



Les maisons de santé ne sont pas le modèle unique de l'exercice coordonné

Martial Olivier-Koehret, médecin généraliste, président de l'association Soins coordonnés

Le « tout maison de santé sur tout le territoire » n'est pas une solution : outre la question de leur financement pérenne, leur généralisation mettrait à mal le principe d'une répartition territoriale de proximité. Qu'à cela ne tienne ! Le fonctionnement en équipe pluriprofessionnelle se conçoit au-delà du seul regroupement dans un lieu physique, grâce à la coordination des soins.

Les maisons de santé sont devenues l'alpha et l'oméga de notre système de santé ; la proposition d'en ouvrir revient comme un leitmotiv dans les discours des pouvoirs publics, alors que nous étions peu nombreux auprès de qui elles trouvaient grâce à leur naissance. Il est vrai que l'on parlait de loin : un cabinet isolé, le salon du médecin aux meubles Empire, dans un contexte de réglementation anti-compéage⁽¹⁾ qui interdisait le partage d'une salle d'attente entre deux professions de santé. La sortie de ce splendide isolement s'est faite à la faveur d'un début de forme organisée des prises en charge ambulatoires au travers des maisons de santé.

L'Ovni (objet *volontaire* non identifié) « maison de santé », voulu et porté par des médecins libéraux pionniers, a aujourd'hui trouvé sa place dans le paysage de la santé, à tel point qu'il est devenu la solution unique et presque magique à tous les maux de notre système de santé en (re)construction. Comme il y a quelques décennies au temps des « réseaux superstars », chacun y met ses attentes et son grain de sel. Et il suffit qu'un professionnel émette un souhait pour que ses interlocuteurs, notamment publics, répondent « maison de santé ».

Une meilleure sécurité pour les soignants, mais au prix de quel financement ?

Les maisons de santé sont utiles pour faciliter l'exercice des professionnels qui choisissent d'y travailler et leur apporter une sécurité (thème devenu majeur pour les professionnels libéraux) meilleure qu'en cabinet individuel. Près de 300 maisons de santé sont apparues : c'est encore peu par rapport au nombre de professionnels de santé de notre pays et aux besoins des patients.

D'emblée, elles ont été financées par leurs concepteurs, un enthousiasme qui a éludé la question de la pérennité de ce financement, pourtant nécessaire, puisqu'au titre de leur inscription au

répertoire Finess, ces maisons sont des « établissements ». Elles ont pour corollaire une augmentation des coûts de fonctionnement, liés aux postes budgétaires nouveaux (pour le personnel dédié, assurant les fonctions supports et le suivi administratif, alors qu'aujourd'hui la plupart des médecins généralistes se contentent d'un secrétariat téléphonique) et aux coûts immobiliers (charges locatives et coûts d'investissement, sachant qu'il faut prévoir, dès la construction, la conformité aux normes d'accessibilité et l'arrivée d'autres professionnels). Une augmentation non compensée par des recettes nouvelles, ce qui est leur point noir principal.

Alors même qu'elles n'ont pas encore atteint leur rythme de croisière, les premiers départs non remplacés (retraite ou autre motif) et surtout ceux des médecins, mettent en cause les fragiles équilibres économiques des premières maisons de santé. Les espaces créés pour de futurs arrivants et ceux libérés par les partants sont un casse-tête quant à leur prise en charge financière, qui n'incombe pas nécessairement à ceux qui restent. Il faut donc régler la question des modalités de prise en charge des frais de fonctionnement des partants.

Comment répartir les surcoûts entre professions de santé ?

Ces surcoûts sont souvent financés par les revenus des professionnels de santé eux-mêmes, mais la question de leur répartition dans l'équipe, entre professions de santé, n'est jamais abordée de manière frontale. Or celle-ci ne peut se contenter d'être proportionnelle à la surface du local utilisé, les chiffres d'affaires variant de 1 à 5 ! Les aides disponibles sont difficiles à obtenir et tout sauf pérennes. Et les loyers sont importants, à l'image des surfaces à disposition, même si les collectivités locales, qui prennent parfois en charge l'investissement immobilier, proposent des réductions de loyer, mais seulement les premières années.

En outre, les accords conventionnels signés par les syndicats médicaux et la Sécurité sociale accroissent les charges et les contraintes des médecins généralistes, sans compensation pour leur chiffre d'affaires, en baisse régulière. Le règlement arbitral destiné à la rémunération des équipes est une réponse partielle et complexe. Il finance pour partie des maisons de santé par les ex-NMR (nouveaux modes de rémunération), ce qui relève de l'hypocrisie : faire supporter les coûts immobiliers, de personnel ou de fonctions supports par une rémunération destinée à



financer la coordination des professionnels n'est ni plus ni moins qu'une acrobatie financière !

Les maisons de santé sont bel et bien dépourvues de modèle économique stabilisé. C'était bien la peine d'obliger les professionnels à constituer des sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires (Sisa), vrais casse-têtes juridiques, et à obtenir un numéro Finess pour, au final, les laisser se débrouiller avec les nouvelles charges générées par l'administration de ces structures !

En définitive, si les maisons de santé bousculent l'exercice libéral traditionnel, cette évolution ne s'est pas accompagnée d'une adaptation des conditions économiques existantes, et seule l'amélioration de la productivité des actes peut éviter l'impact direct sur les revenus de chaque professionnel, ce qui, en clair, signifie plus d'actes à engranger pour faire face.

Une nouvelle contractualisation

Pour dépasser ces freins, une nouvelle contractualisation devrait permettre de formaliser et de financer l'exercice regroupé : celle-ci, sans créer de hiérarchie ni de différence entre les professionnels de l'équipe, doit être fondée sur une séquence nouvelle « objectifs, puis évaluation de l'atteinte des objectifs, puis rémunération » –, aux antipodes des fonctionnements conventionnels actuels.

Sont nécessaires un financement pérenne des coûts de fonctionnement, réactif et adapté aux besoins de santé, et l'instauration d'un fonds d'investissement immobilier pour les créations ou extensions de MSP, et pour reprendre les investissements immobiliers initiaux des professionnels qui se regroupent.

La maison de santé n'est pas qu'un joli mot à placer dans un bulletin municipal ou dans un rapport d'activité d'ARS. Cette nouvelle entité économique doit trouver sa place, et donc son financement, aux côtés des cabinets individuels et des pôles de santé.

Autre frein : l'obligation de l'accès aux soins sur tout le territoire

Au-delà de ces considérations financières, beaucoup de professionnels de santé ne se reconnaissent pas dans cette organisation ; les maisons de santé, dont l'implantation doit correspondre à un besoin local, resteront le choix d'une minorité des 350 000 professionnels de santé libéraux. L'administration, comme les élus locaux, doivent apprendre à respecter ce choix et sortir du modèle unique : c'est le service rendu à la population qui importe, pas la couleur ni la forme des murs.

De même, la définition juridique actuelle de maisons de santé comportant « au moins deux médecins généralistes » ne résiste pas à la progression des déserts médicaux.

Et l'obligation de garantir l'accès aux soins sur tout le territoire ne fait pas bon ménage avec les regroupements de nombreux professionnels dans un seul lieu. L'éventuelle généralisation des maisons de santé met à mal le principe même de répartition ter-



Loin d'être la réponse ultime aux questions cruciales de notre système de santé en construction, la maison de santé est en rupture avec l'organisation libérale traditionnelle, fondée essentiellement sur le paiement à l'acte et l'isolement des professionnels, chacun travaillant de son côté. Avec pour conséquences de nouveaux coûts pour l'exercice quotidien, non financés.

ritoriale au plus près des malades. Les pharmaciens, seule profession pouvant revendiquer le maillage de tout le territoire, alertent depuis longtemps sur la mise en cause de leurs implantations à proximité des malades par les regroupements de médecins.

Ainsi, outre les contraintes de l'immobilier évoquées plus haut, et son éventuelle indisponibilité dans les grandes villes, les questions non résolues quant à la proximité des soins pour les malades dépendants constituent des freins à l'idée de « tout maison de santé sur tout le territoire ».

Et si on faisait tomber les murs ?

Les regroupements en équipe de soins pluriprofessionnelle sont utiles pour coordonner les interventions des soignants, notamment auprès des patients ayant une maladie chronique ou des personnes âgées, partager les informations de santé des malades et élaborer les protocoles de prises en charge. Ce fonctionnement en équipe peut se concevoir au-delà du seul regroupement dans un lieu physique, puisque les technologies de la communication rendent possibles en continu et à distance les échanges des professionnels entre eux.

Les équipes pluriprofessionnelles deviennent le lieu d'accueil des étudiants de chaque profession de santé, et le développement professionnel continu (DPC) pluriprofessionnel, l'outil de l'amélioration des pratiques.

Les maisons de santé sont un outil au service d'une problématique de regroupement. Au concept de regroupement des professionnels dans un même lieu se substitue le concept plus fonctionnel de coordination des soins. Quoi qu'il en soit, avec ou sans immeuble en commun, les regroupements de professionnels et la coordination des prises en charge ne sont pas financés. Cette absence de modèle économique pour le fonctionnement et le développement des maisons et pôles de santé incite *a minima* à la prudence, et autant que possible à l'intelligence de situation. •

1. Article R.4127-23 du code de la santé publique : « Tout compérage entre médecins, entre médecins et pharmaciens, auxiliaires médicaux ou toutes autres personnes physiques ou morales est interdit ».