

Dispensaires 2.0

Maisons pluridisciplinaires de santé et médecine libérale

par Nadège Vezinat

L'organisation de l'offre de soins primaires en ville est un enjeu important du système français de protection sociale. Dans un contexte de transition épidémiologique, les maisons de santé pluri-professionnelles décloisonnent les terrains sociaux et médicaux. Le modèle peut-il être généralisé ?

La place de la médecine libérale est en France particulièrement importante comparativement à d'autres pays. Depuis la charte médicale de 1927, qui a instauré plusieurs principes encore en vigueur comme celui de la liberté d'installation, du paiement direct par le malade ou de la liberté de prescription, cette médecine porte en elle des relents d'hostilité au dispositif d'assurance-maladie (Palier, 2010). En constituant autour de ces principes le dogme libéral, les médecins qui ont choisi ce type d'exercice sont souvent accusés, si ce n'est de produire, au moins d'entretenir les inégalités de santé en participant à un système à deux vitesses (Gelly, Giraud Pitti, 2016)¹.

À l'heure où certains hôpitaux commencent à externaliser des consultations de médecine générale en ville pour répondre aux demandes de soins, les professionnels de santé libéraux tentent de proposer d'autres transformations de l'organisation territoriale de l'offre de santé. Partant du constat que le recours aux soins n'est pas le même pour tous sur le territoire, la loi de modernisation de notre système de santé, promulguée le 26 janvier 2016, cherche à rendre la santé « accessible à tous ». Dans ce contexte, des « maisons pluridisciplinaires de santé » se développent pour proposer une offre de soins renouvelée reposant sur de nouvelles pratiques professionnelles, axées sur la permanence et la continuité des soins et davantage coordonnées avec le milieu hospitalier. Au delà de l'utilité sociale de ces maisons de santé, que l'ensemble des hommes politiques reconnaissent sans pour autant toujours la traduire en des propositions similaires, quel sens donner à ce nouveau mode d'organisation des soins

¹ <http://www.laviedesidees.fr/Medecine-de-classe.html>

primaires en ville ? Derrière une solution apparemment idéale à tous points de vue pour tous les acteurs, et même si la coopération accroît la qualité des soins pour les patients tout en restaurant un esprit collectif et en rétablissant des liens entre les professionnels, les maisons de santé ne sont-elles pas également source de nouveaux problèmes ? Certains professionnels peuvent ainsi éprouver des difficultés à s'intégrer ou être confrontés à des conflits internes. Au delà, ces maisons de santé peuvent présenter les défauts d'une organisation en voie de « bureaucratisation ».

10 ans de maisons de santé

Tous les candidats à l'élection présidentielle de 2017 les ont évoquées, leur ont reconnu nombre de qualités, les médias les mettent en avant, mais que sont exactement les maisons de santé ? Ce ne sont ni des centres de santé, puisque les professionnels de santé n'y sont pas salariés, ni des cabinets de groupe, puisque la mise en commun y dépasse celle des moyens, des locaux et du secrétariat qui constituent généralement le cœur du regroupement effectué dans les cabinets de groupe. Les maisons de santé se caractérisent en effet par leur dimension pluri-professionnelle et l'adhésion de l'ensemble des professionnels à un projet de santé adapté à leur situation locale.

Les maisons de santé ont été reconnues légalement par la loi de financement de la sécurité sociale du 19 décembre 2007 et introduites dans le code de la santé publique avant de voir leur définition modifiée par l'article 39 de la loi Hôpital Patients Santé Territoire du 21 juillet 2009 puis par l'article 2 de la loi du 10 août 2011 sur le partage de l'information médicale. Elles ouvrent aux professionnels libéraux un mode d'exercice collectif de la médecine sur un territoire donné. Dotées de la personnalité morale (art. L. 6323-3 du Code de la Santé Publique), elles peuvent percevoir une dotation de financement afin de permettre un exercice coordonné des soins. Pour cela, les professionnels de santé qui s'y regroupent doivent élaborer un projet de santé attestant de leur exercice coordonné et conclure avec l'agence régionale de santé (ARS) un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

Bien que libéral et implanté de manière non uniforme sur le territoire, ce mode d'exercice collectif présente des caractéristiques qui reconfigurent en profondeur l'activité médicale : il favorise la coordination des soins, rend la prise en charge accessible et continue, établit des protocoles de soins pluridisciplinaires, utilise des systèmes d'informations pour partager plus facilement les dossiers patients, et organise des activités préventives et transversales.

Une autre voie que l'hôpital

Un des enjeux de cette forme encore minoritaire d'organisation des soins primaires en ville est qu'elle permet un moindre recours aux urgences et constitue une alternative à l'hospitalisation. L'offre de soins en France semble aujourd'hui se réduire en raison du *numerus clausus* dans les professions médicales, du manque d'attractivité de la profession de médecin généraliste (par rapport à celle de spécialiste), de la désertification médicale de certains territoires et de la difficulté à organiser la complémentarité entre médecine hospitalière et médecine de ville. Par ailleurs, malgré le principe de couverture universelle, les inégalités sociales de santé se développent sur l'ensemble du territoire. Dans ce contexte, la réorganisation de l'offre de soins, qualifiée de « virage ambulatoire », devient un objectif important pour le système de protection sociale français. Les professionnels de santé en constituent la principale clé de voûte, et les maisons de santé sont présentées comme un des moyens pour réformer cette offre de soins.

Le développement depuis quelques années en France de « maisons pluridisciplinaires de santé » se présente en effet comme une solution à la « crise de la démographie médicale »² dans l'accès et la continuité des soins médicaux sur le territoire. Cette « crise » renvoie à la pénurie des professionnels de santé, aux difficultés d'accessibilité financière, géographique ou physique, ainsi qu'au problème de la gestion des consultations non programmées pour faire face à l'afflux de patients imprévus et à l'augmentation des poly-pathologies et des maladies chroniques.

Si les maisons de santé constituent encore un phénomène de faible ampleur numérique, elles connaissent une croissance régulière, qui traduit un besoin d'intermédiaire entre le professionnel de santé isolé et la structure hospitalière dans les transformations de l'offre de soins et de la politique de santé publique (Lombrail, 2014). En janvier 2012, 235 maisons étaient en fonctionnement et environ 450 étaient en projet, dont 80 % en milieu rural. En mars 2017, l'observatoire des maisons et pôles de santé de la DGOS (Direction Générale de l'Offre de Soins) décomptait environ 1000 structures en fonctionnement. Ce mode d'exercice, certes encore marginal, connaît une croissance numérique qui laisse supposer qu'une révolution des soins primaires peut être en cours. Cette dynamique est par ailleurs soutenue et reprise par la Fédération française des Maisons et Pôles de santé (FFMPS) créée en 2008 pour représenter les maisons de santé et soutenir ces initiatives d'organisation des soins primaires auprès des pouvoirs publics, collectivités et partenaires institutionnels variés.

² Sénat, 2007, Rapport d'information n°14 fait au nom de la commission des affaires sociales sur la démographie médicale, Jean-Marc Juilhard.

Soigner des situations sociales

Les maisons de santé étant des initiatives venues du terrain, des professionnels de santé y proposent, dans une démarche réflexive, à la fois des solutions concrètes adaptées à leurs pratiques et une refondation du système de santé. En tant qu'elles sont pensées pour répondre aux besoins sur le terrain, les maisons de santé ne sont pas, pour l'instant en tout cas, perçues par les professionnels de santé comme une solution coercitive. Par ailleurs, ces maisons de santé proposent le tiers payant, des médecins conventionnés en secteur 1 (c'est-à-dire qui n'appliquent pas de dépassement d'honoraires), et acceptent les patients bénéficiant de la couverture maladie universelle (CMU), voire travaillent directement à leur ouverture de droits : l'organisation des soins qu'ils assurent vise à lutter contre les inégalités sociales de santé et reçoit à ce titre le soutien des pouvoirs publics, censés défendre ces missions relevant de l'accès de tous à la santé.

Les maisons de santé développent la coordination des soins et la coopération entre les différents professionnels de santé. Il s'agit à la fois d'articuler les parcours de soins entre les systèmes hospitalier et ambulatoire mais aussi de favoriser les relations entre les différents professionnels intervenant en ville (les médecins, les infirmiers, les médiateurs, les professions paramédicales, etc.). En considérant la coordination du soin primaire comme le chaînon manquant de la stratégie nationale de santé, les maisons de santé favorisent la pluridisciplinarité et les échanges avec les professions médico-sociales. Certaines sont même dotées de médiateurs sociaux pour traiter à la fois le médical et le social. La transversalité de la maison de santé apparaît dans l'articulation (et parfois l'exclusion) de divers dispositifs, comme l'ASALEE (action de santé libérale en équipe), le PAERPA (Parcours des personnes âgées en risque de perte d'autonomie) ou l'ETP (éducation thérapeutique des patients), dispositifs qui ont aussi des conséquences sur les configurations médicales.

À titre d'exemple, la CMU, pilier de l'assurance-maladie, remplacée en 2016 pour la CMU de base, par la PUMA (protection universelle maladie), peut être étudiée comme un point de tension vis-à-vis des objectifs de coordination dans la mesure où cette politique sociale et sanitaire n'est pas acceptée par tous les médecins. Avec le renforcement du rôle des généralistes dans le parcours de soins, ce dispositif peut s'avérer un facteur de précarisation et de stigmatisation des populations qui en bénéficient, ce qui crée un décalage avec l'objectif même d'universalisation de la couverture santé. L'éducation thérapeutique des patients (ETP) peut également être vue comme une prise en charge collective du patient puisqu'elle transforme aussi bien les relations entre médecins et patients, en les faisant sortir du rôle de profanes pour les mettre au centre de la relation, que les pratiques professionnelles des médecins, en valorisant davantage l'interdisciplinarité avec d'autres professions et l'articulation entre les soins proposés.

La considération pour le malade fait partie des objectifs revendiqués dans les maisons de santé. En se saisissant de projets d'éducation thérapeutique du patient, en formant des

« patients experts », les maisons de santé contribuent à modifier la place du patient dans la relation de soin. Son point de vue est respecté et les professionnels de santé veillent à s'assurer qu'il comprend sa maladie ou son traitement. Ces pratiques renvoient à d'autres manières d'envisager la médecine et la place du patient (Bazsanger, Bungener, Paillet, 2002 ; Horowitz, 2013). Dans cette approche globale du patient, le soin est pensé comme une solution médicale à un problème de santé mais également comme une réponse à une situation sociale et à l'individualité du patient : en tentant d'éviter une hospitalisation pour permettre à un patient de rester avec son animal domestique, ou en limitant le nombre de séances pour tenir compte des trajets sur une route difficile, par exemple. Elle fait écho à l'ouverture des soignants au « care » (les soignants prenant en charge non seulement l'aspect médical mais également social de leurs patients) que repèrent les chercheurs ayant travaillé sur les Permanences d'Accès aux Soins de Santé de l'hôpital (Pierru, 2013), et peut être analysée comme un début de décloisonnement des sphères sociale et médicale.

Les maisons de santé marquent-elles alors une évolution des pratiques professionnelles ? Deux mouvements que nous allons examiner plus en détail caractérisent le travail en maisons de santé : le premier consiste en un abandon progressif et croissant de l'activité isolée, quand le second consacre le développement de la coordination des professionnels de santé et de la pluridisciplinarité des soins. Le premier mouvement n'est pas propre aux maisons de santé mais à toutes les structures d'exercice collectif de la médecine. En revanche, le passage à une activité coordonnée lui est davantage spécifique.

Exercice collectif de la médecine

L'exercice regroupé de la médecine n'est pas l'apanage des seules maisons de santé et n'est plus un phénomène atypique. Selon une étude de la Cnam réalisée en 2002, 44 % des médecins libéraux exercent de manière regroupée et l'organisation en cabinet de groupe est de plus en plus fréquente (+ 18 % entre 2000 et 2003)³. L'écart se réduit donc progressivement avec d'autres pays où la médecine de groupe en soins ambulatoires apparaît comparativement plus développée qu'en France : ainsi, en Finlande et en Suède, 97 % des médecins généralistes exercent en groupe, 92 % au Royaume-Uni, 25 % en Allemagne (Bourgueil, Marek, Mousques, 2007). Ce phénomène de regroupement résulte du souhait de rationaliser les frais de structure et de fonctionnement (par le partage de moyens : d'un local, d'équipements médicaux ou d'une secrétaire par exemple), de la volonté de pouvoir échanger avec des collègues (les internes étant le plus souvent formés dans des structures collectives), et du désir de mieux articuler vie privée et vie professionnelle pour des couples bi-actifs en âge d'avoir une vie de famille.

³ *Ibid.*, p. 36.

L'exercice regroupé favorise d'abord l'investissement et le développement des technologies médicales au cabinet et l'usage de systèmes d'informations. En investissant dans le partage des dossiers de patients, il libère potentiellement du temps pour les soins, améliore le suivi des patients et permet même le traitement de leurs données. L'exercice collectif semble par ailleurs particulièrement bien adapté au vieillissement de la population, qui accroît la dépendance et le nombre de patients souffrant de maladies chroniques et de poly-pathologies. La bonne connaissance de la patientèle permise par les systèmes d'information facilite en outre le lien entre la ville et l'hôpital en même temps que les relations avec le monde médico-social. Enfin, l'organisation collective et coordonnée du travail en maison de santé permet effectivement de mieux concilier vie personnelle et vie professionnelle : les horaires d'ouverture étant élargis et les remplacements assurés au sein de la maison de santé, les conditions de travail sont améliorées sans mettre à mal la permanence des soins. Les professionnels de santé peuvent prendre des vacances sans avoir le sentiment d'abandonner leurs patients. Ils conservent l'autonomie que leur garantit leur statut libéral tout en évitant l'isolement qu'il implique souvent, ne serait-ce que parce qu'ils ont la possibilité de prendre un café ou de déjeuner avec un collègue.

Si l'exercice regroupé permet de mieux organiser la continuité des soins en accompagnant, en externe, le vieillissement de la population et l'augmentation des maladies chroniques, il permet en interne de gérer les absences et les congés des uns et des autres, de partager les coûts d'installation et de gestion administrative. Mais il n'est pas exempt de difficultés puisqu'il soulève parallèlement de nouveaux problèmes, comme celui de l'intégration d'un nouveau membre dans une équipe déjà constituée, de la captation de patientèle, de la gestion des conflits au sein de l'équipe de soins primaires, ou de la transmission patrimoniale à repenser.

La coordination des pratiques de soin

Le deuxième mouvement concerne les deux grandes spécificités des maisons de santé : une activité pluri-professionnelle, c'est-à-dire organisée autour de plusieurs métiers (médecins généralistes, kinésithérapeutes, orthophonistes, infirmières, sages-femmes, etc.), et une activité coordonnée qui passe par la mise en relation des tâches organisées autour d'un médecin généraliste (Coutant, Tuffreau, 2016 ; Schweyer, 2016). L'exercice médical de proximité implique que le médecin traitant soit à l'interface des professions médicales, paramédicales et médico-sociales et joue un rôle central, de « pivot », selon la formule consacrée sur le terrain, dans l'orientation de ses patients sur leur parcours de soins (Bloy, Schweyer, 2010). Toute maison de santé comprend ainsi au moins deux médecins généralistes, afin d'assurer la permanence des soins. Ces structures de soins fonctionnent comme un système de « captation » des patients, où les médecins généralistes, grâce à leur rôle de médecin traitant, organisent le parcours de soins de leurs patients et, en tant que maîtres

d'œuvre captants, coordonnent la coopération avec les autres professionnels de santé, non captants, sur un territoire donné⁴. Ce rôle de captation permet d'éviter que les patients « errent » ou sortent du système de soins, faute de susciter l'intérêt des professionnels de santé. Dans ces cas, « le renvoi d'une structure à l'autre ou d'un professionnel à l'autre est souvent le destin de ceux dont personne ne veut assumer la charge sur la durée et maîtriser la trajectoire » (Bergeron, Castel, 2010, p. 451). La maison de santé se charge alors d'offrir des soins à des patients qui pourraient sortir du système de santé sans elle. L'insolvabilité ou l'instabilité de certains patients ne sont pas les seuls facteurs d'explication de leur non-captation par le système de soins classique ; le départ à la retraite de leur médecin traitant, si celui-ci n'est pas parvenu à transmettre son cabinet médical, peut également laisser des patients dans la nature. Un des effets du non-remplacement de médecins généralistes partant à la retraite est qu'une partie de leur patientèle se trouve contrainte de se tourner vers les services hospitaliers d'urgence les plus proches ou vers des structures de type SOS Médecins pour renouveler leurs ordonnances par exemple.

Pour ce qui est de la continuité des soins, le parcours de soins du patient est organisé en maison pluri-professionnelle de santé autour d'une « équipe de soins primaires », notion à présent inscrite dans l'article 12 de la loi Touraine⁵. L'organisation en maison de santé favorise ainsi les concertations (sous la forme de « staffs » et de réunions d'équipe par exemple) qui améliorent la qualité des soins puisque, pour les cas difficiles ou incertains, il est possible de discuter en équipe du traitement le plus adéquat. Ces concertations permettent par ailleurs de partager la responsabilité des décisions prises (Schepens, 2015). La coordination passe plus largement par l'élaboration de protocoles de soins adaptés, de systèmes d'informations partagés et enrichis par chacun en vue « d'assurer la continuité (informationnelle) des soins » (Lombraïl, 2014, p. 103) et par la définition et la répartition des rôles, si possible complémentaires, de chacun des professionnels dans la maison de santé. L'accent y est mis sur la qualité et la rapidité de la prise en charge, ainsi que sur la fluidité du parcours dans le but d'éviter les ruptures de soins. Les procédures co-construites dans la maison de santé créent des normes et des pratiques convergentes d'un professionnel à l'autre. Cette normalisation et cette homogénéisation des pratiques assurent certes l'égalité de traitement des patients mais elles renforcent dans le même temps le contrôle des professionnels entre eux.

⁴ Henri Bergeron et Patrick Castel (2010) ont développé l'idée que la constitution de paires de professionnels de santé captants/non captants, c'est-à-dire de professionnels définissant un schéma thérapeutique et un suivi du patient et de professionnels mobilisés ponctuellement, passe par différentes stratégies de stabilisation des réseaux et de distribution des rôles.

⁵ Loi du 26 janvier 2016 de « modernisation de notre système de santé ».

Un modèle généralisable ?

Les maisons de santé ont constitué une manière pour les professionnels de santé libéraux de préempter un domaine dont l'État aurait pu se saisir. En se positionnant sur ce « mandat » (Hughes, 1996), les professionnels de santé s'assurent que la présence de l'État et sa gouvernance y demeurent faibles, ou moins fortes que ce que les représentations « repoussoirs » de « l'étatisation » de la santé ou de la « fonctionnarisation » des professionnels de santé laissent envisager à terme. Elles constituent par ailleurs un collectif sur lequel s'appuyer et au sein duquel le professionnel de santé trouve des ressources. Ce collectif peut être de type syndical, comme le montre Pascal Marichalar (2014) quand il étudie les médecins du travail, ou de type professionnel comme dans le cas des maisons de santé.

Sachant que ce qui fait advenir les institutions n'est pas nécessairement ce qui les fait perdurer ou changer, la préoccupation majeure de la fédération française des maisons de santé est de développer et pérenniser ce mode d'organisation des soins primaires. Pour convaincre les professionnels de santé et les pouvoirs publics de son bien-fondé, elle doit apparaître comme le porte-parole légitime des maisons de santé et faire la preuve du rôle social joué par celles-ci. En interne, les rencontres annuelles de la fédération servent à produire un discours unifié sur le modèle des maisons de santé et leur réussite. Le fait que la quasi-totalité des candidats à l'élection présidentielle de 2017 mentionnent les maisons de santé dans leurs discours de campagne montre que l'entreprise de légitimation de la fédération est en passe de réussir auprès des pouvoirs publics. Il lui reste cependant encore à convaincre les autres professionnels de santé de se rallier à son mode d'exercice. Pour cela, elle communique largement sur les conditions de travail dans ce type de structure, fournit des outils et aides variés, tels que le recours à des « facilitateurs » qui interviennent pour permettre aux hésitants de s'informer et de monter leur maison de santé, ou la construction d'un indicateur, « l'indice de bonheur partagé » (IBP), qui mesure le degré de satisfaction de l'équipe de soins en maison de santé. Pour vaincre les résistances du modèle traditionnel, centré autour de l'hôpital et du médecin de ville isolé, la fédération travaille donc sa cohésion en cherchant à normaliser son modèle et à convaincre les professionnels de santé les plus réfractaires, si ce n'est de rejoindre les maisons de santé, du moins de les laisser se développer à leurs côtés.

Pour aller plus loin :

- Baszanger I., Bungener M., Paillet A., *Quelle médecine voulons-nous ?*, Paris, La Dispute, 2002.
- Bergeron H., Castel P., « Captation, appariement, réseau : une logique professionnelle d'organisation des soins », *Sociologie du travail*, 2010, n°52, p. 441-460.
- Bloy G., Schweyer F.-X., *Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale*, Rennes, Presses de l'EHESP, 2010.

- Bourgueil Y., Marek A., Mousquès J., « Médecine de groupe en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec : quels enseignements pour la France ? », *Questions d'économie de la santé*, 2007, n°127, <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes127.pdf>
- Coutant D., Tuffreau F., *La médecine générale, une spécialité d'avenir*, Rennes, Presses de l'EHESP, 2016.
- Gelly M., Giraud B., Pitti L., « Quand la santé décuple les inégalités », *Agone*, 2016, n°58.
- Horowitz R., *In the Public Interest : Medical Licensing and the Disciplinary Process*, New Brunswick, Rutgers University Press, 2013.
- Hughes E., *Le regard sociologique : Essais choisis*, Paris, Editions de l'EHESS, 1996.
- Lombrail P., « Les maisons de santé pluri-professionnelles : penser localement, agir globalement ? », *Sciences sociales et santé*, 2014, vol.32, n°2, p. 97-108.
- Marichalar P., *Médecin du travail, médecin du patron ? L'indépendance médicale en question*, Paris, Presses de Sciences Po, 2014.
- Palier B., *La réforme des systèmes de santé*, Paris, PUF, 2010.
- Pierru F., « Impératifs gestionnaires et phronesis médicale : esquisse sociologique d'un engagement éthique dans un grand hôpital parisien », *Quaderni*, vol.3, n°82, p.67-82, 2013.
- Schepens F., « Participer pour rendre le travail possible. Les "staffs" en unités de soins palliatifs », *Sociologie du travail*, 2015, n°57, p. 39-60.
- Schweyer F.-X., « Inventer et apprendre un nouveau métier ? Les médecins généralistes dans des maisons de santé », in Douguet F., Fillaut T., Hontebeyrie J. (dir.), *Intervenir en première ligne. Les professions de santé libérales face au défi de la santé de proximité*, Paris, L'Harmattan, 2016, p. 39-60.

Publié dans lavedesidees.fr, le 21 juin 2017.