

Introduction

Cette contribution vise à présenter un ensemble de réflexions sur les difficultés que rencontrent les professionnels libéraux dès lors qu'ils s'efforcent de transformer leurs pratiques et leur organisation des soins, afin de mieux remplir ce qu'ils considèrent comme leur mission et leur mandat. Ces réflexions sont issues d'une expérience, en cours de construction, d'un projet de pôle de santé, puis d'une maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) et, enfin, d'une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) présentée sous forme d'une étude de cas réfléchie par les acteurs libéraux de soins primaires qui l'ont initiée et portée. Cette étude de cas suit un fil narratif permettant de revenir sur les facteurs qui, ces vingt dernières années, ont contribué à ce que le projet voie le jour, puis se déploie et s'étoffe progressivement, non sans rencontrer de multiples difficultés. Ces dernières témoignent empiriquement, au-delà de ce seul cas, de l'ampleur des transformations nécessaires dès lors que l'on tente de faire évoluer les soins primaires vers une organisation plus performante, au sein d'un système de santé rénové.

Ces transformations vont impacter les populations désireuses de soins de qualité et accessibles ainsi que le rôle des professionnels entre eux et leur mode d'organisation du travail. Plus profondément, c'est à un changement de culture que sont appelés tous les acteurs, que ce soient les professionnels de santé, les citoyens, les élus ou les administrations. La mise en place de partenariats inédits est l'un des outils tangibles de cette évolution.

Les deux auteurs de cet article ont un parcours personnel et professionnel qui a incontestablement favorisé leur engagement, puisque l'une a un parcours syndical et d'élue locale, l'autre de chercheur et d'enseignant. Au contact de politiques, d'économistes de la santé, de sociologues et de médecins de santé publique, ils ont pris conscience de l'importance d'une bonne organisation du système de santé pour la qualité des soins. Ils ont alors jugé opportun et légitime de se saisir des transformations législatives des années 2010 pour modifier en profondeur et durablement la médecine de premier recours articulée aux autres acteurs de santé de leur territoire.

Le contexte local

Une population en précarité socioéconomique

Les inégalités sociales de santé sont particulièrement prégnantes sur le territoire des Mureaux. La population muriautine (31 487 habitants) est très jeune (les classes d'âges situées entre 15 et 29 ans représentent 22 %, les 30 à 44 ans 18,7 %) avec un indice de développement humain IDH2 (moyennes cumulées des indices santé, éducation et niveau de vie) très faible (0,31 %) comparativement aux moyennes en Yvelines (0,63 %) et en Île-de-France (0,57 %). Une grande part de la population des Mureaux évolue dans le secteur tertiaire, les ouvriers et employés totalisant un pourcentage de 31,5 % au détriment des cadres, professions intellectuelles supérieures, commerçants et chefs d'entreprise ne totalisant que 6,5 %. Les secteurs de l'industrie, du commerce, des transports et des services divers dominent largement le paysage socioéconomique de la commune avec 62,1 % d'actifs alors que l'administration publique, l'enseignement, la santé et l'action sociale ne représentent que 28,4 % de l'emploi selon le secteur d'activité. La population étrangère, très hétérogène, représente 22,8 % de la population, ce qui est bien supérieur au taux du département (13 %) et largement au-dessus des moyennes nationales (6,22 %). La commune fait état de foyers en grande difficulté dans la mesure où les prestations sociales concernant les familles, les minima sociaux et le logement sont assez élevées (10 %), alors que, dans les Yvelines, elles sont de 3,3 %. Le taux de pauvreté des ménages est de 27,5 %, bien au-delà de celui des Yvelines, de l'ordre de 8 %, et légèrement au-dessus de celui de l'Île-de-France (24,3 %).

Les taux de déclaration du médecin traitant ainsi que la part d'assurés ayant déclaré un médecin traitant sont inférieurs aux taux départementaux. La déclaration de médecin traitant qui, pourtant, constitue un élément central dans la prise en charge et la coordination des soins est souvent mal comprise. De manière générale, les démarches d'accès aux droits posent souvent un problème pour les populations précaires du fait d'une désinformation et d'une méconnaissance, liées notamment à une barrière linguistique.

Des médecins en difficulté

Dans un contexte de multimorbidité chronique, où les pratiques préventives devraient être au centre de la prise en charge, les médecins sentent confusément que le colloque singulier ne leur permet de recueillir que partiellement les informations pertinentes pour la gestion des problèmes de santé des patients. Ce sentiment d'impuissance est avivé par la consultation de leurs rémunérations sur objectifs de santé publique (ROSP), dont certains indicateurs restent mauvais quels que soient leurs efforts ! La frustration est d'autant plus grande que la charge de travail augmente du fait de la baisse de la démographie médicale et paramédicale

(avec des départs à la retraite non remplacés) et de la difficulté à travailler en équipe autour du patient dans un système de santé dont la lisibilité reste faible. Il n'est pas étonnant que les médecins aient le sentiment que la qualité de leurs soins pour les patients précaires n'est pas bonne.

À titre d'exemple, un tiers des médecins du secteur sont partis et il existe un manque de kinésithérapeutes, d'orthophonistes et de diététiciennes. Plus largement, les moyens de prises en charge spécifiques pour les jeunes patients en difficulté ou les personnes âgées à domicile sont insuffisants. L'absence de remboursement par la Sécurité sociale des prestations des psychomotriciens, ergothérapeutes, psychologues et diététiciennes ne permet pas de poursuivre au domicile le travail de rééducation et d'accompagnement initié à l'hôpital.

De même, l'organisation professionnelle est un vrai casse-tête. Les consultations dites « libres » sont une mauvaise solution au vrai problème de la demande de soins non programmés. Elles sont remplies en moins de trente minutes et ne permettent pas de gérer et de traiter une urgence vraie ou ressentie dans la journée. Le contenu de ces consultations va de la demande d'un certificat au renouvellement d'un traitement chronique, en passant par des maladies infectieuses banales à guérison naturelle et les vaccinations ; tout un contenu hétéroclite, dont une bonne partie pourrait être programmée et dont l'autre ne nécessiterait pas une consultation médicale. La demande de certificats en tous genres (demandes des assurances en cas d'arrêts scolaires ou de travail, dossier MDPH [maisons départementales des personnes handicapées], assurances des prêts bancaires, sport, demandes pour les logements, la préfecture, l'avocat...) et la gestion des feuilles de Sécurité sociale (caisses multiples) exaspère les médecins. Ils comprennent bien que leurs patients en situation précaire cherchent à faire valoir le plus possible de droits, mais le social finit par prendre le pas sur le médical et la pression des patients (« Ça ne peut jamais attendre ! ») devient insupportable.

Un contexte professionnel historique favorable

Les promoteurs ont cherché à s'appuyer le plus possible sur une histoire locale riche en initiatives issues, presque exclusivement, de médecins. En 1981, la création de l'association des médecins du canton de Meulan (AMCM) réunit médecins généralistes et spécialistes, travaillant en milieux ambulatoire ou hospitalier (centre hospitalier intercommunal de Meulan-Les Mureaux), dont les objectifs sont l'organisation locale de la formation médicale continue et le soutien aux différentes actions de santé du territoire. Parmi les plus emblématiques, on peut citer : la création, en 1983, de l'association locale de développement sanitaire du canton de Meulan (ALDS), qui avait pour but de réunir en un seul guichet les services médico-sociaux à la personne ; en novembre 2005, le soutien à l'amicale des médecins des Mureaux comme membre fondateur de la fédération pour la permanence des soins libérale des Yvelines (PDS 78).

Au début des années 2000, l'un des membres de l'association, le Dr Philippe Marze, réunit pour la première fois l'ensemble des professionnels de santé

(médecins et paramédicaux) du secteur, autour des problématiques des soins palliatifs et du maintien du sujet âgé au domicile. Lors de la première réunion, les professionnels étaient étonnés et comme « saisis » de se retrouver si divers et si nombreux. Cette dynamique professionnelle territoriale et collective répondait à un fort désir de travailler ensemble (et non plus côte à côte) ; elle a donné lieu à la création, en 2006, d'une équipe mobile d'évaluation, portée par l'ALDS et financée par le FAQSV (fonds d'amélioration de la qualité des soins de ville), pour combler les besoins en coordination de la prise en charge à domicile des personnes âgées ou dépendantes.

Comme toute activité collective, ces actions n'ont pas été exemptes de conflits, de tensions, d'incompatibilités ou d'options politiques divergentes.

C'est dans ce contexte démographique tendu et d'insatisfaction qu'il est apparu nécessaire à quelques-uns de fédérer des professionnels en difficulté autour d'un projet novateur. Et si les deux médecins généralistes porteurs du projet ne l'ont pas développé au sein de l'AMCM, à cause du caractère pluriprofessionnel du projet envisagé, les liens n'ont jamais été rompus, l'une des médecins de l'équipe des Mureaux appartenant au bureau de l'AMCM.

Innover et construire : des opportunités à saisir

Des interactions fécondes entre le terrain et les institutions étatiques

Quand nous démarrons l'association appelée « Pour un projet de santé aux Mureaux », le 11 octobre 2010, la loi HPST définissant juridiquement les soins de premier recours a été promulguée l'année précédente et la création d'une MSP semble un bon outil pour répondre à nos besoins (Garros, 2009).

Début 2011, un diagnostic de faisabilité d'une maison de santé pluriprofessionnelle aux Mureaux est réalisé et le projet est expliqué aux élus de la ville des Mureaux. Nous nous apercevons très vite qu'il existe un écart de perception entre les préoccupations des professionnels de santé, centrées sur les nécessaires transformations du système de santé, et celles des élus, centrées sur la démographie médicale et ne souhaitant pas se mêler de la médecine libérale dans un contexte de fortes contraintes budgétaires (Bourgeois, 2015).

Au cours des mois, cet écart se réduit et permet de concevoir une politique sanitaire locale intégrant la médecine libérale au sein du premier contrat local de santé (CLS) puisque l'un de ses quatre projets prioritaires subventionnés sera, en 2012, la création d'une MSP, donnant lieu à une convention entre la mairie des Mureaux et l'association Pour un projet de santé aux Mureaux en 2015. En 2016, le projet immobilier prend forme, pour une ouverture prévue le 11 décembre 2017. Cette maison de santé doit regrouper les trois cabinets de groupes les plus importants de la ville, dont celui des médecins initiateurs du projet, et une dizaine de paramédicaux.

Parallèlement, la rédaction du projet de santé se précise avec comme finalité la réduction des inégalités sociales de santé, en construisant une offre de soins de proximité, en améliorant les articulations avec les autres acteurs (hôpital, professionnels libéraux de deuxième ligne, acteurs institutionnels, professionnels du social, réseaux et plates-formes « spécialisées ») et en facilitant une pratique mieux coordonnée et plus adaptée à une population à la composition plurielle et fragile vivant dans la ZUS et alentour.

Ce projet doit nécessairement faire cohabiter le soin, le médico-social et la prévention avec cinq axes de travail prioritaires : le suivi des maladies chroniques, en particulier des polyopathologies ; la permanence et la continuité des soins de premier recours ; la gestion des situations médico-sociales complexes ; le développement de la prévention et la santé publique ; l'accès aux deuxième et troisième recours facilité pour certains patients. L'écriture de ce projet prend en compte les possibilités de financements collectifs que l'État met en place entre 2010 et 2014 avec les expérimentations de nouveaux modes de rémunération (ENMR), qui permettront la mise en œuvre des travaux inscrits dans ces différents axes. La pérennité du financement viendra en 2017 sous la forme d'un accord conventionnel interprofessionnel (Fournier, 2019).

Faisant suite aux textes de la loi de 2016, puis du 24 juillet 2019, relatifs à l'organisation et à la transformation du système de santé (Assemblée nationale et Sénat, 2019), qui permettent « l'établissement de projets territoriaux de santé, élaborés et mis en œuvre par des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) », la MSP des Mureaux et l'équipe du pôle de santé de Meulan en Yvelines (sur la rive droite de la Seine) ont d'ores et déjà entamé le processus de construction d'une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS), dont l'acte fondateur a lieu en décembre 2019. Cette CPTS émergente renoue de fait avec l'histoire locale, en s'appuyant sur les ressources territoriales et humaines déjà constituées.

Un territoire en mutation

De fait, le projet de santé ambulatoire aux Mureaux est né d'emblée, en 2011, avec une vision territoriale. S'il était plus facile de démarrer avec une petite équipe de professionnels de santé souhaitant jeter les bases d'un travail en équipe au sein d'une MSP, le territoire du canton est toujours demeuré la cible du projet, partie intégrante d'un territoire administratif lui-même en pleine mutation depuis 2014 : la communauté d'agglomérations Seine-et-Vexin se transforme en 2016 en communauté urbaine Grand Paris Seine et Oise (GPSEO) qui regroupe 6 intercommunalités, 73 communes et 405 000 habitants. À la même époque est créé le groupement hospitalier territorial (GHT) Yvelines-Nord, auquel appartient le centre hospitalier de Meulan-Les Mureaux (CHIMM) situé à mi-chemin des hôpitaux de Mantes-la-Jolie et de Poissy-St-Germain. Dans cet environnement mouvant, le CHIMM fait l'objet de diverses restructurations, à l'origine de difficultés pour les confrères hospitaliers. Cependant, à toute chose malheur est bon : dans

ce contexte de réorganisation globale du système de santé, l'innovation devient possible pour un certain nombre d'acteurs déterminés à trouver des solutions.

La mise en mouvement de l'innovation

Des acteurs multipositionnés, capables de mettre en mouvement des ressources diverses et complémentaires

Le premier mouvement est issu de la prise de conscience par les médecins porteurs du projet que l'agence régionale de santé (ARS) pouvait accompagner leur projet, aussi bien d'un point de vue humain que financier, et qu'il était possible d'enrôler d'autres acteurs. Des rencontres successives avec la délégation départementale de l'ARS (DT 78), puis avec la CPAM 78 et les élus des Mureaux ont permis petit à petit de réduire l'écart des cultures entre la vision politico-administrative (politique de la commune tenant compte des équilibres entre tous les acteurs de santé, impliqués ou non dans un projet innovant, ainsi que de la gestion des finances publiques) et la vision médicale libérale (nécessité d'une mise en action rapide pour répondre à un problème concret de rénovation médicale dans un contexte difficile). Cela a demandé plusieurs années d'efforts de part et d'autre car, en 2011, ces relations n'avaient rien d'évidentes, chacun travaillant dans son pré carré. De fait, l'État, le conseil régional d'Île-de-France et la mairie des Mureaux ont participé au subventionnement de la maison de santé. Une fois la MSP inaugurée, les relations de confiance avec ces nouveaux partenaires ont permis de garder des contacts réguliers, dans le cadre du suivi du projet de santé de l'équipe et pour l'accompagnement et le développement de la CPTS.

Le second mouvement a été de se distancier de la médecine de soins en participant à l'analyse des problématiques de santé de la commune des Mureaux. Un premier programme d'éducation thérapeutique du patient (ETP) diabétique avait été développé dès 2012-2013, grâce au financement des ENMR. Ce programme a évolué vers une éducation thérapeutique mise en œuvre par l'équipe de soins primaires intégrant médecins, infirmière, podologue, infirmière Asalée et une diabétologue qui consulte à la maison de santé et à l'hôpital. Puis, dans le cadre de l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI), des protocoles pluriprofessionnels ont été mis en place concernant la gestion des anticoagulants, de l'insuline, du pied diabétique et du parcours de soins du patient diabétique. Dans le même temps, des missions de santé publique concernant le dépistage de la fragilité chez le sujet âgé et de l'obésité chez l'enfant ont été contractées avec la CPAM pour une durée de cinq ans, d'abord dans le cadre des ENMR, puis de l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI) [Fournier *et al.*, 2014].

Cette dernière dimension a été renforcée quand deux membres de la MSP ont participé à la réflexion et à la rédaction du second contrat local de santé (CLS2) signé le 11 juillet 2019, l'association de professionnels de santé libéraux des

Mureaux figurant parmi les neuf signataires institutionnels. Quatre axes stratégiques vont être développés : l'offre de santé (dont l'appui à la mise en place de la CPTS et à l'installation de jeunes professionnels), le parcours de soins (notamment autour de la santé mentale, du handicap, de l'éducation à la santé, de la prévention primaire), la vulnérabilité (accès aux soins de tous, violences, précarité) et la santé en lien avec les contextes environnementaux (dont l'accès physique aux soins). Plus spécifiquement, des membres de la MSP participent aux actions mises en œuvre autour des addictions, des violences conjugales, des troubles de l'apprentissage, du sport et de la diététique.

Le troisième mouvement a été de travailler très tôt avec d'autres acteurs du territoire, notamment les pharmaciens, les infirmières hors MSP et l'hôpital de secteur. Dans ce dernier cas, des rencontres régulières ont permis de se découvrir, de se connaître et de mettre en place des groupes de travail afin d'élaborer des stratégies de parcours de soins. À ce jour, des séances de travail ont démarré avec le service de gynéco-obstétrique, la PMI, le secteur de psychiatrie et le pôle de médecine et gériatrie aiguë. Il reste à rencontrer le service de gériatrie, les urgences et le pôle chirurgical. Le pôle de santé publique du CHIMM est un interlocuteur, à l'interface des problèmes populationnels, entre santé et soins, notamment pour la population migrante et les réfugiés. Un travail est en cours pour intégrer rapidement les réfugiés dans les consultations sur rendez-vous à partir de la permanence d'accès de soins en santé (PASS) et d'une association d'accueil. Dans le contexte des Mureaux, toute action sanitaire intègre de fait une action sociale, sinon l'échec est à nouveau assuré (Pubert et Giraud, 2018).

Le quatrième mouvement a été d'intégrer dans ces rencontres les cadres de santé des services hospitaliers, le secrétariat et la coordonnatrice en santé de la MSP. Ces acteurs du système local de santé, à l'interface de la ville et de l'hôpital, sont les éléments indispensables pour réussir la gestion des flux de patients. Ils doivent se rencontrer et se connaître, comprendre le projet de santé partagé et proposer des actions concrètes et des moyens d'évaluation (reporting) aux équipes de soins.

Pour des professionnels de santé libéraux, le cinquième mouvement a été d'incorporer des programmes de dépistage et de prévention dans l'offre de soins. Révolution acceptée facilement du fait de sa pertinence médicale, mais difficile à mettre en œuvre au quotidien dans un contexte de médecine à l'acte. C'est l'un des points difficiles du changement mis en œuvre, qui se situe sur deux niveaux : d'une part, dégager du temps, le plus souvent le midi, pour rencontrer les autres acteurs de santé et, d'autre part, repérer systématiquement au cours des consultations les patients qui pourraient bénéficier d'offres complémentaires. Le premier point est de l'ordre de la discipline personnelle et collective qui doit rentrer petit à petit dans la routine, d'autant plus que les acteurs sont satisfaits de ces rencontres de coordination (rémunérées dans le cadre des ACI) et de la convivialité qui s'installe. Le second point est plus difficile à mettre en œuvre facilement car il faut y penser et proposer ces offres complémentaires pendant des consultations qui comportent souvent déjà plusieurs motifs.

Attirer de jeunes professionnels : un défi relevé aux frontières du politique, du marketing et de la santé

Dans le cadre du contrat local de santé des Mureaux, nous avons réfléchi à la formation des professionnels de santé en essayant d'y intégrer la pluriprofessionnalité et la territorialité. Nous sommes parvenus à la conclusion que rendre un territoire attractif à de jeunes professionnels nécessitait de leur proposer un environnement favorisant la qualité de vie, le développement d'infrastructures et un projet de santé avec des équipes de soins dynamiques sur le secteur (axe « offre de santé » du CLS2). Là encore, l'innovation se construit à la frontière du politique, de la santé et du marketing.

En ce qui concerne la santé, cette proposition s'appuie sur le dynamisme du campus des Mureaux (site de Becheville du CHIMM), formant de nombreux paramédicaux, et du département de médecine générale de l'université de Versailles-St-Quentin-en-Yvelines. La MSP a d'ores et déjà contractualisé avec le campus pour accueillir des infirmières en formation. Quatre médecins, maîtres de stage universitaires, accueillent trois étudiants en médecine (un externe, un interne de niveau 1 et un interne de niveau 2). L'objectif de la maison de santé est de permettre à ces étudiants de se former dans un contexte de pluriprofessionnalité, de rencontrer les autres professionnels de santé et de participer activement aux réunions de concertation pluriprofessionnelle (RCP). La nomination de deux jeunes médecins de la structure comme chefs de clinique assistants universitaires de médecine générale (CCAUMG) et d'un professeur associé devraient permettre à la structure de demander un statut universitaire afin de développer l'enseignement et la recherche en médecine générale, notamment sur les priorités de santé publique du territoire (Ministre des Solidarités et de la Santé et ministre de l'Enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation, 25/10/2017). Ce projet s'inscrit dans celui de l'ensemble des MSP à statut universitaire d'Île-de-France qui travaillent ensemble depuis septembre 2019 pour définir plus précisément leurs actions et leur mutualisation avec les autres MSP et les territoires. Beaucoup de questions se posent, notamment sur la tension entre une recherche clinique universitaire tournée vers les revues internationales et la recherche clinique au service des besoins de santé des populations et incluant des paramédicaux, de la conception à la réalisation.

Innover : une tension permanente entre l'ancien et l'émergent

Dans l'action, l'équipe est tendue vers son objectif et tous les problèmes inhérents au projet. Mais tout n'avance pas à la même vitesse et de nouveaux acteurs ou situations émergent qui nécessitent une adaptation permanente ou des actions spécifiques.

Par exemple, plusieurs difficultés sont liées à des configurations anciennes de gestion des rendez-vous, à un système d'information peu ou pas performant ou à des acteurs paramédicaux qui peinent à prendre une nouvelle place.

À l'opposé, nous citerons comme éléments positifs l'émergence de nouveaux acteurs proactifs facilitant le travail en équipe et qui demandent aux médecins une adaptation de leur pratique et de leurs relations avec eux ; l'apparition de nouvelles techniques diagnostiques et de la télémédecine, qui s'intégreront probablement rapidement dans la pratique si les professionnels s'en emparent.

Les rendez-vous et consultations libres : doit-on répondre à n'importe quelle demande ?

Une analyse à partir des données issues du système de rendez-vous en ligne de la MSP sur le premier semestre d'activité 2019 montre que, pour six cabinets de médecine générale occupés toute la journée (en fait, dix médecins dont deux remplaçants et un interne de niveau 2 qui tournent sur les cabinets) et cinq cabinets paramédicaux (un podologue, trois psychomotriciennes, deux psychologues, une infirmière Asalée et six infirmières), le nombre de passages à l'accueil par jour est de 230 patients en moyenne. Ces données du système d'information des rendez-vous, croisées avec l'insatisfaction des professionnels et des patients ne trouvant pas de place, ont incité les professionnels de santé à modifier l'organisation des soins non programmés. Les médecins travaillant sur rendez-vous ont systématiquement réservé quatre à cinq places dans leur planning pour les urgences du jour (soit entre 25 et 30 places sur la MSP, réparties entre la matinée et l'après-midi). Le plus souvent, à 15 h, toutes les places disponibles sont prises. Cependant, la gestion quotidienne de ces places n'est pas simple. En moyenne, 38 personnes vont se présenter pour une demande de soins non programmés, 28 auront une place disponible le jour même où le lendemain, 10 seront en *surbooking*, c'est-à-dire qu'ils seront reçus en sus de la consultation normale sur rendez-vous, pour une demande ponctuelle ou un vaccin... D'un autre côté, une vingtaine de patients ayant pris un rendez-vous ne se présenteront pas dans la journée, sans prévenir, ce qui correspond à l'activité pleine d'un jeune médecin sur une journée ! Réduire drastiquement cette pratique, tout du moins en analyser les causes, permettrait de régler une bonne partie du déficit d'accès aux soins, qui se situe donc aussi entre les mains des patients.

Les conditions du maintien au domicile en tension

Le maintien au domicile et l'accès aux soins des personnes âgées et/ou handicapées posent des difficultés qui mettent en tension l'exercice et le temps du médecin. Il s'agit de patients par définition complexes, fragiles, nécessitant plusieurs

acteurs et du temps (temps du déplacement, temps de l'action médicale, temps à entreprendre, temps de coordination).

Dans un contexte de pénurie de médecins, la visite à domicile peut devenir la variable d'ajustement. Cependant, toutes les conditions du maintien au domicile ne sont pas encore réunies et le passage fréquent du médecin au domicile n'est pas, en réalité, la solution. Diminuer le nombre de séjours hospitaliers, de passages aux urgences, d'institutionnalisation passe par un meilleur repérage des patients à risque au domicile, l'optimisation des ordonnances, l'adaptation du lieu de vie, la mise en place des professionnels adéquats, un suivi régulier par l'infirmière, l'utilisation de nouveaux moyens, comme la télésurveillance, une meilleure coordination des structures médico-sociales avec l'équipe de soins primaires, la formation en plus grand nombre de kinésithérapeutes et d'orthophonistes qui se déplacent au domicile. Les besoins en diététiciennes, ergothérapeutes ou psychomotriciennes sont importants mais inaccessibles d'un point de vue financier pour la majorité des patients. Cette prise en charge globale est encore chaotique, le partage d'information insuffisant, la coordination souvent mal définie.

Les systèmes d'information en médecine ambulatoire : un impensé ?

Il est notoire que les logiciels médicaux sont peu efficaces, notamment pour le recueil de données médicales standardisées et pour un échange d'information entre acteurs de santé et avec le patient. Quant à la possibilité de constituer des bases de données pour l'évaluation des pratiques et la recherche clinique, c'est le plus souvent difficile. À titre d'exemple, le logiciel métier partagé par l'équipe médicale ne permet pas d'extraire les données de manière performante, ce qui complique singulièrement le suivi ou l'évaluation des actions de santé publique contractualisées avec la CPAM ainsi que le suivi strict du cahier des charges de l'ACI. A contrario, si les données biologiques et les comptes-rendus hospitaliers sont automatiquement introduits dans le dossier médical, il n'en est pas de même pour les données cliniques et les traitements chroniques du patient. Malgré 15 ans d'efforts chaotiques, le dossier médical personnel (DMP) ne permet toujours pas d'utiliser facilement ces éléments.

Quant aux bases de données en ambulatoire, qui permettraient de développer l'évaluation et la recherche, il n'existe toujours pas d'investissement d'envergure pour des projets qui, pourtant, ne manquent pas. Depuis la fermeture de l'Observatoire de la société française de médecine générale (SMFG) en 2012 pour manque de financement, et malgré les efforts du Collège de la médecine générale et du Collège national des généralistes enseignants, rien ne bouge.

La télémédecine en panne

Ces nouvelles technologies sont poussées par les institutions, mais elles trouvent peu d'écho dans la pratique. Le mail et le téléphone mobile sont utilisés quotidiennement pour communiquer avec d'autres professionnels. Les infirmières envoient, par exemple, des photos de lésions cutanées aux médecins. Cependant, la place quotidienne de la télé-expertise, de la télésurveillance, de la téléconsultation n'est pas claire pour les médecins. Il manque encore beaucoup d'expérimentations sur le terrain pour bien saisir leur valeur ajoutée en termes d'organisation des soins, de diagnostic et de suivi. Développer la recherche-action sur ce thème en ambulatoire est une nécessité pour éviter un développement peu maîtrisé, entaché de nombreux a priori.

La montée en puissance de nouveaux acteurs non soignants

Dans ce contexte, deux types d'acteurs émergent : ceux dont les postes se transforment et ceux qui apparaissent *de novo*. Il s'agit de postes de secrétariat, de supervision logistique et de coordination en santé.

Parmi ces acteurs, les professionnels de l'accueil et du secrétariat sont essentiels à la bonne gestion d'une MSP, ce qu'exprime clairement une de mes collègues :

« Il nous a fallu du temps pour stabiliser notre équipe de secrétariat et d'accueil, à la fois en termes de profil de poste et d'articulation entre les équipes soignantes et les patients. Une fois au point d'équilibre, de nouvelles fonctions ont été mises en place pour l'une des trois secrétaires en tandem avec un médecin de l'équipe : supervision logistique, mise en place d'outils d'évaluation des flux, participation aux réunions de synthèse et d'interface ville-hôpital. Ce poste est conçu comme celui du chef-mécanicien des salles des machines d'un navire ! Aujourd'hui, il nous manque une gestionnaire de cas permettant l'accompagnement des parcours et le traitement des tâches médicoadministratives. »

Quant au nouveau poste de coordonnatrice de santé, il est indispensable pour gérer et animer tous les aspects santé hors soins, dont toute la partie santé publique. La vision globale des actions et du calendrier de la coordonnatrice lui permet de préparer les réunions, écrire les comptes-rendus, rechercher des appels d'offre (Schweyer et Vezinat, 2019).

Les nouveaux acteurs de la santé et du soin pour de nouveaux dispositifs supports

Dans les activités de support aux soins, d'éducation thérapeutique et de prévention, l'apport de l'infirmière Asalée est devenu incontournable pour les médecins et les patients. Ses objectifs et ses activités sont définis avec l'équipe

(Bourgueil *et al.*, 2008). La mise en œuvre sur le terrain est régulièrement suivie par l'infirmière (en collaboration avec les médecins) et son impact global évalué par des thèses de médecine à la fois sur des aspects quantitatifs et qualitatifs. Dès à présent, cet apport apparaît positif pour tous et confirme le bienfondé de l'apport de nouveaux métiers de santé dans l'activité soignante et préventive (Delplanque et Selleron, 2011).

Le développement des infirmières de pratique avancée (IPA) confirme cette orientation. Il semble intéressant mais soulève de nombreuses questions. La première est leur intégration dans un système qui se construit suivant un projet de santé et avec les professionnels qui composent l'équipe. Le positionnement d'une IPA entre les infirmières libérales et l'infirmière Asalée n'est pas simple (Lecocq *et al.*, 2015). Une solution pour l'équipe serait de proposer une formation en pratique avancée pour l'une des infirmières de la MSP en accord avec le reste de l'équipe et pour une fonction précise, par exemple gérer des activités techniques sur la MSP (holter tensionnel, EFR...). Aujourd'hui, les infirmières libérales ont des difficultés à se positionner dans un projet pluriprofessionnel du fait de l'organisation de leur travail, essentiellement tournée vers l'intervention au domicile des patients, ce qui ne leur permet pas ou peu de travailler vraiment dans la maison de santé.

Dans les situations complexes, les médecins de la MSP ont recours sur le territoire à la plate-forme territoriale d'appui (PTA)¹ Odyssée, mise en place par les professionnels du territoire Yvelines-Nord en 2009 (Boisnault *et al.*, 2011 ; Schweyer, 2016). Au-delà de la thématique de la plate-forme, les professionnels obtiennent la réactivité, la compréhension rapide du problème, la réponse apportée sous 24 h dans les champs sanitaires, médico-social et social et, enfin, un accompagnement tant que la situation reste complexe. Cependant, il manque aujourd'hui la fonction d'interface entre la ville et l'hôpital, d'une part, et les services sociaux, d'autre part. De nombreuses situations quotidiennes nécessitent des mises en relation avec le système de santé local : demande de consultation ou d'hospitalisation rapide, recherche du bon interlocuteur, mise à jour d'une prise en charge sociale, parfois en accompagnant les patients maîtrisant mal la langue ou en situation sociale difficile ou de handicap. C'est un travail à part entière qui demande du temps, une bonne connaissance du terrain et une culture médicale et sociale.

Discussion sur la démarche

Rentrer dans l'innovation nécessite, au départ, une équipe et un fort désir de changement (Fournier, 2014). Pourtant, une fois au pied du mur, il s'agit de partir pour une course d'obstacles structurels et humains. En ce qui concerne le projet de santé des Mureaux, il a fallu batailler sur plusieurs fronts pour obtenir

1. La loi du 24 juillet 2019 transforme les PTA en « dispositifs d'appui à la population et aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes » (DAC).

des subventions, supporter pendant cinq ans de multiples tracasseries immobilières (résolues en septembre 2019), maintenir une équipe avec des départs et des entrées (une impossibilité de fixer des kinésithérapeutes dans le projet) et, le comble peut-être, s'apercevoir que cette MSP de 540 m² est déjà trop petite du fait de son succès. Cependant, le plus difficile est d'aider les professionnels de santé à changer leurs habitudes de travail, leurs structures de pensée et à prendre impérativement le temps de consolider leurs acquis (gare à l'épuisement de l'équipe !).

Au moment où les textes de lois et la convention médicale 2016 permettent de financer des innovations territoriales dans le système de santé, les professionnels de santé continuent à travailler dans un système ancien en pénurie. En quelque sorte, il manque de marins sur des voiliers toujours en activité, alors qu'il faut de la main-d'œuvre pour construire des bateaux à vapeur ! C'est ce moment charnière qu'il ne faut pas rater et l'abondance de propositions, financées au cas par cas, peut nuire si les équipes ne gardent pas la boussole de leur projet de santé. En effet, les professionnels de santé ne se saisissent pas toujours de certains projets (par exemple, l'article 51 de loi n° 2017-1836²), non pas en fonction de leur manque d'intérêt mais du fait de leur impossibilité à le mettre en œuvre en dépit de sa pertinence pour le développement de leur projet.

Le travail et l'énergie de l'équipe sont déjà beaucoup sollicités afin de participer aux multiples réunions mensuelles, d'animer les missions de santé publique, de poursuivre les rencontres régulières avec les différents acteurs du territoire, d'évaluer les actions entreprises et de chercher les solutions pérennes aux situations d'échecs. L'attention aux demandes des professionnels est en effet fondamentale car toute innovation territoriale est vouée à l'échec si les demandes concrètes des acteurs ne sont pas prises en compte. Cependant, la tension doit être maintenue entre une demande « ici et maintenant » dans un contexte encore ancien et le projet « ici et demain » qui, inéluctablement, modifiera les structures de travail et les mentalités. Changer les mentalités, c'est expliciter le bienfondé du changement pour mettre en mouvement et laisser les professionnels expérimenter et évaluer pour adopter. La méthode consiste à définir par l'équipe les éléments concrets de l'évaluation et à faire choisir pas à pas, mais toujours avec une impulsion vers l'avant. Elle doit assez rapidement se traduire par un changement concret dans la gestion des flux de patients, une satisfaction des conditions de travail, de meilleurs résultats cliniques et une satisfaction des patients. Or, cela demande du temps, car il faut écouter, entendre, respecter le rythme de chacun. L'innovation ne se décrète pas et une équipe ne peut marcher au pas ! Cette riche expérience accumulée dans

2. Assemblée nationale et Sénat, loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la Sécurité sociale pour 2018, Art. L. 162-31-1.-I. Des expérimentations dérogatoires à au moins une des dispositions mentionnées au II peuvent être mises en œuvre, pour une durée qui ne peut excéder cinq ans. Ces expérimentations ont l'un ou l'autre des buts suivants : permettre l'émergence d'organisations innovantes dans les secteurs sanitaire et médico-social concourant à l'amélioration de la prise en charge et du parcours des patients, de l'efficacité du système de santé et de l'accès aux soins, en visant à optimiser par une meilleure coordination le parcours de santé ainsi que la pertinence et la qualité de la prise en charge sanitaire, sociale ou médico-sociale, organiser pour une séquence de soins la prise en charge des patients, développer les modes d'exercice coordonné en participant à la structuration des soins ambulatoires, favoriser la présence de professionnels de santé dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins.

le cadre de la MSP devrait éviter quelques chausse-trappes dans la construction de la CPTS.

C'est pourquoi, l'attention des médecins leaders du canton aux évolutions du système de santé, du fait de leur appartenance à des structures locales ou nationales et de leur implication rapide dans la mutation de leurs cabinets médicaux en de nouvelles structures, peut favoriser leur rapprochement et la mise en place d'une communauté territoriale de santé (CPTS) en septembre 2019.

Elle est possible, car l'histoire locale montre combien l'habitude des acteurs médicaux de se croiser, de se rencontrer et d'échanger, associée au désir des professionnels paramédicaux de travailler en équipe avec les médecins autour de valeurs communes, constitue un terreau favorable. Même si la désertification médicale et de certains secteurs du paramédical (kinésithérapeutes, orthophonistes) se fait sentir, ce n'est pas cette contrainte qui est en fin de compte le moteur principal de l'innovation sur ce territoire : il s'agit avant tout d'un diagnostic partagé sur les besoins de la population et de la capacité de leaders locaux à anticiper et à construire des projets qui dynamisent les acteurs. Cette capacité est le résultat de leurs parcours professionnels qui, du fait de leurs activités syndicales ou scientifiques, leur a permis de s'acculturer aux problématiques politiques, économiques, sociologiques et pédagogiques (Bungener et Baszanger, 2002). Ce dernier point est important car nombre de professionnels de santé ne semblent pas comprendre les enjeux en cours dans le monde de la santé, en dehors de la désertification médicale qui commence à leur poser de sérieuses difficultés. C'est pourquoi, l'une des conditions de réussite de la CPTS sera la capacité à former rapidement les acteurs de santé du territoire à la compréhension des transformations nationales et locales du système de santé, ce qui nécessite de la part des institutions de garder un discours cohérent axé sur le long terme. À ce stade, la transformation des représentations et de l'organisation des pratiques professionnelles initiées avec la MSP ne feront pleinement sens que dans le cadre du territoire et de la future CPTS. Cette dimension territoriale pourra rendre plus aisée l'intégration d'acteurs, comme les pharmaciens, dans un rapport plus dynamique, notamment en introduisant des réunions de concertations (Michot *et al.*, 2013).

Conclusion : quel avenir peut-on esquisser à plus long terme pour les soins primaires ?

« Lors de la création de l'association Pour un projet de santé aux Mureaux en 2011, l'un de mes patients à qui j'expliquai le projet s'est exclamé : "Et moi, je ne peux pas adhérer à votre association ?" Après un temps de silence, ou plutôt de sidération, nous avons répondu : "C'est une bonne idée." Mais nous ne sommes pas encore passés à l'acte, tellement nous paraissait difficile la mise en mouvement des professionnels de santé. Nous ne voulions pas charger la barque

avec, en plus, les patients ! Pourtant, cette question ne nous a pas quittés et nous l'avons évoquée lors des séances de travail du contrat local de santé. »

La mise en œuvre de l'intégration des patients est souvent considérée comme ardue (Buffet *et al.*, 2014). Certes, dans le monde de la santé, et d'autant plus en médecine ambulatoire, on parle de soins centrés sur le patient, d'éducation thérapeutique, mais la vision commune reste encore quelque peu en surplomb (Starfield, 2011) et, au fond, il paraît assez peu logique que des médecins initient des groupes d'usagers. Il s'agit probablement d'un travail à mettre en place en discutant avec des collectifs et des patients, en semant des idées pour que des initiatives prennent corps chez les citoyens. Aux professionnels de santé de se préparer à les accueillir. Pour les acteurs de terrain qui s'engagent dans la refondation du système de santé, il s'agit d'un travail de longue haleine avec une forte prise de risques. Si des leaders sont indispensables (il est aussi plus facile d'être en tandem que seul pour supporter les aléas de la construction), un tel projet ne peut voir le jour sans une équipe décidée à partager les réussites et les échecs, sans des professionnels prêts à accepter quelques remises en question. L'émergence des CPTS devrait permettre d'intégrer dans le processus les professionnels de santé qui n'ont pas la possibilité d'être acteurs du changement, mais qui sont indispensables à sa réussite. Pour cela, il faudra leur démontrer que ce nouveau collectif est capable de redonner du sens à leur pratique en soins primaires et d'améliorer leurs conditions de travail.

Nous ne sommes qu'au tout début d'une évolution qui transformera radicalement les soins primaires. On peut en esquisser quelques orientations. Le noyau dur du soin, en MSP ou centre de santé, sera de plus en plus centré sur les patients multimorbides chroniques, les patients complexes (intrication du médical, du social et du handicap) et les conditions du maintien au domicile. Cette évolution, inéluctablement, demandera de revoir les modes de financement des professionnels de santé impliqués ainsi que leur organisation du travail (la notion d'acte n'étant pas pertinente dans ce cadre). Les modalités pour améliorer et promouvoir la santé, la prévention et le dépistage devraient dépendre du territoire avec une interaction forte entre les citoyens, les élus, les institutions (ARS, CPAM) et *in fine* les professionnels de santé. La permanence de soins aiguë devrait impliquer les usagers (participants d'une autorégulation) et les centres de santé, MSP et hôpital du territoire. Enfin, nombre d'actions de santé ou de soins programmées et protocolisées pourront à l'avenir être traitées par des professionnels de santé à l'aide d'outils numériques.

Dans ce contexte de montée en compétences des professionnels de santé paramédicaux, de l'adjonction de professionnels non soignants, de l'intégration rapide de techniques numériques et d'intelligence artificielle, le rôle du médecin traitant se verra redéfini. Si le patient reste attaché à son médecin et si la relation de confiance médecin-malade reste le cœur d'une activité soignante efficiente, alors les médecins devront se professionnaliser dans la relation et la communication humaine. Quant aux compétences médicales largement recentrées sur les maladies chroniques et la multimorbidité, elles devront être à forte valeur ajoutée et demanderont esprit d'analyse et de synthèse ainsi que des décisions négociées avec le patient (Krucien *et al.*, 2011 ; Pedrot *et al.*, 2019). Pour ce faire, il ne sera

plus possible de travailler à la demande et l'accès au médecin traitant devra être régulé et programmé. Les patients apprennent déjà à consulter plus facilement en MSP un autre médecin, un interne, une infirmière Asalée, pourvu qu'ils puissent toujours accéder régulièrement au colloque singulier avec leur médecin traitant.

Références bibliographiques

- Assemblée nationale et Sénat (2017)**, Loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la Sécurité sociale pour 2018, quatrième partie : dispositions relatives aux dépenses pour l'exercice 2018, Titre IV : dispositions relatives à la branche maladie, chapitre II : promouvoir l'innovation en santé, *Journal officiel de la République française*, Legifrance.
- Assemblée nationale et Sénat (2019)**, Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, *Journal officiel de la République française*, Legifrance.
- Boisnault P., Clerc P., Clotte B. et al. (2011)**, « Soins de support, soins palliatifs et de gérontologie. Implication du réseau Odyssee dans le parcours de santé du patient », *Revue Hospitalière de France*, n° 542, p. 30-33.
- Bourgeois I. (2015)**, « Les collectivités territoriales face à la pérennisation de l'offre de soins de premier recours. L'invention d'un dialogue entre élus et professionnels de santé libéraux. Retour d'expériences d'interventions en santé publique », in Alam T. et Gurruchaga M. (dir.), *Collectivités, territoires et santé : regards croisés sur les frontières de la santé*, L'Harmattan, p. 299-317.
- Bourgueil Y., Le Fur P., Mousquès J. et al. (2008)**, « La coopération médecins généralistes/infirmières améliore le suivi des patients diabétiques de type 2. Principaux résultats de l'expérimentation Asalée », *Questions d'économie de santé*, vol. 136, novembre, p. 8.
- Buffet S., Vuattoux P., Baudier F. et al. (2014)**, « Mise en place d'un comité de représentants des usagers dans une maison de santé pluridisciplinaire. Constats, limites et perspectives », *Santé publique*, vol. 26, n° 4, p. 433-441.
- Bungener M. et Baszanger I. (2002)**, « Médecine générale, le temps des redéfinitions », in Bungener M., Baszanger I. et Paillet A. (dir.), *Quelle médecine voulons-nous ?*, Paris, La Dispute, p. 19-31.
- Delplanq D. et Selleron B. (2011)**, Rapport relatif aux métiers de santé de niveau intermédiaire, ministère du Travail, de l'emploi et de la santé, ministère de l'Enseignement supérieur et de la recherche, n° 113.
- Fleuret S. (2016)**, « Questionner la territorialisation de la santé en France », *Santé et territoires. Des soins de proximité aux risques environnementaux*, Presses universitaires de Rennes, p. 23-34.
- Fournier C., Frattini M.-O. et Naiditch M. (2014)**, « Dynamiques professionnelles et formes de travail pluriprofessionnel dans les maisons et pôles de santé », *Questions d'économie de Santé*, n° 200, p. 1-8.
- Fournier C. (2014)**, « Concevoir une maison de santé pluriprofessionnelle : paradoxes et enseignements d'une innovation en actes », *Sciences Sociales et Santé*, vol. 32, n° 2, p. 67-95.
- Fournier C. (2019)**, « Travailler en équipe en s'ajustant aux politiques : un double défi dans la durée pour les professionnels des maisons de santé pluriprofessionnelles », *Journal de gestion et d'économie de la santé*, vol. 1, n° 1, p. 72-91.

Garros B. (2009), « Maison de santé, chaînon manquant de l'organisation ambulatoire ? », *Santé publique*, vol. 21, n° HS 1, p. 7.

Krucien N., Le Vaillant M. et Pelletier-Fleury N. (2011), « Les transformations de l'offre de soins correspondent-elles aux préoccupations des usagers de médecine générale ? », *Questions d'économie de santé*, n° 163, p. 1-8.

Lecocq D., Mengal Y. et Pirson M. (2015), « Comment développer la pratique infirmière avancée dans des systèmes de soins de santé complexes ? », *Santé publique*, vol. 27, n° 1, S 105-110.

Michot P., Catala O., Supper I. et al. (2013), « Coopération entre médecins généralistes et pharmaciens : une revue systématique de la littérature », *Santé publique*, vol. 25, n° 3, p. 331.

Ministre des Solidarités et de la Santé et ministre de l'Enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation (25/10/2017), Arrêté du 18 octobre 2017 fixant les modalités de fonctionnement, d'organisation et d'évaluation des centres de santé pluriprofessionnels universitaires et des maisons de santé pluriprofessionnelles universitaires, NOR: SSAH1727000A, *Journal officiel de la République française*, Legifrance, n° 0250, texte n°9. [En ligne] www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2017/10/18/SSAH1727000A/jo/texte, consulté le 20 août 2019.

Pedrot F., Fernandez G. et Le Borgne-Uguen F. (2019), « Les maisons de santé. Les maisons de santé pluriprofessionnelles : des espaces de coordination du soin entre professionnels de santé, patients et proches-soutiens », *Journal de gestion et d'économie médicales*, vol. 37, n° 1, p. 110-126.

Pubert M. et Giraud J. (2018), « Prise en charge des patients en situation de vulnérabilité sociale : opinions et pratiques des médecins généralistes », DREES, *Études et Résultats*, n° 1 089. [En ligne] <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1089.pdf>, consulté le 27 février 2020.

Schweyer F.-X. (2016), « Inventer et apprendre un nouveau métier ? Les médecins généralistes dans des maisons de santé », in Douguet F., Fillaut T. et Hontebeyrie J., *Intervenir en première ligne. Les professions de santé libérales face au défi de la santé de proximité*, Paris, L'Harmattan, p. 39-60.

Schweyer F.-X. et Vezinat N. (2019), « Les maisons de santé. Écologie des maisons de santé pluri-professionnelles : une gouvernance multi-niveaux », *Journal de gestion et d'économie médicales*, vol. 37, n° 1, p. 3-10.

Starfield B. (2011), « Is Patient-Centered Care the Same As Person-Focused Care? », *The Permanente Journal*, vol. 15, n° 2, p. 63-69.