Maisons de santé
Le défi des soins coordonnés

MÉDECINE

Regroupés dans des structures de soins collectives, de plus en plus de professionnels de santé tentent d'harmoniser leurs pratiques.





FLORENCE ROSIER

C'est une révolution qui s'ébauche… dans une large indifférence. Elle devrait pourtant transformer la façon dont nous serons soignés « en ville », c'est-à-dire hors de l'hôpital. Aujourd'hui, lorsque nous consultons notre médecin traitant, celui-ci exerce encore souvent dans un cabinet individuel. Mais nous serons de plus en plus nombreux, demain, à consulter un médecin exerçant dans une structure collective. Mieux : cette structure associera plusieurs professionnels de santé coordonnant leurs efforts autour des patients : médecins, mais aussi acteurs paramédicaux et médico-sociaux. Quels bénéfices en attendre, pour la santé individuelle et collective ? Avec quels effets sur les dépenses de santé ?

« On ne se posait pas ces questions il y a vingt à trente ans, quand le nombre des malades chroniques n'avait pas encore explosé », analyse Christian Saout, secrétaire général délégué du Collectif interassociatif sur la santé (CISS). Mais avec 15 millions de personnes atteintes de maladies chroniques en France, dont quelques millions nécessitent un accompagnement, du fait de leur vulnérabilité, les enjeux sont devenus énormes. *« Prenons l'exemple des cancers, qui tendent à se chroniciser grâce aux progrès de la médecine*, poursuit Christian Saout. *De surcroît, de plus en plus de traitements sont ambulatoires : ce sont souvent des médicaments que les patients prennent par voie orale, à leur domicile. Mais comment suivre ces patients en ville, qu'il s'agisse de les informer, de gérer les effets indésirables de leurs traitements… ? »*

Lorsque nous souffrons d'une ou de plusieurs maladies chroniques, nous avons souvent besoin d'une grande diversité de soins, prescrits ou réalisés par autant de professionnels de santé différents, en ville ou à l'hôpital : médecins généralistes ou spécialistes d'organes, infirmiers, kinésithérapeutes, nutritionnistes, psychologues, orthophonistes, éducateurs en santé, pharmaciens, intervenants sociaux… Ces professionnels travaillent-ils en bonne harmonie ? Pas suffisamment, semble-t-il. *« En France, les soins restent peu organisés et peu coordonnés »*, relève le professeur Didier Tabuteau, titulaire de la chaire santé de Sciences Po Paris.

André a 82 ans. Il est veuf et vit seul, dans l'Ain – un département rural concerné par le problème des déserts médicaux. Souffrant d'une douleur soudaine et intense au ventre, il consulte son médecin traitant, le docteur Pierre De Haas. Celui-ci le fait hospitaliser d'urgence. André est opéré pour un abdomen aigu, syndrome souvent lié à une occlusion intestinale. Comment préparer son retour à domicile, à sa sortie d'hôpital ? *« Il a fallu alerter les services sociaux pour mettre en place une aide à domicile, prévenir les enfants qui vivent loin, organiser les soins infirmiers à domicile, faire intervenir le pharmacien pour installer un lit médicalisé, puis une diététicienne pour proposer un régime adapté*, raconte Pierre De Haas. *Ce travail d'équipe a été énormément facilité par le fait que nous travaillons dans les mêmes murs. »*

Le docteur De Haas est un pionnier : depuis 2006, il exerce dans une des premières « maisons de santé pluriprofessionnelles » ouvertes en France. Nées en 2005, ces structures innovantes pourraient être l'avenir de la médecine de proximité. Leur force ? Regrouper sur un même site des professionnels de santé médicaux et paramédicaux qui exercent conjointement, sans rapports hiérarchiques, autour d'un véritable projet de santé partagé. Une ambition qui va bien au-delà des cabinets de groupe, qui se bornent à une mise en commun des frais de secrétariat, de chauffage… *« Dans une maison de santé, le patient se trouve face à une équipe soudée qui connaît son problème »*, explique Pierre De Haas, qui préside aussi la Fédération française des maisons et pôles de santé (FFMPS).

Les 11 et 12 mars auront lieu les Journées nationales annuelles des maisons et pôles de santé à Nancy. Le directeur de la Caisse nationale d'assurance-maladie, Nicolas Revel, a annoncé sa venue. *« C'est un signe que l'Assurance-maladie s'intéresse à ce développement »*, se réjouit Pierre De Haas. Car ces structures collectives connaissent un succès croissant. *« L'exercice en ville organisé sous forme pluriprofessionnelle, même s'il demeure encore marginal, se développe rapidement depuis une dizaine d'années »*, résument la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) et le ministère de la santé dans leur *Portrait des professionnels de santé*, publié en février 2016. En mars 2013, 543 maisons étaient actives ou en projet ; leur nombre a bondi à 929 un an plus tard, pour atteindre 1023 en mars 2015. Leur répartition est assez homogène sur le territoire ; 55 % sont implantées en zone rurale. Au-delà de ces maisons, des pôles de santé se développent aussi : ils font coopérer des professionnels qui ne travaillent pas dans les mêmes murs. Tous continuent d'exercer en mode libéral : d'une façon indépendante et non salariée – à la différence des centres de santé (1840 fin 2014), plus anciens, où les acteurs sont salariés.

« Clairement, la médecine flaubertienne est derrière nous : c'en est fini d'un exercice à la M. Bovary, ce notable exerçant de façon isolée dans la plus belle maison du bourg. L'exercice médical se fera de façon regroupée, et c'est très bien ainsi. Les patients s'habituent déjà à être pris en charge par une équipe de médecins et de professionnels paramédicaux qui partagent leurs données », estime le docteur Jean-Paul Ortiz, président de la Confédération des syndicats médicaux français (CSMF), majoritaire chez les médecins libéraux.

C'est pourtant un vrai défi humain que de refonder ainsi notre système de soins. *« L'enjeu va bien au-delà d'une simple réorganisation. C'est un enjeu de réconciliation*, résume Didier Tabuteau, *il s'agit de surmonter les fantômes historiques qui, en France, ont creusé une fracture entre médecins généralistes et spécialistes, médecins et autres professionnels de santé, l'Etat et l'Assurance-maladie. »* Les professions paramédicales, en particulier, ont un vrai rôle en santé publique ; mais elles restent marquées par un manque de reconnaissance. *« L'émergence du métier d'infirmière a cinquante ans de retard en France par rapport aux pays anglo-saxons. »*, souligne Didier Tabuteau. C'est une des raisons du manque de coordination des soins dans notre pays. *« Associer les professionnels paramédicaux dans ces nouvelles structures, c'est l'idée qui transforme tout »*, analyse Martine Bungener, sociologue et économiste en santé, directrice de recherche émérite au CNRS.

Les médecins généralistes ont ici un rôle central : ils ont une vision globale de chacun de leur patient. *« C'est un savoir-faire qu'ils sont les seuls à détenir, et qu'ils revendiquent »*, relève Martine Bungener. *« La coordination de soins est une de leurs missions, décrites dans le code de la santé publique »*, appuie Pierre-Louis Druais, professeur de médecine générale.

De fait, les généralistes semblent aujourd'hui reprendre la main pour la coordination des soins. Et ce, après une longue période de *« dépossession de leur savoir-faire »*, commencée à la fin des années 1970, selon Martine Bungener. *« Mon père, cardiologue, qui s'est installé en libéral en 1961, n'aurait jamais accepté de recevoir un patient qui ne lui aurait pas été adressé par un généraliste*, se souvient Dominique Dupagne, généraliste exerçant en cabinet individuel à Paris. *A l'époque, le médecin généraliste était au cœur du système de soins. Mais on a détruit son image et son prestige en France. »*

Ce passé est-il en passe d'être réparé ? En septembre 2013, la stratégie nationale de santé, présentée par Marisol Touraine, la ministre de tutelle, prévoyait la mise en place de parcours de soins organisés, déclinés sur chaque territoire, tout en donnant un *« pouvoir renforcé »* aux agences régionales de santé (ARS). Mais les médecins libéraux y ont vu une volonté d'*« étatiser le système »*. D'où leur bras de fer avec le gouvernement qui a conduit celui-ci à leur laisser la main, conformément à la loi de modernisation de notre système de santé, votée le 26 janvier 2016. *« Nous n'avons pas voulu d'un service organisé par les pouvoirs publics*, confirme Claude Leicher, président du syndicat MG France, majoritaire chez les généralistes. *Nous pensons que cette organisation doit venir des initiatives de terrain, des professionnels de santé eux-mêmes. »*

« L'enjeu va bien au-delà d'une simple réorganisation. C'est un enjeu de réconciliation »

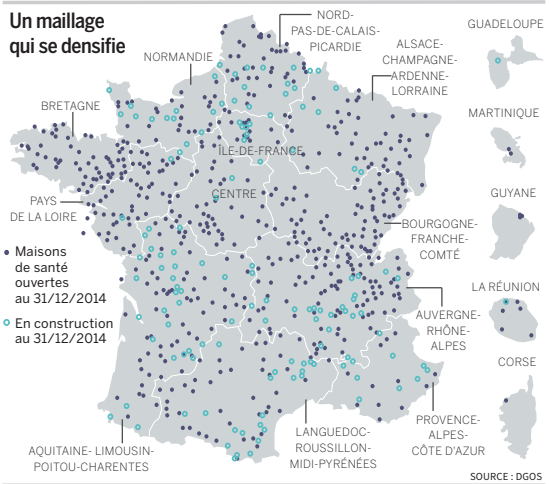
DIDIER TABUTEAU
titulaire de la chaire santé de Sciences Po Paris

Monter ces projets relève cependant du parcours du combattant. *« Il faut la foi du charbonnier »*, dit Martine Bungener. Pour qu'une maison soit reconnue par une ARS, elle doit soumettre un projet adapté aux besoins de santé de la population locale. Ce projet doit comporter deux types d'outils facilitant le travail en équipe : un système d'information partagé, notamment des logiciels de suivi des patients, et des protocoles de soins communs.

Obtenir ce précieux label de « maison de santé » est le sésame pour prétendre à un soutien financier de l'Assurance-maladie. Il s'agit là de rémunérer le travail d'équipe – très chronophage –, de mise en cohérence des soins, avec, par exemple, l'embauche d'un coordinateur. Ces nouveaux modes de rémunération sont jugés indispensables : *« le principal mode de rémunération actuel des professionnels de santé libéraux est le paiement à l'acte* [à la consultation]. *Mais il n'est pas du tout adapté au travail d'équipe : il ne tient pas compte de l'énorme temps de travail consacré à la coordination des soins »*, explique Claude Leicher.

Aujourd'hui, on estime à environ 10 % le taux de professionnels de santé engagés dans une maison ou un pôle de santé pluriprofessionnels. *« Tout le monde pense qu'une telle réorganisation doit se faire. Les optimistes prévoient que tous les professionnels de santé travailleront dans une équipe coordonnée d'ici à dix ans. Les pessimistes estiment qu'il faudra trente ans »*, résume Pierre De Haas. Une certitude : l'exercice en groupe est plébiscité par les jeunes professionnels de santé. *« La priorité, pour les jeunes médecins, c'est de ne pas exercer seul*, confirme Mathilde François, 31 ans, installée en libérale depuis fin 2013 dans les Yvelines. *L'idéal reste le salariat, mais il vient après le fait de travailler en équipe, notamment parce que la profession se féminise. »*

Une première évaluation de ces structures a été réalisée par l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé entre 2009 et 2014. Que montre-t-elle ? Tout d'abord, *« le développement de ces structures semble favoriser le maintien d'une offre de soins dans les zones les plus touchées par la désertification médicale : les zones rurales et les quartiers urbains défavorisés »*, résume Cécile Fournier, docteure en sociologie à l'université Paris-XI. Ce travail suggère aussi *« une meilleure qualité des pratiques »* pour les médecins généralistes y exerçant, par exemple en termes de suivi des patients diabétiques ou de vaccination. Mais *« l'impact sur l'atteinte des objectifs reste modeste ; et le recours à l'hôpital ne semble pas diminué »*, note Cécile Fournier. Cette évaluation montre aussi combien il est important que ces dynamiques pluriprofessionnelles soient portées par les professionnels de santé. *« D'où la nécessité, pour les pouvoirs publics, de soutenir cette innovation tout en laissant de la souplesse. »* Pour autant, certaines maisons de santé ne fonctionnent pas : les professionnels de santé demeurent dans une pratique individuelle. *« Pour qu'ils coopèrent, il faut qu'ils se rassemblent autour d'un objectif commun*, note Martine Bungener. *Par exemple, la mise au point d'outils d'éducation ou de prévention. »*











La maison de santé de Pont-d'Ain (Ain), cofondée par le docteur De Haas en 2006.
HUGO RIBES/ITEM POUR « LE MONDE »

Certains sont pessimistes. *« Beaucoup de mes confrères libéraux sont très irrités,* témoigne Dominique Dupagne. *On nous présente comme des modèles des organisations dont le coût est faramineux. »* Le constat est amer : *« Les généralistes qui travaillent le mieux, avec des temps de consultation longs, sont ceux qui gagnent le moins bien leur vie. »* Pour Didier Tabuteau, *« la logique serait que leur rémunération globale soit renforcée. Mais en contrepartie, il faudrait qu'ils ne fassent que des actes qui relèvent de leurs compétences ».* C'est toute une réorganisation du système ! Or *« cette transition est extrêmement compliquée,* juge l'économiste. *Dans l'immédiat, elle génère des surcoûts évidents ».*

A terme, quid des effets de cette réorganisation sur les dépenses de santé ? *« Tout dépendra de la façon dont on parviendra à redistribuer le rôle de chacun. »* Ce sera une entreprise de longue haleine : quinze ans ou plus. Première étape : développer ces structures. Puis on pourra instaurer des rémunérations forfaitaires, pour la coordination des soins ou pour la délégation de tâches aujourd'hui réalisées par des médecins, par exemple la mesure de la tension par la secrétaire médicale. *« Les revenus seront ainsi mieux répartis entre les différents professionnels de santé. Il y a là un levier économique, quasi infaisable avec le paiement à l'acte seul. Ce sera une façon de rentrer dans une évolution vertueuse ; je ne la crois possible que par cet exercice collectif »,* conclut Didier Tabuteau. ■

Une médecine sociale dans le 20e arrondissement, à Paris

Paris 20e, métro Pyrénées. Dans ce quartier populaire se niche un havre de soins : la maison de santé Pyrénées-Belleville. En ce matin de février, six personnes patientent dans la salle d'attente. *« L'après-midi, la salle d'attente est bondée car nous consultons sans rendez-vous »,* précise le docteur Mady Denantes, médecin généraliste. En septembre 2013, elle a cofondé cette structure regroupant cinq généralistes et cinq infirmières, tous libéraux, qui consultent en journée sur place ou à domicile. A partir de 19 heures, une permanence de soins infirmiers est assurée.

Cette maison de santé est née de la rencontre, en 2011, du docteur Denantes et d'Isabelle Guéguen, infirmière. *« J'avais un cabinet d'infirmière et je travaillais dans un foyer des Petits Frères des pauvres. Mais j'avais du mal à trouver des médecins qui s'engagent dans la prise en charge des SDF, qui souffrent d'énormes problèmes de santé »,* se souvient la jeune femme.

Cette médecine sociale attirait déjà Mady Denantes : *« Prodiguer des soins à tous, y compris aux plus précaires, cela fait partie de notre mission. Mais avec certains patients très fragiles, nous avions le sentiment d'être en échec total. »* Très vite, un petit groupe se fédère autour d'elles pour monter ce projet commun. *« Le "génie" de la maison de santé, c'est qu'au fil de nos échanges quotidiens informels nous sommes bien plus réactifs dans les prises en charge »,* explique Isabelle Guéguen. *« Les parcours de soins sont fluidifiés, le partage des tâches nous soulage mutuellement »,* ajoute Mady Denantes.

Démonstration avec une série d'échanges qui s'engage entre Isabelle Guéguen et le docteur Denantes. Les répliques s'enchaînent : autant d'informations cueillies au vol sur les parcours de vie et de santé des patients. Par exemple, cet homme de 65 ans, fumeur. Il était venu sans rendez-vous consulter le docteur Denantes pour un mal de dos : il avait travaillé plus de vingt ans comme *« fort des Halles »* (manutentionnaire qui transportait les quartiers de viande). *« Ce n'est qu'en partant qu'il m'a avoué avoir mal aux jambes en marchant : c'est un signe d'atteinte des artères des jambes – et du cœur ! Or je n'avais pas pensé à lui demander s'il avait vu un cardiologue. »* Les compétences d'une infirmière sont ici précieuses : *« J'ai passé une heure avec lui pour ses pansements d'ulcère, et surtout pour faire le point sur ses modes de vie, prioriser ses besoins, l'inciter à voir un cardiologue »,* raconte Isabelle Guéguen.

Vivant seul, bénéficiant d'une petite retraite, cet homme n'avait pas de mutuelle – ni droit à la couverture maladie universelle (CMU). L'équipe l'épaulera dans ses démarches auprès de l'Assurance-maladie. Il vivait dans un hôtel insalubre : elle l'aidera à changer d'hébergement. Finalement, ce patient ira consulter un cardiologue de l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière (AP-HP, Paris) ; il sera opéré et traité pour ses problèmes.

Batailler pour le tiers payant

Autre cas épineux : comment maintenir à domicile ce couple de personnes âgées *« en immense fragilité »,* lui aveugle, elle atteinte d'insuffisance cardiaque ? Elle perd un peu la tête et oublie, le soir, de prendre son traitement anticoagulant : un AVK, dont le maniement est délicat. *« Nous passons chaque semaine faire son pilulier, surveiller sa tension, sa fréquence cardiaque, son poids,* raconte l'infirmière. *Nous avons trouvé un compromis : elle prend son anticoagulant le matin, avec ses autres traitements. »*

C'est encore le cas de Marcel, 69 ans, souffrant d'une maladie d'Alzheimer débutante. *« Très lucide, il était terrifié »,* dit Mady Denantes. Vivant seul, sans enfants, ce monsieur a choisi deux amis comme curateurs : la maison de santé l'a aidé dans cette démarche. *« En allant tous les matins à son domicile, nous avons vu qu'il souffrait de dépression »,* indique l'infirmière. *« Nous avons vite arrêté son anti-Alzheimer et entrepris un antidépresseur,* enchaîne le médecin, *et nous cherchons à le convaincre de voir un psy. »* Mieux, en discutant avec le réseau Alzheimer, l'équipe découvre que Marcel aime peindre. *« Nous l'avons persuadé de s'inscrire au centre socio-culturel en face de chez lui. Il y peint tous les mardis. »*

Lutter contre les inégalités sociales de santé et faciliter l'accès aux soins, en bataillant pour le tiers payant, sont les priorités du lieu. Pour financer les temps de coordination, très chronophages, la maison de santé reçoit des subventions de l'Assurance-maladie, dans le cadre des « nouveaux modes de rémunération ». Elle s'enrichit aussi des compétences d'autres professionnels hors les murs : un pharmacien, deux kinés, deux orthophonistes, un médecin chercheur, un centre social… sans compter le réseau de spécialistes qui acceptent de prendre ces patients en secteur 1. *« C'est une belle médecine »,* clame toute l'équipe d'une même voix passionnée. *« Cette maison n'a de sens que par le collectif »,* conclut sa coordinatrice, Marie Bazille. ■

FL. R.

« Un choc culturel pour les "libéraux" »

Docteure en sociologie de l'université Paris-XI et médecin de santé publique, Cécile Fournier a soutenu, en 2015, une thèse dirigée par Martine Bungener (Cermes3-CNRS-Inserm-EHESS-Paris-Descartes), intitulée « Les maisons de santé pluriprofessionnelles, une opportunité pour transformer les pratiques de soins de premier recours ». Entretien.

L'exercice des soins « de ville » en structures collectives connaît depuis quelques années un rapide essor. Qui conduit cette mutation ?

Un petit nombre de médecins généralistes réformateurs, qui défendent une certaine vision de leur métier. Participer à la définition des nouveaux modes de pratiques est la seule stratégie constructive dont disposent les médecins libéraux face à la crise qu'ils traversent. Ils tentent d'ajuster leurs pratiques aux évolutions qui ont peu à peu transformé leur environnement social et professionnel. En particulier, ils sont confrontés à la chute de la démographie médicale dans certains territoires. Et l'exercice isolé, qui compromet l'articulation des prises en charge imposée par les maladies chroniques, ne les satisfait pas.

Qui sont les professionnels de santé intéressés par cet exercice collectif ?

Pour le moment, moins de 10 % d'entre eux sont engagés dans un exercice pluriprofessionnel regroupé. Mais cela séduit une part croissante des jeunes médecins. Un de leurs souhaits est de trouver plus facilement un équilibre entre vie professionnelle et vie privée. L'exercice collectif, par ailleurs, attire aussi ceux que l'on pourrait appeler « l'élite » de la spécialité de médecine générale, c'est-à-dire les médecins généralistes universitaires. Il est cependant difficile de prévoir jusqu'où iront ces transformations.

En quoi cela constitue-t-il pour eux ce que vous appelez un « choc culturel » ?

Leur culture initiale est celle d'un exercice monoprofessionnel et individuel, contractualisé avec l'Assurance-maladie via la convention médicale. Mais ils doivent l'articuler avec une culture collective et pluriprofessionnelle, nécessitant une contractualisation de l'équipe avec l'Etat et avec l'Assurance-maladie, parfois avec les élus locaux. De plus, les professionnels de santé exerçant dans ces structures collectives développent et gèrent ensemble de nouvelles activités : des prises en charge coordonnées, des activités préventives et éducatives… Par ailleurs, les frontières entre professionnels se déplacent, les relations au sein du groupe deviennent plus égalitaires. L'équipe de soins primaires peut acquérir une visibilité qui favorise ses partenariats avec l'hôpital ou avec des réseaux de soins. Et les parcours de soins sont fluidifiés.

Ces effets structurants rendent plus acceptables les contraintes liées à l'exercice collectif. Et ce choc culturel reste acceptable : l'exercice collectif ne concerne que 5 % de la rémunération des professionnels exerçant en maison de santé. Pour autant, il génère un travail très important, dont l'investissement temporel est bien supérieur à ces 5 %.

Pourquoi parlez-vous aussi de « retournement idéologique » ?

Cette restructuration des soins de ville repose sur un paradoxe : les généralistes engagés dans les maisons de santé tentent de construire une médecine sociale, au service de l'action publique… contre laquelle la médecine libérale s'était initialement construite. Or, la référence constante au statut libéral de la médecine paralyse souvent toute réforme du système de santé. Les professionnels s'engageant dans cet exercice regroupé, de leur côté, sont partagés entre plusieurs sentiments : l'enthousiasme de pouvoir s'organiser à plusieurs pour soigner autrement ; la conscience de la charge que représentent l'innovation et l'acquisition de nouvelles compétences… et la crainte d'une « étatisation » de la médecine, si la part de rémunération collective de la structure devait s'accroître. ■

PROPOS RECUEILLIS PAR FL. R.