

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

<https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/275-les-usages-des-financements-experimentaux-ipep-et-peps-dans-5-maisons-de-sante-pluriprofessionnelles-msp.pdf>

Les usages des financements expérimentaux Ipep et Peps dans cinq Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP). Vers une redéfinition des frontières professionnelles autour de la division du travail de soin ?

Noémie Morize (Sciences Po, Centre de sociologie des organisations, affiliée à l'Irdes),
Vincent Schlegel (Irdes, Cresppa-CSU)

Au sein de Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), de nouveaux modes de rémunération collectifs, alternatifs au paiement à l'acte, sont mis en place dans le cadre d'expérimentations issues de l'article 51 de la Loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) pour 2018. Deux expérimentations nationales, nommées Incitation à une prise en charge partagée (Ipep) et Paiement en équipe de professionnels de santé en ville (Peps), visent à renforcer des dynamiques de coordination, pour la première, entre le secteur de la ville et de l'hôpital, pour la seconde, entre professionnels de santé et, notamment, entre médecins et infirmières d'une même équipe. En introduisant de nouveaux modes de financement collectifs au sein des MSP, les expérimentations pourraient accompagner des transformations de l'organisation des soins primaires. Comment les usages de ces financements participent-ils d'une redéfinition des frontières professionnelles autour de la division du travail de soin ? Fondée sur cinq monographies qualitatives et 64 entretiens semi-directifs réalisés auprès de professionnels exerçant en MSP, cette enquête permet de caractériser les différents usages des expérimentations au sein des équipes de santé, particulièrement en matière d'organisation du travail. Des transformations plus larges dans le secteur des soins primaires sont ainsi éclairées, telles des redéfinitions des rôles et du travail entre groupes professionnels.

Les « soins primaires » ou « soins de premiers recours » recouvrent la prise en charge globale des patients, par des professionnels de ville, dans le cas de maladies courantes (OMS, 1978). En France, ce secteur est principalement organisé autour de professionnels de santé libéraux, notamment des

médecins généralistes et des infirmières¹. Depuis une vingtaine d'années, les pouvoirs publics tentent de réguler ce secteur à dominante libérale. Dès 2004, la mise en place du dispositif « médecin traitant » permet aux médecins généralistes d'avoir une liste de patients « affiliés » et de bénéficier de rémunérations forfaitaires

complémentaires à l'acte (Bloy, 2010). Au cours des années 2000, la « désertification médicale » se construit comme un problème public (Moyal, 2021) contre lequel

¹ Dans une perspective inclusive, les professions majoritairement féminisées seront évoquées au féminin.

les pouvoirs publics luttent en promouvant un nouveau mode d'organisation des soins, les Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP). L'objectif consiste à inciter de jeunes professionnels à s'installer dans des zones rurales peu attractives (Chevallard *et al.*, 2018). En outre, au sein des MSP, les professionnels libéraux, réunis dans des organisations pluriprofessionnelles, peuvent bénéficier de rémunérations collectives sous réserve du respect d'obligations, d'abord de façon expérimentale (2007), puis dans le droit commun *via* une contractualisation (2016). Passant d'une vingtaine de structures en 2008 à plus de 2 000 aujourd'hui – dont les trois quarts sont financées par l'Accord conventionnel interprofessionnel (ACI) – (Hcaam, 2022), les MSP rencontrent un certain succès auprès de médecins généralistes libéraux, surtout les nouvelles générations de médecins et les femmes (Biais *et al.*, 2022).

S'appuyant sur l'essor des MSP, deux expérimentations de rémunérations collectives des professionnels de soins primaires sont mises en place à partir de 2019, dans le cadre de l'article 51 de la Loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) pour 2018 :

- L'expérimentation d'une Incitation à une prise en charge partagée (Ipep) consiste en une rémunération incitative et non substitutive, s'appuyant sur des indicateurs de qualité, et sur le calcul des évolutions du groupement en matière de performance économique.
- L'expérimentation d'un Paiement en équipe de professionnels de santé en ville (Peps) propose à des équipes de médecins généralistes de substituer au paiement à l'acte un paiement au forfait, pour l'ensemble de leur patientèle ou pour des sous-ensembles (patientèle diabétique, patientèle de personnes âgées).

SOURCE ET MÉTHODE

Ces résultats s'appuient sur cinq enquêtes qualitatives et monographiques réalisées par Noémie Morize et Vincent Schlegel au sein de Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) participant à Incitation à une prise en charge partagée (Ipep) et Paiement en équipe de professionnels de santé en ville (Peps), entre mai 2019 et mai 2022. Les monographies ont été réalisées par entretiens semi-directifs (n=64), parfois répétés, auprès de professionnels, à la fois médecins généralistes, professionnelles paramédicales, ou salariées (coordinatrices, secrétaires, accueillantes, etc.) selon leur disponibilité et leur participation au projet présenté dans le cadre de l'expérimentation. Ces entretiens portaient sur les parcours des professionnels, leur organisation du travail et les usages des expérimentations au sein des MSP. Les terrains ont été choisis en fonction de la diversité des expérimentations auxquelles ils participent.

Les organisations et les individus ont été renommés pour préserver l'anonymat.

Ces deux expérimentations visent entre autres à renforcer des dynamiques de coordination, pour la première entre le secteur de la ville et de l'hôpital, pour la seconde au sein d'une MSP, notamment entre médecins et infirmières. L'hypothèse qui sous-tend ces expérimentations est qu'une meilleure coordination permettrait à la fois d'augmenter la qualité des soins, mais aussi de mieux répartir les efforts financiers en prévenant mieux les maladies et en déléguant certaines tâches entre sec-teurs ou professions.

Notre enquête s'inscrit dans une recherche-évaluation multisituée, menée par une équipe de sociologues. De premières publications étudiaient l'organisation nationale (Morize *et al.*, 2021) et régionale (Bourgeois *et al.*, 2021) du pilotage de ces expérimentations en s'intéressant aux interactions entre pouvoirs publics et professionnels de santé dans leur mise en œuvre. Une étude consacrée aux porteurs de projet libéraux a montré que ces entrepreneurs de la transformation des soins primaires présentent un profil singulier qui les distingue de leurs homologues, venant interroger la répliquabilité et la généralisation de telles expérimentations (Schlegel, 2022). Les résultats présentés ici s'inscrivent dans la continuité de ces recherches, analysant cette fois les usages locaux des financements expérimentaux par les professionnels de santé à travers les organisations du travail de soin. Comment les usages de ces financements participent-ils d'une redéfinition des frontières professionnelles autour de la division du travail de soin ? En se centrant sur des structures d'exercice coordonné libérales, encore minoritaires en France, notre hypothèse est que l'étude des usages des financements expérimentaux éclaire des transformations plus larges dans le

REPÈRES

Ce travail s'ancre dans le volet sociologique du programme d'Évaluation des expérimentations de financements alternatifs à l'acte dans le cadre de l'article 51 (Era2). Financé par l'Assurance maladie, son objectif est d'évaluer les conditions, les effets et les usages de l'introduction d'alternatives au paiement à l'acte, tant sur l'organisation des soins primaires en France que sur les pratiques des professionnels. Il s'inscrit également dans le cadre d'une thèse en sociologie, financée par la Fondation nationale des Sciences politiques (FNSP), réalisée par Noémie Morize au Centre de sociologie des organisations (CSO), en collaboration avec l'Irdes, sous la direction de Patrick Castel et Cécile Fournier.

secteur des soins primaires. La focale est ici mise sur les MSP, quand bien même des hôpitaux, des centres de santé et des Communautés pluriprofessionnelles territoriales de santé (CPTS) portent aussi de tels projets dans le cadre des expérimentations. L'organisation du travail en MSP possède certaines spécificités en raison de l'exercice libéral des professionnels.

Dans un premier temps, le fonctionnement des deux expérimentations souligne l'inégale contrainte qu'elles exercent sur les pratiques des professionnels de santé et leur rôle dans les dynamiques organisationnelles observées (1). Puis, l'analyse des usages locaux des financements, questionne les places des différents groupes professionnels dans l'organisation du travail. D'une part, l'enquête montre le rôle prépondérant des professionnelles paramédicales et des salariées dans la mise en œuvre quotidienne de ces expérimentations (2). D'autre part, les expérimentations viennent réinterroger la place des médecins dans les prises en charge de patients, en les amenant à se recentrer sur les aspects curatifs (3).

Deux expérimentations en miroir dans les soins primaires : des usages spécifiques

Dans un premier temps, le fonctionnement des deux financements expérimentaux est présenté à partir de leurs usages dans les MSP enquêtées. Les professionnels sont inégalement contraints par ces

nouveaux modes de rémunération : tandis qu'Ipep laisse une grande liberté aux expérimentateurs, quitte à s'éloigner des objectifs qui lui étaient initialement assignés, Peps engage directement la rémunération des médecins, modifiant en partie leurs pratiques. Par ailleurs, ces nouveaux financements collectifs au sein des MSP contribuent moins à recomposer en profondeur les organisations de travail qu'à légitimer celles préexistantes.

Des modèles expérimentaux inégalement contraignants

Les dispositifs incitatifs comme Ipep offrent une certaine liberté, appréciée par les professionnels libéraux, pour mener à bien leurs projets. Pendant les premières années de l'expérimentation, les équipes bénéficient de « crédits d'amorçage », subvention devant permettre la mise en place des actions. L'expérimentation Ipep présente à la fois un caractère souple et incertain – les professionnels n'ont pas la possibilité de prévoir leurs résultats. En effet, l'expérimentation ne pose pas de contrainte aux professionnels concernant l'usage des financements. Dans les MSP enquêtées, les crédits obtenus sont utilisés pour des ressources humaines (salarier une infirmière, rémunérer une professionnelle pour un acte non pris en charge par l'Assurance maladie), des formations pour les professionnels, du matériel médical, ou moins fréquemment un audit interne à la MSP. De ce fait, la mise en œuvre s'éloigne de celle imaginée par les membres du ministère et de la Caisse nationale de l'Assurance maladie (Cnam). Ainsi, les équipes ne cherchent pas particulièrement à influencer certains indicateurs mesurés dans le cadre de cette expérimentation et qui conditionnent le montant de l'intéressement reçu, notamment ceux mesurés à partir de l'activité hospitalière :

« En vrai, on n'est pas prêt à aller négocier à l'hôpital des trucs pour améliorer notre rémunération Ipep ».

**Infirmière de parcours salariée,
MSP des Agapanthes, 11/2021**

Les équipes libérales se sont ainsi engagées dans Ipep en espérant avoir de bons résultats dans le modèle économique, du fait de leurs pratiques qu'elles estiment vertueuses, sans pour autant penser à développer des actions spécifiques de coordination entre la ville et l'hôpital. Dans le cadre d'Ipep, ce type d'actions sont plutôt développées à l'initiative d'établissements de soins expérimentateurs. Un médecin explique que

les dispositifs ne correspondent en général pas à l'organisation locale, d'où un besoin d'en mobiliser plusieurs sans poursuivre les objectifs qui leur sont assignés.

« Après, la réalité concrète, on se rend compte qu'on est tous des chameaux à quatre bosses ou à trois bosses [...]. C'est-à-dire qu'on a tous concrètement une population assez spécifique, un territoire assez spécifique, des ressources humaines particulières et du coup les modèles [économiques] sont... on peut piocher, mais [...] C'est assez compliqué à transposer en réalité ».

**Médecin généraliste, homme,
MSP des Agapanthes, 11/21**

Le faible degré de contrainte du financement Ipep permet aux équipes de soins primaires de privilégier le développement de leurs propres projets de santé publique, l'expérimentation contribuant alors à valoriser une vision locale de l'organisation des soins primaires. Ces formes d'appropriation d'instruments d'action publique sont connues dans la littérature sociologique, qui souligne les capacités des professionnels à s'emparer de mesures managériales pour servir leurs propres objectifs (Bezes *et al.*, 2011). De plus, l'inscription de professionnels dans ces mouvements de réformes peut être lue comme un moyen d'influencer le changement plutôt que de le subir (Monneraud, 2011 ; Schlegel, 2022).

De son côté, l'expérimentation Peps apparaît inégalement contraignante pour les médecins selon le choix d'appliquer le forfait à l'ensemble de leur patientèle ou seulement à une partie. Dans les MSP enquêtées, deux d'entre elles (Agapanthes et Camélias) sont entrées dans Peps en « patientèle totale », c'est-à-dire que la substitution du mode de paiement s'applique à l'ensemble de leur patientèle affiliée médecin traitant. La MSP des Bougainvilliers y participe en « patientèle diabétique », ce qui signifie que la mise en place du forfait concerne uniquement les patients atteints de cette pathologie et affiliés médecin traitant, soit une frange minoritaire de la patientèle des médecins généralistes :

« Moi, j'ai choisi ça parce que, premièrement, c'était pas possible de faire passer sur "patientèle totale" parce que là c'est complètement un changement de paradigme, parce qu'il y a que les centres de santé qui ont fonctionné comme ça. Donc, on n'est pas un centre de santé, on n'est que des libéraux payés à l'acte. Donc si vous voulez, déjà, j'arrive à faire passer des libéraux sur un paiement forfaitaire, et ensuite, une délégation de tâches. Donc on est sûr de l'expérimental de haut niveau ».

**Médecin généraliste, homme,
MSP des Bougainvilliers, 03/21**

Bien que portant sur une petite frange de leur patientèle, la mise en commun de rémunérations constitue un changement important pour les médecins libéraux. Ces trois MSP sont d'ailleurs les seules équipes libérales à avoir poursuivi l'expérimentation Peps. Initialement pensé pour des équipes de médecins et d'infirmières libérales, le forfait a finalement été appliqué uniquement aux médecins. Par ailleurs, sur les 16 MSP ayant participé au processus expérimental, 13 d'entre elles l'ont quitté en cours, alors qu'elles souhaitaient s'engager dans l'expérimentation en « patientèle diabétique » ou en « patientèle âgée ». Ces départs sont entre autres dus aux difficultés rapportées par ces professionnels libéraux à établir une clé de répartition entre eux, à la lourdeur du processus qui demande d'organiser deux systèmes de facturation au sein de la MSP et de reporter les activités hors de la nomenclature habituelle, ou encore à l'absence de superposition entre les patientèles des médecins généralistes et celles des infirmières, limitant la coopération interprofessionnelle.

Le passage au forfait est susceptible, davantage que l'intéressement, d'influencer directement les pratiques, notamment pour ceux pour lesquels le forfait concerne l'ensemble de la patientèle. En effet, le forfait engage directement le niveau de rémunération des médecins, pouvant conduire à des ajustements visant à l'augmenter. Ainsi, aux Camélias, si les temps de consultation des médecins restent inchangés, les médecins ajustent leur fréquence. En effet, l'équipe nationale Peps leur a indiqué que leur nombre de consultations par patient, plus élevé que la moyenne nationale, entraîne un forfait peu rémunérateur. Les médecins tentent donc de les espacer.

« J'espace plus les consultations, notamment de suivi, puisqu'on a bien compris qu'on voyait trop nos patients (rires). Par exemple, les renouvellements, les patients vont bien. C'est un peu des réflexes, [...] tous les trois mois. Là, je me pose plus la question : "Tiens, mais en fait vous êtes équilibré, ça fait deux/trois fois que je vous vois et tout va bien" ... Donc on fait six mois ».

**Médecin généraliste, femme,
MSP des Camélias, 02/22**

Le forfait Peps se substitue à la rémunération à l'acte des médecins généralistes, à l'origine de nouveaux ajustements par rapport à ce nouveau mode de paiement. Les médecins généralistes restent peu contraints dans la répartition du forfait, mais comme celui-ci n'excède pas ou peu

leur rémunération antérieure, il ne permet pas le financement d'autres projets.

Entre nouvelles pratiques professionnelles et légitimation des organisations de travail préexistantes

Au sein des équipes enquêtées, la réorganisation locale des soins primaires est perçue comme un moyen de développer certaines tâches non financées dans le système actuel, et qui tournent principalement autour de la prévention et de la santé publique (rappel de vaccination, prévention à l'école, ateliers collectifs...) ; et autour de tâches d'accompagnement du patient (aide administrative, accompagnement en rendez-vous, prise de rendez-vous, suivi par téléphone ou à domicile...). L'expérimentation Peps offre ainsi la possibilité aux patients diabétiques de la MSP des Bougainvilliers de participer ponctuellement à un groupe de paroles animé par un psychiatre, et à des ateliers collectifs de diététique. De la même façon, la MSP des Orchidées propose, dans le cadre de l'expérimentation Ipep, des protocoles de prise en charge pour les personnes atteintes d'insuffisance rénale chronique et d'insuffisance cardiaque, consistant principalement en la mise en place de réunions de concertation pluriprofessionnelle (RCP) systématiques pour ces patients, ainsi que d'une séance d'éducation individuelle animée par une infirmière libérale.

Néanmoins, dans la mise en place de ces organisations du soin, il faut relativiser le rôle des expérimentations : si elles peuvent contribuer, voire impulser ces mouvements, elles permettent en général plus modestement de financer des organisations déjà pensées et souvent mises en place antérieurement. Elles peuvent aussi encourager un changement d'échelle, par exemple en finançant des postes supplémentaires ou en augmentant le temps de travail dédié à certaines activités. Ces organisations des soins ont été imaginées le plus souvent en s'inspirant d'autres modèles diffusés dans le champ professionnel (relations de proximité avec d'autres professionnels, événements de la Fédération des maisons de santé).

Dans la MSP des Sureaux, l'expérimentation Ipep permet principalement de financer un programme visant à prendre en charge des patients jugés vulnérables. Ce programme, mis en place dans la MSP depuis 2016, a d'abord été financé par une autre expérimentation sur la participa-

tion des usagers, l'expérimentation Ipep a été l'occasion de poursuivre ce projet. Ce programme permet un accompagnement individuel réalisé par des professionnelles paramédicales et un accompagnement collectif lors d'ateliers de prise en charge de la douleur chronique, d'art-thérapie, de méditation ou encore de littératie en santé. Les patients peuvent également être orientés vers un médiateur en santé, pour être accompagnés administrativement. Le dispositif est coordonné au travers de commissions mensuelles, où les professionnelles discutent de l'inclusion et de l'orientation des patients sous la houlette d'un médecin généraliste. Ces temps collectifs institués peuvent être rémunérés, comme c'est le cas pour les RCP évoquées au sein de la MSP des Bougainvilliers, en considérant que ce temps passé en dehors du colloque singulier contribue aussi à l'amélioration de la prise en charge des patients, et donc à leur santé.

Aux Camélias, les médecins généralistes avaient tenté, avant d'entrer dans l'expérimentation Peps, de contrecarrer certains effets du paiement à l'acte, en instaurant un partage d'honoraires. De fait, ils avaient déjà formalisé des plages de consultation plus longues. De même, aux Agapanthes, le passage de l'acte au forfait s'est accompagné d'une réorganisation de l'agenda des médecins, avec la mise en place de plages de consultations longues pour les malades chroniques, les consultations gynécologiques ou pédiatriques, et de plages plus courtes réservées aux pathologies aiguës. Cette réorganisation constitue davantage une formalisation qu'un changement.

« Est-ce que l'on voit bien quelqu'un en un quart d'heure ? J'ai toujours été persuadée que non [...]. Cela (le forfait) n'a rien changé, je pense que c'est purement intellectuel ».

Médecin généraliste, femme,
MSP des Agapanthes, 12/21

Néanmoins, en se centrant sur la rémunération des médecins, le forfait Peps ne permet pas à lui seul de développer le travail pluriprofessionnel. Celui-ci dépend alors d'autres dispositifs, comme les Accords conventionnels interprofessionnels (ACI) des MSP, ou l'expérimentation Ipep, dans la mesure où Peps ne suffit pas pour embaucher des infirmières afin d'assurer certaines tâches spécifiques (voir ci-dessous).

En première ligne des transformations dans l'organisation des soins, des professionnelles paramédicales ou salariées

Bien que l'incitation économique ne soit pas la même selon l'expérimentation considérée, notre enquête met en évidence des tendances similaires dans l'organisation du travail au sein des MSP. Dans les MSP enquêtées, la plupart des tâches de prévention ou d'accompagnement du patient sont portées par des professionnelles paramédicales ou par des salariées de la MSP, secrétaires, accueillantes, et parfois médiatrices ou coordinatrices. D'une part, les expérimentations s'appuient largement sur la dynamique actuelle de la profession infirmière pour proposer une nouvelle organisation du travail en soins primaires. D'autre part, d'autres professionnelles salariées jouent aussi un rôle central dans l'exécution de certaines tâches, en *sus* des expérimentations, tout en contribuant aux nouvelles organisations de travail au sein des MSP.

Les infirmières : chevilles ouvrières des expérimentations ?

Qu'il s'agisse d'Ipep ou de Peps, les infirmières sont amenées à jouer un rôle clé dans l'organisation des soins primaires prônée par les MSP. Ce groupe professionnel est actuellement en pleine mutation (segmentation et spécialisation autour de certaines tâches) et les expérimentations s'appuient sur ce dynamisme. L'expérimentation Peps est pensée pour des équipes de médecins et d'infirmières salariées², afin d'encourager les relations entre ces deux groupes professionnels. Dans les MSP enquêtées, ces coordinations s'appuient principalement sur des infirmières salariées de l'association Asalée, formées à la santé publique, sur des infirmières dites « de parcours » salariées par la MSP, ainsi que sur des infirmières libérales. Globalement, le statut salarié semble faciliter ces délégations de tâches, en permettant de confier un ensemble de tâches floues à des infirmières qui ne participent plus aux soins courants, évitant des tensions autour de la répartition des rémunérations en exercice libéral. Les MSP ayant quitté l'expérimentation Peps s'appuyaient en effet pour la majorité sur une répartition entre médecins généra-

² Ces infirmières ne sont cependant pas salariées grâce au forfait Peps, mais par d'autres financements.

listes et infirmières libérales. Ces difficultés expliquent en partie le choix d'appliquer *in fine* le forfait aux seuls médecins.

À un premier niveau, les infirmières peuvent être amenées à étendre le périmètre de leur activité clinique, en réalisant certaines actions de prévention ou en assurant des consultations dans le cadre de protocoles de coopération ou du développement de la pratique avancée. Aux Camélias par exemple, l'infirmière Asalée s'est vu confier des consultations de prévention pour les enfants afin d'en assurer un suivi régulier, notamment pour les vaccinations, tandis qu'aux Agapanthes, une infirmière de pratique avancée est chargée de renouveler un traitement sur deux pour les malades chroniques stables. C'est aussi le cas au sein de la MSP des Bougainvilliers où des infirmières libérales ayant reçu une formation spécifique sont censées assurer des consultations de suivi des patients diabétiques, habituellement réalisées par des médecins généralistes, dans le cadre d'un protocole de délégation des tâches.

À un second niveau, les infirmières peuvent également se voir confier un faisceau de tâches volontairement flou, concernant davantage la coordination des parcours. Sans rompre leurs contacts avec les patients, elles s'éloignent de l'exercice clinique puisqu'elles ne participent plus aux soins. C'est le cas aux Agapanthes, où le travail de l'infirmière de parcours consiste à être disponible à l'appui lorsqu'il y a un besoin identifié :

« Les problèmes démographiques font que les médecins sont à flux tendu en permanence. Or, la médecine générale, cela devient de moins en moins prévisible et ils ne savent jamais vraiment ce qu'il va se passer à une consultation et, du coup, l'idée c'était d'avoir un professionnel de santé en appui ».

Infirmière de parcours salariée,
MSP des Agapanthes, 12/21

Concrètement, une partie de son quotidien est occupé par des tâches de médiation et de coordination des soins : elle remplit les dossiers des nouveaux patients inscrits « médecins traitants », aide les patients à remplir leurs dossiers administratifs. Elle suit au téléphone ou à domicile les patients après un épisode de soin, et les oriente ou leur prend rendez-vous avec les acteurs du médical, du médico-social et du social sur le territoire. Cependant, elle aide aussi parfois les secrétaires à l'accueil quand ces dernières sont débordées, ou à préparer les dossiers en amont des consultations, allant même jusqu'à prescrire des

examens aux patients. De la même façon, aux Orchidées, deux infirmières de parcours ont été recrutées, l'une dans le cadre conventionnel en tant qu'assistante médicale, l'autre grâce aux crédits reçus dans le cadre de l'expérimentation Ipep. Elles réalisent un certain nombre de tâches de coordination des soins, en faisant le lien entre le médecin traitant et son patient, et aussi entre les établissements de soins, les professionnels libéraux et la MSP. Par ailleurs, elles peuvent constituer les dossiers des nouveaux patients, notamment les plus complexes, étant en mesure d'y accorder plus de temps que les médecins.

Dans le cas d'infirmières à l'hôpital et d'aides à domicile, Christelle Avril et Irène Ramos Vacca observent des répartitions du travail similaires : ces professionnelles se retrouvent à « faire ce qu'il reste à faire », dans un rôle féminin de disponibilité (2020). Au-delà d'une simple délégation de tâches, l'investissement des infirmières contribue au développement des tâches de prévention et d'accompagnement du patient, souvent incomplètement assurées par les médecins, dans la mesure où ces derniers font face à une demande croissante de soins dans un contexte démographique tendu. Néanmoins, dans certaines MSP, comme aux Camélias ou aux Sureaux, les infirmières se tiennent à l'écart des dynamiques pluriprofessionnelles, dans l'optique de préserver l'autonomie que leur confère leur statut libéral. Les tâches évoquées ci-dessus qui leur sont parfois allouées dans les autres MSP sont alors plutôt déléguées à d'autres professionnelles paramédicales ou salariées.

Accueillantes et secrétaires : en dehors des expérimentations, au-devant de la santé publique

Coordinatrices administratives, médiatrices en santé, accueillantes, secrétaires médicales... Les professionnelles salariées qui travaillent « en dehors du soin » sont de plus en plus présentes au sein des MSP avec le développement de financements. Métier de soutien tourné vers les professionnels ou de service tourné vers les patients, leur statut salarié permet souvent un faisceau de tâches extensif, ne se limitant pas au « travail prescrit », c'est-à-dire celui indiqué dans la fiche de poste. Malgré leur investissement fréquent dans les projets de santé des MSP, le financement de leurs postes et la définition de leur métier sont des problématiques émergentes à l'échelle nationale.

Ainsi, François-Xavier Schweyer montre la difficile professionnalisation des coordinatrices (2022). Dans les modèles économiques expérimentaux, ces dimensions sont également peu prises en compte. Le forfait Peps ne prévoit pas de supplément pour d'éventuelles ressources humaines, en dehors des rémunérations des médecins. L'intéressement Ipep, au résultat, est parfois trop incertain pour investir ces financements dans un contrat de travail, sans l'appui d'autres dispositifs.

L'enquête met ici la focale sur des professionnelles encore peu enquêtées dans les MSP : les accueillantes et les secrétaires médicales³. L'embauche de ce personnel, en cabinet individuel comme en MSP, fait souvent partie des charges des médecins, imputées sur leur rémunération brute. Le regroupement collectif permet de mutualiser ces charges. Cependant, dans deux MSP enquêtées, ces professionnelles sont en partie rémunérées par les financements issus de l'Accord conventionnel interprofessionnel (ACI) ou les charges communes des professionnels de la MSP, montrant les montages financiers rendus possibles par les financements multiples.

Dans ces MSP, elles réalisent les tâches liées au secrétariat médical : gérer l'accueil des patients, répondre au téléphone, prendre les rendez-vous, scanner les courriers reçus... Cependant, en plus de ce travail conséquent, elles effectuent des tâches liées à la coordination administrative de la MSP, mais également des tâches de soin et de prévention : pose de dispositif médical, rappel des vaccins et examens de prévention, rédaction de flyer de prévention... Ces tâches ne sont pas liées aux expérimentations ni à d'autres financements : mises en place progressivement, elles se font de manière informelle, les médecins leur « expliquent en gros une fois et puis voilà quoi ! (rires) » (Secrétaire salariée, MSP des Agapanthes, 12/21).

Cette extension de leur faisceau de tâches est valorisée par ces professionnelles, car cela les éloigne d'un rôle de « secrétaire lambda », comme le souligne cette accueillante, formée en interne à l'accueil

³ Les accueillantes et les secrétaires médicales réalisent un faisceau de tâches similaires dans les MSP enquêtées, d'où la décision de réunir dans l'analyse ces professionnelles dont le poste porte une appellation différente. Le terme « accueillante » est mobilisé pour des raisons de valorisation symbolique de ces professionnelles ou d'origine géographique le terme étant davantage utilisé en Belgique.

des patientes pour prendre en charge les Interruptions volontaires de grossesse (IVG).

« Au niveau des sage-femmes, on a appris plein de choses [...], c'est un super projet. C'est nous qui allons réceptionner l'appel, accompagner du coup la patiente, calculer ses dates de règles, envoyer les prescriptions, fixer les échos [...]. Ce travail là, ça change d'un cabinet lambda où c'est que rendez-vous et voilà ».

Accueillante salariée,
MSP des Camélias, 02/22

L'extension de leur faisceau de tâches s'inscrit dans une montée en compétence, mais aussi dans un changement de rôle, où elles ne sont plus seulement « secrétaires », mais aussi « soignantes », en participant à la prise en charge du soin des patients. Cette revalorisation du travail s'arrête cependant à son contenu, ne s'accompagnant pas d'autres formes de revalorisation : ni modification de la fiche de poste ni augmentation de la rémunération... Parmi les transformations des soins primaires, les évolutions de ces métiers sont souvent moins mises en lumière. Entre *continuum* d'un métier ancien (le secrétariat médical) et renouvellement des missions, le contenu du travail de ces professionnelles est susceptible d'évoluer avec le développement des financements collectifs.

Des médecins généralistes recentrés sur un rôle curatif

Les médecins sont au centre des expérimentations : les financements sont basés sur leur patientèle, ils sont les premiers acteurs à porter les projets, et ils sont également les plus présents dans les interactions avec les équipes nationales. Pourtant, le contenu de leur travail semble peu affecté par ces financements expérimentaux. À l'encontre de leur vision de leur rôle, on observe un recentrement des médecins sur les aspects curatifs de leur métier, alors que les professionnelles paramédicales et salariées assument de façon croissante certaines missions de santé publique. Un tel recentrement affecte leur positionnement et le contrôle qu'ils exercent habituellement sur les parcours de soins.

La sacralisation du temps médical

Au sein des maisons de santé enquêtées se développent de nouvelles tâches d'accompagnement des patients et de santé publique. Souvent initiateurs de ces orga-

nisations du travail, les médecins généralistes s'investissent pourtant peu dans ce travail, comme cela avait aussi été observé autour de la participation des usagers dans les maisons de santé (Morize, 2022). Ainsi, aux Bureaux, tandis que le programme de prévention génère un important travail d'accompagnement assuré par des professionnelles paramédicales, aucun médecin ne s'est investi dans cette tâche. Ces dernières expliquent que les médecins n'auraient, de toute manière, pas de temps pour réaliser cet accompagnement.

Aussi bien dans les discours professionnels que dans les discours publics, le temps médical, défini comme le temps passé auprès des patients dans le cadre de l'exercice clinique, est sacralisé dans l'optique de pouvoir répondre à une demande de soins croissante. Les délégations de tâches sont justifiées par un besoin de conserver du temps de consultation dans un contexte où la désertification médicale inquiète les professionnels.

« La maison de santé nous a permis très rapidement de comprendre en y réfléchissant qu'il vaut mieux payer un toubib à faire de la médecine, que [premièrement] conduire une bagnole, deuxièmement répondre au téléphone, troisièmement commander des draps d'examen, quatrièmement faire de la compta', etc. Donc on a de plus en plus délégué toutes les tâches, je dirais extra médicales, jusqu'à la maison de santé qui a permis aussi de déléguer des tâches médicales, mais surtout de déléguer les tâches extra-médicales ».

Médecin généraliste, homme,
MSP des Orchidées, 05/22

Cette organisation du travail est vue comme un moyen de « protéger » ce temps médical, en développant des délégations de tâches permettant au médecin de concentrer son temps sur ce qui est considéré comme le plus important : le diagnostic et la prescription.

Un rôle curatif opposé à une vision holistique de leur métier

Les financements expérimentaux affectent également l'organisation du travail médical : formalisation de plages de consultations plus longues, augmentation du nombre de patients affiliés « médecins traitant », réduction du nombre de consultations par patients... Dans les MSP enquêtées le forfait Peps affecte moins le contenu, que le cadre de l'activité médicale. En particulier, dans les deux MSP en « patientèle totale », la mise en place simultanée du forfait et le développement de consultations à distance lié à l'épidémie

de Covid-19 ont changé les pratiques vis-à-vis de la téléconsultation :

« On fait plus de consultations téléphoniques qu'avant. Du coup, on s'est rajouté des créneaux de consultations téléphoniques. Donc cela, je ne sais pas si c'est le Covid mais, en tous cas, Peps a complètement lissé cela parce que, du coup, vu que ce sont nos patients et que l'on a réussi à mettre un truc comme quoi on pouvait les faire par téléphone, c'est nettement plus facile ».

Médecin généraliste, femme,
MSP des Agapanthes, 12/21

Le forfait permet de rémunérer ces échanges téléphoniques qui n'étaient auparavant pas valorisés par l'acte.

Cependant, le développement de délégation de tâches peut contribuer à modifier le contenu du travail médical, en recentrant le rôle du médecin généraliste sur les prises en charge curatives.

« Je ne fais plus de suivis de grossesse, il y a des choses que je ne fais plus : en me disant, bah voilà les suivis alimentaires, ou les surpoids, bah je les envoie systématiquement à l'infirmière Asalée, les sevrages tabagiques avant je les faisais, maintenant je ne les fais plus. Des choses où finalement je délègue, beaucoup plus qu'avant ».

Médecin généraliste, femme,
MSP des Camélias, 02/22

Ce resserrement de l'activité autour de la dimension curative du soin peut sembler paradoxal au regard du profil singulier des porteurs de projet. En effet, ces derniers soutiennent une vision extensive de la santé qui s'incarne notamment dans leurs pratiques en tant que médecin généraliste (Schlegel, 2022). Les expérimentations sont d'ailleurs présentées comme un moyen de satisfaire cette vision holistique de la santé, en développant des projets de santé publique. En repensant la division du travail au sein des MSP, certains médecins expriment toutefois une frustration quant au contenu de leur travail, dont le périmètre se trouve réduit, puisque le travail relationnel et éducatif est désormais délégué à d'autres groupes professionnels.

« Ce qui est un peu triste, aussi, c'est de me dire que finalement, nous, on est relayés à faire encore plus de curatif qu'avant alors qu'on essaie de se dire qu'on veut être dans une approche globale, donc c'est un peu le paradoxe ».

Médecin généraliste, femme,
MSP des Camélias, 02/22

« J'adore faire de l'éducation thérapeutique en consult', mais je n'ai pas le temps et je sens cette pression sur mes épaules de consultations où il faut être rentable pour le territoire ».

Médecin généraliste, homme,
MSP des Orchidées, 05/22

Comme le souligne ce dernier extrait, cette nouvelle organisation du travail doit permettre d'augmenter le nombre de patients affiliés médecin traitant. Dans une certaine mesure, cette incitation peut être perçue par les médecins comme un changement de paradigme de productivité, passant de l'acte au nombre de patients déclarés : « *On sort de la course à l'acte, mais on rentre dans une course à la déclaration de nouveaux patients* » (Médecin généraliste, homme, MSP des Camélias, 02/22).

La coexistence d'objectifs difficilement conciliables n'est pas propre aux expérimentations Ipep et Peps : cela se retrouve dans la contractualisation en MSP et en CPTS, ou encore au sein du dispositif Asalée. Dans les rhétoriques qui entourent ces dispositifs, les médecins doivent à la fois récupérer du temps médical et accroître leur patientèle, tout en développant des actions diverses et en portant les dynamiques de coordination. Si certains médecins investissent ces rôles de coordination (Moyal, à paraître ; Schlegel, 2022), les actions de prévention, de santé publique ou d'accompagnement des patients sont quasiment systématiquement délégués. Cette division plus poussée de l'activité médicale pose question, là où la médecine générale s'est construite justement comme une discipline de prise en charge globale des patients (Bloy, 2010).

Quel rôle pour la médecine générale dans les parcours de soins ?

La médecine générale a été tardivement reconnue comme une spécialité. Afin de se construire comme spécialistes, les médecins généralistes ont insisté sur la dimension globale de leur rôle, incluant un suivi du patient dans la durée, s'opposant à la prise en charge fragmentée des spécialistes (Hassenteufel, 2010). Patrick Castel et Henri Bergeron expliquent qu'ils cherchent alors à prendre un rôle de « captant » du patient, c'est-à-dire à assumer une position centrale dans le parcours du patient, qu'ils coordonnent (2010).

Le dispositif « médecin référent » en 1998, puis « médecin traitant » en 2004, participe à valoriser la spécialité, et place les médecins généralistes au centre des réformes des soins primaires. Ainsi, les financements expérimentaux sont calculés sur leur patientèle, et non pas sur la patientèle de la MSP, qui n'est pas « affiliée ».

Ces logiques de nouveaux modes de rémunération aboutissent à une vision de l'organisation des soins primaires, où ça n'est plus seulement le médecin généraliste qui suit le patient, mais l'ensemble de l'équipe de la MSP. Le généraliste devient alors un opérateur au sein de ces équipes, ayant en charge les tâches de *cure* les plus valorisées. De leur point de vue, le risque serait de perdre leur place de coordonnateur des parcours des patients, de « captant » dans la chaîne de soin (*Ibid.*), ce qui ne va pas sans créer des résistances chez certains médecins. Cette tension se retrouve dans les terrains enquêtés : les délégations de tâches se font au compte-gouttes, et sous le contrôle des généralistes. Cette médecin généraliste explique par exemple avoir du mal à déléguer aux infirmières Asalée et de pratiques avancées qui travaillent au sein de la MSP.

« J'ai du mal à déléguer, en fait, parce que c'est quelque chose que je ne sais pas faire [...]. Pour moi, si je délègue, c'est qu'en fait, je donne des ordres ».

Médecin généraliste, femme, MSP des Agapanthes, 12/21

Parce que la délégation de tâches s'oppose à une vision holiste de leur métier, et peut-être aussi à une vision de l'indépendance professionnelle médicale, la place des professionnelles paramédicales dans ces structures est parfois compliquée à négocier. Dans la MSP des Bougainvilliers, certains médecins ont ainsi refusé d'intégrer l'expérimentation Peps, s'opposant explicitement au protocole de délégation de tâches :

« Ils n'avaient pas envie de gérer d'autres choses, ils sont pas loin de la retraite. [...] Et ils ont eu peu de croyance en la capacité d'une infirmière à faire de nouveaux protocoles de soins. Enfin, ils avaient peur que les patients soient moins bien soignés que si c'était eux qui le faisaient. Ils avaient du mal à déléguer même s'ils connaissaient les infirmières, même s'ils les formaient ».

Médecin généraliste, femme, MSP des Bougainvilliers, 03/21.

Au-delà des délégations de tâches, certains médecins retrouvent également une forme de contrôle en investissant des fonctions de « coordination », où ils effectuent un travail d'orientation stratégique de l'organisation des soins au sein de la MSP. Les médecins mettent ainsi en place des stratégies pour conserver leur rôle captant.

Leur centralité, qui participe d'un maintien des hiérarchies professionnelles au sein des MSP, est également instituée :

même lorsque les professionnels tentent de s'affranchir du contrôle des médecins, les dispositifs institutionnalisés les rappellent à l'ordre. C'est le cas de la MSP des Sureauux, où une attention particulière est portée à l'équité pluriprofessionnelle. Le programme d'accompagnement à l'attention des patients précaires a pendant un temps été mis en œuvre entre professionnelles paramédicales et salariées, sans la supervision de médecins. Cependant, un incident en lien avec la santé mentale d'une patiente entraîne une révision de l'organisation du travail au sein du programme. Le psychiatre qui la suit met alors en cause la responsabilité de l'équipe des Sureauux.

« Le psychiatre [...] m'appelle en nous insultant presque en disant que ce qu'on fait c'est n'importe quoi [...] et que s'il faut aller en justice y'aura pas de problème pour venir nous enfoncer [...]. Ce qui nous a pas mal bouleversés, forcément [...]. Et qui a beaucoup questionné sur quelle est notre responsabilité collective ».

Kinésithérapeute, homme, MSP des Sureauux, 11/21

À la suite de cet incident qui met en jeu des questions de responsabilité médicale fortement instituée, l'équipe décide de remettre au cœur du dispositif une médecin, dont le rôle est d'assister aux commissions de coordination et de garantir le suivi des patients.

« Je pense que dans la refonte du dispositif (d'accompagnement), y'avait vraiment la volonté qu'il puisse y avoir un regard médical systématique sur toutes les personnes qui étaient adressées ».

Kinésithérapeute, homme, MSP des Sureauux, 11/21

Ainsi, quand bien même les équipes tentent de s'affranchir localement de la centralité des médecins, les hiérarchies et responsabilités professionnelles instituées les rappellent à l'ordre : au-delà des organisations locales du travail, le rôle central du médecin généraliste reste pérenne.

* * *

La sophistication des modèles économiques contraste avec l'hétérogénéité locale de l'usage des financements : pour autant, de tels écarts entre conception et mise en œuvre locale sont connus dans la littérature scientifique sur l'action publique (Pressman *et al.*, 1984). Cette enquête par monographie permet de montrer les appropriations des financements d'expérimentation dans les MSP, les professionnels les utilisant pour soutenir et

légitimer des organisations des soins, souvent antérieures et qui se construisent à la croisée de financements multiples, souvent non pérennes. L'objectif de ces professionnels est de mettre en place une organisation des soins qu'ils estiment de meilleure qualité et adaptée à leur contexte d'exercice, notamment au travers du développement de la prévention, de l'accompagnement des patients et de la coordination de leur parcours de soins. Ces organisations

des soins participent à redéfinir les frontières et rôles de différents groupes professionnels, ici les infirmières, les secrétaires médicales, et les médecins généralistes. Les infirmières et les secrétaires voient le contenu de leur travail évoluer. Les médecins généralistes, avec le développement de cette nouvelle division du travail, se voient recentrés sur un rôle curatif où le temps de diagnostic et de prescription est préservé, voire accru. La coordination des parcours

de soins n'est alors plus seulement assurée par les médecins, mais par l'ensemble de l'équipe de soins, et particulièrement par les infirmières. Le rôle des médecins généralistes est en cours de redéfinition et de transformation, d'autres travaux à venir sur les divisions du travail dans des centres de santé salariés et à l'hôpital, où le travail collectif est plus ancien, viendront compléter ces éclairages sur la mise en œuvre des expérimentations. ♦

POUR EN SAVOIR PLUS

- Avril C. et Ramos Vacca I. (2020). « Se salir les mains pour les autres. Métiers de femme et division morale du travail ». *Travail, genre et sociétés*, n° 43 n° 1. p. 85-102.
- Bergeron H. et Castel P. (2010).. « Captation, appariement, réseau : une logique professionnelle d'organisation des soins ». *Sociologie du Travail*, vol. 52, n° 4, octobre, p. 441-460.
- Bezes P., Demazière D., Le Blanc T., et al. (2011). « *New Public Management* et professions dans l'État : au-delà des oppositions, quelles recompositions ? ». *Sociologie du travail*, vol. 53 n° 3, septembre, p. 293-348.
- Biais M., Cassou M., et Franc C. (2022). « Des conditions de travail plus satisfaisantes pour les médecins généralistes exerçant en groupe ». *Drees, Etudes et résultats* n° 1229.
- Bloy G. (2010). « Rémunérer les médecins généralistes. La question des revenus ». *Singuliers généralistes*. Rennes : Presses de l'EHESP, collection Métiers Santé Social, p. 75-95.
- Bourgeois I., Morize N. et Fournier C. (2021). « Accompagner le renouvellement de l'action publique en santé au niveau régional : des expérimentations nationales de l'article 51 qui apprennent à (dé)cadrer ». *Irdes, Questions d'économie de la santé* n° 262, octobre.
- Cassou M., Mousquès J., et Franc C. (2021). « Exercer en maison de santé pluriprofessionnelle a un effet positif sur les revenus des médecins généralistes ». *Drees-Irdes, Etudes et résultats* n° 1193/ *Questions d'économie de la santé* n° 258, mai.
- Chevillard G. et Mousquès J. (2018) « Accessibilité aux soins et attractivité territoriale : proposition d'une typologie des territoires de vie français ». *Cybergeo*. 20 novembre, p. 1-28.
- Hcaam (2022). « Organisation des soins de proximité. Garantir l'accès de tous à des soins de qualité ». Rapport du Hcaam, septembre.
- Hassenteufel P. (2010). « La difficile affirmation d'un syndicalisme spécifique aux généralistes » in *Singuliers généralistes : sociologie de la médecine générale*. Rennes : Presses de l'EHESP, collection Métiers santé social, p. 403-418.
- Monneraud L. (2011). « Les médecins "promoteurs" dans l'action publique de la santé : un nouveau type de sacerdoce ». *Drees, Revue française des affaires sociales* n° 2, 16 décembre, p. 276-296.
- Morize N. (2022). « Des dispositifs participatifs au service d'une vision extensive de la santé : la division du travail de participation au sein de maisons de santé ». *Sciences sociales et santé*. En ligne le 19/02/2022. Vol 40, n° 1, p. 1-27.
- Morize N., Bourgeois I., et Fournier C. (2021). « Renouveler l'action publique en santé : un article (51) pour expérimenter avec les organisations de santé ». *Irdes, Questions d'économie de la santé* n° 261, septembre.
- Moyal A. (2021). *Une liberté sous contraintes ? Rationalisation des pratiques des professionnels libéraux de soins primaires en maison de santé pluriprofessionnelles en France*. Paris : Institut d'études politiques de Paris, 380 p.
- Pressman J. et Wildavsky A. (1984.). *Implementation How Great Expectations in Washington Are Dashed in Oakland; Or, Why It's Amazing that Federal Programs Work at All, This Being a Saga of the Economic Development Administration as Told by Two Sympathetic Observers Who Seek to Build Morals on a Foundation*. University of California Press, 304 p.
- Schlegel V. (2022). « Des médecins entrepreneurs de la transformation des soins primaires. Une analyse des conditions d'engagement des porteurs libéraux dans les expérimentations Ipep et Peps ». *Irdes, Questions d'économie de la santé* n° 273, décembre.
- Schweyer F.-X. (2022). « La professionnalisation des coordinatrices des maisons de santé. L'émergence incertaine d'un métier » in *Pratiques de coopération en santé. Regards sociologiques*. Irdes, série Ouvrages n° 8, collection Sociologie, p. 195-206.