

Concevoir une maison de santé pluri-professionnelle : paradoxes et enseignements d'une innovation en actes

Cécile Fournier*

Résumé. En soins primaires, conjuguer approches clinique et de santé publique pour répondre aux besoins complexes des patients et aux exigences des autorités de santé représente un défi croissant. Le suivi d'un projet de maison de santé pluri-professionnelle dans une zone urbaine sensible permet à la fois de comprendre les difficultés rencontrées par les soignants et de saisir les modèles de soins qu'ils défendent. Il permet également d'étudier comment l'innovation organisationnelle, par les opérations de traduction qui l'accompagnent, peut contribuer à faire évoluer les pratiques à l'articulation entre soin et prévention, sanitaire et social, médical et paramédical, premier et second recours, colloque singulier et approche collective territoriale.

Mots-clés : *médecine générale, prévention, innovation, territoire.*

Un système de santé en mutation, contexte propice à l'innovation en soins primaires

La médecine générale est prise dans des reconfigurations profondes qui conduisent une partie de ses acteurs à quitter le modèle de l'exercice solitaire ou en cabinet de groupe mono-disciplinaire pour s'engager dans des projets innovants de maisons de santé pluri-professionnelles (MSP). Cet élan s'inscrit dans un double mouvement émanant, d'une part, de médecins de terrain et, d'autre part, des autorités de santé et des collectivités locales.

Les autorités de santé positionnent aujourd'hui les médecins généralistes comme les acteurs centraux des « *soins de premier recours (qui comprennent) : 1) la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients ; 2) la dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique ; 3) l'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social ; 4) l'éducation pour la santé* » (1). Par un retournement de situation, la « médecine « générale », ni spécialisée ni hospitalière (Bloy, 2010a), qui s'était constituée « par défaut » au cours de la seconde moitié du xx^e siècle en conservant ce que les spécialités médicales laissaient de côté (Herzlich *et al.*, 1993), est vue depuis une quinzaine d'années comme « *un levier possible du changement dans le système de santé* », permettant de retrouver une approche « globale » au moment où le poids des pluri-pathologies s'accroît et où la maîtrise des dépenses de santé devient prioritaire (Robelet, 2003). Cela se traduit par un mouvement de reconnaissance universitaire de la profession de généraliste avec l'octroi d'un statut équivalent à celui des autres spécialités médicales, la mise en place d'une filière, l'ajout à la formation de stages auprès de médecins généralistes libéraux et le développement d'une activité de recherche au sein des Départements de médecine générale (Bloy, 2010b). En 2011, la revalorisation de l'acte de consultation au niveau de celui des médecins spécialistes d'organe est acquise. Ces mesures participent à la construction progressive d'une légitimité nouvelle pour la discipline, avec l'apparition de pôles d'excellence en médecine de ville dans des lieux d'exercice regroupé (Schweyer, 2010a). Mais « *ces "victoires" pour la médecine générale s'inscrivent dans un compromis selon lequel les pouvoirs publics accordent aux médecins généralistes la reconnaissance qu'ils attendent depuis des années en espérant qu'ils s'engageront collectivement dans les réformes de structure du système de santé* » (Robelet, 2003 : 224). Ainsi,

(1) Loi dite HPST du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

au plan national, les réformes du médecin référent puis du médecin traitant ont placé le généraliste en position de coordinateur des soins, comme l'ont fait certains réseaux et filières de prise en charge (Bungener et Poisson-Salomon, 1998). La rémunération jusque-là exclusivement à l'acte s'est vue adjoindre, en 1998, un forfait pour certaines activités de soins et non curatives, et plus récemment un paiement « à la performance » contractualisant le médecin avec l'assurance-maladie sur des objectifs de santé publique.

Parallèlement, en tant qu'acteurs de premier recours, les médecins généralistes se trouvent pris dans des enjeux de territorialisation et de régionalisation de l'offre de soins, même si le développement de réseaux de soins et de santé territoriaux visant à rationaliser cette offre (Robelet *et al.*, 2005) les laisse dans une position marginale (Bercot et de Coninck, 2006). Cette logique de gestion locale ou régionale, inscrite à la fois dans les politiques de la ville et de santé, est en outre confrontée de manière accrue aux inégalités d'accès aux soins, faisant des soins de premier recours un enjeu politique (Schweyer, 2010b) dans un contexte de crise de la démographie des professionnels de santé. Ainsi, d'une part, on assiste à l'implication croissante des collectivités territoriales dans l'offre locale de santé, encouragée par la Direction interministérielle à l'aménagement du territoire et à l'attractivité régionale (Datar) : création d'« Ateliers santé ville » (ASV) à partir de 2000 (2), territorialisation inscrite dans la loi de santé publique du 9 août 2004 (3), nouvelles formes de contractualisation entre les collectivités et l'État tels les Contrats urbains de cohésion sociale (CUCS) introduits en 2006 par la politique de la ville en faveur des quartiers défavorisés. D'autre part, en 2010 avec la création des Agences régionales de santé (ARS), la loi HPST met en place les outils d'une planification régionale de l'offre de santé qui, pour la première fois, inclut le soin ambulatoire et priorise le renforcement du premier recours. Un « Contrat local de santé » (CLS) peut être conclu entre l'ARS et les collectivités locales, ouvrant une alternative publique aux initiatives libérales (Schweyer, 2010b).

Chez les médecins généralistes confrontés au défi d'assurer la prise en charge de maladies chroniques et la gestion de risques liés à des déterminants sociaux, il existe une volonté de dépasser le modèle curatif individuel pour s'inscrire dans un modèle de « santé publique », intégrant la prévention et la coordination des soins (Bourdillon *et al.*, 2008). Si la problématique d'une « *mission sociale de la médecine générale* » (Schweyer,

(2) Loi d'orientation du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions.

(3) Sa mise en œuvre révèle l'ambiguïté du positionnement de l'État et des élus locaux (Loncle, 2009).

2010b : 399) n'est pas nouvelle (Baszanger, 1983), la demande d'investissement des généralistes dans des activités de santé publique devient pressante. Ces missions renforcées sont affirmées dans les travaux collectifs de redéfinition de la profession et soutenues par le Collège national de la médecine générale, instance représentative des syndicats et sociétés professionnelles de médecine générale depuis 2010. Les pratiques de santé publique et de coordination restent toutefois difficiles à développer dans les conditions actuelles d'exercice du fait de contraintes organisationnelles liées à la persistance du modèle libéral marqué par la pratique isolée et le paiement à l'acte (Baszanger et Bungener, 2002). En réalité, la participation à la définition de nouveaux modes de pratiques et de régulation en médecine libérale est la seule stratégie constructive dont disposent les médecins libéraux face à la crise qu'ils traversent (Robelet, 2003), comme en témoigne le mouvement actuel de regroupement des professionnels de soins primaires (Baudier *et al.*, 2010), soit physiquement dans des maisons de santé pluri-professionnelles (MSP), soit au sein de pôles de santé coordonnant des lieux géographiquement distincts. Ce mode d'exercice, qui concerne environ 5 % des généralistes libéraux, est soutenu depuis 2008 par une fédération nationale relayée au niveau régional. Les positions des syndicats nationaux de médecins généralistes, jusque-là très divisés, convergent aujourd'hui en sa faveur. Il est mis à l'épreuve depuis 2009 dans une expérimentation nationale (4) où des rémunérations collectives sont versées aux structures pluri-professionnelles ambulatoires de premier recours, en contrepartie d'une meilleure collaboration entre professionnels et du développement d'activités de santé publique.

En retraçant la genèse et les péripéties d'un projet de MSP, l'article montre comment son élaboration, inscrite dans les mouvements évoqués, se saisit d'opportunités locales et provoque des reconfigurations d'acteurs à l'origine de tensions que l'on peut analyser comme des difficultés de « traduction » dans un processus d'innovation (Latour, 1992).

Fondée sur la monographie (5) d'un projet pluri-professionnel de réorganisation des soins primaires à l'échelle d'une commune en zone

(4) Introduite dans la loi du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008.

(5) Cette recherche constitue une partie d'un doctorat en santé publique, mention sociologie, en cours à Paris 11/ED420 (avec le soutien financier de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, INPES).

urbaine sensible (ZUS) (6), où des professionnels libéraux s'engagent dans le développement d'activités de santé publique, l'approche mêle une démarche d'observation participante de mars 2011 à juin 2013 et des entretiens approfondis répétés avec l'équipe initiatrice du projet. Les noms et lieux ont été anonymisés par le recours à des initiales.

Le matériau mobilisé comporte les retranscriptions d'une trentaine d'entretiens individuels et collectifs, les enregistrements audio d'une quarantaine de réunions, les notes prises au cours de discussions informelles, des fils de discussion par mail et des documents produits par les professionnels autour du projet. Ce matériau a été analysé en suivant une approche de sociologie compréhensive et inductive (Strauss, 1992) et codé selon trois dimensions : par catégories ouvertes, puis de façon transversale par types de personnels, ensuite de façon sélective selon la trame d'analyse de la sociologie de la traduction, privilégiée dans cet article.

Le projet étudié est pensé comme une « innovation », c'est-à-dire comme « *l'émergence de nouvelles pratiques sociales* » nécessitant des opérations de « *traduction* » entre différents mondes (Akrich *et al.*, 2006 ; Callon, 1986). Dès sa conception comme lors des étapes suivantes, il met en relation, donc en « réseau », divers acteurs impliqués à différents titres — médecins, paramédicaux, élus locaux — selon une configuration « émergente » (et non « consolidée ») dans laquelle « *identités, intérêts et compétences sont le résultat de traductions provisoires et expérimentales* » (Callon, 1999 : 41). On y distingue aisément, en effet, les étapes successives de « problématisation », d'« intéressement des acteurs », d'« enrôlement » et de « mobilisation des alliés ». Au niveau communal, ce projet résulte d'un processus d'action collective se déployant autour de phases de « transcodage » visant à « *rendre gouvernables* » (Lascoumes, 1996) les problèmes médicaux locaux. La mobilisation progressive des professionnels de santé et des politiques induit l'« *agrégation de positions diffuses* », tandis que l'expérience d'éducation thérapeutique associée au projet favorise tout à la fois le « *recyclage de pratiques établies* » et la « *diffusion élargie des constructions effectuées* ». L'appel à un consultant externe incitera à la « *structuration des audiences de décision* » (Lascoumes, 1996 : 336).

Ce projet d'innovation est porté par des médecins insatisfaits qui, après un « diagnostic », « prescrivent » un nouveau modèle d'organisation et se saisissent d'opportunités pour le faire exister. Ces points seront examinés avant de retracer les péripéties du projet.

(6) En 2000, cette commune était dotée d'une population jeune (deux tiers des 33 000 habitants ayant moins de 40 ans), à majorité ouvrière (31 %), avec une forte proportion d'étrangers (24 % contre 6 % à l'échelle nationale et 16 % dans les CUCS) et une fragilité économique importante (le taux de chômage atteignant 50 % dans certains quartiers).

L'origine et les objectifs du projet

Ce projet de réorganisation des soins primaires prend place dans un contexte communal d'offre de soins caractérisé par une densité médicale inférieure à la moyenne régionale, un vieillissement des médecins de premier recours (41 % ont plus de 55 ans) et un renouvellement insuffisant de certaines catégories de professionnels de santé. La municipalité offre par ailleurs plusieurs « espaces de quartiers », lieux communaux de convivialité proposant des activités socioculturelles, sportives et d'accompagnement éducatif et social. Elle est impliquée dans le domaine de la santé à travers un Atelier santé ville et l'organisation d'actions préventives et éducatives.

Trois médecins généralistes sont à l'origine du projet : une femme et deux hommes âgés de 50 à 60 ans. Ils sont installés dans deux cabinets de groupe de quatre médecins chacun. À côté de leur pratique clinique, la première est chargée de mission dans un syndicat de médecins généralistes et élue municipale (médecin A), le second travaille à mi-temps pour la mairie après des années de syndicalisme médical (médecin B) et le troisième a des activités d'enseignement universitaire et de recherche dans une société savante médicale (médecin C). Les deux premiers ont une expérience de plus de vingt ans dans la formation médicale continue.

Tous trois ont progressivement intéressé à leur projet une vingtaine de professionnels de santé libéraux, rassemblés en association : cinq autres médecins généralistes (soit tous leurs associés, âgés de 40 à plus de 60 ans), six infirmières libérales d'âges variés appartenant à deux cabinets, deux kinésithérapeutes diplômés depuis moins de 10 ans (l'un, originaire de la commune, en cours d'installation, l'autre travaillant dans plusieurs structures), deux jeunes diététiciennes, un jeune podologue, un médecin biologiste et quatre dentistes.

Un constat social et sanitaire localement alarmant

Les initiateurs du projet justifient leur démarche par des difficultés croissantes dans leur travail quotidien liées, d'une part, à la vulnérabilité sociale et aux besoins de santé accrus de la population, d'autre part, à une évolution démographique professionnelle défavorable et, enfin, à une organisation inadéquate du travail en soins primaires. Si leur constat rejoint ceux régulièrement repris par la profession ou dans la presse, il s'enracine fortement dans le contexte local. Leur discours oscille ainsi entre une référence à leur propre expérience et des opinions générales sur la profession.

Premièrement, la population de la commune, est décrite comme « précaire, fragile » :

- A : « *Les inégalités sociales de santé, c'est au cœur parce qu'on voit bien que même s'il y a les problèmes d'accès aux soins, financiers et autres, au-delà il y a les refus de soins, il y a le problème des pauvres ou moyens pauvres qui ne sont pas en CMU et qui n'ont pas les moyens d'avoir des mutuelles...*

- B : *Il y a les conditions de vie aussi.*

- A : *Les habitudes culturelles...*

- B : *Le travail.*

- C : *Le transport, pour Roissy c'est trois heures pour y aller, trois pour revenir... pour faire le ménage !* » (entretien collectif, 2011).

Ses principaux enjeux de santé sont l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques dont le diabète, l'hypertension artérielle et les maladies dégénératives de type Alzheimer, ainsi que la prise en charge des personnes âgées dépendantes, mais aussi celle des travailleurs migrants vieillissants, dont la commune abrite trois foyers. Pour eux, le traitement *a priori* complexe des facteurs de risque et des maladies chroniques se double ici de difficultés sociales et culturelles :

- B : « *(Nos patients) sont hypertendus, diabétiques, hypercholestérolémiques, donc le problème c'est vraiment comment on gère la bouffe alors que ... ils sont Africains, Maghrébins, avec des niveaux socioculturels où quelquefois avec la langue ils ne comprennent pas bien... et nous on ne comprend pas bien, aussi, comment ils vivent et comment ils mangent !*

- A : *Mais il y en a aussi qui sont Français et pas bien équilibrés, parce que ça touche aux conditions sociales, aux conditions socio-économiques* » (entretien collectif, 2011).

Ces particularités ont, selon eux, pour conséquence l'absence de suivi de leurs recommandations et l'échec des prises en charge. En outre, l'intrication fréquente de plusieurs pathologies alourdit le contenu des consultations, d'autant plus que les patients ont été formés à gérer seuls certaines situations simples qui auraient auparavant suscité une consultation courte. « *Si tu informes, tu éduques un peu tes patients, il y a plein de choses que tu ne vois plus (...) Mais le problème, c'est que du coup, heureusement qu'il y a encore des gens qui continuent à venir pour des choses très simples ! (...) Parce que sinon, on n'y arriverait pas...* » (médecin A, 2012).

Parallèlement, ces médecins sont préoccupés par la démographie décroissante des professionnels de soins primaires dans la commune. « *Dans 5 ans ou 10 ans, il y aura 50 % de professionnels en moins* » (médecin C, 2011), ce qui est attribué à un manque d'attractivité de la commune (Bloy, 2013) : « *Il y a des jeunes qui veulent s'installer mais on*

ne leur offre pas les conditions pour que ce soit une installation intéressante » (consultant, 2011) et renforcé par l'insécurité, « *un vrai problème qui aggrave les conditions d'exercice et le manque d'attractivité des quartiers des banlieues populaires* » (médecin A, 2011). Ce risque a ici une réalité : suite à une agression à main armée subie dans son cabinet début 2013, une jeune femme généraliste a décidé de quitter la commune où elle exerçait depuis 3 ans, entraînant le départ de son associée. Est évoqué aussi, du fait de la pénibilité, le risque de départ avant l'âge de la retraite de médecins « *qui préfèrent aller faire médecine du travail ou n'importe quoi d'autre. Il y en a quand même pas mal qui dé-plaquent à 50 ans* » (médecin B, 2011). L'un des porteurs du projet dit ainsi avoir envisagé lui-même d'aller exercer ailleurs dans une MSP, mais y avoir renoncé par solidarité avec ses confrères locaux. Il évoque une dégradation matérielle de ses conditions de travail : « *Même en cabinet de groupe on a de plus en plus de mal à s'adapter. On cherche à ne pas avoir de dépenses alors qu'on devrait dépenser plus... Quand je vois nos cabinets... c'est la misère !* » (médecin C, 2011)

Enfin, tous estiment que l'organisation de leur travail quotidien n'est plus adaptée aux besoins actuels des patients et aux attentes des pouvoirs publics : « *Notre métier a changé (...) On a de plus en plus de difficultés à s'adapter (... Les pathologies, ce qu'on rebalance sur la médecine ambulatoire, la prévention... il faut en faire des trucs, on ne peut plus, là ! Tout l'administratif aussi...* » (médecin C, 2012). En matière de prévention, par exemple, l'un dit se trouver « *en difficulté. Je suis dans une population qui est très hétérogène (...) Il y a des barrières linguistiques, des barrières de compréhension intellectuelle... et puis on voit des maladies, donc ça fait beaucoup de choses* » (médecin C). Un autre souligne le manque de temps pour ces activités : « *C'est évident que les médecins ont besoin d'autres intervenants (...) Même si on leur trouvait des rémunérations forfaitaires pour faire de l'éducation thérapeutique, je ne suis pas sûr qu'ils aient le temps dans nos banlieues* » (médecin B), tout en déplorant que les ressources mises à disposition par l'ASV (7) ne soient pas plus mobilisées.

Porteurs pour une part d'un discours convenu reprenant certains points largement discutés dans la profession (Letourmy, 2013) comme le paiement à l'acte : « *Ce n'est pas sur un schéma de médecine libérale,*

(7) Permanences de diététicienne, ateliers cuisine, consultations de psychologue sur l'alimentation, groupes de parole sur la connaissance du corps et la prévention des cancers, écoute et soutien psychologique pour les résidents du foyer de travailleurs migrants...

payé à la consultation, 15 minutes par séance... en gros un schéma d'organisation pour la pathologie aiguë, qu'on va pouvoir prendre en charge correctement des pathologies chroniques lourdes » (médecin C, 2012), ou comme l'isolement, ils expriment le besoin de repenser leurs routines de travail en leur donnant une dimension interprofessionnelle plus forte : « au niveau du cabinet j'aimerais qu'on ait plus de pratiques collectives, des nouveautés qui relancent notre façon de travailler au quotidien (...) L'ordonnance (...), ça ne suffit pas à bien soigner nos diabétiques (...) On a besoin de diététiciennes, on a besoin de psychologues, on a besoin de pédicures (...) qui vont nous aider à prendre en charge les patients » (médecin A, 2011). Ils jugent la coordination médico-sociale également insuffisante : « C'est pas des problèmes médicaux au sens strict ou des problèmes de médicaments, c'est vraiment de la coordination humaine qui nous manque... par exemple sur la pédiatrie avec des enfants un peu difficiles, ou des familles en situation précaire avec des jeunes enfants... » (médecin C, 2012).

Une finalité sociale et sanitaire sous-tendue par des enjeux professionnels et des trajectoires individuelles

Dans leur « problématisation » des enjeux (Callon, 1999), ces médecins innovateurs donnent ainsi à leur projet une double finalité : faciliter l'accès aux services de soin et de santé publique, et améliorer les conditions d'exercice pour favoriser l'installation de jeunes médecins et paramédicaux, ce qui passe selon eux par un positionnement différent des acteurs de soins primaires.

Pour l'un, ce projet s'inscrit en droite ligne de son engagement de plus de vingt ans pour « créer un système d'organisation des soins qui permette l'accès aux soins » à travers un militantisme syndical qu'il décrit comme « un rôle politique, pas un rôle corporatiste » (médecin B, 2012), puis à travers l'activité qu'il a développée dans le cadre de l'ASV. Il s'agit également de préserver les principes et valeurs du système comme l'indique un kinésithérapeute : « Ce qui m'intéresse dans ce projet, ce sont les valeurs. Je suis attaché à un système de soins socialisé accessible à tous et je veux m'investir pour son maintien ». Le consultant auquel les médecins ont fait appel le formule alors en termes de « cohésion sociale, une question fondamentale (liée à) l'accès aux soins, (justifiant de faire) des focus dans des ZUS (pour jouer sur) la capacité d'accès aux soins financière mais aussi culturelle et géographique ». Ce faisant, ce projet s'inscrit dans la perspective politique qu'ouvre la loi HPST pour l'offre de soins libérale, faisant « de l'accès aux soins le symbole d'une véritable

citoyenneté et d'une insertion sociale » (Schweyer, 2010b : 399) dans lequel le développement des maisons de santé peut être vu comme « *une urgence citoyenne* » (Dépinoy, 2011).

La seconde finalité, pragmatique, celle du maintien d'une offre de soins dans leur commune, est annoncée dans une lettre d'information à l'intention des professionnels : « *l'enjeu est d'améliorer l'accès à la santé de nos patients par une bonne utilisation des ressources existantes, d'apporter qualité et confort aux professionnels... à condition qu'il en reste sur notre ville* ». Mais il s'agit aussi de pouvoir mieux coopérer avec les autres acteurs locaux.

Rechercher « ce que résout le projet » (Latour, 1992) révèle certains enjeux du positionnement des « soins primaires » et de la « médecine générale » vis-à-vis des autres acteurs du secteur sanitaire et social : des enjeux de visibilité, de légitimité et de rôle dans l'offre de soin et de santé publique, ainsi que dans la formation. Créer une institution (la MSP) à personnalité morale, interdisciplinaire, représentant des pratiques étiquetées soins primaires, vise à les sortir de l'invisibilité et à les constituer en interlocuteur légitime pour les autres structures sanitaires et sociales. « *Il faut que les soins primaires deviennent visibles. Parce que nous on fait des tas de choses mais personne ne le sait. On a du mal à travailler avec d'autres. Donc le but c'est qu'on soit formalisé, visible* » (médecin C, 2011). Les autres sont la municipalité, partenaire incontournable pour légitimer les actions développées et les financer, et les hospitaliers, afin de modifier le rapport de force en faveur des soins primaires. « *On ne veut pas des réseaux qui viennent de l'hôpital et nous imposent des manières de faire et des méthodes de travail. Un certain nombre d'hospitaliers doivent comprendre qu'il faut aussi un peu changer les manières de faire...* » (médecin C, 2012). Vis-à-vis des spécialistes libéraux, il s'agit « *d'arriver à mettre (en place) des moyens pour mieux communiquer* » (médecin B, 2011) et de résister à leur vision dominante du médecin généraliste aux avant-postes d'une médecine centrée sur les spécialités, telle qu'elle transparaît dans le discours d'un gynécologue au cours d'une réunion collective à la mairie en 2011 : « *Il y en a plein ici des généralistes regroupés. Donc je ne vois pas l'intérêt de faire encore une nouvelle structure qui regroupe plus de généralistes (...). Ce qui serait plus intéressant, c'est de faire une grande structure avec plein de spécialistes à l'intérieur et il y aurait des généralistes qui seraient dans chaque quartier, et à chaque fois qu'ils ont un souci, ils ré-adressent à la maison des spécialistes* ». Enfin, le rôle de l'équipe de soins primaires dans la formation initiale et continue des soignants est pensé dans ce projet : « *Le département de médecine générale a besoin de médecins qui puissent encadrer des thésards. (La MSP) c'est idéal. Et pour les médecins, petit à petit, leur donner des*

moyens d'encadrement (...) En profiter aussi pour que la thèse soit un moyen de donner une culture scientifique aux médecins » (médecin C, 2012). L'identité de la médecine générale (Bloy, 2010a) trouve ici un terrain favorable pour s'affirmer avec la création d'une « nouvelle élite médicale » en médecine générale, liée à l'université mais se repositionnant autour d'un lieu extrahospitalier défini (Schweyer, 2010b). Mais la dimension de formation dépasse localement les seuls généralistes et est pensée en lien avec une école d'infirmières et une école de secrétaires médicales, positionnant les MSP comme des structures « *appelées à devenir les CHU de la proximité* » (8).

Un modèle de soins primaires fondé sur une mosaïque de principes généraux et personnels

L'atteinte de cette double finalité sociale et sanitaire passe dans ce projet par un nouveau modèle de prise en charge construit à partir de trois sources d'inspiration « *agrégant des positions diffuses* » (Lascombes, 1996 : 336-337) : des principes issus de certains travaux récents de refondation de la médecine générale, des concepts de santé publique et l'opposition à des modèles « *repousseurs* ». Toutefois, si ces principes renvoient parfois à des modèles historiques anciens comme ceux de la médecine sociale et hygiéniste du XIX^e siècle (Pinell et Steffen, 1994), ou des centres de santé de l'après-guerre (Steffen, 1985), les promoteurs du projet n'y font pas explicitement référence. Les modèles mobilisés et l'utilisation très personnelle qui en est faite révèlent une vision habitée par la situation politique, par les positions professionnelles des acteurs et par le type de patients suivis.

Leurs propositions prennent en premier lieu explicitement appui sur des modèles conceptuels envisagés depuis une vingtaine d'années, que certains des porteurs ont contribué à faire émerger. « *Sur le référentiel métier, dans les années 1995, on avait travaillé avec des consultants en sciences humaines et on avait un comité de pilotage avec d'autres médecins d'autres organismes (...), tout ce qui est maintenant en train de bouger, conceptuellement c'était déjà là-dedans...* » (médecin A, 2012). Ils se saisissent donc d'un contexte favorable pour mettre à l'épreuve ces principes dans des modèles organisationnels innovants. « *On expérimente en*

8) Comme cela a été évoqué lors d'une table ronde sur l'exercice pluri-professionnel en soins primaires animée en 2009 par la Haute autorité de santé.

grandeur nature, ici ! C'est intéressant parce qu'on travaille sur les concepts en même temps qu'on travaille sur la réalité » (médecin A, 2012). Dans ce projet de MSP, on retrouve aussi la plupart des principes affirmés par les enseignants de médecine générale dans le référentiel publié en 1996 (Pouchain *et al.*, 1996), comme par exemple « l'approche globale » posée ici comme un préalable à toute prise en charge : « *Ici on ne peut pas faire autrement, nous-mêmes professionnels de santé nous sommes en difficulté permanente pour le soin si on ne prend pas la dimension culturelle, sociale en compte* » (médecin C, 2011).

Ce projet de MSP renforce également l'intégration de concepts de santé publique présents dans le référentiel de 1996, en faisant référence à la fois au domaine de pratiques de l'« éducation pour la santé » et à de nouvelles manières de penser les prises en charge, mobilisant les notions d'« approche par population », de « parcours du patient » ou d'« approche par territoire », qui répondent aux objectifs énoncés dans la loi HPST. D'une part, il s'agit de faire appel à des approches « éducatives » pour répondre aux inégalités sociales de santé, aujourd'hui fortement médiatisées sous l'acronyme ISS : « *Ce qui peut être intéressant dans ce projet, parce que nous sommes à X, c'est l'interaction de ces questions : éducation pour la santé et ISS. Comment par la formation, l'éducation, l'éducation pour quels sujets on peut influencer sur les ISS ?* » (médecin A, 2011) ; mais aussi pour « *gâcher un peu moins d'argent, se ré-apercevoir que le relationnel, l'accompagnement, c'est majeur* » (médecin C, 2011). D'autre part, le projet s'approprie un raisonnement de « santé publique » en essayant de penser de front une approche par population et une approche territoriale, qui toutes deux imposent une articulation, une coordination entre les acteurs :

- C : « *Il faut qu'on garde vraiment la vision globale du système, et pas par pathologie, ça n'a aucun sens !*

- A : *Donc il faut qu'on ait quelque chose sur les maladies chroniques, sur les personnes âgées, et puis peut-être autour de la dépendance... et la dépendance, ça s'articule forcément avec les réseaux plus ou moins proches (...). Parce qu'au niveau de la médecine générale, il faut qu'on ait des types de patients et des types de prises en charge où on regroupe un certain nombre de pathologies (...). Dans une vision transversale, ça va correspondre peut-être à des équipes de travail différentes, parce que les prises en charge sur les patients, in fine, ne sont pas les mêmes. Et les intervenants ne sont pas les mêmes non plus. Et les territoires non plus (...). Parce que les maladies chroniques c'est : formation, éducation, suivi... Tu as à la marge l'hôpital... tu vois un spécialiste.*

- C : *Oui, uniquement dans les cas graves.*

- A : *Tu as la géronto... toutes les personnes âgées avec des problèmes spécifiques, la dépendance, (... donc) la proximité sur X (la commune), sur D (structure de coordination médico-sociale), sur l'hôpital, sur les institutions de la personne âgée. Après tu as la personne dépendante jeune, et alors là tu as beaucoup plus le lien avec l'hôpital, tu as E (réseau de soins palliatifs)... et là tu as moins de proximité finalement par rapport aux acteurs locaux.*

- C : *Oui, parce que là on va gérer ça sur un territoire un peu plus large » (entretien collectif, 2011).*

Cet investissement dans une approche par territoire, qui prend une importance croissante depuis une dizaine d'années dans les politiques publiques (Lucas-Gabrielli et Coldefy, 2013), constitue un point central du projet. Vollaire rappelle, suivant Foucault, que le « *territoire, c'est sans doute une notion géographique, mais c'est d'abord une notion juridico-politique : ce qui est contrôlé par un certain type de pouvoir* » (Vollaire, 2013 : 29) tout en soulignant que c'est aussi un lieu de contre-pouvoir, d'où l'importance pour les médecins généralistes engagés dans le projet de maîtriser la définition des thématiques et des territoires.

Enfin, ces médecins innovateurs marquent leur opposition à des modèles « repousseurs », trop proches pour eux des modèles par pathologie ou spécialité. C'est le cas, par exemple, pour l'approche dite d'« *éducation thérapeutique du patient* » (ETP) promue depuis 2007 par les autorités de santé, qui, selon eux, cloisonne les acteurs autour de pathologies tout en les mettant en concurrence pour obtenir des financements. Ils préconisent au contraire de réorienter ce « *concept à la mode (... vers) la prise en charge collective et au long cours des pathologies chroniques : suivi coordonné, qui fait quoi pour le patient, comment ça s'articule, comment on se coordonne autour d'un patient...* » (médecin A, 2011).

Un idéal organisationnel « en étoile » centré sur une équipe de soins primaires et un réseau local

« *Tenter d'insérer (ces principes) dans les dispositifs intellectuels et pratiques existants pour en faire des problèmes traitables* », en « *recyclant des pratiques établies* » (Lascoumes, 1996 : 336-337) nécessite, selon ces médecins, une organisation centrée sur une équipe de soins primaires, liée à un « territoire », répondant aux enjeux de positionnement des soins primaires au sein du système de santé. « *Notre concept, c'est l'équipe de soins de proximité, avec les acteurs de premier recours. C'est eux qui doivent prendre en charge un certain nombre de choses qui concernent le patient en proximité. Pour ça, il y a besoin d'une certaine*

formalisation de l'équipe ou des équipes, et d'appui ou de structures d'appui, soit en proximité, soit sur un territoire plus large selon les sujets, pour nous aider justement à la coordination, à l'éducation (...), et on voudrait des permanences pour l'articulation avec les fonctions médico-sociales et avec des fonctions aujourd'hui remplies par l'ASV » (médecin A, 2012). L'équipe de soins primaires représente un noyau de pratiques qui prend son sens en tant que point d'interface dans lequel s'articulent des activités sanitaires de premier et de second recours et des activités sociales, constituant un espace ressource pour tous les acteurs concernés. « *Ce qui compte ce n'est pas tellement la maison et les murs... il y en aura ! C'est plutôt un truc en étoile, c'est-à-dire une maison avec des professionnels et des ressources, type ASV, et que ça soit en réseau avec les professionnels qui ne seront pas dans la maison et dans les murs* » (médecin A, 2011). Les acteurs du projet ont pour la plupart déjà expérimenté des organisations innovantes qui leur ont donné envie de transférer ces expériences, en particulier celle du dépistage des cancers féminins où ils se sont « *appuyés sur le social, l'animation dans les Espaces de quartier...* » (médecin A, 2011) et celle du réseau E de soins palliatifs (qui « *nous a fait découvrir une autre façon de travailler, beaucoup plus efficace pour nos patients, et pour nous c'était un confort* » (médecin C). Cependant seuls certains types de réseaux sont considérés comme des modèles organisationnels pertinents pour les acteurs de soins primaires : « *Le principe des réseaux, oui ! Mais les réseaux thématiques, non ! (...) ça a été un outil d'organisation pour mettre les gens en dynamique, en équipe, en coopération, en formation... Mais cette vision est conceptuellement absolument incompatible avec la médecine générale. Donc on se retrouve beaucoup mieux maintenant sur tout ce qui est réseau de santé sur un territoire, ça oui ! Mais en même temps, notre analyse politique là-dessus, c'est que (...) tous ces réseaux ils oublient un peu entre guillemets les soins primaires. En fait c'est un court-circuitage* » (médecin A, 2012).

Mais le changement souhaité n'est pas que pour les autres et un aspect notable de ce projet est l'affirmation de la nécessité d'un changement de « culture professionnelle » : « *Quand on est médecin, même si on a envie de faire quelque chose de différent, on est toujours porteur, qu'on le veuille ou non, d'une culture très médico-centrée... libéral-centrée... mon patient, etc. Donc il va falloir lutter contre nous-mêmes pour réussir ce changement culturel dans les pratiques... c'est probablement le plus dur d'ailleurs ! (...) Donc il y a des éléments qui vont être directement liés à ce qu'on va réussir à construire comme mode de fonctionnement entre nous, les places qu'on va savoir donner à chacun, etc.* » (médecin C, 2012).

Les péripéties de la mise en œuvre du projet

Pour promouvoir leur projet et le faire avancer, ses porteurs vont utiliser leurs multi-positions sociales (soin, engagement municipal, militantisme syndical, enseignement et recherche) comme un atout pour « mobiliser un cercle élargi d'alliés » (Callon, 1986 : 193) et se saisir de toutes les opportunités pour une « diffusion élargie des constructions effectuées » (Lascoumes, 1996 : 337).

Dans la commune de X, l'impulsion politique donnée par la loi HPST a motivé la préfecture. Après une étude démographique en 2008 (9) et une première tentative malheureuse de mobilisation des professionnels et des élus locaux, « la préfète a commencé à dire qu'il était quand même curieux que dans des villes comme les nôtres il n'y ait pas un mouvement sur une maison de santé pluridisciplinaire (...) Elle m'a téléphoné et nous a redonné une dynamique, nous avons réinvité les gens, et là c'est reparti. En fin de compte c'est bien la décision d'État qui nous a permis de dire qu'il y avait quelque chose à faire » (médecin B, 2011).

Porteurs d'une réflexion sur l'efficacité des soins et la santé publique, ces médecins innovateurs créent mi-2010 une association Loi 1901 ayant pour objet la réorganisation de l'offre de soins au niveau de la commune et vont accéder cette même année à une enveloppe nationale régionalisée visant à moderniser l'offre de soins de premier recours (10), puis en 2011 à des financements de l'Agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances (Acsé) fléchés vers les ZUS.

Localement, les enjeux de régionalisation de la politique de santé (l'ARS soutient ce projet comme un « modèle » unique dans la région) rejoignent ceux de la politique de la ville et de l'aménagement du territoire (la commune a reçu une dotation importante dans le cadre du Projet national de rénovation urbaine) (11), qui rencontrent opportunément les contraintes matérielles de « mise aux normes » des cabinets des professionnels de santé.

Le projet prend alors place dans une configuration d'acteurs moins exposés aux tensions de concurrence depuis la diminution des effectifs, et

(9) Proposée gratuitement par l'association Regroupement implantation redéploiement (RIR) d'Île-de-France liée aux Unions régionales des professionnels de santé.

(10) Il s'agit du Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS), dotation sur 3 ans qui sera intégrée à partir de 2011 dans le Fonds d'intervention régional (FIR) géré par les ARS.

(11) Loi d'orientation et de programmation pour la ville et la rénovation urbaine du 1^{er} août 2003, dite loi Borloo.

dans laquelle des blocages locaux liés aux positions syndicales de certains généralistes sont progressivement levés du fait de la démographie et grâce à l'intervention du consultant : « *Le plus gros succès de ma mission, c'est d'avoir permis que des gens qui étaient contre deviennent neutres* » (consultant, 2011).

Rendre visibles les nouvelles pratiques envisagées

À côté de la recherche de financements publics, la phase de préparation du projet repose, d'une part, sur un travail étroit avec la mairie et l'ARS pour l'inscrire dans les dispositifs et politiques de santé locaux (le projet sera inscrit dans le CUCS et le CLS en 2011) et, d'autre part, sur la réalisation d'un « diagnostic d'opportunité » confié par l'association des professionnels à un consultant en santé publique rémunéré grâce au FIR. Ce dernier, après avoir rencontré une cinquantaine d'acteurs locaux, propose une mise en forme du projet dont il reformule l'objectif. Il s'agit de « *pérenniser l'offre de soins sur le territoire, et mettre en place les conditions d'une pratique mieux coordonnée et plus adaptée à une population à la composition plurielle mais en majorité fragile vivant dans la ZUS et alentours (... et) réduire les ISS (... par) une meilleure prise en compte de la population défavorisée dans le cadre d'un accès amélioré aux soins et aux activités de prévention* ». L'association désigne en 2011 un comité de pilotage comprenant une infirmière (nommée présidente) et trois médecins généralistes. Ce comité d'« *activistes* » (selon les termes de B) se donne deux axes de travail :

- impulser une dynamique collective de maison de santé, pour mobiliser un noyau de professionnels médicaux et paramédicaux sur un objectif de regroupement physique dans un local unique. Cette partie implique huit médecins généralistes, un biologiste, quatre infirmières, deux diététiciennes, un podologue, deux kinésithérapeutes et des dentistes. Plus ambitieuse conceptuellement et dans ses conditions de réalisation, elle occupe une place majeure dans le développement politique et médical du projet ;
- initier une dynamique dite de pôle de santé, c'est-à-dire une mobilisation de l'ensemble des professionnels sanitaires et sociaux des secteurs public et privé du territoire autour de l'amélioration des « parcours de soins ». Un des premiers travaux interprofessionnels est un programme d'ETP sur le diabète en 2012, avec en arrière-plan un travail avec des hospitaliers et des réseaux sur une meilleure articulation des prises en charge, qui débouche sur un colloque en 2013 et la planification de rencontres régulières.

L'association prend ainsi position dans l'offre locale de soins et de santé publique. « *Depuis qu'on est visibles, nous qui avons fait l'association, ça change tout ! Parce qu'il y a une personnalité morale, par exemple l'hôpital contacte l'assoc !* » (médecin B, 2012) Cependant, le projet est freiné et réorienté par une série de difficultés, d'abord sur le plan immobilier puis lors du programme d'ETP.

Péripéties de la maison de santé : des difficultés de traduction entre professionnels de santé et élus locaux

Le comité de pilotage se heurte rapidement à des difficultés immobilières. L'achat d'un local se trouve contrarié par l'absence de soutien financier de la mairie. Ses promoteurs estiment que la MSP répondra à des missions plus larges que le soin et que les espaces réservés à améliorer l'accès aux soins (information, éducation, formation) ne doivent pas être à leur charge : « *Ce n'est pas aux professionnels d'investir pour garantir l'accès aux soins à X et pallier aux difficultés de l'État dans le maintien de soins de premier recours* » (médecin B, 2011). Des surcoûts sont aussi à prévoir pour la localisation de la future maison. « *Si on dit que l'urgence c'est d'être en proximité de la ZUS, il faut que ce soit quelque chose de sécurisé... on ne peut pas demander aux professionnels de porter la sécurité* » (consultant, 2011).

Contrairement à certaines collectivités demandeuses (Bras, 2011), les élus mettent ici en avant les risques de s'associer à un projet non maîtrisé, comme en témoignent les propos du maire dans une réunion en 2011 : « *Il faudrait qu'on ait plus de concret sur le mode d'organisation, la gouvernance et les coûts parce que soit c'est une structure complètement autonome et on ne met aucun financement, soit si c'est une structure autonome qui veut un minimum que les collectivités participent, il faut qu'on sache où nous allons et quels sont les risques* ». Si le maire accorde une préférence d'accès à un futur local dans son programme immobilier, son refus d'intervenir dans la négociation entre les professionnels de santé et le promoteur, puis sa proposition d'un intermédiaire (un investisseur propriétaire de structures de soin) débouchent sur des impasses (des tarifs triplant les charges professionnelles) et l'absence de solution immobilière au bout de 2 ans.

Mais l'agression déjà évoquée d'une jeune médecin généraliste dans la commune vient redonner une actualité au projet. Ses porteurs organisent une grève des soins et une rencontre avec les élus et les associations d'usagers. La médiation faite avec l'appui d'un syndicat de médecins mobilise l'opinion publique, d'autres acteurs et permet d'interpeller les

décideurs. « *D'une certaine manière, l'agression de H a remis notre projet sur le devant de la scène. Et B a vraiment géré ça de main de maître. L'idée d'aller rencontrer la population et pas de faire un truc corporatiste avec des pancartes devant la mairie a permis de faire du buzz en termes de médias, avec une vision partagée avec les citoyens... et d'inviter aussi les associations qui travaillent dans les quartiers et des gens de la mairie* » (médecin C, 2013).

Au même moment, les porteurs du projet font le constat de l'inadaptation de sa gestion et de sa promotion pour plusieurs raisons qu'on peut comprendre comme des difficultés de traduction entre les professionnels de santé et les élus. En effet, leur « *manière de gérer cette histoire avec la municipalité (...), pas officielle avec l'association, mais officieuse* » (médecin C, 2013), s'avère inefficace pour enrôler la mairie : « *B du fait de sa position à l'ASV et A au conseil municipal se sont beaucoup investis avec des relations personnelles au niveau du bureau municipal, du comité technique. Et ils se sont retrouvés dans des positions difficiles qu'ils qualifient eux-mêmes de conflit d'intérêt, avec un certain nombre d'oppositions qu'ils n'avaient pas vues venir de la part des élus* » (médecin C, 2013). De plus, l'approche se révèle insuffisamment « outillée » : « *On ne s'est pas mis dans un mode de fonctionnement complètement professionnel... on est des médecins... on n'est pas des professionnels de la finance, des professionnels des arcanes politiques, au sens de... la vraie politique (...). Les médecins ont quand même un côté naïf ! Quand l'ARS nous dit : "mais est-ce que vous avez présenté un plan financier ?", A répond "oui, voilà, on a fait nos calculs, j'ai un tableur excel". On voit bien qu'on n'est pas dans le même monde !* » (médecin C, 2013). La délégation territoriale de l'ARS (12) qui, jusque là, suivait le projet de loin, se propose comme médiateur ou traducteur : « *L'ARS nous a fait remarquer qu'on avait un projet médical mais que sur le projet de financement on n'était pas dans les clous, on faisait ça comme des amateurs (...) alors qu'en réalité il faut monter un projet estampillé République française... donc en fait un projet financier, un business plan, etc. Et donc l'ARS nous dit deux choses, d'une part, qu'ils étaient là pour nous aider à faire ça et, d'autre part, prévoir une grande réunion à l'ARS avec eux, le préfet, le maire et l'association pour voir où sont les points bloquants, comment on peut avancer* » (médecin C, 2013).

Le comité de pilotage décide en 2013 d'adopter une stratégie de gestion du projet plus « officielle » : « *L'association revient au premier plan*

(12) Représentée par la directrice de la délégation territoriale, son adjointe et des membres du département « Ambulatoire et services aux professionnels » au sein du pôle « Offre de soins et médico-social ».

des contacts avec l'équipe technique de la mairie » (médecin C, 2013). Le médecin C reprend la présidence de l'association (13) et devient le porteur principal du projet à la place du médecin B. En complément, ce pilotage « professionnel » prend appui sur la mairie et l'ARS, ainsi enrôlées dans l'innovation, et sur une nouvelle sollicitation par l'association du consultant, qui intervient comme « traducteur » expérimenté (14), grâce aux crédits du FIR.

***Péripéties du pôle de santé :
des traductions délicates entre professionnels de santé***

Le programme d'ETP pour les personnes diabétiques constitue la première offre issue de l'association des professionnels. Bien que n'adhérant pas sans réserve au modèle qui sous-tend le développement national de l'ETP, les trois porteurs s'emparent avec pragmatisme des financements disponibles dans ce domaine, avec un « objectif double : créer une dynamique au-delà des professionnels de la future MSP et travailler ensemble sur un projet commun, l'ETP, dans l'attente d'un local » (médecin B, 2012). Des alliances à visée stratégique sont contractées entre médecins, paramédicaux, intervenants en éducation pour la santé et administration, suite à une proposition faite à l'association fin 2011 par la directrice du Comité départemental d'éducation pour la santé (CODES), qui avait déjà collaboré avec certains. L'association obtient une autorisation provisoire de l'ARS et un financement d'un an sur des crédits d'État (15) pour créer ce programme d'ETP.

Le comité de pilotage ETP mis en place en 2011 comprend les trois médecins innovateurs, l'infirmière alors présidente de l'association, deux diététiciennes et une anthropo-nutritionniste (16). Une co-coordination est assurée par le médecin B, responsable du projet et chargé du lien avec les

(13) Faisant le « constat que dans des négociations avec des confrères hospitaliers, avec des décideurs, la position de l'infirmière n'était pas facile » (médecin C, 2013).

(14) Les consultants contribuent à l'« invention d'un dialogue » entre médecins libéraux et élus locaux (Bourgeois, 2012).

(15) Une « queue de budget » (médecin B) est allouée par l'Acsé à l'association, qui calibre son projet sur la prise en charge de 60 patients en fonction du montant disponible.

(16) Chargée de projets de prévention dans un comité départemental d'éducation pour la santé, après un double parcours de formation en anthropologie sociale et culturelle et en nutrition, elle est également diplômée en ETP.

médecins, et l'infirmière, faisant le lien avec les autres professionnels. Tous les professionnels de santé libéraux de la commune et un diabétologue hospitalier sont conviés au lancement du programme et appelés à y participer. Parmi les vingt-huit médecins généralistes exerçant dans la commune, douze sont volontaires pour recruter des patients. Ils leur présentent le programme comme « *un moment pour faire le point et apprendre des choses sur leur maladie avec d'autres professionnels de santé* » et leur font signer un formulaire de consentement. Chaque patient est joint au téléphone par l'infirmière coordinatrice qui lui propose un entretien initial puis une à six rencontres individuelles et/ou collectives sur des thèmes variés : « alimentation », « diabète et Ramadan », « activité physique et soins des pieds », « vivre avec le diabète »... Ces rencontres, organisées dans les Espaces de quartier mis à disposition par la mairie, sont animées par les diététiciennes et l'anthropo-nutritionniste, avec le concours ponctuel d'autres paramédicaux (podologue, éducateur médico-sportif, psychologue, etc.).

L'évaluation au bout d'un an, menée par deux médecins du comité de pilotage et deux étudiantes en médecine générale dans le cadre de leurs thèses d'exercice, qui participe à la « *structuration des audiences de décision* » (Lascoumes, 1996 : 338), conclut à la faisabilité du programme, au prix d'un lourd investissement au détriment du projet de MSP. Le recrutement des patients nécessite une forte mobilisation de médecins pas tous convaincus de l'intérêt du programme et un important travail d'animation et de coordination pour l'infirmière. Si les liens antérieurs avec les Espaces de quartier s'avèrent facilitateurs, le calendrier financier très serré s'accorde mal avec la lourdeur du programme et l'interruption des vacances d'été et du Ramadan. De plus, ce programme qui visait à « *faire travailler ensemble les professionnels de la commune* » aboutit de façon paradoxale à une délégation par les médecins des pratiques préventives et éducatives à une équipe de paramédicaux libéraux et de professionnels du CODES. Le chef du service de diabétologie de l'hôpital local, sollicité comme référent, se retire rapidement devant son incapacité à infléchir le programme vers sa vision de l'ETP. Et si les diététiciennes y trouvent leur place, ce n'est pas le cas des infirmières et pharmaciens. « *J'ai demandé à être positionnée comme la coordinatrice (du programme d'ETP). Parce qu'autrement on a très peu de rôle au niveau de ce projet. Et donc j'ai dit clairement à B (médecin) que dans son projet, concrètement, je ne voyais pas la place de l'infirmière, ou alors très petite... que j'étais pas forcément contente* » (infirmière, 2012). Malgré son intérêt et son engagement

dans ce projet, l'infirmière se retire de la coordination (17) au bout de six mois (juillet 2012) en faisant valoir son insatisfaction vis-à-vis de son « rôle de super-secrétaire » et de l'absence d'accès pour elle à la formation et à la pratique de l'ETP avec les patients comme prévu initialement.

Les difficultés de la collaboration ne sont pas moindres entre l'équipe éducative et les médecins recruteurs : « *Il y a un manque de communication entre coordinatrice et médecins dans les deux sens. L'absence de contact direct est un frein* » (diététicienne coordinatrice ayant remplacé l'infirmière, 2013). « *Ça circule beaucoup entre les médecins mais ce n'est pas un projet construit collectivement et le rôle de chacun n'était pas suffisamment défini* » (anthropo-nutritionniste, 2013). L'une des origines de ces difficultés était déjà constatée à la fin des années 1990 au Québec à propos du fonctionnement des services de santé de premier recours ayant pourtant la collaboration pour objectif : « *le système professionnel a une influence majeure sur la collaboration en ce qu'il propose une logique qui s'oppose à la logique de la collaboration* » (d'Amour et al., 1999 : 69-70).

Le programme d'ETP constitue néanmoins une première étape dans la constitution d'une équipe pluri-professionnelle, car les intervenants se sentent soutenus par les personnes diabétiques, désireuses d'une suite. Les médecins recruteurs reconnaissent une « dynamisation » de la relation avec ces patients et l'ouverture d'échanges (Génolini et al., 2011) qu'ils « *n'auraient pas cru possibles* » (médecin C), ainsi qu'une « *re-motivation* » (médecin A) de certains. Enfin, les acteurs de la future MSP perçoivent l'émergence d'une « *dynamique forte* » (diététicienne coordinatrice), qui leur permet, en 2013, d'obtenir l'autorisation de l'ARS pour un nouveau programme d'ETP. Simplifié dans son contenu et élargi dans son recrutement, celui-ci est porté par des intervenants uniquement libéraux et de proximité (intégration d'infirmières, de pharmaciens et de médecins, mais arrêt de la collaboration avec le CODES) (18), avec un cofinancement de l'ARS (19) et de la Caisse primaire d'assurance maladie pour un an. Cette expérience se présente ainsi comme un jalon essentiel du projet de MSP.

(17) Et simultanément de la présidence de l'association.

(18) Avec un budget moins généreux que celui de l'Acsé et inférieur à la demande initiale des professionnels, la participation du CODES est remise en question car son coût est supérieur à celui des autres intervenants et sa présence n'est plus indispensable pour obtenir l'autorisation de l'ARS, une diététicienne de l'équipe ayant suivi une formation à l'ETP.

(19) Attribué au titre du FIR par la cellule « Prévention et promotion de la santé » du pôle « Santé publique ».

Conclusion : paradoxes et enseignements d'une innovation médicale en actes

Ces médecins généralistes « entrepreneurs innovateurs », aux parcours professionnels et personnels singuliers, ont incorporé au fil de leur expérience une forme d'activisme. Si cette figure, proche de celle des médecins « réformateurs » décrits dans d'autres disciplines (Marks, 2000), est fréquemment observée en médecine générale (Baszanger et Bungener, 2002), il est pertinent de l'associer ici, du fait de l'âge des porteurs de ce projet, à celle des jeunes « médecins de la cité » des années 1980 (Baszanger, 1983). Ces médecins désireux de modifier leur pratique s'investissent, comme d'autres trente ans avant, dans un « *truc de fous* » (médecin C), un projet intégrant une dimension de santé publique nécessitant des engagements multiples et la capacité de construire des alliances professionnelles, politiques, syndicales et universitaires. Déjà riches de positions et de dispositions complémentaires, ces médecins-innovateurs ont dû acquérir de nouvelles compétences, notamment dans la gestion d'une association Loi 1901 qui sollicite des financements publics et rémunère des prestations de travail pluri-professionnel, d'ETP, de conseil, d'évaluation et de recherche, mais aussi dans la gestion de projet et l'animation d'acteurs pour « mettre en forme » l'innovation. Ces médecins ont aussi dû rallier au projet les compétences d'autres acteurs, parmi lesquelles des compétences financières, immobilières et politiques détenues par l'ARS, par la mairie et par des consultants pour traduire le projet sous une forme acceptable par les autorités. Le vocabulaire mobilisé par les acteurs reflète leurs tentatives de traduction entre plusieurs domaines de pratiques, ceux de la clinique, de la santé publique, des politiques, des managers, des financiers et même des sciences sociales. Ainsi, la terminologie managériale et gestionnaire est portée par les élus locaux, l'ARS et les consultants qui évoquent montage financier, business plan, management, diagnostic d'opportunité, ou encore projet immobilier. Le consultant et certains médecins mobilisent des approches politiques particulières à travers des références à la santé communautaire et à l'éducation pour la santé, finalement peu reprises dans le projet. Le vocabulaire de la santé publique manié par les médecins et par le consultant (parcours du patient, approche par population) vise prioritairement à prendre des distances avec le vocabulaire des spécialités médicales centrées sur une pathologie et à repositionner les soins primaires en utilisant des termes géographiques comme territoire, proximité. Certains termes issus des sciences sociales, comme celui de distance sociale, sont appropriés par les médecins et repris dans la problématisation de leur projet. Par ailleurs, les déplace-

ments itératifs du projet nécessitent une capacité à la re-problématisation, dans un contexte en évolution. Premièrement, le problème démographique s'accroît. Deuxièmement, les dispositifs et les financements se transforment. « *Le contexte de politique de santé va évoluer sensiblement dans les trois ans sur le territoire avec une demande de mutualisation de l'offre. Cette reformulation politique peut entraîner la disparition de l'ASV. C'est dans ce contexte qu'il faut penser l'articulation du projet de soins libéral et de santé publique (mairie-hôpital)* » (comité de pilotage avec la mairie, 2013). Troisièmement, comme dans les réseaux (Schweyer, 2010a), les modalités de financement, liées à une contractualisation et à des évaluations, contribuent à modeler le projet et ses représentations chez les différents acteurs, ainsi que leurs formes d'engagement : ici la plupart des médecins qui projetaient d'acheter leur local professionnel souhaitent maintenant en être locataires. Finalement, le retard et les difficultés sont considérés comme « *un mal pour un bien parce que ça nous fédère* » (médecin C, 2013), le temps passé permettant d'intéresser davantage d'acteurs et de projeter une réorganisation plus ambitieuse.

« *On mesure toute la difficulté de l'innovation à ce qu'elle assemble au même lieu et dans la même combinaison une population de gens intéressés, dont une bonne moitié est prête à désertier tout à fait, et un dispositif de choses, dont la plupart sont prêtes à tomber en panne* » (Latour, 1992 : 56). C'est ce que vivent les porteurs de ce projet, confrontés aux obstacles rencontrés dans leur objectif de « travailler ensemble » et de « modéliser de nouvelles pratiques ». Parmi les gens, l'engagement de certains est fragilisé par les déplacements du projet, amenant au retrait de plusieurs professionnels devant s'installer urgemment, prendre leur retraite, ou ayant été agressés physiquement, ou encore à l'arrêt de la collaboration avec l'infirmière et le CODES. Parmi les choses, la complexité du projet immobilier et le vol d'un ordinateur contenant les données du projet ont été des freins le menaçant dans son ensemble. La sociologie de la traduction permet d'articuler le récit du projet à la croisée entre une approche professionnelle et une approche institutionnelle de l'innovation, en en situant les péripéties là où elles prennent place : entre réalités du terrain, politiques publiques, travail institutionnel, négociations municipales, tensions entre généralistes et spécialistes, entre médecins et paramédicaux, etc. Cette approche donne un relief particulier au programme d'ETP, en tant qu'outil multiple pour avancer dans le projet, où l'innovation se situe non seulement dans l'objet technique mais aussi dans les pratiques soignantes, dans les relations entre professionnels et dans l'organisation matérielle de leur travail, qui s'effectue hors du cadre habituel, coordonné à distance par un paramédical. Le retrait de l'infirmière, sa démission de la fonction de présidente de l'association, peut être ana-

lysé comme un échec de la pensée et de la mise en œuvre du projet en ce qu'il entraîne une délégation de l'activité d'ETP aux paramédicaux et non à l'objectif affiché d'une coopération pluridisciplinaire. Le défi de transformation culturelle professionnelle que se lancent les médecins rencontre en effet différentes tensions. Les médecins souhaitent-ils un changement réel de pratique ou bien un partage renégocié d'activités ? La coopération pluri-professionnelle individuelle est-elle de co-construire, de partager ou de distribuer ? Cette difficulté est visible dans le souhait de « partager le leadership » entre médecins et infirmières et dans la nécessité conjointe pour les généralistes de positionner leur profession, la légitimation de leur projet vis-à-vis de leurs interlocuteurs étant plus facile avec une casquette de médecin. Ainsi, ce défi culturel se heurte aux juridictions professionnelles, la tension se révélant forte entre défense d'intérêts professionnels et défense d'intérêts pratiques (interprofessionnels).

Les travaux récents portant sur les instruments de gouvernement (Callon *et al.*, 2001 ; Laborier et Lascoumes, 2005 ; Lascoumes et Simard, 2011), appliqués aux nouveaux instruments des politiques dans le domaine de la santé (CLS, CUCS, financements divers, programme d'ETP...) qui supposent l'action conjointe, plus ou moins articulée, de professionnels de santé, d'institutions de santé publique et d'élus locaux, permettraient sans doute d'améliorer la compréhension de ces résistances professionnelles et des conditions de leur dépassement.

Par ailleurs, plusieurs autres pistes d'analyse demeurent ouvertes. Ce cas singulier permet de saisir, en actes, un ensemble de débats et d'enjeux sur l'exercice de la médecine générale (inégalités d'accès aux soins et à la santé, territorialisation de l'offre de soins, articulation entre le sanitaire et le social...) qui posent, tous, la question de la coopération médicale, entre professionnels et avec les patients. Or, c'est bien autour des instruments que peut se créer de la coopération entre des hommes et des institutions (Sifer-Rivière, 2012). Ce projet, dans lequel la prise en charge du diabète pousse ou préfigure le projet de maison de santé, renvoie aussi au mouvement d'auto-organisation et d'innovation sociale qui a accompagné en France, au cours des décennies passées, l'essor des maladies chroniques. Les banlieues et les villes ouvrières ont, en effet, vu se succéder différentes tentatives de création de centres de médecine sociale, mutualiste, collective, à partir d'alliances variées entre syndicats professionnels, médecins, collectivités locales, où « *médecine et politique se rejoignent* » (Steffen, 1983 : 710). Dans un contexte socialement situé, celui d'une banlieue entendue au sens de « marges », suivre ce projet, c'est aussi tenter de comprendre comment se réinvente aujourd'hui une médecine collective et sociale, entre récurrences et innovations dans les expériences de coopération professionnelle. Parmi les récurrences, on trouve la référence

à la démocratie médicale, qui, dans ce projet, se traduit par la participation d'acteurs nouveaux et rencontre des soutiens administratifs ou politiques (l'ARS, la préfecture). Il s'agit également de développer une fonction sociale pour la médecine. Cependant, hier comme aujourd'hui, le projet reste très médical, ciblé sur l'accès aux soins et non à la santé. L'absence des patients témoigne qu'on reste loin de la démocratie sanitaire. Parmi les différences d'aujourd'hui, on trouve également des questions organisationnelles et de mutualisation. Contrairement aux anciens centres de santé qui pouvaient s'appuyer sur un collectif administratif et professionnel ou interprofessionnel doté de l'ensemble des moyens nécessaires — notamment financiers, gestionnaires, matériels, et immobiliers —, mais aussi sur la place centrale donnée aux usagers et parfois à la municipalité dans la gestion des centres de santé mutualistes ou municipaux de l'après-guerre (Calisti et Rey, 1977), les médecins innovateurs libéraux d'aujourd'hui sont dans une position plus difficile pour créer *ex nihilo* un nouveau lieu d'exercice pluri-professionnel. Prendre en charge, par exemple, les locaux ou la sécurité implique aujourd'hui à la fois l'auto-organisation des professionnels libéraux mais aussi la mise en place de collectifs plus larges pour assurer les différentes missions associées, c'est-à-dire la municipalité, certaines branches de l'État et les autres institutions sanitaires et sociales, y compris l'hôpital. Or, on a vu que la municipalité n'est pas vraiment motrice dans ce projet de MSP et que les patients sont peu mobilisés.

Coutant et Lacaze voyaient-ils juste en intitulant « Hier, une médecine pour demain », en 1989, leur livre sur l'expérience avortée de centre de santé intégré de Saint-Nazaire ? Alors que la généralisation des centres de santé s'est heurtée à de nombreux freins en dépit des solutions qu'elle apportait à la crise de la médecine générale (Steffen, 1983), demain, est-ce aujourd'hui au sein des MSP ? Le temps est-il venu pour que les soins primaires intègrent une approche de santé publique ? Idéal non atteint au Québec (d'Amour *et al.*, 1999), la collaboration est-elle possible aujourd'hui dans le contexte français ? Ne s'agit-il pas plutôt d'un travail de Sysiphe, ou d'une utopie (Sinding, 2004) nécessaire aux professionnels pour rester engagés dans des pratiques difficiles, notamment auprès de populations en situation de précarité ? Comme le constate l'un des initiateurs, « *ce qui se profile en réalité, c'est une recomposition complète du territoire* ». Jusqu'où cette recomposition ira-t-elle ? Perpétuera-t-elle le défi d'une coopération effective et d'une nouvelle culture professionnelle ?

Liens d'intérêts : l'auteur déclare ne pas avoir de lien d'intérêt en rapport avec cet article.

Remerciements

Je remercie très sincèrement les professionnels de santé qui m'ont accueillie et intégrée à la vie de leur projet, ainsi que Martine Bungener qui m'a guidée tout au long de cette recherche et de sa restitution, et Maurice Cassier pour ses conseils précieux à des moments clés.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Akrich M., Callon M., Latour B., 2006, *Sociologie de la traduction : textes fondateurs*, Paris, Presses de L'École des Mines, Coll. Sciences sociales.
- d'Amour D., Sicotte C., Lévy R., 1999, L'action collective au sein d'équipes interprofessionnelles dans les services de santé, *Sciences Sociales et Santé*, 17, 3, 67-94.
- Baszanger I., 1983, La construction d'un monde professionnel : entrées des jeunes praticiens dans la médecine générale, *Sociologie du Travail*, 1, 275-294.
- Baszanger I., Bungener M., 2002, Médecine générale, le temps des redéfinitions, In : Baszanger I., Bungener M., Paillet A., eds, *Quelle médecine voulons-nous ?*, Paris, La Dispute, 19-34.
- Baudier F., Bourgueil Y., Evrard I., Gautier A., Le Fur P., Mousquès J., 2010, La dynamique de regroupement des médecins généralistes libéraux de 1998 à 2009, *Questions d'Économie de la Santé*, 157.
- Bercot R., de Coninck F., 2006, *Les réseaux de santé, une nouvelle médecine ?*, Paris, L'Harmattan.
- Bloy G., 2010a, La constitution paradoxale d'un groupe professionnel, In : Bloy G., Schweyer F.X., eds, *Singuliers généralistes*, Rennes, Presses de l'EHESP, 23-40.
- Bloy G., 2010b, Que font les généralistes à la faculté ? Analyse d'une implantation improbable, In : Bloy G., Schweyer F.X., eds, *Singuliers généralistes*, Rennes, Presses de l'EHESP, 309-327.
- Bloy G., 2013, Jeunes généralistes et déserts médicaux. Un regard sociologique éclairant, *Pratiques, les Cahiers de la Médecine Utopique*, 60, 77-80.
- Bourdillon F., Mosnier A., Godard J., 2008, Des missions de santé publique pour les médecins généralistes, *Santé Publique*, 5, 489-500.
- Bourgeois I., 2012, *Les collectivités locales face à la pérennisation de l'offre de soins de premier recours : l'invention d'un dialogue entre élus et professionnels de santé libéraux*, Colloque GRALE-CERAS-Université Lille 2.

Bras P.L., 2011, Réorganiser les soins de premier recours : les maisons médicales centrées sur le patient aux États-Unis, *Pratiques et Organisation des Soins*, 42, 1, 27-34.

Bungener M., Poisson-Salomon A.S., 1998, *Travailler et soigner en réseau. Exemple des réseaux ville-hôpital pour la prise en charge de l'infection à VIH en région parisienne*, Paris, Éditions de l'Inserm.

Calisti L., Rey J.F., 1977, *Santé et cadre de vie, l'expérience mutualiste de Marseille*, Paris, Éditions Sociales.

Callon M., 1986, Éléments pour une sociologie de la traduction. La domestication des coquilles Saint-Jacques et des marins-pêcheurs dans la baie de Saint-Brieuc, *L'Année Sociologique*, 169-208.

Callon M., 1999, Le réseau comme forme émergente et comme modalité de coordination : le cas des interactions stratégiques entre firmes industrielles et laboratoires académiques, In : Callon M., et al., eds, *Réseau et coordination*, Paris, Économica, 13-64.

Callon M., Lascoumes P., Barthe Y., 2001, *Agir dans un monde incertain, essai sur la démocratie technique*, Paris, Le Seuil.

Coutant D., Lacaze J., 1989, *Hier, une médecine pour demain. Le centre de santé de Saint-Nazaire*, Paris, Syros, coll. Alternatives.

Dépinoy D., 2011, *Les maisons de santé, une urgence citoyenne*, Paris, Éditions de Santé.

Génolini J.P., Roca R., Rolland C., Membrado M., 2011, L'éducation du patient en médecine générale : une activité périphérique ou spécifique de la relation de soin ?, *Sciences Sociales et Santé*, 29, 3, 81-122.

Herzlich C., Bungener M., Paicheler G., 1993, *Cinquante ans d'exercice de la médecine en France*, Paris, Éditions Doin-Inserm.

Laborier P., Lascoumes P., 2005, L'action publique comprise comme gouvernementalisation de l'État, In : Meyet S., ed., *Travailler avec Foucault : retours sur le politique*, Paris, L'Harmattan, 37-60.

Lascoumes P., 1996, Rendre gouvernable : de la traduction au « transcodage ». L'analyse des processus de changement dans l'action publique, In : Cerapp, ed., *La gouvernabilité*, Paris, PUF, 325-338.

Lascoumes P., Simard L., 2011, L'action publique au prisme de ses instruments, *Revue Française de Science Politique*, 61, 1, 5-22.

Latour B., 1992, *Aramis ou l'amour des techniques*, Paris, La Découverte, coll. Textes à l'appui.

Letourmy A., 2013, Les contraintes d'une profession libérale, *Sciences Sociales et Santé*, 3, 31, 103-111.

- Loncle P., 2009, La mise en œuvre des politiques de santé publique au niveau local : l'animation territoriale en santé en Bretagne, *Sciences Sociales et Santé*, 27, 1, 5-30.
- Lucas-Gabrielli V., Coldefy M., 2013, Le territoire comme élément structurant de l'organisation des soins, *Actualité et Dossier en Santé Publique*, 3, 82, 32-34.
- Marks H., 2000, Confiance et méfiance dans le marché : les statistiques et la recherche clinique (1945-1960), *Sciences Sociales et Santé*, 18, 4, 9-27.
- Pinell P., Steffen M., 1994, Les médecins français, genèse historique d'une profession divisée, *Espace Social Européen*, 258.
- Pouchain D., Attali C., De Butler *et al.*, 1996, *Médecine générale, concepts et pratiques*, Paris, Masson.
- Robelet M., 2003, La grande désillusion des médecins libéraux : entre la tentation de la division et l'espoir de l'unité retrouvée, In : de Kervasdoué J., ed., *La crise des professions de santé*, Paris, Dunod.
- Robelet M., Serre M., Bourgueil Y., 2005, La coordination dans les réseaux de santé : entre logiques gestionnaires et dynamiques professionnelles, *Revue Française des Affaires Sociales*, 59, 1, 233-260.
- Schweyer F.X., 2010a, L'outil qui cache la réforme, les généralistes dans les réseaux de santé, In : Bloy G., Schweyer F.X., eds, *Singuliers généralistes*, Rennes, Presses de l'EHESP, 283-302.
- Schweyer F.X., 2010b, Ni artisan, ni salarié. Conditions et enjeux de l'installation en médecine générale libérale, In : Bloy G., Schweyer F.X., eds, *Singuliers généralistes*, Rennes, Presses de l'EHESP, 379-402.
- Sifer-Rivière L., 2012, *Entre ordre et désordre : la fabrique des réseaux régionaux de cancérologie (1990-2010)*, Thèse de doctorat de sociologie à l'EHESS sous la direction de Baszanger I.
- Sinding C., 2004, Les utopies médicales, In : Lecourt D., ed., *Dictionnaire de la pensée médicale*, Paris, PUF, 1180-1184.
- Steffen M., 1983, *Régulation politique et stratégies professionnelles : médecine libérale et émergence des centres de santé*, Thèse de doctorat de science politique à l'Université des sciences sociales de Grenoble.
- Steffen M., 1985, La cogestion dans les centres de santé, *Journal d'Économie Médicale*, 3, 2, 81-96.
- Strauss A., 1992, *La trame de la négociation : sociologie qualitative et interactionnisme*, Textes réunis et présentés par Baszanger I., Paris, l'Harmattan.
- Vollaire C., 2013, La carte et le territoire, *Pratiques, Cahiers de la Médecine Utopique*, 60, 28-30.

ABSTRACT

**Setting up a multi-professional primary health care center:
paradoxes and lessons learned from innovation in action**

In primary care, combining clinical and public health approaches to meet the complex needs of patients and the requirements of health authorities is a growing challenge. Our study of a project to set up a multi-professional primary health care center in a sensitive urban zone has enabled us to understand both the difficulties faced by caregivers and the models of care they uphold. Our study also explored how organizational innovation, through the translation operations that this requires, may contribute to changes in practices where care and prevention, health and social practice, medical and paramedical activities, primary and secondary access to care, the individual health care relationship and the collective territorial approach are interconnected.

RESUMEN

**Diseñar centros de salud multiprofesionales :
paradojas y lecciones de una innovación en acción**

En la atención primaria, combinar el enfoque clínica con el de salud pública para responder a las complejas necesidades de los pacientes y de los requisitos de las autoridades de salud representa un reto cada vez mayor. El seguimiento de un proyecto de centro de salud multiprofesional que se desarrolla en una zona urbana sensible, permite entender tanto las dificultades a las que se enfrentan los cuidadores, como los modelos de atención que defienden, a la vez que permite estudiar de qué manera la innovación organizacional, a través de las operaciones de traducción que la acompañan, puede contribuir a la evolución de las prácticas hacia una articulación entre atención y prevención, salud y social, médico y paramédico, primer y segundo recurso, simposio singular y enfoque colectivo territorial.