



**HAL**  
open science

## Des espaces de médiations en maisons de santé pluriprofessionnelles : une lecture par l'ethos

Christel Beaucourt, Isabelle Kustoscz, Laetitia Roux

### ► To cite this version:

Christel Beaucourt, Isabelle Kustoscz, Laetitia Roux. Des espaces de médiations en maisons de santé pluriprofessionnelles : une lecture par l'ethos. RIMHE : Revue Interdisciplinaire Management, Homme(s) & Entreprise, 2017, 25, p. 3-29. hal-02882267

**HAL Id: hal-02882267**

**<https://uphf.hal.science/hal-02882267v1>**

Submitted on 6 Nov 2024

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

# Les espaces de médiation en maisons de santé pluriprofessionnelles : une lecture par l'éthos

Christel BEAUCOURT<sup>6</sup>, Isabelle KUSTOSZ<sup>7</sup>, Laëtitia ROUX<sup>8</sup>

## Résumé

Les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP) sont présentées comme des lieux de transformation du rapport aux soins et à la patientèle, mais aussi professionnelle. Pour analyser l'action collective dans ces MSP, nous avons utilisé la théorie de la structuration et les travaux relevant de l'*Organization as Practice*. Notre intérêt s'est plus particulièrement porté sur les « espaces de médiation » identifiés entre les cadres institués et les pratiques en action, c'est-à-dire situés entre structuré et structurant. Notre démarche est à la fois compréhensive et abductive. Nous mobilisons trois études de cas qui triangulent cinq types de matériaux (entretiens individuels et collectifs, observations, archives, données secondaires). Pour analyser ces médiations, nous avons eu recours au concept d'éthos. Il nous a permis d'interpréter les conduites, les comportements, les choix qui s'imbriquent et s'ajustent dans des situations professionnelles afin de s'adapter aux besoins des patients, des parties prenantes et du territoire. Il ressort que les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP) sont produites sur la base d'un éthos du territoire et elles produisent en retour un éthos spécifique, un éthos professionnel, qui caractérise leurs professionnels de santé. L'éthos permet d'appréhender le mouvement permanent entre une logique de production et une logique productive. Il montre le travail perpétuel engagé par les acteurs pour reproduire, altérer ou transformer les règles ou les habitudes inhérentes à leurs activités, en fonction des situations qu'ils vivent. Nous proposons une lecture des espaces de médiation comme manière singulière « d'être en relation » dans les MSP. L'éthos professionnel qui en résulte relève d'une disposition à comprendre, intégrer et faire évoluer les besoins et ressources du territoire et l'implication des acteurs qui le composent dans une dynamique de « reconception » des pratiques de soin.

**Mots clés :** Ethos, Santé, Maisons de Santé Pluriprofessionnelles, Territoire.

<sup>6</sup> Maître de conférences HDR, IAE de Lille, LEM-CNRS (UMR 9221) - christel.beaucourt@univ-lille1.fr

<sup>7</sup> Maître de conférences, IAE de Valenciennes, IDP (EA 1384) - isabelle.kustoscz@univ-valenciennes.fr

<sup>8</sup> Maître de conférences, IAE de Lille, LEM-CNRS (UMR 9221) - laetitia.roux@univ-lille1.fr

## **Abstract**

The Multi-professional Primary Care Homes (MPCH) are transforming the care and health professions. To analyze the collective action in these MPCH, we have used the frame of Organization as practice which considers the organization as a permanent movement regenerated constantly by practices. In this permanent movement, we are particularly interested in mediation spaces between established frames and practices, between structured and structuring spaces. From a methodological point of view, our approach is comprehensive, abductive and based on the observation of various case studies. More particularly in this article, we focus on three case studies which cross over five types of materials (individual and collective interviews, observations, archives, and secondary data). To analyze these mediations we suggest using the concept of ethos. It is relevant to interpret behaviors and choices fit in professional situations which move ceaselessly to adapt to the needs of the patients, the stakeholders, and the local situation. According to us, MPCH are the product of a specific local situation and they produce in return a specific professional ethos characterizing the healthcare professionals. The concept of ethos underlines the permanent movement between a logic of production and a productive logic. It shows the perpetual work of different actors to reproduce, to alter or transform rules or habits inherent to their activities, according to the situations that they experience. Our contribution analyzes mediation spaces as a singular way to relate within the MPCH. The specific professional ethos which comes as a result can be qualified as a disposition to understand, to integrate, both to develop local needs and resources and to favor the implication of users, patients, professionals as well as of local representatives, for redesigning the care practices.

## **Keywords:**

Ethos, health organizations, multi-professional primary care home, local situation.

## Introduction

Nombreuses sont les situations relayées par les médias qui montrent que les organisations de santé achoppent sur les questions de bientraitance et d'éthique dans les soins et l'accompagnement des personnes. La santé est un secteur propice au business, notamment lorsque la relation entre le médecin et le patient est vue comme asymétrique et que les peurs de la mort, de la souffrance ou de la dépendance sont instrumentalisées. Des auteurs comme Grémy (2008) pointent les conflits entre les acteurs aux logiques contradictoires et les rivalités entre structures et modèles d'intervention. « Il ne s'agit pas de rêver à un monde angélique qui ruissellerait sans cesse du lait de tendresse humaine, mais simplement un monde où le goût de la concorde, le respect mutuel des groupes et des personnes, un certain oubli de soi, individuel et collectif, seraient les meilleurs atouts de la qualité» (Grémy, 2008, p.332). Pour analyser ces enjeux, nous nous sommes intéressées à une forme organisationnelle relativement récente et présentée comme une source de renouvellement du soin de premier recours : les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP). Les MSP ont été institutionnalisées par la loi Hôpital Patients Santé Territoire (HPST, 2009) et se sont depuis considérablement développées sous l'effet du pacte territoire-santé lancé en décembre 2012. De quelques dizaines en 2006, elles seraient presque mille aujourd'hui. Regroupant principalement trois grandes professions dans le champ du premier recours (médecins généralistes, infirmiers, et kinésithérapeutes) sur un site ou multi-sites, la maison de santé se construit et s'organise autour d'un projet de santé avec des priorités adaptées à un territoire. Elles sont placées au cœur de multiples enjeux dont notamment la continuité des soins, la lutte contre la désertification médicale, l'articulation entre le sanitaire et le social, la coopération entre les professionnels de santé et le développement d'approches préventives. La maison de santé est vue comme une forme d'organisation nouvelle de la santé, un lieu de renouvellement des relations entre professionnels, patients et habitants. Relativement à cette nouveauté et à ce renouvellement, différentes questions empiriques ont constitué le point de départ de notre recherche : en quoi la création de MSP et leurs modalités de fonctionnement sont influencées par les caractéristiques d'un territoire ? Quelles dynamiques la MSP favorise-t-elle entre les différents acteurs qui y participent, s'y investissent ou qui en bénéficient ? Y a-t-il un « dénominateur commun » qui caractérise les pratiques des professionnels de santé qui exercent en MSP et leur conception du soin ?

L'analyse de trois MSP par études de cas nous a rapidement amenés à considérer les MSP comme des formes organisationnelles en mouvement permanent, régénérées continuellement par les pratiques. Nos cadres conceptuels (théorie de la structuration, travaux relevant de l'*Organization as Practice*, approche en termes de situation de gestion) ont donc été choisis dans un souci de cohérence avec ce réel. Notre intérêt

d'analyse s'est plus particulièrement porté sur ce que nous appelons des « espaces de médiation » entre les cadres institués et les pratiques en action, entre structuré et structurant, c'est-à-dire sur le mouvement entre les cadres institués et les pratiques en action. Au final, au croisement de nos questionnements empiriques et de notre vision de l'action collective, notre question de recherche a été la suivante : comment analyser les espaces de médiation au sein des MSP relativement à leur inscription dans un territoire et à leur projet de renouvellement des pratiques de soins ? Quels comportements s'y déploient et leur donnent leur sens ? Pour mieux analyser ces médiations qui sont autant des initiatives territoriales que professionnelles, notre logique abductive et nos trois études de cas nous ont amenés à recourir au concept d'ethos. Nous cherchions en effet à saisir la singularité des MSP par rapport aux autres organisations de santé, mais aussi les récurrences dans les pratiques les caractérisant. Par conséquent, le premier apport de notre recherche est de proposer une grille d'intelligibilité originale pour comprendre les espaces de médiations ou le mouvement entre cadres institués et pratiques dans les maisons de santé. Ensuite, nous affinons cette grille d'analyse puisque nous caractérisons, sur un plan opérationnel, la logique productive de ces espaces (à savoir le lien au territoire qui produit un projet de création de MSP et oriente son développement) et la logique de production de ces espaces (à savoir les conditions d'expériences qui au sein des MSP produisent des comportements spécifiques). Ces apports nous amènent à clarifier et discuter ce qui pourrait être un ethos professionnel singulier ou spécifique aux MSP : à savoir une disposition favorable à la co-construction entre les professionnels du soin à l'intérieur de la MSP, avec les patients bénéficiaires-acteurs des dispositifs et leurs proches et avec les parties prenantes du projet, disposition qui se développe en vertu d'une connaissance, d'une compréhension, d'un intérêt pour le territoire dans lequel la MSP s'inscrit.

### **1. Cadre d'analyse : l'ethos dans les espaces de médiation au sein des MSP**

Les MSP sont aujourd'hui présentées comme une opportunité pour transformer les pratiques de soins de premier recours. Ces modalités d'exercice sont présentées comme « une solution aux défis que représentent le vieillissement de la population, l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques, l'accentuation des inégalités sociales de santé et l'irrésistible croissance des dépenses de santé [...] Elles s'inscrivent dans une remise en cause du système de santé français, construit historiquement sur un modèle curatif, hospitalo-centré et sur une médecine de ville d'exercice libéral et isolé » (Fournier, 2015, p.1). La finalité de ces « nouvelles » organisations de santé est d'apporter une réponse globale et adaptée en termes de soin aux patients/habitants d'un territoire tout en répondant aux aspirations de certains professionnels de santé d'avoir un exercice de proximité coordonné. Nous avons fait de ces MSP un terrain de recherche particulier pour observer et questionner comment s'ouvrent des « espaces de

médiation » entre des cadres (politiques, juridiques, géographiques, administratifs) et des pratiques (de professionnels, d'aidants et d'aidés, de communautés ou d'associations locales). C'est cette gestion de l'entre deux qui nous semble intéressant d'analyser. Nous avons choisi d'utiliser le terme « d'espace de médiation » pour deux raisons. Par la notion d'espace, nous voulons signifier que notre objet d'analyse dépasse les frontières de l'organisation (la MSP). Nous intégrons à cet espace -qui n'est pas un lieu-, le territoire d'action (Lauriol, Perret et Tannery, 2008) de cette MSP. Le terme de médiation a quant à lui été choisi pour symboliser cet « entre » l'institué et l'instituant, cet entre deux des logiques, des acteurs et des dispositifs. Pour comprendre ces espaces de médiation, nous nous sommes intéressés aux pratiques ou activités quotidiennes au cœur des organisations. La théorie de la structuration (Giddens, 1987, Orlikowski, 2011) ainsi que les travaux de Girin (1990, 1995) sur les situations de gestion et agencements organisationnels ont donc été nos premiers cadres d'analyse, comme nous le détaillerons dans un premier temps. Ils nous ont permis d'analyser les espaces de médiation entre les cadres institués des organisations de santé et les pratiques en action de différents partenaires et acteurs d'une maison de santé, tout en n'oubliant pas de conserver une approche contextuelle puisque l'une des particularités des MSP est de construire un projet de santé en réponse aux besoins et ressources d'un territoire. Il nous a donc semblé pertinent de mobiliser le concept d'ethos comme « concept heuristique pour saisir et interpréter les récurrences de comportements » (Fusulier, 2011, p. 97) au sein des MSP mais aussi pour en saisir les possibilités d'actualisation, à savoir de redéfinition des modalités de l'action collective au gré des activités et des projets.

### *1.1. Une vision de l'organisation comme mouvement permanent*

Nous considérons l'organisation comme une construction en perpétuelle définition et redéfinition. Lorsque nous regardons une maison de santé, c'est pour y voir les phénomènes organisationnels qui émergent, se réitèrent et se poursuivent dans le temps. Nous adoptons donc une vision processuelle de l'organisation, à la suite d'auteurs inscrits dans un courant qualifié d'*organization as practice*. Pour Chia et King (1998), cette conception processuelle de l'organisation se caractérise par trois axiomes que nous reprenons et appliquons à notre analyse en disant que :

- les structures sont une fusion d'expériences passées, présentes et anticipées. Comme le souligne Whitehead (1978, p37), « ce qui constitue les choses forme les choses elles-mêmes ».

- les structures ne sont pas fixes car elles sont constamment redéfinies dans le présent.

- les structures ne sont pas continuées (comme des points sur une ligne du temps) elles sont reliées de toutes parts.

L'organisation est donc un espace structuré et structurant par et pour les pratiques (Orlikowski, 2011). Giddens parle de « dualité du structurel » (1987), c'est-à-dire de la

double nature des structures, à la fois condition et produit de l'action. Les structures sont donc à la fois contraignantes et habilitantes pour l'action collective. Confrontés à une situation donnée, les acteurs prennent en considération des paramètres structurels (qui disent le nécessaire et le possible) et structuraux (qui sont producteurs de sens). Notre unité d'analyse a donc été les activités quotidiennes, ce que les acteurs font, avec les règles, avec les mots ou avec les dispositifs. Nous avons voulu rendre visibles ces activités quotidiennes, celles qui maintiennent, renforcent ou changent les structures et comprendre pourquoi. Cette interaction entre structuré et structurant est continue, non parce qu'elle est dupliquée ou répétée mais parce qu'elle présente des conditions utilisables pour des expériences ultérieures. Giddens (1987) parle « d'instanciation ». Pour lui, les structures sont virtuelles et deviennent réelles uniquement lorsqu'elles sont instanciées<sup>9</sup>. C'est au fur et à mesure des expériences quotidiennes que se façonnent (ou pas) des pratiques pertinentes, des processus mieux ajustés et des connaissances adaptées aux besoins locaux. Les normes amènent parfois les professionnels à se consacrer à leur activité sans prêter attention à ce qui se passe autour d'eux. Ils sont comme « absents ». Mieux vaudrait développer chez eux et au contraire, une forme de « flexibilité interprétative » (Orlikowski, 1992).

Cette organisation en mouvement « relie » différents éléments de contexte. Pour mieux saisir ces éléments de contexte et ces interrelations, il nous semble pertinent d'utiliser les notions de situation de gestion et d'agencements organisationnels proposées par Girin (1990, 1995). Le concept d'agencement organisationnel de Girin (1995) « s'intéresse à l'organisation telle qu'elle se construit en situation et l'appréhende comme une combinaison de ressources humaines, matérielles et symboliques qui s'actionnent mutuellement. Le concept appelle à prêter attention aux individus et à leurs échanges, mais également aux objets techniques qu'ils mobilisent, ainsi qu'aux espaces dans lesquels ils évoluent » (Gentil, 2013, p.68). Quant à la situation de gestion, elle « se présente lorsque des participants sont réunis et doivent accomplir dans un temps déterminé une action collective conduisant à un résultat soumis à un jugement externe » (Girin, 1990, p. 142). L'activité de soins est effectivement fondamentalement collective. Des enjeux de rationalisation se jouent aujourd'hui et son résultat fait l'objet d'une évaluation (en matière de qualité et de performance économique) par les tutelles et les patients.

En conclusion, dans le prolongement de notre vision de l'organisation et de notre intérêt pour les pratiques, notre analyse s'inscrit dans une perspective structurationniste et porte sur les espaces de médiation en MSP entre structuré (normes, culture, outils, etc.) et structurant (pratiques, expériences, etc.). Pour comprendre ces espaces de médiation, nous les avons analysés comme des situations de gestion et avons observé les mouvements, les participants, les temps, les lieux, etc.

<sup>9</sup> Cela rejoint le besoin de « régulation conjointe » qualifié par Jean-Daniel Reynaud (1997).

Dans cette analyse des espaces de médiation et comme nous allons le détailler ci-après, il nous a semblé que le concept d'éthos pouvait être une grille de lecture pertinente. Selon Fusulier (2011, p.97), l'éthos permet en effet de « comprendre et qualifier la rationalité socialement et éthiquement encadrée des conduites sociales ». L'éthos peut donc être une grille de lecture pour mieux analyser les pratiques, le sens donné à l'action après conciliation des attentes des différentes parties prenantes et les situer dans un contexte.

### *1.2. Une grille d'analyse par l'éthos*

L'éthos, selon l'étymologie grecque, signifie la conduite éthique contractée par l'usage, les expériences, l'habitude. Plutôt que de se référer à des impératifs normatifs, il renvoie à l'idée de mœurs, de coutumes, de façon d'agir déterminées par l'usage. Celui-ci matérialise en quelque sorte les manières habituelles de se comporter dans un contexte social donné. Mais ces manières, ces récurrences ou régularités de comportement ne sont pas définitivement figées, elles sont façonnées au gré des expériences. C'est pour cette prise en compte du contexte, de la situation, que le concept d'éthos nous apparaît pertinent à mobiliser ; il permet de prendre en compte les personnes et les médiations qu'elles réalisent dans des situations concrètes pour s'adapter ou transformer les réalités qu'elles vivent. En prolongeant le travail de définition conceptuelle de Fusulier (2011), nous avançons que l'éthos constitue un concept pertinent pour étudier les espaces de médiation qui se déploient au sein des organisations. Entre une « morale de régulation » qui précise et définit ce qui est nécessaire et requis dans la gestion d'une structure pour être considéré comme « rationnel » et « légitime » et une « morale de conviction » liée à une profession ou à un secteur d'activité, il existe des espaces de médiation. Ces espaces peuvent être appréhendés par l'éthos, dans la mesure où il permet d'envisager à la fois des dispositions stables et un équilibre instable, une « convention » ou une « justification » (Boltanski et Thévenot, 1991) qui, pour un temps indéterminé, est adaptée à la situation et perçue comme convenable par les différents acteurs. L'éthos est la résultante des dispositions d'acteurs qui s'accordent à trouver une façon d'être dans des « espaces déjà-là » (Fusulier, 2011, p.102), à les animer et les transformer. L'éthos saisit les récurrences dans les discours et les comportements. Il montre comment les acteurs s'en saisissent pour s'insérer dans les systèmes, dans les situations d'action concrètes et les interactions aux autres qu'ils vivent. Ainsi l'éthos permet de comprendre les « règles du jeu » (Reynaud, 1997), les standards ou les normes, mais aussi la dynamique, le mouvement qui prend en compte l'extérieur et l'autre, dans la construction des conduites. Mais, bien qu'il puisse y avoir aussi une force inertielle dans l'éthos, entendu comme sédimentation de pratiques, comme intériorisation d'un principe organisateur des pratiques, le changement y est cependant toujours possible du fait de la recherche constante de l'adaptation, de l'ajustement aux



situations, à des contextes précis d'interactions.

Rapporté à la maison de santé pluriprofessionnelle, que peut apporter le concept d'ethos ? Une maison de santé est un projet collectif incarné dans une structure et implanté sur un territoire. Pour exister, il lui faut satisfaire à un cahier des charges qui conditionne l'obtention d'une autorisation d'ouverture et l'octroi de moyens de financement. Y satisfaire c'est aussi être porteur d'une finalité partagée avec les financeurs, les pouvoirs publics et les usagers. On peut se demander comment cette logique productive, qui est traversée d'un projet de territoire co-construit, va générer potentiellement une maison de santé, qui sera elle-même traversée par une logique de production d'un ethos particulier qui la distingue des autres organisations de santé. Les maisons de santé sont l'objet de négociations et de tensions entre des acteurs et des groupes d'acteurs qui débattent du sens à donner à l'action. L'ethos témoigne des bifurcations prises ici ou là entre le nécessaire et le possible. Lorsqu'il se stabilise, il témoigne d'un mode d'existence (Latour, 2005) ou d'organisation provisoire. L'ethos permet ainsi de penser à la fois en termes de sédimentation et de changement, de socialisation et de fonctionnement effectif, d'ancrage et d'innovation. L'ethos garde ainsi ouverte des possibilités. Il n'y a pas de « il faut » normatif qui s'impose à lui et prédéterminerait les conduites à tenir. Le réel étant en transformation continue, l'ethos l'est aussi. Il se garde de projeter à l'avance une quelconque nécessité. Il veille à ne pas s'attacher après coup à la position adoptée, à ne pas s'y fixer, s'y enliser. Car ce qui est adéquat dans un cas ne l'est pas nécessairement dans l'autre. L'ethos est ce qui maintient le réel en procès, pour que rien ne l'obstrue ou ne le fige. L'ethos permet donc de comprendre les espaces de médiation que les professionnels des maisons de santé pluriprofessionnelles arpentent, allant de la logique productive à la logique de production pour permettre l'une aussi bien que l'autre.

Enfin, les caractéristiques intrinsèques des maisons de santé, comme la nécessité préalable à sa création d'avoir un projet de santé répondant aux besoins des territoires et conciliant les intérêts et les engagements de différentes parties prenantes, nous ont amenés à considérer qu'une lecture par l'ethos de ces espaces de médiation pouvait être utile à la compréhension de ces organisations.

## **2. Méthodologie de l'étude de cas**

Afin de décrire ces va-et-vient, ces espaces de médiation qui actualisent et potentialisent la conduite des acteurs au sein des MSP et de comprendre comment le concept d'ethos permet de les appréhender, nous mobilisons dans cet article trois terrains, correspondant à trois maisons de santé ou pôle de santé ou maison médicale (terminologie belge) que nous nommons « Valtoura », « Fuggie » et « Katty ». Nous les avons étudiés comme des cas (Yin, 1984) en les distinguant dans leurs frontières et leurs narrations. Le choix de l'étude de cas se justifie de deux manières différentes. Cette méthodologie permet de décrire un phénomène dans toute sa complexité selon

une approche compréhensive de type diachronique, processuel et contextuel.

Chacune de ces études de cas triangule cinq types de matériaux :

- une analyse documentaire d'archives (archives d'un financeur de ces maisons contenant diverses correspondances, comptes rendus de réunions, outils formalisés par et pour l'organisation, documents d'analyse du territoire d'implantation de la MSP, enquêtes) ;
- 8 entretiens semi-directifs individuels (d'une durée d'une heure trente en moyenne), menés sur des terrains français et belge auprès de professionnels investis dans des maisons de santé ou leurs équivalents dans d'autres contextes nationaux (à savoir les maisons médicales en Belgique) ;
- 2 entretiens collectifs organisés au sein des maisons en présence d'acteurs divers représentant les diverses parties prenantes ;
- des observations non participantes, in situ, sous forme de visites des structures (a minima une visite par structure) ou de réunions d'informations organisées par les collectivités territoriales, l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS), l'Agence Régionale de la Santé (ARS), la Fédération des maisons de santé (FMMPS) ou encore la faculté de médecine<sup>10</sup> ;
- des données secondaires (articles de recherche sur les maisons de santé, comptes rendus de colloque, thèse de médecine, coupures de presses, etc.)

Nous avons procédé à un codage thématique (tableau 1) pour analyser le contenu des entretiens et documents d'archives, selon les recommandations de Huberman et Miles (1991). Notre analyse est qualitative (Allard-Poesi, Drucker, Elhinger, 2007).

**Tableau 1 :** Catégories et mots-clefs de l'analyse de contenu qualitative

Catégories	Mots-clefs principaux
Territoire	territoire, zone d'intervention, besoins du territoire, espace, architecture, ancrage, population, patients, ressources, contraintes, responsabilité envers la population, élus
Coordination	coordination, coopération, collaboration, collectif, ensemble, relations, interactions, pluriprofessionnel, partenaires, gouvernance
Médiation	ajustement, mouvement, aménager, accommoder, vitalité
Processus	moment clé, accélérateur, frein, mouvement, changement
Singulier	particulier, spécifique, différent, autrement
Controverse	désaccord, problématique, conflit, divergences

Le tableau 2 présente les principales caractéristiques des trois organisations de santé pluriprofessionnelles étudiées. Nous les avons nommées « Valtoura », « Fuggie » et « Katty ». Une est en création, deux autres sont en fonctionnement depuis des dates différenciées. Deux sont françaises, l'une est belge.

<sup>10</sup> La recherche menée a été réalisée avec le soutien financier de la Région Nord-Pas de Calais-Picardie dans le cadre du projet MAISITER.

Tableau 2 : Les trois organisations de santé pluriprofessionnelles de l'étude

Organisation	Valtoura	Fuggie	Katty
Pays, localisation	France, banlieue d'une grande ville située géographiquement au sein du bassin minier (en reconversion économique) et dans une position transfrontalière.	France, zone rurale en déclin mais avec ressources pour son développement (présence d'un parc éolien)	Belgique, l'une des communes bilingues de la ville région de Bruxelles-Capitale
Date de création	Bâtiment de 1900 m <sup>2</sup> en cours de construction, ouverture prévue fin 2016 (portage du projet depuis 2007)	2012 (portage du projet de création depuis 2006)	1995
Professionnels (du soin) « internes »	Le bâtiment doit réunir une quinzaine de professionnels du soin (médecins généralistes, infirmiers, sages-femmes, pédicure, diététicien, biologiste, chirurgiens-dentistes, kinésithérapeutes, médecin angiologue, psychologue) ainsi que des bureaux pour des associations de prévention et pour faciliter les démarches d'accès à la couverture maladie (CPAM)	5 médecins généralistes 9 infirmiers 2 kinésithérapeutes 2 psychologues, 1 sage-femme, 1 dentiste 1 podologue étudiants en médecine 4 cabinets pour les consultations des spécialistes	5 médecins généralistes 1 assistant médecin généraliste 3 infirmières 3 kinésithérapeutes 2 assistantes sociales 4 accueillantes 1 psychologue 2 dentistes 2 administratifs
Patientèle / Territoire	Grande sous médicalisation du territoire Etat de santé très dégradé (considéré comme « alarmant ») de la population au regard de la mortalité nationale et régionale. Surmortalité prématurée liée à des comportements individuels à risque (tabac, alcool, alimentation)	4000 patients estimés au minimum. Sous médicalisation importante du territoire. A plus de trente minutes de la première ressource hospitalière. Consultation régulière des habitants (création d'une association locale de développement sanitaire avec un collège d'usagers)	Quartier peu couvert en structures socio-sanitaires de soins primaires

Dans une logique d'exploration, nous avons adopté une démarche compréhensive. Nous avons exploré nos terrains pour comprendre comment les acteurs lisent leur environnement et agissent en regardant s'il y a des éléments stables, contraignants, intangibles. Comment sont apparues « les structures », comment éventuellement elles

se reproduisent et évoluent en fonction des interactions et en quoi les actions qui semblent « singulières », peu « structurées » le sont en réalité et impactent l'organisation en cours (Dumez, 2016). Nous avons commencé par élaborer un guide d'entretien semi-directif qui a très vite évolué (dans les thématiques abordées et l'ordre choisi pour discuter des thèmes) au fur et à mesure de la progression de la recherche (voir annexe 1).

Notre objectif était d'identifier comment l'éthos, dont le concept a été sollicité pour comprendre les espaces de médiation entre cadres institués et pratiques en action, est produit et ce qu'il produit. Nous souhaitons montrer comment les professionnels des maisons de santé gèrent l'entre deux des injonctions d'un côté et des besoins de l'autre : comment ils font face sans trop d'inconvénients pour eux, à des situations qui peuvent leur sembler problématiques ou incohérentes. Pour y parvenir, ils appliquent, aménagent ou transforment les cadres qui s'appliquent à eux. Ils favorisent la mise en débat des controverses auxquelles ils sont confrontés dans leurs pratiques de tous les jours. « En interprétant les controverses, en donnant à lire autrement les règles d'action, en apportant la possibilité de les contourner (pour de « meilleures » raisons), les professionnels se donnent à voir autrement leur monde opératoire. Ils essaient d'y trouver un sens – qui intègre les règles mais permet aussi de s'y soustraire pour des valeurs ou des usages adaptés aux réalités qu'ils vivent » (Beaucourt et Laude, 2010, p. 206).

### **3. Résultats : les espaces de médiation en Maisons de Santé Pluriprofessionnelles**

Nos résultats ont conforté l'intérêt de notre grille de lecture par l'éthos, tant pour la phase de création de la maison de santé que dans son fonctionnement quotidien.

#### *3.1. Le pôle de santé « Valtoura »*

Le projet de création « Valtoura » est né d'un diagnostic territorial réalisé par une communauté d'agglomération et un organisme régional de Sécurité Sociale en 2007. Celui-ci a fait principalement ressortir une situation sanitaire « alarmante », une démographie médicale faible (moins d'un médecin pour mille habitants) et une volonté forte de différents partenaires de créer une maison de santé pour mieux répondre aux besoins de la population et du territoire. En 2008, sur la base des constats de territoire, un comité de pilotage dit « partenarial » a été lancé et une étude de faisabilité a été menée. Ce comité de pilotage réunissait tous les semestres environ, des organismes de sécurité sociale (Caisse Primaire d'Assurance Maladie, Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie, caisse régionale de sécurité sociale dans les mines), les maires des territoires et la direction de la cohésion sociale de la Communauté de Communes concernés, le Conseil Régional, le Conseil Général, la Direction Départementale des

Affaires Sanitaires et Sociales<sup>11</sup>, l'Union Régionale des Médecins Exerçant à titre Libéral, l'Observatoire Régional de Santé de la région concernée. Les éléments de motivation de ces différents partenaires sont nombreux : si certains (maires, communautés de commune, Conseil Régional) sont clairement présents dans l'optique de faire du développement de territoire (permettre à un territoire économiquement et socialement défavorisé de disposer d'une offre de soins), d'autres sont davantage présents pour légitimer leur place institutionnelle et leur expertise dans la régulation de l'offre de soins (c'est le cas de la DDAS, URMEF, ORS) ou encore pour mettre en place des évolutions institutionnelles (c'est le cas des organismes de sécurité sociale souhaitant mettre en œuvre des nouveautés apparues dans les lois de financement de la sécurité sociale). Au travers de ces premiers éléments, on perçoit combien le projet de création était initialement orienté et porté par des cadres institués reconnus par tous (les dispositifs institutionnels favorisant la coordination en soins primaires, une lecture commune des besoins du territoire, etc.). Pour la personne nommée au pilotage du projet issue de la Direction de la cohésion sociale de la Communauté de Communes concernée, l'objectif du pôle était « *d'offrir une offre de soins, encore plus complète en accueillant de nouvelles spécialités médicales et paramédicales* » (compte-rendu du comité de pilotage). Derrière cette expression, on peut lire le compromis construit entre les logiques des différentes parties prenantes du projet : l'objectif était d'avancer dans l'articulation entre différentes visions et pratiques du soin pour une population défavorisée sujette à des « trous » dans sa prise en charge. Pour soutenir l'activité organisatrice autour de cette finalité affichée, un certain nombre d'outils ont été mis en place, comme nous le détaillerons ci-après ; des focus groups, une association de professionnels et une charte de fonctionnement. Pour reprendre notre cadre d'analyse, nous dirons qu'après une reconnaissance du cadre structuré, les acteurs ont progressivement mis en place des pratiques structurantes sur la base d'indicateurs sur les besoins et ressources du territoire, fournis par un observatoire, partie prenante au comité de pilotage.

Tout d'abord, des élus et professionnels ont été interrogés dans le cadre de focus groups. Le premier thème de travail du groupe projet était de « *concevoir un mode de gouvernance partagé qui garantisse l'efficacité et la pérennité du projet* » (compte-rendu de comité de pilotage). L'un des premiers livrables du groupe projet fut donc une charte de fonctionnement où on peut lire :

« *Les professionnels libéraux de santé signataires de la présente charte s'engagent à respecter les principes éthiques suivants :*

- *placer les usagers au centre du dispositif de soin,*
- *répondre aux demandes de soins quelles que soient les origines et les conditions socioéconomiques des patients,*
- *respecter le libre choix des usagers,*

<sup>11</sup> L'un des organismes précurseurs des Agences Régionales de Santé instituées en 2009.

- *assurer les transmissions des données médicales et paramédicales dans l'équipe de soins dans le respect de la confidentialité des informations et de l'accord du patient,*
- *respecter les règles déontologiques de leurs ordres professionnels respectifs* » (Charte).

En outre, pour obtenir l'autorisation de créer un pôle de santé, il y a lieu de montrer comment cette organisation pluri-professionnelle pouvait répondre aux besoins du territoire et associer tout un ensemble de professionnels au projet de santé. Une association, regroupant les professionnels de santé de premier recours, a donc été créée avec la volonté d'établir des relations plus horizontales entre les soignants. Cet exemple montre comment le structurant (la dynamique coopérative entre les professionnels souhaitant s'investir dans la création) a été généré par du structuré (la nécessité de démontrer aux financeurs que le projet était opportun et faisable) mais a également induit du structuré (la création d'une association).

Lors du processus de création combinant la réponse à ces cadres et des volontés d'agir pour un territoire, par la création de ces outils, le comité de pilotage a cherché à réduire l'incertitude liée au projet. La charte a été en quelque sorte à la fois un outil d'appropriation et de régulation. Son élaboration a suscité des échanges et une sorte de confrontation des différents points de vue. La coordinatrice et présidente de l'association ont eu, chemin faisant, à favoriser les échanges, l'engagement et la collaboration des acteurs. La rédaction de cette charte de fonctionnement a produit un ordre local adapté aux besoins du territoire, mais aussi une forme de désordre, chacune des professions s'appropriant le projet pour en faire « usage » ensuite dans leurs activités. Les principales controverses ont porté sur les points suivants : la délimitation du territoire d'intervention, le nombre de pôles de la MSP et le fait de savoir si la fonction de coordination devait être antérieure au projet immobilier et foncier de regroupement sur un site. Certaines parties prenantes ont justifié l'importance de la fonction de coordination pour mieux connaître les besoins et ressources en termes de santé du territoire, d'autres la légitimaient au nom de l'importance travail administratif de montage de dossiers/projets (projets immobiliers, obtention de subventions, etc.). D'autres enfin le positionnaient comme une ressource pour engager une démarche d'éducation thérapeutique. Or, la charte ne peut s'appliquer, et donc devenir effective, qu'à partir du moment où les acteurs chargés de la mettre en œuvre trouvent le moyen de s'entendre avec ceux qui porteurs d'une logique professionnelle particulière, doivent l'appliquer dans leurs activités. Entre besoins du territoire et attentes/leviers d'engagement des parties prenantes à la MSP, il ne s'agit pas de chercher des équilibres ou des consensus mous, mais de bien séparer les expertises, les espaces et de permettre l'émergence de contre-pouvoirs. Il y a besoin de séparer avant de relier, de ménager l'entre dans un espace de sécurité pour favoriser la créativité.

Pour avancer dans la création « multi-partenariale », un montage juridique a été proposé, un choix de localisation et un schéma de fonctionnement ont été faits. L'appropriation du dispositif a été ainsi canalisée selon des modalités et des

perspectives permettant à chaque fois de débattre (en tout ou partie) de différents sujets ou controverses : la répartition et l'agencement de l'espace (m<sup>2</sup> par professionnels, organisation des salles d'attente), les modes et niveaux de contributions financières des professionnels de santé (location ou mise à disposition des bureaux), les horaires de travail (permanence et continuité des soins), les outils de coordination (dossier partagé, réunions), etc.

Les espaces de médiation ont suscité la multiplicité des échanges entre les personnes et probablement la transformation qualitative de la nature de leurs interactions jusqu'à produire un collectif d'acteurs engagés. Mais les paroles échangées n'auraient eu qu'une fonction de médiation illusoire si chacun avait continué à penser et agir dans son « monde ». Il s'agissait bien de dépasser, dans l'échange, ce que les représentations avaient d'unilatéral et particulier pour faire naître un « commun ». Dès lors, la fonction d'animation et de coordination était considérée comme « *essentielle à la réussite du projet* » et cette fonction était perçue comme « *antérieure au projet immobilier et foncier de regroupement sur un site des professionnels qui le souhaiteraient* » (compte rendu de focus group). En 2013, la communauté d'agglomération a embauché une coordonnatrice santé dans le cadre de sa politique de cohésion sociale. Celle-ci a initié et élaboré immédiatement un projet local de promotion de la santé en activant des réseaux et partenaires et en mobilisant des professionnels de santé de premier recours. La maison n'était pas encore construite, mais l'objectif était dans le groupe pilotage de tisser, de favoriser le travail ensemble entre les acteurs engagés dans le projet. D'ailleurs, dans les documents de la communauté d'agglomération portant le projet, on peut clairement lire que l'un des objectifs du pôle est d'offrir « *un espace de travail attractif qui correspond davantage aux attentes des nouveaux professionnels* » ou encore que cette organisation « *constitue une réponse à la fois aux besoins des habitants pour se soigner et à l'évolution des modes d'exercices souhaités par de nombreux professionnels de santé, dont la nouvelle génération qui préfère l'exercice en groupe* » (dossier de presse de la communauté d'agglomération). Bien qu'inter-médiée et instrumentale (via des focus groups avec les élus), la participation des habitants au processus de création a été perçue comme un facteur clé de succès du projet. D'autant que « *des freins à l'accès aux soins ont été repérés sur le territoire à travers notamment des recours aux soins trop tardifs* » (chargée de projet du pôle de santé). Quel rôle et quelle place ont les patients, les aidants, les soignants et les organisations de santé dans la production des soins ? Cette question entre les aspects public et privé de la santé a une incidence certaine sur l'articulation des activités de soins. Une démarche d'*empowerment* auprès des habitants a été au cœur du projet.

Ici, l'ethos des professionnels impliqués ne peut se réduire à une scène de résignation, annihilant la vitalité du collectif par crainte de contradictions, de tensions ou conflits. Au contraire il permet l'appropriation des dispositifs institutionnels sur la base du

travail collectif et de l'*empowerment*. Par ces matériaux relatifs aux relations qui se sont nouées entre les institutions, professionnels du soin et habitants, nous voyons combien ce projet a voulu transformer les rapports professionnels (bien souvent hiérarchiques dans le monde de la santé), entre professionnels / habitants vers plus d'horizontalité et de collégialité. Il est enfin intéressant de noter que le terme de soignant est perçu dans son sens large dans ce pôle de santé puisque le projet est de regrouper sous un même toit des professions médicales et paramédicales mais aussi des associations de prévention ou encore des professionnels de la CPAM pour faciliter l'accès aux droits.

### 3.2 La Maison de Santé Pluriprofessionnelle « Fuggie »

Cette MSP est implantée dans une zone rurale en déclin (indicateurs de santé fortement dégradés, grande sous-médicalisation du territoire, située à plus de trente minutes de la première ressource hospitalière, etc.). L'existence d'un important parc éolien à proximité et les taxes perçues du fait de cette installation a permis à la mairie de soutenir financièrement le projet et d'attirer de jeunes médecins. Au départ, le projet de création a été porté par un « leader professionnel », médecin généraliste, très soucieux d'anticiper son départ à la retraite et d'organiser son remplacement dans la commune où il exerçait. Le territoire de la commune était considéré comme médicalement sinistré. Comme l'a précisé la coordinatrice de cette maison de santé, entendue en entretien, *« le projet a débuté en 2006, l' élu qui était maire et président de communauté de communes en même temps, a été interpellé par un médecin généraliste mais dans une discussion informelle en lui disant dans quelques années, il va y avoir un souci sur notre secteur par rapport à la désertification médicale »* (coordinatrice). Le maire, également président de la communauté de communes, a été sensibilisé et a voulu agir face au risque de désertification médicale. Ce projet de « maison » est progressivement devenu un grand projet public associé à d'autres projets de revitalisation du territoire, notamment par la création notamment d'un béguinage, d'une maison des jeunes, d'une maison de la solidarité. En allant vers le maire, le médecin généraliste voulait obtenir un terrain communal et créer un cabinet médical. *« Il y a eu un concours de circonstances qui a fait que l' élu a été tapé aux portes [du Conseil Régional] en disant : est-ce qu'on pourrait inventer un concept d'organisation pour répondre aux besoins du territoire ? »* (coordinatrice).

Créer une maison de santé devenait « légitime » au regard des instances politiques dans la mesure où cela répondait à un besoin avéré. Un diagnostic territorial est venu renforcer cette nécessité. A partir de là a été élaboré un projet de santé intégrant les orientations et activités prévisionnelles. Les deux initiateurs ont porté ce projet pendant six ans. Plus de mille heures de réunion ont été comptabilisées, un cahier des charges très précis pour lutter contre la désertification médicale (et notamment sur ce territoire « fragile » avec deux hôpitaux à plus de 30 kilomètres) a été élaboré pour



améliorer de mauvais indicateurs de santé et pour « mettre en synergie » tous les acteurs de la santé (des généralistes, des spécialistes, des mutualistes, sans oublier le médico-social, la prévention, la formation) autour de ce projet. Tous les professionnels de santé libéraux du territoire ont été réunis, associés à des psychologues et des assistants sociaux. Tous ont été informés et conviés à participer au projet. Les facteurs d'engagement de ces derniers dans le projet ont été variés, comme le précise une thèse en médecine (Chaissac, 2014) réalisée par un interne ayant travaillé dans cette maison de santé. Parmi les éléments d'engagement ou agir stratégique des différents professionnels du soin impliqués dans la création de la maison, on trouve la volonté :

- d'intégrer un bâtiment neuf et confortable : « *avoir des locaux, heu, neufs dans lesquels je pourrais m'éclater, m'épanouir* » (kinésithérapeute, Chaissac, 2014, p.7)

- de répondre aux normes en termes d'accessibilité : « *Il y avait pas mal de professionnels de santé et médecins qui étaient intéressés parce qu'ils savaient bien de toutes manières qu'il y aurait un jour ces normes d'accessibilité des locaux aux handicapés auxquels ils devraient répondre et que les cabinets installés chez eux étaient difficilement adaptés* » (coordinatrice)

- de faire face à désertification médicale : « *Certains paramédicaux avaient du mal à trouver des gens pour s'installer avec eux* » (coordinatrice)

- de rendre un service à la population : « *un trou géographique de 32 km à la ronde... y'a rien autour donc les gens qui y habitent... ont aucun recours...les hôpitaux, ça fait loin* » (sage-femme, Chaissac, 2014, p.8) ; « *une prise en charge globale du patient, y compris avec...les acteurs médicaux sociaux* » (médecin, Chaissac, 2014, p. 8)

- de pouvoir exercer en collectif pluriprofessionnel : « *faire partie d'une équipe...au niveau du partage, au niveau de la dynamique, c'était pas la même chose* » (infirmière, Chaissac, 2014, p. 7).

« *Tout ce monde-là s'est réuni, mais l'élu a dit ça ne suffit pas, il faut interpeller tous les partenaires santé* » (coordinatrice de la maison de santé). Au final, on retrouve dans les archives des comptes rendus de comités de pilotage où l'on voit que de nombreuses parties prenantes ont été présentes : Conseil régional, Conseil départemental, Agence Régionale de Santé, Communauté de communes du canton, CPAM, Union Régionale des Médecins Libéraux, Mutualité Sociale Agricole, Entreprise sociale pour l'habitat (propriétaire du bâtiment), Société de construction éolienne (donateur), Centre Hospitalier (pour faciliter l'accueil régulier d'internes). Il est intéressant de noter que ces comités prennent appui sur des analyses réalisées par une association locale de développement sanitaire et un collèged'usagers.

Cette MSP, en fonctionnement, a été qualifiée dans la Presse locale de « *novatrice* », voire de « *maison de santé du futur* » (écho62, 09/07/2012). Elle s'est inscrite dans l'imaginaire de ses habitants avant de satisfaire aux normes imposées pour être autorisée à fonctionner. La mairie a facilité les rapprochements, chargé une coordinatrice de cultiver les réseaux et de provoquer des rencontres régulières. En se

montrant proactif face aux évolutions prévisibles, en favorisant la créativité et l'innovation, la maison est apparue comme une organisation collective au service du plus grand nombre. Dans cette maison de santé, les cadres structurés allaient bien au-delà du champ de la santé puisque le projet a été associé à d'autres projets de revitalisation (la création notamment d'un béguinage, d'une maison des jeunes, d'une maison de la solidarité) par et pour le territoire.

Cette MSP ressort comme originale :

- elle met en synergie tous les acteurs de la santé : des généralistes, des spécialistes, des mutualistes, sans oublier le médico-social, la prévention, la formation (le bâtiment comporte des appartements indépendants mis à la disposition d'internes régulièrement accueillis en son sein).

- elle contient une salle d'accueil des urgences du fait de son éloignement des ressources hospitalières.

- elle est implantée dans un bâtiment neuf Haute Qualité Environnementale (HQE). Notons à ce sujet que la coordinatrice de la maison de santé fait clairement le lien entre l'environnement source de ressources et l'environnement préservé dans la construction du bâtiment.

Au final, la maison de santé est qualifiée de « *HQE et AQE... pour accès, qualité, efficacité des soins* » et « *d'intelligence territoriale collective (une croissance verte au service des blouses blanches)* » par le président d'un financeur (écho62, 09/07/2012). L'éthos des professionnels impliqués a bien surgi de toutes ces rencontres qui ont affecté les acteurs au-delà de l'exécution de leurs tâches, et se caractérise par une disposition collective à capter toutes les ressources du territoire dans une perspective de revitalisation. Ce faisant il autorise son propre débordement au-delà du champ de la santé.

### 3.3. La maison médicale « Katty »

Ce va-et-vient si singulier, entre les mœurs et les usages d'un territoire (par les habitants et les professionnels qui y travaillent) et un ethos professionnel n'est pas une spécificité liée au contexte politique, économique et sociétal français. En effet nous l'avons également observé dans le fonctionnement de maisons médicales belges. Pour appuyer nos propos, nous allons prendre appui sur l'analyse d'espaces de médiation au sein de la maison « Katty », tant dans sa création que son fonctionnement.

Cette maison médicale est affiliée à la Fédération des maisons médicales et des collectifs de santé francophones. Il est important de comprendre que cette fédération s'est établie sur la base d'un projet politique : « *promouvoir une politique et un projet de société favorisant la santé pour tous* » (site Internet de l'association). Elle se caractérise elle-même comme un « *mouvement pour une société plus solidaire, plus équitable et socialement juste* » dont l'objectif est d'« *organiser la médecine autrement* » (entretien collectif au sein de la fédération), dans le sens d'une plus

grande accessibilité à la population, d'une prise en compte de l'ensemble des déterminants de la santé conformément à la déclaration d'Alma Ata et d'une volonté de participation active de la communauté pour que se développe une société en santé. Les termes de « *santé communautaire* » sont alors utilisés. Cette santé « *communautaire* » :

- véhicule des valeurs qui se traduisent notamment par des méthodes de travail participatives ; les maisons médicales sont autogérées et « *C'est vraiment des équipes où les uns peuvent faire appel aux autres* » (gestionnaire coordinatrice de Katty) ;
- préconise la mobilisation des ressources autres que médicales pour offrir des activités allant au-delà de la consultation, la prise en charge et les soins (mais contribuant pourtant bel et bien à l'état de santé d'une population d'un territoire) ainsi que la participation active de cette population à la définition des activités qui lui sont destinées.

L'éthos professionnel des maisons médicales belges adhérant à cette fédération s'inscrit nécessairement dans le prolongement de ces valeurs et principes de gestion. Comme le précise l'infirmière, gestionnaire coordinatrice de la structure, « *Quand on a ouvert Katty, le système n'était plus à débattre, il était déjà créé* ». La maison médicale « Katty » est née en 1995 par la volonté de deux professionnels (une infirmière et un médecin) exerçant déjà dans une maison médicale sur un territoire proche : « *Au départ, on vient d'E. [Une autre maison médicale proche]. Je travaillais comme infirmière et je faisais de la promotion à la santé, là-bas. Une des médecins stagiaires avait envie de continuer. Quand elle a fini son stage de médecine, on a décidé de créer ensemble une maison médicale. Dans E., il y avait des patients venant d'ici, donc c'était décentré. Elle a fait une étude de quartier pour savoir s'il y avait beaucoup de médecins. En fait c'est un quartier très pauvre au niveau structures socio-sanitaires, donc on s'est installé ici. Au départ, dans des logements sociaux. C'était difficile parce que les gens des logements sociaux se sentaient stigmatisés donc n'aimaient pas. Les gens qui n'étaient pas dans les logements sociaux ne voulaient pas y aller. La dynamique a vraiment explosé quand on est sorti des logements sociaux et qu'on a déménagé ici* » (infirmière gestionnaire coordinatrice de la structure).

Ce *verbatim* est significatif, car il montre combien l'éthos professionnel a conduit ces deux « créatrices » à vouloir implanter leur maison médicale dans des zones défavorisées, mais que ce sont les habitants du territoire eux-mêmes qui les ont incités à réviser leur stratégie d'implantation. C'est aussi une découverte progressive des besoins réels : « *On pensait au départ que le quartier était un peu plus bourgeois, les gens pensaient qu'il y aurait moins de problèmes de santé, on s'est rendu compte qu'ils étaient bien cachés* », et une transformation des caractéristiques de la population. « *Le public a fortement changé et s'est rajeuni. Beaucoup de familles précarisées ou immigrées se sont installées. Plus de la moitié de la patientèle a moins de 18 ans* » (assistante sociale). Tout cela a favorisé l'évolution de l'offre de soins.

Au sein de la fédération, cette maison médicale est connue et reconnue notamment pour avoir ouvert et développé un espace de rencontre et d'activités pour parents d'adolescents : le « café des parents ». Ce dispositif d'aide à la parentalité, prolongement de l'approche en santé communautaire de cette maison de santé, est le résultat de l'éthos professionnel - empreint d'altérité et d'une sensibilité à l'*empowerment* - d'une assistante sociale qui est entré en résonance avec certaines caractéristiques de la population du territoire. Aujourd'hui la mobilisation de cette population par l'animation de différents groupes (café des parents, « groupe de convivialité », etc.) est un véritable atout et facilite le travail des professionnels de la maison. « *On sent maintenant que ça bouge, par exemple si on veut organiser un petit déjeuner santé avec un grand nombre de patients, on sait qu'on peut faire appel à certains patients du groupe convivialité pour un coup de main ponctuel* » (infirmière, gestionnaire coordinatrice).

**Tableau 3** : Ethos du territoire et ethos professionnel, exemples de *verbatim*

	Ethos du territoire	Ethos professionnel
Valtoura	« <i>Nous voulons être un espace ressource santé, un lieu d'information... alors comment le faire sans impliquer les principaux intéressés, à savoir les habitants</i> » (chargée de projet)	« <i>Pour prendre soin d'une personne, il faut en prendre soin collectivement dans le cadre d'une organisation prenant soin de ces professionnels</i> » (chargée du projet).
Fuggie	« <i>Le projet a débuté en 2006, l'élu qui était maire et président de communauté de communes en même temps, a été interpellé par un médecin généraliste mais dans une discussion informelle en lui disant dans quelques années, il va y avoir un souci sur notre secteur par rapport à la désertification médicale</i> » (coordinatrice)	« [Il faut] <i>mettre en synergie tous les acteurs de la santé</i> » (médecin)
Katty	« <i>On a vraiment essayé de laisser la porte ouverte pour que les jeunes entrent. On avait une assistante sociale qui était vraiment très ouverte aux jeunes</i> » (infirmière gestionnaire coordinatrice)	« <i>Si les médecins n'ont pas de visite, ils sont dans les maisons, ils font de la paperasse, ils s'occupent des groupes de promotion de santé. C'est vraiment des équipes où les uns peuvent faire appel aux autres</i> » (infirmière gestionnaire coordinatrice).

#### 4. Discussion : l'éthos et les espaces de médiation

Les apports des résultats de notre étude de cas se situent essentiellement dans la déclinaison de l'éthos en ethos du territoire et ethos professionnel (tableau 3) et l'analyse de leurs spécificités pour les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles.

#### 4.1. Une déclinaison entre *ethos* du territoire et *ethos* professionnel

Sur la base de nos études de cas, nous formulons la proposition d'une déclinaison de l'*ethos* en *ethos* du territoire d'une part et en *ethos* professionnel. Une grille d'intelligibilité en ressort permettant de saisir le mouvement et les espaces de médiation dans les maisons de santé pluri-professionnelles. En effet, le mouvement est rendu possible du fait de l'articulation entre :

- une logique productive de l'*ethos* du territoire qui fait émerger un projet de Maison de Santé Pluriprofessionnelle,
- une logique de production de l'*ethos* : la MSP produit un *ethos* professionnel spécifique.

Dans un premier temps nous parlons donc d'*ethos* d'un territoire pour qualifier les usages d'un territoire par les habitants et les professionnels qui y travaillent, qui l'aménagent, qui en gèrent les espaces et qui y vivent. En ce sens, le territoire n'est ni une délimitation géographique, ni un découpage administratif, mais plutôt le lieu de déploiement de dynamiques individuelles et collectives. On relève souvent l'écart entre le territoire comme idéal projeté et la réalité des fonctionnements qui s'y opèrent en termes de solidarité, mutualisation, échanges, proximité, hybridation, etc. Ce décalage oriente l'action collective dans le sens où à la fois il la limite mais aussi il la motive. Une déclinaison en *ethos* du territoire permet de souligner que le territoire, ce sont avant tout des personnes qui se l'approprient, qui en ont une perception, qui s'en accommodent, qui y habitent, qui s'y projettent, selon les habitudes et les valeurs qui sont les leurs et en absorbant, voire transformant, les cadres géo-administratifs qui les contraignent. Comme le souligne Moine (2006, p. 122), « le territoire est un tout au sein duquel émergent plusieurs facettes. Il relève de la matérialité, c'est l'espace géographique ; il est approprié, suivant la conscience que chacun s'en fait au travers notamment de la perception et du vécu qu'il en a, mais aussi de l'usage qu'il en fait. Il est enfin ce que certains acteurs veulent ou souhaitent qu'il devienne au gré des aménagements [...] idéal projeté ou tout simplement anticipation d'un devenir ».

Dans un second temps, nous parlons d'*ethos* professionnel pour caractériser le dénominateur commun dans lequel les acteurs vont puiser une façon de penser et d'agir professionnellement qui sera signifiante et reconnue par le collectif (Maingueneau, 2002). Cet *ethos* se structure à partir des croyances, usages, règles et habitudes propres à une profession et qui sont redéfinis sans cesse dans l'action. Comme l'a souligné Giddens (1987), les acteurs ont besoin de « sécurité ontologique » et entrent dans des processus de routinisation liés à leur profession. Toutefois ils exercent leur conscience pratique et discursive, ce qui les amène à modifier progressivement leurs habitudes. Certains auteurs ces dernières années ont travaillé à définir des *ethos* professionnels spécifiques comme l'*ethos* des mathématiciens (Zarka, 2009), l'*ethos* des agents du ministère de la justice (Sallée, 2010), l'*ethos* de la police judiciaire de la jeunesse (Falchun, Robène, Terret, 2016) ou encore l'*ethos* des agents

publics (Fortier, 2013). Mais alors que ces articles insistent respectivement sur la dimension épistémique, l'action éducative, le rôle de la formation et l'impact du *New Management Public*, l'originalité de notre contribution dans le cas des MSP réside dans l'articulation entre ethos du territoire et ethos professionnel. De ce fait, elle valorise des organisations de santé innovantes, en mouvement parce que traversées d'espaces de médiations territorialisés.

L'ethos constitue donc un prisme pour analyser les dimensions contextuelles (territoriales) et sociales (professionnelles) qui contraignent et habilite l'action collective au sein des maisons de santé. L'ethos est en même temps limitatif et générateur d'expériences. Il s'enrichit au fur et à mesure des médiations, change de façon incrémentale. Il permet à la fois une actualisation plus facile des dispositions, des règles ou des habitudes ou encore leur transformation radicale. Les médiations nécessitent des personnes un engagement dans la parole et le débat, la possibilité de reconsidérer les routines et les frontières, de ménager de l'entre dans un espace de sécurité et ainsi de favoriser la créativité. L'ethos permet de tenir compte de « l'épaisseur » des situations avec laquelle les acteurs composent. D'un côté, il y a prise en compte de contextes sociaux où les pratiques se sédimentent, où les règles sont intériorisées ; de l'autre il y a des comportements individuels et collectifs qui « instancient » les structures du social. Il montre le travail perpétuel engagé par les acteurs pour reproduire, altérer ou transformer les règles ou les habitudes inhérentes à leurs activités, en fonction des situations qu'ils vivent. Comme l'habitus chez Bourdieu, l'ethos s'actualise et s'enrichit au fur et à mesure des expériences vécues et de l'évolution des personnes. Il se situe donc au milieu d'un « champ de forces » selon le vocable de Lewin (1951). Tantôt il influence les acteurs à l'effectuation de certaines pratiques pour qu'ils se sentent reconnus et en phase avec les exigences de leurs milieux (organisationnel, territorial et professionnel), tantôt il est influencé par les acteurs qui questionnent et bouleversent les ordres établis.

#### *4.2. Les espaces de médiation en Maisons de Santé Pluriprofessionnelles comme singularité de leur ethos*

Dans les maisons de santé, nous avons observé un mode de prise en charge spécifique des patients-usagers, induisant un renouvellement de la pratique professionnelle, soit un ethos professionnel assez singulier dans le champ de la santé. Nos observations de terrain nous permettent de faire apparaître un ethos professionnel spécifique aux MSP. Cet ethos idéal typique connaît bien entendu des variations selon les cas de MSP précisément parce qu'il répond au territoire. Cependant les MSP ne sont pas seulement le fruit d'un ethos territorial -au sens où elles se construisent selon la lecture qu'elles font des spécificités du territoire auquel elles s'adressent-, elles sont aussi porteuses d'un projet territorialisé, en ce sens qu'elles sont co-construites et qu'elles ne renvoient pas à des solutions figées, mais plutôt à des processus itératifs, de va-et-vient. Ainsi

cet ethos professionnel peut certes être considéré comme un idéal type mais cet idéal type permet précisément d'envisager son renouvellement continu. Ainsi l'éthos professionnel en MSP que nous proposons de qualifier dans cette étude, se déploie dans des espaces de médiation territorialisés entre le structuré et le structurant. Ces espaces de médiation se rapprochent alors de ce qu'Isabelle Fortier (p. 168) souligne quand elle précise que l'éthos implique « une manière d'être en relation ». L'entrée territoriale permet d'enrichir cette idée : l'éthos professionnel en MSP en ressort comme une manière singulière d'être en relation sur un territoire donné, ou, plus précisément, comme une disposition à gérer des espaces de médiations territorialisés en faveur d'un renouvellement des soins de premier recours. Dans ses dimensions contextuelle, relationnelle et situationnelle, le territoire est certes traversé par de l'institutionnel et du législatif, mais l'effort que font les acteurs pour « habiter » un territoire et y vivre au mieux, induit également un type de relation des patients avec un corps médical, relation souvent empêchée dans un contexte de désertification médicale, ou défavorable pour des populations fragiles. Le territoire est aussi tissé de relations plus ou moins denses avec les acteurs associatifs (mobilisation des habitants, vitalisation associative), de relations avec les institutions locales et territoriales plus ou moins soutenues selon les modes de gouvernance adoptés. Il procure parfois également des opportunités de relations avec une ou plusieurs personnalités du territoire. Le territoire est encore le terrain des situations vécues au quotidien qui vont dépendre du ratio patients/ soignants, de la proximité d'hôpitaux, de la présence de cabinets privés, de pharmacies, de la possibilité d'accéder à des urgences, des situations vécues encastrées aussi dans des populations qui présentent des caractéristiques épidémiologiques et socio-économiques, des populations qui ont une conception de l'accès aux soins, de la prévention et de l'éducation thérapeutique. Il répond à l'état sanitaire et social d'une population par des configurations spécifiques d'infrastructures immobilières, technologiques et d'aménagement.

Du fait de son inscription dans un territoire, la spécificité d'un ethos professionnel en MSP réside donc dans une façon d'être en relation sur un territoire donné, c'est-à-dire de gérer des espaces de médiations territorialisés avec les patients, les institutions et autres parties prenantes et les collègues professionnels de santé. La relation avec les patients mais aussi avec leurs proches, va être influencée notamment par une ouverture à l'approche communautaire de la santé, qui va couvrir des actions allant de l'information à l'autonomisation, en passant par la consultation et la participation des patients. La relation avec les institutions et autres parties prenantes va reposer sur une capacité à interagir pour construire, modeler les projets, innover de manière régulière et selon des modes de gouvernance adaptés. La relation avec les collègues témoigne d'une appétence pour la coordination en pratique, la délégation, l'approche collective et partagée, la solidarité (Beaucourt *et al.*, 2014). Elle est basée sur une disposition à accepter de réexaminer les frontières habituelles en termes de métiers, de

compétences, de responsabilités. L'éthos professionnel qui en résulte relève d'une disposition à comprendre, intégrer et faire évoluer, dans une dynamique de re-conception des pratiques de soin, les besoins et ressources du territoire et l'implication des acteurs qui le composent ou qui en ont la charge. Il s'établit certes autour de règles communes implicites ou explicites et de l'adhésion à des projets (projet de santé, projet professionnel, projet immobilier), mais sa singularité lui permet de renouveler le regard sur les autres professionnels, la volonté de « travailler avec » dans une atmosphère de confiance, une atmosphère non hiérarchique des relations, un respect mutuel, une reconnaissance de la compétence de l'autre, et un échange loyal d'information. Ainsi la MSP favorise la collaboration entre acteurs, organisations de santé, collectivités et associations implantées sur le territoire local partageant une vision commune de la réalité territoriale et la responsabilité pour la santé et le bien-être de la population. En même temps, la MSP vient modifier les systèmes en place, en attirant d'autres acteurs, en ouvrant à de nouvelles formes d'actions collectives. Dans les MSP, naît un ethos davantage tourné vers le projet que vers le métier, davantage tourné vers une « coordination en pratique » (Buthion et Godé, 2014). La coordination au sein d'une maison de santé est un processus foisonnant d'interactions sans cesse développées et permettant de cristalliser les énergies autour de débats et d'enjeux différenciés. L'un des facteurs clés de succès pour une maison de santé serait donc l'animation d'interactions dans cette coordination « chemin faisant » (Beaucourt *et al.*, 2014). De plus, cette coordination est liée à de nouveaux modes de gouvernance « élargie » qui changent les rapports de domination entre soignés et soignants en relations de négociation et de réciprocité.

## **Conclusion**

Les maisons de santé représentent de nouvelles formes d'organisation positionnées comme des espaces d'expérimentations et d'initiatives, porteurs d'une conception de la santé plus globale, communautaire et coopérative. Pour analyser l'action collective qu'elles sous-tendent, notre étude a porté sur les espaces de médiation entre les cadres institués et les pratiques en action, que nous avons analysés en nous appuyant comme grille de lecture sur le concept de l'éthos. Nos résultats ont permis de qualifier un ethos professionnel spécifique aux MSP. Il est caractérisé par des comportements qui favorisent la co-construction d'un projet de santé territorialisé avec l'ensemble des parties prenantes internes et externes. Il relève d'une disposition à comprendre, intégrer et faire évoluer, dans une dynamique de re-conception des pratiques de soin, les besoins et ressources du territoire, et les habitudes ou usages des acteurs qui le composent ou qui en ont la charge. Tous les ethos professionnels ne se déploient pas nécessairement dans ce lien essentiel au territoire et à l'organisation en mouvement. Certains, au contraire, se tiennent en surplomb des particularités territoriales et des contingences organisationnelles. Cette spécificité de l'éthos en MSP est à ce titre



garante d'un travail continu de redéfinition des pratiques du premier recours et des innovations qui permettent leur mise en œuvre effective. Notre recherche donne à voir et à comprendre à travers les trois études de cas de Maisons de Santé Professionnelles, des organisations de santé innovantes et en mouvement parce qu'animées par des espaces de médiations territorialisés. Elle conforte, s'il en était besoin, la possible émergence d'un management des établissements de santé répondant à la fois aux besoins d'un territoire, aux attentes des différentes parties prenantes et aux exigences des professionnels de santé.

### Références bibliographiques

- Allard-Poesi F., Drucker-Godard C., Elhinger S. (2007), Analyse de représentations et de discours, in Thiétart R.A., Eds., *Méthodes de recherche en management*, 3ème édition révisée, Paris, Dunod, p. 449-475.
- Beaucourt C., Laude L. (2010), Diriger : une analyse de la relation dynamique entre compromis et transgression », *Revue Internationale de Psychosociologie*, vol. XVI, n°40, p. 205-220.
- Beaucourt C., Kustoscz I., Masingue A., Roux L. (2014), La coordination au sein des maisons de santé : d'une mise en cohérence à l'animation d'interactions, *Gestion & Management Public*, vol. 2, n°4, p. 61-79.
- Boltanski L., Thévenot L. (1991), *De la justification. Les économies de la grandeur*, Paris, Gallimard.
- Buthion V., Godé C. (2014), Les proches-aidants, quels rôles dans la coordination de la prise en charge des personnes malades ? , *Journal d'Economie et de Gestion Médicales*, vol. 32, n°7-8, p. 503-52.
- Chaissac C. (2014), *Vécu des professionnels de santé libéraux après un an d'exercice à la maison de santé pluridisciplinaire de Fruges*, Thèse pour le diplôme de docteur d'Etat en médecine, Université Lille 2 Droit et Santé.
- Chia R., King I.W. (1998), The organizational structuring of novelty, *Organization*, vol. 5, n° 4, p.461-478.
- Dumez H. (2016), *Méthodologie de la recherche qualitative*, Paris, Vuibert.
- Fournier C. (2015), *Les maisons de santé pluriprofessionnelles, une opportunité pour transformer les pratiques de soins de premier recours : place et rôle des pratiques préventives et éducatives dans des organisations innovantes. Santé publique et épidémiologie*, Thèse de Doctorat, Université Paris Sud - Paris XI.
- Falchun T., Robène L., Terret T. (2016), L'Habitat professionnel spécifique aux éducateurs de la protection judiciaire de la jeunesse, *Médecine & Hygiène, Déviance et Société*, vol. 40, p. 101-129.
- Fortier I. (2013), Ethos public et quête de sens dans cette ère de réforme : le NMP, ses critiques et les luttes pour la reconnaissance d'une spécificité du secteur public, *@GRH*, n° 9, p. 157-198.

- Fusulier B. (2011), Le concept d'ethos. De ses usages classiques à un usage renouvelé, *Recherches sociologiques et anthropologiques*, vol.42, n°1, p.97-109.
- Gentil S. (2013), Les « agencements organisationnels » des situations perturbées : la coordination d'un bloc opératoire à la pointe de la rationalisation industrielle », *Communiquer*, n°8, p.65-80.
- Giddens A. (1987), *La constitution de la société*, Paris, Presses Universitaires de France.
- Girin J. (1990), L'analyse empirique des situations de gestion : éléments de théorie et de méthode, in Martinet A.C., Dir., *Epistémologies et Sciences de Gestion*, Paris, Economica, p. 141-182.
- Girin J. (1995), Les Agencements organisationnels, in Charue-Duboc F., *Des savoirs en action, Contributions de la recherche en gestion*, Paris, L'Harmattan, Coll. Logiques de gestion, p. 233-279.
- Gremy F. (2008), De quelques dimensions éthiques et philosophiques de la décision en santé publique...et ailleurs, *Santé publique*, vol. 20, p. 327-339.
- Grenier C. (2015), Construire la diversité des acteurs pour innover. Le cas d'un réseau de santé, *RIMHE : Revue Interdisciplinaire Management, Homme & Entreprise*, n°15, p. 66-84.
- Huberman A. M., Miles M.B. (1991), *Analyse des données qualitatives, recueil de nouvelles méthodes*, Bruxelles, De Boeck Université.
- Latour B. (2012), *Enquête sur les modes d'existence. Une anthropologie des Modernes*, Paris, Éditions La Découverte.
- Lauriol J., Perret V., Tannery F. (2008), Stratégies, espaces et territoires. Une introduction sous un prisme géographique, *Revue française de gestion*, n° 184, p. 91-103.
- Lewin K. (1951), *Field Theory in Social Science*, New York, HarperCollins.
- Maingueneau D. (2002), Problèmes d'ethos, *Pratiques*, n°113-114, p. 55-67.
- Moine A. (2006), Le territoire comme un système complexe : un concept opératoire pour l'aménagement et la géographie, *L'Espace géographique*, vol. 35, p. 115-132.
- Reynaud J. D. (1997), *Les règles du jeu. L'action collective et la régulation sociale*, Paris, Armand Colin.
- Sallée N. (2010), Les éducateurs de la Protection judiciaire de la jeunesse à l'épreuve de l'évolution du traitement pénal des jeunes délinquants, *Champ pénal*, n° 7, p. 1-20.
- Whitehead AN. (1978), *Process and Reality: An Essay in Cosmology*, 1<sup>ère</sup> publication 1929, New York, Macmillan.
- Yin R.K. (1984), *Case Study Research; Design and Methods*, Thousand Oaks, CA, Sage Publication.
- Zarka B. (2009), L'ethos professionnel des mathématiciens, *Revue française de sociologie*, vol. 50, p. 351-384.

## **Annexe 1 : Première et dernière grilles d'entretien**

### Première grille d'entretiens

- Quels sont éléments de contexte (favorables ou défavorables) qui ont été à l'origine de la création de votre MSP ?
- Qui sont les acteurs (contributeurs ou critiques) qui ont marqués la création de votre MSP ?
- Quelles sont les grandes étapes que vous reprenez dans la mise en place de votre MSP? En quoi ces étapes sont significatives pour vous ?
- Quelles sont les idées les plus innovantes que vous estimez avoir eu ?
- Quels ont été les accélérateurs et freins à votre volonté d'innovation?
- Y a-t-il eu des fermetures et si oui, pourquoi ?
- Estimez-vous que l'accompagnement et/ou les financements accordés dans la création de votre maison de santé vous ont permis de réaliser vos objectifs singuliers et/ou que vous avez dû faire des aménagements dans vos idées pour adopter des normes et obtenir des financements ou autorisations ?
- Comment avez-vous réussi à surmonter ces fermetures ou freins ou pressions institutionnelles ?
- Quels peuvent être encore les efforts à faire ? Quels scénarii d'évolution ?

### Dernière grille d'entretien

- Quels sont éléments de contexte (favorables ou défavorables) qui ont été à l'origine de la création de votre MSP ?
- Qui sont les acteurs (contributeurs ou critiques / professionnels de santé, élus ou citoyens) qui ont marqué le processus de création de votre MSP ? Certains sont-ils partis et pourquoi ? Certains sont-ils arrivés en « cours de route » et pourquoi ?
- Quelles sont les idées les plus singulières que vous estimez avoir eu dans le processus de création de votre maison de santé ?
- Quels sont les principaux débats qui ont maillé le processus de création de votre maison de santé ? Comment êtes-vous sortis de ces débats ou controverses ?
- Comment est-ce que les différents acteurs se sont coordonnés « chemin faisant » tout au long du processus de création et encore aujourd'hui ?
- Quelle place le territoire (besoins de la population, zone d'intervention, aménagement de l'espace) a-t-il eu dans la création et de développement de votre maison de santé ?
- Quels ont été les accélérateurs et freins à votre volonté d'innovation ou de faire « autrement »?
- Quels peuvent être encore les efforts à faire ? Quels scénarii d'évolution ?