi au fur et à mesure du temps, appuyé par l'horizontalisation des relations. La création d'un système de redistribution par point qui se veut équitable et égalitaire valorise l'investissement des professionnels. Ceci s'associe au financement des postes dédiés à la gestion et à la coordination (coordinateur, gérant, leader) et favorise la construction d'équipes soudées nécessaires au travail en exercice coordonné.

Etant attractif pour les professionnels de santé du premier recours, ce système doit être maintenu. Cependant il ne représente pas, à lui seul, la solution aux problèmes actuels de démographie médicale. Pour que ce dispositif se poursuive et s'améliore, il est important que les institutions et les représentants professionnels prennent en compte les remarques des équipes des maisons de santé engagées dans l'ACI et qu'un dialogue s'instaure entre toutes les parties.

VI) Bibliographie

1. Observatoire des territoires - ANCT - Indicateurs : cartes, données et graphiques [Internet]. [cité 22 oct. 2023]. Disponible sur: https://www.observatoire-des-territoires.gouv.fr/outils/cartographie-interactive/#c=indicator&i=offre_sante.dens_nb_medg&s=2020&view=map9
2. L'accès aux soins et aux équipements de proximité – Besoins de santé, déterminants de santé et accès aux équipements en Centre-Val de Loire | Insee [Internet]. [Cité 21 mars 2022]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4263707?sommaire=4263758>
3. De Haas P, Monter et faire vivre une maison de santé. 2 nd ed. St. Etienne : Le Coudrier ; 2015.
4. Fournier C. Working in à team while adjusting to policies : A double challenge in the long term for health care professionals in multidisciplinary group practices. Journal de gestion et d'économie de la sante. 12 avr. 2019 ;1(1) :72-91.
5. Lutter contre les déserts médicaux - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [Cité 21 mars 2022]. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/masante2022/lutter-contre-les-deserts-medicaux/>
6. Juilhard, J-M. Rapport d'information sur la démographie médicale, Paris : Commission des affaires sociales. 2007
7. Levesque J-F, Feldman D, Dufresne C, Bergeron P, Pinard B. L'implantation d'un modèle intégré de prévention et gestion des maladies chroniques au Québec Barrières et éléments facilitant. Dec. 2007 <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/725-maladieschroniqueresume.pdf>
8. Bourgueil Y, Ramond-Roquin A, Schweyer FX. 1. Qu'appelle-t-on « soins primaires » ? In: Les soins primaires en question(s) [Internet]. Rennes: Presses de l'EHESP; 2021. p. 5-13. (Débats Santé Social). Disponible sur: <https://www.cairn.info/les-soins-primaires-en-question--9782810908820-p-5.htm>
9. Ray M, Bourgueil Y, Sicotte C. Les maisons de santé pluriprofessionnelles : un modèle organisationnel au carrefour de multiples logiques. Revue française des affaires sociales. 2020;(1) :57-77. [Cité le 30/01/2023]
10. Sebai J, Yatim F. Les maisons de santé pluriprofessionnelles en France : une dynamique réelle mais un modèle organisationnel à construire. Revue française d'administration publique. 2017;164(4):887-902. [cité le 30/01/2023] Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-francaise-d-administration-publique-2017-4-page-887.htm>
11. Chapitre III bis : Maisons de santé. (Article L6323-3) - Légifrance [Internet]. [Cité 10 août 2022]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGISCTA000017833753/2007-12-22>
12. Chapitre III bis : Maisons de santé. (Article L6323-3) - Légifrance [Internet]. [Cité 10 août 2022]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000017744180/2009-07-23/#LEGISCTA000017833753
13. Article L6323-3 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [Cité 21 mars 2022]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000038886477/2019-07-27/
14. Article L6323-3 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [Cité 21 mars 2022]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000044628615/2021-12-25/
15. Article L1411-11-1 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [Cité 25 avr. 2022]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000038886353/

16. « Légifrance - Publications officielles - Journal officiel - JORF n° 0167 du 22/07/2009 ». Consulté le 25 janvier 2022.
https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf?id=_ARlzWY3SbtGUKHxo9DBo5zKY6oT0Ac8uyatwTORrks=
17. Ministère de la santé et des sports « Quelles mesures concrètes pour les médecins ? »
https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche_exercice_regroupe_web.pdf
18. Prescrire. La Maison Dispersée de Santé à Lille : un projet aux multiples facettes. Avr. 2018 [cité 14 mars 2022] ; Tome 38(414). Disponible sur
<https://www.prescrire.org/Fr/6A790C184E1472308308682FAAC93C7C/ViewClipping.aspx>
19. Prescrire. Maison de santé Decazeville-Aubin : une dynamique de prévention et de promotion de la santé. Prescrire. Oct. 2020 ; Tome40(444) :779-782.
20. Clément, Marie-Caroline, Pierre-Emmanuel Couralet, Julien Mousquès, Aurélie Pierre, et Yann Bourgueil. « Primary Care Health Houses : à new balance between continuity, accessibility of care and health professionals working conditions ? » Sante Publique 21, no hs1 (1 octobre 2009) : 79-90.
21. Décret n° 2012-407 du 23 mars 2012 relatif aux sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires. 2012-407 mars 23, 2012.
22. Historique des SISA [Internet]. Acoorde. [cité 17 oct. 2023]. Disponible sur :
<https://www.acorde.fr/documents/historique-des-sisa/>
23. Légifrance - Publications officielles - Journal officiel - JORF n°0185 du 11 août 2011 [Internet]. [Cité 25 avr. 2022]. Disponible sur :
https://www.legifrance.gouv.fr/loda/article_lc/JORFARTI000024457034
24. Le salariat de professionnels de santé en SISA [Internet]. AVEC Santé. 2021 [cité 25 avr. 2022]. Disponible sur : <https://www.avecsante.fr/le-salariat-de-professionnels-de-sante-en-sisa/>
25. La Maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) : une équipe aux compétences multiples pour « travailler ensemble » | APMSL [Internet]. [Cité 12 juill. 2022]. Disponible sur :
<https://www.apmsl.fr/page/les-msp/>
26. Territorial V, Santé V. CONTRAT DE PLAN ETAT – REGION CENTRE-VAL DE LOIRE 2015-2020. :20.
27. Exercice coordonné des soins de premier recours [Internet]. [Cité 14 mars 2022]. Disponible sur :
<https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/l-exercice-coordonne-entre-professionnels-de-sante/article/l-exercice-coordonne>
28. Les maisons de santé - Ministère de la Santé et de la Prévention [Internet]. [cité 22 oct. 2023]. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/structures-de-soins/article/les-maisons-de-sante-300889>
29. Région Centre- Val-de-Loire -Projet de contrat de plan État-Région Centre-Val de Loire 2021-2027. 2021 [Internet]. [Cité le 05/12/2022] https://www.prefectures-regions.gouv.fr/centre-val-de-loire/content/download/85405/549794/file/201227-Projet-CPER_Centre-Val-de-Loire.pdf
30. Patay M. Les structures d'exercice regroupé en santé (MSP, Maisons de santé, Centres de santé).

31. Schweyer FX. Les médecins avec l'État pour former à la coordination des maisons de santé pluriprofessionnelles : entre instrumentation et professionnalisation. Journal de gestion et d'économie de la santé. 2019;1(1):33 53.
32. Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales. (2019). FONDS D'INTERVENTION RÉGIONAL-Rapport d'activité 2018. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_fir_2018.pdf
33. ARS. Appel à projet régional dans le cadre du fonds de lutte contre les addictions liées aux substances psychoactives [Internet]. [Cité 23 août 2022]. Disponible sur : <https://www.centre-val-de-loire.ars.sante.fr/appele-projet-regional-dans-le-cadre-du-fonds-de-lutte-contre-les-addictions-liees-aux-substances>
34. Territorial V, Santé V. CONTRAT DE PLAN ETAT – REGION CENTRE-VAL DE LOIRE 2015-2020.
35. Article 44 - LOI n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008 (1) - Légifrance ». Consulté le 25 janvier 2022. https://www.legifrance.gouv.fr/loda/article_lc/LEGIARTI000028393799/.
36. Cassou M. Exercer en maison de santé pluriprofessionnelle a un effet positif sur les revenus des médecins généralistes. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 7 juill 2023]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/exercer-en-maison-de-sante-pluriprofessionnelle-un-effet-positif>
37. Légifrance - Publications officielles - Journal officiel - JORF n° 0182 du 05/08/2017 [Internet]. [Cité 22 févr. 2022]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf?id=lvlj7VsOtDCfLDSSenoKihg1IdXp0qOa1izlRqsN7Aw=>
38. Avis relatif à l'avenant n° 1 à l'accord conventionnel interprofessionnel relatif aux structures de santé pluriprofessionnelles signé le 20 avril 2017 - Légifrance [Internet]. [cité 10 juill. 2023]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000046132269>
39. Assurance Maladie. Calcuette ACI [cité 30/10/2023]. Disponible sur : Calcuette PS | cnam (ameli.fr)
40. Assurance Maladie. Séance d'ouverture : Négociations conventionnelles de l'ACI MSP. 28 janvier 2021. [cité 10 juill. 2023].
41. Assurance Maladie. Synthèse du suivi de la rémunération des MSP 2020. 05/08/2021 [cité 10 juill. 2023].
42. DDGOS/DOS/DPROF. Commission Paritaire Nationale des structures pluriprofessionnelles Relevé des échanges de la réunion du 8 juin 2022. 08/06/2022 [cité 10 juill. 2023]. <https://unssf.org/wp/wp-content/uploads/2022/11/ACI-MSP-CR-CPN-8-juin-2022.pdf>
43. Assurance Maladie. Commission paritaire régionale des structures pluriprofessionnelles. 03/06/2021 [cité 10 juill. 2023].
44. AHYi Christian, ARS Centre Val de Loire. Thèse [courrier électronique]. Destinataire : Cassandre Puisset .03/07/2023. Communication personnelle
45. Voisin C. Identification des dynamiques et des formes de travail collectif en groupe d'exercice coordonné. Analyser leur valeur ajoutée perçue par les professionnels et les difficultés qu'elles occasionnent et comprendre les éléments qui favorisent ou, au contraire freinent leur

développement. Monographie par analyse qualitative d'entretiens des professionnels du Pôle Santé Universitaire de Lanmeur. Brest. Université de Bretagne occidentale. Faculté de médecine et des sciences de la santé. 28 juin 2018 ;85. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01830511>

46. Chevillard G. Dynamiques territoriales et offre de soins : l'implantation des maisons de santé en France métropolitaine. Paris. Université de Paris ouest Nanterre la défense. 30 octobre 2015. Disponible sur : <https://www.irdes.fr/enseignement/theses-et-memoires/these-chevillard-guillaume-dynamiques-territoriales-et-offre-de-soin-l-implantation-des-maisons-de-sante-en-france-metropolitaine.pdf>

47. Fournier C. Travailler en équipe en s'ajustant aux politiques : un double défi dans la durée pour les professionnels des maisons de santé pluriprofessionnelles. *Journal de gestion et d'économie de la santé*. 2019;1(1):72-91.

48. Fournier C, Frattini MO, Naiditch M. Dynamiques professionnelles et formes de travail pluriprofessionnel dans les maisons et pôles de santé. *Questions d'économies de la santé* n°200-juillet- aout 2014. Disponible sur : www.irdes.fr/recherche/rapports/557-dynamiques-et-formes-du-travail-pluriprofessionnel-dans-les-maisons-et-poles-de-sante.pdf

49. Bourgeois I, Fournier C. Contractualiser avec l'Assurance maladie : un chantier parmi d'autres pour les équipes des maisons de santé pluriprofessionnelles. *Revue française des affaires sociales*. 2020;(1):167-93.

50. Jean-Pierre Lebeau, Isabelle Aubin-Auger, Jean-Sébastien Cadwallader, Julier Gilles de la Londe, Matthieu Lustman, Alain Mercier, Agnès Peltier. Initiation à la recherche qualitative en santé. Editions Global Média Santé et CNGE Productions. Janvier 2021.

51. Insee - Statistiques locales - Indicateurs : cartes, données et graphiques [Internet]. [cité 21 sept 2023]. Disponible sur : <https://statistiques-locales.insee.fr/#c=indicator&view=map4>

52. ARS. L'ARS a actualisé le zonage médecin en Centre-Val de Loire [Internet]. 2023 [cité 4 oct. 2023]. Disponible sur : <https://www.centre-val-de-loire.ars.sante.fr/lars-actualise-le-zonage-medecin-en-centre-val-de-loire>

53. CPAM Loiret. Contrat « ACI-structure pluriprofessionnelle » : rémunération au titre de l'exercice 2022 et avance au titre de l'exercice 2023 [courrier électronique]. Destinataire : MSP. 25/04/2023.

54. Ray M, Bourgueil Y, Sicotte C. Les maisons de santé pluriprofessionnelles : un modèle organisationnel au carrefour de multiples logiques. *Revue française des affaires sociales*. 2020;(1):57-77.

55. Martinez P. Impact des nouveaux modes de rémunération dans la motivation des médecins généralistes à créer ou s'intégrer dans une maison de santé pluridisciplinaire. 5 déc. 2019;112.

56. Larousse É. Définitions : autogestion - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 1 nov. 2023]. Disponible sur : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/autogestion/6714>

57. Ducatteuw P. Le concept d'entreprise « libérée » vu par l'analyse transactionnelle. *Actualités en analyse transactionnelle*. 2017;159(3):3-12.

58. Légifrance - Publications officielles - Journal officiel - JORF n° 0026 du 01/02/1962. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/download/securePrint?token=ozf0X4cC@d!pOihHTeJu>

VII) Annexes

Annexe 1 : Formulaire d'information

Formulaire d'information

Dans le cadre du travail de thèse de médecine générale réalisé par Cassandre Puisset, portant sur l'opinion des professionnels de santé quant à l'utilisation de la rémunération « Accord Conventionnel Interprofessionnel » au sein des maisons de santé pluriprofessionnelles du Loiret, vous allez vous prêter à un entretien semi directif.

Je vous remercie de l'intérêt que vous portez à ce projet de thèse et d'accepter de me consacrer un peu de votre temps.

La rémunération ACI est délivrée à toutes les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) signataires de l' « accord conventionnel interprofessionnel (ACI) ». En 2021, 1372 MSP ont signé ce contrat au niveau national, dont 18 MSP au sein du Loiret. Cette rémunération est versée par l'Assurance Maladie moyennant une atteinte d'objectif. Selon sa définition, la rémunération ACI est destinée à promouvoir la coordination et à valoriser le travail collectif. Cependant la somme allouée n'est soumise à aucun contrôle de la part des instances et sa répartition est entièrement décidée par les équipes pluriprofessionnelles. Mais alors comment les équipes des MSP décident-elle d'utiliser ces fonds et que pensent les professionnels de santé de leur utilisation ? Quels sont les bénéfices, freins, contraintes de cette rémunération ?

Vous êtes libre à tout moment de pouvoir annuler ou mettre fin à l'entretien sans que cela n'entraîne de conséquences. L'entretien est organisé en fonction de vos disponibilités. Il sera enregistré avec votre accord, je vous demanderai au préalable de remplir et signer une fiche de consentement.

Nous conviendrons d'une date en présentiel et l'entretien durera entre 20 et 60 min. Je vous poserai plusieurs questions ouvertes afin que vous puissiez vous exprimer le plus librement possible. Il n'existe pas de bonne ou de mauvaise réponse, seul votre avis compte. Chaque entretien est ensuite retranscrit sous forme de Verbatim.

Le recueil de données sera rendu anonyme évitant ainsi toute indication pouvant révéler votre identité. Tous les entretiens enregistrés seront supprimés à la fin de l'étude. Si vous le souhaitez, les résultats de l'étude pourront vous être transmis à la fin de celle-ci.

En vous remerciant encore une fois.

Cassandre PUISSET

FICHE IDENTITE ENTRETIEN

Date de l'entretien :

Durée entretien :

Lieu d'entretien :

Entretien n° :

Moyen utilisé :

Merci de bien vouloir remplir cette fiche d'information en vue de l'entretien individuel :

Age :

Genre :

Profession :

Date de début d'exercice :

Date de début d'exercice au sein de la MSP :

Votre rôle au sein de la MSP :

Date d'ouverture de la MSP :

Date de signature de l'ACI :

Communauté de commune de la MSP :

Nombre de patients suivi à la MSP :

Nombre de professionnels de santé au sein de la MSP :

- Médecins généralistes :
- Professionnels médicaux hors généralistes :
- Paramédicaux :
- Personnels administratifs (secrétaire/assistant médical) :

Lettre de Consentement

« J'ai été sollicité(e) pour participer au projet de recherche en santé portant sur l'opinion des professionnels de santé quant à l'utilisation de la rémunération « Accord Conventionnel Interprofessionnel ».

J'ai été prévenu(e) que ma participation à l'étude se fait sur la base du volontariat et ne comporte pas de risque particulier, ni de compensation financière.

Je peux décider de me retirer de l'étude à tout moment, sans devoir présenter de justification et sans que cela n'entraîne de conséquence.

J'ai été informé que les données collectées durant les entretiens seront confidentielles et ne seront accessibles qu'aux investigateurs de l'études. Une fois l'étude terminée, celles-ci seront supprimées.

J'accepte que mes données soient numérisées dans le strict cadre de la loi informatique et liberté.

J'ai été informé(e) de la possibilité d'accès à mes données personnelles et à la modification de celles-ci »

Nom :

Date :

Lieu :

Signature :

Je soussignée, PUISSET Cassandre, m'engage à anonymiser les entretiens réalisés dans le cadre de mon travail de thèse de médecine générale, à ne pas les divulguer ainsi qu'à supprimer les enregistrements une fois mon étude terminée.

Fait à Viglain, Loiret (45)

le 10/11/2022

Signature :



Annexe 4 : Guide d'entretien

Trame d'entretien

Bonjour, merci de m'accorder cet entretien. Je vais vous poser quelques questions ouvertes dans le cadre de ma thèse en rapport avec le thème de l'utilisation de la rémunération « accord conventionnel interprofessionnel » ou ACI dans les maisons de santé du Loiret. Pouvez-vous me confirmer que vous acceptez que cet entretien soit enregistré et que j'utilise les données recueillies de manière anonyme pour les analyser ?

1. Pour commencer, pouvez-vous présenter et présenter votre parcours professionnel ?
2. Pouvez-vous me présenter la MSP dans laquelle vous-exercez?
3. Comme vous le savez, je m'intéresse à la rémunération ACI, que pouvez-vous m'en dire ?
 - Quel est l'historique de cet accord ?
 - Quels sont les objectifs de l' ACI selon vous ?
 - Comment répartissez-vous la rémunération ACI ?
 - Que pensez-vous de la liberté d'utilisation de la rémunération ?
 - Quels sont les objectifs de cette répartition selon votre équipe ?
 - Qu'est-ce que ça apporte de nouveau dans l'exercice professionnel ?
 - Qu'est-ce que ça apporte de nouveau pour le patient ?
 - Qu'est-ce que ça vous apporte vous dans votre profession et personnellement ?
 - Quels sont les limites de la rémunération ACI ?
 - Que pensez-vous du poste de coordinatrice ?
 - Quel est votre avis sur les sommes touchées ?
 - Que pensez-vous du fait de concilier travail indépendant et travail collectif ?
 - Quel lien existe-t-il entre le projet de santé et la répartition de vos ACI ?

Existe-t-il des contraintes liées à l'obtention de la rémunération ACI ? Que pensez-vous de ces contraintes liées à l' ACI ?

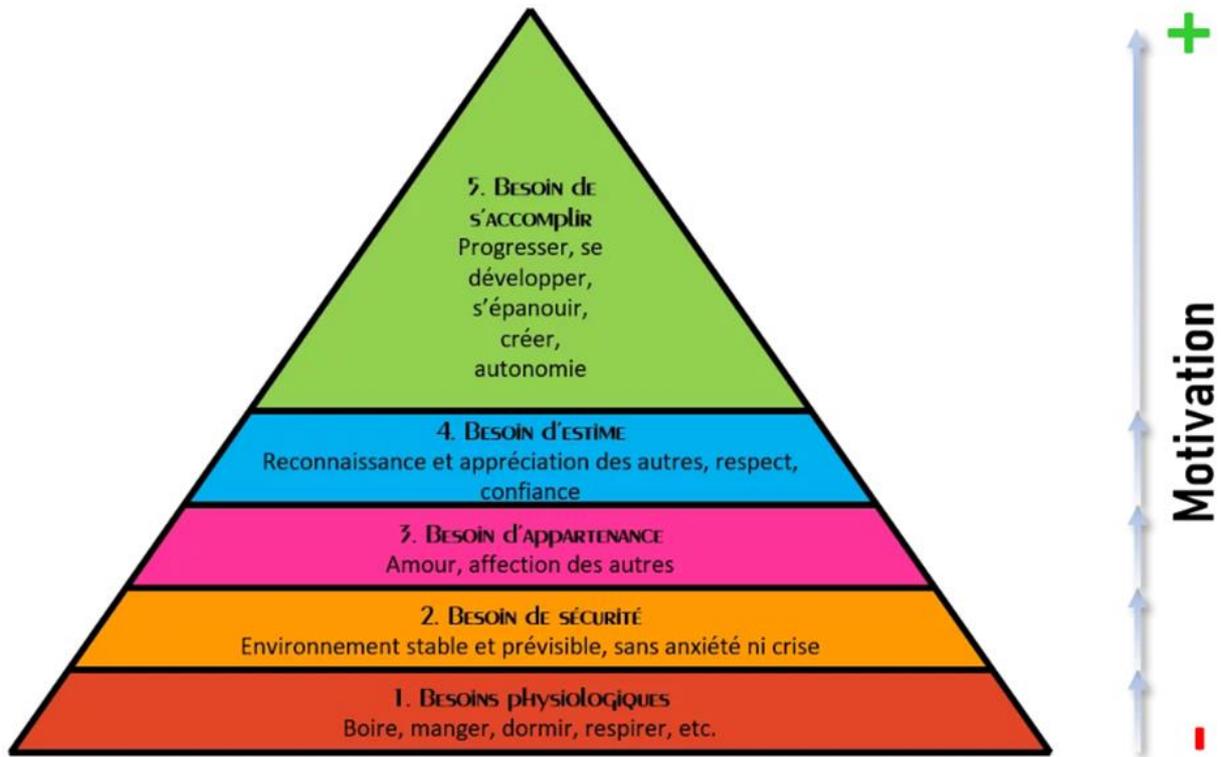
Si on fait une balance avec d'un côté les contraintes liés à l'ACI et de l'autre côté les bénéfices de ses utilisations, vers quel côté feriez-vous pencher la balance ?

Annexe 5 : Entretiens

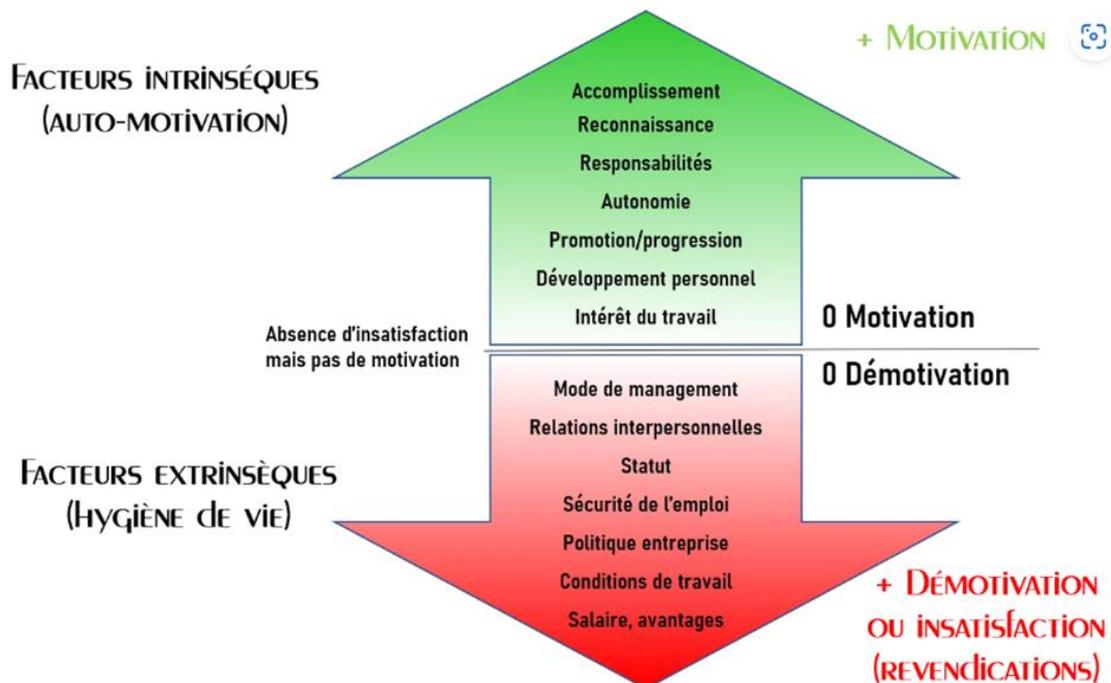
L'ensemble de la retranscription des entretiens est accessible en lecture seule via ce lien :

https://drive.google.com/drive/folders/1M5wmPOJ6pG32WRF5zZrjTOKUATqSSwfl?usp=drive_link

Annexe 6 : Pyramide des besoins selon Maslow



Annexe 7 : Théorie de Herzber.F



Vu, le Directeur de Thèse :



**Vu, le Doyen
De la Faculté de Médecine de
Tours Tours, le**

PUISSET Cassandra

103 pages – 2 tableaux – 17 figures – 2 graphiques – 4 cartes

Résumé :

Introduction : Depuis une dizaine d'année, les pouvoirs publics accompagnent le mouvement des maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) en finançant l'exercice coordonné via une dotation issue de l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI). L'ACI a été signé en 2017 entre les instances politiques et les différents représentants des métiers de la santé pérennisant les expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR). Cette rémunération vise à optimiser le parcours de soins des patients en améliorant les échanges entre professionnels, en renforçant la qualité des soins et les actions de prévention. La répartition du financement permis par l'ACI est laissée au libre choix des équipes pluriprofessionnelles, et on observe des clés de répartition diverses en fonction des dynamiques d'équipe. A ce jour, il existe peu de données quant aux représentations et impacts de l'ACI sur les professionnels de santé en exercice au sein de ces MSP. Seuls quelques articles analysent les effets des ENMR avant 2017. L'objectif de l'étude est donc d'explorer les représentations et les impacts de la rémunération issue de l'ACI sur des professionnels de santé exerçant en MSP dans un territoire limité.

Méthode : Etude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés auprès de 16 professionnels de soins exerçant dans 5 maisons de santé pluriprofessionnelles du Loiret et signataires du contrat ACI depuis plus d'un an. L'analyse a été inspirée de la théorisation ancrée.

Résultats : La rémunération issue de l'ACI entraîne un grand nombre de répercussions sur l'organisation de la maison de santé, sur le fonctionnement de l'équipe et sur le professionnel lui-même. Ces conséquences sont le plus souvent perçues comme satisfaisantes avec le renforcement de la cohésion d'équipe une volonté d'horizontalisation des relations, la valorisation de l'investissement, l'encouragement de projets innovants adaptés au territoire, l'amélioration de la qualité des soins pour le patient et de la qualité de vie pour les professionnels. Cependant, le contrat ACI entraîne des contraintes de charge de travail et limite l'autonomie des équipes provoquant chez certains professionnels un sentiment de méfiance et une adhésion incomplète au contrat ACI.

Conclusion : La rémunération ACI introduit un nouveau schéma complexe de système de santé de premiers recours intriquant les professionnels de santé libéraux, les instances politiques, la gestion d'argent public. L'impact de ce financement est globalement satisfaisant pour les équipes. Il met en évidence l'importance de la liberté d'utilisation de cette somme d'argent. Cependant, ce financement crée des contraintes inutiles ou contre-productives, ce qui devrait être pris en compte par les pouvoirs publics dans le but d'améliorer l'adhésion au système ACI. Ce système n'est pas la solution parfaite pour lutter contre la désertification des territoires mais il offre une possibilité d'attractivité qu'il serait bon de réévaluer à l'avenir.

Mots clés : Accord conventionnel interprofessionnel (ACI)/ Maison de santé pluriprofessionnelle (MSP)/ Exercice coordonné/ Equipe pluriprofessionnelle /Loiret

Jury :

Président du Jury : Professeur Jean Pierre LEBEAU

Directeur de thèse : Docteur Anne LAZAREVITCH

Membres du Jury : Docteur Maxime PAUTRAT

Docteur Maryline RAMOS DA CRUZ

Date de soutenance : 14 décembre 2023