

Travailler en équipe en maison de santé : un questionnement éthique renouvelé

Cécile Fournier,

sociologue et médecin de santé publique, maître de recherche à l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes), chercheuse associée au Laboratoire éducations et pratiques de santé (Leps EA 3412).

Une part croissante de la population fait face à des problématiques de santé chroniques, souvent rendues plus complexes par leur intrication avec les situations sociales des personnes. Insatisfaits des réponses qui peuvent être apportées à ces problèmes dans des conditions d'exercice solitaire, certains professionnels de santé libéraux de premier recours s'engagent depuis une quinzaine d'années dans des pratiques différentes, au sein de nouvelles organisations qui reçoivent un soutien des pouvoirs publics : les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP). Ils réinventent ainsi d'une certaine manière une médecine sociale pratiquée par les professionnels de santé salariés des centres de santé, restée longtemps minoritaire et combattue par la plupart des syndicats de médecins, mais qui connaît aussi aujourd'hui un renouveau [1].

L'exercice en MSP implique des transformations de pratiques qui présentent pour les professionnels un choc culturel et des questionnements éthiques. Dans certains territoires, la situation de crise liée à la pandémie de Covid-19 a conduit les professionnels des MSP à travailler

autrement ensemble et au sein de collectifs élargis. Quelles transformations de l'organisation territoriale des soins primaires peut-on attendre de ces nouvelles pratiques et de ces nouvelles organisations ? Quels enjeux politiques révèlent-elles ?

Exercer en maison de santé : autres pratiques, autres implications

Au début des années 1980, la sociologue Isabelle Baszanger avait décrit, parmi les jeunes généralistes français, des « *médecins de la cité* » qui endossaient, outre les soins, une responsabilité sociale locale. Dans le mouvement actuel des maisons de santé pluriprofessionnelles, des professionnels de santé libéraux (médecins généralistes, infirmiers, kinésithérapeutes, pharmaciens et de nombreux autres professionnels paramédicaux) s'assemblent pour constituer ce que l'on pourrait appeler des équipes soignantes du territoire. En France en 2020, 1 500 MSP travaillent ainsi autour d'un projet de santé construit collectivement, répondant à des besoins du territoire et reconnu par l'agence régionale de santé (ARS). Un accord conventionnel interprofessionnel leur permet de recevoir des financements de l'Assurance maladie dans un cadre contractuel : les MSP s'engagent alors à faciliter l'accès aux soins, à développer le travail en équipe et la coordination des prises en charge, et à mettre en œuvre des missions de santé publique. Les projets collectifs qui y sont développés concernent, entre autres :

- le suivi coordonné de certaines situations chroniques (diabète, prise d'un traitement anticoagulant, prévention de la perte d'autonomie et maintien à domicile...);
- l'organisation de campagnes de vaccination ou de dépistage (risque cardio-vasculaire, cancer...);
- des interventions éducatives individuelles ou en groupe (aide à l'arrêt du tabagisme, éducation nutritionnelle, accompagnement à la reprise d'une activité physique, éducation thérapeutique autour de facteurs de risque ou de maladies);
- l'animation de rencontres/débats autour de sujets aussi variés que l'alimentation, la vaccination, la contraception, les troubles de l'attention, la santé au travail, la gestion du stress...

Ces nouveaux services, proposés aux usagers des maisons de santé pluriprofessionnelles et plus largement aux habitants du territoire, nécessitent pour les équipes un travail important de concertation et de coordination, et la construction de partenariats avec d'autres acteurs du territoire :

- services de soins à domicile et médico-sociaux;
- établissements hospitaliers;
- élus locaux [2];
- institutions de santé publique;
- représentants des habitants...

Les MSP deviennent ainsi des interlocutrices visibles, jouant un rôle au sein de dispositifs de concertation tels que les contrats locaux de santé (CLS) ou les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), et contribuant à la structuration de l'offre de santé sur leur territoire.



Un « choc culturel » pour les professionnels

Par rapport au modèle de l'exercice libéral médical et paramédical traditionnel, exercer en maison de santé pluriprofessionnelle bouleverse les pratiques, ce à quoi les professionnels ne sont pas préparés :

- dans le travail d'équipe, articuler deux cultures, celle de sa profession d'origine et celle de l'équipe ;
- dans l'élaboration de projets de santé, s'intéresser aux moyens d'agir sur les déterminants de celle-ci au-delà des aspects biomédicaux ;
- afin de toucher davantage de populations, proposer des interventions auprès de groupes de personnes, au-delà des consultations individuelles ;
- dans le tissage des partenariats, travailler avec toutes les parties prenantes pour faire converger les logiques soignantes de l'équipe avec les besoins des populations concernées et les logiques institutionnelles des partenaires ;
- dans le recours à des financements publics, développer une démarche gestionnaire et rendre des comptes [3].

La responsabilité individuelle endossée par chaque professionnel à l'égard de ses patients se double ainsi d'une responsabilité partagée avec d'autres membres de l'équipe à l'égard des patients suivis ensemble, voire dans certains cas d'une responsabilité populationnelle conjointe avec d'autres acteurs du territoire.

Une réflexion éthique enrichie

Les maisons de santé pluriprofessionnelles se dotent souvent d'une charte éthique, énonçant les valeurs sur lesquelles leurs membres s'accordent :

- approche globale de la personne ;
- droit au respect et à la dignité ;
- liberté de choix du professionnel par le patient ;
- confidentialité et respect du secret professionnel ;
- garantie d'accès aux soins ;
- continuité et coordination des soins ;
- confraternité ;
- formation continue...

Dans la pratique quotidienne, les professionnels mènent une réflexion éthique permanente sur la manière

de faire au mieux au regard des buts poursuivis, des moyens disponibles et des valeurs défendues. En MSP, ce questionnement s'exerce non seulement dans la relation de soin avec un patient et son entourage, mais aussi, autour des actions menées à plusieurs, dans la relation avec les membres de l'équipe et avec les partenaires du territoire.

Dans le soin individuel tout d'abord, la réflexion éthique reste la même (comment agir par exemple lorsqu'on reçoit en consultation une femme présentant des signes de maltraitance ?), mais les soignants soulignent qu'elle s'enrichit grandement en MSP des possibilités de croiser les regards de différentes professions sur les cas rencontrés.

Dans le travail autour des actions collectives ensuite, si les valeurs partagées sont proches d'une MSP à l'autre, les actions mises en place se révèlent très variées, en fonction des territoires, de l'histoire des collectifs et de leurs membres, ainsi que des arbitrages réalisés en équipe, voire avec les financeurs.

Les accords autour des objectifs concrets des actions à mener et des moyens à mobiliser s'avèrent souvent délicats à trouver, révélant des tensions entre plusieurs types de valeurs que l'on souhaiterait respecter et la nécessité de composer avec des ressources limitées. Par exemple, pour faciliter l'accès aux soins, doit-on jouer sur les heures d'ouverture et/ou organiser des interventions hors les murs, au risque d'accroître la charge de travail de l'équipe ? Dans ce même objectif, doit-on cibler des populations particulières, au risque de les stigmatiser ?

Ces débats sont semblables à ceux vécus par les acteurs de la promotion de la santé dans la conception d'une action, et ils peuvent être nourris par une formation ou un accompagnement de l'équipe. Au-delà, ce sont parfois des logiques professionnelles qui s'opposent, comme l'illustre l'exemple d'une équipe ayant choisi de travailler sur la prévention du tabagisme, où les médecins désiraient développer des pratiques de repérage précoce et d'intervention brève au sein de leurs consultations, invoquant la simplicité et l'efficacité de ce type d'action en prévention secondaire, tandis que des professionnels paramédicaux proposaient des actions de sensibilisation aux méfaits du tabac sur des marchés et dans des lycées, avec pour priorité l'élargissement de la population atteinte et les partenariats avec d'autres acteurs professionnels, associatifs et municipaux. Dans ce cas précis, où les médecins ont dans un premier temps imposé leur action, l'ARS a refusé de soutenir un projet limité aux consultations médicales, et c'est une seconde proposition, articulant les deux niveaux d'intervention, qui a finalement été retenue. Plusieurs tensions éthiques apparaissent ici intriquées :

- entre l'objectif de sensibiliser les patients et celui d'accroître le pouvoir d'agir des populations ;
- entre le respect du principe de fraternité et la réponse à un enjeu de santé publique, celui d'assurer la couverture des besoins d'une population.

Dans ce type de situation, certaines équipes choisissent de ne pas solliciter de financeurs, même si cela

limite leurs moyens d'action, pour ne pas modifier l'équilibre des pouvoirs locaux ou pour ne pas avoir à composer avec une position institutionnelle, qui ajoute une tension entre les objectifs des professionnels – qualité et continuité des soins – et ceux des pouvoirs publics – accès aux soins et maillage territorial, réduction des inégalités sociales de santé [4].

En effet, dans un contexte de liberté d'installation des soignants et de manque de médecins dans certains territoires, il apparaît crucial de prendre soin de l'équipe de la maison de santé pluriprofessionnelle pour préserver une offre de soins. Une réflexion éthique collective originale est nécessaire afin de protéger la construction toujours délicate de pratiques pluriprofessionnelles, en se donnant le temps de l'élaboration d'accords entre tous les membres ; cela impose souvent d'accompagner les nouvelles pratiques évoquées plus haut en respectant le rythme de chacun et l'inquiétude des plus éloignés de celles-ci. Des équipes, dont certains membres souhaiteraient associer à leurs interventions des représentants d'habitants, y renoncent ainsi pour ne pas déstabiliser leurs collègues ou pour ne pas risquer l'émergence de demandes non envisagées, qui pourrait *in fine* fragiliser un collectif professionnel manquant de temps ou de cohésion.

Covid-19 : expérimentation de soins primaires en MSP

Pour répondre aux besoins inédits liés à la pandémie, certaines maisons de santé pluriprofessionnelles ont développé des pratiques correspondant à des axes de promotion de la santé pointés dans la charte d'Ottawa, jusque-là moins investis :

- coordination d'initiatives bénévoles pour faire fonctionner un centre Covid (habitants proposant d'assurer l'accueil du public, dons de repas et de matériel de protection), contribuant à « *renforcer l'action communautaire* » ;

- organisation et mise en place d'une démarche proactive vis-à-vis des personnes considérées fragiles (appels téléphoniques, visites à domicile, services de livraison de repas ou de médicaments), préparation du

L'ESSENTIEL

▣ **C'est une petite révolution dans les soins primaires qui fait son chemin : 1 500 maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), soutenues par les pouvoirs publics, réunissent médecins généralistes, infirmiers, kinésithérapeutes, pharmaciens et de nombreux autres professionnels paramédicaux. Pour ces professionnels libéraux, faire le choix de travailler au sein d'une MSP, c'est développer un *ethos*¹ particulier et renouer, d'une manière différente, avec une médecine sociale défendue de longue date par les professionnels salariés des centres de santé municipaux, mutualistes et associatifs : travailler en équipe, développer des projets de santé à l'intention des patients venant consulter et aussi des habitants du territoire, et pour cela tisser de nouveaux types de partenariats. Dans la pratique, les professionnels y mènent donc une réflexion éthique permanente sur des manières de faire qui bouleversent leurs habitudes. Ce questionnement s'exerce non seulement dans la relation de soin avec un patient et son entourage, mais aussi, lors de l'élaboration d'actions collectives, dans la relation avec les autres professionnels, les partenaires institutionnels et les représentants de la population.**

déconfinement avec les personnels de la mairie et avec les hôpitaux du territoire, contribuant ainsi à « *réorienter les services de santé* ».

À rebours de la sensation d'abandon et de l'isolement vécus par de nombreux professionnels de santé libéraux pendant cette période, les MSP ont été ressenties par leurs membres comme des collectifs protecteurs, réaffirmant leurs valeurs. La solidarité entre eux notamment a permis d'atténuer les effets des arrêts brutaux d'exercice pour certains, grâce à l'engagement bénévole de paramédicaux dans l'accueil des patients, à la redistribution de certaines rémunérations, et grâce aussi tout simplement aux échanges et au partage de l'information scientifique disponible.

Quels enjeux politiques ?

On assiste depuis quelques années à un mouvement de réinvention d'une médecine collective et sociale, défendue par les professionnels salariés des centres de santé depuis un siècle, mais longtemps rejetée par les libéraux. Ces changements organisationnels et culturels, même s'ils n'engagent qu'une partie des libéraux, bousculent les identités, les frontières et les rôles professionnels et citoyens, au-delà de ce premier cercle. Aller vers ces changements nécessite de partager certaines valeurs et d'avoir confiance dans le collectif, les partenaires et les instances régulatrices. Cela ne va pas de soi dans un milieu professionnel historiquement marqué par des valeurs individuelles et peu habitué à nouer des partenariats avec des institutions – elles-mêmes porteuses de cultures et de valeurs spécifiques – et encore moins avec des représentants de la population [5 ; 6].

L'épidémie de Covid-19, avec la suspension brutale des pratiques habituelles, a fourni dans certains territoires l'occasion d'une réflexion collective à partir des besoins, amenant professionnels de ville, hospitaliers, élus locaux et institutions de santé publique à construire ensemble des réponses intersectorielles originales. Celles-ci ont pris appui sur des liens tissés au fil du temps et formalisés dans des dispositifs récents (contrats

locaux de santé – CLS, maisons de santé pluriprofessionnelles – MSP, communautés professionnelles territoriales de santé – CPTS), et ces réponses sont venues accélérer la structuration territoriale des soins primaires. Cependant, les représentants des habitants des territoires ont été largement oubliés dans ce mouvement, et les conditions d'une démocratie sanitaire restent à construire. Les expériences participatives menées en quartiers populaires (*voir encadré « Démarches participatives en quartiers populaires »*) peuvent être une source d'inspiration pour parvenir à traduire en actes les principes d'autonomie et de justice sociale [7]. ■

1. Ensemble des caractères communs à un groupe d'individus appartenant à une même société.

COMMENT NE PAS FAIRE « POUR » LES USAGERS, MAIS « AVEC » EUX ? DES DÉMARCHES PARTICIPATIVES EN QUARTIERS POPULAIRES

Le pôle de santé Chambéry-Nord est une maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) réunissant des professionnels exerçant sur plusieurs sites du quartier des Hauts-de-Chambéry. Des habitants et des patients participent à la gouvernance du pôle et à des programmes de prévention et d'éducation thérapeutique, au sein d'un espace Ressources santé, permettant l'accompagnement de personnes en situation médico-sociale complexe. La médiation en santé y joue un rôle central, en facilitant notamment le lien avec les intervenants des secteurs social et médico-social.

La Place Santé est un centre de santé associatif porté par l'Association communautaire santé bien-être (ACSBE), implanté dans la cité du Franc-Moisin à Saint-Denis (93). Il propose des accompagnements à l'accès aux droits en santé, des consultations médicales et des activités de prévention et de promotion de la santé. Dans le choix et la préparation de ces actions, l'équipe, composée de médecins, de médiatrices en santé, d'une musicothérapeute, d'une coordinatrice, personnels d'accueil et administratifs en support, interagit régulièrement avec l'assemblée des habitants. [8]

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Fournier C. Concevoir une maison de santé pluriprofessionnelle : paradoxes et enseignements d'une innovation en actes. *Sciences sociales et santé*, 2014, vol. 32, n° 2, p. 67-95. En ligne : <https://www.cairn.info/revue-sciences-sociales-et-sante-2014-2-page-67.htm>
- [2] Bourgeois I. 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. In Alam T., Guruchaga M. (dir.). *Collectivités territoriales et santé. Regards croisés sur les frontières de la santé*. Paris : L'Harmattan, 2015 : 412 p.
- [3] Fournier C. 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*, 2019, vol. 37, n° 1 : p. 72-91. En ligne : <https://www.cairn.info/revue-journal-de-gestion-et-d-economie-de-la-sante-2019-1-page-72.html>
- [4] Lombrail P. Les maisons de santé pluriprofessionnelles : penser localement, agir globalement ? *Sciences sociales et santé*, 2014, vol. 32, n° 2 : p. 97-108. En ligne : <https://www.cairn.info/revue-sciences-sociales-et-sante-2014-2-page-97.htm>
- [5] Vuattoux P. (dir.). *Petit guide de la participation en santé de proximité*. Besançon : Fédération des maisons de santé comtoises (FéMaSac), Fédération française des maisons et pôles de santé (FFMPS), 2015 : 88 p. En ligne : <https://www.avecsante.fr/wp-content/uploads/2018/11/le-petit-guide-de-la-participation-en-sante-de-proximate-ffmps.pdf>
- [6] Morize N. « La participation, c'est le graal ! » Une participation mise au travail, le cas des maisons de santé pluriprofessionnelles. [Mémoire] master 2 de sociologie et humanités numériques, université Lumière-Lyon 2, 2019.
- [7] Cachard J. Développer des démarches participatives dans les maisons de santé pluriprofessionnelles : quels enseignements tirer des expériences menées en quartier populaire ? *Revue française des affaires sociales*, 2020, n° 1 : p. 143-166.
- [8] La participation en santé de proximité des habitants et usagers des centres, maisons et pôles de santé. [Actes] Rencontres nationales santé en quartiers populaires. Chambéry, 21-22 septembre 2017 : 66 p. En ligne : <http://acsbe.asso.fr/wp-content/uploads/2018/09/Actes-Rencontres-nationales-sante-en-quartiers-populaires.pdf>