

L'influence du modèle économique

Assistant médical
Contractualisation
Démographie médicale
Exercice libéral
Maisons de santé MSP
Médiatrices

Infirmières de pratiques avancées, IPA
Revenu, Rémunération soignants
Société interprofessionnelle de soins ambulatoire, SISA
Soins primaires
Unités sanitaires de base, USB

Le modèle économique construit au fil de l'eau par le développement des Maisons de santé pluriprofessionnelles a contraint la puissance publique à produire des lois pour le rendre pérenne. Cette évolution, qui se poursuit, est déterminante pour l'avenir du système de soins.

Didier Ménard

Médecin généraliste, adhérent du Syndicat de la médecine générale, président de la FémasIF (Fédération des maisons et des pôles de santé en Île de France) qui fait partie de la FFMPS (Fédération française des maisons et des pôles de santé)

Le modèle économique de l'exercice collectif en médecine est un sujet récurrent et épineux. Parler de modèle d'organisation, cela va de soi, parler de statut juridique, c'est inévitable, mais parler de modèle économique pour dire combien je vais gagner chaque mois, si je décide de travailler en Maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) ou Centre de santé (CDS)¹, c'est plus compliqué. Comment aborder la question, à laquelle tout le monde pense, avec la crainte de perdre de l'argent, sans faire fuir les professionnels au moment où le projet est de les réunir ? C'est un peu la patate chaude.

Bon disons-le d'emblée, on ne parle pas ici de précarité, les professionnels qui se demandent s'il y a intérêt pour eux de travailler en équipe pluriprofessionnelle ne sont pas, pour l'immense majorité, sous le seuil de pauvreté. Au regard des niveaux de vie des professions, les soignants en exercice libéral ne sont pas les plus à plaindre, même si au sein des professions, il y a un gradient d'inégalité réel, mais ce gradient intéresse des niveaux de revenus importants, surtout pour les médecins. Pour justifier ce niveau de revenu, la rhétorique est connue, dix années d'études, le niveau de responsabilité, la charge de travail et tout le reste expliquent pourquoi ces revenus se situent plutôt dans le haut de la courbe. Évidemment, le travail en MSP n'a pas pour conséquence d'appauvrir les professionnels qui y travaillent, mais, *a priori*, il n'a pas pour finalité de s'enrichir de manière indécente.

Dans tout projet d'exercice collectif, la question des revenus ouvre plusieurs chapitres. Ce que rapporte individuellement l'activité de soin, ce que coûte la mutualisation des dépenses, ce que rapporte et coûte l'exercice collectif. En MSP, ces questions, il faut les aborder

dès le début de l'élaboration du projet collectif de santé ; il faut fixer des règles précises, notamment quand la MSP fonctionne en SISA, c'est-à-dire en Société interprofessionnelle de soins ambulatoires, qui différencie ce qui provient de l'exercice individuel et ce qui relève de l'exercice collectif. La SISA est abondée, soit par les subventions (cas le plus fréquent), soit par une participation financière de chaque professionnel ou les deux. Le débat sur les clés de répartition des charges révèle en réalité la force du projet et la nature de l'implication des professionnels. Quand un professionnel demande que chaque bureau d'exercice soit équipé d'un compteur électrique parce qu'il ne veut pas payer l'électricité quand il ne travaille pas, on peut penser que sa place

n'est pas dans un projet collectif. Pour l'essentiel, cela se passe plutôt bien, les clés de répartition sont cohérentes et font l'unanimité. L'important est de les inscrire dans le règlement intérieur afin que tout nouvel entrant sache à quoi s'en tenir.

Le modèle économique de la MSP associe donc un modèle libéral assez traditionnel, chacune et chacun perçoit ses honoraires, et un fonctionnement collectif pour réaliser du temps de travail collectif ; les réunions pluriprofessionnelles, les réunions de partenariat, les réunions d'élaboration des actions de

santé publique, des protocoles pluriprofessionnels... et les investissements collectifs : le système d'information partagé, les prestations de services pour le collectif, les salariés pour les fonctions d'accueil... et surtout le temps de coordination par l'embauche d'une personne qualifiée.

Ce modèle assez classique n'en révèle pas moins des changements culturels importants.

...

Le modèle économique de la MSP associe donc un modèle libéral assez traditionnel, chacune et chacun perçoit ses honoraires, et un fonctionnement collectif pour réaliser du temps de travail collectif.

■ ■ ■

Le temps de travail est discuté en fonction de la demande, en fonction du temps du collectif et de la mise en œuvre des actions collectives, il n'est donc plus totalement libre puisqu'il s'inscrit dans une démarche collective. La question de l'indemnisation du temps passé dans le travail collectif est aussi une question à régler. Dans l'immense majorité des cas, le niveau d'indemnisation est le même, sans hiérarchie de niveau de diplôme, entre tous les professionnels.

Ensuite, on parle argent entre professionnels et les niveaux de revenus sont plus ou moins connus de tous, ce qui demande pour être accepté un niveau de confiance solide dans l'équipe.

Puis on décide ensemble de l'utilisation des subventions octroyées par l'Assurance maladie (en moyenne 60 000 € annuels par MSP reçus par l'intermédiaire de la SISA) quand la MSP a signé l'accord conventionnel interprofessionnel. Il faut aussi accepter le cahier des charges qui y est associé et qui engage individuellement. Ce financement collectif est un forfait d'équipe, même s'il ne va pas directement dans la poche du professionnel, il contribue par la nouvelle organisation du travail qu'il permet, par l'impact sur l'exercice du métier de soignant, par l'environnement qu'il crée, à produire une richesse individuelle au sein d'une entité collective. Ce n'est plus tant la valeur de l'acte qui définit à lui seul le niveau de rémunération, mais bien un ensemble de valeurs monétaires, symboliques et culturelles qui fondent la richesse.

Dans la majorité des cas, les professionnels ne sont pas propriétaires des locaux de la MSP ou s'ils le sont, c'est dans le cadre sociétal (SCI). L'appropriation d'une patientèle qui permet la revente au moment de la retraite et donc la production d'un capital n'est plus d'actualité.

Enfin, il faut assumer collectivement via la SISA le salariat de personnes qui font partie de l'équipe.

Un phénomène nouveau fait son apparition et il résume bien la situation « cocasse » des soins primaires et de la médecine libérale. Les MSP comme les CDS sont à la recherche de médecins généralistes. Ils n'échappent pas à la crise de la répartition des installations. Ils trouvent des volontaires chez les jeunes médecins qui adhèrent au projet de santé de l'équipe, mais ces jeunes médecins veulent être salariés ! Nécessité fait loi. De plus en plus de MSP salarient des médecins : où est le clivage entre libéral et salariat ? Est-ce que cette opposition entre salariat et libéral a du sens ? Nous sommes véritablement engagés dans une refondation des soins primaires avec l'obligation de redéfinir la médecine libérale.

Ce modèle économique, construit au fil de l'eau par le développement des MSP, a contraint la puissance

publique à produire des lois pour le rendre pérenne. Cela montre que lorsque les professionnels innover, construisent de manière solide, apportent des réponses aux besoins des populations ils inventent des modèles dont celui du fonctionnement économique des structures qu'ils créent.

Cela va vite et de nouveaux bouleversements existent déjà, ce sont les nouveaux métiers qui trouvent leurs expressions au sein des structures d'exercice collectif (MSP et CDS), ce sont les nouvelles modalités de rémunérations d'équipe qui conduisent lentement, mais sûrement vers le concept d'équipe soignante.

Quatre nouveaux métiers investissent les MSP et CDS

- Les métiers de la coordination. L'exercice collectif produit des projets qu'il faut coordonner, l'action collective de l'offre de soin et de santé nécessite de la coordination. Le temps où un professionnel remplissait seul cette mission s'estompe, de plus en plus souvent ce sont des personnes formées pour cela qui exercent cette fonction au sein de la MSP et du CDS.
- Les infirmières et infirmiers de pratiques avancées (IPA). Après une formation universitaire (master 2), ces IPA doivent intégrer les MSP pour accompagner des personnes en situation complexe de maladie, à mieux coordonner les soins, à mieux suivre la thérapeutique, à mieux s'approprier les traitements et à faciliter, au sein de l'équipe, l'accompagnement des personnes porteuses de maladies chroniques (lien ville-hôpital).
- Les assistants médicaux : définition assez vague et variable des missions de ces nouveaux professionnels, leur obtention par une structure est conditionnée à une augmentation du nombre de patients qu'elle suit, mais il est certain qu'au sein des MSP et CDS, on leur trouvera des occupations, il y a tant à faire pour améliorer la qualité des soins, l'accueil, l'implication des usagers...
- Les médiatrices en santé. Si ce métier n'est pas nouveau, il peut et doit sortir de sa marginalité pour trouver sa place dans tous les lieux où les conditions de vie sociales, culturelles, écologiques viennent compliquer les soins et la santé. En lutte contre les inégalités de santé, les médiatrices en santé peuvent apporter beaucoup aux soignants des MSP et CDS.

Les nouvelles modalités de rémunération d'équipe en soins primaires

La loi de financement de la Sécurité sociale de 2018 a prévu la création dans son article 51² de nouvelles modalités de financement de l'équipe de soins. Il s'agit d'un budget global soit à la pathologie, soit pour

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 (salarié 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