

l'ensemble de la patientèle, un peu comme les Maisons médicales belges. Certes, comme à son habitude, quand il s'agit d'innover, le peu de confiance des financeurs envers les acteurs du terrain conduit à complexifier les procédures, mais il s'agit quand même d'une rupture importante avec le tout paiement à l'acte. Cela permet d'aller vers la notion d'équipe soignante en soins primaires, une entité d'offre de soins et de santé qui ne fractionne pas l'offre en fonction des métiers, mais qui favorise l'intégration des différents soins dans une réponse plus globale.

Conclusion

Ces propos pourraient faire croire que tout va bien, que cette évolution est radieuse, que le choix fait par les jeunes générations de l'exercice collectif garantit un avenir à l'exercice collectif en MSP ou CDS... Que nenni ! C'est un combat. Les forces du conservatisme de la médecine libérale, la marchandisation ouverte et rampante de l'offre de soins s'attaquent également aux MSP, la rupture culturelle que nous devons assumer est difficile, le travail en MSP est loin d'être majoritaire... et souvent la politique publique, qui soutient les MSP et CDS, les soutient comme la corde soutien

le pendu. Est-ce pour autant une raison pour être défaitiste et ne pas y croire ? Nous étions mille deux cents lors de notre dernière rencontre nationale des MSP, avec un enthousiasme qui porte l'espoir.

Un rapide regard en arrière nous montre que nos utopies d'hier sont dans l'actualité d'aujourd'hui. Faire l'inventaire des obstacles est nécessaire, mais pas pour remettre à plus tard notre engagement dans cette révolution des soins primaires, et à condition d'être lucide sur les combats à mener en commençant par convaincre que là est notre avenir. ✍

1. La différence économique essentielle entre une MSP et un CDS n'est pas le mode de ressources, qui est toujours lié au paiement à l'acte et aux forfaits, ce qui change c'est la gestion de l'équilibre financier de la structure. Pour les CDS, en cas d'excédent : si c'est un CDS associatif, l'affectation est décidée collectivement (pour les associations de proximité, pas pour les grosses ONG) ; si c'est un CDS municipal ou mutualiste, c'est le gestionnaire qui décide où va l'argent ; en cas de déficit, le CDS associatif est mal parti ! Si c'est un CDS adossé à un gestionnaire, c'est lui qui comble le déficit. Pour la MSP, c'est la SISA qui décide en ce qui concerne les fonds attribués à l'exercice pluri-professionnel et pour le fonctionnement classique ce sont la ou les SCM en fonction des professions concernées.
2. Article 51 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 – Legifrance.

Échanges avec Didier Ménard suite à son article « L'influence du modèle économique »

Contractualisation
Evaluation
Maisons de santé MSP
Normalisation des pratiques
Pratique médicale
Restrictions budgétaires

Cet article de Didier Ménard a suscité beaucoup d'échanges au sein de l'équipe de rédaction de ce numéro qui ont permis de pousser plus loin la réflexion.

Françoise

Didier déclare dans son article que l'exercice en maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) s'accompagne, repose sur des « changements culturels importants ». Toute modification des cultures et des symboles s'inscrit dans un temps long, nécessaire à la construction des représentations de l'organisation sociale, des missions, des places et rôles des personnes qui constituent le monde dans lequel elles évoluent. Les défricheurs, ceux qui ont créé les premières MSP, étaient déjà, personnellement et à plusieurs, dans une démarche de changement. Ils avaient déjà fait un chemin, portés par leur utopie d'une autre offre de soins. Ils proposaient une autre approche de la santé par leur façon de considérer les soins, leur rôle auprès de la population et des personnes, une autre façon de concevoir et de mener leur travail. Ce temps n'est sans doute pas celui du pilotage

organisationnel et financier qui est en train de se mettre en place. Pas plus que l'approche du travail et de son objet, qui reste assez réductrice. La redéfinition, la « refondation » des « soins ambulatoires », qui se lit au travers des dispositifs de pilotage et d'accompagnement, tend à en faire une simple affaire technique, une question d'organisation du travail, de segmentation accrue du travail – cf. « nouveaux métiers », une sorte d'industrialisation visant une économie de moyens (coût des professionnels) et une possibilité accrue de régulation, pour ne pas dire de contrôle.

Ce qui est peu abordé, c'est le travail, la pratique et la façon de s'y engager. Il ne s'agit pas seulement de s'intéresser aux conditions de travail (salarier ou libéral, temps de travail, démographie, rémunération), mais à ce qu'est le travail lui-même, qui est toujours plus que ce que l'on peut en dire. Lorsque Didier parle de richesse – pas

celle seulement de la rémunération –, c'est de celle que le travail apporte à celui qui le réalise. Un travail qui n'est pas défini par avance, un travail qui fait appel à la réflexion et à l'intelligence de celui qui l'effectue, qui est souvent l'objet d'une (re) création, afin de permettre qu'il soit bon à la fois pour le patient, pour le professionnel, pour la population. Et cette richesse est encore plus grande si elle peut être partagée, le partage venant soutenir cette redéfinition du travail.

Il me semble que la façon dont Didier envisage le travail « pluriprofessionnel » se rapproche d'une certaine conception de « l'interdisciplinarité ». Pour Yves Couturier¹, il ne s'agit pas de se limiter à coordonner les actions des uns et des autres. L'interdisciplinarité permet plutôt que l'action de l'un soit pour partie reprise dans l'action de l'autre. Elle entraîne un métissage et une transformation de chacun dans ces rencontres. Ce qui est intéressant, enrichissant, c'est ce qui se situe dans l'espace ouvert par l'interdisciplinarité, un espace de possibles, qui se caractérise par le mouvement, la tolérance au risque de la rencontre, de l'incertitude relative, qui sont les conditions de l'innovation. Le concept d'équipe soignante dont parle Didier a peut-être affaire avec cette conception du travail à plusieurs.

Pour résister aux risques de « récupération » bureaucratique, technique, financière que comportent les incitations à construire des MSP, il faut des professionnels (pas seulement les « professions de santé réglementées », mais aussi d'autres « nouveaux acteurs ») qui partagent la même utopie, les mêmes projets. C'est une condition, je pense, pour pouvoir déborder, transgresser les règles qui se mettent en place (cf. élaborer des protocoles différents de ceux imposés de l'extérieur...), afin de respecter, suivre l'idée, l'utopie qui guident, génèrent les démarches, et les actions à mettre en œuvre pour pouvoir créer, inventer sans cesse. Il faut identifier les chemins à débroussailler pour ne pas être pris au piège des entreprises institutionnelles qui ont pour objet de faire entrer dans le rang toute invention qui n'est pas sous contrôle, voire pas contrôlable. Car il n'est pas certain que ceux qui aujourd'hui s'inscrivent dans la création d'une MSP aient parcouru les chemins suivis par les défricheurs. Ils n'ont pas bénéficié du temps long nécessaire pour sortir des habitudes de penser et de pratiquer. Espérons qu'un certain nombre voudra profiter de l'opportunité actuelle de développement des MSP pour cheminer eux aussi.

Marie

Depuis longtemps, on rêve effectivement au Syndicat de la médecine générale (SMG) d'avoir, pour nos cabinets de groupe ou nos MSP, un budget global comme dans les Maisons médicales belges et que se mette en place une organisation territoriale des soins.

Jusqu'à présent, comme le dit Nadège Vezinat dans son

livre : *Vers une médecine collaborative* (voir la note de lecture dans ce numéro), il y a eu convergence entre les intérêts de l'État et ceux des promoteurs des MSP et, de ce fait, celles-ci ont été reconnues et soutenues financièrement et politiquement par l'État.

Mais dans quelques années, quand tout sera mis en place et sous contrôle financier direct de l'État, le risque est que la vis se resserre, comme c'est le cas actuellement à l'hôpital, au détriment des patients et des conditions de travail des soignants.

Il est vrai en même temps que la situation actuelle de paiement à l'acte (direct) ou indirect (quand les professionnels sont salariés d'une MSP ou d'un centre de santé) est aussi une situation potentiellement délétère pour les patients et pour les finances de l'Assurance maladie.

Alors comment se positionner face à cette nouvelle organisation des soins qui se met en place ?

Si le choix fait est de s'engager dans la mise en place des CPTS et dans les expérimentations de budget global, il me semble que c'est important d'alerter dès maintenant sur les risques que cela comporte et d'envisager les contre-pouvoirs.

Didier

Je partage vos remarques, vos alertes, vos analyses, sur la réalité du pouvoir en place et sur la nécessité de ne pas se faire trop d'illusions, mais une fois qu'on a écrit cela, que fait-on ? Nous continuons notre discours d'opposants systématiques ? Ou forts de nos convictions, nous nous engageons dans un mouvement de transformation ? L'immense majorité des professionnels qui portent ce changement en MSP ou Centre de santé (CDS) ne mesurent pas les enjeux politiques de leurs engagements, mais ils savent que c'est mieux ainsi, plus social, plus juste et mieux pour eux.

C'est difficile de toujours « faire » avec des institutions qui avancent masquées, de travailler avec des femmes et des hommes de ces institutions qui sont parfois proches de nos convictions et parfois opposés, mais qui appliquent les lois et les décrets... et qui nous permettent de construire nos projets. Souvent, c'est un pas en avant et deux pas en arrière. Depuis vingt-huit ans, nous sommes en expérimentation à l'Association communautaire Santé Bien Être (ACSBE) qui gère le centre de santé de la Place santé au Franc-Moisin ! Mais quand le ministère s'intéresse à la santé communautaire, c'est au Franc-Moisin qu'il vient et j'en suis content, car il faut que nos idées avancent et je dois faire la paye tous les mois à vingt personnes qui traduisent dans le concret, nos valeurs, notre résistance face à l'injustice.

L'article 51 explore le contournement du paiement à l'acte et il est à la recherche d'un nouveau mode de rémunération plus adapté. Des équipes qui s'organisent

autrement cherchent à sortir de l'acte, c'est pour cela qu'elles s'inscrivent dans cet article 51. C'est ce que le SMG demande depuis des lustres. Ensuite, il y a le niveau de rémunération et là c'est l'éternel combat, que cela soit à l'acte ou autrement à partir du moment où le financement est solidaire, c'est un rapport de force permanent comme pour la convention médicale. Choisir le bon mode de financement pour mieux répondre aux besoins de santé, avec des organisations moins libérales et ensuite se battre pour un haut niveau de financement, cela veut dire aussi un nouveau syndicalisme !

Lanja

Je vois bien que Didier est à fond, ce qui me paraît légitime, aussi vu sa place non négligeable à la Fédération française des maisons et des pôles de santé (FFMPS). Le modèle économique est bien décrit je trouve, mais... il passe sous silence ce fameux « cahier des charges », que moi j'ai appelé « fourches caudines désagréables ». Faut-il s'engager à une certaine « qualité » et quels en sont les critères ? Il me semble que le modèle est celui de la Rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) dans ce cadre. Si je reprends les termes d'Antonin Matthieu (voir son article dans ce numéro), qui dit qu'on peut utiliser les cadres et les subvertir, on pourrait alors prendre le fric et en faire ce qu'on veut. C'était un peu un des termes du débat au congrès du SMG à Nantes en 2011² : certain-es pensaient accepter la ROSP (parce qu'il est très difficile de refuser de l'argent) mais l'utiliser « à bon escient », pour un secrétariat ou autre. Dans cette discussion, je trouvais que Nicolas Da Silva, économiste de la santé disait beaucoup de choses intéressantes³. Il parlait de l'industrialisation des soins et de leur prolétarisation ; en faisant le parallèle avec les ouvriers puis, depuis les nouvelles techniques de management, avec l'ensemble des salarié-e-s, il expliquait que la rémunération à la qualité produit des soins à partir d'un outil de travail que les soignants ne maîtrisent plus, devenant des prolétaires comme les autres.

Alors construire une MSP avec son modèle économique doit se faire aussi en réfléchissant à ça. Il me semble que monter ces MSP, ces projets, recevoir tout cet argent (ces sommes incroyables !) nous oblige, et une partie de moi est en rogne à être l'obligée de l'Assurance maladie, vu ce qu'elle est devenue et toutes les crasses qu'elle fait aux gens. Mais à un congrès d'un syndicat de jeunes médecins auquel j'ai assisté, j'ai bien vu que cela ne signifiait rien pour eux et que ce que je pense est en fait inaudible, parce que refuser la ROSP ne leur vient même pas à l'esprit. C'est devenu tout à fait banal d'être rémunéré à la qualité, de

remplir des critères et d'être payé pour, et donc tout nouveau cahier des charges passe comme une lettre à la poste. Enfin, ce que je veux dire, c'est que ce n'est pas uniquement un modèle économique, la façon dont on perçoit l'argent et les obligations qu'on a en retour façonnent aussi les soins et pour résister aux dérives d'un type de paiement (comme aussi le paiement à l'acte), il faut beaucoup... de résistance !

Marie

Par rapport aux cahiers des charges, je rejoins ce que dit Lanja, il y a un risque d'orientation des pratiques dans un sens qui pourrait ne pas être celui que nous souhaitons. À l'heure actuelle, les contrôles semblent assez légers. Mais cela ne risque-t-il pas de changer ?

Didier

Je ne suis pas naïf et je suis conscient de tous les dangers, les risques que vous signalez. On essaye concrètement de les combattre. Je sais que la question de la normalisation sous le prétexte de la qualité va nous tomber dessus et que c'est un enjeu important. Nous dénonçons le risque, mais après ? Nous décidons de construire en rempart notre propre « démarche qualité », nos propres indicateurs pour s'en servir contre la normalisation qui nous guette. Avec Omar Brix, la Fédération des maisons et pôles de santé d'Île de France et la Fédération nationale des centres de santé, nous inventons le concept de « permaculture de la qualité »... cela sera-t-il suffisant ? On verra, mais on ne part pas au combat sans armes autres que la conviction de notre discours.

Je n'aime pas les protocoles de pratiques, ils figent l'exercice du soin, ils normalisent... et pourtant, pour éviter de se les voir imposer, nous avons inventé les protocoles pluriprofessionnels qui valorisent le travail collectif et les coopérations non hiérarchiques. Cela permet à des professionnels si éloignés de tout cela de se mettre au travail et d'être fiers de cette nouvelle manière de travailler. ✍

1. Yves Couturier, « Problèmes interprofessionnels ou inter-disciplinaires ? Distinctions pour le développement d'une analytique de l'interdisciplinarité à partir du cas d'un hôpital de soins de longue durée », *Recherche en soins infirmiers*, 2009/2, p. 23-33.

2. Dont le thème était « Le paiement à la performance : un dangereux marché de dupe. »

3. Notamment dans l'article « Médecine libérale : vers une prolétarisation du travail médical », *Alternatives Économiques*, l'économie politique, 2018/4, n° 80, p. 62-75.