

Quel avenir pour l'organisation des soins primaires en France ?

Anne Moyal, Henri Bergeron

▶ **To cite this version:**

Anne Moyal, Henri Bergeron. Quel avenir pour l'organisation des soins primaires en France ? : Synthèse du séminaire pluridisciplinaire coordonné par la Chaire santé de Sciences Po. Presses de Sciences Po, pp.76, 2019, Chaire santé. hal-02189198

HAL Id: hal-02189198

https://sciencespo.hal.science/hal-02189198

Submitted on 7 Feb 2022

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.

SciencesPo
CHAIRE SANTÉ

QUEL AVENIR POUR L'ORGANISATION DES SOINS PRIMAIRES EN FRANCE ?

Synthèse du séminaire pluridisciplinaire coordonné par la Chaire santé de Sciences Po

Sous la direction
de **Henri Bergeron** & **Anne Moyal**

en collaboration avec la Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé (FFMPS), le Centre de Sociologie des Organisations (CSO Sciences Po-CNRS) et le Laboratoire interdisciplinaire d'évaluation des politiques publiques (LIEPP) de Sciences Po

SOMMAIRE

Introduction

L'organisation des soins primaires : regards croisés sur un nouvel objet d'étude 5
Henri Bergeron & Anne Moyal

I. Quelles transformations des pratiques des professionnels de soins primaires ?

L'invention de l'action organisée en médecine de ville 16
Isabelle Bourgeois

Exercer en maison de santé, c'est vivre un choc culturel lié à plusieurs déplacements dans sa pratique professionnelle 21
Cécile Fournier

Le rôle performatif de la Fédération Française des Maisons de Santé pluri-professionnelles : un groupe d'intérêt à l'œuvre 27
Nadège Vezinat

II. Quelle coordination à l'échelle des organisations et des territoires ?

Dimensions et dynamique de la coordination des soins de ville : une analyse économique 34
Christine Peyron & Anne Buttard

Le travail pluri-professionnel. Retour d'enquêtes sur la transformation des soins primaires en France et en Angleterre 40
Léonie Hénaut

Une CPTS dans chaque territoire, la clef de voute de l'organisation du système de santé 47
Claude Leicher

Une organisation des soins primaires cohérente sur les territoires 51
Jacques Battistoni

III. Quelles politiques de régulation des soins primaires ? Comparaisons internationales

Les politiques de lutte contre les inégalités territoriales d'offre de soins primaires. Une comparaison européenne (France, Allemagne, Angleterre, Suède)..... 54
Patrick Hassenteufel

Les politiques territoriales de régulation de l'offre de soins primaires. Une comparaison France-Allemagne..... 60
François-Xavier Schweyer

Vers une généralisation des organisations de soins primaires en France ?

Les enjeux de la pérennité et du développement des soins primaires..... 69
Pierre de Haas

Propos conclusifs

Perspectives concernant le développement des équipes de soins primaires et maisons de sante pluri-professionnelles.
Point de vue de la FFMPS..... 74
FFMPS

Introduction

L'ORGANISATION DES SOINS PRIMAIRES : REGARDS CROISÉS SUR UN NOUVEL OBJET D'ÉTUDE

Henri Bergeron

Coordonnateur scientifique de la Chaire santé de Sciences Po et chercheur CNRS en sociologie politique de la santé

Anne Moyal

Doctorante au Centre de Sociologie des Organisations et au Laboratoire Interdisciplinaire d'Évaluation des Politiques Publiques de Sciences Po

Un nouvel enjeu de politique publique : l'organisation des soins primaires

En 2017, la Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé (FFMPS) contactait la Chaire santé de Sciences Po. Cet organe représentatif des professionnels de santé libéraux réunis en Maisons de Santé Pluri-professionnelles (MSP) identifiait alors deux « défis » : la pérennisation et la généralisation de ces nouvelles organisations du secteur ambulatoire, introduites par la loi HPST de 2009[1], qui regroupent des professionnels libéraux volontaires (parmi lesquels médecins généralistes, paramédicaux et pharmaciens) autour de prises en charge coordonnées des patients.

Alors que la régulation de l'offre ambulatoire de soins primaires (**cf. encadré 1**) est longtemps restée une question périphérique dans le processus de réforme du système de santé français (contrairement à certains pays voisins comme le Royaume-Uni) et a d'abord pesé sur les patients[2], la loi HPST s'attèle à l'organisation des professionnels libéraux. D'une part, elle

1 - Pour la définition légale de ces organisations, se reporter à la loi dite HPST pour « Hôpital, Patients, Santé et Territoires » de 2009 (LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires) et aux articles L. 6323-3 et 6323-4 du Code de la Santé Publique.

2 - La régulation de l'accès aux soins a d'abord pesé sur les patients, avec l'introduction en 2004 d'un mécanisme de barrière (Reibling and Wendt, 2012) à l'entrée du système de santé, obligeant les patients à s'inscrire auprès d'un « médecin traitant » qui coordonne leur parcours de soins (LOI n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie). Depuis 2004, les remboursements de l'Assurance-Maladie sont minorés si le patient n'a pas déclaré de médecin traitant ou s'adresse directement à un spécialiste sans passer par ce-dernier.

identifie de nouvelles missions pour les médecins généralistes, considérés comme la porte d'entrée (ou *gatekeeper*) du système de santé (Dourgnon and Naiditch, 2009; Le Bras, 2006; Reibling and Wendt, 2012) : l'orientation dans le système de santé, le diagnostic, le traitement, la dispensation des médicaments, le suivi des patients, la prévention, le dépistage et l'éducation pour la santé. Elle définit, d'autre part, les Maisons (et pôles) de Santé Pluri-professionnelles comme établissements participants à l'offre de soins de premier recours. Ces nouvelles organisations du secteur ambulatoire sont présentées dans plusieurs rapports publics (Bernier, 2008; Juilhard et al., 2010) comme une des solutions – si ce n'est la principale – à deux problèmes publics (Blumer, 1971; Rochefort and Cobb, 1994; Spector and Kitsuse, 2001) faisant consensus depuis le début des années 2000 : les inégalités territoriales d'accès aux soins du fait du déficit de l'offre médicale sur certains territoires et les difficultés de coordination entre professionnels créant des ruptures dans les parcours de santé des patients. Elles seraient en effet susceptibles d'attirer de jeunes médecins généralistes et d'améliorer la coordination entre professionnels, facilitant de ce fait le transfert de tâches des médecins vers les paramédicaux afin de compenser le manque de médecins. Mais le nombre limité de professionnels libéraux convaincus par ce type d'exercice (en 2017, environ 15 % des professionnels libéraux de soins primaires exerceraient dans les 910 MSP ouvertes décomptées par la Direction Générale de l'Organisation des Soins du Ministère de la Santé (DGOS, Ministère chargé de la santé, 2018) et les modèles alternatifs d'organisation des soins primaires (cabinets dits « isolés », cabinets mono-professionnels, centres de santé salariés… sans oublier les organisations pluri-professionnelles que les lois de santé successives introduisent aux côtés des MSP sans les remplacer – Équipe de Soins Primaires et Communautés Professionnelles Territoriales de Santé) éveillent l'attention de l'observateur sur le fait que les MSP sont loin d'être une solution unique et indiscutable aux enjeux organisationnels qui se posent actuellement dans le secteur des soins primaires.

Encadré 1 : Les soins primaires

L'Organisation Mondiale de la Santé définit les soins primaires (également appelés soins de premier recours en France) comme « *le premier niveau de contacts des individus avec le système national de santé* » (OMS, Conférence d'Alma-Ata, 1978). Cette définition est porteuse d'une « *ambition de justice sociale* » (Bourgueil et al., 2012, 2009) avec pour objectif d'assurer l'accès de tous aux soins de première nécessité. Elle renvoie également à de nouveaux principes d'organisation des systèmes de santé, notamment en matière d'accessibilité pour les patients, de coordination entre professionnels, de suivi des patients et d'articulation entre la prévention, les soins curatifs et les soins de suivi (Macinko et al., 2003; Starfield, 1994).

En France, les soins de « premier recours » sont définis pour la première fois dans la loi HSPT du 21 juillet 2009. Ils se distinguent du « second recours », qui renvoie aux soins de spécialité. Cette réorganisation du système de santé en différents niveaux de recours s'accompagne d'une volonté de décloisonner les secteurs hospitalier, ambulatoire et médico-social.

Les soins primaires comme objet de recherche

D'où la nécessité de questionner les termes du problème public considéré, de ne pas le tenir pour acquis et d'en faire un objet d'analyse dont peuvent s'emparer différentes disciplines, et non un simple sujet de préoccupation dans les arènes politique et médiatique. Il est remarquable, à cet égard, que la recherche académique sur les soins primaires est encore peu développée en France, comparativement à d'autres pays dont les situations ne sont pourtant pas éloignées. Les travaux s'intéressant à la réforme du système de santé français portent en effet majoritairement sur le secteur hospitalier et les espaces de réflexion sur l'organisation du secteur ambulatoire des soins primaires, à l'image de l'initiative SPP-IR lancée en 2018[3], sont encore peu nombreux. Les chercheurs contribueraient-ils à reproduire l'hospitalo-centrisme français en se focalisant sélectivement sur ses évolutions et ses réformes ? Ou accepteraient-ils que le secteur ambulatoire, à dominante libérale, serait épargné par le mouvement général de régulation du système de santé ? Ces questions sont certainement posées en termes trop caricaturaux, mais elles justifient que la communauté scientifique de Sciences Po s'investisse sur cet objet et ce champ d'action publique.

L'identité des différents partenaires académiques impliqués dans la démarche n'est ainsi pas le fruit du hasard : d'abord, la Chaire santé de Sciences Po, dont la première mission est de favoriser les réflexions pluridisciplinaires autour des grandes questions de santé et de stimuler la recherche et le dialogue avec les pouvoirs publics, les collectivités territoriales et les acteurs professionnels ; ensuite, le Laboratoire Interdisciplinaire d'Évaluation des Politiques Publiques (LIEPP) qui vise à faire de l'évaluation des politiques publiques un domaine de recherche fondamentale au travers de collaborations interdisciplinaires ; enfin, le Centre de Sociologie des Organisations (CSO) dont les chercheurs et doctorants s'attachent à appréhender les enjeux organisationnels des phénomènes sociaux, trop souvent oubliés au profit de l'analyse des dynamiques politiques macrologiques. Le secteur de la santé n'est pas épargné par ce phénomène : si les questions démographiques (notamment du fait du vieillissement de la population), épidémiologiques (avec le développement des maladies chroniques) et

3 - Le groupe « Soins Primaires Pluri-professionnels – Innovation et Recherche » (SPP-IR) a organisé un séminaire de travail multidisciplinaire et interprofessionnel s'étant réuni pour la première fois en janvier 2018 et rassemblant des chercheurs de différentes disciplines et pays ainsi que des acteurs professionnels et institutionnels.

économiques (face aux dépenses croissantes du système de santé) font consensus, les enjeux organisationnels sont encore trop peu discutés, *a fortiori* dans le secteur ambulatoire dans lequel le principe de libre organisation des professionnels libéraux (voire d'absence d'organisation) demeure la règle.

La Chaire santé, en partenariat avec le LIEPP et le CSO et emmenés par **Henri Bergeron** (coordonnateur scientifique de la Chaire santé et chercheur CNRS en sociologie politique de la santé), **Isabelle Gourio** (chargée de mission responsable du développement de la Chaire santé) et **Anne Moyal** (doctorante au CSO dont les travaux portent spécifiquement sur les professionnels exerçant en MSP) ont ainsi accepté de coordonner un séminaire pluridisciplinaire réunissant une trentaine d'acteurs – académiques, professionnels et institutionnels – intéressés de près ou de loin par les soins primaires et les MSP.

Redéfinir les termes du débat

Une redéfinition de l'objet de recherche a immédiatement été proposée et acceptée par la FFMPS. Celle-ci représente un déplacement par rapport aux interrogations initiales de la Fédération, à trois égards.

Premièrement, nous avons élargi le questionnement aux soins primaires en général et non aux MSP en tant qu'organisations, avec le souci de ne pas réduire le problème public à « sa » solution (ou plutôt une – de ce qui est présenté en science politique comme – des solutions), aussi consensuelle que celle-ci puisse paraître de prime abord. Nous souhaitions en effet repartir du problème initial de réorganisation d'un secteur relativement épargné par les politiques publiques de régulation, pour en comprendre la genèse ainsi que les dynamiques passées et présentes de négociations des acteurs impliqués. La variété des formes d'organisation dans ce secteur, déjà soulignée, nous invitait également à ne pas réduire la focale d'analyse sur les MSP.

Deuxièmement, nous avons enrichi les considérations pragmatiques de la Fédération (qui concernaient les ressorts économiques et juridiques de pérennisation et de généralisation des MSP) par un questionnement davantage théorique, s'inscrivant dans différentes disciplines : sociologie, économie, science politique et santé publique. Mais nous avions également à cœur de ne pas céder à la tentation d'une dichotomie (dont les effets délétères, à notre sens, ne sont malheureusement pas assez soulignés) entre des questionnements pratiques et théoriques. Nous avons donc pensé un séminaire réunissant des acteurs académiques, professionnels et institutionnels, tous investis dans le champ des soins primaires. Faire discuter des acteurs aussi divers était un défi, que nous espérons avoir su relever. En atteste certainement la diversité des participants au séminaire (**cf. encadré 2**) et des contributions à cet ouvrage. A l'issue du séminaire, il nous est en tout cas apparu que les questionnements scientifiques avancés par les chercheurs avaient participé à développer un regard réflexif parmi les acteurs professionnels et institutionnels sur leurs pratiques et, inversement,

que les préoccupations pratiques exprimées par les acteurs professionnels et institutionnels, devenues matériau d'analyse, avaient permis aux acteurs académiques d'affiner leurs questionnements et hypothèses de recherche.

Troisièmement, l'analyse organisationnelle nous invite à ne pas considérer les établissements de soins primaires (MSP mais aussi centres de santé, Équipes de Soins Primaires, Communautés Professionnelles Territoriales de Santé, voire établissements hospitaliers dont certains services participent aux soins primaires) dans leur dimension uniquement formelle, c'est à dire en tant qu'organisations aux frontières délimitées et aux structures, méthodes et processus formellement identifiés et objectivés, mais plutôt de comprendre les dynamiques (formelles et informelles) de l'action organisée, qui s'épanouissent à différentes échelles du secteur des soins primaires. A l'échelle micro, d'abord, se posent les questions de la transformation des pratiques des professionnels et des relations entre les différents acteurs. A l'échelle macro, l'analyse des choix de politiques publiques d'organisation des soins primaires peut nous aider à mieux comprendre la trajectoire de réforme du système de santé dans son ensemble. À une échelle intermédiaire, ou méso, la prise en compte des dynamiques organisationnelles et des acteurs collectifs participe à la compréhension des questions de politiques publiques au niveau macro et des pratiques au niveau micro.

Encadré 2 : Un séminaire en cinq séances rassemblant une diversité d'intervenants

Séance 1 : Pratiques professionnelles en soins primaires : un nouveau paradigme de soins ?

L'objectif de cette séance était de discuter des évolutions des pratiques des professionnels des soins primaires ainsi que d'identifier les besoins et les attentes des professionnels.

Interventions :

- **Isabelle Bourgeois**, docteur en sociologie, consultante en santé publique et soins primaires (cabinet *Icone Médiation Santé*), chercheure associée à l'IRDES.
- **Pascal Chauvet**, infirmier, vice-président de la FFMPS, chef de projet Fédération des maisons de santé en Nouvelle Aquitaine.
- **Cécile Fournier**, médecin de santé publique et docteur en sociologie, maître de recherche à l'IRDES.
- **Aline Ramond**, chef de clinique associée au département de médecine générale de l'Université d'Angers, axe de recherche travail pluri-professionnel en soins primaires.
- **Nadège Vézinat**, maître de conférence en sociologie, Laboratoire d'Economie et de Gestion de Reims, membre associée du Centre Maurice Halbwachs.
- **Frédéric Villebrun**, médecin généraliste, directeur de la santé à la Ville de Champigny-sur-Marne, membre de l'Institut Jean-François Rey.

15 février 2018 - Séance 2 : Soins primaires et territoires : quelle coopération et coordination sur les territoires ?

L'objectif de cette séance était de discuter des implications des nouvelles pratiques en soins primaires en matière de coordination à l'échelle des organisations et des territoires.

Interventions :

- **Rémy Bataillon**, responsable de formation à l'EHESP, précédemment directeur adjoint de la Direction Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins de la Haute Autorité de Santé.
- **Léonie Hénaut**, chargée de recherche CNRS en sociologie, Centre de Sociologie des Organisations.
- **Claude Leicher**, médecin généraliste, président de la Fédération des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé.
- **Christine Peyron**, maître de conférence à l'Université de Bourgogne en économie, Laboratoire d'Economie de Dijon.

11 septembre 2018 - Séance 3 : Pérennité et développement des soins primaires : quels enjeux ?

L'objectif de cette séance était de discuter des conditions pratiques de pérennité et de développement des soins primaires.

Interventions :

- **Pierre de Haas**, médecin généraliste, fondateur de la société Espage, ancien président de la FFMPS.
- **Julien Mousquès**, docteur en économie, directeur de recherche à l'IRDES.
- **Yannick Schmitt**, médecin généraliste, président du syndicat de jeunes généralistes ReAGJIR (regroupement autonome des généralistes jeunes installés et remplaçants).

26 septembre 2018 - Séance 4 : Enjeux organisationnels et politiques des soins primaires : quelles transformations du système de santé ?

L'objectif de cette séance était de comprendre les enjeux généraux en matière d'organisation du système de santé et la place occupée par les soins primaires.

Interventions :

- **Yann Bourgueil**, médecin de santé publique, directeur de recherche en mission auprès de l'EHESP.
- **Luc Duquesnel**, médecin généraliste, président du syndicat Les Généralistes - CSMF.
- **Patrick Hassenteufel**, professeur des universités en science politique, Université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines, Sciences Po Saint-Germain-en-Laye, Laboratoire Printemps.
- **François-Xavier Schweyer**, professeur de sociologie, l'EHESP, département des sciences humaines et sociales, membre associée du Centre Maurice Halbwachs.

17 octobre 2018 - Séance 5 : Séance bilan – « Ma Santé 2022 » : Quelle place pour les soins primaires dans la dernière stratégie de transformation du système de santé ?

Séance bilan sur la place des soins primaires dans le plan gouvernemental « Ma Santé 2022 ».

Interventions :

- **Jacques Battistoni**, médecin généraliste, président du syndicat MG-France.
- **Daniel Benamouzig**, sociologue, chargé de recherche CNRS, Centre de Sociologie des Organisations.
- **Patrick Chamboredon**, infirmier, président de l'Ordre National des Infirmiers.
- **Delphine Champetier**, directrice de l'Offre de soins à la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie.
- **Michel Varroud-Vial**, conseiller médical Soins primaires et Professions libérales à la Direction Générale de l'Offre de Soins – Ministère des Solidarités et de la Santé.

Regards croisés

Cette reformulation des enjeux du séminaire s'est traduite dans un programme de discussions, non exhaustif bien qu'ambitieux, en cinq séances échelonnées de janvier à octobre 2018 et réunissant un groupe d'une trentaine de participants. Nous insistons sur le terme de « participants » car nous avons fait le choix de faire de ce séminaire un atelier sans public, où les personnes présentes participaient activement aux discussions. Chaque séance était ouverte par plusieurs interventions (**cf. encadré 2**) permettant de lancer les débats. Cet ouvrage regroupe une synthèse écrite de certaines de ces interventions, déclinées en trois grands axes. S'ils sont distingués dans un souci de lisibilité, les questionnements qui les sous-tendent sont nécessairement intriqués.

- Le premier axe a trait aux **pratiques professionnelles** : que font les professionnels de soins primaires ? Comment ont évolué leurs pratiques au gré des tentatives successives de réorganisation du secteur des soins primaires ? Comment ont évolué les relations de ces professionnels aux autorités publiques ? Plusieurs contributions écrites réunies dans cet ouvrage donnent des pistes d'analyse. Faisant dialoguer son travail de recherche sociologique et son expérience professionnelle d'accompagnement au changement des professionnels de santé, **Isabelle Bourgeois** retrace l'évolution des logiques relationnelles des médecins généralistes et la structuration progressive des soins primaires qui l'accompagne. **Cécile Fournier**, sociologue et médecin de santé publique, s'intéresse également aux transformations des pratiques professionnelles liées à l'exercice en MSP, qui relèvent selon elle d'un « *choc culturel* ». Elle identifie les motivations professionnelles à l'exercice regroupé et coordonné et théorise différents niveaux de travail pluri-professionnel en MSP. Enfin, **Nadège Vézinat** nous présente une analyse sociologique sur la FFMPS et analyse le travail de représentation et de lobbying qu'opère cette Fédération, à la fois auprès des autorités publiques mais aussi des professionnels de santé. La Fédération participe, ce faisant, à définir le processus de réorganisation des soins primaires en France.

- Le deuxième axe est relatif aux questions de **coordination en soins primaires**, non seulement à l'échelle des organisations mais aussi à celle des territoires : quels sont les effets des dispositifs de coordination existants et des nouveaux qui émergent ? Dans quelle mesure participent-ils à faire évoluer les relations entre professionnels ? Dans quelle mesure participent-ils à faire évoluer les prises en charge des patients ? Plusieurs contributions sont ici regroupées. **Christine Peyron** et **Anne Buttard** proposent une analyse économique de la coordination pluri-professionnelle et proposent une modélisation en différents niveaux de coordination, selon les finalités des professionnels et les ressources dont ils disposent dans les organisations. **Léonie Hénaut** propose pour sa part une analyse sociologique comparée entre deux dispositifs expérimentaux de coordination des professionnels de soins primaires : PAERPA en France (parcours des personnes âgées en risque de perte d'autonomie) et le programme ICP en Angleterre (*Integra-*

ted Care Pilot). Elle met en lumière les implications de ces dispositifs et des outils de coordination qui les sous-tendent sur la participation des différents professionnels et la nouvelle division du travail qui en résulte. **Claude Leicher**, médecin généraliste président de la Fédération des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) propose pour sa part une réflexion sur la notion de « *service rendu* » (au patient, à la patientèle et à la population) devant être au fondement de l'organisation territoriale des soins primaires qui prend aujourd'hui forme dans les équipes de soins primaires et les CPTS. En écho, **Jacques Battistoni**, médecin généraliste président du syndicat MG-France, identifie les différents niveaux de l'organisation des soins primaires qui supposent une définition cohérente des missions des différents professionnels et organisations impliqués. Il identifie par ailleurs les principaux enjeux des négociations actuelles dans le cadre du dernier plan gouvernemental « Ma Santé 2022 ».

- Le troisième axe, enfin, permet de penser la **place des soins primaires dans le système de santé** et de décentrer le regard des participants en considérant des **exemples étrangers** d'organisation des soins primaires. A la croisée des sciences politiques et de la sociologie, **Patrick Hassenteufel** et **François-Xavier Schweyer** proposent ici des analyses comparées des politiques de régulation des soins en France, Allemagne, Angleterre et Suède.

Une dernière contribution, celle de **Pierre de Haas**, médecin généraliste précédemment président de la FFMPS, n'est pas rattachée à l'un ou l'autre de ces axes. Bien qu'elle puisse avoir sa place dans chacune des trois thématiques, nous avons décidé de l'en dissocier du fait de la réponse qu'elle entend précisément donner au questionnement initial de la Fédération, sur les conditions de pérennisation et de généralisation du modèle d'exercice en MSP.

Des réflexions à poursuivre

Avant de conclure cette introduction et de laisser la parole aux contributeurs de l'ouvrage, nous souhaiterions soumettre à la réflexion collective deux questions qui nous ont accompagnés tout au long de ce séminaire et qui nécessiteraient certainement des développements complémentaires.

D'abord, nous avons été frappés par l'utilisation répétée, au cours des discussions, du terme de « révolution » pour qualifier le mouvement actuel d'organisation des soins primaires. Si le passage d'un exercice dit isolé, sous forme de « colloque singulier » entre le professionnel de santé et son patient, à un exercice collectif et coordonné peut en effet être considéré comme un changement paradigmatique de la manière de faire du soin, nous serions plus nuancés. D'une part, les transformations actuelles dans le secteur des soins primaires relèvent moins d'une révolution que d'une évolution inscrite dans le temps long et faite de changements incrémentaux successifs. Les MSP ne viennent pas de nulle part, elles ont certainement appris des expériences françaises passées (centres de santé, unités sanitaires de base, réseaux de santé…) et des exemples étrangers (maisons

médicales belges, centres de santé catalans, finlandais ou suédois, *Primary Care Trusts* anglais, *Family Health Networks* et Groupes de Médecins de Famille au Canada – pour n'en citer que certains). D'autre part, les discussions au cours du séminaire et les travaux actuellement menés par l'IRDES (Institut de recherche et de documentation en économie de la santé) ainsi que des travaux sociologiques en cours (Moyal, 2020, en cours; Vézinat, 2019) nous invitent à nuancer la transformation des pratiques dans les MSP, les professionnels maintenant souvent leurs routines dans un contexte organisé – certes différent. Ajoutons que la notion de colloque singulier peut être considérée comme une fiction professionnelle, en tous cas par de nombreux sociologues, tant il est vrai que le soin est depuis longtemps un travail collectif de production, liant toutes sortes de professionnels dans une « chaîne thérapeutique »[4].

Ensuite, nous souhaiterions insister sur la spécificité de ce mouvement de réorganisation des soins primaires, qui confère à l'analyse du cas français une valeur heuristique permettant selon nous de mettre en perspective les différentes trajectoires de réforme des systèmes de santé. En choisissant une politique incitative[5] afin d'encourager des professionnels libéraux à se regrouper – à défaut de pouvoir les contraindre ? – les autorités publiques ont opté pour une méthode de réforme originale, s'appuyant sur des acteurs dont dépend *in fine* la mise en œuvre effective de la réforme. Il y a donc un paradoxe intéressant à étudier, celui d'organiser – voire de réguler – des professionnels dont la liberté d'exercice continue d'être garantie. Il nous semble que ce questionnement pourrait participer à alimenter les travaux récents en sociologie de l'action publique qui théorisent un « État régulateur » qui « fait faire plus qu'il ne fait lui-même » et « agit plus en interaction avec des acteurs non étatiques qu'il n'agit par lui-même » (Hassenteufel, 2008, p. 16). Si nous ne nions pas le potentiel transformateur de la réforme actuelle des soins primaires, il n'est pas impossible que la « révolution » des soins primaires n'ait finalement pas lieu, l'État se frottant de nouveau à la difficulté de convaincre des professionnels libres de choisir leur mode d'exercice.

Henri Bergeron et Anne Moyal

Références :

- Bergeron, H., Castel, P., 2010. Captation, appariement, réseau : une logique professionnelle d'organisation des soins. *Sociologie du Travail* 52, 441-460.
- Bernier, M., 2008. N° 1132 - Rapport d'information de M. Marc Bernier déposé en application de l'article 145 du règlement, par la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, en conclusion des travaux d'une mission d'information sur l'offre de soins sur l'ensemble du territoire.

4 - Bergeron et Castel, 2010

5 - Les incitations publiques au regroupement en MSP prennent la forme d'une forme de labellisation des structure (officiellement reconnues comme MSP par les Agences Régionales de Santé) et d'aides financières sous forme de subventions à l'investissement et de rémunérations forfaitaires complémentaires à la rémunération à l'acte (octroyées par les Caisses Primaires d'Assurance Maladie).

- Blumer, H., 1971. Social problems as collective behavior. *Social Problems* 18, 298-306.
- Bourgueil, Y., Jusot, F., Leleu, H., 2012. Comment les soins primaires peuvent-ils contribuer à réduire les inégalités de santé ? *Questions d'Économie de la Santé* 179, 1-8.
- Bourgueil, Y., Marek, A., Mousquès, J., 2009. Trois modèles types d'organisation des soins primaires en Europe, au Canada, en Australie et en Nouvelle-Zélande, *Questions d'Économie de la Santé* 141, 1-6.
- DGOS, Ministère chargé de la santé, 2018. Les chiffres clés de l'offre de soins.
- Dourgnon, P., Naiditch, M., 2009. The preferred doctor scheme: A political reading of a French experiment of Gate-keeping. *Health Policy* 94, 129-134.
- Hassenteufel, P., 2008. *Sociologie politique : l'action publique*. Armand Colin. Paris.
- Juilhard, J.-M., Crochemore, B., Touba, A., Vallancien, G., 2010. Le bilan des maisons et des pôles de santé et les propositions pour leur déploiement (rapport public).
- Le Bras, P.-L., 2006. Le médecin traitant : Raisons et déraison d'une politique publique. *Droit Social* 59-72.
- LOI n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, 2004-810.
- LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, 2009-879.
- Macinko, J., Starfield, B., Shi, L., 2003. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998. *Health Services Research* 38, 831-865.
- Moyal, A., 2020. Rationalisation des pratiques professionnelles en Maisons de Santé : Le paradoxe d'un exercice libéral sous contraintes. En cours de soumission.
- Moyal, A., en cours. Thèse en cours sur la transformation des pratiques des professionnels en Maisons de Santé Pluri-professionnelles. Institut d'Études politiques, Paris.
- Reibling, N., Wendt, C., 2012. Gatekeeping and provider choice in OECD healthcare systems. Current Sociology 60, 489-505.
- Rochefort, D.A., Cobb, R.W., 1994. *The politics of problem definition: Shaping the policy agenda*. University Press of Kansas.
- Spector, M., Kitsuse, J.I., 2001. *Constructing social problems*. New Brunswick, N.J.
- Starfield, B., 1994. Is primary care essential? The Lancet 344, 1129-1133.
- Vézinat, N., 2019. *Vers une médecine collaborative : Politique des maisons de santé pluri-professionnelles en France*. Presses Universitaires de France, Paris.

I.
Quelles transformations des pratiques des professionnels de soins primaires ?

L'INVENTION DE L'ACTION ORGANISÉE EN MÉDECINE DE VILLE

Isabelle Bourgeois

Consultante en santé publique et organisation des soins primaires, docteure en sociologie, chercheuse associée à l'IRDES

En France, les professions de santé sont régulées au niveau national. Hormis quelques régulations territoriales à l'installation chez les infirmiers et les pharmaciens d'officine notamment, les conventions que les syndicats représentatifs des différentes professions de santé passent avec l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie, régissent les liens qu'ils entretiennent. Les médecins sont eux soumis jusqu'en 2020 au numérus clausus.

Du coté des médecins, différentes conventions médicales (1998, 2005) ont progressivement fait évoluer la figure du médecin omnipraticien vers celle d'un professionnel de santé intervenant en première ligne. Pour autant, la régulation de la profession reste nationale et les modalités d'intervention conjointe, localement, des différents professionnels dits de « premier recours » ne sont pas pensées jusqu'au début des années 2000, période à laquelle apparaissent les premières réflexions sur une structuration de la production de soins de premier recours en France. Il faudra attendre 2009 pour que les soins de premier recours et les équipes de soins primaires soient définis dans la loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoires » (HPST).

Ainsi, de façon progressive, une « *action organisée* » au sens de Michel Crozier et Erhard Friedberg (Crozier, Friedberg, 1977) s'invente au sein d'ensembles de professionnels de santé libéraux, avec la formation d'équipes de soins primaires. Pour approcher ce processus de transformation, nous comparons deux périodes, approchées selon deux méthodes différentes :

1. Un travail de thèse débuté à la fin des années 1990 (Bourgeois, 2007) a étudié la production de soins de premier recours dans sa version traditionnelle. L'objectif de ce travail était de renouveler la compréhension d'un segment professionnel analysé comme structurellement en crise, pris sous l'angle exclusif du rapport au savoir médical. Il s'est ainsi agi, dans le travail de thèse, de regarder les médecins généralistes du point de vue de leur ancrage à une infrastructure de soins locale, et de porter ainsi un regard d'une part sur les actions concrètes de ces professionnels engagés dans la

résolution des problèmes de santé de leurs patients et, d'autre part, de définir et analyser les relations qu'ils entretiennent avec les autres offreurs de soins et leurs patients. Reprendre les principaux résultats de ce travail permet de comprendre comment s'organisaient les soins de premier recours en France, avant le mouvement de structuration sous la forme d'équipes de soins primaires.

2. Une expérience professionnelle d'accompagnement au changement (dans le cadre d'une société de conseil) d'une vingtaine d'ensembles de professionnels de santé libéraux de 2007 à 2018 en vue d'élaborer un projet de santé commun, devient un observatoire privilégié pour comprendre les transformations et l'invention de l'action organisée en médecine de ville (Bourgeois, 2015).

Les espaces relationnels en médecine générale, des ordres locaux dédoublés

En tant que professionnels de santé libéraux revendiquant le libre choix du médecin par les patients, les médecins généralistes sont engagés dans le contrôle des trajectoires de ces derniers. Ils sont entourés de deux ensembles d'acteurs : les professionnels de santé *prescrits*, en charge de l'administration des soins et les professionnels de santé *adressés*, en charge de l'exploration du diagnostic ou de l'aide technique à la prise en charge.

Les premiers sont composés des professionnels de santé paramédicaux (infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, pédicures-podologues, ...), des pharmaciens d'officine, et des professionnels de santé qui produisent un diagnostic technique immédiat (les biologistes des laboratoires d'analyses médicales et les radiologues libéraux). Ce sont les professionnels de l'administration des soins.

Les seconds sont composés des médecins spécialistes, en général disposant de plateaux techniques permettant une exploration spécialisée du diagnostic.

La production traditionnelle de soins de premier recours est ainsi organisée au sein de dynamiques triangulaires qui regroupent à chaque fois un patient, son médecin traitant et un autre professionnel de santé.

Les dynamiques triangulaires de l'administration des soins suivent des logiques de proximité géographique. Le recours se fait auprès du professionnel le plus proche pour un travail technique ciblé. Les fonctions de l'administration des soins sont définies. Il s'agit soit d'apporter un soutien à l'établissement du diagnostic (laboratoire d'analyse, radiologue), soit un soutien thérapeutique (kinésithérapeute, infirmier, pharmacien). Le cas particulier des infirmiers doit cependant être relevé. Ils ont en effet souvent construit avec les médecins une coopération dans laquelle ils ont une grande autonomie. Leur présence forte aux domiciles des patients leur donne accès à des informations précieuses pour les médecins. Ils sont les vigies de l'évolution de l'état du patient à domicile. Cependant, d'une façon générale, entre les médecins et les professionnels de santé de l'administra-

tion des soins, les rôles sont cadrés par le statut du médecin qui prescrit et engage sa responsabilité médicale. L'ordre local de l'administration des soins est régi par une obligation de se côtoyer de par la proximité géographique. Les professionnels se choisissent peu.

Les dynamiques d'adressages vers les médecins spécialistes sont, elles, des processus plus incertains pour les médecins généralistes. Ils y engagent leur capacité à tenir leur clientèle en tant que médecin, spécialiste du suivi au long cours du patient. L'enjeu est la fois financier et réputationnel vis-à-vis des confrères spécialistes d'organes qui à leur tour engagent leur réputation de consultant expert. L'ordre local de l'adressage des patients est régi par des logiques de contrôle des trajectoires des patients.

Au final, la production de soins de premier recours est un processus traditionnellement séquentiel fondé sur la dimension curative du soin. La régulation des interventions se fonde sur la responsabilité médicale, des logiques de proximité, des logiques de contrôle de trajectoire des patients (clientèle, réputation). Les professionnels de santé coopèrent à distance sans nécessairement se concerter. Le patient y détient un rôle central comme tiers dans la relation entre professionnels. C'est lui le plus souvent qui coordonne sa prise en charge.

Une structuration progressive de la production de soins et plus largement de la santé de premier recours

Cette organisation séquentielle et désarticulée de soins de premier recours n'est plus adaptée aux besoins plus larges apparus avec le vieillissement de la population et le développement des maladies chroniques (Baszanger, 1986), ceux d'une production de santé sur le long cours structurée, organisée et coordonnée.

Les transformations opérées en France depuis le milieu des années 2000 cherchent à s'adapter à ces nouveaux besoins. Elles bousculent toutefois fortement les cadres habituels des médecins généralistes habitués à engager de façon individuelle leur responsabilité vis-à-vis de leurs patients lors d'un colloque singulier très sacralisé et, de ce fait, à envisager leurs relations aux autres professionnels de premier recours de façon plutôt hiérarchique. Traditionnellement, un bon médecin travaille seul et ne se coordonne pas avec les autres. Ce processus ne va donc pas de soi et pourtant, il est en train de se réaliser sous l'impulsion de certains professionnels de santé libéraux et avec le soutien des pouvoirs publics.

La production de soins de premier recours s'organise, se coordonne, se régule à la fois au niveau national et au niveau local. Les quatre dimensions de l'action organisée développées par E. Friedberg (Friedberg, 1992) permettent de comprendre la genèse dans le temps de l'action organisée au niveau national et local. Elles n'ont en effet pas été travaillées par les mêmes acteurs à des moments différents

Elles sont au nombre de quatre :

1. le degré de finalisation de la régulation,

2. le degré de formalisation et de codification de la régulation,

3. le degré de prise de conscience et d'intériorisation de la régulation,

4. le degré de délégation explicite de la régulation.

Les pionniers du mouvement, devenus pour nombre d'entre eux les cadres actuels de la Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé, avaient pris conscience de la nécessité de faire évoluer la régulation des activités de soins de premier recours. Les institutions accompagnatrices du mouvement, le Ministère de la Santé puis la Caisse Nationale d'Assurance maladie ont progressivement institutionnalisé les finalités de cette régulation : répondre à une complexification des besoins de santé de la population et une transformation du modèle professionnel en médecine générale, et plus largement en soins primaires.

Le degré de formalisation et de codification de la régulation s'observe à l'échelle nationale (production d'un cahier des charges puis de critères de contractualisation dans le cadre de l'Accord Conventionnel Interprofessionnel) mais également au niveau de chaque équipe qui va formaliser son projet de santé collectif. Le degré de formalisation est différent en fonction des équipes, et souvent de leur taille.

Le degré de prise de conscience et d'intériorisation de la régulation est lui différent selon les équipes de professionnels qui s'engagent dans l'invention d'une action organisée à partir d'un projet commun. Il évolue dans le temps et pour chaque équipe à des rythmes différents. Il dépend du sens que chacun individuellement donne à cette régulation et comment collectivement elle se travaille.

La délégation explicite de la régulation consiste à identifier et reconnaître le travail de coordination au sein des équipes de professionnels. Elle évolue avec le temps au sein de chaque équipe mais le degré de délégation de cette régulation est variable également d'une équipe à l'autre, certainement en fonction de la taille mais également du modèle choisi par les équipes qui se situe sur le continuum suivant : d'une coordination explicite concentrée sur une personne versus une coordination distribuée entre un nombre restreint d'individus. Elle peut être également plus ou moins externalisée.

L'invention de l'action organisée en médecine de ville est un processus qui prend son temps, se structure au niveau national et s'invente et se réinvente au sein de chaque équipe de soins primaires. Les ordres locaux traditionnels de l'administration des soins et de l'adressage des patients sont bousculés parce que assis sur une approche professionnelle individuelle du soin, fondée sur une hiérarchie entre la profession médicale et les professions paramédicales et une logique de contrôle des trajectoires des patients. Les recherches récentes (Fournier, 2019) nous indiquent quelques conditions de la capacité des professionnels de santé à s'inscrire de façon

stable dans ces transformations qui dépendent en premier de l'engagement des médecins dans le collectif : une proximité physique qui favorise la proximité cognitive et organisationnelle, la construction d'objectifs partagés et d'intérêts communs, la mise en place d'une gouvernance collégiale et d'espaces de prises de décision collective et la reconnaissance mutuelle, une solidarité entre les membres de l'équipe.

Isabelle Bourgeois

Références :

- Crozier M, Friedberg E. *L'acteur et le système. Les contraintes de l'action collective*. Paris : Seuil. 1977 : 436p.
- Baszanger I. *Les maladies chroniques et leur ordre négocié*. R franç sociol 1986 ; XXVII : 3-27.
- Friedberg E. *Les quatre dimensions de l'action organisée*. R franç sociol 1992 ; XXXIII : 531-557.
- Bourgeois I. *Le médecin généraliste dans le travail médical de premier recours, entre dynamiques locales et logiques de clientèle. Les cas de quatre espaces relationnels en médecine générale* [Thèse de doctorat de sociologie]. Paris : Institut d'études politiques. 2007, 435 p.
- Bourgeois I. *Les dimensions cognitives de l'intervention en santé publique : l'accompagnement de deux projets de santé de premier recours en milieu rural*, Santé Publique 2015 ; 3 (27) : 343-351.
- Fournier C. *Travailler en équipe en s'ajustant aux politiques : Un double défi dans la durée pour les professionnels des maisons de santé pluriprofessionnelles*, Journal de Gestion et d'Économie Médicales, 2019, Vol. 37, n° 1
- Bourgeois I. *Accompagner la structuration de la production de soins de premier recours ou participer à l'invention de l'action organisée en médecine de ville*, Journal de Gestion et d'Économie Médicales, 2019, Vol. 37, n° 1

EXERCER EN MAISON DE SANTÉ, C'EST VIVRE UN CHOC CULTUREL LIÉ À PLUSIEURS DÉPLACEMENTS DANS SA PRATIQUE PROFESSIONNELLE

Cécile Fournier

Médecin de santé publique et sociologue, chargée de recherche à l'Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé (IRDES)

Une maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) correspond au regroupement, sur un ou plusieurs sites, de professionnels de premier recours – au moins deux médecins généralistes et un paramédical – ayant formalisé leur collaboration par un « projet de santé » ajusté aux priorités de santé du territoire et avalisé par l'Agence régionale de santé (ARS). Le développement des MSP s'inscrit dans un mouvement ancien d'innovation organisationnelle, porté aujourd'hui par des professionnels de santé libéraux avec le soutien des pouvoirs publics, mouvement dont nous rappelons tout d'abord les racines dans une première partie de ce texte. Dans une seconde partie, nous décrivons le travail développé par ceux qui s'engagent dans ce mode d'exercice, avec des motivations variées. Cela nous amène, dans une troisième partie, à analyser le choc culturel vécu par ces professionnels. Ce choc apparaît encore en voie d'extension avec l'engagement des équipes des MSP dans le développement des Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) prévues par la loi de modernisation du système de santé de 2016.

Un contexte propice au développement des maisons de santé

Les médecins généralistes se trouvent aujourd'hui en première ligne pour répondre aux besoins d'une population vieillissante, de plus en plus touchée par des maladies chroniques. Or leur mode d'exercice ne leur permet pas de mobiliser aisément les ressources nécessaires pour accompagner les personnes dans la gestion des situations médico-sociales complexes. Cette gestion nécessite en effet une coordination d'une part avec d'autres

professionnels de premier recours aux compétences complémentaires (infirmiers, diététiciens, kinésithérapeutes, sages-femmes, orthophonistes, podologues, etc.) et, d'autre part, avec des professionnels du secteur médical spécialisé (spécialistes libéraux, hôpital), du secteur médico-social et du secteur social. Dans la situation actuelle de baisse de la démographie médicale et d'inégale répartition des professionnels sur le territoire, et en raison des contraintes économiques qui pèsent sur le système, un consensus existe aujourd'hui sur la nécessité de dépasser les cloisonnements et les clivages historiques entre les professionnels et les secteurs. Les « soins de premier recours », définis en 2009 dans la loi « Hôpital, patients, santé et territoire » avec leurs quatre grandes fonctions (porte d'entrée dans le système de soins, suivi clinique et éducatif des patients, coordination de leurs parcours et relais des politiques de santé), sont ainsi en cours de structuration avec l'appui des pouvoirs publics (Fillaut et Douguet, 2016). En parallèle, une place plus centrale a été donnée aux médecins généralistes dans le système de santé, à la fois en leur conférant un statut de spécialistes, à travers la réforme du « médecin traitant » et en revalorisant leur rémunération, en contrepartie de leur participation à la structuration du système et à la mise en œuvre de nouvelles missions. Dans le même temps, l'exercice regroupé pluriprofessionnel est apparu comme l'un des instruments possibles pour améliorer la coordination du système, faisant des MSP un objet politique (Schweyer, 2016), articulé à une problématique de santé publique. Cette articulation, inscrite de longue date dans les centres de santé salariant différentes catégories de professionnels de santé, avait cependant toujours été combattue par la médecine libérale, qui y voyait un modèle opposé à ses principes. Le développement de l'exercice en MSP, concomitant à son renouveau dans les centres de santé, est porté depuis le début des années 2000 par des médecins aspirant à un changement de pratiques et à un travail collectif, et par des élus préoccupés par l'apparition de « déserts médicaux » (Fournier, 2016). A partir de 2005, ces équipes reçoivent de l'État, des collectivités territoriales, de certains régimes de sécurité sociale ou encore de l'Union européenne, une aide financière à l'investissement et au fonctionnement (Chevillard et al, 2016). Des services d'aide à la structuration des équipes ont été développés notamment par des professionnels de santé – des fédérations régionales et la Fédération française des maison et pôles de santé (FFMPS, créée en 2008) et des Unions régionales des médecins libéraux (URML) – et par des sociétés de conseil spécialisées sous la houlette des ARS (Bourgeois, 2015). Une véritable politique publique en direction des soins primaires émerge à partir de 2010, avec la mise en place par l'État d'un financement collectif dédié aux structures pluriprofessionnelles : les « Expérimentations de nouveaux modes de rémunération » (ENMR, 2010-2014) sont ainsi gérées par les ARS grâce à la mise en place de forfaits incitatifs assortis de peu de contraintes (Mousquès & Bourgueil, 2014). Les financements sont ensuite repris par l'Assurance Maladie, tout d'abord à titre transitoire en 2015 dans le cadre d'un Règlement arbitral (RA), puis à titre pérenne en 2017 avec l'Accord conventionnel interprofessionnel (ACI), plus contraignant, signé entre les représentants des professionnels de santé et l'Assurance maladie. Entre

2018, on compte environ 1300 MSP, dont la moitié a signé l'ACI.

Dans ce mouvement d'institutionnalisation des MSP, comment les professionnels de santé construisent-ils des pratiques collectives au sein d'environnements variés et évolutifs ?

Motivations, types et niveaux de travail pluriprofessionnel

Des motivations communes, des modes d'engagement variés

Les professionnels des MSP estiment nécessaire de travailler en équipe pour faire face à une demande à laquelle chacun ne peut répondre seul. Ils y trouvent une meilleure connaissance mutuelle, des relations moins hiérarchiques et une coordination facilitée par les possibilités d'interpellations réciproques, les échanges d'avis et la définition collective de rôles et de procédures. Ces nouvelles modalités d'interaction servent deux types d'objectifs, étroitement liés dans le discours des professionnels : l'amélioration de la qualité des soins, avec une vision centrée sur leur continuité, leur coordination et la rapidité d'orientation des patients ; et l'amélioration des conditions de travail, qui vise dans les zones les plus touchées par la désertification médicale à prévenir le burnout des soignants et à maintenir une offre de soins, et dans les territoires moins touchés, à apporter plus de confort d'exercice en dégageant du temps pour d'autres activités.

Si les motivations des professionnels à travailler en MSP présentent des similitudes, l'engagement de chacun prend corps de manière singulière, en fonction des trajectoires individuelles, des opportunités locales et de la manière dont se construisent des pratiques à plusieurs. Un continuum se dessine notamment entre des professionnels « bâtisseurs » et à l'opposé des professionnels « consommateurs de la pluriprofessionnalité » construite et animée par les autres (Fournier 2016), menant à des manières contrastées de « faire équipe ».

Quatre niveaux de travail pluriprofessionnel

Au premier niveau correspond le travail lié aux prises en charge individuelles des patients, ou aux actions de santé concernant la patientèle de la MSP ou la population du territoire. Ces interventions peuvent s'inscrire dans une démarche de prévention (vaccination, contraception, addictions, prévention des chutes et maintien à domicile des personnes âgées, mal de dos…), de dépistage (souvent des cancers), d'éducation thérapeutique (diabète, obésité, hypertension artérielle…) ou de suivi des maladies chroniques (traitement anticoagulant, pansements complexes…) (Revue Prescrire, 2018). Elles peuvent être proposées par des types de professionnels différents à des catégories de personnes plus ou moins larges. Certaines le sont par un médecin à certains patients (ex : suivi d'un traitement anticoagulant par anti-vitamine K, faisant intervenir médecins, infirmières, laboratoires d'analyses et parfois secrétaires). D'autres actions peuvent

être proposées par tous les professionnels de la MSP à tous leurs patients (ex : campagne de vaccination par les infirmières sur une période définie). D'autres encore peuvent être proposées à la population résidant sur un territoire donné (ex : programmes d'éducation thérapeutique, interventions à l'école sur des thèmes de prévention…). Chaque action associe différents types de professionnels, exerçant le plus souvent au sein de la MSP et parfois en proximité.

A un second niveau, moins visible, toutes ces actions, en tant que constructions collectives, demandent des échanges et accords préalables entre professionnels (élaboration de protocoles de soin, préparation d'actions de santé publique, etc.), parfois des formations pluriprofessionnelles. Elles nécessitent également un travail d'animation et de coordination propre, réparti diversement entre les professionnels selon les MSP, et des échanges au fil de l'eau entre ceux qui suivent un même patient. Ce travail s'appuie notamment sur des réunions de concertation pluriprofessionnelles et des consultations conjointes, qui nécessitent un travail d'organisation, et sur des interactions formelles ou informelles : rencontres physiques, échanges par téléphone ou via des outils technologiques comme les logiciels pluriprofessionnels, dont l'usage repose là encore sur des accords locaux à construire.

A un troisième niveau, se déploie un travail pluriprofessionnel de gestion du fonctionnement de la maison de santé, autour de l'élaboration du projet de santé et de la contractualisation avec la CPAM et l'ARS, autour du projet architectural et du projet informatique, autour de la création des structures juridiques permettant l'exercice regroupé, ou encore dans des actions d'accompagnement d'autres MSP, de formation, ou de recherche.

Enfin, dans ce qui peut être considéré comme un quatrième niveau de travail pluriprofessionnel, figure la participation à l'organisation des soins primaires à l'échelle du territoire, en collaboration avec d'autres acteurs : ARS, CPAM, élus locaux, Conseil régional, autres professionnels de santé libéraux, établissements hospitaliers et scolaires, structures médico-sociales… la MSP devenant un interlocuteur collectif mobilisable et un acteur politique représentant les soins primaires (Fournier et al, 2014).

Un choc culturel pour les professionnels

Exercer en MSP représente un « choc culturel » (Fournier et al, 2014) du fait des « déplacements » qu'occasionne ce mode d'exercice par rapport au modèle libéral médical et paramédical traditionnel et aux différentes logiques avec lesquelles les équipes sont amenées à composer.

Dans les MSP, les professionnels articulent leur culture initiale, liée à l'exercice individuel et monoprofessionnel, avec une culture collective et pluriprofessionnelle, nécessitant d'accepter le regard d'autres professionnels sur leurs pratiques, de se coordonner et de s'ajuster, et de raisonner autour de la gestion de plusieurs patientèles, voire de la population d'un territoire, avec des partenaires de plus en plus divers. On observe d'ailleurs

souvent dans les équipes des tensions entre les dynamiques de chaque profession, la dynamique pluriprofessionnelle émergente et la logique de santé publique qui peut être encore différente.

En parallèle, l'exercice en MSP ne repose plus seulement sur une contractualisation individuelle avec l'Assurance Maladie via les conventions professionnelles, mais aussi sur une contractualisation de l'équipe avec l'État et avec l'Assurance maladie, parfois avec des élus locaux, à travers des « instruments de gouvernement » (Lascoumes et Le Galès, 2004) tels que l'ACI ou les programmes d'éducation thérapeutique. Travailler avec ces instruments implique des négociations et des ajustements autour du rôle et de la rémunération de chacun, et une organisation permettant de rendre des comptes aux financeurs. Cette entrée dans une logique gestionnaire représente un autre changement culturel pour les professionnels de santé libéraux.

Par ailleurs, devenir un acteur politique au sein de collectifs de plus en plus larges, comprenant des institutions de santé publique et des acteurs du territoire des secteurs sanitaire (y compris l'hôpital), social et médico-social, ne va pas de soi pour les professionnels des MSP, comme l'expérimentent ceux qui participent à la construction de CPTS.

Enfin, le travail qui commence à se développer avec des usagers dans certaines MSP représente un choc culturel supplémentaire.

Ces changements organisationnels et culturels, même s'ils ne concernent qu'une partie des professionnels de santé libéraux en France, bousculent les identités, les frontières et les rôles professionnels et citoyens, au-delà de ce premier cercle. Pour pouvoir se construire, ces changements reposent sur une construction et des négociations s'inscrivant dans le temps long, qui apparaissent facilitées par l'accès à des espaces d'échange, d'apprentissage et de réflexivité impliquant les différents acteurs concernés, dans des relations plus égalitaires. Aller vers ces changements nécessite de partager certaines valeurs et d'avoir confiance dans le collectif et dans les instances régulatrices. Cela ne va pas de soi dans un milieu professionnel historiquement marqué par des valeurs individuelles et peu habitué à nouer des partenariats avec des institutions régulatrices qui ont elles-mêmes des cultures et des valeurs spécifiques.

Cécile Fournier

Références :

- Bourgeois I. 2015. *Les dimensions cognitives de l'intervention en santé publique : l'accompagnement de deux projets de santé de premier recours en milieu rural*. Santé Publique 3(27) : 343-351.
- Chevillard G., Jerber M. 2016. *Bilan du plan d'équipement en maisons de santé en milieu rural 2010-2013*. Paris : CGET.
- Douguet F., Fillaut T., Hontebeyrie J. (éd.). 2016. I*ntervenir en première ligne. Les professions de santé libérales face au défi de la proximité*. Paris : L'Harmattan.

- Fournier C., Naiditch M., Frattini MO. 2014. *Dynamiques professionnelles et formes de travail pluriprofessionnel dans les maisons et pôles de santé. Analyse qualitative dans le cadre des Expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR)*. Questions d'économie de la santé 200 : 8p.
- Fournier C. 2016. Les pratiques pluriprofessionnelles dans des maisons de santé libérales : attentes, contenus, interactions et instruments mobilisés. In : Douguet F., Fillaut T., Hontebeyrie J. (éd.) *Intervenir en première ligne. Les professions de santé libérales face au défi de la proximité*. Paris : L'Harmattan : 109-122.
- 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*. [Thèse de doctorat de sociologie]. Paris : Université Paris 11.
- Lascoumes P, Le Galès P. 2004. *Gouverner par les instruments*. Paris : Presses de la fondation nationale des sciences politiques.
- Mousquès J, Bourgueil Y. 2014. *L'évaluation de la performance des maisons, pôles et centres de santé dans le cadre des Expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR) sur la période 2009-2012*. Rapport n° 559. Paris : Irdes.
- Revue Prescrire. 2019. *Quels projets de santé pour les maisons de santé ?* Revue Prescrire 38 (417) : 539-542.
- Schweyer FX. 2016. Inventer et apprendre un nouveau métier. Les médecins généralistes dans des maisons de santé. In : Douguet F., Fillaut T., Hontebeyrie J. (éd.) *Intervenir en première ligne. Les professions de santé libérales face au défi de la proximité*. Paris : L'Harmattan : 39-60.

LE RÔLE PERFORMATIF DE LA FÉDÉRATION FRANÇAISE DES MAISONS DE SANTÉ PLURI-PROFESSIONNELLES : UN GROUPE D'INTÉRÊT À L'ŒUVRE

Nadège Vezinat

Sociologue, maîtresse de conférences à l'Université de Reims Champagne Ardenne, directrice du département d'économie et de sociologie et membre du laboratoire REGARDS / CMH

Les maisons de santé pluri-professionnelles, qui correspondent à une forme encore minoritaire d'offre de soins en ville mais tentent de proposer des transformations de l'organisation territoriale de l'offre de santé, se sont regroupées au sein d'une méta-organisation (Berkowitz, Dumez, 2015) : la Fédération française des maisons et pôles de santé (FFMPS). Cette association professionnelle peut être considérée comme un organe de liaison entre les différentes professions de santé, qui ont choisi d'exercer leur activité libérale en commun et comme un groupe d'intérêt[1] c'est-à-dire « *une organisation structurée, présentent des formes d'encadrement des comportements collectifs et des dirigeants, s'intégrant à des relations sociales extérieures (en particulier avec les autorités publiques)* » (Hassenteufel, 1995) et qui essaient d'agir à la fois sur les réformes des politiques de santé concernant les soins primaires et sur les pratiques professionnelles coordonnées. Une enquête qualitative sur la FFMPS a été effectuée entre 2014 et 2018 pour étudier la politisation de ses actions ainsi que ses tentatives pour modifier les structures d'opportunité dans lesquelles elle évolue (Vézinat 2019a).

1 - Sur la terminologie et la littérature autour des groupes d'intérêt, se reporter à Offerlé (1994) ou Grossman et Saurugger (2006).

Encadré N° 1 : Enquête et méthode

Lors des observations des rencontres fédérales, j'ai pu accéder aux discours sur leurs façons de travailler et aux rhétoriques de légitimation en train de se construire. Le statut de la fédération est donc, d'une part, un mode d'accès aux professionnels, aux discours, aux représentations et surtout aux délibérations qu'ils ont sur leurs pratiques (les discussions entre pairs, les doutes formulés dans les coulisses du soin). Elle est, d'autre part, un objet d'analyse en tant que tel, puisqu'elle permet de suivre, dans un jeu d'interdépendances, la dynamique d'évolution des relations entre les différentes professions libérales, très attachées à leur autonomie (Parsons, 1939), qui exercent dans des maisons de santé.

En tant qu'intermédiaire entre les politiques publiques de santé et les professionnels de santé, la FFMPS peut être étudiée comme un groupe d'intérêt, d'autant plus central que l'action directe de l'État se rétrécit au profit de délégation de missions de santé publique à des acteurs privés (Fassin, 2015). Ce mouvement, déjà identifié par certains auteurs comme un processus d'économisation de la santé – par un recours au marché et à la contractualisation – compatible avec un processus d'étatisation (Benamouzig, 2005 ; Mas, Pierru, Smolski et al., 2011), conduit à interroger le rôle des groupes d'intérêts dans la mise en œuvre des politiques publiques.

Représentation et travail de lobbying

La fédération nationale des maisons de santé dispose d'un double statut car elle agit à la fois en tant qu'organe représentatif et de dialogue avec les différentes instances. Ses actions de représentation et de lobbying visent à maintenir la place des professionnels de santé dans le processus de rationalisation des systèmes d'organisation des soins (Bergeron, Castel, 2018). Or la cohabitation des logiques ainsi que la nature des relations entre les intervenants en lien avec des maisons de santé suggèrent que la période d'autogouvernance des médecins – si tant est qu'elle ait existé – est bien terminée.

Les représentants des syndicats médicaux dénoncent toutes les évolutions ou réformes qui menacent l'autonomie professionnelle des médecins (Hassenteufel, 1997). Cependant le contexte de fragmentation de la représentation syndicale où MG France – syndicat spécifique aux généralistes – tente de mettre fin à la « dévalorisation de la médecine générale » (Hassenteufel, 2010), a conduit les membres des quelques maisons de santé reconnues juridiquement en 2007 à échanger directement entre eux sur cette nouvelle manière de pratiquer le soin. Ces interactions se sont instrumentalisées à l'extérieur d'un environnement syndical qui ne leur était pas particulièrement favorable au départ ou allait les marquer trop fortement. Beaucoup étant par ailleurs déjà affiliés à un syndicat, ils ont décidé, sans rompre avec leur engagement syndical mais dans un souci d'ouverture de leur mouvement, de créer en 2008 une association loi 1901, la Fédération française des maisons et pôles de santé (la FFMPS), et l'ont utilisée pour

normaliser des règles de fonctionnement. La fédération apparaît donc à la fois comme un « *espace confiné* » et un « *espace public* » (Gilbert, Henry, 2009) selon ses missions qui peuvent être rattachées à l'un ou à l'autre de ces registres. Les missions de représentation et de proposition s'exercent dans l'espace public quand les missions de soutien, de formation ou conseil et de construction d'un discours commun renvoient à l'espace confiné des assemblées générales ou des rencontres du bureau et se réalisent plutôt à l'abri des regards extérieurs. Dans l'espace public, le travail de représentation de la fédération consiste à la faire connaître comme un interlocuteur et le porte-parole des maisons de santé. Elle doit donc montrer qu'elle est apte à écouter les maisons de santé et à faire entendre leur voix.

Légitimité et cohésion

En se présentant comme un groupe d'intérêt représentatif des maisons de santé et des fédérations régionales des maisons de santé, la FFMPS travaille à construire sa légitimité. La FFMPS s'adresse d'abord aux partisans du modèle des maisons de santé et les journées nationales organisées chaque année dans une région différente sont la « *mise en scène* » (Goffman, 1973), par le succès qu'elles rencontrent, de la légitimité de la fédération nationale, reconnue par les professionnels de santé mais aussi ses invités extérieurs qui, en acceptant d'y participer, la reconnaissent publiquement comme un interlocuteur. Étudier ainsi la fédération consiste enfin à l'appréhender comme un acteur collectif capable d'élaborer un récit sur lui-même et sur la place qu'elle a vocation à occuper dans son environnement.

Elle s'adresse toutefois également à d'autres qu'à elle-même. Si la médecine sociale a historiquement eu du mal à se généraliser en France (Ferrand-Nagel, 1993 ; Loriol, 2002), cela n'a pas empêché certains médecins, déjà présents dans les années 1970 dans l'aventure des unités sanitaires de base (Coutant, Lacaze, 1989), de porter, avant même que la législation ne suive, des maisons de santé comme des initiatives locales individuelles. Les membres des maisons de santé pluri-professionnelles ont donc développé à l'attention de leurs tutelles (Assurance Maladie, Agences Régionales de Santé…) un discours autour de leur capacité à s'auto-organiser dans l'intérêt général et autour du mandat correspondant afin d'obtenir le soutien des pouvoirs publics (Vézinat, 2019b).

Un lieu de définition des « mandats » professionnels

La fédération nationale représente les fédérations régionales des maisons de santé ainsi que des maisons de santé pluri-professionnelles, des équipes de soins primaires en exercice coordonné ou des CPTS déjà constituées. L'obtention d'un « *mandat* » (Highes, 1996) dépend donc à la fois du nombre croissant de maisons de santé en fonctionnement mais aussi de la réussite des chantiers collectifs portés par la fédération permettant des adhésions à la FFMPS et validant ainsi auprès des pouvoirs publics sa

capacité à se constituer comme un « *acteur programmatique* » porteur du changement (Genieys, Hassenteufel,2012).

L'organisation de journées nationales fait de la fédération un lieu d'échange, une organisation qui permet les discussions sur la manière dont il convient de réorganiser les soins primaires en France et sur la façon dont les maisons de santé peuvent participer à ce mouvement. Il s'agit pour les membres de maisons de santé de proposer à la société civile, et plus particulièrement aux pouvoirs publics, un discours performatif qui peut être approché en étudiant les rencontres annuelles organisées par la fédération nationale.

En ne s'adressant plus seulement aux "convaincus", la FFMPS recherche des effets plus amples d'acceptation et de légitimation progressive des maisons de santé. A côté, ou plutôt en face, des tutelles, se trouvent les représentants des professionnels de santé, partisans ou opposants, vis-à-vis desquels plusieurs moyens sont utilisés par la FFMPS pour se rendre acceptable : la médiatisation en est un, le lobbying et les échanges avec les Unions Régionales des Professionnels de Santé (URPS) en sont, par exemple, un autre.

Conclusion

L'argument principal consiste à montrer la capacité des membres des maisons de santé et de ses instances représentatives à s'auto-organiser, à s'évaluer et à concevoir eux-mêmes les modalités des évaluations qui demeurent encore d'une application très souple. Pour la fédération, les maisons de santé pluri-professionnelles ayant été reconnues dans la loi de « modernisation de notre système de santé »[2], l'inscription dans la loi de la notion d'équipe de soins primaires (ESP) conforte leur travail et vient accréditer leur succès. Mais la légalisation des maisons de santé pluri-professionnelles a déplacé l'enjeu : il ne s'agit plus seulement de persuader l'État d'apporter son soutien à ces structures, mais aussi de convaincre les syndicats et les représentants des professionnels de santé isolés de faire une place à ces structures ambulatoires.

La politisation des échanges entre les représentants des maisons de santé, des fédérations (régionales ou nationale) et les pouvoirs publics s'effectue dans un univers restreint qui correspond à l' « *écologie* » des maisons de santé (Schweyer, Vézinat, 2019 ; Abbott, 2003). Comme cette écologie est mouvante et dépend de rapports de force entre des acteurs dont le périmètre se recompose sans cesse, son étude donne lieu à l'identification d'une « *nébuleuse* » d'acteurs (Topalov, 1999). L'importance de la représentativité de la fédération tient au fait qu'elle permet de maintenir les tutelles à distance sans qu'elles n'imposent aux maisons de santé d'outils ou de manières de faire qui n'aient pas été validées, acceptées, discutées avec elle[3].

Nadège Vezinat

2 - Dite loi Touraine promulguée le 26 janvier 2016.

3 - Pour en savoir plus sur cette enquête sociologique, se reporter à Vézinat (2019a).

Références :

- Abbott A. 2003. Écologies liées : à propos du système des professions. InMenger P.-M. Les Professions et leurs sociologies. *Modèles théoriques, catégorisations, évolutions*, Paris, MSH : 29-50.
- Benamouzig, D. 2005. *La Santé au miroir de l'économie*, Paris, Presses Universitaires de France.Berkowitz H., Dumez H. 2015. La dynamique des dispositifs d'action collective entre firmes : Le cas des méta-organisations dans le secteur pétrolier. *L'Année sociologique* 65 (2) : 333-356.
- Bergeron H., Castel P. 2018. *Sociologie politique de la santé*, Paris, Presses Universitaires de France.
- Coutant D., Lacaze J. 1989. *Hier, une médecine pour demain : le centre de santé de Saint-Nazaire*, Paris, Syros-Alternatives.
- Fassin D. 2015. *Faire de la santé publique*, Rennes, Presses de l'EHESP.
- Ferrand-Nagel S. 1993. Médecine libérale / médecine sociale et régulation du système de santé : les leçons de l'histoire de longue période. *Revue française des affaires sociales* 2 : 43-79.
- Genieys W., Hassenteufel P. 2012. Qui gouverne les politiques publiques ? Par-delà la sociologie des élites. *Gouvernement et action publique* 2 (2) : 89-115.
- Gilbert C., Henry E. 2009. *Comment se construisent les problèmes de santé publique*, Paris, La Découverte.
- Goffman E. 1973. *La Mise en scène de la vie quotidienne. La présentation de so*i, Paris, Minuit.
- Grossman E., Saurugger S. 2006. *Les groupes d'intérêt. Action collective et stratégies de représentation*, Paris, Armand Colin.
- Hassenteufel P. 1995. *Les groupes d'intérêt dans l'action publique : l'État en interaction*. Pouvoirs 74
- Hassenteufel P. 1997. *Les médecins face à l'État. Une comparaison européenne*, Paris, Presses de Sciences Po.
- Hassenteufel P. 2010. *La difficile affirmation d'un syndicalisme spécifique aux généralistes*. InBloy G., Schweyer F.-X., Singuliers Généralistes. Sociologie de la médecine générale, Rennes, Presses de l'EHESP : 403-418.
- Hughes E. 1996. *Le Regard sociologique : essais choisis*, Paris, Presses de l'EHESS.
- Loriol M. 2002. *L'Impossible politique de santé publique en France*, Toulouse, Erès.
- Mas B., Pierru F., Smolski N., et al. 2011. *L'Hôpital en réanimation. Le sacrifice organisé d'un service public emblématique*, Paris, Le Croquant.
- Offerlé M. 1994. *Sociologie des groupes d'intérêt*, Paris, Montchrestien.
- Parsons T. 1939. *The Professions and the Social Structure*. Social Forces 17 (4) : 457-467.

- Schweyer F.-X., Vezinat N. 2019. *Écologie des maisons de santé pluri-professionnelles : une gouvernance multi-niveaux*. Journal de gestion et d'économie médicales
- Topalov C. (dir). 1999. *Laboratoires du nouveau siècle. La nébuleuse réformatrice et ses réseaux en France* 1880-1914, Paris, EHESS.
- Vezinat N. 2019. *La fédération des maisons pluri-professionnelles de santé comme groupe d'intérêt : représentativité, construction de discours et lobbying*, Journal de gestion et d'économie médicales, 2019.
- Vezinat N. 2019. *Vers une médecine collaborative. Politique des maisons de santé pluri-professionnelles en France*, Paris, Presses Universitaires de France.

II.
Quelle coordination à l'échelle des organisations et des territoires ?

DIMENSIONS ET DYNAMIQUE DE LA COORDINATION DES SOINS DE VILLE : UNE ANALYSE ÉCONOMIQUE

Christine Peyron et Anne Buttard

Économistes maîtres de conférence à l'Université de Bourgogne, Laboratoire d'Economie de Dijon

Clarifier la notion de coordination

Le terme « coordination » est aujourd'hui omniprésent dans la présentation des attendus et des outils des politiques d'organisation des services de santé, et cela particulièrement en médecine de ville. La coordination justifie et anime des dispositifs comme les plans personnalisés de santé, les parcours de santé, les réseaux, les MSP (Maisons de santé pluri-professionnelles), les CPTS (Communautés Professionnelles Territoriales de Santé)... La lecture des textes règlementaires et des supports de communication des tutelles montre toutefois un réel flottement dans l'usage de ce terme. La coordination peut être celle des professionnels, de leur exercice, ou des soins. Elle peut être associée, voire identifiée à des notions pourtant distinctes : concertation, collaboration, coopération. En parallèle, les supports de coordination se multiplient, certains dispositifs récents tels les PAERPA (parcours de santé des personnes âgées en perte d'autonomie) et PTA (plateformes territoriales d'appui) se proposent même de « coordonner la coordination ». Ces éléments laissent à penser que, derrière le terme générique de coordination, se cachent des représentations loin d'être uniformes et unanimement reconnues. Au-delà du débat conceptuel, ce flou sémantique est source de confusion pour appréhender la nature et l'intensité des changements souhaités, pour comprendre les réactions, difficultés et besoins des professionnels. Il constitue aussi un obstacle à la mesure et à l'analyse de l'apport des dispositifs de coordination, ainsi qu'à leur rémunération adaptée. Alors que ces dispositifs sont amenés à se multiplier voire à se généraliser, cette problématique s'accentue.

Nos recherches en cours visent à clarifier la notion de coordination en santé, à expliciter ses différentes dimensions et à revenir sur son statut dans un processus de production de soins. Une appréhension plus fine de la

coordination permettra de mieux analyser le bien-fondé, les difficultés des coordinations promues par les politiques de santé. Nous nous appuyons à la fois sur des études de terrain menées auprès de réseaux, de dispositifs de télémédecine et de MSP, et sur des approches théoriques de la coordination couvrant différents courants de l'économie des organisations.

Une définition générique de la coordination l'associe à ce qui rend compatibles les actions, les décisions, les projets d'une pluralité d'acteurs. Cette cohérence des comportements au sein de l'organisation garantit en partie l'unité de cette dernière en dépit de tensions centrifuges possibles, et lui permet de poursuivre son ou ses objectifs. Au-delà de cette définition générique, les *corpus* théoriques auxquels nous nous référons (approches néo institutionnaliste, basée sur les compétences, cognitiviste, conventionnaliste) nous permettent de mettre en lumière différentes dimensions à la fois dans le statut et dans la fonction de la coordination, pour progresser vers une analyse appliquée plus exhaustive de ce qu'elle peut être. Ces dimensions peuvent être envisagées comme des interprétations possibles de « la » coordination par les acteurs impliqués. Par conséquent, elles ne sont pas exclusives les unes des autres mais peuvent exister conjointement et faire l'objet d'articulations *in situ*.

Par ailleurs la coordination est souvent présentée comme un *input* (un facteur contribuant à une activité de production). La considérer comme un *output* produit par l'organisation change les problématiques possibles. Il ne s'agit alors plus seulement de savoir ce qu'elle apporte à la production, mais aussi d'analyser comment, selon quel processus, avec quels moyens, quelle temporalité, une organisation fabrique de la coordination.

Dans le cadre de ces recherches, nous présentons une grille possible pour analyser *les coordinations* en médecine de ville, avant d'en développer le caractère dynamique et territorial. Sans épuiser l'étendue de nos objectifs théoriques et empiriques, cette présentation synthétique permet d'en saisir les points essentiels.

Les dimensions de la coordination au sein d'organisations pluri-professionnelles

Nous proposons une grille d'analyse de la coordination qui en distingue trois dimensions. Ces dimensions existent potentiellement toutes, mais dans des proportions ou selon des articulations variables au sein des organisations considérées. Notre grille s'appuie concrètement sur les résultats d'études menées auprès des réseaux, maisons de santé et dispositifs de télémédecine (Buttard et Gadreau 2008, Buttard et Lopez 2016).

La coordination **logistique** facilite le travail individuel dans l'organisation. Cette coordination existe parce que les membres de l'organisation partagent des informations et des ressources (plages horaires réparties entre professionnels, locaux dans une MSP, matériel, personnel, *etc.*), grâce à une proximité de localisation ou à un système d'information commun. Ils

peuvent également partager la notoriété, l'attractivité de l'organisation.

La coordination logistique organise ce partage de ressources et permet la compatibilité des parts ou avantages de chacun. Elle est toujours présente dans un collectif de travail, mais plus ou moins fortement. Elle facilite le travail individuel en permettant d'accéder à des actifs disponibles plus importants et/ou moins coûteux, et desserre les contraintes matérielles d'un exercice isolé. La coordination logistique est fortement présente dans les dispositifs de télémédecine ou les MSP. Elle est peut-être moins visible au sein des structures parfois légères que sont les réseaux de santé territoriaux, même s'ils utilisent également un système d'information commun. Cette coordination peut être qualifiée de factorielle en ce sens qu'elle modifie les facteurs de la production de soins. Elle constitue sans doute la motivation initiale à intégrer un dispositif de coordination. Les supports de la coordination logistique seront des règles de fonctionnement, des engagements contractuels, des informations partagées sur l'activité de chaque professionnel, des échanges informels ou organisés.

La coordination **opératoire**, séquentielle ou réciproque (Alter et Hage, 1993), permet d'articuler les contributions individuelles de plusieurs professionnels à une prise en charge ou à la mise en œuvre d'une action de santé. Par exemple, la coordination territoriale d'appui mise en œuvre par les réseaux notamment, vise à mieux agencer les interventions des soignants et autres prestataires auprès de patients complexes maintenus à domicile.

La coordination permet ici la compatibilité entre les interventions de chacun, articulées autour d'un même patient ou d'un même objectif. C'est la dimension la plus couramment mise en avant par les tutelles, à la fois dans le diagnostic des faiblesses de notre système de santé, et dans les stratégies de mise en place de parcours. La coordination opératoire peut être séquentielle, on tient alors compte du travail réalisé en amont et des informations nécessaires pour le poursuivre. Elle est réciproque, lorsque les interventions sont simultanément articulées. La coordination opératoire est sans aucun doute d'autant plus nécessaire que le patient est complexe et qu'il nécessite des interventions complémentaires et non similaires (au sens de Richardson, 1972). Elle améliore la qualité des prises en charge voire leur efficience en limitant les actes redondants. Cette coordination peut être qualifiée de fonctionnelle en ce sens qu'elle configure le cadre dans lequel chaque intervention va pouvoir s'élaborer au sein de l'organisation et qu'elle précise la fonction de chacun et ses relations avec les autres. Les supports de cette coordination seront des protocoles préexistants, un système de partage d'information sur le patient, des échanges formels ou informels autour de sa prise en charge, et les PTA mises en place pour faciliter cette coordination.

La troisième coordination que nous envisageons ici, est la coordination **collective**. Elle rend possibles une décision ou un travail collectifs, c'est-à-dire élaborés, portés par l'organisation et qui s'imposent ensuite à tous ses membres.

La coordination permet ici la compatibilité des réponses, des solutions de chacun face à des problématiques qui dépassent les tâches individualisables. Elle permet aux membres de l'organisation d'être d'accord sur l'objectif de l'organisation, de co-construire des projets ou des protocoles. Elle favorise la naissance d'espaces de coopération (Wenger, 2000). Cette dimension de la coordination se construit progressivement, elle est à la fois le produit et la condition d'un collectif qui dépasse une juxtaposition d'individualités. Elle demande un apprentissage plus complexe et plus long. Contrairement aux précédentes dimensions, elle n'est pas forcément présente dans toutes les organisations et reste plus difficilement mesurable. Cette coordination peut être qualifiée de synergique en ce sens que le collectif crée des ressources communes nouvelles, parfois inattendues, et toujours spécifiques, qui concourent aux objectifs de l'organisation de l'organisation. Les supports de cette coordination seront des compétences, des procédures construites dans l'organisation, des routines ou plus généralement des conventions qui permettent au groupe de résoudre des difficultés récurrentes, des divergences, voire des conflits (Batifoulier et Gadreau, 2006). Le projet fondateur de l'organisation peut aussi être support de cette coordination.

Pour une approche dynamique et territoriale de la coordination

Les notions de ressources génériques et spécifiques, développées par les approches cognitivistes de la production (Prévot *et al.*, 2010), permettent une approche dynamique de ces coordinations. Elles mettent en lumière que certains supports de coordination sont produits dans l'organisation, et que cette production nécessite des efforts, des moyens et surtout du temps.

Les ressources génériques sont des ressources transférables entre différentes organisations. Il est donc possible de les obtenir à l'extérieur de l'organisation, notamment en les achetant. A titre d'exemples, un logiciel, une formation, des protocoles HAS, un répertoire des professionnels du territoire, sont des ressources génériques. Les ressources spécifiques sont des ressources propres à chaque organisation, non transférables. Elles sont construites dans et par l'activité. Elles renvoient à un savoir-faire collectif, aux procédures que l'on a instituées pour trancher collectivement une indécidabilité, aux routines organisationnelles qui permettent d'aller plus vite pour trouver des solutions, résoudre des conflits. Les ressources spécifiques se construisent dans le temps au sein de chaque organisation. A tire d'exemples, la manière d'utiliser un système d'information, l'exercice du *leadership* au sein de l'organisation, une culture commune de la qualité des soins, les relations de confiance avec les partenaires, sont des ressources spécifiques. On conçoit que ces ressources spécifiques seront d'autant plus importantes, lorsque l'on va de la coordination logistique à la coordination collective.

La tutelle peut apporter des ressources génériques, *via* les PTA par

exemple, mais doit laisser les organisations produire leurs ressources spécifiques. Un espace favorable à leur apparition peut être créé, le Programme d'amélioration continue du travail en équipe (Pacte) déployé par la HAS s'inscrit d'ailleurs dans cette logique. Dotée de ces ressources, l'organisation pourra produire de la coordination et améliorer ses services de santé.

La notion de ressources spécifiques permet aussi de lier coordination et territoire.

Dans une approche statique du lien entre coordination et territoire, on concevra que les coordinations opératoires ou collectives vont impliquer des acteurs regroupés sur un territoire. On peut alors chercher, de façon descendante, à développer des coordinations entre les acteurs d'un espace géographique prédéfini.

Les analyses en économie spatiale insistent cependant sur l'importance de l'émergence de territoires pertinents pour comprendre la production et surtout l'innovation (Colletis et Pecqueur, 2005). Elles considèrent que les territoires productifs sont des espaces socialement construits par les ressources apportées par les acteurs et par la coordination entre ces acteurs. Les territoires ne se décrètent pas. Une approche dynamique, interactive, du territoire et de la coordination en santé est alors envisageable.

Un territoire a initialement des ressources, des compétences complémentaires qui gagnent à être coordonnées : celles des professionnels de santé, des établissements de soins, des acteurs d'autres secteurs (éducation, médicosocial). Des premières coordinations, tantôt informelles et spontanées, tantôt prescrites, peuvent émerger et contribuer à des parcours, des projets. A partir de cette première étape, des relations, des réseaux confraternels, des savoirs faire vont se constituer. Ces ressources spécifiques à un territoire vont permettre développer d'autres coordinations, qui vont faire bouger ou conforter les frontières du territoire initial, et le mécanisme peut se poursuivre… La coordination mobilise les ressources du territoire et, en se déployant redimensionne le territoire (Offner et Pumain, 1996). Tout comme la coordination, le territoire pertinent de la coordination se construit dans la durée.

Ces premiers éléments d'analyse offrent des pistes à poursuivre pour analyser la coordination en médecine de ville, envisagée non seulement comme un moyen pour améliorer les prises en charge de patients, mais aussi comme une production des organisations de soins primaires qui nécessite des ressources et du temps, pour être élaborée. La délimitation du territoire pertinent d'une coordination ne devrait pas être fixée *ex ante* mais progressivement produite. Préciser les dimensions attendues de la coordination, et s'intéresser davantage à la production de la coordination, à ses obstacles, à ses leviers, constitue alors un champ prometteur pour le chercheur comme pour le régulateur.

Christine Peyron & Anne Buttard

Références :

- Alter C., Hage J. 1993. Organizations working together. In: *Sage Library of Social Research*, Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Batifoulier P., Gadreau M. 2006. Régulation et coordination du système de santé. Des institutions invisibles à la politique économique. In : *L'économie des conventions, méthodes et résultats: Tome 2. Développements*, Eymard-Duvernay F. (éd.) Paris : La Découverte ; 453-468.
- Buttard A., Gadreau M. 2008. Le réseau en santé : une démarche en mutation. *Revue Sociologie et Santé* 29 : 101-122.
- Buttard A., Lopez J. 2016. L'apport des maisons de santé pluriprofessionnelles pour améliorer l'accès aux soins de premier recours. *RGDM* 58 : 177-190.
- Colletis G., Pecqueur B. 2005. Révélation de ressources spécifiques et coordination située. Économie et institutions 6-7 : 51-74.
- Gadreau M. 2001. Les réseaux dans le système de santé et l'arbitrage efficacité-équité. *Revue Economie Appliquée* XIV (2): 91-128.
- Offner J-M., Pumain D. 1996. Réseaux et territoires - significations croisées. In : Offner J-M., Pumain D. (éd.) Editions de l'Aube : 281, 1996.
- Prévot F., Brulhart F., Guieu G. 2010. Perspectives fondées sur les ressources. Proposition de synthèse. *Revue française de gestion* 204 (5): 87-103.
- Wenger E.C., Snyder W.M. 2000. Communities of Practices: the organizational frontier. *Harvard Business Review*, January-February : 139-145.

LE TRAVAIL PLURI-PROFESSIONNEL. RETOUR D'ENQUÊTES SUR LA TRANSFORMATION DES SOINS PRIMAIRES EN FRANCE ET EN ANGLETERRE

Léonie Hénaut

Sociologue, chargée de recherche CNRS au Centre de Sociologie des Organisations (SciencesPo/CNRS)

Dans le cadre de ce séminaire de réflexion, je me propose d'évoquer les résultats de deux études que j'ai réalisées, en France et en Angleterre, sur la mise en œuvre de programmes expérimentaux visant l'amélioration de l'organisation des soins primaires[1]. En France, il s'agit de l'expérimentation PAERPA – "Parcours des Ainés" ou "Personnes âgées en risque de perte d'autonomie" – lancée en 2012 par le ministère des Solidarité et de la Santé dans neuf territoires. J'ai fait partie de l'équipe chargée par le ministère, en 2016, de réaliser une évaluation qualitative de la mise en place du programme (Gand, Periac, Bloch, Hénaut, 2017)[2]. En Angleterre, j'ai enquêté en 2014-2016 sur la mise en œuvre, dans le nord-ouest de Londres, d'un programme initialement appelé « *Integrated Care Pilot* » (ICP) et déployé dans vingt-cinq territoires[3]. Ma communication porte en particulier sur les nouvelles formes de travail pluri-professionnel qu'il s'agissait d'introduire, entre autres dispositifs, dans les deux cas. Je vais d'abord énoncer les problématiques associées à ce type de travail, puis je présenterai les deux pro-

1 - Ce texte est directement issu de la communication orale délivrée dans le cadre du séminaire de réflexion sur l'évolution des pratiques en soins primaires le 15 février 2018 à Paris. La communication orale, enregistrée, a été retranscrite et éditée par l'auteur en vue de la présente publication.

2 - L'évaluation s'est appuyée sur des enquêtes qualitatives (entretiens, observations, analyse documentaire) dans chaque territoire.

3 - Cette enquête s'inscrivait dans un projet comparatif européen piloté avec Blanche LeBihan et associant également Marie-Aline Bloch et Alis Sopadzhiyan. Le projet, financé par l'Initiative d'excellence 'Sorbonne Paris Cité', s'intitulait POLIA–INLOVE pour POlitiques et dispositifs d'Intégration pour l'Accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie : une comparaison européenne / *INtegrated Long term care for Vulnerable elderly in Europe*. Il consistait en une analyse comparée des politiques publiques de coordination et d'intégration des soins en France, Suède et Royaume-Uni. L'enquête sur le programme ICP a constitué en la réalisation d'entretiens, d'observation et de l'analyse de documents produits dans le cadre de l'expérimentation.

grammes étudiés. J'en tirerai enfin des enseignements généraux en insistant sur les similarités observées sur les deux terrains.

Origines et problématiques

J'utilise le terme travail pluri-professionnel – parfois aussi appelé travail inter-professionnel ou multidisciplinaire – pour désigner les situations de travail dans lesquelles plusieurs professionnels possédant des expertises différentes collaborent à l'accomplissement d'une activité. Depuis longtemps, les professionnels de santé et même les travailleurs sociaux travaillent parfois ensemble pour concevoir et mettre en place les soins et les accompagnements pour des personnes malades chroniques ou en situation de perte d'autonomie. Ce qui est nouveau et que j'étudie ici ce sont les tentatives de systématisation et de formalisation du travail pluri-professionnel dans le domaine des soins primaires.

Ce phénomène a plusieurs origines[4]. Les pouvoirs publics, en premier lieu, poursuivent des objectifs de rationalisation pour améliorer la qualité mais aussi l'efficacité des services, et ainsi réduire les dépenses de santé. Depuis des années, les plans d'action qui se multiplient dans tous les domaines (gérontologie, cancérologie, santé mentale, handicaps et maladies rares, etc.) entendent lutter contre les «hospitalisations évitables» et les «ruptures de parcours» en favorisant le décloisonnement des secteurs sanitaire, social et médico-social et une meilleure collaboration des professionnels des différents secteurs. En second lieu, les professionnels eux-mêmes, et notamment ceux qui occupent des positions subalternes dans la division du travail, en l'occurrence les non-médecins – infirmières, kinésithérapeutes, ergothérapeute, psychologues, pharmaciens ou encore assistantes sociales – aspirent à davantage d'équité et de reconnaissance : être mieux informé, ne pas intervenir en bout de chaine, voir son expertise reconnue comme égale dans l'accomplissement de l'activité. Enfin, les usagers mobilisés au sein d'associations condamnent les formes de prise en charge ponctuelle et unidimensionnelle, la dimension médicale étant souvent la seule dimension envisagée. Ils promeuvent une approche des soins et des accompagnements qui accorde une place importante aux personnes concernées, à leur subjectivité, à la multiplicité et au caractère évolutif de leurs besoins, toutes choses que le travail pluri-professionnel est censé favorisé.

Parmi ses différentes déclinaisons – selon qu'il s'agit pour les professionnels d'établir un lien ponctuel (liaison, adressage), d'inscrire leur relation dans la durée (articulation, coordination), d'accomplir ensemble une tâche donnée (coopération) – une forme de travail pluri-professionnel est particulièrement révélatrice des difficultés qui y sont associées : la délibération collective. Il s'agit ici d'établir un plan de soins et d'accompagnements et donc de décider du devenir d'une personne, avec ou sans elle mais dans tous les cas à plusieurs. La collaboration ne touche alors pas seulement la réalisation du travail mais aussi la conception de son organisation. Si le tra-

4 - L'histoire des politiques publiques française de coordination et d'intégration est retracée dans Bloch et Hénaut (2014).

vail pluri-professionnel en général, et la délibération en particulier, s'avèrent problématique, c'est justement parce que ce sont des professionnels auxquels on a à faire. L'infirmière, le médecin généraliste, le spécialiste, la diététicienne, l'ergothérapeute, l'assistante sociale, *etc.*, sont des professionnels. Cela signifie que dans l'activité qu'ils exercent de façon individuelle, avec les patients ou usagers, ils accomplissent seul le diagnostic, le traitement, et entre les deux l' « *inférence* », l'acte expert par excellence par lequel le professionnel trouve une proposition de traitement sur la base des éléments de diagnostic[5]. En situation de travail pluri-professionnel, il s'agit d'accomplir à plusieurs ce travail expert. Or, les interventions des professionnels de santé et du travail social s'inscrivent dans des logiques professionnelles et organisationnelles fortes. D'une part, ils ont chacun des savoirs théoriques issus de leur formation universitaire, des outils, une déontologie, une vision de l'accompagnement des personnes qui sont parfois divergents. D'autre part, ils ont des contraintes et des standards d'évaluation de leur activité qui leur sont imposés par l'organisation dans laquelle ils s'inscrivent, et qui peuvent être concurrentes.

L'introduction de modalités de travail pluri-professionnel systématiques et formalisées met à l'épreuve la division du travail existante dans sa double dimension. La division du travail a en effet une dimension technique, en lien avec le processus de spécialisation des savoirs, mais aussi une dimension morale du fait de l'existence de hiérarchies professionnelles. Dans le domaine de la santé comme ailleurs, la hiérarchie des savoirs et des places est objective, car elle prend appui sur le niveau d'étude et de qualification des uns et des autres, mais aussi subjective car chaque professionnel a une conscience et une perception de sa place et de la place qu'il peut tenir ou pas. L'existence de normes professionnelles, de contraintes organisationnelles, et de hiérarchies objectives et subjectives font ainsi partie de la division du travail dès lors que l'activité à accomplir est complexe et requiert des expertises et des hauts niveaux de qualification. Mais ce sont aussi autant d'obstacles à la mise en place de modalités de travail collaboratives et horizontales.

Deux expérimentations en France et en Angleterre

Les expérimentations que j'ai pu suivre s'inscrivent dans deux contextes nationaux qui présentent un système socialisé de santé et d'aide permettant aux résidents d'accéder aux soins et aux services gratuitement ou à moindre coût ou reste à charge[6]. En ce qui concerne l'organisation des soins primaires, la différence qui semble la plus pertinente par rapport au travail pluri-professionnel tient aux modalités d'exercice des médecins généralistes et à leur place dans la gouvernance locale. En Angleterre, les médecins généralistes de ville travaillent quasi exclusivement en cabinets, appelés « *practices* » ou « *surgeries* », tandis que leurs homologues fran-

5 - J'emprunte cette définition du travail professionnel à Andrew Abbott (1988).

6 - La présentation des systèmes de santé et des expérimentations étudiées est ici très sommaire étant donné le format de la communication. Il s'agit principalement de donner au lecteur les éléments de compréhension suffisants pour apprécier les enseignements généraux tirés plus loin.

çais exercent encore majoritairement seuls, même si le modèle de la maison de santé se développe. Des représentants des cabinets sont présents au sein des « *clinical commissioning groups* » (CCG), les administrations sanitaires chargées de gérer, au niveau territorial, les ressources accordées par le *National Health Services* (NHS). Au quotidien, pour obtenir une consultation, les résidents anglais s'enregistrent auprès d'un cabinet de leur quartier et peuvent s'y rendre autant de fois qu'ils le souhaitent. Chaque cabinet reçoit une dotation du gouvernement en fonction du nombre et du profil des personnes enregistrées chaque année, tandis qu'en France, les médecins sont principalement rémunérés à l'acte. Les cabinets anglais comportent parfois plusieurs dizaines de médecins, certains étant associés et d'autres employés comme salariés, ainsi que des professionnels paramédicaux et des gestionnaires. Chaque cabinet est par ailleurs sensé avoir des liens privilégiés avec des assistantes sociales et des infirmières de district qui sont « attachées » aux cabinets. Le travail pluri-professionnel est donc davantage organisé en Angleterre. Cependant, en pratique, des problèmes de coordination demeurent entre les cabinets et les services hospitaliers – ainsi que les services sociaux et médico-sociaux locaux – et c'est pour cela que des expérimentations ont lieu, tout comme en France.

Les programmes PAERPA et ICP s'inscrivent dans une longue lignée d'actions visant, dans les deux pays, la rationalisation des dépenses publiques par l'amélioration de la coordination des soins et des services. Ils ont en commun, d'abord, de viser les personnes de 75 ans et plus vivant à leur domicile, singulièrement exposées aux risques de perte d'autonomie et aux poly-pathologies. Ensuite, ils ont comme objectifs de réduire les hospitalisations, de repérer les situations de fragilités, et d'améliorer la coordination et la coopération des professionnels et des organisations impliqués dans les soins primaires. Les deux expérimentations reposent sur une gouvernance multi-niveaux qui combine une équipe-projet nationale et des chefs de projet et des équipes-projets par territoire. Dans les deux cas, une grande liberté est laissée aux équipes-projet basées sur les territoires pour mettre en œuvre les outils conçus en hauts lieux.

Tableau 1. Les outils équipant le travail pluri-professionnel dans les deux expérimentations

	Parcours des Ainés (PAERPA)	Integrated Care Pilot (ICP)
Plans de soins multidimensionnels	Plans personnalisés de soins (PPS)	Care plans
Réunions pluri-professionnelles	Coordination clinique de proximité (CCP)	Multi-disciplinary group (MDG)
Équipe territoriale d'appui	Coordination territoriale d'appui (CTA)	Care navigators ICP manager

Les outils qu'il s'agit de mettre en place, enfin, sont assez similaires (*Tableau 1*). Les deux expérimentations se fondent en premier lieu sur la réalisation de plans de soins personnalisés (PPS) destinés à équiper le travail pluri-professionnel. Cependant, il s'agit davantage de plans multidimen-

sionnels dans la mesure où les différentes dimensions du parcours sont représentées – situation sociale, historique et bilan médical, médication, accompagnements en place, projet de vie envisagé par la personne – sans qu'il soit nécessaire d'être plusieurs pour les réaliser. Seul le médecin traitant, ou le *General Practitionner* (GP) dans le cas anglais, est tenu d'être présent lors de sa réalisation et de le signer. Chaque plan donne lieu à rémunération. Dans les deux cas, le nombre de plans réalisés est un indicateur très surveillé par les équipes-projet, locale et nationale. En second lieu, des réunions pluri-professionnelles donnent l'occasion aux professionnels intervenant sur les différents sous-territoires d'échanger autour de situations ayant été identifiées comme complexes par un médecin traitant, une infirmière, une assistante sociale du secteur ou même un médecin hospitalier. Souvent, ces réunions leur permettent aussi d'échanger des informations plus générales sur l'expérimentation en cours, et de découvrir des ressources disponibles sur le territoire. En dernier lieu, plusieurs personnes sont recrutées dans le cadre des expérimentations pour soutenir les professionnels du territoire dans la réalisation des plans et l'organisation des réunions.

Les enseignements

La participation des médecins généralistes

Les premiers enseignements concernent la mise en œuvre des expérimentations. Dans les deux cas étudiés, l'enrôlement des médecins généralistes s'est avéré difficile. Beaucoup étaient peu intéressés par l'expérimentation et souvent résistants à l'idée de faire des plans de soins, que ce soit à plusieurs ou tout seul, ou d'assister aux réunions, même lorsque les médecins étaient déjà familiarisés avec le travail collaboratif, et même avec des incitations financières. A l'inverse, les autres professionnels de santé et les travailleurs sociaux étaient très motivés. Aspirant à être davantage partie prenante de la conception des parcours, ils ont vu ces expérimentations comme une opportunité.

Dans ce contexte, plusieurs aspects paraissent déterminer la participation des médecins. En premier lieu, il faut qu'ils y voient un intérêt concret et direct pour eux ou pour leur patient (par exemple, lorsque le plan ou la réunion leur permet d'obtenir une consultation avec un spécialiste rapidement ou de bénéficier d'un service dont le médecin n'avait pas connaissance auparavant ou qui est fourni dans le cadre de l'expérimentation), et un moindre coût pour eux en temps passé à faire les plans ou en réunion. Pour les convaincre, dans les deux cas, un rôle crucial a été joué par des médecins – des « ambassadeurs » – identifiés par les équipes-projet et sollicités pour promouvoir le dispositif auprès de leurs collègues. En second lieu, il faut leur faciliter la tâche : les médecins généralistes participent davantage au programme quand d'autres professionnels viennent étayer ou préparer leur participation. Par exemple, dans les deux cas, le volet administratif du plan de soins est souvent complété en amont de l'intervention du médecin par l'équipe d'appui, ce qui est très apprécié. Après une année, les méde-

cins anglais du territoire ont quasiment tous fait des plans de soins ce qui est loin d'être le cas de leurs homologues français. Cet écart est à mettre au compte de l'habitude que les premiers ont des programmes d'action publique et des objectifs chiffrés qui leur sont régulièrement imposés dans tous les domaines, par exemple pour la réalisation des vaccins ou tests de dépistages. La présence de gestionnaires, renforcée ici par celle des *care navigators*, permet aussi la mise en œuvre d'actions qui s'assortissent d'une incitation financière et de la possibilité de mettre en compétition les médecins du cabinet.

Le fait d'activer ces ressorts de la participation des médecins peut cependant avoir comme implication de limiter finalement la portée de l'expérimentation. En effet, pour enrôler les médecins, les équipes-projet et les ambassadeurs sont souvent obligés de vider les outils d'une partie de leur contenu. Ils ont tendance à simplifier la présentation du programme, à nier le caractère pluri-professionnel du travail à accomplir, à réduire le plan de soins à une liste dont il faut couvrir les champs, à passer sous silence la remise en cause du monopole de l'autorité médicale qui est au fondement d'une démarche de parcours. Dès lors, le fait que les objectifs comptables soient atteints (nombre de plans, réunions, sollicitations de l'équipe d'appui) ne signifie pas nécessairement que les médecins adhèrent à l'essence même du projet qui est de changer leurs pratiques et leur place dans la division du travail.

Le travail pluri-professionnel

La seconde série d'enseignements porte sur le travail pluri-professionnel proprement dit. Au cours des réunions pluri-professionnelles, le fait de combiner les expertises et les regards fait émerger des solutions concrètes là où les professionnels chacun de leur côté se sentaient limités en compétence. Le point de vue de la personne apparaît comme présent non pas parce que c'est une injonction liée au dispositif en question mais parce qu'il y aura toujours un professionnel pour demander « que souhaite la personne ? » si cela n'a pas déjà été abordé. Même en l'absence du travailleur social, une multiplicité d'options est discutée. La délibération collective est donc tout à fait possible moyennant les efforts pour mettre en place et faire fonctionner les réunions. Au-delà, ces dernières ont une fonction latente, à condition d'être réitérées : ce sont des lieux d'échange d'informations sur les ressources du territoire, d'assimilation des savoirs, de familiarisation avec les préoccupations et les standards des autres professionnels. Chaque professionnel découvre en situation de travail les contraintes et le métier de leurs collègues. Cette fonction latente, parce qu'elle n'est pas mise en chiffre comme peut l'être le nombre de PPS réalisés, est invisible mais elle existe.

Pour finir, je voudrais insister néanmoins sur une certaine résilience de la division du travail, notamment dans sa dimension morale. Même dans des configurations favorables à la (re)distribution de l'autorité et notamment de l'autorité médicale, les hiérarchies reprennent forment. Pour les autres professionnels que les médecins, il n'est pas facile de prendre une place,

de prendre la parole, de faire part de son avis fut-il professionnel. Cela leur demande un effort et ils n'ont pas forcément la compétence pour le faire, ce qui pose la question de la formation, y compris du côté des médecins, au travail pluri-professionnel. Une autre question rarement posée a trait à la relation aux patients et à leur perception de ce travail. Quand la personne est présente dans les réunions, elle voit au moins que c'est un travail collectif et collaboratif. Mais quand elle n'est pas là, qui lui délivre le message ? Qui tire crédit du travail pluri-professionnel ? Il s'agit non seulement de changer les hiérarchies professionnelles mais aussi le regard des usagers sur ces dernières.

Léonie Hénaut

Références :

- Abbott, A. 1988. *The System of Professions. The Division of Expert Labor*, Chicago, University of Chicago Press.
- Gand, S., Periac, E., Bloch, M.-A., Hénaut, L. 2017. *Evaluation qualitative PAERPA – Rapport final*', Document de travail, Série Études et recherche, n°135, Drees.
- Bloch, M-A., Hénaut, L. 2014. *Coordination et parcours. La dynamique des mondes sanitaire*, social et médico-social, Paris, Dunod.

UNE CPTS DANS CHAQUE TERRITOIRE, LA CLEF DE VOUTE DE L'ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ

Claude Leicher

Médecin généraliste, président de la Fédération des Communautés Professionnelles territoriales de Santé

L'organisation du système de santé pâtit, depuis un siècle, d'un conflit et d'une méfiance qui a en particulier pesé sur les soins primaires : si l'exercice regroupé commence dans les Centres de Santé, il se heurte immédiatement à un conflit historique entre la médecine libérale et l'État. Mais le système de santé bénéficie de la capacité d'initiative du monde libéral : pour mémoire, le médecin référent puis traitant, les Maisons Médicales de Gardes, les Maisons de Santé Pluri-professionnelles (MSP), les pôles de santé et les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) relèvent d'initiatives professionnelles.

L'inscription récente dans la loi des soins primaires crée une possibilité d'organisation territoriale du système de santé, à laquelle participent les CPTS. Mais il reste maintenant à mettre en cohérence la volonté politique et les moyens.

Une réflexion sur les concepts : quels services rendus ?

Le service rendu doit être considéré à trois niveaux : au niveau du patient, de la patientèle et de la population.

Le service au patient : Le colloque singulier est de moins en moins pertinent pour la prise en charge des patients, mais il reste le point d'organisation central. Le médecin est le premier contact avec le système de santé (80 % de la population a un contact annuel avec un médecin généralise, ce qui représente 280 millions d'actes) et les patients désignent directement leurs médecins traitants. Mais le médecin n'est plus le seul point de contact, notamment du fait de prises en charge qui se complexifient progressivement, notamment avec la recrudescence des pathologies chroniques.

Le service à la patientèle : Un médecin traitant a aujourd'hui une patientèle officielle, et cette tendance s'accompagne d'une évolution des modes de rémunération, alliant la rémunération à l'acte et les rémunérations forfaitaires pour une patientèle. La ROSP (rémunération sur objectifs de santé publique) désigne notamment la patientèle comme un objectif d'attention particulier qui s'accompagne d'une rémunération spécifique. De nouvelles pratiques, comme Asalée permettent par ailleurs d'envisager de nouveaux modes d'organisation profondément différents pour la prise en charge des maladies chroniques.

Le service à la population : La population n'est pas l'agglomération de patientèles. Elle renvoie à une définition conceptuelle différente, en tant qu'objet des politiques de santé publique, qui ne concerne pas que le monde de la santé mais comprend plus largement la politique de la ville, la politique environnementale, le droit, l'économie, la culture, la sociologie… Ainsi, l'exercice en cabinets, en MSP ou en centres de santé ne donne pas aux professionnels de santé de légitimité populationnelle.

Plusieurs enjeux sous-tendent ces politiques de santé publique :

- Elles doivent être adaptées à chaque territoire car les problèmes y sont différents et doivent être construites à partir des acteurs et des usagers.

- Elles représentent un défi politique pour une administration très centralisée au niveau national. Les ARS en sont les garantes institutionnelles mais non les organisatrices.

- Les moyens qui y sont consacrés doivent permettre une meilleure efficacité sanitaire et une meilleure utilisation des ressources.

La CPTS représente une base opérante pour organiser les services à la population. Elle doit être organisée autour des soins primaires et des soins secondaires, tout en facilitant les relations avec le secteur médico-social et social, ainsi qu'avec la PMI, la santé au travail, la santé scolaire, etc. La CPTS est le lien de mise en œuvre des relations avec les autres acteurs du territoire, dont le périmètre peut aller de 10 000 à 200 000 personnes.

Une réflexion organisationnelle : du médecin généraliste à l'équipe de soins primaires, de l'équipe de soins primaires à l'organisation territoriale

Le médecin exerçant la spécialité de médecine générale est membre de l'équipe de soins primaires (ESP) mais n'en est pas son « directeur ». Si le médecin traitant est responsable du service au patient et à la patientèle, le service à la population dépend de l'organisation collective sur le territoire, certes sous sa responsabilité : dépistage, prévention, éducation à la santé, lien entre la ville et l'hôpital, entre le sanitaire et le médico-social… De plus, le travail en équipe fait émerger de nouvelles fonctions, de coordination et de pratique avancée, notamment.

Cette organisation devra faire l'objet de futures **contractualisations au niveau territorial**, qui représenteront autant de garanties pour la population du territoire : garantie d'accès à un médecin traitant, garantie de continuité et de permanence des soins, garantie d'accès à des services de prévention, de dépistage, d'éducation à la santé et d'éducation thérapeutique, garantie d'accès à des parcours de santé organisés et, enfin, garantie d'accès financier aux services de santé.

Elle devra également s'accompagner d'une **compétence territoriale**. Pour permettre l'initiative territoriale, la CPTS doit avoir une compétence « déléguée » par l'ARS sur l'organisation du territoire. Par exemple, l'organisation ambulatoire des soins palliatifs à domicile ne peut être concurrencée par un projet d'un service hospitalier de gériatrie. Les différents acteurs doivent se mettre d'accord et la CPTS doit avoir la décision finale.

Une réflexion sur la méthode et les outils

Il faut, enfin, réfléchir aux outils pour mettre en place cette nouvelle organisation. Nous en identifions plusieurs :

- Des objectifs communs de santé publique sur le territoire ;

- Des assistants médicaux pour libérer du temps médical ;

- Une politique conventionnelle très incitative pour mobiliser l'ensemble des professionnels du territoire : un indicateur similaire à la ROSP pour le travail en équipe, le forfait pour les maladies chroniques, de nouveaux modes de rémunération (comme pour les MSP) mais à l'échelle du territoire. Il faut aller plus loin en conditionnant l'obtention de certaines rémunérations à la participation à une organisation en équipe formalisée.

En conclusion… une organisation territoriale des soins, sous la forme d'une CPTS, c'est :

- Un lieu qui réunit les acteurs des soins et de la santé autour d'objectifs partagés et créant une cohérence entre les trois niveaux de services (au patient, à la patientèle et à la population), permettant une optimisation du temps médical et favorisant l'évolution de tous les métiers de la santé (comme c'est le cas avec la pratique avancée).

- Un lieu permettant l'émergence d'une responsabilité territoriale par une évolution des modalités de rémunération individuelles et collectives.

Tout cela nécessite, de concevoir la responsabilité des acteurs non seulement comme individuelle mais également comme collective à l'échelle du territoire. Cela abouti à un système de santé reposant sur deux types de contrats : des contrats conventionnels par profession et par équipe au niveau des territoires. Les contrats territoriaux par équipe doivent être conclus entre les CPTS et les autorités publiques (ARS et Assurance Maladie), dans un volet territorial de l'ACI comme cela a déjà été fait pour les MSP.

Cela dessine un système de santé dont l'organisation est visible : chaque

CPTS étant formalisée, chaque CPTS fonctionnant dans un cadre contractuel conventionnel avec des professionnels eux-mêmes conventionnés, chaque CPTS ayant des compétences territoriales pouvant aller jusqu'à la publication de besoins en ressources humaines en fonction des besoins de santé recensés localement.

Claude Leicher

UNE ORGANISATION DES SOINS PRIMAIRES COHÉRENTE SUR LES TERRITOIRES

Jacques Battistoni
Médecin généraliste, président du syndicat MG-France

Les soins primaires font aujourd'hui l'objet d'organisations diverses : Equipes de Soins Primaires (EPS), Maisons de Santé Pluri-professionnelles (MSP) et Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS). Ces différents modes d'organisation des soins sous forme de regroupements de professionnels ont pour objectif commun d''apporter des services en santé à la population.

A chaque niveau de l'organisation des soins correspondent des missions qui se complètent :

- **Au médecin généraliste...** le premier recours, le suivi et la synthèse des soins apportés au patient, dans le cadre du colloque singulier nécessaire à une prise en charge alliant l'écoute de la personne et de ses demandes à la prise en compte de son environnement professionnel, social et familial.

- **A l'équipe de soins primaires, réunie en MSP ou en ESP...** le suivi des patientèles, grâce à un travail en équipe optimisé par une meilleure connaissance mutuelle, une pratique de suivi conjoint et des moyens venant renforcer le travail en équipe (système d'information, coordinateur, réunions de concertation et harmonisation des pratiques professionnelles).

- **A l'organisation territoriale des soins au sein d'une CPTS...** les services rendus à la population grâce à une meilleure gestion de l'offre de soins en médecine générale et une réponse organisée aux demandes de soins non programmées. Cela passe par des actions de santé publique, de prévention, de maintien à domicile... et par un renforcement des relations ville-hôpital et entre le premier et le second recours.

Les CPTS doivent donner un visage aux soins ambulatoires. Il est temps !

Les professionnels de santé, et notamment les médecins généralistes, devront s'apercevoir que les CPTS sont à leur service pour améliorer leur qualité d'exercice et leur confort professionnel. Une meilleure répartition de l'offre de soins, le renfort d'assistants médicaux partout où ce sera nécessaire, une organisation de la continuité des soins qui leur permette de libérer le temps journalier nécessaire à la formation, la vie familiale ou les loisirs, des moyens accrus pour travailler en équipe et en lien avec les autres acteurs de soins devront assurer la promotion des CPTS auprès des futurs membres.

Les autres acteurs du territoire (établissements hospitaliers, EHPAD[1], SSR[2], PTA[3]) seront les partenaires naturels des CPTS pour développer une offre de soins cohérente où chacun aura sa place. Invités au sein de leur conseil d'administration, ils connaîtront mieux les soins ambulatoires et leur rôle dans la prise en charge des patients. Par une participation réciproque dans leurs instances décisionnelles (Conseils d'administration, CME) les professionnels de santé libéraux et les établissements de santé et médico-sociaux pourront mieux coopérer pour la santé de la population de leurs territoires.

La négociation interprofessionnelle en 2019 doit rendre possible la montée en charge progressive des CPTS en finançant les outils de la coordination. Il s'agira autant de moyens humains, notamment en dotant la CPTS du personnel nécessaire à son fonctionnement, que de moyens logistiques au service des actions de santé publique et de coordination des soins. Ce financement ne remet pas en cause le financement existant des MSP, destiné à la prise en charge des patientèles des professionnels, il lui est complémentaire.

Quant à la rémunération forfaitaire des pathologies chroniques, elle implique aujourd'hui une révolution copernicienne pour les professionnels libéraux attachés au paiement à l'acte. En détachant la prise en charge globale du patient des actes de soins, elle pourrait inciter au travail en équipe et à la délégation de tâches. Elle ne sera possible que si elle s'accompagne d'une dynamique au sein des équipes de soins qui autorise la confiance mutuelle et met en place des suivis partagés.

Jacques Battistoni

1 - Etablissements d'hébergement pour personnes âgées.

2 - Etablissements de Soins de Suite et de Réadaptation.

3 - Plateformes territoriales d'appui (aide pour la coordination des parcours de santé complexes qui vise à apporter une réponse aux professionnels, et en particulier aux médecins traitants, dans la prise en charge des situations complexes).

III.
Quelles politiques de régulation des soins primaires ? Comparaisons internationales

LES POLITIQUES DE LUTTE CONTRE LES INÉGALITÉS TERRITORIALES D'OFFRE DE SOINS PRIMAIRES. UNE COMPARAISON EUROPÉENNE (FRANCE, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUÈDE)

Patrick Hassenteufel

Professeur de science politique à l'Université Versailles-Saint-Quentin et Sciences Po Saint-Germain-en-Laye, Laboratoire Printemps.

Cette contribution présente les principaux résultats d'une enquête menée entre 2015 et 2018 dans quatre pays européens[1], choisis pour la diversité de leurs systèmes de protection maladie (assurance maladie ou systèmes nationaux de santé) et d'organisation territoriale des soins (centralisée ou décentralisée) pour couvrir un éventail de configurations diversifiées : la France (système d'assurance maladie centralisé), l'Allemagne (système d'assurance maladie décentralisé du fait du fédéralisme), l'Angleterre (système national de santé centralisé) et la Suède (système national de santé décentralisé).

Notre interrogation principale a porté sur la compréhension des politiques publiques visant à garantir l'accès aux soins primaires dans les territoires défavorisés, en nous intéressant à l'ensemble du processus de politique publique : de la construction du problème de déficit d'offre territorialisée de soins primaires à la mise œuvre de politiques publiques au niveau local, en passant par le choix d'instruments. Pour y répondre nous avons mené une enquête à deux niveaux : national et régional. Au niveau national, une cinquantaine d'entretiens a été menée avec des acteurs professionnels, des acteurs administratifs, des acteurs politiques, des experts, et des représentants des patients, nous avons également effectué une analyse des rapports produits par les différents acteurs, des débats parlementaires portant sur ces politiques et de la presse. Au niveau régional, des études de cas ont

1 - Il s'agit du projet REGMEDPROV financé conjointement par l'ANR et le DFG dans le cadre des appels d'offre franco-allemands en sciences humaines et sociales, coordonné par Patrick Hassenteufel côté français, par Thomas Gerlinger (Université de Bielefeld) et Renate Reiter (Université de Hagen) côté allemand.

été conduites (principalement en France et en Allemagne, ce dont rend compte la contribution de François-Xavier Schweyer).

Dans le cadre de cette synthèse nous présenterons tout d'abord les éléments permettant de comprendre la mise à l'agenda de cet enjeu qui prend des modalités différentes entre, d'un côté, la France et l'Allemagne et, de l'autre, l'Angleterre et la Suède. Puis nous verrons que dans ces quatre pays, les politiques publiques mises en place puisent dans le même répertoire d'instruments mais que les choix opérés sont fortement dépendants des interactions entre les acteurs publics et la profession médicale organisée. Enfin, nous mettrons en avant le fait que les déséquilibres territoriaux d'offre médicale sont utilisés par des acteurs réformateurs comme un levier de la transformation de l'organisation des soins primaires, en particulier dans les systèmes d'assurance maladie (en France et, dans une moindre mesure en Allemagne) qui conduit, en Europe occidentale, à une convergence croissante des systèmes de santé en termes d'organisation territorialisée des soins primaires.

Les dynamiques de la mise à l'agenda des inégalités territoriales d'offre de soins primaires

Au niveau de la mise à l'agenda, on peut clairement distinguer les cas de la France et de l'Allemagne où cette question a été construite comme un problème à part entière, faisant l'objet d'une mise à l'agenda « permanente » depuis plus de dix ans, de ceux de l'Angleterre et de la Suède où cet enjeu est inscrit dans une problématisation plus large qui fait l'objet d'une mise à l'agenda moins importante et plus récente.

Dans les cas de la France et de l'Allemagne, on assiste à la reformulation de l'évolution de la démographie médicale au début des années 2000, avec le passage assez rapide d'une perception d'un excédent d'offre de médecins qu'il faut réguler (en France c'est le discours ancien des représentants professionnels sur la « pléthore médicale » qui a notamment contribué à la mise en place du numerus clausus au début des années 1970 – Deplaude 2015 ; en Allemagne l'expression de « *Ärzteschwemme* » domine dans les expressions publiques de la profession médicale) à celle d'un déficit d'offre localisé du fait du vieillissement des généralistes, d'une réduction du temps médical et des réticences à l'installation dans des zones rurales (mais aussi périurbaines et urbaines dans le cas de la France). Ce constat s'appuie sur un travail d'expertise émanant à la fois des pouvoirs publics et de la profession médicale. En France est créé, en 2003, l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (ONDPS) à la suite du rapport Berland dans le contexte de conflits avec les médecins généralistes (mouvement de 2001-2002 pour la consultation à 20€) contestant l'obligation des gardes. À la même période, l'Ordre national des médecins commence à publier un atlas annuel de la démographie médicale. En Allemagne, c'est en particulier le rapport du conseil d'experts pour le système de santé de 2001 qui a contribué à publiciser le problème, ensuite souligné dans les rapports de la Chambre fédérale des médecins (dont le rôle est comparable à celui

de l'Ordre des médecins en France).

La multiplication des expertises sur cette question (qui s'accompagne d'un affinement des instruments de mesure de l'accès territorial aux soins : ainsi l'indicateur en termes d'accessibilité potentielle localisée développé par la DREES et l'IRDES – Vergier et al., 2017) n'est pas le seul élément contribuant à sa mise sur agenda : les dynamiques politiques jouent également un rôle important. C'est en particulier le cas des élus locaux confrontés à un manque de médecins sur leur territoire d'élection. En France, ces préoccupations sont fortement relayées par les associations d'élus locaux (l'Association des Maires de France en première ligne), par les parlementaires (au Sénat en particulier) en lien avec le cumul des mandats et par les principaux candidats à l'élection présidentielle (dont les programmes santé en 2012 et en 2017 sont dominés par cette question). Il en résulte une dramatisation de cet enjeu que traduit la très forte diffusion de l'expression « désert médical » (Veran, 2013) que l'on ne retrouve pas dans les autres pays (ainsi en Allemagne, il est plus sobrement question d'un « manque de médecins », *Ärztemangel*). Cette différence ne renvoie pas seulement à la plus grande diversité des territoires concernés mais aussi au fait qu'il s'inscrit dans des débats plus généraux sur l'existence d'une « France périphérique », marquée notamment par une « désertification des services publics » et le vote pour le Front National (dont la dimension territoriale est mise en avant), renvoyant à l'importance attachée à l'égalité territoriale en France (Estèbe, 2015). Cette connexion avec des débats politiques plus larges est également présente en Allemagne, où le déficit d'offre médicale est bien plus fort dans les *Länder* de l'Est, ce qui renvoie à la question plus générale des limites de la réunification et du respect du principe constitutionnel de « l'équivalence des conditions de vie » dans les différents *Länder*. Il en résulte, dans les deux pays, l'adoption de mesures visant à répondre spécifiquement à ce problème à partir de 2004 en France et de 2007 en Allemagne.

En Suède et en Angleterre, cette question est abordée moins en tant que telle que sous l'angle des délais d'attente, un enjeu majeur dans le cadre des réformes marchandes de ces deux systèmes de santé. C'est justement dans le cadre du débat politique de ces réformes (qui ont été renforcées dans les deux pays dans les années 2010) que l'enjeu des inégalités territoriales a été remis sur l'agenda des politiques de santé, également en lien avec les débats sur l'évolution des rapports centre/périphérie dans le domaine de la santé (dévolution en Angleterre, rôle des comtés en Suède).

Le choix des instruments de lutte contre les inégalités territoriales d'offre de soins primaires

La comparaison des instruments discutés (dans le cadre des rapports et des débats parlementaires ainsi que dans les médias) et adoptés dans les quatre pays s'inscrivent dans un même répertoire d'instruments, que l'on peut résumer sous la forme du tableau suivant.

Répertoire des instruments visant à répondre aux inégalités territoriales d'offre de soins primaires

Catégorie d'instrument	Exemples d'instruments de politiques publiques
Organisation des études médicales	- Renforcement de la place de la médecine générale dans les études de médecine - Augmentation du nombre d'étudiants en médecine - Développement des stages en cabinet médical de ville
Incitations financières	- Primes à l'installation en zones sous-denses - Garanties financières et aides à l'investissement - Rémunérations spécifiques - Fourniture de locaux - Bourses d'étude pour les étudiants en médecine - Exonérations fiscales
Organisation territoriale des soins	- Réforme de la planification de l'offre de soin - Restrictions à l'installation en zones sur-denses - Création de nouvelles institutions locales / régionales - Extension du champ de compétences des acteurs locaux / régionaux - Renforcement politique du niveau local / régional de réglementation
Organisation du travail médical	- Autorisation des soins ambulatoires dans les hôpitaux - Retrait des limites d'âge pour les médecins - Offre de service de soins mobiles - Nouveaux modes d'organisation des soins primaires (collectifs pluri-professionnels) - Télémédecine, e-santé - Recrutement de médecins étrangers - Nouvelles compétences pour les professionnels de santé non médecins - Programmes spécifiques de formation professionnelle avancée

Pour comprendre le choix des instruments au sein de ce répertoire, notre enquête nous a conduit à mettre en avant l'importance des interactions avec la profession médicale organisée. Dans le cas de la France, elles permettent tout d'abord de comprendre l'échec des mesures visant à restreindre l'accès aux zones « sur-denses » (les différentes tentatives de mise en place d'un conventionnement sélectif ou de pénalités en cas d'installa-

tion dans ces zones se sont toutes heurtées à l'opposition des syndicats de médecins libéraux et d'internes, relayées au niveau du gouvernement et du Parlement) et la priorité donnée aux mesures incitatives (dans le cadre de la convention médicale et des « pactes territoire-santé » proposés par l'ancienne ministre Marisol Touraine). Mais il faut aussi tenir compte du rôle d'entrepreneurs professionnels promoteurs de changements dans le cadre de nouvelles organisations tournées vers les soins primaires : MG-France (Hassenteufel 2010), la Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé (Vézinat 2019) et les nouvelles organisations de jeunes médecins (Hassenteufel, 2019). Elles mettent notamment en avant de nouveaux modes d'organisation des soins primaires, en particulier les Maisons de Santé Pluri-professionnelles. Celles-ci ont reçu depuis 2008 les soutiens d'acteurs étatiques avec lesquels s'est constitué une « *instrument constituency* » (Voss, Simon, 2014) qui a permis leur reconnaissance institutionnelle, la mise en place de nouveaux modes de rémunération et leur développement (1 200 MSP labellisées fin 2018).

En Allemagne, la forte institutionnalisation de la profession médicale au sein du système d'assurance maladie dans le cadre des unions de médecins de caisse permet de comprendre sa capacité à peser en faveur de la priorité donnée aux mesures financières incitatives. Comme en France, l'émergence de nouvelles organisations de médecins généralistes promouvant de nouvelles organisations des soins primaires, sous la forme d'un renforcement du rôle de coordonnateur du généraliste comme « médecin de famille » et du développement de structures collectives de soins ambulatoires (en particulier les *Medizinische Versorgungszentren* fonctionnant avec des médecins salariés), contribue à la réorganisation des soins primaires.

Les cas de la France et de l'Allemagne montrent ainsi que la mise en avant de déficits localisés d'offre de soins primaires a permis à des acteurs porteurs de changements venant de l'administration, du monde de l'expertise, des élus locaux et de la profession médicale de promouvoir et de développer de nouveaux modèles d'organisation des soins primaires collectifs et pluri-professionnels qui se rapprochent des structures existant depuis longtemps dans les systèmes nationaux de santé. On assiste ainsi à une convergence croissante des politiques de soins qui ne concerne pas seulement les soins primaires mais aussi les études médicales et la territorialisation des systèmes de santé.

Patrick Hassenteufel

Références :

- Deplaude, M.-O. 2015. *La hantise du nombre. Une histoire des numerus clausus en médecine*. Les Belles Lettres, Paris.
- Estèbe, P. 2015. *L'égalité des territoires, une passion française*. Presses Universitaires de France, Paris.
- Hassenteufel, P. 2010. La difficile affirmation d'un syndicalisme spécifique aux généralistes. *In* Bloy, G., Schweyer, F.-X. *Singuliers généralistes*. Presses de l'EHESP, Rennes, 403-418.
- Hassenteufel, P. 2019. Les syndicats de médecins entre défense et dépassement de la médecine libérale. *Les Tribunes de la Santé* 59, 21-33.
- Véran O. 2013. Des bacs à sable aux déserts médicaux : construction sociale d'un problème public. Les Tribunes de la Santé 39, 77-85.
- Vergier, N., Chaput, H., Lefebvre Hoang, I. 2017. Déserts médicaux : Comment les définir ? Comment les mesurer ? *Les dossiers de la DREES* 17.
- Vézinat N. 2019. *Vers une médecine collaborative. Politique des maisons de santé pluri-professionnelles en France*. Presses Universitaires de France, Paris.
- Voss, J.-P., Simons, A. 2014. Instrument constituencies and the supply side of policy innovation: the social life of emission trading. *Environmental Politics* 23 (5), 735-754.

LES POLITIQUES TERRITORIALES DE RÉGULATION DE L'OFFRE DE SOINS PRIMAIRES. UNE COMPARAISON FRANCE-ALLEMAGNE

François-Xavier Schweyer

Professeur de sociologie à l'École des Hautes Études en Santé Publique, Centre Maurice Halbwachs

Cette contribution se propose d'analyser les politiques publiques régionales visant à garantir l'accès aux soins primaires dans les territoires défavorisés en France et en Allemagne. Dans le cadre du projet RegMedProv (cf. contribution de Patrick Hassenteufel), quatre études de cas ont été réalisées en 2016-2018 en mobilisant la notion de « territorialisation » (Alam et al., 2015) qui met l'accent sur la différentiation territoriale croissante des politiques de santé en lien avec l'importance des enjeux locaux dans les débats sur l'offre de soin et l'implication de plus en plus grande des autorités locales sur les questions de santé. A partir d'une enquête documentaire et d'entretiens approfondis, l'analyse a été structurée par plusieurs hypothèses parmi lesquelles le rôle spécifique des médecins, les déséquilibres territoriaux comme levier de la transformation de l'organisation des soins primaires et une convergence internationale dans l'organisation des soins primaires.

Dans chacun des pays, le choix s'est porté sur une région accusant un déficit d'offre de soins primaires problématique et une région où l'offre se situait dans la moyenne. En Allemagne, le Mecklenburg-Vorpommern situé au nord-est de l'Allemagne (ex RDA) se caractérise par une sous-densité médicale (déficit estimé à 10 % du nombre de médecins jugé nécessaire) avec 21 « planning districts » déficitaires sur 27[1]. Les territoires déficitaires sont marqués par un déclassement économique, social et démographique,

1 - Source : Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern. 6 districts sont fermés à toute installation (offre suffisante voire excédentaire).

et étiquetés comme « *Tote Hose* »[2] non attractifs pour les jeunes médecins. Le besoin de médecins généralistes est au cœur de la perception du problème des territoires défavorisés dans ce *Land* de 1,6 million d'habitants. Pour la France, la région Rhône-Alpes[3] bien que se situant dans une moyenne haute en matière de démographie médicale, connaît des réalités locales très contrastées. Le problème perçu est celui de l'aggravation des écarts en termes de densité médicale. L'enquête a porté sur les départements de l'Ain et du Rhône où la majorité des bassins de vie sont classés défavorisés ou très défavorisés (CNOM, 2015).

La Westphalie-Lippe, située au centre ouest, bénéficie d'une offre de soins globalement satisfaisante mais très inégalement répartie : 16 districts sont déficitaires sur 111, dont 2 très déficitaires (<75 %)[4]. Toutefois, vu le vieillissement préoccupant des médecins, seuls 6 districts étaient fermés à l'installation de jeunes médecins en 2017. Le problème perçu y est celui du remplacement des médecins âgés (12 % ont plus de 65 ans et 21 % ont entre 60 et 65 ans). En Bretagne où la densité de médecins généralistes est proche de la moyenne nationale alors que celle des spécialistes est très inférieure, la difficulté à remplacer les généralistes dans les zones défavorisées faisait craindre l'apparition de « déserts médicaux ».

Nous analyserons d'abord les acteurs mobilisés au niveau régional puis les instruments d'action publique utilisés pour réguler l'offre de soins, avant de s'interroger sur l'existence d'un processus de réorganisation territorialisée de l'offre de soins de premier recours.

Les acteurs régionaux de la régulation

En Allemagne, la profession médicale est plus institutionnalisée qu'en France. En effet, ce sont les caisses des médecins (*Kassenärztliche Vereinigung*, KV) qui rémunèrent les médecins et qui sont responsables de leur répartition sur le territoire, dans le cadre d'une régulation conjointe avec les caisses d'assurance maladie. En matière de démographie médicale (la densité de 1,1 médecin généraliste pour 1000 habitants est moindre qu'en France - 1,6), le point de référence n'est pas le nombre de médecins par habitant mais ce que la loi (§ 70 SGB V) stipule comme réponse adaptée aux besoins de la population. Pour chaque district de planification de l'offre médicale, un nombre de médecins nécessaires est calculé à partir de plusieurs critères (démographie, offre existante, morbidité, distances). Les caisses des médecins régulent l'offre de soins : un district est fermé à toute installation si le nombre de médecins y exerçant y est excédentaire (> 110 %). Par ailleurs les médecins allemands exercent surtout en cabinets isolés, l'exercice de groupe est moins fréquent tandis que l'exercice salarié en centre de santé (*Medizinische Versorgungszentren*, MVZ) reste minoritaire bien qu'il se développe (2156 MVZ en 2015 regroupant 6,6 médecins

2 - Expression familière qui signifie « lieu complétement mort »..

3 - Bien que la région Rhône-Alpes ait fusionné avec l'Auvergne en 2015, on cite le découpage du Projet Régional de Santé 2012-2017.

4 - En 2016, seuls 8 districts sur 914 étaient à ce point déficitaires (Klose, Rehbein, 2016).

en moyenne) (Gerlinger 2017).

Le rôle des caisses d'assurance maladie a été renforcé par la loi de 2011 ("GKV-Versorgungsstrukturgesetz") qui leur a donné la possibilité de contractualiser avec des médecins généralistes. Les pouvoirs locaux sont plus en retrait. Les *Länder* (régions), dont le pouvoir a été aussi renforcé par la loi de 2011, limitent leur rôle à quelques actions conjointes. De même, les districts et les mairies jouent un rôle marginal, sauf à proposer des incitations financières.

En France, le principe de la liberté d'installation prévaut et après l'échec des mesures restrictives votées en 2008 (LFSS) et 2009 (HPST) et abrogées en 2011 (Loi Fourcade), les pouvoirs publics ont renoncé aux mesures coercitives au profit d'incitations financières. Les Agences Régionales de Santé (ARS) créées en 2009 jouent un rôle central. Elles animent, en lien avec l'Assurance Maladie, une commission d'appui régional à l'exercice coordonné (CARPEC) qui réunit plusieurs Unions Régionales des Professions de Santé (URPS) et le Conseil régional. Les préfets et les Conseils régionaux sont mobilisés sur l'accès aux soins, dans une logique d'aménagement du territoire. Les élus locaux des territoires sous-dotés peuvent être particulièrement actifs. La régulation de l'offre de soins de premier recours (ou soins primaires) est une des priorités des acteurs publics. Pour ce qui est des acteurs professionnels, au premier rang desquels les médecins, ils jouent un rôle clé mais dans des configurations régionales différentes. L'URPS médecins (et son association Géco'Lib[5]) est le principal interlocuteur de l'ARS en Bretagne, tandis qu'en Rhône-Alpes, c'est la Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé (FFMPS) qui est en première ligne. Les facultés de médecine (départements de médecine générale), les associations d'internes et de remplaçants sont aussi des partenaires incontournables en matière de stages, de remplacements et d'installations.

Dans les deux pays, les acteurs engagés dans la régulation des soins primaires sont diversifiés. Cependant, en Allemagne on ne peut parler d'évolution majeure : la profession médicale reste l'acteur clé (Hassenteufel, Davesne, 2013) avec l'Assurance Maladie tandis que les *Länder* et les mairies s'investissent marginalement. En France, la création des ARS a modifié le jeu institutionnel en renforçant le rôle de l'État dans la régulation des soins primaires. Si l'implication des URPS est variable, de nouveaux acteurs sont apparus aussi bien parmi les professionnels (jeunes médecins, FFMPS) que parmi les pouvoirs publics (collectivités territoriales, maires).

Une certaine convergence sur les instruments mobilisés

Dans les deux pays, les instruments mobilisés pour garantir une offre de soins dans les territoires défavorisés sont assez semblables et diversifiés (cf. contribution de Patrick Hassenteufel). Ils concernent principalement le zonage, la formation en médecine générale et les incitations financières.

5 - Géco'Lib pour Groupement d'exercice coordonné Libéral.

En revanche, pour ce qui concerne l'organisation et la division du travail en soins primaires, le rôle de la télémédecine ou le développement de l'exercice coordonné en maisons ou centres de santé, les données d'enquête montrent une mobilisation moindre et inégale.

Face aux tensions de la démographie médicale, la nécessité de mesurer plus finement l'offre médicale a été ressentie dans les deux pays. En Allemagne, les comités régionaux ont défini des « planning districts » comme instrument principal, mais en réduisant la taille des districts de planification en infra-district (2012) dont le nombre a été multiplié de 406 à 914. Précisons que l'indicateur ne distingue pas l'offre ambulatoire de l'offre hospitalière, une redéfinition était en cours qui devait aboutir en 2018. En France, le zonage utilisé pour la répartition des aides (dès 2005 en Bretagne) a été redéfini et harmonisé au plan national en 2018 en trois types (zones d'intervention prioritaires, d'action complémentaires et de vigilance). Un nouvel indicateur d'Accessibilité Potentielle Localisée (APL) combinant le temps de travail des médecins, le temps d'accès à leur cabinet et les besoins de la population locale, a été proposé par le Ministère de la santé et son usage a été généralisé en 2018.

En matière de formation, on retrouve dans les deux pays le même souci de soutenir la formation des généralistes et d'aider les étudiants mais avec des variations régionales. En Mecklenburg-Vorpommern, le soutien apporté à la formation médicale se traduit par le financement de mesures incitatives en direction des étudiants et de postes d'enseignants dans les deux universités médicales de la région (Rostock et Greifswald). Un million d'euros a été budgété en 2017 pour inciter des étudiants originaires des districts locaux à entreprendre des études de médecine, l'idée étant que des natifs seraient plus enclins à s'installer localement. Cent bourses ont été créées sous le nom de *Landeskinder-Bonus*, avec possibilité d'admission dérogatoire pour des étudiants locaux. Toutefois cette initiative paraît fragile car l'application de la mesure ne prévoit pas de système de sanction clair en cas de rupture de contrat et elle n'est pas conforme à la loi quant à l'égalité d'accès aux études. Un recours devant la Cour fédérale n'est pas à exclure. Pour ce qui est de l'enseignement, la caisse régionale des médecins (KV) a financé de 2009 à 2015, un poste de généraliste enseignant à l'Université de Rostock. Par ailleurs, une action conjointe entre la KV, le comité régional, un assureur (AOK Nordost) et les universités a été entreprise depuis 2016 pour promouvoir un centre de compétences en médecine générale. En Westphalie-Lippe, des aides sont données à des généralistes pour enseigner (jusqu'à 10 000 €) ou être maîtres de stage (1000 €). Des bourses sont offertes à des étudiants en médecine générale (500 € / mois) pour soutenir l'installation dans les territoires les plus défavorisés,

Dans les deux régions françaises, les ARS soutiennent la formation en médecine générale par le financement de postes d'enseignants, de coordinateurs de recherche et d'internes dans les cabinets du secteur ambulatoire libéral (la loi HPST a promu l'objectif que tous les étudiants en médecine fassent un stage en libéral). Cette mesure se révèle déterminante pour faire connaître le métier de médecin généralistes de soins primaires et encoura-

ger l'installation. En Bretagne, l'ARS organise un « GP dating » annuel où se rencontrent des élus locaux et de jeunes médecins. Le département de l'Ain offre des bourses aux étudiants venant faire leurs stages sur le territoire. Plusieurs collectivités territoriales offrent aux étudiants des aides pour le logement ou pour le transport. Ces initiatives répondent à des enjeux locaux et participent d'une forme de différenciation dans la conduite des politiques publiques régionales.

Les incitations financières constituent cependant l'instrument principal mobilisé pour lutter contre les zones sous-denses. Bien que la régulation directe des installations par la caisse des médecins (KV) soit prévue par la loi allemande, cette mesure a été jusqu'ici écartée, les incitations financières étant préférées[6]. En Mecklenburg-Vorpommern, tout médecin généraliste qui s'installe dans une zone déficitaire ou en voie de l'être se voit proposer par la KV 50 000 €[7]. 76 cas ont été recensés entre 2011 et 2015, pour un montant de 3,8 M € dépensés. Des mesures plus ciblées sont proposées dans les 9 districts menacés définis par le comité régional associant médecins et assurance maladie, à savoir des aides financières pour les investissements nécessaires à l'exercice médical, une garantie de ressource par des primes payées selon le nombre et profils des patients, ou encore une prime de 2000 € par mois pour tout médecin s'engageant à reprendre le cabinet d'un médecin âgé de 60 ans ou plus. On recense également quelques cas de bourses et primes offerts par des districts ou municipalités et quelques initiatives de districts (équipe mobile de prévention et ETP pour diabétiques ; hotline pédiatrique en lien avec un CHU).

En Westphalie-Lippe, l'enquête a montré que des mesures jusqu'alors non utilisées (mobilité interdistrict, assouplissement en fonction des moyens de transports, du profil de la population, etc.) permettraient d'adapter les « planning districts » aux réalités locales. Toutefois, ce sont les mesures incitatives qui sont privilégiées : aides à l'installation (jusqu'à 50 000 €), garanties de revenu pendant les 12 premiers mois, financement de formes de tutorat et de soutien en début de carrière et d'échange de pratique (Praxisstart, Praxisbörse, Einsteiger-Patenschaft), coopération entre professionnels (Praxisnetze), incitations à l'exercice temporaire.

Dans les deux régions françaises, si tous les instruments disponibles sont mobilisés, des initiatives locales peuvent s'y ajouter. Les incitations financières de l'État s'inscrivent dans le cadre du Pacte Territoire Santé de 2012 et prennent la forme de contrats individuels avec des médecins[8] (99 PTMG en Rhônes-Alpes, 43 en Bretagne en 2016, 111 et 59 CESP), financés par le FIR, mais aussi d'aides aux équipes de soins primaires (ESP) en cours de structuration. Les maisons de santé pluri-professionnelles (MSP) constituent un instrument important financé par l'Assurance Maladie dans le cadre de l'Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI), selon des cri-

6 - Il faut rappeler cependant que la taille des planning districts a été beaucoup réduite et donc leur nombre augmenté (de 6 districts initiaux à 27).

7 - Les jeunes médecins, préoccupés par le risque de surmenage, cherchent les districts bien pourvus en professionnels de santé et en hôpitaux.

8 - Les nouveaux contrats institués par la loi de 2016 n'étaient pas encore mis en œuvre.

tères de continuité des soins, de coordination et de partage d'information entre professionnels. Dans les deux régions, mais avec des partenaires différents (URPS ou FFMPS), les ARS donnent la priorité à l'accompagnement des équipes de terrain (facilitation, formation de coordinateurs, critères et délais assouplis) pour éviter les situations locales tendues (MSP en difficulté, épuisement de leaders). Les financements visent à soutenir des projets engagés, (matures ou en cours de formalisation), mais ne parviennent pas à en créer.

En Allemagne et en France, le répertoire des instruments est assez semblable, avec une priorité donnée aux incitations financières. Les mises en œuvre peuvent toutefois varier selon les enjeux locaux mais aussi selon les configurations d'acteurs. Une différence notable existe cependant qui est, en France, le soutien à l'exercice regroupé conçu comme une priorité.

Divergence sur les effets réformateurs

En matière de réorganisation territorialisée de l'offre de soins de premier recours, l'examen des facteurs de changements et des freins conduisent à faire l'hypothèse pour l'Allemagne d'un *statu quo*. Certes, les politiques publiques ont renforcé les acteurs régionaux et leur ont donné des instruments pour agir localement. Ainsi, la loi de 2011 a renforcé le pouvoir des *Länder* pour décloisonner l'offre par l'assouplissement des règles permettant à des médecins hospitaliers d'exercer en cabinet ou à garantir à des spécialistes l'accès aux soins primaires. Si la création de centres de soins (MVZ) gérés par des médecins et plus récemment par des hôpitaux (Gibis, 2016) ou des autorités locales a été perçu comme un facteur de « modernisation des soins ambulatoires », aucune étude ne permet de parler de transformation de l'offre (Gerlinger, 2017). L'assouplissement des règles (levée de l'obligation de retraite pour les médecins les plus âgés, possibilité de contrats directs entre les caisses d'assurance maladie et des médecins généralistes) et les incitations financières en zones défavorisées n'ont pas eu de portée structurelle. La réforme de la formation médicale en 2015 a toutefois renforcé la médecine générale. Mais ce processus de réforme rencontre de puissants freins au premier rang desquels la force politique des Unions de médecins (KV) qui restent l'élément clé du système. L'argument du manque de médecins est utilisé stratégiquement pour contrer toute mesure qui menacerait l'attractivité de l'exercice médical. L'attachement de la population au libre choix d'un médecin (il existe deux filières d'accès aux spécialistes) conforte le *statu quo* d'autant que la séparation du secteur hospitalier et du secteur ambulatoire est restée inchangée.

Les transformations issues des politiques de régulation de l'offre de soins primaires semblent plus significatives en France où les incitations financières visant à garantir l'offre de soins ont été aussi utilisées pour changer l'organisation des soins primaires. Au plan institutionnel, la loi HPST (2009) en créant les ARS a renforcé la régulation de l'offre de soins ambulatoire, défini le rôle des médecins généralistes et conforté la reconnaissance de la médecine générale. L'expérimentation puis la généralisation des nouveaux

modes de rémunération a conforté l'essor de la coordination des soins primaires, notamment des MSP portées par des médecins entrepreneurs coalisés au sein de la FFMPS (Vézinat, 2019). La politique visant à préserver l'accès aux soins dans les « déserts médicaux » s'est inscrite dans un processus plus large de territorialisation fondé sur l'engagement des pouvoirs locaux dans un domaine jusqu'alors hors de leur compétence (Alam et al., 2015) et par le rôle nouveau des ARS, en partenariat avec des « médecins entrepreneurs » (Schweyer, 2019). Avec, pour effet, d'une part, une dimension territoriale dans la définition des enjeux des politiques de santé et, d'autre part, des politiques qui tendent à se différencier territorialement du fait de rôle croissant de ces différents acteurs infranationaux dont les interactions sont variables en fonction des territoires. La loi de modernisation du système de santé (2016) a instauré le territoire comme un espace d'intégration avec trois niveaux de régulation (le Projet Régional de Santé, les Groupements Hospitaliers de Territoire au nombre de 135, les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé). Le rôle des collectivités territoriales ne doit pas seulement s'apprécier en termes de compétences mais aussi en termes de capacité politique à peser sur les enjeux de santé et à leur prise en charge territorialisée.

Mais des freins subsistent. L'attachement au modèle traditionnel d'exercice libéral reste fort et explique en partie la faible structuration des professionnels de santé mais aussi la diffusion jusqu'ici limitée d'un modèle de pratique coordonnée relevant des soins primaires. Si l'émergence d'un nouveau modèle économique pour les MSP est indéniable, le paiement à l'acte reste dominant et l'enjeu financier de la réforme du premier recours est relatif par rapport à l'hôpital. Enfin, la portée des réformes pourrait être affaiblie par la poursuite simultanée d'objectifs différents : accroître le nombre de généralistes et mieux les former, promouvoir l'exercice coordonné et prioriser les territoires défavorisés.

François-Xavier Schweyer

Références :

- Alam, T., Gurruchaga, M. 2015. *Collectivités, territoires et santé*. L'Harmattan, Paris.
- Gerlinger, T. 2017. *Medizinische Versorgungszentren: Entwicklung und Perspektiven*. Barmer Gek Gesundheitswesen aktuell, 222-235.
- Gibis, B., Hofmann, M., Armbruster, S. 2016. MVZ im Krankenhaus. In: Klauber, J., Geraedts,M., Friedrich, J., *Wasem, J. Krankenhaus-Report 2016. Schwerpunkt: Ambulant im* Krankenhaus. Stuttgart. S., 111–125.
- Hassenteufel, P., Davesne, A. 2013. *Les médecins face aux réformes des systèmes de soins, une mise en perspective comparative*. Institut Montparnasse, Paris.
- Klose J., Rehbein I. 2016. *Ärzteatlas 2016. Daten zur Versorgungsdichte von Vertragsärzten*. Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO), Berlin, 20-21.

- Schweyer, F.-X. 2019. Les médecins avec l'État pour former à la coordination des maisons de santé pluriprofessionnelles, Entre instrumentation et professionnalisation. *Journal de Gestion et d'Économie de la santé* 37 (1), 33-53.
- Vezinat, N. 2019. *Vers une médecine collaborative Politique des maisons de santé pluri-professionnelles en France. Presses Universitaires de France*, Paris.

Vers une généralisation des organisations de soins primaires en France ?

LES ENJEUX DE LA PÉRENNITÉ ET DU DÉVELOPPEMENT DES SOINS PRIMAIRES

Pierre de Haas

Médecin généraliste, fondateur de la société Espage, ancien président de la Fédération Française des Maisons et des Pôles de Santé

Pour comprendre les enjeux, il est souhaitable de se remémorer les acteurs concernés et les enjeux perçus par chacun d'entre eux. Quatre acteurs sont très concernés par l'évolution du système de soins : le patient, le professionnel de santé, le payeur et les établissements de soins. Deux autres sont également concernés : le décideur politique et l'université.

Les relations entre ces acteurs sont complexes. Elles sont basées sur des notions de contrôles ou de justificatifs, sur des aspects financiers et réglementaires. Le patient verse des cotisations au payeur, puis verse des honoraires au professionnel. Celui-ci signe une convention et adresse des justificatifs au payeur. Ce-dernier verse des rémunérations individuelles et collectives aux professionnels de santé dans un cadre conventionnel…

Les enjeux pour le patient

Pour le patient, les enjeux sont ceux de l'amélioration de la qualité, de l'accessibilité aux soins, et une bonne économie du système pour un reste à charge minimal. L'enjeu du tiers payant généralisé facilitant l'accessibilité est un réel challenge. La question du reste à charge est préoccupante dans un système où s'est développé le secteur 2, même si les évolutions conventionnelles ont limité ce souci. Ces questions ne concernent que peu les Maisons de Santé Pluri-professionnelles pratiquant la quasi totalité des professionnels travaillant en secteur 1 dans ces structures, qui pratiquent pour beaucoup le tiers payant.

Les enjeux pour le professionnel de santé

Pour le professionnel de santé, les enjeux perçus sont le développement des outils de mesure de la qualité et sa propre économie permettant des re-

venus qu'il estime juste. Un des enjeux « non perçu » par les professionnels de santé est celui de la meilleure organisation de leur exercice pour pouvoir recevoir plus de patients dans une période de diminution du nombre de médecins et d'augmentation du nombre des infirmières. Cela pousse à une délégation et une réorganisation du suivi des patients, auxquels les professionnels ne sont ni formés, ni sensibilisés.

Il s'agit d'un enjeu d'optimisation des dépenses professionnelles. Comment améliorer le service aux patients en conservant un revenu correct ? La réponse semble simple, puisqu'il s'agit simplement de mutualiser des dépenses en externalisant les services pour dégager du temps productif de consultations et donc d'honoraires. Mais trois freins existent chez les professionnels :

- la notion de « productivité » est considérée comme « grossière », voire contradictoire avec la qualité ;

- la notion d'investissement est étrangère aux professionnels de santé ;

- la culture des professionnels créée par l'Université est celle de l'acte (relation duelle) et non celle d'un forfait (relation populationnelle/territoire).

Les enjeux pour le payeur

Pour le payeur (assurances maladies) l'enjeu est aussi le développement de la qualité des soins à prix acceptable, et l'économie du système pour éviter un fardeau trop lourd à la collectivité. En soins primaires, le payeur est aveugle. Il rembourse des soins sans en connaitre le contenu. Cet enjeu est donc centré sur les modes de rémunération liés à la qualité des soins. Les rémunérations forfaitaires individuelles (ROSP[1]) et d'équipes (ACI[2]) ont amorcé un changement et l'objectif pourrait être de poursuivre pour atteindre un équilibre de moitié de paiement à l'acte et de moitié de rémunérations forfaitaires selon des critères qualité (Rapport Aubert, 2019[3]). Un des éléments majeurs de cet enjeu est de développer des cahiers des charges pour mesurer la qualité des soins rémunérés.

Les enjeux pour les MSP

Les enjeux pour les Maisons de Santé sont doubles : économique et juridique.

Les enjeux économiques renvoient aux revenus forfaitaires d'équipe, facilitant la coordination des soins et tenant compte des coûts d'exploitation de la structure. Aujourd'hui, les nouveaux modes de rémunérations provenant de l'Accord Conventionnel Interprofessionnel représentent moins de 10 % du chiffre d'affaires des professionnels de la MSP. C'est encore peu

1 - Rémunération sur Objectifs de Santé Publique.

2 - Accord Convention Interprofessionnel.

3 - Rapport de la DREES dirigé par Jean-Marc Aubert, « Réforme des modes de financement et de régulation », Janvier 2019.

pour permettre une meilleure organisation d'équipe.

Les enjeux juridiques proviennent du fait qu'il est complexe d'exercer un travail collaboratif en équipe quand les professionnels relèvent de conventions différentes. A ce jour, la structure juridique SISA[4] ne peut facturer les soins au payeur (mais une probable évolution avec la loi de financement de la sécurité sociale 2019 ?)

Au-delà de ces deux enjeux, un des challenges est de motiver les équipes en Maisons de Santé de passer d'une forme d' « artisanat » à un exercice où la gestion déléguée, pour se recentrer sur leur cœur de métier et gagner du temps de soins. L'industrialisation de la production des soins primaires est naissante en l'absence de vision des représentations professionnelles ou de soutien des décideurs politiques.

Les enjeux pour le décideur

Pour le décideur politique (gouvernement et ARS) les enjeux sont l'accessibilité et l'équilibre économique du système. La satisfaction des usagers est primordiale. Pour porter ces enjeux, il sera nécessaire de se fixer des objectifs clairs et non changeants selon les modes. S'appuyer sur l'existant (Maisons de Santé et Centres de Santé) et mener une réforme à son terme est plus important que de créer des modèles (Equipes de Soins Primaires, Communautés Professionnelles Territoriales de Santé), aussi logiques qu'ils soient, s'ils ne sont pas développés par « l'espace local » des acteurs de terrain.

L'enjeu pour l'Université

Pour l'Université, l'enjeu est de former des professionnels prêts à une démarche qualité, plutôt que des savants.

En conclusion, quelles réformes pour tenir compte de ces enjeux et de l'état de fait ?

En trois points, voici ce qui est nécessaire :

- **Ouvrir une fenêtre contractuelle avec les équipes en MSP** qui le désirent. Proposer aux patients en affections de longue durée une option de suivi par une « équipe traitante » plutôt qu'un médecin traitant. Offrir aux patients un suivi spécifique (sur cahier des charges) et un tiers payant intégral. Rémunérer la SISA de manière forfaitaire pour ces patients sans rémunération à l'acte. Les objectifs : rémunérer la qualité, contourner la nomenclature infirmières très en retard, permettre de prévoir des budgets prévisionnels aux équipes de soins primaires. Et si une montée en charge a lieu, discuter du basculement éventuel dans le domaine conventionnel. (A noter que les deux dernières évolutions importantes de modes de ré-

4 - Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires.

munérations CAPI[5] et ENMR[6] ont été lancées sous un modèle contractuel non conventionnel).

- **Permettre aux SISA de facturer des soins à l'Assurance Maladie**, en attente d'un article de la LFSS 2019.

- **Lancer un plan de développement des systèmes d'information en soins primaires**. Le retard des soins primaires dans l'utilisation des systèmes d'informations vient d'un manque d'investissement sur l'outil, non valorisé dans les rémunérations. Si une démarche qualité évolue vers des cahiers des charges nécessitant une production de données, il deviendra incontournable pour les équipes de soins primaires de s'équiper des outils à la hauteur des enjeux.

Pierre de Haas

5 - Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles.

6 - Expérimentation des Nouveaux Modes de Rémunération (qui a précédé le règlement arbitral et l'Accord Conventionnel Interprofessionnel).

Propos conclusifs

PERSPECTIVES CONCERNANT LE DÉVELOPPEMENT DES ÉQUIPES DE SOINS PRIMAIRES ET MAISONS DE SANTÉ PLURI-PROFESSIONNELLES. POINT DE VUE DE LA FFMPS

Pascal Gendry
Président de la FFMSP

Quand, fin 2016, la FFMPS a pris contact avec la Chaire santé de Sciences Po pour conduire un séminaire de réflexion autour du développement des maisons de santé, nous pensions croiser les regards de différents intervenants, représentants professionnels ou institutionnels, chercheurs de plusieurs disciplines sur les conséquences et conditions à la poursuite de ce mouvement. Rapidement, au fur et à mesure du séminaire et parallèlement à une actualité riche en réforme (Projet de Loi « Ma Santé 2022 », notamment), au-delà des seules maisons de santé, c'est plutôt de l'organisation plus large des soins primaires dans l'offre de santé dont il s'est agi. Deux aspects évolutifs de cette organisation sont apparus centraux : le développement des équipes de soins primaires et la constitution des communautés professionnelles territoriales de santé.

Dans son discours de septembre 2018, Emmanuel Macron affirmait l'objectif d'en finir avec l'exercice isolé d'ici 2022.

Poursuivre le développement des équipes de soins primaires et des maisons de santé pluri-professionnelles est un impératif qui ne peut faire l'économie d'une volonté politique affirmée.

Les réflexions autour des déserts médicaux et des solutions pour que chacun puisse avoir recours à des soins primaires de qualité et répondant aux évolutions des prises en charge doivent aussi intégrer la nécessité d'améliorer l'organisation des soins primaires et l'accès au second recours. Les déserts médicaux sont à la fois causes et conséquences du déficit d'organisation des soins primaires depuis des années. Le développement d'équipes coordonnées au sein des MSP s'inscrit à la fois dans la lutte contre les causes et les conséquences de ce retard organisationnel, tout en

améliorant la performance, la qualité et l'efficience des soins.

Mais lier le développement des équipes de soins primaires ou des organisations territoriales aux seules problématiques démographiques en professionnels de santé serait une erreur beaucoup trop restrictive.

Ces structures permettent à la fois de répondre à la légitime exigence d'accès à des soins primaires de proximité mais aussi de permettre une réponse aux défis de santé qui se posent (vieillissement de la population, développement des pathologies chroniques, démographie des professionnels de santé, efficience des parcours de santé par l'amélioration de la coordination des professionnels…). Par un fonctionnement en équipes pluri-professionnelles coordonnées autour de patients, par l'utilisation d'outils (protocoles, systèmes d'information partagés…), par une structuration efficace (coordinateur d'équipe et de projet, secrétariat organisé, regroupement mono-site ou multi-sites), les MSP apportent une solution efficace là où elles se situent et constituent une base solide pour la modernisation de l'offre en santé de proximité. Cette modernisation, dont certains éléments se retrouvent au sein de la loi de janvier 2016, se définit par le développement de nouvelles pratiques et de nouvelles fonctions : prévention, éducation à la santé, infirmière de pratiques avancées, délégation de tâches, télémédecine, accès au second recours, lien ville hôpital, implication des usagers, démarche qualité, nouvelles organisations territoriales, notamment les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS).

Cependant, l'organisation des soins primaires en France connait encore un retard par rapport aux autres organisations de services. Il est de la plus haute importance de donner aux soins primaires les moyens de s'organiser autrement qu'autour du médecin généraliste isolé et de donner naissance à la plus petite unité de base de l'offre extra-hospitalière : **l'équipe de soins primaires coordonnée voire l'équipe traitante**.

La constitution de ces équipes est, de loin, l'élément central de ce bouleversement récent des pratiques des professionnels de soins primaires. D'une volonté initiale individuelle de travailler « autrement », ceux-ci, progressivement, s'enrichissent de la dimension pluri-professionnelle portée par l'équipe et intègrent peu à peu des pratiques inter-professionnelles. Ainsi, d'actes individuels mono-professionnels successifs, le patient bénéficie d'une intervention coordonnée, entre différents professionnels qui s'organisent, entre eux, pour que celui-ci bénéficie de la synergie de leurs compétences propres.

De même, l'inscription de ces professionnels dans un projet collectif et reconnu facilite de nouvelles pratiques, au-delà du soin curatif, avec un encouragement à des approches préventives ou plus étendue à la dimension « santé ». Cette inclusion dans une dynamique de groupe implique la confrontation aux réalités du fonctionnement d'une équipe (place dans l'équipe, implication et participation dans l'équipe, confrontation aux difficultés spécifiques ou conditions liées au fonctionnement en équipe)

Pour chaque membre de l'équipe, il s'agit bien d'un positionnement pro-

fessionnel nouveau, parfois déconcertant, le plus souvent soutenant et enrichissant. Être en équipe, cela n'est pas sans conséquence pour l'individu, pour le professionnel de santé !

C'est aussi par l'évolution de la rémunération des professionnels et des équipes que pourra se poursuivre l'organisation des soins primaires. Le paiement à l'acte exclusif est limitant et ne répondant pas aux nouvelles pratiques pluri voire interprofessionnelles, comme il ne répond plus aux besoins (pathologies chroniques, maintien au domicile de personnes âgées, précarité, prévention…). L'expérimentation sur les nouveaux modes de rémunération puis l'accord conventionnel interprofessionnel contribuent au fonctionnement de l'équipe, notamment en permettant le financement d'une fonction de coordination et des systèmes d'informations partagés. C'est aussi par la généralisation de financements dédiés de la coordination interprofessionnelle, en équipe, que se modifieront les pratiques. Dans cette continuité, les MSP sont un cadre « propice » aux financements dérogatoires dans le cadre de l'Article 51 puis à la généralisation secondaire de ces innovations (notamment la substitution du paiement à l'acte par un paiement forfaitaire d'équipe ou le paiement à la performance par une amélioration de la qualité…). A terme, c'est bien la reconnaissance et le financement de l'équipe traitante qui doit devenir possible.

Face à cette révolution en cours, il est essentiel de développer la recherche sur ces évolutions des soins primaires. Comme évoqués à de nombreuses reprises lors du séminaire, les domaines de recherche comme les sujets ne manquent pas. Quels sont les impacts de ces nouvelles organisations, dans les pratiques, dans les prises en charge, dans l'offre de soins, pour les patients comme pour les professionnels ? Quels résultats (qualité, soins, économie, démographie, aménagement territorial,…). Quelles sont les conditions d'évolution (structuration de l'équipe, niveau de coordination, rémunération des professionnels et de l'équipe…) ? Autant de sujets impliquant une approche pluri-disciplinaire mais indispensable pour la poursuite de ce mouvement en cours…..voire un futur nouveau séminaire Sciences Po à construire….

FFMPS

