



HAL
open science

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

Cécile Biechler Fournier

► **To cite this version:**

Cécile Biechler Fournier. Les maisons de santé pluriprofessionnelles, une opportunité pour transformer les pratiques de soins de premier recours : place et rôle des pratiques préventives et éducatives dans des organisations innovantes. Santé publique et épidémiologie. Université Paris Sud - Paris XI, 2015. Français. NNT : 2015PA11T011 . tel-01149605

HAL Id: tel-01149605

<https://theses.hal.science/tel-01149605v1>

Submitted on 7 May 2015

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.

UNIVERSITÉ PARIS-SUD

ÉCOLE DOCTORALE 420 :
SANTÉ PUBLIQUE PARIS SUD 11, PARIS DESCARTES

Laboratoire : *CERMES3*

THÈSE DE DOCTORAT

SANTÉ PUBLIQUE - SOCIOLOGIE

par

Cécile FOURNIER

**LES MAISONS DE SANTE PLURIPROFESSIONNELLES : UNE OPPORTUNITE
POUR TRANSFORMER LES PRATIQUES DE SOINS DE PREMIER RECOURS**

**PLACE ET ROLE DES PRATIQUES PREVENTIVES ET EDUCATIVES
DANS DES ORGANISATIONS INNOVANTES**

Date de soutenance : 4 mars 2015

Dirigée/encadrée par Martine Bungener

Composition du jury :

Directrice de thèse : Martine BUNGENER

Directrice de recherche émérite, CNRS CERMES3

Rapporteurs : Vololona RABEHARISOA
Isabelle AUJOULAT

Professeur, Mines Paris-Tech
Professeur, Université catholique de Louvain

Examineurs : Pierre LOMBRIL
Claude ATTALI
Nathalie PELLETIER-FLEURY

Professeur, Université Paris 13 (Président)
Professeur, Université Paris 12
Directrice de recherche, Inserm Paris 11

Thèse préparée au CERMES 3

Centre de recherche médecine, sciences, santé, santé mentale, société

Campus CNRS

7, rue Guy Môquet

94801 Villejuif Cedex

Remerciements

Cette thèse, aboutissement d'une longue trajectoire, n'aurait pas vu le jour sans la contribution, le soutien et les échanges avec de nombreuses personnes que je souhaite remercier ici très chaleureusement.

Martine Bungener m'a dirigée dans ce travail avec patience, confiance et générosité, une disponibilité sans faille, des idées et une plume incisives, une présence toujours attentive et encourageante, ainsi que l'exemple de ses engagements. Dans un domaine de pratiques dont elle a analysé sur le long terme les transformations tout en contribuant à certaines de ses évolutions, elle m'a guidée et accompagnée d'une façon sûre au travers des multiples chemins méthodologiques qui se croisent au cœur de la sociologie et de la santé publique, que mon sujet demandait d'emprunter et où il aurait été facile de se perdre. Ce travail lui doit beaucoup.

Cinq autres personnes me font l'honneur de participer au jury de soutenance de cette thèse, apportant la richesse et la variété de leurs points de vue disciplinaires.

Vololona Rabeharisoa et Isabelle Aujoulat ont accepté de juger mon travail en en étant rapporteuses ; la première, avec un regard de sociologue expérimentée connaissant bien le système de santé, a en outre contribué à l'enrichissement de mon travail lors de sa discussion d'une communication au cours d'une journée d'étude ; la seconde apporte un regard de santé publique et son expérience de recherche sur les démarches éducatives et préventives dans le domaine de la santé.

Pierre Lombrail, qui a accompagné mes premiers pas d'interne en santé publique, a discuté récemment certains résultats de cette thèse dans une publication qui m'a aidée à pousser plus loin la réflexion, et me fait le plaisir de présider le jury de soutenance.

Nathalie Pelletier-Fleury, examinatrice de mon travail, apporte son expertise de chercheuse en économie de la santé et sur les services de santé ; je la remercie pour la confiance qu'elle m'a accordée en m'associant à la création d'un nouveau parcours de master2 recherche dans ce domaine.

Enfin Claude Attali, également examinateur, apporte son regard de praticien et de professeur de médecine générale, investi de longue date dans la structuration de la spécialité et dans le développement de la prévention et de l'éducation thérapeutique dans la pratique médicale.

Maurice Cassier a été un accompagnateur privilégié de cette recherche et à contribué à son mûrissement à travers ses nombreuses suggestions lors d'étapes clés du travail de recherche, notamment dans la discussion d'une communication orale et la relecture de projets d'articles ou de chapitres de la thèse.

Le docteur C et toute l'équipe de la MSP de X m'ont accordé leur confiance, m'ont associée à leurs projets, à leurs travaux et à des moments conviviaux au long de quatre années. Ils ont partagé avec moi leur enthousiasme, leurs doutes, leurs réussites et leurs difficultés et m'ont donné de leur temps sans compter. Certains travaux sont le résultat des collaborations tissées avec certains membres de cette équipe. Si le choix de maintenir l'anonymat ne me permet pas de les citer une à une, je tiens cependant à remercier chacune des personnes croisées dans le cadre de ce projet, professionnels et patients, pour l'enrichissement personnel et scientifique que j'en ai retiré, et pour leurs paroles qui donnent vie et force à mes propos.

Marie-Odile Frattini et Michel Naiditch ont mené avec moi une partie de la recherche sur laquelle s'appuie cette thèse, avec au quotidien le plaisir et la richesse d'un travail d'équipe où les contributions de chacun ne se sont pas trouvées juxtaposées, mais ont été croisées et se sont enrichies mutuellement. Cette expérience a été pour moi très formatrice. Je tiens à remercier les nombreux professionnels rencontrés dans les quatre maisons de santé enquêtées, ainsi que dans les instances locales, régionales et nationales qui accompagnent leurs projets, pour le temps passé et le partage de leur réflexion sur leurs pratiques, ainsi que pour leur passion innovatrice communicative. Ces travaux ont bénéficié du cadre stimulant de l'équipe constituée autour de Julien Mousquès et Yann Bourgueil à l'IRDES pour l'évaluation des nouvelles modalités de rémunération en soins primaires. Les échanges réguliers avec les chercheurs de l'équipe PROSPERE ont également été très enrichissants pour ma recherche. Je tiens ainsi à remercier, outre les personnes déjà citées, Pascal Clerc, Philippe Boisnault, Thomas Cartier, Didier Duhot, Karine Franc, Nicolas Krucien, Olivier Saint-Lary, Marc Le Vaillant, Jonathan Sicsic et Philippe Szidon.

L'expérience d'enseignement des sciences sociales a été pour moi très structurante aux côtés de Myriam Winance, Lynda Sifer-Rivière, Seak-Hy Lo et Christine Hamelin, sociologues, intervenant en binôme avec Olivier Saint-Lary et Jean-Sébastien Cadwallader, médecins généralistes enseignants, et avec la participation de Jean-Christophe Mino, Catherine Laporte, Julien Le Breton, Pascal Clerc et Isabelle Aubin-Auger.

Mon travail a grandement bénéficié de l'accueil du CERMES3, me permettant de partager le quotidien de ses chercheurs et d'échanger régulièrement avec Jean-Paul Gaudillière et Catherine Le Galès - ses directeurs à la suite de Martine Bungener - ainsi que de nombreux chercheurs parmi lesquels Simone Bateman, Luc Berlivet, Catherine Bourgain, Lydie Cabane, Sylvie Fainzang, Lynda Lotte, Jean-François Picard, Sophia Rosman, Vincent Viet et Dominique Vuillaume. En complément du séminaire du laboratoire et de plusieurs séminaires de l'EHESS particulièrement inspirants animés par Isabelle Baszanger et Nicolas Henckes, Marie Jaisson ou encore Carine Vassy, le séminaire des doctorants du Cermes3 a été pour moi un lieu d'apprentissage et de débat, animé avec générosité et exigence par Myriam Winance et Claire Beaudevin. La thèse s'est également nourrie du plaisir des moments partagés avec mes collègues doctorants, dans une ambiance multidisciplinaire et multiculturelle joyeuse, aux côtés tout d'abord d'Aurélien Féron, Victor Garcia, Lucie Gerber, Fabien Moll-François, Clémence Perraudin et Gaëtan Thomas, puis de Raphaël Albospeyre-Thibaud, Julie Ancian, Ana Aranzazu, Clémence Bussière, Cécile Delawarde, Magali Dumontet, Adriana Munoz-Sanchez, Michal Raz... en un cercle qui continue de s'élargir. Le plaisir de travailler au Cermes doit également beaucoup à la présence de Jean-Guy Gay, Delphine Rolland, Cindy Hemery et Fabien Dugal qui veillent au bien-être de chacun, ainsi qu'à Karine Gay pour son aide efficace à l'accès aux ressources documentaires.

Du fait de mon parcours à la croisée de plusieurs disciplines et de ma vie professionnelle antérieure, ce travail s'est également nourri de nombreuses autres rencontres. Ainsi le soutien et les

encouragements de certains collègues de l'INPES ont été déterminants, comme ceux de Pierre Arwidson, Sandie Boya, Pierre Buttet, Corinne Delamaire, Christine Ferron, Arnaud Gautier, Bruno Housseau, Sandra Kerzanet, Fabienne Lemonnier, Emmanuelle Le Lay, Nathalie Lydié, Colette Ménard, Stéphanie Pin, Emilie Pineau, Anne Sizaret et Isabelle Vincent, et de nombreuses autres personnes que je ne peux toutes citer ici. Mes engagements associatifs m'ont également permis de dialoguer d'une part avec les membres du comité scientifique de l'Association française pour le développement de l'éducation thérapeutique (AFDET), dirigée par Brigitte Sandrin et présidée par Alfred Penfornis puis Régis Bresson - notamment Eric Drahi, Catherine Gilet, Nicolas Guirimand, François Ledru, Jean-François Léger, Sylvie Legrain, Claire Perrin, Nathalie Ponthier, Catherine Rouger et Dominique Seret-Bégué -, ainsi qu'avec les orateurs invités pour les congrès de l'association sur des thèmes souvent étroitement en lien avec mon thème de recherche, comme Jean-Louis Correia, Patrick Lamour, Didier Ménard, Jérôme Michenaud ou Xavier de la Tribonnière. D'autre part, j'ai eu la chance de pouvoir échanger avec les membres et les invités de l'association Sciences humaines et santé (SHS), présidée par Anne Véga et Matthieu Lustman, autour de questionnements partagés sur l'articulation entre pratique médicale et sciences humaines, de manière approfondie avec Isabelle Bourgeois, Joëlle Kivits et Christophe Perrey, et plus occasionnelle avec Rosane Braud, Jacques-Claude Cittée, Frédéric Dugué, Laurent Marty et Anne Pellissier.

Au sein de l'école doctorale ED420, je remercie sincèrement Jean Bouyer pour sa confiance et Audrey Bourgeois pour sa disponibilité et sa compétence permettant de faciliter la gestion de toutes les étapes administratives parfois complexes.

J'adresse un remerciement particulier à Jean-Christophe Mino, mon parrain en santé publique et en sciences sociales. J'ai également une pensée chaleureuse pour ma famille et mes amis qui m'ont soutenue pendant ces quatre ans, ont accepté par moments de me voir disparaître et ont contribué à protéger mon travail ou à le préciser : Delphine, Marie-Christine, Marc et Marie-Claude, Octavie et Matthias, Lucie et Hugo, Odile, Sandra et Tassiana, Anne et Anne, Aurélie, Isabelle, Julie, Estelle et Thomas, Eva et Pascal, Sandrine, Annie et John.

Pour finir, mes pensées et ma reconnaissance profonde vont à Emmanuel, Simon et Gabriel, qui ont vécu toute l'aventure avec moi au jour le jour, m'ont encouragée et supportée au sens propre comme au sens figuré, et ont permis chacun à leur manière que ce projet aboutisse.

Que tous ceux que j'oublie dans cette liste me pardonnent....

Ce travail a été rendu possible par l'INPES à travers la subvention accordée de 2011 à 2014 à l'Inserm pour un projet de recherche sur les pratiques éducatives en soins primaires.

Sommaire

Table des matières détaillée en fin d'ouvrage

Sommaire	7
Acronymes et abréviations	13
Résumé	15
Productions scientifiques issues de la thèse	17
INTRODUCTION, PROBLEMATIQUE ET METHODE : Défis et enjeux de la transformation des soins de premier recours en France	25
I. Des soins de premier recours bousculés par les inégalités d'accès à la santé, à la prévention et aux soins.....	25
I.1. Pourquoi et comment modifier l'exercice médical du premier recours ?	26
I.2. Des questions de recherche entre médecine, santé publique et sciences sociales, intriquées à des insatisfactions de pratiques.....	27
I.3. Problématique de recherche et objectifs.....	29
II. Matériel et méthode : une démarche qualitative articulant plusieurs approches théoriques.....	30
II.1. Construction problématique de l'objet d'étude	31
II.2. Des choix méthodologiques pour le recueil et l'analyse des données : privilégier des terrains et des moments différents du processus de changement	40
II.3. Cadres et axes d'analyse	50
CHAPITRE 1. QUELLES TRANSFORMATIONS DE L'ESPACE DES SOINS PRIMAIRES AU REGARD DES INJONCTIONS DE PREVENTION ?.....	67
I. Le système de santé français ne permet plus de répondre aux enjeux contemporains	68
I.1. Un système qui fait face à d'importantes transformations	68
I.2. Un diagnostic sévère quant à la capacité du système à répondre aux enjeux contemporains, et un consensus accru sur la nécessité d'une réforme, notamment des soins primaires	76
II. Les soins primaires, un espace de pratiques sociales et professionnelles en pleine mutation	90
II.1. Les soins primaires : un espace de pratiques non pensé comme un système, jusqu'aux réformes et à une définition législative récentes	91
II.2. Un objet médico-politique émergent pour repenser et transformer les soins primaires : la maison de santé pluriprofessionnelle	117

III. Place de la prévention dans le système de santé : quelles injonctions nouvelles en soins primaires ?	138
III.1. Des préoccupations de santé publique renforcées en matière de prévention, visant la réduction des coûts et des inégalités sociales de santé : Soit une prévention simultanément plus « locale » et « territoriale » et plus « médicale ».....	139
III.2. Des attentes renforcées en matière de prévention à l'égard des soins primaires et centrées autour des médecins généralistes.....	142
III.3. Une grande variabilité dans les pratiques préventives des médecins généralistes.....	145
III.4. L'appui sur des exemples étrangers et la recherche de données probantes soutenant des stratégies pour développer la prévention dans les soins	146
III.5. Des réformes françaises timides, centrées principalement sur le médecin généraliste et sur des incitatifs financiers, et s'ouvrant depuis peu à l'innovation organisationnelle.....	147
III.6. Des freins et des tensions : l'illustration par le cas de la prévention du diabète en soins primaires	150
Conclusion : D'un contexte pour travailler seul à un contexte propice au travail collectif.....	154

CHAPITRE 2. A QUOI REpondent LES TRANSFORMATIONS ENGAGEES PAR LES PROFESSIONNELS DANS UN PROJET DE MAISON DE SANTE PLURIPROFESSIONNELLE.....155

I. Constat d'une commune défavorisée de la banlieue parisienne : des besoins de santé croissants et plus complexes à satisfaire, une démographie professionnelle en déclin et une organisation de l'offre sanitaire inadaptée	156
I.1. Un contexte social particulier, illustratif de celui de nombreux quartiers défavorisés en France	156
I.2. L'analyse des professionnels sur leurs conditions d'exercice et la qualité de leurs pratiques	159
I.3. En matière de prévention et de prise en charge des maladies chroniques : des difficultés liées à la « diversité culturelle », auxquelles l'organisation actuelle ne permet pas de faire face	162
II. Le cas de quatre MSP en fonctionnement : un risque de pénurie médicale qui amène les professionnels à se regrouper, ou pour ceux qui le sont déjà, à travailler ensemble.....	164
II.1. Des contextes de création très diversifiés, sous-tendus par l'objectif récent de « prévention » de la désertification	164
II.2. Le besoin de trouver une solution organisationnelle pour faire face à une charge de travail croissante et plus complexe, mal répartie ou mal coordonnée.....	167
Conclusion : De quelle prévention de risques est-il question dans cette approche par les « problèmes » ?	172

CHAPITRE 3. DES PROCESSUS VARIÉS D'ENGAGEMENT DANS L'EXERCICE REGROUPE	173
I. Pourquoi s'engager dans une MSP en projet, dans une commune de banlieue défavorisée	174
I.1. Une finalité sociale et sanitaire sous-tendue par des enjeux professionnels et des trajectoires individuelles	174
I.2. Un modèle de soins primaires fondé sur une mosaïque de principes généraux et personnels	176
I.3. Un idéal organisationnel « en étoile » centré sur une équipe de soins primaires et un réseau local	178
II. Comment s'engager dans un exercice regroupé pluriprofessionnel et dans le travail collectif ?.....	179
II.1. Un investissement différencié des professionnels face aux enjeux collectifs de l'exercice.....	179
II.2. Pour tous, des formes d'engagement qui se révèlent dans la manière de définir les enjeux professionnels, mêlant qualité des soins et des conditions de travail.....	181
II.3. Sens de cet engagement, et rôle social des soins de premier recours	190
Conclusion : Quelle place pour les approches de prévention dans les processus d'engagement observés ?	192

CHAPITRE 4. COMMENT LES TRANSFORMATIONS DE PRATIQUES S'OPÈRENT-ELLES DANS L'EXERCICE REGROUPE ?.....	195
I. Construire et innover localement à partir d'alliances et de traductions entre des acteurs de différents mondes.....	195
I.1. Rendre visibles les nouvelles pratiques envisagées	197
I.2. Péripéties de la maison de santé : des difficultés de traduction entre professionnels de santé et élus locaux.....	197
I.3. Péripéties du pôle de santé : des traductions délicates entre les différents professionnels de santé.....	199
II. Fonctionner en pluriprofessionnalité dans une MSP : un processus lent de transformation des modalités d'interaction et des cultures professionnelles.....	201
II.1. Le développement du travail pluriprofessionnel dans les quatre MSP : un processus long, facilité par une proximité physique et cognitive, un travail collectif autour de « projets », et une gouvernance participative	202
II.2. Les dimensions plurielles du « choc culturel » lié à l'exercice regroupé pluriprofessionnel	212
III. Des transformations gouvernées par des instruments d'action publique particuliers	216
III.1. Des instruments caractéristiques du nouveau management public.....	216
III.2. Des effets à la fois mobilisateurs et freinateurs.....	218
Conclusion : Des interactions inéluctables entre pluriprofessionnalité et pratiques préventives et éducatives	233

APPORTS ET PERSPECTIVES	237
I. Les MSP constituent une opportunité pour réorganiser les soins primaires	238
I.1. Affronter le paradoxe d'une médecine libérale sociale	239
I.2. La MSP, un instrument politique et médical de mise en mouvement adapté aux soins primaires	240
I.3. De l'importance du travail de traduction.....	243
I.4. Des tensions et concurrences exportées dans les MSP	244
I.5. La réforme des soins primaires à travers les MSP : utopie folle ou nécessaire ?	245
I.6. Questionner la généralisation possible, mesurer l'ampleur des transformations.....	246
II. Place et rôle des pratiques de prévention et d'éducation dans la dynamique de regroupement observée	247
II.1. Les approches préventives et éducatives : un promoteur de la dynamique, un aboutissement possible en lien avec le soutien reçu.....	247
II.2. Les pratiques préventives et éducatives : des catalyseurs de transformation des soins primaires	248
II.3. Les apports à la prévention de la pluriprofessionnalité en soins primaires : vers une définition extensive de la prévention	249
II.4. Les dispositifs de prévention et d'ETP pluriprofessionnels en MSP : des modèles et parfois des programmes en concurrence	250
II.5. L'absence des patients et des usagers : une place à penser dans un objectif d'extension.....	251
Conclusion : Quelles perspectives pour la réinvention d'une médecine collective ?	252
BIBLIOGRAPHIE.....	255
ANNEXES : Articles et chapitres d'ouvrages publiés	283
Fournier, C., 2014a. Concevoir une maison de santé pluriprofessionnelle : paradoxes et enseignements d'une innovation en actes. <i>Sciences sociales et santé</i> , 32(2), pp.67–95.	285
Fournier, C., Frattini, M. & Naiditch, M., 2014b. 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). <i>Questions d'économie de la santé</i> , (200), p.8	307
Fournier, C. Un projet d'éducation thérapeutique en tension entre normes publiques, comportements privés et diversité culturelle. In : Meidani A, Legrand E, Jacques B (dir.). <i>Du public au privé, une affaire de santé</i> . Paris, Presses de l'EHESP, pp. 105-121.....	309
Fournier, C. & Bentz, L., 2014. Travailler ensemble en éducation thérapeutique : reflet des débats ouverts lors du congrès Santé Éducation 2014. <i>Santé éducation</i> , 2, pp.6–8.	323
Fournier, C., 2014b. La relève dans la construction d'une nouvelle façon de soigner. <i>Santé éducation</i> , 2, pp.26–27.....	327
Table des matières détaillée	331

Acronymes et abréviations

ACI	Accord conventionnel interprofessionnel
ACIP	Accord cadre interprofessionnel
Acsé	Agence pour la cohésion sociale et l'égalité des chances
ALD	Affections de longue durée
APMSL	Association des pôles et maisons de santé libéraux des Pays de la Loire
ARS	Agence régionale de santé
Asalée	Action de santé libérale en équipe
ASV	Ateliers santé ville
Athena	Alliance thématique nationale des sciences humaines et sociales
CAPi	Contrat d'amélioration des pratiques individuelles
CDS	Centre de santé
CERMES3	Centre de recherche médecine, sciences, santé mentale, société
CLIC	Centres local d'information et de coordination
CLS	Contrats locaux de santé
CMU	Couverture maladie universelle
Cnamts	Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés
CNGE	Collège national des généralistes enseignants
CNOM	Conseil national de l'ordre des médecins
CNS	Conférence nationale de santé
CODES	Comité départemental d'éducation pour la santé
CRS	Conférence régionale de santé
CUCS	Contrat urbain de cohésion sociale
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DSS	Direction de la Sécurité sociale
ENMR	Expérimentation de nouvelles modalités de rémunération
ETP	Education thérapeutique du patient
FFMPS	Fédération française des maisons et pôles de santé
FINESS	Fichier national des établissements sanitaire et sociaux
FIQCS	Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins
FIR	Fonds d'intervention régional
HAD	Hospitalisation à domicile
HAS	Haute autorité de santé
HCSP	Haut conseil de la santé publique
HED	Hospitalisation externe à domicile
HPST	Loi « Hôpital patients santé et territoires » du 23 juin 2009
HSR	Health services research
IGAS	Inspection générale des affaires sanitaires et sociales
INPES	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
IRDES	Institut de recherche et de documentation en économie de la santé
IREPS	Instances régionales de promotion de la santé
IRESP	Institut de recherche en santé publique
ISS	Inégalités sociales de santé
MAIA	Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer
MDPH	Maison départementale des personnes handicapées
MSA	Mutualité sociale agricole
MSP	Maison de santé pluriprofessionnelle
NGAP	Nomenclature générale des actes professionnels
NMR	Nouvelles modalités de rémunération
OMC	Organisation mondiale du commerce

OMS	Organisation mondiale de la santé
ONDPS	Observatoire national de la démographie des professions de santé
PIB	Produit intérieur brut
PMI	Protection maternelle et infantile
PROSPERE	Partenariat pluridisciplinaire de recherche sur l'organisation des soins de premiers recours
PSP	Pôle de santé pluriprofessionnel
RNOGCS	Regroupement national des organismes gestionnaires de centres de santé
ROSP	Rémunération sur objectifs de santé publique
SAMSAH	Structure d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés
SASPAS	Stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée
SFSP	Société française de santé publique
SHS	Sciences humaines et sociales
SISA	Structure interprofessionnelle de soins ambulatoires
SNMG	Syndicat national des médecins de groupe
SNS	Stratégie nationale de santé
SROS	Schéma régional d'organisation des soins
SSIAD	Services de soins infirmiers à domicile
STPT	Service territorial de santé au public
UDMT	Union départementale mutualiste des travailleurs des Bouches-du-Rhône
URCAM	Unions régionales des caisses d'assurance maladie
URPS	Union régionale des professionnels de santé
ZUS	Zone urbaine sensible

Résumé

L'exercice des soins de premier recours en maisons et pôles de santé pluriprofessionnels (MSP) connaît depuis quelques années un développement croissant. Ces modalités d'exercice sont présentées comme une solution aux défis que représentent le vieillissement de la population, l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques, l'accentuation des inégalités sociales de santé et l'irrésistible croissance des dépenses de santé. Elles s'inscrivent dans une remise en cause du système de santé français, construit historiquement sur un modèle curatif hospitalo-centré et sur une médecine de ville d'exercice libéral et isolé. L'impératif d'un recentrage du système sur les soins de premier recours devient un objectif partagé par l'Etat et certains professionnels libéraux, associé à celui de leur réorganisation pour en accroître la dimension préventive et éducative, dans une approche de santé publique collective, populationnelle et mieux coordonnée au niveau d'un territoire. Comment les soins primaires se transforment-ils dans les MSP ? Dans les dynamiques observées, quels places et rôles jouent les pratiques préventives et éducatives ? Ces questions sont abordées avec une posture de recherche engagée, inscrite dans une réflexion méthodologique et politique, articulant des approches médicale, de santé publique et sociologique. L'analyse de la littérature permet de re-situer les MSP dans un continuum d'innovations organisationnelles, favorisées par la baisse de la démographie médicale, l'inégale répartition des professionnels et la territorialisation de l'offre de soins. Pour saisir de manière simultanée et dynamique les mutations en cours dans ce type de structure, leurs modalités et le sens que leur donnent les acteurs qui s'y engagent, la recherche s'appuie sur la monographie d'un projet de MSP à partir d'une approche ethnographique de longue durée et sur des entretiens menés auprès de professionnels exerçant dans quatre MSP. La thèse, en mobilisant la sociologie de l'innovation, éclaire les « manières de faire » et les opérations de traduction qui tissent le développement d'un exercice coordonné en MSP et la mise en œuvre de pratiques préventives et éducatives entre des acteurs travaillant généralement peu ensemble. En mobilisant la sociologie interactionniste, la thèse montre en outre les difficultés ressenties par les acteurs dans leur pratique, leurs objectifs et arguments en faveur de ce nouveau cadre organisationnel, ainsi que la diversité des formes de leur engagement et des logiques sociales qui les sous-tendent. Les MSP et les démarches de prévention et d'« éducation thérapeutique » qui y sont développées apparaissent ainsi comme des instruments politiques efficaces de mise en mouvement des professionnels autour d'objectifs et d'organisations à co-construire, pouvant emprunter plusieurs voies. Dans ces dispositifs locaux d'innovation souple, pluriprofessionnalité et pratiques préventives se nourrissent mutuellement, contribuant à une structuration territoriale des soins primaires et à l'émergence d'une définition étendue de la prévention. Cependant, ces transformations rencontrent des freins importants. D'une part, la réinvention d'une médecine collective de ville, contre laquelle s'était construite la médecine libérale, se heurte au poids des logiques professionnelles, questionnant la possibilité d'une diffusion de ces nouvelles organisations. D'autre part, l'ampleur de l'offre préventive et éducative est limitée par les ressources disponibles, par les choix des professionnels et par la faible place donnée aux patients et aux usagers. Ces résultats interrogent la capacité des acteurs à dépasser des logiques professionnelles pour intégrer dorénavant des logiques de santé publique à visée préventive et éducative. Ils questionnent également leur volonté de s'inscrire dans une démarche de promotion de la santé, permettant d'interpeller les politiques sur les actions intersectorielles à mener contre les déterminants des inégalités sociales de santé.

Mots-clés : soins primaires, médecine générale, organisation du système de santé, prévention, éducation thérapeutique du patient, innovation, territoire, maison de santé

Multi-professional health care centers, an opportunity to transform primary care practices - Place and role of preventive and educational practices in innovative organisations

Abstract :

The delivery of primary care in multi-professional healthcare centres (MPHCs) has met with growing interest over the past few years. These types of care organisations are presented as a solution to the challenges associated with population ageing, the increasing prevalence of chronic diseases, the rise of inequalities in healthcare and healthcare expenditures. MPHCs call into question the French health care system, historically based on a curative and hospital-centred model supplemented by a system of isolated private medical practices. Public institutions and some self-employed healthcare professionals now share the objective of giving primary care a more central place in the healthcare system. The intended goal is to restructure primary care in order to promote prevention, and a more collective, coordinated, population-based and territory-based approach of public health. How are primary care practices being transformed within these MPHCs? What are the place and role played by preventive and educational practices? To explore these questions, a committed research coupled to a methodological and political reflection was realised, combining medical, public health and sociological approaches. A review of the literature shows how the development of MPHCs is part of a continuum of organisational innovations, favoured by the decreasing number of doctors, the uneven distribution of healthcare professionals and the territorialisation of healthcare provision. A monography based on a long lasting ethnography of one MPHC and interviews with actors from four different MPHCs were conducted to seize in a simultaneous and dynamic way the current transformations and arrangements and the meaning they have for the actors involved. Using sociology of innovation, the thesis highlights the “ways of doing things” and the translation operations that help to weave together the development of coordinated practice in MPHCs and the implementation of prevention and educational measures involving actors not accustomed to working together. Using sociological interactionism, the thesis shows the difficulties met by the actors in their daily practice, their aims and arguments in favour of a new organisational framework, as well as the diversity of their forms of engagement and the underlying social dynamics. MPHCs and initiatives of prevention and patient education appear as effective political instruments to put professionals in movement around objectives and organisations that have to be built up together, following several paths. With these flexible innovative devices, multi-professionality and preventive practices feed mutually on each other, contributing to structure the primary care system on a territorial basis, and to the emergence of an enlarged definition of prevention. However, these transformations face important constraints. On the one hand, the reinvention of a collective medicine against which the private practice has been opposed for over a century, collides with the weight of heavy professional logics, questioning the possibility of an extension of these new organisations. On the other hand, the scale of the preventive and educational supply of care remains limited by the available resources, the professional logics, and the low participation allowed for patients or their representatives. These results question the capacity of the actors to overtake their professional interests and to integrate a public health approach with a more preventive and educational goal. More generally, these results suggest the difficulties of integrating into the French system a health-promotion intersectoral approach, that could truly tackle the determinants of health inequalities.

Key words : primary care, general practice, health care organization, prevention, patient education, innovation, territory, patient centered medical home

Productions scientifiques issues de la thèse

Articles scientifiques

Publiés :

Fournier C. Concevoir une maison de santé pluriprofessionnelle : paradoxes et enseignements d'une innovation en actes. *Sciences sociales et santé* 2014, 32 (2) : 67-95.

En cours de rédaction :

Fournier C. Les pratiques pluriprofessionnelles dans des maisons de santé libérales : attentes, interactions et outils mobilisés.

Fournier C. Les pratiques de prévention et d'éducation, un analyseur des transformations des soins primaires dans les maisons de santé pluriprofessionnelles.

Fournier C., Frattini M.O., Naiditch M. Rester informel ou protocoliser : enjeux autour de la formalisation des pratiques de soins primaires dans les maisons de santé pluriprofessionnelles.

Chapitre d'ouvrage

Fournier C. Un projet d'éducation thérapeutique en tension entre normes publiques, comportements privés et diversité culturelle. In : Meidani A., Legrand E., Jacques B. (dir.) *Du public au privé : une affaire de santé*. Rennes, Presses de l'EHESP, 2015, pp.105-121.

Articles de valorisation scientifique et rapports de recherche

Fournier C., Attali C., Éducation (thérapeutique) du patient en médecine générale, *Médecine*, mars 2012, p. 123-127.

Fournier C. « La relève »... dans la construction d'une nouvelle façon de soigner. *Santé éducation*, 2014, 2 : 6-8. http://www.afdet.net/AFDET_fichup/journal-821.pdf

Fournier C, Bentz L. Travailler ensemble en éducation thérapeutique : reflet des débats ouverts lors du congrès Santé éducation 2014. *Santé éducation*, 2014, 2 : 26-27.

Fournier C, Frattini MO, Naiditch M. Dynamiques professionnelles et formes du travail pluriprofessionnel dans les maisons et pôles de santé. Recherche qualitative dans le cadre des expérimentations des nouveaux modes de rémunérations. *Questions d'économie de la santé* 200, juillet-août 2014, 8 p. <http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/200-dynamiques-professionnelles-et-formes-de-travail-pluriprofessionnel-dans-les-maisons-et-poles-de-sante.pdf>

Fournier C, Frattini MO, Naiditch M. Experiencing the Impact of a Specific Funding Scheme for Primary Care Teams on Professional Dynamics and Inter-Professional Teamwork in France: A Qualitative Assessment. 2014, n°200, 2014, 8 p. <http://www.irdes.fr/english/issues-in-health-economics/200-experiencing-the-impact-of-a-specific-funding-scheme-for-primary-care-teams-on-professional-dynamics-in-france.pdf>

Fournier C., Frattini M.O., Naiditch M. Dynamiques professionnelles et formes du travail pluriprofessionnel dans les maisons et pôles de santé. Recherche qualitative dans le cadre des expérimentations des nouveaux modes de rémunération». Rapport de l'Irdes n° 557, septembre 2014, 76 p. <http://www.irdes.fr/recherche/rapports/557-dynamiques-et-formes-du-travail-pluriprofessionnel-dans-les-maisons-et-poles-de-sante.pdf>

Bloy G, Rigal L, **Fournier C.** « Prévention. Quelle place chez le généraliste ? » Interview réalisée par Guignot C, publiée dans *Sciences et santé, le magazine de l'Inserm*, 2014, n°21 : 36-37.

Communications dans des colloques, journées d'étude et séminaires

Certain MH, Clerc P, **Fournier C.**, Tesmoingt A, Azour N. Conditions de réussite d'un projet de maison de santé pluridisciplinaire en ZUS. Communication orale au 6ème Congrès de médecine générale de Nice, 23 juin 2012.

Fournier C. Construire un projet de soins primaires dans une banlieue défavorisée. Séminaire du Cermes3, Villejuif, 3 octobre 2012.

Fournier C. La diversité culturelle des personnes atteintes de maladies chroniques comme argument de construction d'un projet de santé à orientation préventive dans une banlieue défavorisée... ou comment l'origine culturelle, affaire privée s'il en est, devient publique dans les dispositifs de prévention. Journée d'étude AFS / RT19, Saint-Denis, 23 octobre 2012.

Fournier C. Usages de l'évaluation autour d'un projet local de santé en soins primaires : des pratiques à la fois révélatrices d'enjeux et porteuses de transformations. Journée d'étude de l'école doctorale Santé, populations et politiques sociales, Paris, 25 octobre 2012.

Fournier C. Apports des sciences humaines à la recherche en santé publique. Séminaire des doctorants et post-doctorants du Centre de recherche en épidémiologie et santé des populations (CESP) sur "Les méthodes d'analyse qualitative en santé publique", Villejuif, 13 décembre 2012.

Fournier C. Accompagner « autrement » les personnes diabétiques en médecine de ville : l'implantation d'un programme d'ETP dans une banlieue défavorisée comme vecteur d'innovation et de transformation des pratiques de soins primaires. Conférence invitée dans le cadre du Master IESET (Ingénierie de l'éducation à la santé, éducation thérapeutique), Rouen, 14 mai 2013.

Chapron A, **Fournier C.** Recherches sur les pratiques préventives en médecine générale : état des lieux à partir d'une enquête auprès des Départements de médecine générale. Les journées de la prévention, Paris, 5 juin 2013.

Fournier C., Certain MH, Tesmoingt A, Durand-Gasselins S, Viel J, Favero A, Clerc P. Evaluation à un an d'un programme d'ETP sur le diabète de type 2 animé par une équipe pluriprofessionnelle de soins primaires en ZUS dans des espaces de quartier. Communication orale au 7ème Congrès de la Médecine Générale, Nice, 28 juin 2013.¹

¹ Le résumé de cette communication a été classé parmi les 10 meilleurs abstracts du congrès et a fait l'objet d'une publication : Chapron A, Maisonneuve H. Evaluation en zone urbaine sensible d'un programme d'éducation thérapeutique

Njomgang A, Nyasri A, **Fournier C**, Certain MH, Tesmoingt A, Clerc P. Evaluation qualitative d'un programme d'ETP sur le diabète en soins primaires en ZUS : adhésion et perception des patients concernant le programme et ses apports. Communication orale au 8ème Congrès de la médecine générale, Paris, 5 avril 2014.

Nyasri A, Njomgang A, **Fournier C**, Certain, MH, Tesmoingt A, Clerc P. Evaluation qualitative d'un programme d'ETP sur le diabète en soins primaires : implication et perception des professionnels, impact sur la dynamique interprofessionnelle. Communication affichée au 8ème Congrès de la médecine générale, Paris, 3-5 avril 2014.

Fournier C, Clerc P, Njomgang A, Yasri A, Favero A, Tesmoingt A. Mettre en place et faire vivre, en équipe pluri-professionnelle de soins primaires, un programme d'éducation thérapeutique dans un quartier défavorisé : de multiples frontières à abolir. Congrès de la Société d'éducation thérapeutique européenne, Bobigny, 19-21 juin 2014.

Fournier C. Les pratiques pluriprofessionnelles dans des maisons de santé libérales : attentes, interactions et outils mobilisés. Journée d'étude sur les soins de première ligne. Colloque national « Intervenir en première ligne. Les professions de santé libérales face au défi de la proximité », Lorient, 23-24 octobre 2014.

Fournier C. Dynamiques professionnelles et formes de travail pluriprofessionnel dans des maisons et pôles de santé financés collectivement : Apports du volet qualitatif de l'évaluation des ENMR. Journée « Evaluation des politiques publiques et coordination des soins », Paris, 6 janvier 2015.

Fournier C, Njomgang A, Yasri A, Favero A, Certain MH, Azour N, Tesmoingt A, Clerc P. Animer un programme d'éducation thérapeutique en équipe pluri-professionnelle de soins primaires dans un quartier défavorisé : difficultés, ressources et traductions à l'œuvre [Implementing multidisciplinary primary care patient education interventions in a socio-economically deprived urban area: difficulties, resources and translations observed]. Communication affichée au congrès international sur l'ETP organisé par l'Iresp, Paris, 29 janvier 2015.

Encadrement de travaux universitaires

Njomgang A. Evaluation de la perception et de l'adhésion à l'éducation thérapeutique en ambulatoire chez des patients diabétiques de type 2 en situation de précarité. Le cas des Mureaux. Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine, sous la direction de Clerc P et Fournier C, Université Versailles Saint Quentin en Yvelines, 2014.

Yasri N. Perception et rôle des professionnels de santé de premier recours dans un programme d'éducation thérapeutique pour les patients diabétiques de type 2 aux Mureaux. Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine, sous la direction de Clerc P et Fournier C, Université Versailles Saint Quentin en Yvelines, 2014.

portant sur le diabète de type 2 animé par une équipe pluriprofessionnelle de soins primaires. Analyse et commentaire d'après une communication de Fournier C, Certain MH, Clerc P. *Exercer* 2013;110 (supp.3), p. 90-91.

Simondon A. L'infirmière « déléguée à la santé publique Asalée » : analyse de la figure infirmière construite au sein d'une organisation innovante en soins primaires. Mémoire de Master 2 de santé publique, spécialité recherche, parcours Organisation des soins et systèmes de santé, sous la direction de Fournier C, Naiditch M et Mousquès J, Université Paris Diderot-Paris 11, 2014.

*Se regrouper pour s'épauler et pouvoir continuer à soigner,
Innover en se regroupant, en traduisant et en travaillant ensemble,
Coopérer et se coordonner pour mieux prévenir, éduquer et accompagner
Ce faisant, répondre, interagir, négocier et participer à réguler (et professionnaliser) autrement...
Jusqu'où, avec qui, pourquoi et comment transformer ?²*

² Traduction en langue infinitive des principales questions explorées dans ce travail de thèse... en référence à l'ouvrage d'Emmanuel Fournier, *Philosophie infinitive*, Editions de l'Eclat, 2014.

INTRODUCTION, PROBLEMATIQUE ET METHODE : Défis et enjeux de la transformation des soins de premier recours en France

« Ce n'est pas un soufflet qui va retomber. Il y a vraiment eu un basculement chez les professionnels de santé. Et il est probable que dans dix ans, le médecin qui exercera seul dans son cabinet passera pour un anachronisme du XXe siècle. » (Pierre de Haas, président de la fédération française des maisons et pôles de santé, 2011³)

Pour le président de la Fédération française des maisons et pôles de santé créée en 2008, le développement de l'exercice regroupé pluriprofessionnel en soins primaires paraît aujourd'hui inéluctable. Et ce n'est pas le nombre de maisons et pôles de santé créés ces dernières années qui va le contredire : de quelques dizaines recensées en 2006, l'observatoire des maisons et pôles de santé en dénombre 284 au 1er janvier 2013, ainsi que 288 projets. Fin 2014, les ARS en recensent plus de 400 en exercice, et plus de 1000 en projet. Pourquoi un tel engouement ? Cette nouvelle façon d'exercer la médecine serait-elle un outil permettant de répondre aux nombreux défis auxquels la France est confrontée en matière de santé ?

I. Des soins de premier recours bousculés par les inégalités d'accès à la santé, à la prévention et aux soins

« Le dispositif de premier recours est le maillon faible du système de santé français. Il s'avère peu capable de donner une réponse adéquate aux demandes de soins, de prévention et de suivi des maladies chroniques, ni d'assurer un égal accès à l'ensemble de la population. En outre, il ne répond plus aux attentes des professionnels de santé. » (Juilhard et al. 2010)⁴⁵

Le discours sur l'inadaptation du système de santé aux besoins des patients est récurrent en France depuis la fin des années 1970 (Béraud 2002)⁶. Des critiques ciblées sur l'organisation des soins

³ Déclaration attribuée au Dr Pierre de Haas, diffusée sur le site Egora/Panorama du médecin en novembre 2011 dans un article consacré aux maisons et centres de santé.

⁴ AVERTISSEMENT GENERAL POUR LA BIBLIOGRAPHIE : Pour faciliter la lecture, les références bibliographiques des documents cités dans le corps du texte sont mentionnées en clair en note de bas de page la première fois où ils apparaissent, ainsi que dans la bibliographie générale en fin de manuscrit. Les références des documents cités en note de bas de page figurent uniquement dans la bibliographie finale.

⁵ Juilhard, J.-M. et al., 2010. Le bilan des maisons et des pôles de santé et les propositions pour leur déploiement, Paris : Igas.

⁶ Béraud, C., 2002. Les transformations du système de soins au cours des vingt dernières années : point de vue d'un acteur. *Sciences sociales et santé*, 20(4), pp.37-74.

aits « de première ligne », ou « de premier recours », s'expriment depuis le début des années 2000, avec la mise à l'agenda politique de la réduction des inégalités de santé, dans un contexte marqué par l'accroissement des contraintes économiques et par des difficultés liées à la démographie et la répartition inégale des professionnels de santé selon les territoires⁷. C'est récemment, en 2009, qu'une définition des « soins de premier recours » a été introduite dans la loi⁸. Aujourd'hui, l'objectif politique d'une « révolution du premier recours »⁹ est positionné au premier plan dans le cadre de la « refondation du système de santé » que Marisol Touraine, Ministre des Affaires sociales et de la santé, assigne au projet de loi « santé » en préparation¹⁰. Dans ce projet, la finalité de favoriser l'« égalité » de l'accès aux soins¹¹ passe par une intégration de la prévention dans les parcours de soin et par le développement de l'exercice regroupé pluriprofessionnel.

1.1. Pourquoi et comment modifier l'exercice médical du premier recours ?

En « première ligne » face aux difficultés posées par le vieillissement de la population française et par l'accroissement de la prévalence des maladies chroniques et des polyopathologies, qui rendent les prises en charge plus complexes dans un système de santé caractérisé par de multiples cloisonnements¹², les professionnels de soins primaires vivent depuis une dizaine d'années des transformations importantes de leurs conditions d'exercice : re-légitimation de la spécialité de médecine générale qui s'est vue confier un rôle de « pivot » dans l'articulation des prises en charge des usagers y compris en matière de prévention, re-politisation et territorialisation de l'organisation des soins primaires avec l'implication de nouveaux acteurs (Agences régionales de santé, élus locaux...), multiplication des outils de régulation, mise en place d'incitations financières pour les médecins libéraux pratiquant certains actes de prévention ou de coordination, apparition de nouvelles fonctions (infirmiers cliniciens, infirmiers « de santé publique ») ou de nouveaux métiers (coordinateurs de structures, coordinateurs « de parcours »), etc.

Parmi les bouleversements que vivent les professionnels de soins primaires, un mouvement de regroupement pluriprofessionnel émerge depuis quelques années dans la pratique libérale (Baudier

⁷ Ce constat a conduit à évoquer le risque d'une multiplication de « déserts médicaux ». Voir la conclusion des travaux de la mission d'information sur l'offre de soins sur l'ensemble du territoire (Bernier 2008). Un dossier « Déserts médicaux » de la revue Pratiques - cahiers de la médecine utopique, parue en janvier 2013, rassemble des contributions de professionnels de santé et de chercheurs en sciences humaines et sociales, qui permet d'appréhender la construction sociale du problème posé par les déserts médicaux.

⁸ Une définition a été introduite pour la première fois dans la loi HPST en 2009

⁹ Ce terme, ainsi que celui de « révolution des soins primaires », a été évoqué dans le discours de Marisol Touraine, Ministre des Affaires sociales et de la santé, au cours de sa présentation de la stratégie nationale de santé le 23 septembre 2013.

¹⁰ Marisol Touraine, discours du 19 juin 2014 pour présenter les orientations du futur « projet de loi santé ». <http://www.sante.gouv.fr/marisol-touraine-presente-les-orientations-de-la-loi-de-sante.html>

¹¹ La lutte contre les inégalités d'accès aux soins constitue l'un des pivots du discours de présentation du « Pacte territoire santé » du 13 décembre 2012, où la Ministre de la santé a pris 12 engagements, suivant 3 axes, « pour servir un principe : l'égalité ».

¹² La liste des cloisonnements, sur laquelle nous reviendrons, est longue : médical / paramédical, ville / hôpital, soin curatif / prévention, médical / médico-social, ville / hôpital, public / privé, financements état / assurance maladie... (référence Garros + d'autres)

et al. 2010; Mousquès 2011)¹³, ainsi qu'un regain d'intérêt pour les structures pluriprofessionnelles salariées déjà existantes comme les centres de santé, jusque là marginalisées. Ces organisations regroupées, présentées comme une solution -et parfois « la » solution- pour répondre aux multiples enjeux du système de santé, suscitent aujourd'hui de grands espoirs (Garros 2009; Dépinoy 2011)¹⁴. Le ministère de la santé souhaite d'ailleurs en faire un « outil » pour réduire les déserts médicaux en améliorant l'attractivité des zones désertées pour les professionnels de santé, mais aussi pour inverser l'hospitalo-centrisme et le curato-centrisme, et faire en sorte de répondre davantage aux besoins des usagers qu'à ceux des structures. Une certaine méfiance est néanmoins de mise face à l'ampleur de l'engouement qu'elles provoquent, alors même que le cadre expérimental de leur développement est fragile, et lorsqu'on pense à l'engouement comparable, aujourd'hui largement retombé, qu'avaient connu à leurs débuts les « réseaux de santé » (Daniel et al. 2006b)¹⁵.

Parallèlement, les professionnels des soins primaires sont largement impliqués dans les tentatives de développement et de structuration de la prévention (Bourdillon et al. 2008)¹⁶, qui a connu un mouvement d'institutionnalisation en 2002 avec la création de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), et que la Ministre souhaite remettre au cœur de la prochaine loi de santé, assortie d'objectifs chiffrés, posant notamment pour principe que « le médecin traitant sera identifié comme le pivot de la politique de prévention »¹⁷. Or les médecins libéraux expliquent de façon récurrente qu'ils rencontrent aujourd'hui des difficultés dans la mise en œuvre pratique de la prévention et dans l'accompagnement des personnes atteintes de maladies chroniques, difficultés liées notamment à leurs conditions d'exercice, leur position professionnelle et leurs modalités de rémunération essentiellement à l'acte (Baszanger & Bungener 2002)¹⁸.

I.2. Des questions de recherche entre médecine, santé publique et sciences sociales, intriquées à des insatisfactions de pratiques

Si l'on fait droit aux propos des professionnels, on peut formuler l'hypothèse qu'en soins primaires, des pratiques préventives sont plus à même de se développer dans des situations d'exercice regroupé pluriprofessionnel que dans les formes les plus fréquentes d'exercice médical libéral, en cabinet individuel ou en cabinet de groupe médical (Baudier et al. 2010; Bordiec 2013)¹⁹.

¹³ Baudier, F. et al., 2010. La dynamique de regroupement des médecins généralistes libéraux de 1998 à 2009. *Questions d'économie de la santé*, (157).

Mousquès, J., 2011. Le regroupement des professionnels de santé de premier recours : quelles perspectives économiques en termes de performance. *Revue française des affaires sociales*, 2-3(2), pp.253–275.

¹⁴ Garros, B., 2009. Maison de santé, chaînon manquant de l'organisation ambulatoire ? *Santé publique*, 21(hs1), pp.7–16.

Dépinoy, M., 2011. *Les maisons de santé, une urgence citoyenne*, Paris: Editions de santé.

¹⁵ Daniel, C., Delpal, B. & Lannelongue, C., 2006. Contrôle et évaluation du fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) et de la dotation de développement des réseaux (DRDR). Rapport IGAS., Paris: La Documentation Française.

¹⁶ Bourdillon, F., Mosnier, A. & Godard, J., 2008. Des missions de santé publique pour les médecins généralistes. *Santé publique*, 20(5), pp.489–500.

¹⁷ Marisol Touraine, Ministre de la santé, Discours du 23 septembre 2013

¹⁸ Baszanger, I. & Bungener, M., 2002. Médecine générale, le temps des redéfinitions. In I. Baszanger, M. Bungener, & A. Paillet, eds. *Quelle médecine voulons-nous ?*. Paris: La dispute, pp. 19–34.

¹⁹ Bordiec, M., 2013. Quel est le positionnement des médecins généralistes par rapport aux divers acteurs de la prévention ? Thèse pour le doctorat de médecine, Université Paris Descartes.

Réciproquement, nous postulons que la volonté de rechercher des modalités de développement satisfaisant de pratiques préventives en soins primaires est susceptible de contribuer à la transformation de ces soins, en incitant à une redéfinition de leur contenu (quelle réponse aux besoins des patients ? quelles réponses aux attentes des collectivités et des pouvoirs publics en termes d'accès, d'équité, de qualité et d'efficacité ?), et à une évolution de leur organisation (quelle division du travail et quel nouveau partage des frontières interprofessionnelles -notamment entre médecins et paramédicaux ? quelle redéfinition des frontières intersectorielles -entre différentes institutions et notamment entre la ville et l'hôpital, entre les professionnels de santé et les élus ainsi que les communautés ?)... De ce fait, on peut alors poser la question plus précise de savoir si les transformations d'activité et de façons de faire éventuellement observées dans les situations d'exercice regroupé pourraient être porteuses de nouvelles pratiques émanant de ce cadre ou rendues possibles par lui. C'est en tout cas l'une des interrogations principales qui sous-tend ce travail de thèse. Cependant, même si certains freins connus au développement de pratiques préventives - comme l'isolement et le paiement à l'acte exclusif - sont levés dans ce type d'organisation, nous pressentons qu'ils n'épuisent pas les obstacles existants et que le développement de pratiques éducatives en rencontre également d'autres plus diffus qu'une analyse attentive veut mettre en évidence²⁰.

Posée dans ces termes, cette interrogation élargit la formulation initiale de la question qui se trouve au fondement de ce travail de thèse et qui visait à explorer en quoi et comment le regroupement pluriprofessionnel en soins primaires peut constituer une opportunité pour développer des pratiques préventives et éducatives et répondre aux enjeux actuels du système de santé. L'étude de la réponse à une demande sociale a permis que ce projet de recherche soit à la fois porté par l'Inserm et soutenu par l'INPES.

Investir cette interrogation nous a conduit à mener de front plusieurs approches qui fondent l'organisation et le plan retenu pour ce rapport de thèse.

Tout d'abord, il était nécessaire de la resituer dans une approche macro-sociale des soins primaires, appuyée sur une étude de la littérature en santé publique et en sciences sociales, afin de comprendre les enjeux qu'affronte aujourd'hui le système de santé français, et plus particulièrement le système de soins primaires. Ce travail a demandé d'inscrire la problématique dans une analyse à la fois historique et contemporaine des transformations démographiques, épidémiologiques, sociales, médicales, économiques, organisationnelles et politiques qui affectent le système de santé. Il a fallu pour cela analyser le fonctionnement actuel des soins primaires, afin de faire ressortir les aspects concernant d'une part le développement de pratiques préventives et éducatives, et d'autre part le processus actuel de regroupement des professionnels de santé libéraux et des nouvelles pratiques collectives qui l'accompagnent. Cette analyse des enjeux et processus en cours fait l'objet du premier chapitre.

²⁰ (notamment liés à une problématisation incomplète de l'évolution nécessaire du contenu des soins de premier recours et à l'oubli d'acteurs ou de facteurs...).

Etudier plus particulièrement les pratiques de prévention et d'éducation repose sur le constat de leur position spécifique au cœur des enjeux actuels de la médecine, et sur l'idée qu'elles constituent de ce fait un objet riche pour « comprendre comment les médecins généralistes [et ici plus largement les paramédicaux libéraux] composent avec leur métier et leur environnement ; comment ils tentent de s'inscrire dans les multiples changements de pratiques et savoirs médicaux, et plus largement de la société, et notamment dans les transformations des mécanismes de régulation financière qui affectent leur mode d'exercice et leur univers professionnel quotidien » (Baszanger & Bungener 2002: 22).

Il faut néanmoins pointer d'emblée un paradoxe dont on peut supposer qu'il n'est pas sans conséquence sur les évolutions en cours et les réticences qu'elle peuvent soulever : la situation actuelle amène certains médecins généralistes à s'engager fortement dans la réinvention d'une nouvelle forme d'exercice au service de l'action publique, ne rompant pas explicitement avec le dogme médical libéral mais prônant néanmoins une médecine sociale, et mettant en avant un objectif de justice sociale suggérant des formes d'exercice regroupé. Or, c'est contre de telles formes d'exercice (lorsqu'elles prenaient la forme de dispensaires ou de centres de santé communaux) que la médecine libérale s'est construite historiquement, ce qui justifie de prendre la mesure du retournement idéologique tenté et de potentiels effets délétères de mémoire collective.

Cette approche bibliographique et documentaire, telle que proposée dans le premier chapitre, a conduit à déplacer et remanier pour partie la question préalablement posée. En effet, puisque des expériences ont déjà eu lieu, que des tentatives de regroupement sont en cours, celles-ci offrent une matière pertinente pour affiner l'étude bibliographique et documentaire et explorer plus particulièrement les questions suivantes. Pourquoi, à quelles conditions et comment les professionnels de santé « de premier recours » se regroupent-ils dans des structures multidisciplinaires ? Quelles transformations y développent-ils alors ? Et quels sont la place prise et le rôle joué éventuellement par les approches préventives ou éducatives dans leur volonté de se regrouper ?

Il était donc important et fécond d'en saisir l'opportunité, de s'emparer des faits observables disponibles et d'explorer cette question au travers d'une approche micro- et méso-sociale, à partir de recherches de terrain approfondies dans plusieurs lieux d'exercice libéral regroupé pluriprofessionnel. La méthodologie de ces travaux est présentée à la fin de cette introduction, et leurs résultats proposés dans les chapitres 2 à 4, qui abordent successivement les questions suivantes : A quoi répondent les transformations observées ? Quelles logiques sociales sous-tendent l'engagement des professionnels concernés ? Comment et en particulier à travers quelles traductions s'opèrent ces transformations, quelles pratiques nouvelles s'avèrent possibles et enfin de quelles tensions nouvelles ces transformations et pratiques s'accompagnent-elles ?

1.3. Problématique de recherche et objectifs

Le cheminement que nous venons brièvement de retracer dans la formulation de nos questions de recherche conserve néanmoins un questionnement général central. Il s'agit d'explorer ce qui peut contribuer à faire évoluer les pratiques de soins primaires, ainsi que la manière ou le processus à travers lequel ce changement peut se manifester. Une attention au terrain et aux évolutions pragmatiques en cours nous a conduit à proposer d'y répondre en utilisant le filtre des pratiques de prévention et d'éducation comme analyseur privilégié des transformations des soins primaires, en

observant comment ces deux secteurs d'activité se déploient aujourd'hui dans des maisons de santé pluriprofessionnelles, en recherchant en quoi elles peuvent parfois être un catalyseur de ces transformations.

L'analyse des expérimentations de regroupement en cours aujourd'hui en France en libéral peut apporter des éléments de réponse à différentes problématiques qui se posent de façon récurrente au système de soins français et qui sont largement partagées dans les pays développés, et ont été travaillées de manières différentes au fil de l'histoire et selon les contextes : Comment améliorer la répartition de l'offre de soins ou plus largement l'offre de santé sur le territoire, et notamment maintenir une offre dans les zones rurales ou défavorisées ? Comment mieux répondre aux besoins de la population, notamment en matière de prévention, et réduire les inégalités de santé ou au moins ne pas les accroître ? Comment améliorer la coordination entre professionnels, en particulier pour les maladies chroniques, et améliorer les parcours des patients dans le système de santé, entre la ville et l'hôpital ? Comment améliorer l'efficacité des prises en charge et maîtriser les dépenses de santé ?

L'appui sur ces expérimentations veut permettre d'étudier ce qui contribue à transformer les pratiques de soins primaires dans le cas des regroupements libéraux pluriprofessionnels (que nous resituerons par rapport à d'autres types de regroupements comme les Centres de santé) et comment se développent des pratiques pluriprofessionnelles différentes lorsqu'on cherche en particulier à y insérer des démarches de prévention et d'éducation sanitaire, ce qui interroge la place et le rôle des pratiques préventives et éducatives dans ces transformations.

II. Matériel et méthode : une démarche qualitative articulant plusieurs approches théoriques

« Il est quasiment impossible de faire de la sociologie avec des médecins, dans une organisation de soins ou un centre de recherches qu'ils dominent et d'échapper à leur influence, ce qui nous handicape pour définir les problèmes hors de l'emprise de leurs définitions. » ((Freidson 1994) cité par (Peneff 2006))²¹

Cette partie méthodologique expose la manière dont la recherche a été conçue et s'est déroulée, avec le souci constant d'échapper à l'emprise des définitions médicales. Ayant été socialisée à la médecine avant la sociologie, j'étais particulièrement exposée au risque de tomber sous leur influence, mais j'ai parié sur la richesse de développer des recherches en collaboration étroite avec

²¹ Freidson, E., 1994. *Professionalism Reborn. Policy and Prophecy*, Cambridge: University Press.

Peneff, J., 2006. In memoriam Eliot Freidson (1923-2005). *Revue française de sociologie*, Vol. 47(2), pp.377-379.

des médecins, en m'engageant dans une démarche « impliquée », consciente des risques encourus. Je veux décrire de quelle manière j'ai tenu compte de ma position dans l'analyse, et quels outils j'ai mobilisés pour m'en distancier.

II.1. Construction problématique de l'objet d'étude

L'objet d'étude choisi se trouve doublement à risque, premièrement par son inscription dans un parcours individuel dont l'influence est à prendre en compte, et deuxièmement par l'actualité dans laquelle il se situe, à la croisée d'enjeux politiques, professionnels et académiques.

II.1.1. Déjouer les risques d'un questionnaire inscrit dans un parcours individuel

Dans une démarche qui se veut réflexive, la description de mon parcours met en évidence mon apport à la construction de cet objet de recherche. Mon point de vue est celui d'un acteur (une actrice) du champ de la prévention et d'un(e) chercheur(e) en santé publique et en sciences sociales, doublement intéressée à ce que ce domaine de pratiques et ce domaine de recherche se développent.

Ce projet de recherche s'inscrit dans mon parcours de formation initiale en médecine, spécialisé en santé publique autour des questions de prévention et d'éducation en milieu de soin.

Lors de mes études de médecine, j'ai été particulièrement interpellée par les pratiques éducatives innovantes proposées aux patients dans un service de diabétologie, fondamentalement différentes de la pratique du soin que j'observais dans la plupart des autres services du centre hospitalo-universitaire où je faisais mes études. J'ai choisi de me former à la santé publique, avec pour objectif de prendre pour objet de recherche ces pratiques éducatives en décalage avec la formation médicale reçue (Lefève & Mino 2011)²². Soucieuse d'interroger la posture médicale dans la relation de soin, dont je percevais les tensions - entre intérêt individuel et intérêt collectif, entre culture médicale et culture profane, ou encore vis-à-vis d'une santé à la fois publique et privée - la formalisation émergente d'une démarche dite « éducative » en santé, encore peu définie, m'intéressait en tant que possible lieu de dialogue - entre patient(s) et soignant(s), entre usagers et institutions - semblant porter en germe une remise en cause du modèle traditionnel médical auquel j'avais été formée.

Mon expérience professionnelle en santé publique a débuté au Ministère de la santé à la fin des années 1990, au moment où la question de l'« éducation du patient » (selon les termes de l'époque) était mise à l'agenda politique par le Professeur Joël Ménard, alors directeur général de la santé. Cette expérience s'est prolongée au sein du Comité français d'éducation pour la santé puis de l'Institut national de santé publique (INPES) qui lui a succédé en 2002²³. Ces positions

²² Lefève, C. & Mino, J.-C., 2011. Former de vrais thérapeutes. La place des sciences humaines et sociales dans les études de médecine. *Etudes*, 2(414), pp.187-198.

²³ Créé par la Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

professionnelles m'ont amenée à participer à divers travaux éclairant le développement de pratiques préventives et éducatives dans les soins, d'abord en milieu hospitalier, puis dans des réseaux et plus récemment en soins primaires.

J'ai notamment été impliquée dans des recherches ayant pour objectif de décrire et analyser les pratiques préventives et éducatives développées par des professionnels de santé, auprès d'une diversité de publics et dans des lieux de soin variés²⁴. En raison d'une formation parallèle en sociologie, une part importante de ces travaux a fait appel à des approches qualitatives issues des sciences sociales, qui apparaissent particulièrement utiles pour questionner le développement de pratiques sociales émergentes ou en transformation. Prise dans l'action de santé publique, j'ai également participé à des travaux qui visaient à soutenir la reconnaissance et la structuration des pratiques éducatives²⁵.

En tant que témoin et actrice depuis une vingtaine d'années de certaines évolutions de la médecine et du système de santé, j'ai observé, d'une part, que malgré la reconnaissance législative des pratiques éducatives tournées vers les personnes atteintes de maladies chroniques (sous le terme d'éducation thérapeutique du patient, ou son acronyme ETP), leur portée réformatrice restait limitée et leur potentialité « subversive » s'exprimait peu dans les pratiques ; d'autre part, que le développement de la prévention « en général » et de la « promotion de la santé » en particulier restaient difficiles dans le système de santé français en dépit des discours récurrents sur leur nécessité (IGAS 2003; SFSP 2014a)²⁶.

Porteuses en germe d'un nouveau paradigme de la santé - que certains auteurs promeuvent²⁷ (Bury 1988; Sandrin-Berthon 2000)²⁸, tandis que d'autres en dénoncent le caractère utopique ou

²⁴ Parmi ces travaux figurent deux enquêtes nationales quantitatives sur l'éducation du patient dans les établissements de santé français, en 1998-1999 et en 2007 (Fournier 2001b; Fournier & Buttet 2008) ; une recherche qualitative sur les enjeux autour du développement de l'éducation du patient en France (Fournier, Pélicand, et al. 2007), deux enquêtes nationales quantitatives de type « Baromètre santé » auprès de 2 000 médecins et 1 000 pharmaciens en 2004 et 2 000 médecins en 2009 » (Buttet & Fournier 2005; Fournier et al. 2011) ; une enquête quantitative auprès de 9 000 personnes diabétiques et de leurs médecins (Fournier, Gautier, et al. 2009; Fournier, Gautier, et al. 2014) ; une enquête qualitative auprès d'associations de patients atteints de maladies chroniques sur leurs besoins et attentes dans le champ de la prévention et de l'éducation pour la santé (Labalette et al. 2007) ; deux enquêtes qualitatives sur les pratiques éducatives auprès des patients diabétiques - en 2000 dans 3 services hospitaliers puis en 2001-2002 (Fournier 2001a), dans 10 lieux de prise en charge (services hospitaliers, réseaux, structure paramédicales d'aide à l'éducation et association de patients) (Fournier, Jullien-Narboux, et al. 2007)(Fournier, Jullien-Narboux, et al. 2007).

²⁵ Contribution à l'élaboration du « Plan National d'Education pour la Santé » (Secrétariat d'état à la santé, 2000) ; contribution à l'élaboration du « Plan national d'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques » (Ministère de la santé et des solidarités, 2005) ; participation à l'élaboration de recommandations de pratiques cliniques sur les « stratégie d'aide au choix en matière de contraception » (Anaes et al. 2004) et d'un guide méthodologique sur l'« éducation thérapeutique du patient » (HAS & INPES 2007) ; contribution au Rapport du Haut comité de la santé publique sur « L'éducation thérapeutique du patient intégrée aux soins de premier recours » (HCSP 2009a).

²⁶ IGAS, 2003. Santé, pour une politique de prévention durable. Rapport annuel, Paris: La Documentation Française. SFSP, 2014. Pour une stratégie de prévention articulant la santé dans toutes les politiques, la promotion de la santé et les pratiques cliniques préventives, intégrée à la Stratégie nationale de santé. Propositions. Rapport de la Société française de santé publique, Laxou : SFSP.

²⁷ Jacques Bury met en évidence la transformation progressive à la fin du 20ème siècle d'une conception biomédicale de la santé vers une conception bio-psycho-sociale. Cette transformation passe pour Brigitte Sandrin-Berthon par une « triple révolution » selon laquelle le patient n'est plus « passif » dans la relation de soins mais au contraire « acteur de sa santé »,

fictif²⁹ (Sfez 1995; Pinell 1999)³⁰, les pratiques préventives et éducatives peinent notamment à se développer en milieu de *soin*, dans un système peu enclin à s'emparer de problématiques de *santé*, et où les faiblesses et difficultés d'organisation de la coopération entre les professionnels dans les prises en charge tant sanitaires que médico-sociales et sociales (Hénaut & Bloch 2014)³¹ génèrent de nombreux freins.

Après avoir étudié les transformations qui accompagnaient le développement de pratiques éducatives (ETP) en milieu hospitalier ou dans des réseaux de santé, je souhaite ici comprendre comment des pratiques éducatives « élargies » (c'est-à-dire pas seulement centrées sur la prise en charge de la maladie advenue (ETP), mais aussi sur la prévention primaire et secondaire de sa survenue) prennent place en soins de premier recours (point d'entrée dans le système de santé français), à un moment de forte instabilité de ceux-ci. Une grande diversité de causes peuvent être repérées comme à l'origine simultanée de cette instabilité actuelle : évolutions des besoins des usagers (vieillesse, accroissement des maladies chroniques et des polyopathologies liées à des comportements évitables, inégalités sociales...); situation démographique des professionnels de soins primaires délicate, voire critique dans certains territoires ; tentatives de réorganisation et d'évolution portées par des professionnels en réaction à une transformation des interventions régulatrices de l'Etat et de l'Assurance maladie, à la fois au niveau national, régional et local.

La réalisation d'une thèse de santé publique en sciences sociales vient ainsi prolonger mes travaux antérieurs et me permet d'aborder des questions cruciales pour comprendre comment aujourd'hui le système de santé français se transforme, notamment dans – et par – ses dimensions préventives et éducatives, et pour nourrir le débat en cours sur les réorientations qu'il serait nécessaire de lui imprimer pour qu'il offre une meilleure réponse aux besoins de la population.

Ce travail a été rendu possible par la conjonction de plusieurs opportunités : la proposition faite par l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (Irdes) de m'intégrer à l'équipe de recherche PROSPERE³², pour contribuer avec une approche qualitative aux projets quantitatifs engagés par cette équipe ; l'acceptation par une directrice de recherche du CERMES3 d'encadrer ce travail dans le cadre d'une thèse de doctorat de santé publique, option sociologie ; et le financement de ce projet de thèse par l'INPES au travers d'une subvention de recherche attribuée à l'Inserm pour le CERMES3.

l'objectif n'est plus de lutter contre la maladie mais de promouvoir la santé, et où la démarche de prescription laisse place à une démarche d'éducation.

²⁸ Bury, J.A., 1988. L'éducation pour la santé. Concepts, enjeux, planification, Bruxelles: De Boeck Université.

Sandrin-Berthon, B., 2000. L'éducation thérapeutique au secours de la médecine, Paris: PUF.

²⁹ voir l'utopie de « la santé parfaite » dénoncée par Lucien Sfez et la fiction de l'« homo medicus » décrite par Patrice Pinell à travers les premières campagnes de lutte contre le cancer en France.

³⁰ Sfez, L., 1995. La santé parfaite. Critique d'une nouvelle utopie, Paris: Le Seuil.

Pinell, P., 1999. Du patient à l'acteur : le malade et la division du savoir médical. *Environnement et société*, (23), pp.65–73.

³¹ Hénaut, L. & Bloch, M.-A., 2014. Coordination et parcours. La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social, Paris: Dunod.

³² L'équipe PROSPERE (Partenariat pluridisciplinaire de recherche sur l'organisation des soins de premiers recours) a été reconnue et financée entre 2009 et 2013 en tant qu'équipe émergente dans le cadre d'un appel à projets de l'Institut de recherche en santé publique (Iresp).

L'évolution de ma manière d'appréhender les pratiques éducatives proposées aux patients, peut être analysée de la façon suivante : mon questionnement s'est déplacé d'un objet dont s'était emparé le monde médical à la fin du 20^{ème} siècle (l'ETP), perçu parfois comme permettant de repenser la relation médecin patient, dans une approche tendue entre entreprise de morale et soutien à l'émancipation (Pélicand et al. 2009)³³ ; vers un objet dont s'est emparé le monde de la santé publique (la prévention et les pratiques éducatives comprenant l'ETP), permettant plus largement de repenser la relation Etat - assurance maladie - professionnels - usagers (et en soins de premier recours, la relation entre les usagers et les professionnels constituant la première entrée dans le système de santé). Si l'approche de ce second objet conserve les tensions du premier (Demaillly 2013)³⁴, elle s'inscrit aussi dans les tensions qui s'exercent entre contrôle social, responsabilité individuelle, médicalisation et démocratie sanitaire (Foucault 1997; Berlivet 2004; Berlivet 2011)³⁵.

Afin d'adopter une position distanciée vis-à-vis de cet objet de recherche, je mobilise une approche critique de la santé publique, telle que celle proposée par Jean-Pierre Dozon et Didier Fassin, qui définit et étudie la santé publique en tant que phénomène culturel et qui s'interroge « moins sur les bienfaits et les périls de la santé publique que sur les conditions de sa mise en œuvre, les logiques qui la sous-tendent et les effets qu'elle produit » (Dozon & Fassin 2001: 348)^{36,37}, en particulier dans l'espace social des soins primaires.

Quant à la manière de regarder le système de santé, je choisis - en m'appuyant sur les perspectives interactionnistes ouvertes par Anselm Strauss (Strauss 1992)³⁸, puis en cherchant à suivre l'incitation de Marianne Binst et François-Xavier Schweyer à « changer d'optique » et à dépasser la conception normative et juridique de son fonctionnement, prédominante en France - de m'intéresser essentiellement aux équilibres microsociaux, aux « arrangements négociés entre les professionnels de santé (pris au sens large, c'est-à-dire les médecins, les soignants, les diverses professions paramédicales, mais aussi les gestionnaires des établissements de soins, les tutelles et les représentants de l'assurance maladie, arrangements à l'échelon d'une ville ou d'un secteur sanitaire [...], déterminants dans une perspective de maîtrise des dépenses » (Binst et Schweyer, 1994 : 2)³⁹.

³³ Pélicand, J., Fournier, C. & Aujoulat, I., 2009. Observance, auto-soin(s), empowerment, autonomie : quatre termes pour questionner les enjeux de l'éducation du patient dans la relation de soins à travers l'éducation du patient. Sous chacun de. *Actualité et dossier en santé publique*, pp.21–23.

³⁴ Demaillly, L., 2013. La santé : affaire privée ? affaire publique ? De la domination dans la santé à la domination par la santé. *Socio-logos. Revue de l'association française de sociologie [En ligne]*, 8(277).

³⁵ Foucault, M., 1997. « Il faut défendre la société ». Cours au Collège de France 1976, Paris: Gallimard.

Berlivet, L., 2004. Une biopolitique de l'éducation pour la santé. La fabrique des campagnes de prévention. In D. Fassin & D. Memmi, eds. *Le gouvernement des corps*. Paris: Editions de l'EHESS, pp. 37–75.

Berlivet, L., 2011. Médicalisation (numéro spécial). *Genèses, sciences sociales et histoire*, 82(1).

³⁶ Dozon, J.-P. & Fassin, D., 2001. Critique de la santé publique. Une approche anthropologique, Paris: Balland.

³⁷ Plus largement, on souhaite « moins s'interroger sur les dangers de l'idéologie ou les insuffisances de l'utopie dont on accuse tour à tour la santé publique que sur la signification du transfert symbolique et politique qui s'opère aujourd'hui sur les objets sanitaires » (Dozon & Fassin 2001: 349).

³⁸ Strauss, A.L., 1992. La trame de la négociation : sociologie qualitative et interactionnisme, Textes réunis et présentés par Isabelle Baszanger I. Baszanger, ed., Paris: L'Harmattan.

³⁹ Binst, M. & Schweyer, F.-X., 1995. *La santé, otage de son système*, Paris: Interéditions.

Cette auto-socioanalyse concerne ma position théorique vis-à-vis de l'objet étudié, je précise plus loin ma position au cours de la recherche et en quoi celle-ci a pu influencer sur les analyses menées.

II.1.2. Déjouer les risques d'une actualité prégnante de l'objet étudié : resserrer le questionnement à la croisée d'enjeux multiples

Le titre déposé lors de l'inscription en thèse : « En quoi l'exercice regroupé en soins de santé primaires favorise-t-il la mise en œuvre de pratiques de prévention et d'éducation ? » disait fortement le souci d'opérationnalité souhaité par les multiples acteurs politiques et professionnels engagés dans ces nouveaux processus et dans le déploiement de pratiques nouvelles.

La construction problématique de l'objet d'étude a dû composer avec des enjeux multiples, ceux d'un agenda d'actualité lié à la réforme de santé et à l'élaboration récente d'une Stratégie nationale de santé, et ceux d'un pragmatisme éclaté à l'intersection d'univers distincts : dans le domaine académique, mais aussi dans le domaine professionnel, marqué en particulier par une profession (la médecine générale) en situation de doute.

II.1.2.1. Un enjeu d'actualité : une mise sur agenda politique affirmée

A un moment où est soulignée avec de plus en plus de force la nécessité du développement, dans le système de santé français, de pratiques préventives et éducatives, et où parallèlement une réflexion est engagée sur la réorganisation du système « de premier recours », il y avait une certaine pertinence à tenter d'associer ces deux aspects, ce qui m'a conduit à formuler l'hypothèse que des pratiques de prévention et d'accompagnement pourraient être développées plus facilement dans le cadre de lieux d'exercice dit « regroupé », comme les maisons de santé pluriprofessionnelles dont le nombre va croissant depuis quelques années, que dans les conditions d'exercice « dispersé » aujourd'hui majoritaires.

II.1.2.2. Un enjeu pragmatique à l'intersection d'univers distincts

Au fil de l'analyse bibliographique menée pour la thèse, et des avancées liées aux enquêtes de terrain, il s'est avéré nécessaire, pour soutenir et explorer cette hypothèse, d'analyser d'abord et plus largement comment les pratiques de soins de premier recours se construisent et de quelle manière elles peuvent se transformer, induisant un déplacement et un élargissement de la démarche entreprise en direction des nombreux débats traversant l'exercice médical et en particuliers les pratiques de soins primaires.

Selon Stéphane Beaud et Florence Weber, toute question de recherche se décline différemment selon les « univers » dans lesquels un chercheur en sciences sociales doit naviguer (Beaud & Weber 2010 : 34-35)⁴⁰ : notamment ici entre « l'univers politico-médiatique » (celui de la demande sociale, où l'on s'intéresse à des *thèmes*), « l'univers académique » (on l'on s'empare de *sujets*) et « l'univers du terrain » (où l'on construit un *objet* à tester empiriquement). Concernant un objet de recherche

⁴⁰ Beaud, S. & Weber, F., 2010. *Guide de l'enquête de terrain*, Paris: La découverte.

tel que celui-ci, très fortement positionné et questionné dans chacun de ces univers, il a été indispensable d'effectuer un travail de traduction et de sélection des problématiques existantes d'un univers à l'autre.

a) Dans l'univers politico-médiatique, le *thème* qui intéresse mon objet d'étude est celui du renouveau des soins primaires, et en particulier de la place possible de la prévention dans les pratiques de soins primaires. La question politique est de savoir comment favoriser ce renouveau des soins primaires en accroissant leur dimension préventive, dans un contexte où ce renouveau doit pouvoir répondre à un certain nombre de difficultés rencontrées par les usagers, les professionnels de santé et les personnels politiques (accroissement du besoin de soin et de santé, réponse inadaptée et non régulée dans un contexte de crise de la démographie des professionnels et de dépenses non soutenables pour le système solidaire de protection sociale). Ce *thème* s'inscrit dans une approche plus large, que l'on peut qualifier de « santé publique »⁴¹, qui porte le projet d'un renouveau du système de santé dans plusieurs dimensions décrites par Bertrand Garros (Garros 2009) : la transition d'un système curato-centré vers un système prévento-centré, d'un système hospitalo-centré vers un système ambulo-centré, et d'une logique structuro-centrée vers une logique centrée sur le patient, à laquelle on pourrait ajouter la transition d'une logique individu-centrée vers une logique centrée sur une population, liée à un territoire, et encore d'une approche centrée sur la lutte contre la maladie vers une approche centrée sur la promotion de la santé. Derrière cette transition, plus ou moins rêvée ou idéalisée, opère toute une série d'intérêts - économiques, politiques, sanitaires, sociaux - qui doivent être pris en compte, et que nous décrivons dans le premier chapitre du rapport du thèse.

b) Dans l'univers académique, ce *thème* du renouveau des soins primaires peut être exploré à travers un ou plusieurs *sujets*. Il prend déjà une forme d'actualité du fait de l'émergence et du développement récent mais irrésistible d'une recherche en médecine générale longtemps inexistante en France. Par ailleurs, dans le domaine des sciences sociales, confrontées aux priorités données par les stratégies nationales de recherche et de santé récemment décrites, et en suivant les recommandations du rapport thématique de l'Alliance Athéna⁴², on s'intéresse ici aux « enjeux

⁴¹ En tant qu'elle constitue un domaine de pratiques. Selon la définition de l'OMS en 1952, adaptée de Winslow (1920) : « la santé publique est la science et l'art de prévenir la maladie, de prolonger la vie et d'améliorer la santé et la vitalité mentales et physiques des individus par le moyen d'une action collective concertée visant à assainir le milieu, à lutter contre les maladies qui présentent une importance sociale, à enseigner à l'individu les règles de l'hygiène personnelle, à organiser des services médicaux et infirmiers en vue du diagnostic précoce et du traitement préventif des maladies, ainsi qu'à mettre en œuvre des mesures sociales propres à assurer à chaque membre de la collectivité un niveau de vie compatible avec le maintien de la santé, l'objet final étant de permettre à chaque individu de jouir de son droit inné à la santé et à la longévité ». La santé publique se différencie de la médecine par son objet - la santé et non la maladie - et par son approche - collective et non individuelle. Cette définition reflète mal la polysémie de l'expression, à la fois réalité épidémiologique (l'état de santé d'une population), mode de gestion (caractérisé le plus souvent par l'administration étatique de la santé), domaine d'activité (correspondant à une spécialité professionnelle et institutionnelle) et champ disciplinaire (avec ses savoirs, ses règles, ses manuels, ses revues, ses sociétés savantes). C'est donc un territoire vaste (il n'existe pas de limites à l'état de bien-être physique, psychique et social recommandé par l'OMS) et vague (dont il existe de nombreuses manières de cerner les contours) (Fassin & Hauray 2010).

⁴² L'Alliance thématique nationale des sciences humaines et sociales (Athéna), créée en juin 2010 par le ministère de la recherche, constitue une des 5 alliances thématiques nationales (aux côtés des alliances Vie et santé ; Environnement ; Sciences et technologies du numérique, Recherche pour l'énergie...). Elle réunit quatre acteurs de la recherche en SHS (le CNRS, la conférence des grandes écoles, la conférence des présidents d'universités, l'INED)

portés par les transformations des formes d'organisation du système de santé et de la sphère médicosociale » (Groupe de travail d'interface SHS-santé. Alliance Athéna 2013)⁴³, avec une approche de sociologie. L'encadré 1 ci-dessous reprend les questions et approches proposées dans ce rapport qui viennent nourrir de façon pertinente l'analyse et la compréhension de mon objet de recherche et que j'ai donc souhaité intégrer dans mes réflexions et ma démarche de travail.

Dans un autre univers académique, ce *sujet* de recherche relève également de la recherche en santé publique (auquel contribuent aussi les sciences sociales)⁴⁴. Mais comme on vient de le suggérer, il prend également place dans des champs disciplinaires en développement, tels que ceux de la recherche sur les services de santé⁴⁵, de la recherche sur les soins primaires⁴⁶, de la recherche naissante dans la spécialité de médecine générale (De Pouvourville 2006; Collectif 2007)⁴⁷, ou encore de la recherche en éducation thérapeutique du patient (D'Ivernois 2009)⁴⁸, tous confrontés à des enjeux de légitimation scientifique à laquelle ces travaux sont susceptibles de contribuer.

Encadré 1 : Questions et approches recommandées dans le rapport de l'alliance Athéna (2013)

Ce travail peut s'inscrire de façon pertinente dans l'une des « lignes de questionnement » proposées par l'Alliance Athéna concernant « les enjeux portés par les transformations des formes d'organisation du système de santé et de la sphère médicosociale », dont l'étude, selon ses auteurs, gagnerait à adopter « une perspective de problématisation plus transversale visant à identifier des

⁴³ Groupe de travail d'interface SHS-santé. Alliance Athéna, 2013. Rapport Sciences humaines et sociales et santé. *Sciences sociales et santé*, 32(1), pp.37–58.

⁴⁴ L'Institut de recherche en santé publique (IReSP) donne de cette recherche une définition opérationnelle. Elle « contribue à connaître et surveiller l'état de santé de la population, à identifier les groupes à risque ; à la compréhension de la façon dont la santé des populations est influencée par des déterminants » (génétiques, environnementaux, sociaux, liés aux systèmes de santé ...) ; et à l'identification d'interventions (et à leur évaluation) pour améliorer la santé des populations et réduire les inégalités face à la santé. ». Les 3 domaines de recherche prioritaires soutenus par l'IReSP sont le fonctionnement du système de santé (« health services research ») ; les politiques publiques et la santé (leur impact sur la santé des populations, la façon dont elles doivent évoluer, leurs conditions d'élaboration) ; et les déterminants de la santé (approches transversales, prenant en compte les interactions entre les différents déterminants).

⁴⁵ Née dans les pays anglo-saxons, la discipline *Health services research* a été introduite en France en 2008 par l'Iresp, qui en a donné la définition suivante dans son premier appel à projet sur ce thème : « Sous ce terme général [de *Recherche sur les services de santé*], on regroupe des travaux dont l'objectif est d'étudier les relations entre le fonctionnement des services de santé, la production de soins et l'état de santé des populations bénéficiaires des services. [...] Par définition, les recherches entreprises relèvent de plusieurs disciplines scientifiques, dont les disciplines de base de la santé publique, l'épidémiologie, les sciences humaines et sociales, l'économie, la gestion et le droit. »

⁴⁶ Le programme construit par l'équipe PROSPERE en 2009-2013 donne un aperçu de l'orientation des travaux conduits sous cette bannière. Il s'agit d'une « équipe pluridisciplinaire de recherche sur les systèmes de santé dont le thème central est d'accompagner la transformation du système de soins ambulatoires en produisant des connaissances sur la performance des organisations de soins de premier recours », en conjuguant des approches médicales, économiques, de santé publique et de sciences sociales (<http://www.irdes.fr/recherche/partenariats/prospere-partenariat-pluridisciplinaire-de-recherche-sur-l-organisation-des-soins-de-premiers-recours/actualites.html>). Mon projet de recherche est en partie inscrit dans ce programme.

⁴⁷ De Pouvourville, G., 2006. *Développer la recherche en médecine générale et en soins primaires en France : Propositions*. Rapport au Ministre de la santé et au Ministre délégué à la recherche, Paris. Collectif, 2007. Recherches en médecine générale. *La revue du Praticien*, (57), pp.1181–1219.

⁴⁸ D'Ivernois, J.-F., 2009. L'éducation thérapeutique a maintenant sa revue ! *Education thérapeutique du patient - Therapeutic patient education*, 1(1), pp.1–2.

concepts, des procédures ou des mécanismes comparables, [en regardant plus spécifiquement] les formes d'*interaction* entre acteurs qui les structurent [ici : les traductions en jeu et les acteurs et secteurs qu'elles concernent] et les dispositifs et modalités d'évaluation et de *régulation* qui sont mobilisés ainsi que les systèmes de règles et de normes produites [ici : une approche en termes d'instruments de gouvernement] ; et, enfin, les enjeux en termes d'*égalité* ou d'*inégalité* individuelle, collective, internationale [non étudiés ici] » (Groupe de travail d'interface SHS-santé. Alliance Athéna 2013).

Ce groupe de travail « pense, en particulier, aux effets liés à l'irruption récente de *nouveaux acteurs* dans le système de santé dont la place et la position restent encore mal ou peu définies et posent des questions de partage de responsabilité et de coordination complexe avec les acteurs « historiques » du domaine. On peut citer ici, par exemple, parmi d'autres, les médecins généralistes amenés à coopérer avec des techniciens de la nutrition ou d'éducation thérapeutique dans le cadre des nouvelles maisons de santé. En contre-point, ce sont aussi les effets sur les acteurs individuels (les patients et usagers) ou collectifs (les associations) de ces transformations, et les *nouveaux usages* proposés qui sont à étudier ». L'exemple donné s'applique tout à fait aux expériences d'exercice regroupé étudiées dans cette thèse, dont certains développent des activités d'éducation thérapeutique (ETP), et où plus largement les coopérations entre médecins généralistes et « nouveaux acteurs », que ce soient des paramédicaux positionnés différemment ou des professionnels exerçant de nouveaux métiers comme ceux de la coordination, sont au centre de l'objet.

« En ce qui concerne les questions de *régulation*, la proposition d'axe transversal vise à mettre l'accent sur la pluralité des systèmes normatifs qui régulent l'activité médicale et scientifique, ainsi que la manière dont les divers types de systèmes normatifs s'articulent autour d'une pratique spécifique. On appelle ici régulation tout dispositif qui vise à contraindre et à orienter les pratiques médicales et scientifiques, qu'il s'agisse d'un cadre réglementaire (textes législatifs et juridiques) ou d'autres formes, plus ou moins formelles, d'encadrement normatif ». Ces dispositifs suscitent deux grands types de questionnements, selon que l'on se centre sur un dispositif particulier (Maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) ou programme d'ETP par exemple) ou que l'on privilégie une entrée transverse (par exemple le retentissement sur les pratiques soignantes). Je souhaite ici tenir les deux :

- dans le premier cas, on peut s'interroger :

* « sur la genèse de ces dispositifs : quels sont les acteurs impliqués, quelles formes de connaissances sont mobilisées, voire même produites spécifiquement y compris lorsqu'elles suscitent des controverses, qu'est-ce qui est en jeu dans leur élaboration, comment les conditions mêmes de leur élaboration retentissent sur leur forme finale » ? Dans notre cas, on s'interroge sur ces éléments en étudiant l'innovation que représente la réorganisation des soins primaires à partir de l'exemple d'un projet de MSP (et à un moment, l'exemple d'un programme d'ETP), ainsi que sur les modalités d'engagement des acteurs qui y contribuent.

* « sur ce que ces dispositifs construisent de fait : quels acteurs prennent-ils en compte et de quelles compétences, aspirations, capacités d'action les dotent-ils, quelles nouvelles figures professionnelles dessinent-ils, quels sont les objets sur lesquels ils portent, quels espaces d'action ouvrent-ils et à l'inverse ferment-ils, quels « investissements de forme » nécessitent-ils pour fonctionner, quelle forme d'objectivité construisent-ils ? ». Ici, comment se construisent les nouvelles

pratiques et quelles figures professionnelles émergent dans les MSP (la MSP prise comme dispositif) ?

* « sur la manière dont ces dispositifs évoluent en réponse à l'innovation technologique et à la transformation des savoirs : modifications de règles ou de procédures, création de nouveaux concepts ou de qualifications pour traiter des situations inédites ». Ici, nous menons une analyse des instruments de gouvernement que peuvent représenter par exemple un programme d'ETP ou un protocole de suivi coordonné.

- « dans le second cas, on s'intéresse plutôt à la manière dont ces dispositifs retentissent effectivement (ou pas) sur les pratiques, sur les tensions susceptibles de résulter de la conjonction d'une multitude de dispositifs — par exemple, tension entre ce que prescrivent les recommandations de pratique clinique et la nécessité d'associer le patient à la prise de décision —, sur les reconfigurations qu'ils sont susceptibles d'entraîner dans les relations entre soignants et soignés, entre les différentes disciplines médicales, entre l'administration de la santé et le personnel médical, sur la définition des pathologies et, plus généralement, de ce qui peut être justifiable d'un traitement par la médecine. » Nous étudions ici les tensions générées par l'engagement dans des pratiques pluriprofessionnelles... qui peuvent être des tensions interprofessionnelles, ou intersectorielles (par exemple, le problème posé par la concurrence entre différents dispositifs d'ETP, dans une MSP et dans des réseaux environnants).

Ces propositions d'orientation m'ont conduite, premièrement, à considérer la construction d'une nouvelle organisation et de nouvelles pratiques de soins primaires comme une « innovation », et à étudier les opérations de « traduction » à l'œuvre entre acteurs (et secteurs) accompagnant cette construction (quelles traductions ? entre quels acteurs ? sur quoi portent-elles ? comment évoluent-elles ? notamment autour de pratiques préventives...). Deuxièmement, j'ai étudié les modalités d'engagement des acteurs dans un exercice regroupé, et pour certains dans des pratiques préventives. Troisièmement, je me suis attachée à décrire l'émergence de nouvelles pratiques reposant sur des interactions renouvelées, à analyser la mobilisation et l'appropriation de certains dispositifs étudiés comme des « instruments de gouvernement », qui émergent comme une nouvelle modalité de régulation des pratiques de soins primaires, et enfin à étudier les tensions nées de ces nouvelles pratiques (en partie collectives) et nouvelles modalités de régulation, dans un système jusque là très segmenté et hiérarchisé.

c) Dans l'univers des terrains et des pratiques, j'ai recherché à diversifier les objets auxquels je me suis intéressée successivement et dont j'ai précisé la construction à travers les observations de terrain : maison de santé pluriprofessionnelle, sous forme de structure existante ou sous forme de projet ; pratiques pluriprofessionnelles ; programme d'éducation thérapeutique. Cette approche plurielle se situe à un niveau essentiellement méso ou microsocial.

En synthèse, cette recherche rencontre des questions multiples : en premier lieu, une question académique de sociologie compréhensive : pourquoi, à quelles conditions et comment des professionnels de santé dits « de premier recours » se regroupent-ils et développent-ils de nouvelles

pratiques dans des situations d'exercice libéral regroupé, et quelle place y occupent en particulier des approches « préventives et éducatives » ? Mais elle a aussi une visée académique en santé publique, orientée dans le champ de la recherche sur les services de santé : il s'agit de comprendre, dans des situations d'exercice libéral regroupé, ce qui favorise (ou freine) le développement et la mise en œuvre de pratiques de prévention et soins de premier recours.

II.2. Des choix méthodologiques pour le recueil et l'analyse des données : privilégier des terrains et des moments différents du processus de changement

Le choix d'une approche qualitative inductive relève du souhait d'adopter une démarche compréhensive de pratiques sociales en transformation, tenant compte de la manière dont les professionnels s'en saisissent et du sens qu'ils leur donnent.

Le protocole initial de recherche repose sur la sélection d'un petit nombre de structures d'exercice regroupé afin d'y effectuer un recueil de données détaillées et une analyse approfondie, portant à la fois sur l'histoire de leur constitution, sur les pratiques qui y ont cours et sur leurs perspectives, en recourant à des méthodes mêlant entretiens et observation de longue durée.

II.2.1. Le choix des terrains : enquêter sur un projet de maison de santé et dans quatre maisons ou pôles de santé en fonctionnement

La sélection des structures a constitué une étape délicate de la recherche, étant donné la diversité de l'exercice regroupé en France. Au moment de la sélection, en 2012⁴⁹, 235 maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) et pôles de santé pluriprofessionnels (PSP) libéraux « labellisés » par les ARS étaient recensés, ainsi que 432 centres de santé salariés médicaux et polyvalents⁵⁰ développant une activité de soins primaires. Parmi les maisons et pôles de santé, on pouvait repérer une grande diversité, tout d'abord en fonction des modes de financement qui partagent deux groupes (ceux participant aux Expérimentations de nouvelles modalités de rémunération (ENMR)⁵¹ et recevant des financements collectifs dans ce cadre (n=111 MSP et PSP inclus entre 2008 et 2012) et ceux n'y participant pas ; mais aussi en fonction de leur implantation qui dessine une géographie sociale⁵² (rurale, urbaine, défavorisée ou non ; sur un site ou sur plusieurs sites...) ; de leur taille ; du nombre et de la variété de professionnels, et du type d'activités développées (Afrite & Mousquès 2014).

⁴⁹ En janvier 2012, 235 maisons en fonctionnement et environ 450 maisons en projets étaient recensées. Elles étaient le plus souvent situées en milieu rural (à 80%). (site du ministère de la santé : <http://www.sante.gouv.fr/les-maisons-de-sante.html>)

⁵⁰ Recensement enquête nationale 2007, sur le site de la Fédération nationale des centres de santé. Un nouveau recensement effectué par la Cnamts en 2012 en a dénombré 415 (Georges & Waquet 2013).

⁵¹ Ces expérimentations sont décrites en détail dans le second chapitre de ce manuscrit (II.2.2.4). Elles reposent sur l'attribution de forfaits collectifs à des structures d'exercice regroupé en soins de premier recours. Ces forfaits visent dans un premier temps à améliorer la coordination des soins et à développer de nouveaux services comme des programmes d'éducation thérapeutique du patient.

⁵² que nous décrivons également dans le chapitre II.2.2.4.

Il était prévu initialement d'enquêter au sein de trois sites différant d'une part par leur mode d'exercice, libéral ou salarié, et se distinguant par le fait d'avoir ou non développé des activités d'ETP. Nous souhaitions en effet y mener une approche comparative pour explorer l'hypothèse selon laquelle le mode d'exercice et la mise en œuvre d'un programme d'ETP, étaient susceptibles d'influer sur les pratiques pluriprofessionnelles développées, notamment en matière de prévention. Le travail en collaboration avec l'Irdes au sein de l'équipe PROSPERE orientait ce choix vers des structures financées dans le cadre des ENMR, dont l'Irdes avait constitué une base de données en vue d'évaluer leur fonctionnement et leurs pratiques par des méthodes quantitatives. Notre protocole de recherche qualitative, articulé avec le protocole d'évaluation quantitative de l'Irdes, était de retenir une MSP recevant le forfait « éducation thérapeutique », une MSP ne recevant pas ce forfait, et un centre de santé.

J'ai cependant été amenée à réinterroger cette modalité de sélection du fait de l'élargissement de ma problématique à l'étude des motifs et conditions dans ou pour lesquelles des professionnels de santé de premier recours décident de se regrouper et de développer de nouvelles pratiques. En outre, deux opportunités pertinentes se sont présentées. Pour saisir à la fois les enjeux liés à l'émergence de nouvelles pratiques et ceux liés à leur maintien dans la durée (pour les faire vivre et évoluer), il devenait intéressant d'étudier à la fois des pratiques en germe, en idées ou « en construction », telles qu'elles émergeaient et se formulaient au sein d'un projet de MSP, et des pratiques en cours, déjà mises en œuvre, mises à l'épreuve de l'exercice médical au quotidien et plus ou moins stabilisées, dans un échantillon de MSP existant depuis un nombre d'années varié.

Première opportunité, au cours des premiers mois de présence dans mon laboratoire d'accueil, un médecin généraliste m'a proposé d'observer et de suivre les étapes d'un projet de réorganisation des soins primaires, comprenant la création d'une MSP. La décision d'y répondre positivement et de s'en saisir pour voir « de l'intérieur » la construction d'un tel projet a été prise en élaborant une démarche adaptée d'observation participante qui sera détaillée plus loin. Ce premier terrain a été investi à partir de mars 2011 et a donné lieu à un suivi étroit pendant 2 ans et demi, puis plus lâche par la suite, soit entre juillet 2013 et juillet 2014.

Seconde opportunité, fin 2012, l'Irdes a souhaité conduire une recherche qualitative exploratoire sur les dynamiques professionnelles et les formes de travail pluriprofessionnel dans les MSP participant aux ENMR, articulée à son enquête quantitative et l'a confiée à trois chercheurs. J'ai saisi l'offre qui m'était faite d'être l'un des trois chercheurs impliqués et surtout d'y participer, dès la construction du protocole. Cela m'a permis, lors de la sélection des sites d'étude, de veiller à ce qu'ils correspondent également aux critères de sélection préalablement définis pour ma propre recherche.

Enfin, afin de contrôler l'hétérogénéité de l'échantillon, les centres de santé (CDS) ont été écartés et mon recueil d'informations s'est focalisé sur les structures regroupées d'exercice libéral, qui correspondent à un nouveau modèle de MSP en expansion rapide, le nombre de ces structures connaissant une multiplication importante depuis quelques années (contrairement aux CDS dont l'effectif demeure relativement stable). Ce choix permettait, d'une part, de concentrer l'analyse sur les structures potentiellement les plus à même d'amorcer ou d'accueillir des changements plus profonds à court terme dans l'offre de soins primaires car ce sont celles susceptibles d'intéresser les médecins généralistes libéraux, aujourd'hui les plus nombreux, et qui restent, comme on le verra, fortement attachés dans leur majorité à l'exercice libéral. De plus, confortant ce choix, des entretiens

réalisés avec trois directeurs de centres de santé de la région parisienne, en décembre 2011 et juillet 2012, m'ont permis de mesurer qu'au-delà de l'histoire propre de ces structures, les contraintes de l'exercice salarié y étaient très différentes de celles spécifiques à l'exercice libéral. Par conséquent la présence d'un centre de santé dans l'échantillon aurait introduit un facteur externe d'hétérogénéité peu contrôlable, alors que nous⁵³ souhaitions principalement saisir la variabilité des pratiques dans des structures relativement similaires vis-à-vis de leurs modalités de rémunération et donc de leurs contraintes financières. Cette volonté d'homogénéiser cet aspect est confortée par le choix de structures inscrites dans les ENMR, souhaité aussi par l'Irdes pour permettre l'articulation de nos données qualitatives avec les données quantitatives recueillies par ailleurs. D'autre part, toujours avec le souci de réduire l'hétérogénéité de l'échantillon, et dans l'hypothèse qu'un regroupement physique en un même lieu était plus à même de favoriser l'émergence de nouvelles pratiques, nous avons choisi d'étudier des structures regroupées de soins permettant une proximité physique régulière, voire quotidienne, des acteurs, c'est-à-dire des MSP en site unique, ou des pôles de santé pluri-professionnels très articulés autour d'une MSP (maisons-pôles), et avec des sites géographiquement peu éloignés. Ont ainsi été exclus de l'échantillon les PSP à sites multiples et très dispersés localement. Enfin, nous avons sélectionné des structures qui n'avaient jamais encore été enquêtées ou étudiées, écartant celles initiées et animées par les principaux promoteurs du thème du regroupement pluriprofessionnel pour éviter un discours trop rodé, trop construit et déjà largement mis à l'épreuve.

La diversité de l'échantillon final, commun à ma thèse et à l'étude Irdes, soit quatre structures retenues, a été recherchée sur les critères suivants : la région d'implantation (choix de régions distinctes de la région parisienne et ayant des dynamiques contrastées de soutien au regroupement pluriprofessionnel en soins primaires, avec un souci d'accessibilité pour les enquêteurs) ; la zone d'implantation (urbaine ou rurale, défavorisée ou non défavorisée) ; l'unité des locaux (MSP avec un seul local, MSP avec un local principal et des locaux annexes, pôle de santé (PSP) avec une structure pluriprofessionnelle principale) ; l'ancienneté du regroupement ; des dynamiques locales de regroupement contrastées ; un nombre de professionnels exerçant dans la structure varié ; des types de financement différents dans les ENMR (forfait NMR 1 seul, ou forfaits NMR 1 et 2⁵⁴).

La sélection s'est faite par étapes, en étroite collaboration avec l'équipe d'évaluation quantitative de l'Irdes. Elle a été guidée par des échanges avec un consultant en santé publique ayant accompagné de nombreux projets de MSP, et par des discussions avec les chargés de mission des Agences régionales de santé des deux régions concernées, responsables des relations avec les MSP dans le cadre du suivi de l'expérimentation des nouvelles modalités de rémunération (NMR). Le déroulement de la sélection est détaillé dans le rapport d'étude publié par l'Irdes (Fournier, Frattini, et al. 2014a).

⁵³ J'emploie « je » pour la partie de recherche menée seule, et « nous » pour celle menée à plusieurs.

⁵⁴ Je décris plus loin les différents types de forfait de « Nouvelles modalités de rémunération » (NMR)

L'encadré 2 recense l'ensemble des terrains et lieux enquêtés et utilisés pour ce travail de thèse.

Encadré 2 : Diversité des caractéristiques des structures dans les différents terrains d'enquête

1er terrain : un projet de MSP en banlieue parisienne, en milieu urbain défavorisé, constitué d'un site unique, porté par 24 professionnels de santé libéraux (7 professions différentes) réunis en association Loi 1901, avec un financement par le Fonds d'intervention régional (FIR)

2ème terrain : quatre structures d'exercice regroupé pluriprofessionnel, ayant les caractéristiques suivantes (informations extraites du rapport d'enquête publié par l'Irdes (Fournier et al, 2014)) :

- **Région d'implantation** :

- 2 structures situées dans une région ayant une politique de soutien ancienne au regroupement, 2 structures dans une région ayant une politique de soutien récente

- **Type de regroupement** :

- 2 MSP constituées d'un site unique
- 1 MSP avec un site principal pluriprofessionnel et des sites secondaires
- un PSP (ou MSP/Pôle) constitué de 9 structures, avec un regroupement prévu à court terme sur 3 sites principaux et 2 secondaires, au niveau de 3 communes proches de moins de 8 kilomètres

- **Ancienneté du regroupement** :

- 2 regroupements anciens (1975 et 1976) et 2 récents (2007 et 2010)

- **Zone d'implantation** :

- 2 structures implantées en zone urbaine défavorisée et 2 en zone semi-rurale non défavorisée

- **Dynamiques locales** :

Outre une pénurie de médecins, constatée dans les quatre sites, on peut souligner :

- L'implication variable des élus locaux : très présents dans un site, très peu dans les trois autres
- Des dynamiques de regroupement contrastées : parmi les structures « anciennes », l'une s'est constituée autour de projets de santé publique (prévention) et l'autre dans une dynamique de cabinet pluriprofessionnel ; parmi les structures « récentes », l'une s'est constituée dans une dynamique d'alliance avec l'hôpital, l'autre dans une dynamique immobilière démultipliée par les NMR

- **Nombre et types de professionnels** :

- 10, 12, 15 et 28 professionnels de santé, dont respectivement 5, 7, 7 et 7 médecins
- 3 à 8 professions de santé différentes représentées
- 2 à 3 secrétaires par site
- 1 seul site ayant une coordinatrice à mi-temps

- **Financement dans le cadre des ENMR**

- 2 structures avec forfait « coordination » seul, 2 structures avec forfaits « coordination » et « ETP »

II.2.2. Données recueillies, modalités et déroulement du recueil

Ces deux types de terrain d'enquête, faisant varier la présentation et l'état d'avancement de l'objet d'étude, les modalités de questionnement et les positions du chercheur (sur lesquelles nous revenons) ont été complétés par plusieurs entretiens ponctuels pour éclairer des points particuliers (visite d'une MSP en région parisienne, entretien avec un promoteur de MSP en région parisienne (1 heure retranscrite), 3 entretiens avec des directeurs de centres de santé en région parisienne (6 heures retranscrites).

Le travail de thèse s'est également fondé sur une investigation bibliographique de la littérature en médecine, en santé publique et en sociologie. J'ai également effectué une analyse secondaire des données publiées dans un rapport d'étude de l'Association des pôles et maisons de santé libéraux

des Pays de la Loire (APMSL) sur la prévention dans des MSP, qui fournissait des retranscriptions détaillées d'entretiens collectifs (APMSL 2013).

Enfin, ces données ont été enrichies par l'encadrement de plusieurs travaux d'étudiants, plus particulièrement de deux médecins généralistes effectuant leur thèse d'exercice sur le projet de MSP du premier terrain investigué. En complément, l'encadrement d'une médecin généraliste pour son master 2 de santé publique a apporté un éclairage supplémentaire sur le dispositif expérimental Asalee, dans lequel des infirmières interviennent auprès de médecins généralistes libéraux pour développer des activités de prévention et de suivi des maladies chroniques, dispositif qui interroge donc d'une manière différente les pratiques de soins primaires et la pluriprofessionnalité.

II.2.2.1. Premier terrain : des observations et des entretiens individuels pour suivre un projet local de réorganisation des soins primaires

Le premier terrain d'étude retenu a pour finalité de prendre en considération les motivations déclarées et l'activité développée par les professionnels de santé lorsqu'ils décident de concevoir un projet de réorganisation des soins primaires auquel ils ont dévolu un double objectif : d'une part, la création d'une MSP permettant de réunir dans un même lieu des professionnels jusque là dispersés, et d'autre part, l'impulsion d'une dynamique de pôle de santé permettant une meilleure coordination dans les prises en charge des patients entre tous les professionnels du territoire exerçant dans des structures publiques ou privées, médicales ou médico-sociales. La dynamique de pôle de santé comprend la conception et la mise en œuvre d'un programme d'éducation thérapeutique du patient, également étudié. La finalité principale était de repérer et comprendre les façons d'agir de chacun des protagonistes pour appréhender les modalités de construction d'un tel projet, le sens que les professionnels lui donnent, la manière dont ils s'y prennent, les ressources et opportunités saisies, les difficultés rencontrées, etc.

Le corpus de données a été recueilli de façon systématique et exhaustive entre mars 2011 et juin 2013 à travers une démarche principalement ethnographique (avec une dimension d'observation « participante » sur laquelle je reviens ultérieurement en discutant ma « position dans le projet » (§3.4)). Le corpus comprend les retranscriptions de 43 entretiens individuels et collectifs avec les divers acteurs investis dans le projet (voir Encadré 3), les notes d'observation d'une quarantaine de réunions (environ 150 heures d'observation, voir Encadré 4), le contenu des fils de discussion par mail autour du projet, ainsi que des documents produits par les professionnels. Un suivi plus lâche a ensuite été mis en place entre juillet 2013 et juillet 2014, reposant sur des échanges périodiques avec l'un des principaux porteurs du projet, la réception des comptes rendus de réunion, et la participation à quelques réunions d'équipe.

La finalité de ce recueil de données et de leurs analyses était de saisir à la fois les enjeux sous-tendant la démarche de regroupement, le positionnement de chaque acteur dans le projet, le sens donné au projet, les arrangements entre professionnels sur les pratiques à développer, les premières pratiques pluriprofessionnelles proposées aux patients (en l'occurrence le programme d'ETP).

Encadré 3 : Différents types d'entretiens, menés auprès de trois groupes d'acteurs :

- avec les acteurs les plus investis dans le projet de réorganisation des soins primaires et le programme d'ETP (trois médecins généralistes, une infirmière, deux diététiciennes et une anthropo-nutritionniste) : des entretiens individuels répétés approfondis (15 entretiens au total) ; s'y ajoute un entretien et des échanges avec un consultant en santé publique ayant accompagné le projet de MSP au cours de deux missions successives, en 2011 et 2013
- avec d'autres professionnels de la commune investis à divers titres dans la construction du projet de MSP ou dans la dynamique de pôle de santé : un entretien collectif (avec six médecins généralistes ayant adressé des patients vers le programme d'ETP et avec les membres de l'équipe d'ETP) et 9 entretiens individuels (avec deux médecins généralistes, deux diététiciennes et une anthropo-nutritionniste, une infirmière, deux pharmaciens et un podologue, entretiens réalisés par des internes en médecine générale) ;
- avec des patients ayant participé au programme d'ETP : un entretien collectif (avec sept patients et les membres de l'équipe éducative) et sept entretiens individuels avec d'autres patients (réalisés par des internes en médecine générale).

Encadré 4 : Différents types de réunions observées

- des réunions d'équipe rassemblant les membres de l'association loi 1901 porteuse du projet de réorganisation pour structurer le projet (une vingtaine de membres), soit au complet, soit en comités restreints autour de projets spécifiques, avec pour certaines la présence de consultants, d'élus ou d'investisseurs potentiels
- des réunions d'information sur le projet pour les professionnels de la commune, avec pour certaines la présence des élus locaux
- des séances d'ETP

Pour réduire les biais liés à la présence de l'enquêteur dans ce premier terrain, j'ai pu avoir une présence prolongée, « facteur principal qui réduit les perturbations induites par sa présence » (Olivier de Sardan 1995)⁵⁵.

II.2.2.2. Seconds terrains : des entretiens collectifs pour étudier les pratiques pluriprofessionnelles dans trois maisons et un pôle de santé

L'objectif principal de l'enquête qualitative envisagée et menée avec l'Irdes était « d'identifier et qualifier les dynamiques et les formes de travail collectif dans un échantillon de maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) ; d'analyser leur valeur ajoutée, telle que perçue par les professionnels et les difficultés éventuellement induites ; et d'apprécier les éléments qui favorisent ou au contraire freinent leur développement. L'objectif secondaire [était] de comprendre, au sein de ces

⁵⁵ Olivier de Sardan, J.-P., 1995. La politique du terrain. Sur la production des données en anthropologie. *Enquête*, (1), pp.71-109. En ligne : <http://enquete.revues.org/263> (citation extraite du § 13).

dynamiques, le rôle joué plus particulièrement par les incitatifs financiers, dont les NMR, au travers de l'examen de leurs usages et de leurs modalités de redistribution » (Fournier et al. 2014: 11)⁵⁶.

En sus de ces objectifs, qui, dans leur définition même, s'inscrivent également dans ceux de mon travail de thèse, il s'agissait pour moi, d'utiliser les données issues de ces terrains pour explorer plus largement la place donnée dans chaque lieu, aux pratiques préventives et éducatives au travers des formes de travail collectif mises en œuvre de façon privilégiée.

Ce second corpus de données a été constitué entre janvier et septembre 2013. Il comprend les retranscriptions de 32 entretiens, dont 11 individuels et 21 collectifs, réalisés entre juin et septembre (soit une cinquantaine d'heures avec au total 65 personnes), des notes d'observation et des documents rassemblés sur les sites (voir Encadrés 5, et 6 a à 6d). Il s'est enrichi d'une discussion avec les coordinateurs des 4 MSP lors d'une réunion de restitution des résultats en juin 2014.

Des entretiens semi-dirigés ont été menés successivement à trois niveaux, national, régional puis local, afin de pouvoir combiner une exploration fine des situations rencontrées dans chaque site, des modalités de travail collectif et du sens donné par les différents acteurs à leurs pratiques, avec une appréhension plus large de leur environnement, de leurs ressources et de leurs contraintes.

Le protocole prévoyait :

- Au niveau national : des entretiens semi-dirigés menés auprès des responsables de l'expérimentation NMR pour explorer les dynamiques générales sous-jacentes au regroupement pluriprofessionnel, le rôle perçu de différents acteurs (syndicats professionnels, société savantes, assurance maladie, etc.), et les modalités de pilotage de l'expérimentation.

- Au niveau régional : des entretiens menés avec des chargés de mission des ARS et, lorsque cela s'est avéré possible, avec des représentants de structures régionales intervenant dans l'appui à l'exercice regroupé (Union régionale de professionnels de santé (URPS), Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé (Ireps)). Ces entretiens visaient à apprécier les dynamiques régionales sous-jacentes au regroupement pluriprofessionnel, le rôle perçu de différents acteurs (délégations territoriales des ARS, syndicats professionnels, fédérations des maisons de santé, URPS, CPAM, élus locaux...), et les modalités d'accompagnement de ces réalisations par les instances régionales. Ces entretiens préalables nous ont permis d'être plus attentifs à certaines questions à explorer, et ont contribué à affiner nos guides d'entretien.

- Au niveau local, plusieurs éléments ont été rassemblés dans chacun des quatre sites présentant une ou plusieurs structures d'exercice regroupé :

- * Un recueil préalable d'informations a été effectué auprès des responsables du site et, le cas échéant, d'un consultant ayant accompagné le projet de la structure. Il concernait : toutes les

⁵⁶ Fournier, C., Frattini, M. & Naiditch, M., 2014a. Dynamiques et formes du travail pluriprofessionnel dans les maisons et pôles de santé Recherche qualitative dans le cadre des Expérimentations des nouveaux modes de rémunération en maisons et pôles de santé (ENMR), Paris : Irdes.

informations disponibles sur le fonctionnement et les activités du site (projet de santé, réponses au questionnaire de l'Irdes dans le cadre de l'évaluation quantitative, rapports, thèses, publications...) ; la liste des protocoles de coopération mis en place et leurs thèmes ; des données financières (informations fournies par l'ARS et la structure, données issues du questionnaire de l'Irdes).

* Des entretiens ont été menés avec tous les professionnels exerçant dans la structure au cours d'une visite sur site d'une durée de deux à quatre jours. Il s'agissait d'entretiens individuels (avec le ou les coordinateurs du site), d'entretiens collectifs monoprofessionnels (lorsque plusieurs professionnels d'une même profession étaient présents sur le site) ou d'entretiens collectifs pluriprofessionnels (lorsqu'il n'existait qu'un représentant des professions concernées).

* Ces entretiens ont été complétés par téléphone après la visite si nécessaire. Ils ont été assortis dans un cas de l'observation d'une réunion pluriprofessionnelle. Tous visaient à comprendre d'une part la dynamique dans laquelle s'inscrivent le regroupement et le développement de nouvelles pratiques, selon le point de vue des différents acteurs exerçant dans la structure (histoire de la structure, origine du choix d'y exercer, pratiques individuelles et collectives, formes de coordination mises en œuvre, facteurs favorisant un travail interprofessionnel, utilisation des ressources financières allouées au travail collectif...). Il s'agissait d'autre part d'étudier la façon dont les professionnels se coordonnent, les divers arrangements réalisés ainsi que leurs déterminants.

Les entretiens au niveau national ont été réalisés en trinômes (à 3 chercheurs), les entretiens individuels et collectifs au niveau régional et local ont été réalisés en binômes. J'ai participé personnellement à plus de la moitié des entretiens, dans deux structures. J'ai eu accès à l'ensemble des retranscriptions des entretiens qui ont servi de base à l'analyse menée à trois, puis approfondie dans le cadre de ce travail de thèse.

Encadré 5 : Récapitulation des entretiens menés dans les 4 MSP

Au niveau national :

2 entretiens individuels (avec deux responsables de la Direction de la sécurité sociale en charge de l'expérimentation des NMR)

1 entretien collectif (avec le responsable de l'équipe d'évaluation quantitative des NMR et un consultant en santé publique).

Au niveau régional

2 entretiens collectifs (avec pour chacun 2 représentants de l'ARS)

1 entretien individuel (avec une représentante de l'URPS)

Au niveau local

Dans les 4 structures visitées, 18 entretiens collectifs et 5 entretiens individuels ont été menés avec les coordinateurs (médecins +/- selon les cas diététicienne, orthophoniste ou administrative), les professionnels de santé et les secrétaires et coordinatrices.

Au total, ces entretiens ont concerné 65 professionnels dans les 4 sites. Il s'agissait de 62 professionnels installés ou salariés sur les 77 exerçant dans ces 4 structures, ainsi que 2 médecins généralistes remplaçants et 1 stagiaire SASPAS⁵⁷.

Parmi les professionnels rencontrés :

- 22 médecins généralistes (sur 26 généralistes installés au total) + 2 remplaçants et 1 SASPAS
- 10 infirmiers (sur 15)
- 8 kinésithérapeutes (sur 11)
- 3 podologues (sur 3)
- 3 orthophonistes (sur 3)
- 1 diététicienne (sur 1)
- 2 pharmaciens (sur 2)
- 1 psychologue (sur 1)
- 1 sage-femme (sur 2)
- 1 angiologue (sur 1)
- 1 coordinatrice mi-temps (sur 1)
- 9 secrétaires (sur 11)

Dans un cas, il a été possible de mener en complément un entretien avec un consultant ayant accompagné la création de la structure et un représentant de l'Institut régional de prévention et d'éducation pour la santé (Iresp) ayant formé une partie de l'équipe. Dans un autre cas, nous avons rencontré une consultante ayant accompagné la transformation de la structure.

Encadré 6a : Répartition des personnes rencontrées au sein de la MSP A :

Description rapide : MSP constituée d'un site unique, en zone semi-rurale, constituée en 2007 dans une dynamique d'alliance avec l'hôpital, activité d'ETP

7 médecins généralistes installés et une remplaçante

1 médecin spécialiste (angiologue)

1 diététicienne

2 infirmiers

1 podologue

2 Secrétaires

(soit tous les professionnels de la MSP sauf 2 infirmières et 1 secrétaire, et sans compter les remplaçants).

⁵⁷ Interne en médecine générale effectuant un Stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée (SASPAS)

Encadré 6b : Répartition des personnes rencontrées au sein de la MSP B

Description rapide : MSP constituée d'un site unique, dans une zone urbaine défavorisée, constituée en 1976, autour de projets de santé publique (prévention de l'obésité), activité d'ETP

5 médecins généralistes et un SASPAS

2 infirmières

3 kinésithérapeutes

une secrétaire

(soit tous les professionnels de la MSP sauf deux : la diététicienne à temps partiel et une secrétaire, et sans compter les remplaçants)

Encadré 6c : Répartition des personnes rencontrées au sein de la MSP C

Description rapide : MSP avec un site principal pluriprofessionnel et des sites secondaires, dans une zone urbaine défavorisée, constituée en 1975 dans une dynamique de cabinet pluriprofessionnel, pas d'activité d'ETP au moment de l'enquête

6 Médecins généralistes

3 infirmiers

2 kinésithérapeutes

3 secrétaires

1 coordonnatrice salariée

1 sage-femme

1 podologue

(soit tous les professionnels de la MSP sauf un médecin et un kinésithérapeute, et sans compter les remplaçants)

Encadré 6d : Répartition des personnes rencontrées au sein de la MSP D (Maison-pôle)

Description rapide : Pôle constitué de 9 structures, avec un regroupement prévu à court terme sur 3 sites principaux et 2 secondaires, au niveau de 3 communes proches de moins de 8 kilomètres, dans une zone semi-rurale, constitué en 2010 dans une dynamique immobilière démultipliée par les NMR, pas d'activité d'ETP au moment de l'enquête

4 médecins généralistes

2 pharmaciens

3 infirmiers

3 orthophonistes

3 kinésithérapeutes

1 psychologue

1 podologue

2 secrétaires

(soit la majorité des professionnels de la MSP (19 sur 33) sans compter les remplaçants. Manquaient 3 médecins généralistes, 5 infirmiers, 4 kinésithérapeutes et 1 secrétaire)⁵⁸

Le choix d'effectuer une majorité d'entretiens collectifs répondait aux contraintes de temps des trois enquêteurs, mais il était surtout intéressant parce qu'il permettait de « saisir des interactions en lien les unes avec les autres » (Duchesne & Haegel 2004)⁵⁹, dans une recherche où l'un des objectifs était d'étudier le contenu et les modalités du travail interprofessionnel.

Comme le souligne Olivier Tschannen, « avec l'entretien collectif - du moins avec le type d'usage qui en sera proposé ici -, l'essentiel de l'activité sociale inhérente au processus de recherche (la

⁵⁸ + observation d'une soirée de formation continue destinée à l'ensemble des professionnels du pôle de santé, sur le thème de la prévention des chûtes chez les personnes âgées. Etaient présents 23 professionnels de santé sur les 28 appartenant la Sisa, ainsi que des professionnels de santé du SSIAD et du foyer-logement.

⁵⁹ Duchesne, S. & Haegel, F., 2004. L'enquête et ses méthodes : les entretiens collectifs, Paris: Nathan.

discussion au sein du groupe) *fait partie* de ce que l'on souhaite comprendre » (Tschannen 2010)⁶⁰ (cf la présentation ultérieure de l'analyse des entretiens).

Le recueil de ces données s'est enrichi de nombreux échanges avec le comité de pilotage de l'expérimentation des nouvelles modalités de rémunération (NMR) dans laquelle s'inscrivait notre étude⁶¹, lors d'une restitution orale des résultats intermédiaires. Puis dans une seconde étape de ce travail, nous avons réuni les coordinateurs des MSP visitées pour leur soumettre nos premiers résultats (après leur avoir adressé un premier rapport rédigé). Cette discussion collective a permis de débattre autour de la réception de nos analyses et d'approfondir le recueil d'informations en demandant aux acteurs présents de se positionner par rapport à certaines hypothèses.

II.3. Cadres et axes d'analyse

Selon (Dodier 2010: 81)⁶², trois types de langages structurent la plupart des approches des sciences sociales dans le domaine de la santé : les langages de l'ordre, de la force et de la pluralité. On peut en inférer ainsi 3 manières sociologiques - successives, ou parfois juxtaposées - de circonscrire des intérêts théoriques, empiriques, voire politiques : un « langage de l'ordre » (mobilisé par Levi-Strauss et Parsons, puis Herzlich et Foucault) ; un « langage de la force » (employé par Goffman, Becker et les interactionnistes, puis Bourdieu et Foucault) ; et un « langage de la pluralité » épistémique (Latour), organisationnel (Strauss puis Beck) et moral (Boltanski et Thévenot, Foucault avec la biopolitique).

Cette typologie a été ici mobilisée selon les différents terrains investigués et en fonction des divers temps de l'analyse pour varier et combiner les approches analytiques retenues, au sein du recours privilégié à un cadre analytique plus général.

II.3.1. Le cadre général d'analyse : Strauss et l'interactionnisme

De ce cadre interactionniste, j'ai privilégié la dimension inductive de l'approche pour analyser les discours, les catégories de pensée, les logiques et les représentations concernant les soins primaires, l'exercice regroupé, l'exercice pluriprofessionnel, la prévention et les approches éducatives, sans en construire ou proposer en préalable une catégorisation formelle.

⁶⁰ Tschannen, O., 2010. L'entretien collectif en contexte. *Communication*, (Vol. 28/1), pp.161–190. Available at: <http://communication.revues.org/2091> [Accessed December 20, 2014] (Citation extraite du § 26)

⁶¹ Ce comité de pilotage, animé par l'Irdes, instance chargée de l'évaluation des NMR, comprend une trentaine de membres, représentants de la Direction de la sécurité sociale (financier de l'expérimentation et pilote du dispositif expérimental), de la Direction générale de l'offre de soins, de la Cnamts, de la Fédération nationale des maisons et pôles de santé (FFMPS) et de fédérations régionales, de la Fédération nationale des centres de santé (FNCS), de médecins et infirmiers exerçant dans des structures d'exercice regroupé concernées par l'expérimentation, de représentants des Agences régionales de santé chargés de contractualiser avec les équipes de soins primaires dans le cadre de l'expérimentation, et de membres de l'équipe Irdes/PROSPERE.

⁶² Dodier, N., 2010. Sciences de la société. In B. Auray & D. Fassin, eds. *Santé publique, l'état des savoirs*. Paris: La découverte, pp. 81–93.

II.3.2. Une analyse initiale monographique

Une monographie a été tout d'abord effectuée pour chaque projet ou lieu pluriprofessionnel, resitué dans son environnement. L'approche monographique a été choisie pour sa capacité à mettre en évidence les questions que pose l'innovation organisationnelle en soins primaires, en montrant « en quoi les observations recueillies éclairent ce qui se joue ailleurs, mais plus encore [... pour] soulever de nouvelles hypothèses de travail, [...] induire de nouvelles orientations de recherches » (Véga 1997)⁶³.

Chaque monographie a permis d'ordonner l'histoire de la structure et des projets, de décrire leur réalisation effective, le parcours des différents acteurs, leur rôle dans le projet, le sens qu'ils lui donnent, leurs interactions entre eux et avec leur environnement, leurs pratiques (avec une attention particulière pour les pratiques pluriprofessionnelles), leur avis sur les ressources et les difficultés, sur la situation et son évolution possible.

Dans les quatre MSP en fonctionnement, les monographies ont permis de décrire également l'architecture des locaux et les perspectives d'aménagements, les modalités de management mises en place, l'usage et la ventilation des financements ainsi que leur justification.

Dans le manuscrit, les lieux ont été anonymisés par le recours à une lettre (MSP X (projet étudié dans le cadre du premier terrain), MSP A, B, C et D (pour les structures du second terrain), et les personnes par l'indication de leur profession suivie d'un numéro.

II.3.3. Un codage ouvert, puis orienté suivant des approches spécifiques adaptées aux diverses questions étudiées

II.3.3.1. Des approches théoriques combinées et articulées

Ce travail de thèse, confronté, comme on vient de le décrire ci-dessus, à différentes problématisations de l'objet « soins de premier recours » selon des angles et à des niveaux différents, a affronté la difficulté ainsi créée en s'efforçant de mobiliser et de combiner plusieurs approches théoriques afin d'éclairer l'objet « soins de premier recours » puis l'objet « prévention » et surtout la notion d'évolution de pratiques médicales, sous des angles complémentaires, émergents et choisis de manière inductive au fil des terrains et des opportunités rencontrées.

C'est ainsi que j'ai été conduite à me référer à l'approche interactionniste pour étudier les formes d'engagement des acteurs en lien avec les possibilités fournies par leur environnement, reprenant ainsi la démarche utilisée par Isabelle Baszanger quand elle cherche à « saisir la diversité du cheminement des jeunes généralistes jusqu'à leur première insertion professionnelle » (Baszanger 1983)⁶⁴, en étudiant la définition progressive du rôle et la manière dont il lui est donné sens. Elle

⁶³ Véga, A., 1997. Les infirmières hospitalières françaises : l'ambiguïté et la prégnance des représentations professionnelles. *Sciences sociales et santé*, 15(3), pp.103–132.

⁶⁴ Baszanger, I., 1983. La construction d'un monde professionnel : entrées des jeunes praticiens dans la médecine générale. *Sociologie du travail*, 3(83), pp.275–294.

présente la diversité que peut recouvrir ce sens à travers un essai de typologie détaillant les systèmes de catégories sous-tendant chaque construction du monde professionnel. Ces constructions sont l'aboutissement de choix mobilisant des ressources très diverses. « Les systèmes de catégories ainsi constituées sont en quelque sorte le résultat d'une négociation d'un aménagement entre les ressources issues des études et celles issues de l'environnement professionnel et social » (Baszanger 1983: 277). Dans cette perspective, les médecins généralistes engagés en tant que promoteurs dans l'élaboration ou comme pionniers dans la mise en place de ces MSP se présentent comme relevant d'un des segments particuliers de la profession qu'elle met en évidence. Ces acteurs sont également particuliers, selon Janine Barbot, par la manière dont ils définissent les enjeux de leur pratique, en l'occurrence celle des soins primaires, et par la manière dont ils construisent leur positionnement par rapport à d'autres acteurs (Barbot 1999)⁶⁵.

C'est également ainsi que j'ai été ensuite conduite à me référer aux opérations de traduction, telles qu'elles sont apparues à l'œuvre de façon répétée dans la construction d'un projet entre professionnels de santé, institutionnels, usagers et élus locaux, ce qui m'a incitée à recourir aux concepts et analyses de la sociologie de l'innovation et de la traduction développée notamment par Michel Callon, Madeleine Akrich et Pierre Lascoumes⁶⁶. Ce recours et ses résultats sont décrits en particulier dans un article publié dans la revue *Sciences Sociales et Santé* (Fournier 2014a)⁶⁷ : « Le projet étudié est pensé comme une « innovation », c'est-à-dire comme « l'émergence de nouvelles pratiques sociales » nécessitant des opérations de « traduction » entre différents mondes (Akrich et al. 2006; Callon 1986)⁶⁸. Dès sa conception comme lors des étapes suivantes, il met en relation, donc en « réseau », divers acteurs impliqués à différents titres — médecins, paramédicaux, élus locaux — selon une configuration « émergente » (et non « consolidée ») dans laquelle « *identités, intérêts et compétences sont le résultat de traductions provisoires et expérimentales* » (Callon 1999: 41)⁶⁹. On y distingue aisément, en effet, les étapes successives de « problématisation », d'« intéressement des acteurs », d'« enrôlement » et de « mobilisation des alliés ». Au niveau communal, ce projet résulte d'un processus d'action collective se déployant autour de phases de « transcodage » visant à « rendre gouvernables » (Lascoumes 1996)⁷⁰ les problèmes médicaux locaux. La mobilisation progressive des professionnels de santé et des politiques induit l'« *agrégation de positions diffuses* », tandis que l'expérience d'éducation thérapeutique associée au projet favorise tout à la fois le

⁶⁵ Barbot, J., 1999. L'engagement dans l'arène médiatique. Les associations de lutte contre le site. *Réseaux*, 17(95), pp.155–198.

⁶⁶ Akrich, M., Callon, M. & Latour, B., 2006. *Sociologie de la traduction : textes fondateurs*, Paris: Presses de l'Ecole des Mines. Lascoumes, P., 1996. Rendre gouvernable : de la traduction au « transcodage ». L'analyse des processus de changement dans l'action publique. In Cerapp, ed. *La gouvernabilité*. Paris: PUF, pp. 325–338.

⁶⁷ Fournier, C., 2014a. Concevoir une maison de santé pluriprofessionnelle : paradoxes et enseignements d'une innovation en actes. *Sciences sociales et santé*, 32(2), pp.67–95.

⁶⁸ Akrich, M., Callon, M. & Latour, B., 2006. *Sociologie de la traduction : textes fondateurs*, Paris: Presses de l'Ecole des Mines.

Callon, M., 1986. Eléments pour une sociologie de la traduction. La domestication des coquilles Saint-Jacques et des marins-pêcheurs dans la baie de Saint-Brieuc. *L'année sociologique*, 36, pp.169–208.

⁶⁹ Callon, M., 1999. Le réseau comme forme émergente et comme modalité de coordination : le cas des interactions stratégiques entre firmes industrielles et laboratoires académiques. In *Réseau et coordination*. Paris: Economica, pp. 13–64.

⁷⁰ Lascoumes, P., 1996. Rendre gouvernable : de la traduction au « transcodage ». L'analyse des processus de changement dans l'action publique. In Cerapp, ed. *La gouvernabilité*. Paris: PUF, pp. 325–338.

« recyclage de pratiques établies » et la « diffusion élargie des constructions effectuées ». L'appel à un consultant externe incitera à la « structuration des audiences de décision » (Lascoumes 1996: 336).

Plus encore, en décrivant, au sens de Bruno Latour (Latour 2006), les multiples ajustements entre les acteurs (et avec les autres et le monde) qui construisent l'objet « soins primaires », à travers des opérations de qualification, de classification, d'adaptation par lesquels les acteurs des maisons de santé pluriprofessionnelles perçoivent leur environnement et s'y situent, ainsi qu'à travers les procédés de cohabitation qu'ils établissent, ce qui est mobilisé, c'est une approche à la fois dynamique et pragmatique (Dodier 1993)⁷¹, qui s'avère pertinente et féconde pour la question posée ici. Quelles sont les formes publiques prises par l'objet « soins primaires », telles qu'elles se déploient dans un espace local ? Par quels procédés des arrangements stratégiques, politiques, techniques, matériels, cognitifs, discursifs... plus ou moins stables sont trouvés entre ces formes et les acteurs qui en sont porteurs, formant un « agir de soins primaires » ? (Monneraud 2009)⁷² On s'interroge donc sur la manière dont sont pensés et construits les soins primaires -et notamment la pluriprofessionnalité, composante et forme originale de travail dans les MSP - et la manière dont sont élaborées les pratiques préventives, qui nous intéressent particulièrement (même si il s'agit de niveaux différents d'élaboration), en tant qu'objet politique et objet d'action publique. On cherche également à apprécier comment ils sont produits à travers des processus évolutifs et plus ou moins stabilisés d'associations d'acteurs multiples, tous porteurs de légitimité.

Enfin, la multiplicité des dispositifs mis en place dans les MSP étudiées (nouveaux modes de rémunération, programmes d'éducation thérapeutique du patient, évaluations...) conduit à mobiliser la sociologie des instruments (Lascoumes & Le Galès 2004b)⁷⁴ pour mieux comprendre les « problèmes posés par le choix et l'usage des outils (des techniques, des moyens d'opérer, des dispositifs) qui permettent de matérialiser et d'opérationnaliser l'action gouvernementale » (Lascoumes & Le Galès 2004b: 12). L'analyse des « instruments de l'action publique » retenus, et de leur déploiement, pris à la fois comme traceurs du changement, marqueurs des évolutions et comme porteurs d'effets, apporte un éclairage complémentaire pertinent sur les transformations en cours dans l'exercice regroupé en soins primaires.

⁷¹ Dodier, N., 1993. Les appuis conventionnels de l'action. *Éléments de pragmatique sociologique. Réseaux. Communication, Technologie, Société*, 11(62), pp.63–85.

⁷² Monneraud, L., 2009. *L'agir sanitaire. Processus et formes d'expressions à travers le cas aquitain*. Thèse pour le Doctorat de sciences politiques, Bordeaux 4.

⁷³ La manière dont Lise Monneraud mobilise cette approche pour aborder la question de l'« agir sanitaire » dans des collectivités locales fournit un exemple de sa fécondité, dans des espaces de pratiques en pleine redéfinition qui offrent des similitudes avec celui des soins primaires dans les lieux d'exercice regroupé.

⁷⁴ Lascoumes, P. & Le Galès, P., 2004b. *Gouverner par les instruments*, Paris: Presses de la fondation nationale des sciences politiques.

II.3.3.2. Des modalités de codage différenciées selon les terrains (théorisation ancrée)

Données issues du 1er terrain :

Après l'élaboration de la monographie du projet et la reconstitution de ses différentes phases, le codage qualitatif des entretiens et observations a été effectué selon trois dimensions : par catégories ouvertes, puis de façon transversale par type de professionnels, enfin de façon sélective selon la trame d'analyse choisie pour chaque question (voir II.3.1.1).

Données issues du second terrain :

L'analyse qualitative des données s'est inscrite dans une approche inductive à trois chercheurs, intéressant plusieurs questions précises, articulées avec les résultats de l'évaluation quantitative. Après la réalisation d'une monographie pour chaque structure, les données ont été analysées par thèmes prédéfinis au regard des guides d'entretien et des hypothèses de l'évaluation quantitative puis elles ont été analysées par thèmes émergents⁷⁵. Puis une seconde analyse a été menée à partir des retranscriptions d'entretiens, en étudiant plus précisément 1) les modalités d'engagement des professionnels dans le regroupement et/ou dans des activités nouvelles, y compris préventives et éducatives et 2) certains dispositifs étudiés comme des instruments de gouvernement.

II.3.3.3. Une approche indirecte du thème de la prévention

Dans ces deux terrains, le choix a été fait de ne pas centrer les entretiens directement sur la prévention, dans le souci d'appréhender quelle place celle-ci prend spontanément dans le discours et les pratiques des professionnels. En effet comme le remarque Lise Monneraud lorsqu'elle explore la perception que des élus locaux ont de la santé, ce qu'avaient également pointé, comme d'autres, Claudine Herzlich et Janine Pierret (Herzlich & Pierret 1984)⁷⁶, « l'enquête de terrain révèle combien la santé ne peut être conçue ni comme un domaine autonome, ni comme un « ensemble pratique », bien repérable dans ses limites, et identifiable dans ses fonctionnements [...]. Elle est plutôt le fruit de retraductions, recompositions auxquelles procèdent les acteurs de manière pragmatique, en fonction de leur position et de leurs capacités d'action » (Monneraud 2009; Monneraud 2012: 91)⁷⁷. C'est cette manière d'appréhender la « santé », en perpétuelle retraduction et recomposition, que nous avons étendue et appliquée aux « soins primaires », aux « pratiques pluriprofessionnelles » et à la « prévention ».

L'objectif de ce travail n'était pas de recenser de façon systématique toutes les actions menées par les acteurs des MSP au titre des « soins primaires » et de la « prévention », mais en déplaçant le point de vue de pouvoir déceler les processus ou les arguments qui permettent à différents acteurs de se positionner comme légitimes dans ces domaines. De même, il ne s'agit pas ici d'évaluer si leur intervention a des conséquences effectives sur la santé de la population, mais bien de comprendre

⁷⁵ Voir le rapport en ligne (Fournier, Frattini, et al. 2014a)

⁷⁶ Herzlich, C. & Pierret, J., 1984. *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui*, Paris: Payot.

⁷⁷ Monneraud, L., 2012. Pouvoirs locaux et santé : construction de compétence ou déconstruction des compétences ? Observation de l'intervention des collectivités et pays aquitains en matière de santé. In *Agir pour la promotion de la santé. Une pratique ouverte à l'innovation ?*. Paris: Erès, pp. 77–97.

ce qu'ils font, et comment ils le font, soit leurs différentes manières d'agir et le sens qu'ils leur donnent, quand ils se disent effectuer des soins primaires ou faire de la prévention, ou développer des pratiques pluriprofessionnelles, et surtout comment ils y parviennent. Ce qu'il importe de montrer est la manière dont les soins primaires, et dans certains cas la prévention, sont abordés et rendus effectifs à travers un processus de déconstruction/reconstruction de pratiques plus ou moins définies.

Nous avons ainsi confronté les entretiens abordant ces thèmes menés dans les différentes MSP, afin d'analyser la manière dont les professionnels en parlent comparativement à différents autres thèmes importants pour eux et évoqués spontanément. J'ai également exploité des entretiens collectifs retranscrits dans le cadre d'une étude régionale sur la prévention dans les MSP menée par l'Association des pôles et maisons de santé libéraux des Pays de la Loire (APMSL 2013)⁷⁸, qui permettaient de mettre en perspective nos données recueillies sans se focaliser sur la prévention, avec celles recueillies par l'APMSL en ciblant les questions sur les pratiques préventives.

II.3.3.4. Modalités d'analyse des entretiens collectifs

Concernant les modalités d'analyse des entretiens collectifs, comme le propose Tschannen, « on ne considérera ni la dynamique de groupe comme un « biais » (ce qui peut être le cas si c'est d'abord au contenu de l'échange qu'on s'intéresse) ni le contenu comme une sorte de bruit de fond sans importance sur lequel se déroulerait la dynamique de groupe (ce qui peut être le cas si c'est avant tout à celle-ci qu'on s'intéresse). » Au contraire nous tenons compte, dans la conduite et dans l'analyse de l'entretien collectif, de trois aspects complémentaires, en les intégrant au mieux : « le contenu (ce qui est dit), le contexte interactionnel (le contexte dans lequel cela est dit) et la manière dont c'est dit (l'énonciation). Entre ces trois niveaux, les liens sont nombreux et denses. Par exemple, le contenu dépend du contexte interactionnel : ce qui est dit sera très différent selon que le locuteur se positionne, implicitement, dans le registre du discours « officiel » à « usage public », ou au contraire dans le registre « personnel » de ce qui se dit « entre nous » » (Tschannen 2010)⁷⁹.

Cette approche nous a permis d'assister au cours des entretiens collectifs à la confrontation des points de vue de professionnels différents sur les questions abordées, points de vue tantôt convergents, tantôt très contrastés au sein d'une même profession ou entre membres de professions différentes, qu'il était ainsi possible de replacer dans les situations interactionnelles où elles étaient exprimées. Cela permettait de saisir en même temps les modalités d'interaction entre les professionnels, de percevoir leur plus ou moins grande habitude du débat et la manière dont ils se positionnaient les uns par rapport aux autres, reflets audibles et observables de leurs relations interprofessionnelles (qu'ils nous décrivaient parfois par ailleurs lors d'entretiens individuels ou d'autres entretiens collectifs). Nous avons ainsi également pu croiser les points de vue énoncés dans des entretiens distincts, qu'ils soient individuels (avec les coordinateurs) ou collectifs (avec les autres professionnels).

⁷⁸ APMSL, 2013. Mettre en oeuvre des actions de prévention en maisons de santé pluri-professionnelles : besoins, expériences modélisantes et perspectives, Nantes : Association des pôles et maisons de santé libéraux des Pays de la Loire.

⁷⁹ Tschannen, O., 2010. L'entretien collectif en contexte. *Communication*, (Vol. 28/1), pp.161–190.

II.3.4. Une position d'acteur chercheur et une position engagée avec réflexion sur l'interdisciplinarité

Dans leur rapport de prospective sur les sciences humaines et sociales (SHS) et la santé, les membres du groupe de travail de l'Alliance Athena⁸⁰ (2013) mettent en avant la pertinence de prendre en compte des thématiques et questions émanant des mondes professionnels (clinique, secteur médico-social, sphère associative et grand public), tout en suggérant, pour le faire, de prendre pour point de départ de ces travaux l'état en cours des questionnements scientifiques dans les champs disciplinaires concernés plutôt que de se focaliser, avec le risque de le faire alors trop étroitement, sur les questions et objets identifiés par ou pour la santé publique. Ils soulignent la possibilité et l'intérêt d'une re-problématisation partagée, dont la difficulté n'est pas éludée, et pour cela l'importance et la fécondité potentielle de s'inscrire dans une « position d'interface », qui doit elle-même faire l'objet d'une attention particulière.

La « position d'interface » que j'ai voulu adopter, variable selon les terrains, doit être précisée et discutée, du fait de son influence possible sur le processus de la recherche et sur ses résultats (Chabrol & Girard 2010)⁸¹. Cette réflexion est d'autant plus importante que j'ai choisi, comme je l'ai signalé ci-dessus, de saisir diverses opportunités d'accès au terrain qui m'ont été ouvertes du fait même que des acteurs professionnels avaient des demandes à mon égard, autour de projets construits ou en cours. Lors des rencontres initiales avec ces « commanditaires », les négociations ont eu en effet un caractère déterminant, « en ce qu'elles constituent un premier contact avec le terrain au cours duquel un projet peut prendre corps, se concrétiser et se lester éventuellement du poids du questionnement authentique d'une partie des acteurs. » (Derbez 2010)⁸².

J'examine ici dans chaque terrain les circonstances et modalités de mon engagement et les questionnements dont la recherche s'est lestée, puis la position occupée dans chaque terrain et son influence possible sur mon travail de recherche, ainsi que les dispositions prises pour tenir compte de cette position dans l'analyse des données. Cela permet de rendre compte de la manière dont la recherche s'est « déplacée » entre médecine, santé publique et sciences sociales.

II.3.4.1. Un régime de connaissances, lié à une position d'acteur chercheur sur un premier terrain

II.3.4.1.1. Entrée et engagement dans le terrain, des re-problématisations partagées

Le premier terrain étudié repose sur le suivi d'un projet en cours de réorganisation des soins primaires situé dans une commune de banlieue défavorisée, et comprenant la création d'une maison de santé pluriprofessionnelle ainsi que la mise en place d'un programme d'ETP.

⁸⁰ L'Alliance thématique nationale des sciences humaines et sociales (Athena) est l'une des cinq alliances thématiques nationales créées en juin 2010 par le ministère de la recherche (avec les alliances « vie et santé », « environnement », « sciences et technologies du numérique » et « recherche pour l'énergie ». Elle réunit quatre acteurs de la recherche en sciences humaines et sociales : le CNRS, la conférence des grandes écoles, la conférence des présidents d'universités, et l'Institut national d'études démographiques..

⁸¹ Chabrol, F. & Girard, G., 2010. Se confronter aux terrains. Expériences et postures de recherche, Paris: ANRS.

⁸² Derbez, B., 2010. Négocier un terrain hospitalier. Un moment critique de la recherche en anthropologie médicale. *Genèses*, 78(1), pp.105–120.

Son accès fait suite à l'intérêt manifesté par l'un des médecins porteurs du projet d'accompagner les diverses étapes par un suivi des débats et processus par un chercheur en sciences sociales. Cette proposition, formulée par un médecin généraliste lui-même formé aux sciences sociales, est intervenue au moment où le projet s'initiait et prenait corps, avec la création d'une association Loi 1901 des professionnels, et par l'obtention de crédits pour animer une dynamique interprofessionnelle sur le territoire concerné. L'attente exprimée était celle d'un regard sociologique extérieur, d'une aide à « modéliser » le problème auquel les médecins tentaient d'apporter des réponses à travers une nouvelle organisation : Comme l'exprime le Médecin 2 lors de notre rencontre initiale, avec deux de ses confrères : « *concrètement, nous qui sommes investis dans toutes ces réflexions depuis très longtemps, ce qu'on veut avec ce projet, c'est pour ça que j'en ai parlé à [la directrice du laboratoire de sciences sociales] assez tôt, c'est essayer de modéliser quelque chose qui dise : voilà, en médecine de soins primaires, comment il faut qu'on prenne le problème. On ne dit pas que tout ce qu'on va faire après va réussir, ça c'est un autre sujet. Mais voilà comment il faut qu'on prenne le problème. Parce que si on ne le pose pas déjà comme ça, ça ne risque pas de fonctionner.* » (MSP X, Médecin 3, entretien collectif, mars 2011)

Comme le rappelle Sophie Caratini, « La problématique, s'il en est, ne peut naître que de l'expérience, de la rencontre entre les "problèmes" du sujet cherchant, qui tente justement de mettre en mots "son problème" quitte à le déplacer sur un autre, et du sujet cherché qui, en cette occasion, va être sollicité pour énoncer le sien » (Caratini 2004: 65)⁸³. Dans ce premier terrain (une MSP en projet), la recherche est aux prises avec les questions que se posent les acteurs du projet étudié, notamment les professionnels de santé que j'ai le plus observés mais aussi avec les questions que se posent les élus et les autres acteurs accompagnant le projet (administratifs, consultant en santé publique, etc.). Il s'agit ici d'une attente d'accompagnement pour, ensemble, « poser le problème » rencontré par les professionnels dans leurs pratiques, et y déceler ce qui pousse à les faire évoluer.

II.3.4.1.2. Les formes de l'engagement

La proposition m'a été faite d'intégrer alors le comité de pilotage du projet, de participer à toutes les réunions autour du projet et d'être destinataire des comptes rendus et des échanges par mail, au fur et à mesure du développement du projet. Prenant des notes d'observation détaillées lors des réunions, j'ai proposé d'en rédiger les comptes rendus.

Du fait de ma formation antérieure en santé publique, spécialisée dans le champ de la prévention et de l'éducation autour des maladies chroniques, l'attente initiale d'un regard extérieur s'est bientôt élargie à une sollicitation d'implication active dans l'élaboration du programme d'éducation thérapeutique pour les patients diabétiques. J'ai ainsi progressivement contribué à sa construction (choix des thèmes, des intervenants, des guides d'entretien conçus pour dialoguer avec les patients), à sa mise en œuvre (premiers entretiens individuels avec des patients et animation d'une séance collective de bilan avec un groupe de patients), à son évaluation - par notamment l'encadrement conjoint, avec un médecin généraliste, d'étudiants développant un travail de recherche qualitative

⁸³ Caratini, S., 2004. *Les non-dits de l'anthropologie*, Paris: PUF.

sur ce dispositif - et à des communications dans des congrès médicaux. J'ai été dédommée par l'association de professionnels porteuse du projet pour le temps passé à ces activités, au même titre que les autres acteurs impliqués.

Certains des travaux d'évaluation auxquels j'ai pu contribuer ont ainsi été communiqués aux professionnels investis dans le programme d'ETP. Mes investigations sociologiques ont été partagées au fur et à mesure avec le médecin qui avait souhaité disposer d'un regard extérieur sur le déroulement du projet, ce qui nous a conduit à développer une collaboration étroite, mais toujours libre et franche qu'on peut au final qualifier de procédure expérimentale de co-construction telle qu'elle est préconisée par exemple par les tenants d'une recherche participative ou communautaire (Demange et al. 2012)⁸⁴, dans des domaines à la fois liés à l'intervention et à la recherche. Une réunion de restitution collective de ces travaux avec l'ensemble des professionnels est prévue en 2015.

II.3.4.1.3. Assumer une position particulière d'acteur chercheur

Lorsqu'on étudie une structure « en mouvement », la frontière est mince, et parfois poreuse, entre le travail des acteurs et des chercheurs car ils partagent des problèmes communs de compréhension des orientations et des enjeux politiques et économiques (Sifer-Rivière 2012)⁸⁵. Cette frontière est encore réduite lorsque les positions d'acteur et de chercheur se mêlent dans les faits, reproduisant les conditions de certaines recherches-actions, c'est-à-dire lorsqu'une même personne occupe successivement ou parfois simultanément la position d'acteur et de chercheur (tout en disposant des compétences des uns et des autres), naviguant alors entre plusieurs univers (demande sociale, académique, du terrain) et plusieurs disciplines (recherche en sociologie, en médecine générale, en éducation thérapeutique...). Sur ce terrain, je me suis ainsi trouvée dans une position qui me permettait d'être renseignée sur « tout » ce qui se passait, grâce à des points réguliers avec l'un des médecins porteurs du projet et à des échanges informels réguliers avec les autres acteurs dans le cours de la construction, de la mise en œuvre et de l'évaluation du programme d'ETP.

Cependant, si je suis bien pour une large part un acteur du projet, je ne le suis pas tout à fait au même titre que les autres, tout d'abord du fait de la temporalité limitée de mon implication liée à la durée propre au travail de thèse, contrairement à celle des soignants amenés à s'investir à long terme dans le projet. Ma position diffère également du fait de mon statut de chercheuse salariée pendant la durée de la thèse, alors que tous les autres acteurs sont des libéraux⁸⁶ qui participent au projet sur leur temps libre, avec un dédommagement financier grâce au soutien de la démarche par l'Agence régionale de santé. Les médecins généralistes sont « aux commandes », c'est alors toujours leur agenda de « libéraux » qui prime pour l'organisation des réunions, généralement tard le soir. On me demande parfois un avis consultatif, qui n'est pas forcément suivi. Je donne des conseils, et en même temps je dois porter un regard critique sur ce à quoi j'ai contribué, prise « entre engagement

⁸⁴ Demange, E., Henry, E. & Préau, M., 2012. De la recherche en collaboration à la recherche communautaire. Un guide méthodologique, Paris: ANRS/Coalition Plus.

⁸⁵ Sifer-Rivière, L., 2012. Entre désordre et ordre. La fabrique des réseaux régionaux de cancérologie (1990-2010). Thèse de doctorat en sociologie. Paris, EHESS.

⁸⁶ en dehors des partenaires salariés du Comité d'éducation pour la santé, impliqués uniquement dans le programme d'ETP.

et distanciation » (Fassin 1999)⁸⁷. J'ai ainsi contribué à la valorisation du projet par des communications dans des congrès médicaux, en parallèle de la constitution du corpus de données sociologiques, de son analyse et de la discussion de certains aspects de la recherche dans des journées d'étude en sciences sociales.

Cette recherche s'inscrit ainsi dans un « régime de production de connaissances » (Pestre 2003)⁸⁸⁸⁹ particulier, qu'on peut définir comme une co-production où le chercheur investit en même temps une position d'acteur. Cette position emprunte certaines propriétés du chercheur placé dans une démarche observation participante, qui peut toutefois renvoyer à une diversité de positions (Soulé, 2008), mais ce cadre ne permet pas d'en rendre compte totalement. De la même manière, cette position, même si elle s'en rapproche par certains traits, ne s'identifie pas non plus complètement à celle d'une recherche action (Barbier 1996; Crezé & Liu 2006)⁹⁰.

Ce régime de co-production de connaissance propre à une position d'acteur-chercheur, qui nécessite d'être questionné, tend d'ailleurs à se diffuser dans de nombreux secteurs d'activité, comme en attestent différents travaux, notamment dans le domaine de la santé⁹¹ ou encore dans la recherche en lien avec des associations de malades (Bungener et al. 2014)⁹². Dans d'autres domaines,

⁸⁷ Fassin, D., 1999. L'anthropologie entre engagement et distanciation. Essai de sociologie des recherches en sciences sociales sur le sida en Afrique. In C. Becker et al., eds. *Vivre et penser le Sida en Afrique*. Paris: Kartala, pp. 42–66.

⁸⁸ Pestre, D., 2003. Regimes of knowledge production in society towards a more political reading. *Minerva*, (41), pp.245–261.

⁸⁹ Dominique Pestre propose une périodisation en 3 temps des régimes de production de connaissances depuis le 16^{ème} siècle. :

- 16^e -19^e : des sociétés savantes qui se veulent autonomes et conçoivent la connaissance comme un bien en soi

- 1870-1970 : l'Etat devient un acteur structurant du domaine de la recherche. Cela va de pair avec son développement comme puissance militaire et comme Etat social. Les entreprises privées sont loin d'être absentes de ce second tableau, mais ce n'est pas contradictoire car tous ont, à ce moment, des intérêts communs.

A partir des années 1970 : transformation entreprise par le capitalisme à la suite des vagues de contestation des années 1965-1975, qui a eu pour résultat de substituer un nouveau système de régulation politique et social à celui de l'Etat-providence. Le rôle de l'Etat s'est trouvé de plus en plus contesté en même temps que les financements privés dépassaient pour la première fois de puis longtemps les financements publics, et l'organisation de la recherche s'est modifiée de manière à la relier directement à l'innovation industrielle. Afin que la science puisse devenir un bien commercial et financier, deux mouvements se mirent alors en place : le premier concerna le changement du régime de la propriété intellectuelle. [...] Le deuxième mouvement, moins souvent mentionné, fut celui de l'apparition d'acteurs supranationaux et notamment de l'OMC, qui jouèrent et jouent toujours un rôle considérable dans l'unification des règles de brevetage et de commercialisation de la science. »

L'apparition d'acteurs-chercheurs peut-elle être considérée comme un des marqueurs d'un nouveau régime de production de connaissances ?

⁹⁰ Barbier, R., 1996. *La recherche action*, Paris: Economica.

Crezé, F. & Liu, M., 2006. *La recherche-action et les transformations sociales*, Paris: Lharmattan.

⁹¹ Voir par exemple Anne Perrault Soliveres, infirmière et chercheur en sciences de l'éducation (Perrault-soliveres 2001; Perrault Soliveres 2013). Voir aussi Dorsafe Bourkia, cadre de santé et engagée dans un parcours de formation à la recherche (Bourkia 2012). Une association s'est créée en 2011 autour des questions touchant au dialogue entre acteurs de la recherche en SHS et praticiens de la santé, dont de nombreux membres ont une position d'acteur chercheur, et s'interrogent sur cette position : <http://scienceshumaines-sante.org/>

⁹² Bungener, M., Demagny, L. & Faurisson, F., 2014. *Associations de malades, regards de chercheurs*, Paris: CNRS Editions.

comme celui de l'action territoriale, des auteurs questionnent « la connaissance et l'innovation au risque de la posture « d'acteur-chercheur » »(Basset et al. 2013)⁹³ :

« L'acteur-chercheur est la personne prise dans la posture du partenaire institutionnel du monde académique, mais qui est également engagée, dans son propre contexte institutionnel, dans un parcours d'acquisition et de production de connaissance, en lien direct avec sa mission professionnelle ou aux marges de celle-ci. [...] Il se définit comme un passeur entre plusieurs univers, ayant notamment acquis une connaissance empirique significative d'un territoire à ces différentes échelles (commune, canton, région...), ainsi que la maîtrise des procédures de la recherche, depuis la collecte des données, leur analyse, jusqu'à la restitution et la valorisation des résultats sous des formes et pour des publics variés. [...] Au-delà de la diversité des formes qu'elle peut prendre et des évolutions liées aux parcours professionnels, cette posture hybride se caractérise par une intrication des positions de l'acteur et du chercheur (Kohn 2001)⁹⁴ qui vient questionner la recherche et brouiller les limites instituées. Comme le note Catherine de Lavergne, l'acteur-chercheur se veut le médiateur d'un nouvel « espace de transition et d'interaction [...] entre les apports de la recherche et l'intérêt pour des professionnels, aux prises avec différentes situations »(Lavergne et al. 2007: 30)⁹⁵. » (Basset et al. 2013: 4)

Catherine de Lavergne (de Lavergne 2007) étudie le cas-limite du praticien chercheur, en recherche sur son terrain professionnel, pour soulever des questionnements épistémologiques, éthiques, et de méthode sur la recherche qualitative. Elle questionne premièrement la posture subjective et l'engagement dans la recherche d'un chercheur qui revendique une double identité (pour laquelle il n'existe pas de statut) et qui recherche un espace d'interaction entre l'action professionnelle et la recherche. Selon l'auteur, cette posture est caractérisée par quatre dimensions : une « dimension nomothétique » du projet de recherche (il s'agit de comprendre autrement, tout en restant à l'intérieur du projet) ; une « dimension politique » du projet de recherche (il s'agit de changer, avec au cœur de la recherche l'objectif d'appropriation de ses résultats par les professionnels, en proposant aux acteurs des occasions de réfléchir sur leur pratique) ; une « dimension pragmatique » du projet de recherche (l'un des objectifs est d'agir) ; enfin une « dimension ontogénique » (avec l'objectif de se définir autrement). Deuxièmement, l'auteur questionne les liens entretenus avec le monde professionnel et avec les acteurs de la recherche et souligne que les positions enchevêtrées et la posture de recherche d'« implexité » (concept fondé par Jean-Louis Le Grand⁹⁶, mêlant implication et complexité) nécessitent un « audit de subjectivité », ou une auto-socio-analyse, qui reste le plus souvent cachée dans les carnets de terrain. Troisièmement, l'auteur soutient la prise en compte du processus de transformation de soi-même et

⁹³ Basset, K. et al., 2013. La connaissance et l'innovation au risque de la posture "d'acteur chercheur" : le collectif "cultures et sociabilités en territoires de montagne." In *Les recherches-actions collaboratives : une révolution silencieuse de la connaissance*. pp. 1–11.

⁹⁴ Kohn, R., 2001. Les positions enchevêtrées du praticien-qui-devient-chercheur. In M.-P. Mackiewicz, ed. *Praticien et chercheur. Parcours dans le champ social*. Paris: Lharmattan, pp. 15–38.

⁹⁵ De Lavergne, C., 2007. La posture du praticien-chercheur : un analyseur de l'évolution de la recherche qualitative. *Recherches qualitatives*, HS(3), pp.28–43.

⁹⁶ Voir : Le Grand, J.-L., 2006. Iplexité: implications et complexité, document électronique in : <http://www.barbier-rd.nom.fr> (disponible sur http://www.barbier-rd.nom.fr/journal/article.php3?id_article=656)

de créativité au cœur de la recherche, identifiant des positions et des stratégies paradoxales, entre chercheur « carapaçonné », « caméléon » ou en « position active tierce », ou « implexité assumée ». C'est cette dernière position que j'ai essayé de tenir. Il s'agissait d' « assumer la dialogique des deux positions », professionnel et chercheur, où tantôt l'une domine, tantôt l'autre, avec pour bornages ou pour appuis les interactions avec ma directrice de recherche ou avec les membres du laboratoire, l'implication continue dans différents types de travaux (de recherche et d'expertise), la menée simultanée d'une auto-socioanalyse, et aussi la description minutieuse, systématique et précise des travaux et interactions auxquels j'ai participé et des implications correspondantes (Sarradon-Eck 2008; Mercan 2009), ceci afin de pouvoir en rendre compte de façon externe mais surtout de pouvoir toujours m'y référer en interne.

Sur ce terrain, les travaux auxquels j'ai participé sont de divers ordres :

- actions de développement (participation aux choix de construction du programme d'ETP, à l'élaboration des outils soutenant l'interaction avec le patient, et modérément à l'animation du programme),

- activités d'évaluation ou de valorisation du projet : Pour Vololona Rabeharisoa, alors discutante d'une communication faite lors du séminaire des doctorants « Santé, populations et politiques sociales » 2012⁹⁷, cette position d'« acteur-chercheur » gagne à être explorée en s'appuyant sur une distinction proposée par François Vatin (Vatin 2013a; Vatin 2013b)⁹⁸ entre les opérations de « valuation » auxquelles elle contribue : entre « évaluation »⁹⁹ d'une part (opération permettant d'informer la décision pour aboutir sur une action) et « valorisation » d'autre part (fait de donner de la valeur à un projet, à des pratiques innovantes et complexes, à des compétences développées et mobilisées par les acteurs : compétences politiques, scientifiques, etc.).

Ici, si l'on suit cette partition, les actions menées se répartissent comme suit :

- évaluation : recueil de données utilisées pour le bilan du programme d'ETP et la demande de renouvellement de financements,

⁹⁷ Fournier C. Usages de l'évaluation autour d'un projet local de santé en soins primaires : des pratiques à la fois révélatrices d'enjeux et porteuses de transformations. Journée d'étude de l'école doctorale Santé, populations et politiques sociales, Paris, 25 octobre 2012.

⁹⁸ Vatin, F., 2013a. Ce que mesurer veut dire : disputes autour de la quantification et de la valuation en sociologie. In *Evaluer et valoriser. Une sociologie économique de la mesure*. Toulouse: Presses universitaires du Mirail, p. 352.

Vatin, F., 2013b. Valuation as Evaluating and Valorizing. *Valuation studies*, 1(1), pp.31–50.

⁹⁹ Albert Ogien distingue 3 genres au sein de l'évaluation : professionnel, démocratique et gestionnaire. « L'«évaluation» est un terme qui nomme des formes de jugement qu'on peut regrouper en trois genres. Le premier est professionnel (c'est le cas de tous ceux qui cherchent à savoir comment ils exercent leur métier pour réfléchir aux moyens d'améliorer leur travail) ; le second est démocratique (c'est le cas des citoyens qui constituent, par eux-mêmes ou avec l'aide d'experts, des dossiers au sujet de questions qui les concernent pour délibérer et peser sur les décisions qui engagent la collectivité ; c'est également le cas des parlementaires qui étudient les effets d'une disposition législative pour savoir s'il faut la reconduire ou pas ; ou même celui des gouvernants lorsqu'ils examinent des rapports d'experts et des données chiffrées avant de prendre une décision). Le troisième genre d'évaluation – le gestionnaire - participe d'une manière de gouverner nouvelle, fondée sur le contrôle de la performance par la mesure du résultat. » (blog hypothèses, décembre 2009, retranscription d'une intervention dans un séminaire sur l'évaluation : <http://pds.hypotheses.org/284>

- valorisation : communications dans des congrès médicaux et en ETP (qui valorise l'action et tous les acteurs qui y participent), encadrement de thèses de médecine (qui valorise les compétences des thésardes à la fois en recherche qualitative et sur l'ETP, thématique du projet), publication de travaux sociologiques mettant en évidence les pratiques innovantes et les compétences développées par les acteurs du projet.

En synthèse, pour assurer une certaine distanciation, j'ai donc objectivé ma position et j'ai procédé à une réflexion sur les différents types d'actions menées, j'ai effectué des allers-retours entre terrain et théorie, j'ai mis à profit les discussions avec ma directrice de thèse, mes collègues du laboratoire et les participants à des journées d'étude et j'ai confronté mes résultats à la littérature sociologique. La distanciation vis-à-vis de ma socialisation initiale de médecin a été facilitée par le choix de terrains qui m'étaient étrangers¹⁰⁰, auprès d'acteurs dont je ne connaissais pas l'exercice : pratique libérale des soins primaires par des médecins généraliste, infirmières, diététiciennes, etc.

II.3.4.2. Un second terrain liant la recherche à l'action politique

II.3.4.2.1. Entrée et engagement dans le terrain, re-problématisations partagées

Le second terrain utilisé dans ce travail de thèse fait partie d'une recherche plus large, inscrite dans le programme de travail de l'équipe PROSPERE¹⁰¹, financée par l'Iresp afin d'évaluer des expérimentations de nouveaux modes de rémunération (ENMR) mis en place dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008. En s'appuyant sur des données organisationnelles et médico-économiques, l'Irdes cherche à évaluer, grâce à une approche quantitative, d'une part si l'exercice collectif interprofessionnel est susceptible de contribuer à maintenir une offre de soins dans les zones moins bien dotées ; et d'autre part la performance de cette forme d'exercice en termes d'activité et de productivité, de consommation et de qualité des soins (Afrite et al. 2013).

L'Irdes a souhaité en 2012, pour poursuivre et approfondir cette démarche, mettre en place une enquête qualitative complémentaire, ayant pour objectif principal d'explorer l'usage des financements collectifs alloués dans le cadre des ENMR. La construction du protocole de l'enquête a révélé l'importance de resituer la question de l'usage des financements dans une analyse des dynamiques professionnelles et des dynamiques de travail pluriprofessionnel existantes dans les lieux enquêtés. Cette partie de la recherche se trouve ainsi directement confrontée aux objectifs énoncés par les autorités de santé publique et s'inscrit dans un calendrier d'action politique. Ces travaux ont en effet vocation à éclairer des décisions politiques concernant la réorganisation des soins primaires (notamment une négociation conventionnelle pluriprofessionnelle au printemps puis à l'automne 2014, en cours au moment de cette rédaction). La construction du protocole de l'étude qualitative a ainsi été soumise à la Direction de la sécurité sociale qui pilote les ENMR.

¹⁰⁰ Stéphane Beaud et Florence Weber évoquent dans ce cas une enquête « par éloignement », par opposition à une enquête « par distanciation » vis-à-vis d'une situation ou d'une pratique que le chercheur connaît bien (Beaud & Weber 2010).

¹⁰¹ Partenariat pluridisciplinaire de Recherche sur l'Organisation des Soins de Premiers Recours, associant l'IRDES, le CERMES et la SFMG

Tout en bénéficiant d'interactions étroites avec l'équipe de l'Irdes chargée de l'évaluation quantitative, l'autonomie des trois chercheurs pressentis pour mener cette recherche qualitative reste importante (Kivits et al. 2013)¹⁰². Ces chercheurs, tous trois médecins de santé publique ayant des compétences et une pratique de recherche en sciences sociales, ont ainsi pu négocier de définir eux-mêmes les objectifs et les objets de la recherche, au décours d'une approche inductive acceptée par le commanditaire (l'équipe de l'Irdes), tenu au courant régulièrement. Le calendrier était relativement serré pour des chercheurs engagés parallèlement dans d'autres travaux, mais tenable (de 6 mois il est passé à 18 mois au total, avec environ un an entre le début du terrain et la remise du rapport final) et les trois chercheurs ont accepté de travailler au-delà du temps cadré par les financements. Une coopération étroite a été possible entre eux à toutes les étapes de la recherche, jusqu'à une triangulation dans l'analyse des données, qui a bénéficié en outre du recours complémentaire à l'expertise d'un consultant en santé publique ayant accompagné de nombreux projets de MSP, d'un temps de discussion des résultats avec des représentants des enquêtés, de la possibilité d'aller-retours entre terrain et littérature, de temps de confrontation et d'articulation des résultats avec les résultats quantitatifs de l'Irdes, et a abouti à l'élaboration de deux types de productions : d'un côté un rapport et une publication de valorisation professionnelle, de l'autre deux articles scientifiques, en santé publique et en sciences sociales, en cours de rédaction¹⁰³ et qui s'enrichissent d'une analyse complémentaire présentée dans la thèse.

La reproblématisation collégiale, évoquée ci-dessus, s'est faite au croisement entre 1) mes propres objectifs de recherche, élaborés pour cette thèse (explorer la construction de pratiques de soins primaires, et la place et le rôle des pratiques préventives et éducatives) ; 2) les attentes de l'Irdes et de la Direction de la sécurité sociale (disposer de données pour guider le processus de généralisation des financements collectifs attribués aux structures d'exercice regroupé afin de développer une pratique coopérative et des activités de santé publique) ; et 3) les attentes des professionnels sollicités (par l'Irdes via leurs Agences régionales de santé) pour participer à l'enquête qualitative. Ces derniers, qui initialement n'avaient pas formulé d'attentes, avaient cependant des craintes issues du lien qu'ils postulaient entre l'évaluation nationale menée par l'Irdes (devant émettre un jugement sur leurs pratiques) et cette enquête compréhensive. Une fois cette crainte levée, des attentes se sont exprimées de manière plus ou moins explicite au cours du processus de recueil : les enquêteurs ont ainsi parfois été « utilisés » par des membres des MSP visitées pour soulever certains débats collectifs, ou par certains acteurs pour se positionner, notifier au groupe certaines difficultés. Après avoir lu une pré-synthèse des résultats produits, les représentants des MSP nous ont signifié qu'ils s'y retrouvaient globalement, que ce travail leur apportait des concepts qui les aidaient à réfléchir, à mettre des mots sur ce qu'ils vivaient. Ils ont alors exprimé le souhait de pouvoir bénéficier de ce type d'enquête à plusieurs reprises au fil du développement de leur projet de MSP.

¹⁰² Kivits, J. et al., 2013. Jalons pour une recherche interdisciplinaire en santé et en sciences humaines et sociales : apports d'un séminaire de recherche. *Santé publique*, 25(5), pp.579–586.

¹⁰³ Voir liste des publications en début de manuscrit

II.3.4.2.2. Une position de chercheur « impliqué » ou « embarqué », « traducteur » dans un cadre interdisciplinaire et recourant à des méthodes mixtes de recherche

La position du chercheur sur ce terrain est à nouveau multiple, prise dans des enjeux parfois proches mais souvent différents de ceux liés au premier terrain. Il s'agit cette fois d'une part de mettre en œuvre une enquête exploratoire, re-problématisée à 3 chercheurs, médecins de santé publique formés aux sciences sociales (dont les domaines d'intérêt se rejoignent et dont les méthodes sont proches sur les différents terrains qu'ils étudient) avec une multitude d'autres acteurs, dans un projet visant à la fois à construire des hypothèses de recherche et à nourrir l'action politique¹⁰⁴. Il s'agit d'autre part de produire une connaissance valorisable dans le monde académique de la recherche en santé publique et dans celui de la recherche en sciences sociales. En tant que doctorante, ma participation à ce travail met en tension visée scientifique (plurielle comme on l'a vu) et professionnalisation (Chabrol et al. 2012: 21)¹⁰⁵, imposant de poursuivre une logique de valorisation multiple¹⁰⁶.

Ce travail, développé par des chercheurs membres d'une équipe pluridisciplinaire (Prospere), permettant des interactions étroites avec des économistes de la santé recourant à des approches quantitatives, a l'objectif d'articuler une approche qualitative avec une recherche quantitative menée en parallèle. Certaines conditions, parfois définies comme nécessaires à la rencontre entre disciplines de recherche issues des mondes médical et des sciences humaines et sociales (Kivits et al. 2013)¹⁰⁷ se trouvent ici réunies, notamment comme nous l'avons déjà évoqué, la garantie d'un degré d'autonomie des chercheurs et la possibilité effective d'une re-problématisation partagée.

Comme l'indiquent par ailleurs des membres du Réseau des jeunes chercheurs santé et société¹⁰⁸, on est confronté en ce cas aux « enjeux de la production de connaissance [...] dans un domaine où l'implication individuelle et la dynamique collective posent de façon singulière le rapport du savant au politique » (Chabrol et al. 2012: 22). Ces questions ne sont certes pas nouvelles mais elles sont aujourd'hui reposées dans un contexte où les interrogations sur les évolutions souhaitables du système de santé sont nombreuses et où les autorités publiques mettent à disposition des chercheurs des moyens financiers destinés à y répondre, ouvrant des opportunités attractives pour les plus jeunes. Ces chercheurs se demandent d'ailleurs « si le champ de la santé, comme d'autres (social, genre, discriminations...) tout aussi enclins à se confronter directement aux enjeux politiques, n'incite pas davantage à une posture qui ose interroger les espaces académiques et sociaux investis,

¹⁰⁴ Les enjeux épistémologiques sont alors importants. Ils s'expriment notamment en situation de recherche interventionnelle, l'objectif du sociologue étant d'abord d'aider à comprendre la société, alors que la santé publique cherche à intervenir pour améliorer la santé des individus et des populations (Kivits & Alla 2012; Villeval et al. 2014)

¹⁰⁵ Chabrol, F., Hunsmann, M. & Kehr, J., 2012. Réaliser un doctorat en sciences sociales de la santé : financements, pratiques de recherche et enjeux de professionnalisation. *Socio-logos. Revue de l'association française de sociologie* [En ligne], 7.

¹⁰⁶ J'ai eu l'occasion de soulever ce point lors d'une discussion au cours d'un séminaire : Fournier C. Discussion de l'intervention de C. Perrey. In : Le Boeuf D (dir.). Actes du séminaire pluridisciplinaire « A la recherche des savoirs et pratiques cachés entre les disciplines », le 12 octobre 2013 à Paris, Association Sciences humaines et santé, Paris, 2014, p. 10-16. En ligne : http://scienceshumaines-sante.org/wp-content/uploads/2013/10/131012_Actes-seminaire.pdf

¹⁰⁷ Kivits, J. et al., 2013. Jalons pour une recherche interdisciplinaire en santé et en sciences humaines et sociales : apports d'un séminaire de recherche. *Santé publique*, 25(5), pp.579-586.

¹⁰⁸ <http://www.reseau-sante-societe.org/>

sans renier la prétention à la rigueur des sciences sociales ». Selon eux, cela implique de questionner, voire de repenser les « anciennes » oppositions structurantes du milieu scientifique, entre recherche collective et individuelle (par exemple entre produire collectivement des articles scientifiques et de valorisation professionnelle et produire individuellement un manuscrit de thèse), entre isolement et dispersion des chercheurs, entre visée scientifique et objectif de professionnalisation, ou encore entre savant, expert et politique.

Les particularités des processus méthodologiques mobilisés pour ce travail renvoient fortement ma posture aux propos et à « ce que défend le Réseau des jeunes chercheurs santé et société : une pratique de recherche non pas « appliquée » mais « impliquée », c'est-à-dire assumée comme une activité sociale et collaborative, avec le souci de « dialoguer sur ce que sont souvent des questions communes, approchées différemment » et de « concevoir des formes de collaboration négociées, impliquées et - tant qu'à faire – rémunérées » (Chabrol et al. 2012: 18).

Cette position a été décrite par d'autres auteurs comme celle d'une recherche « embarquée » (Alam et al. 2013)¹⁰⁹, forcément liée à un engagement à la fois d'ordre scientifique et politique, qui nécessite un recul par rapport à la manière dont les objets sont définis et analysés par les divers acteurs impliqués.

Des opérations de traduction sont ainsi rendues nécessaires, sollicitant une ouverture réciproque des chercheurs issus de la santé publique, de la médecine et des sciences humaines et sociales, pouvant être facilitée par l'implication de chercheurs ayant des doubles formations (Kivits et al. 2013). Doctorante, en position d'interface, j'ai été immédiatement amenée à entrer en dialogue avec une multitude d'acteurs différents, et à m'efforcer de « comprendre et raisonner dans une pluralité de grammaires » (Chabrol et al. 2012).

Une telle démarche implique donc une multitude de traductions et d'allers et retours entre disciplines, pour envisager une élaboration commune. Cela rend nécessaire une réflexivité sur les enjeux de savoirs et de pouvoirs et une négociation des rôles de chacun tout au long de la recherche (Villeva et al. 2014)¹¹⁰. Si ce rappel était nécessaire à l'explicitation méthodologique des postures choisies pour effectuer le travail d'investigation mené sur les différents terrains d'observation retenus, et si les difficultés interdisciplinaires ne sont pas abolies et restent prégnantes, il ne faut cependant pas trop durcir le tableau, l'ère des pionniers est révolue ; et même si dans ces domaines rien n'est jamais acquis, comme le rappelle le rapport du groupe de travail Santé et société de l'Alliance Athena, des communautés ont pu se constituer au cours des décennies passées, des dialogues sont engagés de façon pérenne. « Aujourd'hui, le dialogue entre sciences sociales et santé semble avoir évolué : les chercheurs se connaissent mieux et « la question de la légitimité des

¹⁰⁹ Alam, T., Gurruchaga, M. & O'Miel, J., 2013. Science de la science de l'État : la perturbation du chercheur embarqué comme impensé épistémologique. *Sociétés contemporaines*, 3(87), pp.155–176.

¹¹⁰ Villeva, M. et al., 2014. L'interdisciplinarité en action : les « mots-pièges » d' une recherche interdisciplinaire. *Santé publique*, 26(2), pp.155–163.

regards est écartée pour laisser place à une compréhension riche et complexe des objets de la santé » (Eideliman & Kivits 2012: 7)¹¹¹.

¹¹¹ Eideliman, J.-S. & Kivits, J., 2012. Dossier « Recherches en santé et santé de la recherche en sociologie – Orientations, professionnalisation, financements ». *Socio-logos. Revue de l'association française de sociologie [En ligne]*, (7). <http://socio-logos.revues.org/2679>

CHAPITRE 1. QUELLES TRANSFORMATIONS DE L'ESPACE DES SOINS PRIMAIRES AU REGARD DES INJONCTIONS DE PREVENTION ?

« La nation a pour mission, d'après le préambule de la constitution de 1946, de veiller à la « protection de la santé » des citoyens qui ont le droit à des soins de proximité de qualité quels que soient leurs revenus, leur lieu d'habitation et leur niveau d'information. Aujourd'hui une ambition aussi noble, que nul ne saurait remettre en cause, n'est pas complètement réalisée. Afin de remédier à cet état de fait, nous devons revoir les concepts et les comportements traditionnels d'une pratique médicale souvent isolée et centrée sur le seul soin, sans lien avec la prévention, l'éducation, la veille sanitaire et l'action sociale de terrain » (Juilhard et al. 2010b: 10)¹¹².

Le système dit de « soins primaires », de « première ligne » ou de « premier recours » est pensé comme le point d'entrée de la population dans le système de santé. C'est sur lui, et sur les professionnels qui en ont la charge, que repose l'accès à des soins de proximité en dehors des situations d'urgence vitale. Or une mission coordonnée en 2009 par l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS), à la demande de la Ministre de la santé et des sports et des secrétaires d'Etat à la politique de la ville et à l'aménagement du territoire, juge que « le dispositif de premier recours est à bout de souffle. Il ne répond plus ni aux attentes des professionnels, ni aux préoccupations des autorités publiques et n'est plus apte à répondre aux évolutions démographiques et épidémiologiques de la population » (Juilhard et al. 2010b : 4). Ce jugement semble largement partagé et un consensus existe sur la nécessité en France d'une réforme des soins primaires, ensemble de pratiques défini pour très récemment la première fois au plan législatif, dans la Loi Hôpital, patients, santé et territoire de 2009.

Les enjeux qui traversent actuellement l'« espace social » des soins primaires ne peuvent être réduits aux seuls aspects professionnels et imposent d'élargir le regard aux réalités sociales auxquelles est confrontée la population française en matière de santé, aux limites des réponses apportées par le système de santé dans son organisation actuelle et à la manière dont elles sont mises en forme par les acteurs concernés. Ce chapitre s'intéresse ensuite aux bases historiques de la constitution du domaine de pratiques que l'on qualifie aujourd'hui de « soins de premier recours » ou « soins primaires », aux acteurs qui y contribuent et à leur pratiques, aux mouvements d'innovation sociale et organisationnelle et aux réformes qui ont contribué à bousculer ces pratiques au cours de l'histoire récente, et enfin aux éléments de contexte actuel qui induisent pour une part l'innovation et les transformations de cet « espace social ». Nous mobilisons pour cela les textes

¹¹² Juilhard, J.-M. et al., 2010. Le bilan des maisons et des pôles de santé et les propositions pour leur déploiement, Paris : Igas.

juridiques encadrant la pratique des soins primaires, la littérature scientifique et la littérature grise en santé publique, ainsi que la littérature en sciences sociales.

Dans une dernière partie de ce chapitre, nous évoquons les débats actuels en matière de prévention et la manière dont s'est structuré le champ de la prévention en France, pour évoquer les tensions dans lesquelles sont prises les pratiques préventives aujourd'hui, en particulier en soins primaires.

I. Le système de santé français ne permet plus de répondre aux enjeux contemporains

I.1. Un système qui fait face à d'importantes transformations

L'effritement des bases organisationnelles du système de soins français est au centre de travaux de recherche nombreux depuis plusieurs décennies, et en particulier du programme de travail du CERMES qui en a proposé une analyse résumée dans les chapitres introductif et conclusif de l'ouvrage *Quelle médecine voulons-nous ?* (Baszanger et al. 2002c)¹¹³ On y décrit notamment l'effet cumulé sur cet effritement de cinq processus, à l'origine d'enjeux majeurs.

I.1.1. Enjeux liés à la transition démographique

Premièrement, la France connaît une transition démographique liée à l'accroissement et au vieillissement de sa population.

« Les enjeux du vieillissement sont considérables pour la santé publique, car il montre les limites d'une approche biomédicale, centrée sur le cure et négligeant le care, privilégiant les indicateurs de santé plutôt que les indicateurs de bien-être » (Martin & Le Bihan 2010)¹¹⁴. Le vieillissement met en évidence un besoin de nouvelles approches du soin (Doron et al. 2011; Benaroyo et al. 2010)¹¹⁵, ainsi qu'un besoin de prises en charge articulant les dimensions médicale et sociale (Hénaut & Bloch 2014)¹¹⁶ et impliquant de nombreux acteurs, au premier rang desquels les familles et les aidants, qui portent une part importante du fardeau lié à la gestion du handicap et de la dépendance (Clément 2000; Bungener 2004; Weber 2011)¹¹⁷.

¹¹³ Baszanger, I., Bungener, M. & Paillet, A., 2002c. *Quelle médecine voulons-nous ?*, Paris: La dispute.

¹¹⁴ Martin, C. & Le Bihan, B., 2010. Vieillesse. In D. Fassin & B. Hauray, eds. *Santé publique, l'état des savoirs*. Paris: La découverte, pp. 257–268.

¹¹⁵ Doron, C., Lefève, C. & Masquelet, A., 2011. *Soin et subjectivité*, Paris: PUF.

Benaroyo, L. et al., 2010. *La philosophie du soin. Ethique, médecine et société*, Paris: PUF.

¹¹⁶ Hénaut, L. & Bloch, M.-A., 2014. *Coordination et parcours. La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social*, Paris: Dunod.

¹¹⁷ Clément, S., 2000. Le soin familial aux personnes vieillissantes. In P. Keller & J. Pierret, eds. *Qu'est-ce que soigner ? Le soin du professionnel à la personne*. Paris: Syros, pp. 115–131.

1.1.2. Enjeux liés à la transition épidémiologique

Deuxièmement, en lien avec l'amélioration de la nutrition des populations, avec les progrès de l'hygiène, avec les avancées scientifiques médicales en matière diagnostique et thérapeutique et avec l'allongement de la durée moyenne de vie, le 20^{ème} siècle voit, dans les pays développés une transformation profonde du type dominant de maladies qui touchent l'homme. Ce phénomène, qualifié de « transition épidémiologique », correspond au passage des fléaux anciens – maladies infectieuses transmissibles, épidémiques ou endémiques, pour lesquelles l'absence de thérapeutique provoquait des mesures d'éviction ou d'exclusion contraignantes – aux fléaux modernes que représentent les maladies chroniques et dégénératives – maladies non transmissibles, touchant isolément des individus et leur laissant la possibilité de vivre longtemps avec une maladie ou un facteur de risque de maladie, à condition de se plier à une thérapeutique et à un suivi médical stricts (Herzlich & Pierret 1984)¹¹⁸. L'extension de la catégorie de « malade chronique » à celle de « personne à risque » a également des conséquences notamment en termes d'expansion du marché des interventions sanitaires, en termes d'expérience vécue par les personnes et d'enjeux renouvelés dans la décision médicale (Aronowitz 2009)¹¹⁹.

Transition démographique et épidémiologique se conjuguent pour laisser place à des facteurs de risque et des maladies de plus en plus souvent multiples et associés (Clerc et al. 2008; Clerc & Le Breton 2013)¹²⁰, dont la prise en compte se complexifie, nécessitant à la fois la participation active de la personne atteinte, de son entourage et une coordination entre des acteurs spécialisés de plus en plus nombreux issus des secteurs médical et social (Hénaut & Bloch 2014). Différents auteurs y voient l'émergence d'un nouveau paradigme de prise en charge, qui a pu être qualifié d'« approche globale » ou « bio-psychosociale », par opposition à l'approche « biomédicale » (Bury 1988)¹²¹ qui prévalait auparavant. Ce nouveau paradigme a été récemment décrit, de manière un peu provocatrice, comme celui d'une « médecine de l'incurable » visant à « aider les personnes malades à « faire face » ou à « faire avec » le mal lorsque la guérison n'est pas possible, et non plus uniquement à « faire contre » (Mino et al. 2008)¹²², ce qui fait émerger des dimensions inédites, éthiques, cliniques et organisationnelles de la prise en charge. Diverses nouvelles approches, telles les démarches de décision partagée (Moumjid-Ferdjaoui & Carrère 2000; Pierron 2007; Haute Autorité de Santé 2013; Boulec & Poisson 2014)¹²³ ou encore l'approche par les « capacités » (Sen

Bungener, M., 2004. Une gestion des corps malades et vieillissants. Le transfert des activités de soins. In D. Fassin & D. Memmi, eds. *Le gouvernement des corps*. Paris: Editions de l'EHESS, pp. 109–133.

Weber, F., 2011. Handicap et dépendance. Drames humaines, enjeux politiques, Paris: Rue d'Ulm.

¹¹⁸ Herzlich, C. & Pierret, J., 1984. *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui*, Paris: Payot.

¹¹⁹ Aronowitz, R. a, 2009. *The converged experience of risk and disease*. The Milbank quarterly, 87(2), pp.417–42.

¹²⁰ Clerc, P. et al., 2008. Étude Polychrome : construction d'une typologie des pathologies chroniques en médecine générale. Pour une analyse de la poly-prescription. *Pratiques et organisation des soins*, 39(1), pp.43–51.

Clerc, P. & Le Breton, J., 2013. Polyprescription médicamenteuse et polypathologies chroniques : ce qu'en disent les médecins généralistes. *Sciences sociales et santé*, 31(3), pp.71–100.

¹²¹ Bury, J.A., 1988. L'éducation pour la santé. Concepts, enjeux, planification, Bruxelles: De Boeck Université.

¹²² Mino, J.-C., Frattini, M. & Fournier, E., 2008. Pour une médecine de l'incurable. *Etudes*, 6(408), pp.753–764.

¹²³ Moumjid-Ferdjaoui, N. & Carrère, M.-O., 2000. La relation médecin-patient, l'information et la participation des patients à la décision médicale : les enseignements de la littérature internationale. *Revue française des affaires sociales*, (2), pp.73–88.

2010 ; Bungener et al 2014)¹²⁴ permettent également de réinterroger la place de la personne malade dans les décisions concernant sa santé et sa vie avec la maladie.

1.1.3. Enjeux liés aux inégalités sociales et territoriales de santé

Troisièmement, les disparités de santé attribuées à des inégalités sociales et territoriales, dont la visibilité a augmenté au cours des dernières décennies, sont devenues inacceptables. Au début des années 1990 en France, en résonance avec des travaux sociologiques comme ceux de Pierre Bourdieu autour de *La misère du monde* (Bourdieu 1993)¹²⁵, des travaux de recherche et des rapports ciblés sur la santé (HCSP 1994; Lazarus & Strohl 1995; Leclerc et al. 2000; Lebas et al. 2002; Kaminski et al. 2008)¹²⁶ cherchent à mettre en évidence, en France comme ailleurs, les liens entre état de santé et « position sociale » des individus, affirmant le caractère « évitable » de ces disparités (Guichard & Potvin 2010)¹²⁷. Ces travaux révèlent qu'à côté des déterminants individuels (l'âge, le sexe et des facteurs héréditaires), la santé est sous l'influence de déterminants sociaux, parmi lesquels s'imposent les comportements individuels, les communautés dans lesquelles s'inscrivent les individus, leur appartenance culturelle, leurs conditions économiques, environnementales, de vie et de travail (Moleux et al. 2011)¹²⁸. Pointées en 2008 dans un rapport de la Commission des déterminants sociaux de l'Organisation mondiale de la santé (OMS 2008a)¹²⁹, ces inégalités sociales de santé (ISS) acquièrent le statut de problème majeur de santé publique. Elles sont portées à l'agenda politique en France notamment en 2009 par le rapport du Haut conseil de la santé publique (HCSP 2009b)¹³⁰ ouvrant sur de multiples recherches se donnant pour objectif de

Pierron, J.-P., 2007. Une nouvelle figure du patient ? Les transformations contemporaines de la relation de soins. *Sciences sociales et santé*, 25(2), pp.43–66.

HAS, 2013. Comment prendre en charge les personnes âgées fragiles en ambulatoire ? Points clés et solutions, organisation des parcours, Saint-Denis : HAS.

Boulec, C. & Poisson, D., 2014. La décision médicale partagée. *Laennec*, 4(62), pp.4–7.

¹²⁴ Sen, A., 2010. *L'idée de justice*, Paris: Flammarion.

Bungener M, Béliard A, Demagny L, Desprès C, Eyraud B, Sifer-Rivière L, Tellez J, Tibi-Lévy Y, Le Galès C, Vivre à domicile avec la maladie d'Alzheimer au regard des « capacités par faveur ». *A paraître*

¹²⁵ Bourdieu, P., 1993. *La misère du monde*, Paris: Le Seuil.

¹²⁶ HCSP, 1994. *Rapport sur la santé en France*, Paris: La Documentation Française.

Lazarus, A. & Delahaye, G., 2007. Médecines complémentaires et alternatives : une concurrence à l'assaut de la médecine de preuves ? *Les Tribunes de la santé*, 2(15), pp.79–94.

Leclerc, A. et al., 2000. *Les inégalités sociales de santé*, Paris: La découverte.

Lebas, J. et al., 2002. Les inégalités et disparités de santé en France. In *La santé en France 2002*. Paris: La documentation, pp. 163–243.

Kaminski, M., Lang, T. & Leclerc, A., 2008. *Inégaux face à la santé. Du constat à l'action*, Paris: La découverte.

¹²⁷ Guichard, A. & Potvin, L., 2010. Pourquoi s'intéresser aux inégalités sociales de santé ? In L. Potvin, M.-J. Moquet, & C. M. Jones, eds. *La réduction des inégalités de santé : un objectif prioritaire des systèmes de santé*. Saint-Denis: INPES, pp. 35–51.

¹²⁸ Moleux, M., Schaezel, F. & Scotton, C., 2011. *Les inégalités sociales de santé : Déterminants sociaux et modèles d'action*, Paris: IGAS.

¹²⁹ OMS, 2008a. *Comblent le fossé en une génération : Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*, rapport final de la Commission des déterminants sociaux de la santé, Genève: OMS.

¹³⁰ HCSP, 2009. *Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité*, Paris: HCSP.

mieux comprendre les déterminants sociaux de ces inégalités et sur des rapports ministériels explorant encore les moyens de les réduire (Aïach 2010; Lopez et al. 2011; Inserm 2014)¹³¹.

Ces travaux conduisent d'une part à préciser le rôle qui peut être joué par le système de soins (Bourgueil et al. 2012)¹³², dont il est dorénavant communément admis qu'il pourrait contribuer à réduire la mortalité liée aux ISS à hauteur de 10 à 20% (HCSP 2009b). Sont en question des enjeux d'accès aux soins et à la santé (inégalités « primaires » géographiques, économiques et culturelles et inégalités « secondaires » de qualité des soins) (Lombrail 2007)¹³³. Ces travaux viennent d'autre part soutenir le développement d'une approche naissante en France de « promotion de la santé » (OMS 1986; Breslow 1999; Cherubini 2011; Potvin et al. 2010; SFSP 2014a)¹³⁴, s'accompagnant d'un mouvement dit d'« intégration de la santé dans toutes les politiques publiques » (OMS 2010)¹³⁵ opérant à la fois entre différents secteurs (au-delà du seul secteur de la santé, qui peut être amené à jouer un rôle de plaidoyer)¹³⁶ et entre différents niveaux de gouvernement (national, régional et local¹³⁷).

¹³¹ Aïach, P., 2010. *Les inégalités sociales de santé*, Paris: Economica/anthropos.

Lopez, A. et al., 2011. *Les inégalités sociales de santé dans l'enfance. Santé physique, santé morale, conditions de vie et développement de l'enfant.*, Paris : Igas.

Inserm, 2014. *Inégalités sociales de santé en lien avec l'alimentation et l'activité physique*, Paris: Inserm.

¹³² Bourgueil, Y., Jusot, F. & Leleu, H., 2012. Comment les soins primaires peuvent-ils contribuer à réduire les inégalités de santé? *Revue de littérature. Questions d'économie de la santé*, (179), pp.1–8. Available at: <http://www.irdes.fr/Publications/2012/Qes179.pdf>.

Le projet européen AIR (Addressing health inequalities interventions in regions) avait pour objectif de recenser les actions menées dans le secteur des soins pour réduire les inégalités sociales de santé à l'échelle régionale en Europe et d'évaluer leur efficacité.

¹³³ Lombrail, P., 2007. Inégalités de santé et d'accès secondaire aux soins. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 55(1), pp.23–30. Pierre Lombrail décrit dans cet article des inégalités de soins « par construction » - liées à l'absence de prise en compte des inégalités de santé dans l'élaboration de certains programmes institutionnels ou recommandations de pratique, mais plus généralement du fait de la conception de notre système de soins. Par ailleurs, des inégalités de soins « par omission » surviennent du fait de l'inertie d'un système de santé qui méconnaît les inégalités de santé et n'a aucun projet de rattrapage.

¹³⁴ OMS, 1986. *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*, Genève : OMS.

Breslow, L., 1999. From disease prevention to health promotion. *Journal of the American Medical Association*, 281(11), pp.1030–1033.

Cherubini, B., 2011. Des évolutions attendues en promotion de la santé. In *Agir pour la promotion de la santé. Une politique ouverte à l'innovation*. Toulouse: Editions Erès, pp. 7–28.

Potvin, L., Moquet, M.-J. & Jones, C.M., 2010. *Réduire les inégalités sociales en santé*, Saint-Denis: INPES.

SFSP, 2014. Pour une stratégie de prévention articulant la santé dans toutes les politiques, la promotion de la santé et les pratiques cliniques préventives, intégrée à la Stratégie nationale de santé. Propositions. Rapport de la Société française de santé publique, Laxou : SFSP.

¹³⁵ OMS, 2010. *Déclaration d'Adélaïde sur l'intégration de la santé dans toutes les politiques*, Adélaïde: OMS.

¹³⁶ La déclaration d'Adélaïde plaide pour une gouvernance partagée entre les différents secteurs de la société, listant pour l'exemple les secteurs suivants : économie et emploi ; sécurité et justice ; éducation et petite enfance ; agriculture et alimentation ; infrastructures, alimentation et transport ; environnement durable ; logements et services communautaires ; terre et culture.

¹³⁷ Ce travail d'articulation a donné lieu en France récemment à plusieurs recommandations ou avis intersectoriels : Chaire Inpes « Promotion de la santé » à l'EHESP et participants au Séminaire des 4 et 5 juin 2012. Plaidoyer pour l'action sur les déterminants sociaux de la santé en France : Les recommandations du 5 juin 2012. Rennes : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique en collaboration avec l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, le Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales, la Direction générale de la santé, la Société française de santé publique, l'Union internationale de promotion et d'éducation à la santé, et l'Agence régionale de santé Île-de-France, 2013. 6p.

1.1.4. Enjeux liés à l'accroissement de la place de la santé dans la société (médicalisation), et de la place de l'individu dans le système de santé (démocratie sanitaire)

Quatrièmement, divers mouvements, tendus entre convergences et divergences, accompagnent différentes formes de reconfigurations qui intéressent à la fois la place de la santé dans la société (dans un contexte général d'extension du domaine d'intervention de la médecine) et la place de nouveaux acteurs y compris les citoyens et les malades dans le système de santé.

Tout d'abord, l'accroissement considérable, depuis plusieurs décennies, des savoirs scientifiques médicaux et des possibilités diagnostiques et thérapeutiques, ainsi que le déplacement de l'attention portée aux déterminants individuels des facteurs de risque vers leurs déterminants sociaux, ont accompagné une médicalisation de la vie sociale (Conrad 1992)¹³⁸ et une extension continues du domaine d'intervention de la médecine, celle-ci s'emparant progressivement de facettes de la vie jusque là non associées à la santé (Dozon & Fassin 2001)¹³⁹. De ce fait, la santé n'est plus définie par une stricte opposition binaire avec la maladie. Elle devient à la fois : un opérateur de sens (Fassin 1998) à travers lequel se décode l'expérience humaine, dans une société qualifiée parfois de « société sanitaire » (McQueen & Kickbusch 2007)¹⁴⁰; un prétexte d'intervention légitime des pouvoirs publics, processus décrit par Fassin sous le terme de « biolégitimité » (Fassin 1998)¹⁴¹; et le prétexte d'un « biopouvoir », qui s'incarne dans des « biopolitiques » (Foucault 1976; Foucault 1997)¹⁴². Ces propriétés permettent à la santé publique de s'immiscer dans les « affaires privées » suivant des mécanismes paradoxaux sur lesquels nous reviendrons (Demaillly 2013)¹⁴³. Ainsi « la santé est devenue quelque chose vers quoi il faut tendre, un projet, un travail de tous les jours et qui participe de toute notre vie » (Baszanger et al. 2002a: 239)¹⁴⁴. De cette manière, la médecine s'accorde et participe à la responsabilisation croissante de l'individu vis-à-vis de sa santé, s'inscrivant dans le procès de civilisation (Elias 1991)¹⁴⁵¹⁴⁶.

Institut national d'éducation pour la santé, association « Élus, santé publique et territoires », Réseau français des Villes-Santé de l'OMS. Réduire les inégalités sociales et territoriales de santé. Intérêts d'une approche locale et transversale. Saint-Denis, Inpes, juin 2013 : 12 p.

¹³⁸ Conrad, P., 1992. Medicalization and social control. *Annual Review of Sociology*, 18, pp.209– 232.

Pour Conrad, la médicalisation se traduit par la « définition d'un comportement que l'on ramène uniquement à un problème médical ou à une maladie, et le mandat donné à la profession médicale pour y apporter quelque type de traitement » (Conrad 1975: 12). Les auteurs du concept de biomédicalisation posent pour principe que c'est la vie elle-même qui se trouve médicalisée, que c'est le « normal » qui est problématisé, tandis que les frontières entre maladie et santé deviennent insaisissables, avec notamment l'incorporation individuelle et collective de la catégorie du risque (Clarke et al. 2000). La santé n'est plus le silence des organes, mais « réalisation de soi » et intègre le développement incessant des sciences et des techniques, dans un contexte de mondialisation (Carricaburu & Ménoret 2004: 179-183).

¹³⁹ Dozon, J.-P. & Fassin, D., 2001. Critique de la santé publique. Une approche anthropologique, Paris: Balland.

¹⁴⁰ McQueen, D. & Kickbusch, I., 2007. Health and Modernity. The Role of Theory in Health Promotion, New York: Springer.

¹⁴¹ Fassin, D., 1998. Introduction : Politique des corps et gouvernement des villes. La production locale de la santé publique. In *Les figures urbaines de la santé publique : Enquête sur des expériences locales*. Paris: La Découverte, pp. 7–46.

¹⁴² Foucault, M., 1976. *La Volonté de savoir*, Paris: Gallimard.

Foucault, M., 1997. « Il faut défendre la société ». Cours au Collège de France 1976, Paris: Gallimard.

¹⁴³ Demaillly, L., 2013. La santé : affaire privée ? affaire publique ? De la domination dans la santé à la domination par la santé. *Socio-logos. Revue de l'association française de sociologie [En ligne]*, 8(277).

¹⁴⁴ Baszanger, I., Bungener, M. & Paillet, A., 2002a. Conclusion. Quel mandat pour la médecine ? In *Quelle médecine voulons-nous ?*. Paris: La dispute.

¹⁴⁵ Elias, N., 1991. La société des individus, trad. de l'allemand [Die Gesellschaft der Individuen], Paris: Librairie Anthème Fayard.

Toutefois, dotés d'un niveau d'éducation plus élevé et ayant plus facilement accès à l'information, les « usagers », dans leur quête de santé, adoptent une approche critique (Illich 1975; Dupuy & Karsenty 1974)¹⁴⁷ et modifient leurs attentes vis-à-vis du système de soins, comme en atteste le recours croissant aux médecines parallèles et à d'autres approches pourvoyeuses de « bien-être » (Benoist 1997; Lazarus & Delahaye 2007; Ash & Volpp 2012)¹⁴⁸, qui érodent le monopole de la médecine. Par ailleurs, du fait de scandales sanitaires répétés et du travail de décryptage effectué ou relayé par les médias, la société a modifié ses façons de faire confiance à la médecine, comme à la science, et est aujourd'hui plus méfiante vis-à-vis des intérêts privés, notamment ceux qui interviennent dans la production des biens de santé (industrie pharmaceutique) et dans l'administration des soins (intérêts professionnels privés), permettant aux autorités publiques de gagner en autonomie par rapport à ces intérêts (Hassenteufel 2010b)¹⁴⁹. Cela prend notamment la tendance d'une judiciarisation avec le passage pour la médecine d'une obligation de rendre des comptes à la société et non plus de se soumettre seulement au jugement professionnel (Freidson 1983; Freidson 1984c; Barbot & Fillion 2006)¹⁵⁰.

Parallèlement, certaines innovations scientifiques, techniques et professionnelles s'efforcent de placer le patient au centre du système de soins, donnant corps à l'attente d'une médecine « centrée sur le patient » qui ne soit pas réduite à un slogan. Ainsi, selon Eve Bureau et Judith Herman-Mesfen, « le développement d'une approche extensive de la maladie et le décloisonnement de la science qui en découle, la remise en cause de la biomédecine, l'institutionnalisation d'une médecine centrée sur le patient et enfin, le renforcement des valeurs liées à l'individualisme contemporain » font apparaître une nouvelle figure du malade, qualifié de « patient contemporain », envisagé comme « autonome, souverain et acteur de sa prise en charge » (Bureau & Hermann-Mesfen 2014: §8)¹⁵¹. La médecine - comme d'ailleurs plus globalement la société où se sont développées démocratie participative et exigences de partenariat et de délibération entre les acteurs dans la conduite de l'action publique (Maudet 2002)¹⁵² - se décloisonne progressivement pour adopter un mode de gestion plus démocratique et impliquer les patients à différents niveaux du système de santé, au sein

¹⁴⁶ Certains auteurs soulignent d'ailleurs que « Dans un contexte où la santé la plus précaire est toujours du côté des moins dotés, culturellement, socialement, économiquement, ce devoir est loin d'être une prescription équitable » (Carricaburu & Ménoret 2004: 200).

¹⁴⁷ Illich, I., 1975. *Némésis médicale*, Paris: Le Seuil.

Dupuy, J. & Karsenty, S., 1974. *L'invasion pharmaceutique*, Paris: Le Seuil.

¹⁴⁸ Benoist, J., 1997. Réflexions sur le pluralisme médical. Tâtonnements, alternatives ou complémentarités ? *Psychosomatique und psychosoziale medizin*, 1-2(26), pp.10-14.

Lazarus, A. & Delahaye, G., 2007. Médecines complémentaires et alternatives : une concurrence à l'assaut de la médecine de preuves ? *Les Tribunes de la santé*, 2(15), pp.79-94.

Ash, D. & Volpp, K.G., 2012. What business are we in? The emergence of health as the business of health care. *The New England journal of medicine*, 367(10), pp.888-889.

¹⁴⁹ Hassenteufel, P., 2010. Les intérêts privés. In D. Fassin & B. Hauray, eds. *Santé publique, l'état des savoirs*. Paris: La Découverte, pp. 469-478.

¹⁵⁰ Freidson, E., 1983. The reorganization of the professions by regulation. *Law and Human Behavior*, 7, pp.279-290.

Freidson, E., 1984b. The changing nature of professional control. *Annual Review of Sociology*, 10, pp.101-120.

Barbot, J. & Fillion, E., 2006. La « médecine défensive » : critique d'un concept à succès. *Sciences sociales et santé*, 24(2), pp.5-33.

¹⁵¹ Bureau, E. & Hermann-Mesfen, J., 2014. Les patients contemporains face à la démocratie sanitaire. Introduction au dossier [en ligne]. *Anthropologie & Santé*. Available at: URL : <http://anthropologiesante.revues.org/1342>.

¹⁵² Maudet, G., 2002. La « démocratie sanitaire » : penser et construire l'usager. *Lien social et politiques*, (48), pp.95-102.

des institutions (Ghadi 2009)¹⁵³ et jusque dans le colloque singulier avec le médecin¹⁵⁴, notamment au travers du développement de l' « éducation thérapeutique du patient » (Sandrin-Berthon 2000; Genolini et al. 2011)¹⁵⁵. Cependant les usages de cette démocratie sanitaire restent ambigus, à l'image de la situation inconfortable des représentants des usagers dans les dispositifs existants, qui restent des arènes à dominante professionnelle, avec « les usagers au centre, les professionnels au milieu... » (Lascoumes 2002: 121)¹⁵⁶. Malgré les transformations apportées notamment par les mouvements d'associations de patients (Barbot 2002; Rabeharisoa & Callon 1999; Akrich et al. 2009)¹⁵⁷, trois processus s'opposent à l'émergence du patient contemporain et l'empêchent d'être « au centre », même s'il est davantage pensé comme tel : d'abord le fait que le système de santé est d'abord organisé pour les professionnels de santé, ensuite l'asymétrie structurelle des relations soignants-patients et des savoirs, enfin la diversité d'usages et d'interprétations du « patient contemporain » et l'adhésion variable des acteurs aux valeurs qu'il incarne (Bureau & Hermann-Mesfen 2014)¹⁵⁸. Un récent rapport intitulé « Pour l'an II de la démocratie sanitaire » montre les limites des avancées récentes en la matière et fait des propositions pour améliorer plus profondément et durablement la représentation des usagers dans les établissements de santé (Compagnon 2014)¹⁵⁹.

Au-delà des seuls établissements de santé, les enjeux autour de la problématique de la place relative de l'expert et du profane dans les sociétés modernes restent en effet centraux dans le domaine de la santé, comme l'exprimait déjà Eliot Freidson il y a plus de quarante ans : « Les rapports entre le spécialiste et la société moderne semblent bien former l'un des principaux problèmes de notre temps : au cœur de ce problème, on trouve en effet les enjeux de la démocratie et de la liberté, et de l'emprise que les hommes ordinaires peuvent avoir sur leur propre vie. Plus les décisions sont prises par l'expert et moins elles peuvent l'être par le profane » (Freidson 1984a: 328)¹⁶⁰.

¹⁵³ Ghadi, V., 2009. Evolution et légitimité de la représentation des usagers dans le système de santé français. *Actualité et dossier en santé publique*, (68), pp.18–19.

¹⁵⁴ La médecine a été en cela encouragée par la réforme hospitalière de 1996, par les Etats généraux de la santé de 1999 puis par la loi de 2002 relative « aux droits des maladies et à la qualité du système de santé »

¹⁵⁵ Sandrin-Berthon, B., 2000. L'éducation thérapeutique au secours de la médecine, Paris: PUF.

Genolini, J.-P. et al., 2011. "L'éducation" du patient en médecine générale : une activité périphérique ou spécifique de la relation de soin ? *Sciences sociales et santé*, 29(3), pp.81–121.

¹⁵⁶ Lascoumes, P., 2002. Représenter les usagers. In I. Baszanger, M. Bungener, & A. Paillet, eds. *Quelle médecine voulons-nous ?*. Paris: La dispute, pp. 107–125.

¹⁵⁷ Barbot, J., 2002. Les malades en mouvement. La médecine et la science à l'épreuve du sida, Paris: Balland.

Rabeharisoa, V. & Callon, M., 1999. Le pouvoir des malades. L'Association française contre les myopathies et la recherche, Paris: Presses de l'Ecole des Mines.

Akrich, M., Méadel, C. & Rabeharisoa, V., 2009. *Se mobiliser pour la santé. Des associations de patients témoignent*, Paris: Presses de l'Ecole des Mines.

¹⁵⁸ Op. cit.

¹⁵⁹ Compagnon, C., 2014. Pour l'an II de la démocratie sanitaire. Rapport établi à la demande de Madame la ministre des affaires sociales et de la santé,

¹⁶⁰ Freidson, E., 1984. *La profession médicale [Profession of medicine, 1970]*, Paris: Payot.

1.1.5. Enjeux économiques et de régulation des dépenses de santé (socialisées), impliquant des choix de société

Cinquièmement, l'expansion du marché de la santé dans un contexte de crise économique impose de revoir les modes de financement et le système de régulation des dépenses de santé pour repousser le risque d'éclatement du système de santé solidaire fondé sur l'assurance maladie.

Dans la continuité d'un mouvement de mutualisation des coûts de prise en charge sanitaire qui avait débuté en 1850, la création des assurances sociales en 1945 avait accéléré considérablement le développement de la consommation médicale, soutenue par une avancée continue des connaissances scientifiques et par une plus grande efficacité des pratiques, ainsi que par une régulation confiée très largement à la seule profession médicale, dans le contexte de croissance économique des trente glorieuses (Benamouzig 2010)¹⁶¹. La croissance des dépenses de santé, liée notamment aux progrès techniques et à l'adoption rapide de nouvelles technologies médicales, avait commencé à se heurter dès les années 80 aux contraintes budgétaires de plus en plus fortes qui pesaient sur l'économie française. Toutefois, le développement des connaissances en économie de la santé¹⁶² et les nombreuses réformes et dispositifs de rationalisation des choix budgétaires et de régulation des dépenses¹⁶³ mis en place au sein de l'administration de la santé n'ont pas permis d'endiguer, mais simplement de freiner la croissance régulière des dépenses de santé (Bellanger & Palier 2010)¹⁶⁴, qui représentent aujourd'hui 12% du Produit intérieur brut (PIB) de la France¹⁶⁵ et dont l'Etat et la Cnamts considèrent de plus en plus qu'elles ne sont pas « soutenables » dans un contexte d'endettement croissant (Polton 2008)¹⁶⁶. Le financement des dépenses de santé est aujourd'hui assuré majoritairement par la sécurité sociale (73%), que complètent essentiellement les assurances privées (14%), les versements nets des ménages (8%) et l'administration publique (4%) (OCDE 2013: 165)¹⁶⁷.

Le développement de l'économie de la santé, des institutions qui s'en emparent (agences et Haute autorité de santé), des approches et méthodes validées et des systèmes d'information, mobilisés notamment dans le cadre de la « recherche sur les services de santé » (HSR) naissante en

¹⁶¹ Benamouzig, D., 2010. Système de santé. In D. Fassin & B. Hauray, eds. *Santé publique, l'état des savoirs*. Paris: La découverte, pp. 317–328.

¹⁶² Daniel Benamouzig a étudié l'histoire des premiers travaux qui ont mené au développement d'une économie de la santé en France (Benamouzig 2000) : Benamouzig, D., 2000. Essor et développement de l'économie de la santé en France. Une étude empirique de sociologie cognitive, Thèse de sociologie sous la direction de R. Boudon. Université Paris IV.

¹⁶³ Blocage des tarifs de la sécurité sociale et responsabilisation des assurés, puis négociation avec les professions médicales (1995), et enfin tentative de réforme en profondeur du système afin de donner plus de pouvoir d'intervention à l'Etat (Bellanger & Palier 2010). Notamment l'apparition de nouveaux mécanismes de régulation par la qualité (Setbon 2000; Robelet 2002), ou par les chiffres (Marks 2000; Castel 2014)... nous aborderons plus loin en détail la manière dont ils influent sur la pratique des soins primaires.

¹⁶⁴ Bellanger, M. & Palier, B., 2010. Système de protection maladie. In D. Fassin & B. Hauray, eds. *Santé publique, l'état des savoirs*. Paris: La découverte, pp. 304–316.

¹⁶⁵ En 2011, les travaux de l'OCDE plaçaient la France en 3^{ème} position dans le monde pour ses dépenses de santé en pourcentage du PIB (11,6%), derrière les Etats-Unis (17,7%) et les Pays-Bas (11,9%) et devant l'Allemagne (11,3%) et le Canada (11,2%) (OCDE 2013: 157). Cependant la France se place en 10^{ème} position pour le montant des dépenses de santé par habitant (Op. cit. : 155).

¹⁶⁶ Polton, D., 2008. Nos systèmes de santé sont-ils soutenables ? *Santé, société et solidarité*, 7(2), pp.125–135.

¹⁶⁷ OCDE, 2013. Panorama de la santé 2013 : les indicateurs de l'OCDE, Editions OCDE.

France, permet d'évaluer non seulement les processus mais aussi les effets des soins, pour orienter les investissements vers une recherche d'efficacité (Ash & Volpp 2012). Différents dispositifs sont ainsi expérimentés et testés, recourant de plus en plus souvent à une approche populationnelle. Les professionnels se voient sommés de « rendre des comptes » sur l'utilisation des ressources qui leur sont confiées et différentes perspectives¹⁶⁸ commencent à être convoquées pour réfléchir aux implications des avancées scientifiques et à la juste répartition des ressources, même si, on l'a déjà évoqué, la gouvernance du système comme les choix de société qu'elle entraîne restent l'apanage des professionnels.

Le diagnostic porté aujourd'hui par les chercheurs en santé publique et par les politiques sur la capacité du système de santé français à répondre à ces enjeux est sévère. Ce jugement, loin d'être nouveau (des critiques se font entendre depuis la fin des années 1970), est renforcé par un large consensus, de plus en plus partagé entre professionnels et citoyens, sur l'insuffisance des mesures prises au cours des dernières années, sur la nécessité d'une réforme profonde, sur l'urgence de la mettre en œuvre, avec un accent particulier à mettre sur une restructuration des soins de premier recours.

1.2. Un diagnostic sévère quant à la capacité du système à répondre aux enjeux contemporains, et un consensus accru sur la nécessité d'une réforme, notamment des soins primaires

« Le système de santé français, classé le meilleur du monde par l'OMS en 2000, contient en lui-même un véritable paradoxe. Il se situe en effet dans les premiers pour son espérance de vie à la naissance mais aussi pour sa surmortalité prématurée, indigne d'un pays riche. Et les performances du système, bien qu'honorables, risquent de se dégrader encore, les résultats observés ne paraissant pas à la hauteur des ressources qui y sont consacrées, eu égard notamment aux financements publics. Les risques auxquels sont confrontés les Français ne cessent de se diversifier, qu'ils soient sociaux, professionnels ou sanitaires, et ce en dépit d'une politique de prévention émergente. L'offre des soins de ville est en constante recherche d'optimisation, tandis que le système hospitalier amorce une mutation tant attendue. Quant aux inégalités sociales de santé, elles soulignent que la société française doit au plus vite adapter son système de santé afin de répondre aux nombreux défis qui l'attendent. » (Fantino & Ropert 2008)¹⁶⁹

¹⁶⁸ perspective éthique, ou de justice sociale : voir par exemple (Sen 2010)

¹⁶⁹ Fantino, B. & Ropert, G., 2008. Le système de santé en France. Diagnostic et propositions, Paris: Dunod.

Ce constat, posé par des médecins et cadres de l'assurance maladie après maints autres de même tonalité, laisse entendre que le système de santé, malgré son efficacité reconnue dans certains domaines, pêche à la fois par défaut d'efficience (les résultats en termes de santé ne sont pas à la hauteur des investissements) et par manque d'équité (incapacité à réduire les inégalités sociales de santé)¹⁷⁰, ne lui permettant pas de faire face aux enjeux contemporains que nous avons brièvement évoqués. Faut-il pour autant le partager sans l'interroger plus avant ? Il faut d'abord remarquer que ce constat s'appuie souvent sur une remise en question des orientations dominantes du système de santé fortement liées à son histoire.

1.2.1. Orientations du système de santé et influences des dynamiques historiques constitutives

Le vocable « système de santé » recouvre aujourd'hui un ensemble d'acteurs (individus et institutions) en charge de maintenir et rétablir la santé de la population (Teil, 2000). La France compte environ un million de professionnels de santé appartenant à 14 professions différentes selon le code de la santé publique (ONDPS 2012)¹⁷¹¹⁷². De nombreux autres acteurs interviennent dans l'offre de santé, l'hôpital participant au service public employant à lui seul 1,2 millions de personnes, à la fois professionnels de santé, agents techniques et administratifs (Schweyer 2010c)¹⁷³.

Le système de santé que nous connaissons aujourd'hui s'est développé dans l'après-guerre, avec le dynamisme économique de la reconstruction, stimulé par les progrès des connaissances médicales et des techniques diagnostiques et thérapeutiques. Le système de protection sociale qui a soutenu financièrement le développement privilégié d'un marché des soins s'est construit selon une logique d'inspiration « bismarckienne », ou « assurantielle », fondée initialement sur le travail et la capacité des individus à s'ouvrir des droits grâce à leur activité professionnelle. Cette protection obligatoire, reposant sur des cotisations sociales et gérée par les salariés et les employeurs, a progressivement pris une dimension universelle (caractéristique d'une logique « Beveridgienne », ou « assistancielle »), en se généralisant en 1975 sur des critères de résidence et en s'élargissant aux étudiants, retraités, salariés au chômage et bénéficiaires de l'aide sociale. Cette logique s'est encore étendue en 1999 avec la création de la CMU. Il faut toutefois noter que la profession médicale, celle notamment exerçant en libéral, n'a pas pris d'emblée (ni d'ailleurs par la suite) conscience de

¹⁷⁰ « Le système de santé français est souvent présenté comme un système paradoxal. Si l'OMS a jugé que « la France fournit les meilleurs soins de santé du monde » (OMS 2000b), notre pays se distingue dans le même temps par un indice relatif d'inégalités particulièrement élevé (Kunst 1997). L'excellence du système cohabite également avec l'idée qu'il n'est pas « soutenable » (Polton 2008; Moleux et al. 2011), suggérant que ses résultats ne sont pas à la hauteur de son coût. Coexistent ainsi deux formes différentes d'évaluation : l'une s'attache aux principes énoncés et aux dispositifs permettant de les mettre en œuvre, l'autre regarde les résultats à travers les réalités disparates sur le terrain, en s'appuyant essentiellement sur des données quantitatives » (Hardy 2013).

¹⁷¹ ONDPS, 2012. Des professions de santé en évolution : pharmaciens, orthophonistes, médecins en formation. Le rapport 2010-2011, Paris : ONDPS.

¹⁷² L'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS) recense précisément 1 049 482 professionnels de santé au 1er janvier 2011, dont un peu plus de la moitié sont des infirmiers, et un peu moins de 20% des médecins.

¹⁷³ Schweyer, F.-X., 2010. Professions de santé. In *Santé publique, l'état des savoirs*. Paris: La découverte, pp. 329-340.

l'extraordinaire puissance de développement de son activité que lui procurait la mise en place institutionnelle d'un tel financement captif du marché des soins (Herzlich et al. 1993)¹⁷⁴.

La mise en place et le développement du système de santé se sont ainsi fondés sur de grandes orientations qui imprègnent encore fortement le système de santé aujourd'hui.

Tout d'abord, suivant les avancées des connaissances, celui-ci s'est construit essentiellement autour de la prise en charge des maladies et donc des soins curatifs, selon un processus qui a vu le nombre de spécialités médicales augmenter régulièrement et les plus anciennes se diviser en sous-spécialités, circonscrivant des objets de plus en plus étroits tout en faisant appel à des compétences de plus en plus spécifiques (Pinell 2005)¹⁷⁵.

Parallèlement à cette spécialisation s'est dessinée une polarisation forte entre l'hôpital et le secteur des soins dits « ambulatoires » ou « de ville », . L'offre du système de soins, décrite comme pluraliste, s'est en fait organisée d'une part autour d'établissements hospitaliers publics et privés sur lesquels la réforme Debré de 1958 a centré de manière prépondérante le système de santé français, et d'autre part autour de professionnels de santé libéraux, installés le plus souvent dans des cabinets individuels ou regroupés dans des structures monoprofessionnelles (cabinets de groupe médicaux, infirmiers, de kinésithérapeutes, etc.) et plus récemment pluriprofessionnelles.

Cette polarisation hôpital-ville est renforcée par l'héritage historique de mécanismes distincts de régulation, celle des dépenses de ville ayant été déléguée à l'assurance maladie¹⁷⁶, tandis que les dépenses hospitalières et de santé publique étaient mises sous tutelle de l'Etat (Benamouzig 2010). De plus, la gouvernance nationale du système de santé s'est progressivement « éclatée »¹⁷⁷ d'une part entre plusieurs directions ministérielles (Direction générale de la santé, Direction générale de l'offre de soins et Direction de la sécurité sociale), et, d'autre part, entre le ministère et des « pouvoirs périphériques » exercés par trois types d'instances nationales : les organismes de sécurité sociale, les agences sanitaires indépendantes, les institutions régionales ; ainsi que par les institutions européennes.

En se focalisant fortement sur les structures et les professionnels, le système de santé a fondé prioritairement son essor sur l'offre de soins, avec l'objectif, conforme à la charte de la médecine libérale, de répondre à la demande individuelle des usagers, au détriment des besoins de santé mesurés au niveau d'une population. Cette focalisation sur l'offre a en outre contribué à renforcer le cloisonnement entre spécialités médicales, entre ville et hôpital, et entre secteurs public et privé.

Plus largement, la gestion scindée de l'offre de soins (partagée entre l'Etat et l'assurance maladie) et de l'offre de prévention (confiée à l'Etat) induit un cloisonnement supplémentaire entre soins

¹⁷⁴ Herzlich, C., Bungener, M. & Paicheler, G., 1993. *Cinquante ans d'exercice de la médecine*, Paris: Éditions Doin-Inserm.

¹⁷⁵ Pinell, P., 2005. Champ médical et processus de spécialisation. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 156-157(1), p.4.

¹⁷⁶ Les relations entre l'Etat et la médecine libérale sont particulières, du fait du mandat donné à la médecine à travers la « charte de la médecine libérale » de 1927 (dont nous reverrons les principes plus loin). D'où une négociation par voie conventionnelle avec la Cnamts qui laisse beaucoup de latitude à la profession médicale par la voix des syndicats.

¹⁷⁷ selon le terme employé par Daniel Benamouzig (Op. cit. 2010)

curatifs et prévention, tandis que la gestion par des acteurs distincts des différentes composantes des prestations sociales (distinguant les risques « santé », « vieillesse-survie », « maternité-famille », « emploi », « logement » et « exclusion sociale ») est responsable d'une difficulté d'articulation entre les prises en charge sanitaires et sociales.

Dans cet univers clivé, les professions de santé se sentent elles-mêmes « soumises à un système rigide et cloisonné » (Hénart et al. 2011)¹⁷⁸, leurs règles d'organisation inscrites dans le Code de la santé publique introduisant une séparation stricte entre les « professions médicales », les « professions de la pharmacie » et les « auxiliaires médicaux, aides-soignants, auxiliaires de puériculture et ambulanciers ». Ces règles placent la profession médicale au centre, donnant alors satisfaction à ses revendications, les compétences des autres professions étant construites comme des dérogations au monopole de la profession médicale. La médecine occupe une position particulière liée à l'affirmation de son autonomie professionnelle, qui repose sur la capacité, acquise au début du 20^{ème} siècle, d'évaluer et de contrôler elle-même l'aspect technique de son travail, et de manière plus périphérique, ses aspects socio-économiques (Freidson 1984b)¹⁷⁹. Deux métaphores sont souvent reprises pour illustrer les rapports de pouvoir sans cesse reposés à travers la question de la légitimité des professions de santé : les professions paramédicales s'organisent comme des satellites autour de la médecine, dont dépend étroitement la définition de leur activité quotidienne ; et la profession médicale est construite comme une pyramide, dont la base est constituée par les médecins généralistes et le sommet les praticiens hospitaliers (Aïach & Fassin 1994)¹⁸⁰.

Le secteur ambulatoire du système de soin français s'est construit autour du respect de libertés et de principes, à la fois pour les patients et pour les professionnels, inscrits dans la charte de la médecine libérale, dessinant une organisation qui a été décrite comme « libérale », « morcelée », et « faiblement coordonnée » (Bourgueil 2008)¹⁸¹. Les fondements de la médecine libérale, posés dès la naissance du syndicalisme médical au 19^{ème} siècle, ont été cristallisés en 1927 en sept principes qui constituent « la charte commune de la profession » : « 1. le libre choix, 2. le respect absolu du secret professionnel, 3. le droit à des honoraires pour tout malade soigné, 4. le paiement direct par l'assuré en prenant pour base minimum les tarifs syndicaux, 5. la liberté thérapeutique et de prescription, 6. le contrôle des malades par les caisses, des médecins par les syndicats et une commission médicale d'arbitrage en cas de désaccord, 7. la nécessité de représentation du syndicat dans les commissions techniques organisées par les caisses. » (Hassenteufel 2008)¹⁸² Même si ces principes ont été progressivement remis au moins partiellement en cause par différents dispositifs (que nous décrirons plus tard pour ceux qui concernent le premier recours), ils restent très structurants dans les discours syndicaux et pèsent fortement sur les négociations des médecins avec l'Etat et l'Assurance maladie.

¹⁷⁸ Hénart, L., Berland, Y. & Cadet, D., 2011. Rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire. Professionnels d'aujourd'hui et nouveaux métiers, des pistes pour avancer, Paris: La Documentation Française.

¹⁷⁹ Freidson, E., 1984b. The changing nature of professional control. *Annual Review of Sociology*, 10, pp.101–120.

¹⁸⁰ Aïach, P. & Fassin, D., 1994. Les métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité, Paris: Anthropos-économica.

¹⁸¹ Bourgueil, Y., 2008. L'organisation des soins de premiers recours en France : une réforme en quête de projet ? *Santé, société et solidarité*, (2), pp.105–114.

¹⁸² Hassenteufel, P., 2008. Syndicalisme et médecine libérale : le poids de l'histoire. *Les tribunes de la santé*, 1(18), pp.21–28.

La démographie des professionnels de santé a elle aussi été pensée dans le cadre de la charte, se refusant longtemps à une régulation publique, au profit d'une régulation par le marché, impliquant une liberté d'installation, acquise formellement en 1971 et toujours d'actualité pour les médecins libéraux.

Enfin les modalités de rémunération des professionnels de santé libéraux sont organisées autour du paiement à l'acte, les actes étant définis et cotés dans le cadre régulièrement renégocié d'une Convention nationale et d'une Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) des médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux. Ce système d'accords-cadres signés entre les représentants des professionnels et l'assurance maladie, avec un droit de regard de l'Etat, permet d'attribuer aux actes une valeur monétaire qui sera exigée du patient et remboursable par l'assurance maladie obligatoire et complémentaire, valeur que les professionnels peuvent, depuis quelques années, dépasser dans certains cas. Les médecins sont de ce fait une exception parmi les professions libérales, étant les seuls à avoir un statut libéral tout en ayant des revenus assurés par la collectivité, et en étant dotés d'une grande liberté quant au volume d'actes réalisés et quant à leurs prescriptions qui engagent des dépenses médicamenteuses et d'actes techniques en grande partie remboursables, réalisés par d'autres professionnels (Samson 2009)¹⁸³. Du côté de l'hôpital, premier poste de dépense (OCDE 2013)¹⁸⁴, des dispositifs de maîtrise des volumes financiers ont commencé à être introduits à partir de 1983¹⁸⁵.

1.2.2. Organisation du système de santé : des cloisonnements multiples et des difficultés de régulation

Aujourd'hui ces orientations et cette organisation du système de santé sont décrites comme responsables de problèmes identifiés et discutés depuis près de quarante ans, comme le rappelle cette liste proposée par un ancien médecin conseil de l'assurance-maladie, qui reste d'actualité : « La régulation des dépenses, la démographie médicale, les pratiques et les prescriptions des professionnels, la qualité des soins, leur évaluation, leur efficacité, la formation initiale et continue, les plaintes des usagers, l'essor des techniques diagnostiques et thérapeutiques, le développement de la santé publique, les inégalités de santé, les insuffisances et les défauts de l'appareil de distribution des soins étaient alors autant de sujets, longuement discutés durant les années soixante-dix, qui, au début des années quatre-vingt, étaient connus et analysés par les sociologues, les

¹⁸³ Samson, A.-L., 2009. Faut-il remettre en cause le paiement à l'acte des médecins ? Regards croisés sur l'économie n°5 "Au chevet de la santé", Paris: La découverte.

¹⁸⁴ Les dépenses de santé en France se répartissent entre soins hospitaliers (37%), soins ambulatoires (22%), soins de longue durée (11%), biens médicaux (21%) et services pour la collectivité (9%) (OCDE 2013: 159).

¹⁸⁵ A partir de 1983, deux voies sont ouvertes : pour les établissements publics, une enveloppe de fonctionnement annuel limitative (dotation globale), qui instaure une maîtrise comptable, et pour les établissements privés à but lucratif, une facturation directe des actes à l'assurance maladie... puis à partir de 1996 une maîtrise médicalisée (pour les privés : facturation en fonction de tarifs négociés au plan régional avec l'ARH (à partir de 1996) et encadrés par des objectifs quantifiés nationaux pour les forfaits de prestations rémunérant les structures. En 2004, mise en place de la tarification à l'activité, mode de financement unique pour les établissements de santé publics et privés, reposant sur une logique de mesure de la nature et du volume des activités et non plus sur une autorisation de dépenses comme c'était encore le cas pour les établissements publics.

économistes, les travailleurs sociaux, les psychologues et quelques professionnels des soins » (Béraud 2002)¹⁸⁶.

Cette actualité demeure, témoignant que la maintenance des mêmes orientations au fondement du système de santé - centré sur les soins à apporter à des demandes individuelles, suivant une approche principalement curative - ne permet pas d'apporter une réponse adaptée au vieillissement et à l'augmentation des handicaps et maladies chroniques, ni de répondre aux nouvelles attentes des usagers vis-à-vis de la santé, ni encore d'améliorer l'accès à des services de santé de qualité dans une enveloppe maîtrisable et un système équitable. Mais contrairement aux propos de 2002, on ne peut plus aujourd'hui évoquer seulement quelques professionnels de soins pour s'emparer de ces doléances, qui sont reprises tant individuellement que collectivement et de façon plus ou moins organisée, par une large communauté d'entre eux et sont à l'origine d'abandons d'exercice : « certains qui dé-plaquent » ! Ceux-ci pointent et mettent particulièrement en cause les multiples cloisonnements, la pratique souvent isolée et même les effets de la rémunération à l'acte de nombreux professionnels. Ces éléments compliquent la communication entre professionnels et entre secteurs, pourtant indispensable dans la gestion des situations complexes de plus en plus fréquentes (polypathologies, difficultés sociales et médicales intriquées, etc.). Ces cloisonnements sont régulièrement dénoncés, de même que le chevauchement des fonctions : « Efficace mais peu efficient, [le système de santé] est cloisonné suivant une logique plus administrative que fonctionnelle qui compromet la coordination des soins [...] Les chevauchements dans les fonctions sont en somme la conséquence de la coordination cloisonnée du système. La gestion des clivages dominants (public/privé, ambulatoire/hospitalier, préventif/curatif, État/assurance maladie), reflet des besoins des prestataires et de leur administration, empêche de voir le clivage fonctionnel (premier échelon/services de références), reflet des besoins des malades, [...]. Or c'est précisément de l'articulation optimale de ces deux échelons fonctionnels que résultera l'intégration du système » (Blaise et al. 2001)¹⁸⁷.

Par ailleurs, en contexte de crise économique et de déficit budgétaire, les lacunes de régulation du système sont de plus en plus criantes et viennent effriter l'autonomie des professionnels. Elles se manifestent par exemple dans la démographie médicale, à travers la baisse récente des effectifs médicaux, liée à la politique de maîtrise de l'offre et de *numerus clausus* engagée par les pouvoirs publics : cette baisse favorise l'apparition de zones sous-dotées, qualifiées de « déserts » médicaux, renforçant les inégalités territoriales d'accès aux soins, ce qui vient interroger la liberté d'installation des médecins. Un autre exemple réside dans les difficultés que rencontrent les pouvoirs publics à garantir la qualité et l'efficacité des soins, à contrôler l'organisation de l'offre et maîtriser les dépenses de santé. Sur ces derniers points, l'analyse du dernier rapport de la Cour des Comptes met explicitement en cause le poids des professionnels dans la négociation conventionnelle. « Le modèle conventionnel bâti sur les fondements de la réforme de 2004 s'est essoufflé et a montré ses limites. Tout en voulant rester présent, l'État s'en est progressivement remis, sur des sujets importants, aux

¹⁸⁶ Béraud, C., 2002. Les transformations du système de soins au cours des vingt dernières années : point de vue d'un acteur. *Sciences sociales et santé*, 20(4), pp.37-74.

¹⁸⁷ Blaise, P. et al., 2001. Le système de santé français vu de l'étranger: éclatements et doubles emplois. *Actualité et dossier en santé publique*, (37), pp.54-56.

politiques conventionnelles, comme pour l'organisation du parcours de soins, les politiques de prévention ou les besoins engendrés par le vieillissement de la population. Or, les politiques conventionnelles n'ont pas apporté de réponses satisfaisantes, que ce soit en matière d'accès aux soins ou d'organisation de l'offre. En outre, l'élargissement considérable de leur champ a engendré des dépenses nouvelles sans que les obligations définies en contrepartie soient toujours à la hauteur des enjeux ni leurs résultats mesurables. La recherche de compromis fluctuant suivant les professions et les situations, et résultant dans le cas des médecins d'une quasi cogestion, s'est faite au détriment de la lisibilité du système de soins et d'une prise en considération globale des besoins des patients et de leur évolution » (Cour des comptes 2014)¹⁸⁸.

Enfin, si l'on considère qu'un « système » est « un ensemble d'éléments, matériels ou non, qui dépendent réciproquement les uns des autres de manière à former un tout organisé » (Lalande 2010)¹⁸⁹, certains auteurs ont pu écrire au début des années 2000 que le système de santé n'en avait pas toutes les caractéristiques, du fait des multiples cloisonnements qui le traversent, de sa gouvernance « éclatée » et de sa régulation multiple, qui aboutissent à ce que « les finalités locales ne concourent pas aux finalités globales. Les finalités du système de soins ne s'inscrivent pas dans les finalités du système de santé [...] il n'y a pas de véritable décentralisation des objectifs globaux » (Teil 2000)¹⁹⁰. Opposer soins et santé ouvre un dilemme tel que les pouvoirs publics se sont engagés dans des réformes importantes pour tenter d'y remédier.

1.2.3. Une conduite de réformes difficile pour des raisons similaires

Or les réformes ont toujours été extrêmement difficiles à conduire dans ce domaine car « la santé [se trouve] otage de son système », et car « les divers scénarios de réforme de notre système de santé [...] restent trop marqués par le débat politique national, trop éloignés des véritables enjeux de santé publique » (Binst & Schweyer 1995: 2)¹⁹¹. Ces auteurs proposaient dès la fin des années 90 trois hypothèses explicatives à cette situation. Ils y percevaient tout d'abord un manque de régulation (et non de réglementation), entendant par régulation « l'ensemble des contraintes imposées, des normes et des valeurs partagées qui marquent les relations de coopération et d'interdépendance liant les personnes agissant pour résoudre un même problème. » (Binst & Schweyer 1995: 2). C'est pour eux l'explication de l'impuissance des politiques publiques mises en place jusque-là à maîtriser le déficit de la sécurité sociale, les dépenses de santé se constituant au niveau « des médecins, des infirmières, des élus, des fonctionnaires, des responsables de la Sécurité sociale qui travaillent dans des microsystèmes au sein desquels ils sont interdépendants [...] et qui] sont, avec les malades, les acteurs du système de santé ». Marianne Binst et François-Xavier Schweyer postulaient ainsi que « les solutions à rechercher, d'une autre nature que celles jusqu'ici préconisées, devraient être liées à une meilleure articulation des acteurs sur le terrain ». Leur deuxième hypothèse était que la qualité

¹⁸⁸ Cour des comptes, 2014. La Sécurité sociale. Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, Paris : Cour des comptes.

¹⁸⁹ Lalande, A., 2010. Vocabulaire technique et critique de la philosophie, 1902-1923, Paris: PUF.

¹⁹⁰ Teil, A., 2000. Qu'appelle-t-on système de soins ? *Actualité et dossier en santé publique*, (33), pp.26-27.

¹⁹¹ Binst, M. & Schweyer, F.-X., 1995. *La santé, otage de son système*, Paris: Interéditions.

des soins n'était pas proportionnelle à l'argent dépensé, et la troisième qu'il était nécessaire d'« oublier les structures pour mieux considérer les besoins de santé », la seule approche de santé publique possible selon eux étant une approche partant des besoins, et posant la question de l'efficacité des services rendus par les structures et de la réponse qu'ils apportent aux besoins de la population.

D'autres auteurs prolongent cette analyse en se focalisant sur la « crise » que disent vivre les professionnels de santé depuis les années 80, du fait notamment de la progressive remise en cause de la légitimité des modalités spécifiques de la délégation accordée à la médecine au moment de l'après-guerre, lorsque l'« Etat-providence » a conféré à la médecine un statut d'exception quant à sa liberté d'action, ses modes de financement et la régulation de ses dépenses (Baszanger et al. 2002a : 10)¹⁹². Ces modalités, comme les principes sur lesquels est bâtie la médecine, et notamment ce qui garantit l'indépendance et l'autonomie professionnelle des médecins vis-à-vis de tout contrôle social de leur profession, paraissent incompatibles avec l'instauration d'une régulation extérieure à la profession médicale (Bungener 1993)¹⁹³. En réalité, « l'invocation de la crise correspond à une reconfiguration de l'espace social de la santé, à une redéfinition des domaines de compétences et de leurs frontières, et à un rapport nouveau entre les professionnels, la société et l'Etat » (Aïach et al. 1994: 1)¹⁹⁴, s'accompagnant d'une reformulation des modalités de légitimation des professions de santé - et des fondements même de cette légitimité - qui traverse tous les métiers de la santé.

De façon récurrente, le discours de la crise professionnelle et ses éléments explicatifs apparaissent centrés autour de processus d'ordre démographique, économique et moral, alors même que différents travaux montrent que les craintes initiales des médecins libéraux quant aux changements du système de soins par la mise en place d'assurances sociales, ont été infondées (Herzlich et al. 1993) et que cette crise n'a pas non plus de conséquence objectivable sur la démographie des professionnels de santé¹⁹⁵, ni sur le niveau de rémunération des professionnels de santé, ni même de lien avec leur sentiment de perte de considération sociale (Baszanger & Bungener 1995; Hardy 2013; Robelet 2003; de Kervasdoué 2003; de Kervasdoué 2008)¹⁹⁶. Un collectif d'auteurs (de Kervasdoué 2003) analyse plus largement les multiples dimensions de cette crise professionnelle comme une crise de régulation, qui serait à relier non seulement aux effets du vieillissement de la

¹⁹² Baszanger, I., Bungener, M. & Paillet, A., 2002. Conclusion. Quel mandat pour la médecine ? In *Quelle médecine voulons-nous ?*. Paris: La dispute.

¹⁹³ Bungener, M., 1993. Mythe et réalités de l'indépendance professionnelle : la longue peur de la profession médicale. *Sciences sociales et santé*, 11(1), pp.145-149.

¹⁹⁴ Aïach, P., Fassin, D. & Saliba, J., 1994. Introduction. In P. Aïach & D. Fassin, eds. *Les métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*. Paris: Anthropos- economica, pp. 1-7.

¹⁹⁵ La démographie des professionnels de santé est toujours florissante, même si l'on note une légère décroissance au cours des toutes dernières années et l'apparition récente d'inégalités de répartition, point sur lequel nous reviendrons.

¹⁹⁶ Baszanger, I. & Bungener, M., 1995. Heureux, moi non plus. *Le Généraliste*, pp.7-12.

Hardy, A., 2013. La médecine libérale face aux principes de justice, d'égalité et de liberté. *Revue de droit sanitaire et social*, (4), pp.631-638.

Robelet, M., 2003. La grande désillusion des médecins libéraux : entre la tentation de la division et l'espoir de l'unité retrouvée. In J. de Kervasdoué, ed. *La crise des professions de santé*. Paris: Dunod.

De Kervasdoué, J., 2003. *La crise des professions de santé*, Paris: Dunod.

De Kervasdoué, J., 2008. Idéologie des réformes du système de santé depuis 1990 : un système stable. *Santé, société et solidarité*, (2), pp.17-30.

population et aux progrès techniques, mais surtout à une absence d'organisation collective qui aurait favorisé l'accroissement du nombre de professionnels de santé et de leur rémunération. Il s'agirait selon eux d'une crise essentiellement politico-administrative et économique. Plus précisément, leur constat mettant en cause le monde politique, et selon lequel « la classe politique réduit les questions de santé à la médecine, et les questions de médecine à la biologie », évoque même une « crise de la pensée politique », qui se serait laissée envahir par l'idéologie médicale, ce qui provoquerait en retour une crise de l'action publique et de ses outils de régulation¹⁹⁷ (Hassenteufel & Pierru 2003)¹⁹⁸, notamment de ses outils juridiques (Pellet 2003)¹⁹⁹. Ces auteurs évoquent de plus une « crise de représentation de la profession médicale » et des autres professions de santé, ayant pour conséquence la prépondérance d'une défense d'intérêts qu'ils qualifient de corporatistes, qui conduisent à figer le système et en empêchent toute transformation. Ils évoquent enfin une « crise sociale et des valeurs », qui se manifesterait dans un changement des modalités d'engagement des personnes dans les professions de santé, dont le recrutement s'est également modifié²⁰⁰.

La pertinence de leur analyse n'est pas récusée par l'échec récent (en novembre 2014) des négociations conventionnelles pluriprofessionnelles entre les représentants des libéraux (et des centres de santé) et la Cnamts sur la rémunération forfaitaire des soins coordonnés en ville et sur le financement des structures d'exercice regroupé²⁰¹.

1.2.4. Un système de santé « en chantier » permanent

Dans un climat proche de celui existant en France, de vastes réformes ont été engagées dans tous les pays européens²⁰², empruntant toutefois des voies variées liées à la diversité des systèmes et à leur histoire (Letourmy 2000)²⁰³. « Le système de santé français est en chantier » (Benamouzig 2010) depuis les années 1980, avec une intensité croissante des réformes. Des transformations de sa gouvernance nationale et de son organisation territoriale sont portées en partie par deux lois récentes. La loi de santé publique du 9 août 2004, relative à la politique de santé publique, avait pour ambition de donner un cadre de référence à l'ensemble des acteurs de la santé publique, à la fois en créant de nouvelles structures nationales et régionales d'expertise, de concertation et de

¹⁹⁷ L'instauration d'« enveloppes » non contraignantes pour contrôler les dépenses de santé en est un exemple cité par ces auteurs.

¹⁹⁸ Hassenteufel, P. & Pierru, F., 2003. De la crise de la représentation à la crise de la régulation. In J. de Kervasdoué, ed. *La crise des professions de santé*. Paris: Dunod, pp. 77–120.

¹⁹⁹ Pellet, R., 2003. L'indépendance des médecins : les paradoxes du droit. In J. de Kervasdoué, ed. *La crise des professions de santé*. Paris: Dunod, pp. 187–198.

²⁰⁰ avec par exemple une féminisation importante de la profession médicale, sur laquelle nous reviendrons...

²⁰¹ voir notamment la synthèse des débats produite sur le site de la revue *Réseaux santé et territoire* (<http://sante-territoire.fr/spip.php?article222>), ainsi que pour illustration les Communiqués de presse du syndicat MG France (<http://www.mgfrance.org/index.php/presse/communiqués/641-négociation-sur-les-soins-de-proximité-constat-d-échec>) et celui du Syndicat national des infirmières et infirmiers libéraux (SNIIL) (<http://www.sniil.fr/index.php/actu-et-news/communiqués-de-presse/508-échec-des-négociations-pluriprofessionnelles-fiasco-pour-les-libéraux-et-occasion-ratée-pour-les-infirmières>).

²⁰² Un numéro spécial de la revue française des affaires sociales en donne un aperçu en 2006 : « Réformes et régulation des systèmes de santé en Europe ». *Revue française des affaires sociales*, n°2-3, Paris, La Documentation française.

²⁰³ Letourmy, A., 2000. Les politiques de santé en Europe : une vue d'ensemble. *Sociologie du Travail*, (42), pp.13–30.

coordination des acteurs, et en définissant simultanément des objectifs de santé quantifiés et évalués tous les 5 ans. La loi dite « Hôpital patients santé et territoires » ou « HPST » du 21 juillet 2009 a posé des orientations pour l'organisation du système de santé sur l'ensemble du territoire français, avec une approche territoriale et décentralisée. En parallèle, de nouveaux mécanismes de régulation ont été développés, notamment à travers la notion de qualité des prises en charge²⁰⁴. Des innovations organisationnelles, telles que celles apportées par les réseaux de santé (suite au Plan Juppé) ont également été expérimentées ces dernières décennies.

Ainsi, les équilibres des pouvoirs entre les institutions se sont modifiés au cours des dernières années, induisant globalement un renforcement du pouvoir de l'Etat national et régional au détriment de celui de la sécurité sociale. La régulation des dépenses hospitalières s'est orientée vers une contractualisation directe entre l'Etat et les établissements de santé, dotés de nouveaux services et instruments de gestion²⁰⁵. La négociation conventionnelle entre les syndicats médicaux et l'assurance maladie pour la régulation des dépenses de ville s'est vue adjoindre progressivement des éléments de contractualisation entre l'Etat et les médecins (Benamouzig 2010) sur lesquels nous reviendrons de manière détaillée. Avec la création en 1996 de la Conférence nationale de santé par les ordonnances Juppé, la France s'est dotée d'une instance de réflexion sur la stratégie de santé publique à développer. Par ailleurs, les fondements d'une démocratie sanitaire ont été introduits dans la loi en 2002²⁰⁶.

1.2.5. Des politiques récentes attentives à la structuration du secteur ambulatoire, en particulier des soins primaires, et mettant en avant la prévention

La structuration et la régulation de l'ensemble des acteurs de l'offre de soins ambulatoire demeurent un enjeu majeur, qui se décline autour des problématiques de la répartition géographique de cette offre, de son accessibilité, de la permanence des soins, de la collaboration entre professionnels.

Alors que l'accroissement des difficultés économiques et l'augmentation des inégalités acculent l'Etat français à la nécessité d'une réforme de fond du système de santé, les derniers chantiers gouvernementaux - en l'occurrence la définition en 2013 d'une Stratégie nationale de santé et la préparation d'un projet de loi de santé pour 2015 - se sont appuyés sur une série de travaux qui tous convergeaient sur la nécessité de réformer profondément la structuration des soins ambulatoires, au premier rang desquels les soins de premier recours. L'analyse systématique des nombreux rapports commandés par les pouvoirs publics au cours des dernières années permet, par leur convergence, de constater que le problème des soins de premier recours est construit politiquement autour de deux dimensions principales : d'une part celle des orientations que doit prendre le système de santé, autrement dit l'élaboration et le choix de ses objectifs, orientations pour lesquelles la nécessité

²⁰⁴ Voir par exemple les travaux de (Setbon 2000) ou de (Castel & Robelet 2009).

²⁰⁵ rationalisation des choix budgétaires, Dotation globale, Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI...

²⁰⁶ La Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

d'évolution est relativement consensuelle ; et d'autre part la dimension organisationnelle et de régulation du système, c'est-à-dire la définition des moyens politiques, législatifs, juridiques, organisationnels, humains et économiques nécessaires pour atteindre les objectifs proposés, qui soulèvent davantage de débats, et dont la mise en cohérence s'est jusque là avérée insuffisante pour atteindre les objectifs annoncés.

Sur les orientations et objectifs du système, un discours récurrent, porté aussi depuis une trentaine d'années par certains auteurs et encore repris dans les derniers travaux ministériels - comme ceux menés autour de la définition d'une « Stratégie nationale de santé » (Cordier et al. 2013)²⁰⁷ et du projet de loi de santé pour 2015- fait entendre une nécessité de « changer de paradigme » pour passer « d'un modèle biomédical vers un modèle global » (Bury 1988), laissant plus de place à une approche de « soins de premier recours » telle que définie par l'OMS en 1978, en mettant l'accent sur sa dimension de justice sociale. Comme on l'a vu en introduction, ce discours se décline suivant plusieurs leitmotiv : passer d'une logique « hospitalo-centrée » vers une logique « ambulo-centrée », d'une logique « curato-centrée » vers une logique « prévento-centrée », d'une logique « structuro-centrée » vers une logique centrée sur les besoins de la population, et d'une logique « centrée sur le soin » vers une logique « centrée sur la santé », dans le cadre d'une « approche globale » liant les secteurs social et médico-social (Garros 2009; CNS 2013; SFSP 2014a; Cordier et al. 2013)²⁰⁸. La notion d'une participation nécessaire des usagers (CNS 2013; Compagnon 2014), y compris des patients (pour passer « d'un patient objet de ses soins à un patient sujet » (Sandrin-Berthon 2000)), y est également présente, ainsi que celle d'aller encore au-delà des liens déjà envisagés avec d'autres secteurs identifiés comme ayant une influence majeure sur la santé de la population, notamment ceux de l'environnement, de l'éducation et du travail. La recommandation de l'OMS (Op. cit. 1986) de tisser des liens avec tous les secteurs afin de placer « la santé dans toutes les politiques » est reprise en France par certaines institutions comme l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) à travers la création d'un poste et de documents dédiés au plaidoyer « pour la santé dans toutes les politiques »²⁰⁹. On la retrouve également dans les avis rendus par la Conférence nationale de santé (CNS 2009; CNS 2013)²¹⁰²¹¹ et par des sociétés savantes comme la Société française de santé publique (SFSP 2014a), avec un objectif général de promotion de la santé et de lutte contre les inégalités. Certains experts proposent pour cela de fonder explicitement la politique de santé sur six principes : « la solidarité, l'égalité, la prévention, la

²⁰⁷ Cordier, A. et al., 2013. Un projet global pour la stratégie nationale de santé 19 recommandations du comité des "sages", Paris : Secrétariat général des ministères sociaux.

²⁰⁸ Garros, B., 2009. Maison de santé, chaînon manquant de l'organisation ambulatoire ? *Santé publique*, 21(hs1), pp.7-16.
CNS, 2013. *Avis du 18.06.13 "Pour une évolution solidaire du système de santé,"* Paris : Conférence nationale de santé. Available at: http://sante.gouv.fr/IMG/pdf/avis_solidarit_plen_1806_rel_jol_BV_270613.pdf.

²⁰⁹ voir par exemple le document de plaidoyer destiné aux élus des communes et de leurs groupements, intitulé « Réduire les inégalités sociales et territoriales de santé : intérêts d'une approche locale et transversale », 2011, 12 p. www.inpes.sante.fr/10000/themes/ISS/index.asp

²¹⁰ CNS, 2009. *Avis du 10 décembre 2009 "Six critères pour la future loi de santé publique,"* Paris : Conférence nationale de santé. Available at: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/avis_cns_lpsp2_301209.pdf.

²¹¹ La CNS propose 6 objectifs pour la politique de santé : « l'approche transversale de la santé ; la réduction des inégalités de santé ; la promotion d'un état de santé optimal pour tous ; l'augmentation de la solidarité ; la recherche d'une plus grande efficacité ; l'implication de tous les acteurs » (CNS 2009; CNS 2013).

qualité des soins, l'éthique médicale, la démocratie sanitaire » (Grimaldi et al, 2011)²¹²²¹³. Dans la continuité de ces réflexions, la Stratégie nationale de santé présentée récemment par la ministre retient trois axes de travail, repris dans les titres suivants : « 1) Faire le choix de la prévention et agir tôt et fortement sur tout ce qui a une influence sur la santé » ; « 2) Organiser les soins autour des patients et en garantir l'égal accès : la révolution du premier recours » ; « 3) Approfondir la démocratie sanitaire et miser sur la déconcentration » (Ministère de la santé, 2013)²¹⁴. La réforme des soins de premier recours - qualifiée ici de « révolution » - et l'accent sur la prévention sont donc positionnés au cœur des principaux objectifs affichés de la politique de santé, ainsi qu'une organisation et une régulation fondées sur la participation des acteurs, professionnels et usagers.

Concernant les moyens à déployer pour atteindre ces objectifs, l'élaboration des politiques ciblant l'organisation et la régulation du système s'appuie dorénavant sur des travaux proposant des orientations bien différentes ou qui ne sont pas toutes concordantes. Privilégiant un moment la régulation d'ensemble du système (notamment les rapports Bur et Ritter qui ont nourri la loi sur la décentralisation et la territorialisation (Bur 2008; Ritter 2008)²¹⁵, ou le rapport Flajolet sur la prévention (Flajolet 2008)²¹⁶, d'autres travaux ont mis en exergue et privilégié des dimensions plus réduites telles que la démographie des professionnels, la coordination et la coopération entre professionnels, la délégation et le transfert de tâches, ou plus récemment la gestion de « parcours » de prise en charge (ONDPS 2004; Berland 2003; DHOS & ONDPS 2008)²¹⁷. Depuis le début des années 2000, divers travaux ont ainsi consacré au moins une partie de leur réflexion explicitement au seul système de premier recours, si ce n'est – pour les plus récents – toute leur réflexion : (Juilhard 2007)²¹⁸ sur l'offre de soin et la fracture territoriale, (Juilhard et al. 2010) sur les maisons et pôles de santé et les pratiques regroupées et coordonnées ; (Acker 2007)²¹⁹ sur les centres de santé ; (Bernier

²¹² Grimaldi, A. et al., 2011. *Manifeste pour une santé égalitaire et solidaire*, Paris: Odile Jacob.

²¹³ « Notre système de santé est à la croisée des chemins car il doit affronter plusieurs crises : économique, sanitaires, professionnelles... Les périls les plus lourds viennent des choix « libéraux » opérés depuis le début des années 2000. Le service public hospitalier est remis en cause. Le financement des soins courants connaît une privatisation rampante. En médecine de ville, la pratique des dépassements d'honoraires se banalise tandis que, sur le territoire, les déserts médicaux se multiplient. (...) Une autre politique est possible, pour conforter et développer les services publics de la santé. Six principes doivent la guider : la solidarité, l'égalité, la prévention, la qualité des soins, l'éthique médicale, la démocratie sanitaire » (Grimaldi et al. 2011).

²¹⁴ Stratégie nationale de santé. « ce qu'il faut retenir », 23 septembre 2013. http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/1-Strategie_nationale_de_sante_ce_qu_il_faut_retenir-2.pdf

²¹⁵ Bur, Y., 2008. *Rapport sur les agences régionales de santé*, Paris : Commission des affaires culturelles, familiales et sociales.

Ritter, P., 2008. *Rapport sur la création des Agences régionales de santé (ARS)*, Paris : Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports.

²¹⁶ Flajolet, A., 2008. Mission au profit du gouvernement relative aux disparités territoriales des politiques de prévention sanitaire, Paris : La documentation française.

²¹⁷ ONDPS, 2004. Rapport 2004 de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS), Paris: La Documentation Française.

Berland, Y., 2003. Mission « Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences », Rapport d'étape, Paris : La documentation française.

DHOS & ONDPS, 2008. *Etats généraux de l'organisation de la santé (EGOS) Synthèse des travaux des 2 journées nationales (8 et 9 février 2008)*, Paris : Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative. Available at: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthese_egos.pdf.

On retrouve cette notion de « parcours » de prise en charge dans l'article 51 de la Loi HPST.

²¹⁸ Juilhard, J.-M., 2007. *Rapport d'information sur la démographie médicale*, Paris : Commission des affaires sociales.

²¹⁹ Acker, D., 2007. Rapport sur les centres de santé, Paris : Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports.

2008)²²⁰ sur l'offre de soins faisant une place prépondérante aux soins primaires, (Hubert 2010)²²¹ sur la médecine de proximité. Ces travaux s'appuient à la fois sur l'exemple ou les expériences de systèmes de santé étrangers, (Brocas 2010)²²²²²³ et sur des travaux français mettant notamment en avant la contribution possible des soins de premier recours à la réduction des inégalités de santé (Falcoff 2010; Bourgueil et al. 2012)²²⁴. Ils diffusent et irriguent une « nouvelle *doxa* dans le milieu des politiques et administrations sanitaires au tournant des années 2000, qui affirme l'efficacité supérieure des systèmes de soins valorisant les soins primaires » (Bloy 2014)²²⁵, et les construit comme un moyen au service d'une réforme du système de santé dans son ensemble (voir l'encadré 7 ci-après) qui en résume les principaux éléments tels qu'énoncés par l'OMS en 2008).

Encadré 7 : Rapport sur la santé dans le monde, « les soins de santé primaires, maintenant plus que jamais » (OMS 2008b)²²⁶

Trente ans après la déclaration d'Alma Ata qui définissait les soins de santé primaires, l'OMS introduit son rapport sur la santé dans le monde par un constat d'une transformation des besoins et par un plaidoyer pour le renouveau des soins primaires :

« Les soins de santé primaires sont des soins de santé essentiels rendus universellement accessibles aux individus et aux familles au sein de leur communauté par des moyens acceptables pour eux et à un coût que les communautés et le pays puissent assumer. Ils font partie intégrante tant du système de santé national, dont ils sont la cheville ouvrière, que du développement économique et social d'ensemble de la communauté. »

« Pourquoi un renouveau des soins de santé primaires (SSP) et pourquoi maintenant plus que jamais ? La réponse immédiate est apportée par la demande palpable des États Membres – pas seulement des professionnels de la santé, mais des milieux politiques également.

La mondialisation met à rude épreuve la cohésion sociale de nombreux pays, et les systèmes de santé, éléments clés de l'architecture des sociétés contemporaines, ne fonctionnent manifestement pas aussi bien qu'ils le pourraient et le devraient.

Les populations manifestent de plus en plus d'impatience face à l'incapacité des systèmes de santé à assurer une couverture nationale répondant à des demandes précises et aux nouveaux besoins, ainsi qu'au fait que leurs prestations ne correspondent pas à leurs attentes. Que les systèmes de santé doivent relever mieux – et plus rapidement – les défis d'un monde en évolution, tout le monde en convient. Les soins de santé primaires peuvent le faire. » (OMS 2008a)

²²⁰ Bernier, M., 2008. Conclusion des travaux de la mission d'information sur l'offre de soins sur l'ensemble du territoire. Rapport d'information à l'Assemblée nationale, Paris: La Documentation Française.

²²¹ Hubert, E., 2010. *Mission de concertation sur la médecine de proximité*, Paris: La Documentation Française.

²²² Brocas, A.-M., 2010. Quels enseignements tirer des expériences étrangères pour la France ? *Revue française des affaires sociales*, 3(3), pp.103–110.

²²³ voir aussi les revues de littérature réalisées par l'Irdes.

²²⁴ Falcoff, H., 2010. Le dilemme de la médecine générale face aux inégalités : faire partie du problème ou contribuer à la solution ? In L. Potvin, M. Moquet, & C. Jones, eds. *Réduire les inégalités sociales en santé*. Saint-Denis: INPES, pp. 195–208.

²²⁵ Bloy, G., 2014. À quoi bon former des médecins généralistes ? Un modèle d'apprentissage et un modèle professionnel sous tensions. *Revue française des affaires sociales*, 1(1), pp.169–191.

²²⁶ OMS, 2008. Les soins de santé primaires. Maintenant plus que jamais, Genève: OMS.

Ce rapport préconise, pour « combler le fossé intolérable qui sépare les aspirations de la réalité, **quatre séries de réformes** qui reflètent une convergence entre les valeurs des soins de santé primaires, les attentes des citoyens et les défis communs en matière d'efficacité de l'action sanitaire qui se retrouvent dans tous les contextes. Il s'agit de :

- **réformes de la couverture universelle** qui font en sorte que les systèmes de santé contribuent à l'équité, à la justice sociale et à la fin de l'exclusion, essentiellement en tendant vers l'accès universel aux soins et à la sécurité sociale

- **réformes des prestations de service qui réorganisent les services de santé autour des besoins et attentes de la population**, afin de les rendre plus pertinents socialement et plus réactifs aux changements du monde, tout en produisant de meilleurs résultats

- **réformes des politiques publiques qui rendent les collectivités plus saines**, en combinant mesures de santé publique et soins de santé primaires, en menant des politiques publiques saines dans tous les secteurs et en renforçant les interventions de santé publique sur le plan national et transnational

- et **réformes du leadership** qui remplacent à la fois la quête disproportionnée de résultats à court terme d'un côté et le laisser faire du désengagement des pouvoirs publics de l'autre, par l'autorité dirigeante inclusive, participative et négociatrice qu'appelle la complexité des services de santé contemporains. »

L'OMS dénonce « **cinq insuffisances courantes dans les prestations sanitaires** :

- **Relation inverse en matière de soins***. Ceux qui ont le plus de moyens – dont les besoins en soins de santé sont souvent inférieurs – consomment le plus de soins, alors que ceux qui ont le moins de moyens et les plus grands problèmes de santé en consomment le moins. Les dépenses publiques consacrées aux services de santé profitent davantage aux riches qu'aux pauvres, que ce soit dans les pays à revenu élevé ou dans ceux dont le revenu est faible

- **Soins appauvrissants**. Partout où la protection sociale fait défaut et où les usagers doivent payer une grande partie des soins de leur poche, ils peuvent se trouver confrontés à des dépenses catastrophiques

- **Soins fragmentés et fragmentaires**. La spécialisation excessive des prestataires de soins et l'étroitesse de nombreux programmes de lutte contre les maladies découragent une approche globale des individus et des familles dont ils s'occupent et les empêchent de mesurer la nécessité de la continuité des soins.

- **soins à risque**. un système mal conçu et incapable d'assurer des normes de sécurité et d'hygiène provoque des taux élevés d'infections nosocomiales, ainsi que des erreurs médicales et d'autres effets néfastes qui constituent une cause sous-estimée de décès et de mauvaise santé

- **soins mal ciblés**. l'allocation des ressources va essentiellement, à grands frais, aux services curatifs, négligeant la prévention primaire et la promotion de la santé, pourtant susceptibles de permettre une réduction pouvant atteindre 70% de la charge de morbidité. Dans le même temps, le secteur sanitaire ne dispose pas des compétences nécessaires pour atténuer les effets néfastes des autres secteurs sur la santé et pour tirer le meilleur parti des contributions que ces mêmes secteurs peuvent apporter à la santé ».

** Les éléments soulignés sont ceux qui concernent particulièrement la France*

Cette doxa s'appuie aussi sur le constat peu contestable que les réformes initiées d'« en haut » ne fonctionnent pas (postulat conforme à celui qui sous-tend ma démarche sociologique dans cette thèse) et qu'il faut sans doute à l'inverse favoriser l'innovation locale des acteurs pour assurer leur

engagement et leur implication, en phase avec l'idée de plus en plus partagée²²⁷ que « la politique de santé publique résulte d'un débat partagé, impliquant l'ensemble des acteurs (services de l'Etat, professionnels de santé, organisations de la société civile, collectivités territoriales), et de leur engagement concerté pour relever les défis de santé publique auxquels ils sont confrontés au plan national comme dans les territoires. A cet égard, l'implication des acteurs au plan local doit être facilitée pour relever les défis de santé publique » (CNS 2009; CNS 2011)²²⁸.

Or si cette conception est relativement partagée, de même que les objectifs de structurer les soins de premier recours et de développer la prévention, les mesures prises jusque-là et celles proposées dans le cadre de la préparation de la future loi de santé sont considérées par certains experts comme partielles et insuffisantes (CNS 2014; SFSP 2014b; Lombrail 2014c; Lombrail 2014b)²²⁹, alors même que les syndicats de médecins font déjà entendre leur mécontentement.

II. Les soins primaires, un espace de pratiques sociales et professionnelles en pleine mutation

En France, l'offre de soins de premier recours devient un problème public au début des années 2000 à la suite des difficultés rencontrés autour de l'organisation de la permanence des soins, et du fait de l'inquiétude de la population et des élus quant au maintien d'une offre de soins dans certains territoires ruraux ou défavorisés (Bloy & Schweyer 2010)²³⁰. Les besoins des usagers du système de santé ont évolué avec le vieillissement de la population et le développement de maladies chroniques, prises davantage en charge en ville qu'à l'hôpital dorénavant. Ce « virage ambulatoire », au profit notamment des professionnels de soins de premier recours²³¹, s'accompagne d'un renforcement des exigences à leur égard : garantie d'accessibilité et de qualité, contribution à la réduction des

²²⁷ On retrouve cette idée portée par un professeur de santé publique au début des années 2000 : « Pour faire évoluer notre système de soins, il faut faire une place à la rêverie, « à l'allégresse d'un jeune courage » La dynamique du milieu professionnel ne pourra indéfiniment se satisfaire d'une mise en conformité face à des normes de fonctionnement trop étroitement encadrées ; Permettre aux acteurs du terrain de prendre un certain plaisir à réinventer l'avenir de l'organisation des soins, face à des situations qui les concernent, cela fait partie aussi d'une politique de soins. » (Brémont 2000)

²²⁸ Conférence nationale de santé. Avis du 16 décembre 2011 portant sur les éléments de réflexion pour une politique nationale de santé 2011 – 2025. (En ligne : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/avis_politique_nat_sante_1612_relu_2.pdf) Cet avis reprend mot pour mot un extrait d'un avis précédent de la Conférence nationale de santé daté du 10 décembre 2009, intitulé « six critères pour la future loi de santé publique ».

²²⁹ Conférence nationale de santé. *Avis du 9 septembre 2014 sur le projet de Loi de santé*, Paris : Conférence nationale de santé.

SFSP, 2014b. Une gouvernance renouvelée pour la Stratégie nationale de santé. Propositions. Rapport de la société française de santé publique, Laxou : SFSP.

Lombrail, P., 2014. Stratégie nationale de santé : une loi en demi-teinte. *Santé publique*, 28(4), p.419.

Lombrail, P., 2014b. Orientations du projet de loi de santé : aller plus loin pour « répondre aux défis structurels du système de santé. » *Santé publique*, 26(4), pp.475–480.

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/avis_proj_loi_sante_0909_valid_061014_jol_2.pdf

²³⁰ Bloy, G. & Schweyer, F.-X., 2010. Introduction. In G. Bloy & F.-X. Schweyer, eds. *Singuliers généralistes*. Rennes: Presses de l'EHESP, pp. 11–20.

²³¹ Les médecins spécialistes, quasiment absents du discours politique, sont évoqués essentiellement dans le cadre de la « médecine de parcours » en vogue depuis quelques années.

inégalités grâce à des prises en charge plus « sociales », préventives et éducatives, amélioration de la régulation de l'offre et de la coordination des acteurs, gestion efficiente de techniques de soins performantes et coûteuses pour composer avec un budget limité, alors même que la démographie professionnelle est nettement décroissante dans certains lieux. Certains professionnels cherchent déjà à y répondre par le développement d'un exercice regroupé en soins primaires. Depuis moins de 10 ans, dans la continuité des réformes engagées depuis le début des années 2000, on observe en effet un mouvement important d'innovation et de regroupement, issu des professionnels de santé libéraux et soutenu par les pouvoirs publics, dont l'un des modèles émergents est celui de la maison ou du pôle de santé pluriprofessionnel. Ce mouvement s'inscrit dans une récurrence d'innovations organisationnelles touchant les soins primaires, où l'exercice regroupé pluriprofessionnel reste néanmoins marginal. Ce large mouvement épouse une géographie sociale et développe une diversité de pratiques sur lesquelles les ARS tentent aujourd'hui de peser, avec toutefois des moyens limités.

Avant d'analyser ce mouvement, nous présentons dans un premier temps les modalités de constitution des soins de premier recours en France jusqu'à leur définition récente par la loi HPST. Nous dénombrons les acteurs en présence et examinons les perspectives démographiques professionnelles pour appréhender la configuration actuelle et prospective de l'offre de premier recours. Nous décryptons ensuite les modèles théoriques et les principales réformes touchant les soins primaires menées en France au cours des dernières années, à travers les questions de la coopération entre professionnels, de la régulation des pratiques de soins primaires et du développement de pratiques préventives. Alors que se présente « *l'occasion d'organiser quelque chose qui ne l'a jamais été* » (selon les termes employés par le Délégué territorial d'une ARS lors d'une réunion sur l'offre de soins primaires en 2014), nous étudions dans quelles tensions sont pris les professionnels, quelles sont leurs capacités et modalités d'adaptation aux attentes et aux contraintes liées à leur environnement (professionnel, politique, organisationnel...), et de quelle latitude ou opportunités ils disposent pour développer de nouvelles missions ou de nouvelles façons de travailler.

Dans un second temps, nous examinons l'objet politique construit aujourd'hui autour des maisons et pôles de santé pluriprofessionnels, en le situant dans la diversité de formes prises par l'exercice regroupé en soins primaires au cours du siècle dernier.

II.1. Les soins primaires : un espace de pratiques non pensé comme un système, jusqu'aux réformes et à une définition législative récentes

II.1.1. Un espace de pratiques dont la conception a été laissée aux acteurs

Les « soins de santé primaires », ou « soins primaires », définis lors de la conférence d'Alma Ata en 1978, constituent le « premier niveau de contact des individus, de la famille et de la communauté

avec le système national de santé » (OMS 1978)²³². Ce domaine de pratiques, tel que promu par l'OMS dans une visée de justice sociale et d'équité, vise « à résoudre les principaux problèmes de santé de la communauté, en assurant les services de promotion, de prévention, de soins et de réadaptation nécessaires à cet effet », en « faisant appel [...] aux personnels de santé - médecins, infirmières, sages-femmes, auxiliaires et agents communautaires ». Pour l'OMS, les soins primaires « font intervenir, outre le secteur de la santé, tous les secteurs et domaines connexes du développement national et communautaire, en particulier l'agriculture, l'élevage, la production alimentaire, l'industrie, l'éducation, le logement, les travaux publics et les communications, et requièrent l'action coordonnée de tous ces secteurs ».

En France, on utilise le terme de « soins de premier recours » - ou parfois celui de « soins primaires » - dans un sens plus limité, pour désigner essentiellement les missions assurées par des professionnels de santé en soins ambulatoires (Bloy & Schweyer 2010)²³³.

Dans la littérature internationale, trois types d'approches caractérisent la réponse professionnelle apportée lors d'un premier contact des patients avec le système de santé (Bourgueil et al. 2009)²³⁴ :

- Premièrement, dans une vision hiérarchique, les soins primaires peuvent être appréhendés comme un *niveau de soins*, en l'occurrence la base de la pyramide des soins sensée pouvoir répondre à 90% des problèmes de santé²³⁵ pour un public tout-venant et permettre l'orientation vers le niveau secondaire (médecine spécialisée de ville ou hospitalière) et vers le niveau tertiaire (soins de haute technologie, dispensés dans les hôpitaux universitaires).

- Deuxièmement, dans une vision centrée sur les *fonctions* et activités, les soins primaires peuvent être définis soit à partir de la forme des services fournis (accessibilité et premier contact, continuité des soins et coordination, dans un cadre ambulatoire et directement accessible au patient, avec une dimension généraliste et communautaire, et une centration sur l'individu dans son contexte familial et social), soit à partir de leur contenu. Ce dernier recouvre « trois aspects : la prise en charge des problèmes communs (le « tout-venant »), au moyen d'une combinaison de soins préventifs, curatifs et de réhabilitation ; une dimension « intégrée », la maladie étant appréhendée dans un contexte socio-économique plus large ; l'organisation et la rationalisation des ressources dites « spécialisées » » (Bourgueil et al. 2009: 3).

- Troisièmement, les soins primaires peuvent être abordés par leurs *acteurs*, c'est-à-dire les « professionnels qui offrent les services ». Ceux-ci varient d'un pays à l'autre, tout comme leurs formations et le contenu de leurs pratiques. Classiquement, les soins primaires sont assimilés à la médecine générale. Dans certains pays, comme au Canada, les infirmiers y jouent un rôle également

²³² OMS, 1978. Rapport de la Conférence internationale sur les soins de santé primaire, Alma-Ata (URSS), 6-1 septembre 1978. Alma Ata : OMS.

²³³ Pris dans cette acception limitative, le terme anglo-saxon « soins primaires » correspond -avec des variations d'un pays à l'autre - à celui de « soins de première ligne » utilisé au Québec, ou à celui de « soins de premier recours » ou encore « soins de proximité » en France. (Dépinoy 2011)

²³⁴ 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), pp.1-6.

²³⁵ conformément au fameux «carré de White» (White et al. 1961)

très important. L'expression « extended primary care », ou « soins primaires étendus », renvoie à tous les professionnels susceptibles d'offrir un premier contact avec le système de soins : de multiples professions peuvent y être incluses. Cela nécessite de prendre en compte leurs modalités de collaboration et de coordination autour du patient et avec lui.

Trois modèles de structuration des soins primaires ont ainsi été décrits (Bourgueil et al. 2009) suivant une typologie élaborée à partir de travaux québécois (Beaulieu et al. 2003)²³⁶, qui se fonde sur le caractère plus ou moins hiérarchique et/ou normatif de cette structuration : « modèle professionnel hiérarchisé », « modèle professionnel non hiérarchisé » et « modèle normatif hiérarchisé ». Du fait de l'histoire particulière du développement des soins ambulatoires en France, qui s'enracine dans la Charte de la médecine libérale de 1927, l'organisation des soins de premier recours a été laissée à l'initiative des acteurs, formant un « modèle professionnel non hiérarchisé », proche de celui observé en Allemagne et au Canada. De ce fait, la coordination des soins y repose essentiellement sur le patient et son entourage, et dépend des modalités d'interaction généralement informelles développées entre les différents professionnels (Sarradon-Eck et al. 2008; Bourgeois 2007)²³⁷.

La France se distingue en cela de pays comme l'Espagne, la Finlande ou la Suède, dans lesquels le système de santé s'est développé suivant un « modèle normatif hiérarchisé » organisé autour des soins primaires et régulé par l'Etat, où les professionnels exercent majoritairement comme salariés. La France se distingue également de pays comme le Royaume-Uni, les Pays-Bas, l'Australie ou la Nouvelle Zélande, organisés pour leur part suivant un « modèle professionnel hiérarchisé » où le médecin généraliste, doté de missions populationnelles, est le pivot du système, rémunéré à la capitation (en fonction du nombre de personnes inscrites auprès de lui).

Cependant, comme nous le reverrons plus en détail, l'évolution des pratiques et les réformes menées depuis les années 1990 tendent à rapprocher les systèmes de soins primaires des pays développés, à travers une « hybridation des modèles » (Bourgueil et al. 2009). Celui de la France s'est ainsi transformé en intégrant des caractéristiques d'organisation appartenant aux deux autres modèles.

Par ailleurs, le fait que le modèle de soins primaires « français » n'ait pas été conçu selon une hiérarchie structurelle n'empêche pas l'existence de hiérarchies implicites fortes entre les professionnels de soins primaires, évoquées dans le §1.1.2. Une hiérarchie existe ainsi premièrement entre les médecins (prescripteurs) et les paramédicaux (prescrits), dont les compétences sont définies par dérogation à celles des médecins²³⁸. Une hiérarchie existe également entre les médecins

²³⁶ Beaulieu, M. et al., 2003. Sur la voie du changement : pistes à suivre pour restructurer les services de santé de première ligne au Canada, Ottawa : Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé.

²³⁷ Sarradon-Eck, a et al., 2008. Créer des liens : les relations soignants-soignants dans les réseaux de soins informels. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 56 Suppl 3, pp.197-206.

Bourgeois, I., 2007. Le médecin généraliste dans le travail médical de premier recours : entre logiques de clientèles et dynamiques locales. Le cas de quatre espaces relationnels en médecine générale. Thèse pour le doctorat de sociologie de l'IEP, Paris.

²³⁸ « Le cadre juridique de l'exercice des professions médicales et des autres professions de santé est construit en référence aux diplômes et à la notion de monopole médical. Le monopole médical est défini comme une exonération légale au

généralistes et les médecins spécialistes libéraux, du fait du processus de spécialisation médicale déjà évoqué²³⁹. Hiérarchies auxquelles participe et s'ajoute celle introduite entre libéraux et hospitaliers par la réforme Debré de 1958.

La liberté de pratique et d'installation laissée aux acteurs et l'absence d'organisation territoriale des soins primaires proviennent aussi en France, comme nous l'avons déjà évoqué, du principe qui a présidé à la création de l'assurance maladie, fondé sur une offre de prestations à des assurés, et non à une population définie géographiquement (jusqu'à la mise en place d'une couverture universelle dans les années 1990 à travers la CMU). L'Etat, qui s'est doté de possibilités d'intervention relativement faibles -les élus ne disposant pas de compétences dans le domaine de la santé - est intervenu au niveau national ou local essentiellement en ajoutant à l'offre des professionnels libéraux des « structures spécifiques orientées vers des populations cibles (par exemple les femmes et les enfants avec la Protection maternelle et infantile (PMI) ou en complément des dispositifs manquants (Centres de santé municipaux, hôpitaux) » (Robelet et al. 2005)²⁴⁰. La territorialisation de l'offre de soins est une donnée très récente sur laquelle nous reviendrons également.

II.1.2. Les soins de premier recours, une définition récente, encore partielle, « en quête de projet »

C'est très récemment que les autorités de santé françaises ont commencé à penser la structuration des soins de premier recours en tant que tels, et à faire de « l'égal accès de tous aux soins de premier recours » (Bernier 2008) une priorité de santé publique annoncée et un objectif politique. Les travaux menés dans le cadre des Etats Généraux de la santé en 2008²⁴¹ ont abouti à la recommandation suivante : « Le système de santé garantit à tous les malades et usagers, à proximité de leur lieu de vie ou de travail, dans la continuité, l'accès à des soins de premier recours ». C'est également dans le cadre de ces travaux qu'a été proposée une définition du contenu des activités relatives aux soins de premier recours, reprise par la suite telle quelle dans le Code de la santé publique. Ce dernier stipule que « ces soins comprennent : 1° La prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients ; 2° La dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique ; 3° L'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social ; 4° L'éducation pour la santé. »²⁴²

principe de protection de l'intégrité corporelle des personnes, c'est-à-dire que seuls les médecins sont autorisés à porter atteinte à cette intégrité. Dans le code de la santé publique, le périmètre d'exercice des autres professions de santé est défini en dérogation à ce monopole » (HAS & en collaboration avec l'ONDPS 2008)

²³⁹ La logique de spécialisation favorisée par les progrès anatomo-cliniques, techniques et thérapeutiques, née à l'hôpital, s'est étendue dans le milieu ambulatoire, où les spécialistes occupaient une place croissante, tandis que les médecins omnipraticiens devenaient « généralistes », et étaient relégués au bas de la hiérarchie médicale, sans accès au statut de spécialiste jusqu'à une période récente.

²⁴⁰ Robelet, M., Serré, M. & Bourgueil, Y., 2005. La coordination dans les réseaux de santé : entre logiques gestionnaires et dynamiques professionnelles. *Revue française des affaires sociales*, 1(1), pp.231-260.

²⁴¹ http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthese_egos.pdf

²⁴² Article L. 1411-11 modifié par la loi n2009-879 du 2 1juillet 2009, art. 36.

A partir de la loi HPST, le Plan national Obésité 2010-2013 reformule les fonctions attendues du premier recours comme « la porte d'entrée dans le système de santé : diagnostic, orientation, traitement ; le suivi des patients et la coordination de leurs parcours (y compris dans le secteur médico-social) ; le relais des politiques de santé publique dont la prévention, le dépistage et l'éducation à la santé. »²⁴³

Ce même plan national précise que « les soins de premier recours concernent les soins ambulatoires directement accessibles aux patients avec une dimension généraliste et un accent mis sur l'éducation pour la santé. Deux notions fondamentales y sont rattachées : la proximité et l'accessibilité géographique, financière et culturelle. »

L'organisation des soins de premier recours et l'appréciation de leur accessibilité et leur proximité sont confiées par la loi aux Agences régionales de santé : « L'accès aux soins de premier recours ainsi que la prise en charge continue des malades sont définis dans le respect des exigences de proximité, qui s'apprécie en termes de distance et de temps de parcours, de qualité et de sécurité. Ils sont organisés par l'agence régionale de santé au niveau territorial défini à l'article L. 1434-16 et conformément au schéma régional d'organisation des soins prévu à l'article L. 1434-7 »²⁴⁴, qui comprend pour la première fois un volet ambulatoire. Il faut souligner que ce dernier n'a pas un caractère contraignant, ce qui place l'ARS dans un rôle d'animation plus que de pilotage²⁴⁵.

Clair sur les *fonctions* des soins de premier recours, moins précis sur l'organisation en *niveaux*, le Code de la santé publique ne décrit pas non plus en détail les *acteurs* délivrant les soins de premier recours ni les modalités de leur coopération : « Les professionnels de santé, dont les médecins traitants cités à l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale, ainsi que les centres de santé concourent à l'offre de soins de premier recours en collaboration et, le cas échéant, dans le cadre de coopérations organisées avec les établissements et services de santé, sociaux et médico-sociaux. »

La loi donne une place centrale au médecin généraliste dit « de premier recours »²⁴⁶, à qui sont confiées en particulier la coordination des soins pour ses patients et leur orientation dans le secteur médico-social, ainsi que la synthèse des informations transmises par les autres professionnels de santé, venant conforter les missions qui lui avaient été confiées dans le cadre de la Réforme du médecin traitant initiée en 2004²⁴⁷ :

« Les missions du médecin généraliste de premier recours sont notamment les suivantes :

²⁴³ <http://www.sante.gouv.fr/la-gradation-des-soins-dans-le-plan-obesite.html>

²⁴⁴ Art. L. 1411-11 modifié par la loi n2009-879 du 2 juillet 2009, art. 36.

²⁴⁵ Cela a été souligné au cours d'une communication récente : Schweyer, F.-X. « Inventer et apprendre un nouveau métier : les médecins généralistes dans les maisons et pôles de santé ». Colloque « Intervenir en première ligne : professions de santé libérales face au défi de la proximité », Lorient, 23 octobre 2014.

²⁴⁶ Ce positionnement dans la loi résulterait d'un travail mené par MG-France pour obtenir une « reconnaissance » de la place des médecins généralistes plus que d'une volonté politique... cependant elle est congruente avec de nombreuses réflexions, en France et à l'étranger, sur l'intérêt de donner une place centrale aux généralistes en soins de premier recours (Bras 2011b; OMS 2008b).

²⁴⁷ voir paragraphe 1.4.2.2.

- 1° Contribuer à l'offre de soins ambulatoire, en assurant pour ses patients la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des maladies ainsi que l'éducation pour la santé. Cette mission peut s'exercer dans les établissements de santé ou médico-sociaux ;
- 2° Orienter ses patients, selon leurs besoins, dans le système de soins et le secteur médico-social ;
- 3° S'assurer de la coordination des soins nécessaire à ses patients ;
- 4° Veiller à l'application individualisée des protocoles et recommandations pour les affections nécessitant des soins prolongés et contribuer au suivi des maladies chroniques, en coopération avec les autres professionnels qui participent à la prise en charge du patient ;
- 5° S'assurer de la synthèse des informations transmises par les différents professionnels de santé ;
- 6° Contribuer aux actions de prévention et de dépistage ;
- 7° Participer à la mission de service public de permanence des soins (...);
- 8° Contribuer à l'accueil et à la formation des stagiaires de deuxième et troisième cycles d'études médicales.»²⁴⁸

En dehors des médecins généralistes et des pharmaciens dont la Loi stipule qu'ils « contribuent aux soins de premier recours »²⁴⁹, les autres professions de santé ne sont pas citées nommément comme contributives aux soins de premier recours. Etant donné les missions listées et l'importance de la « proximité »²⁵⁰, de nombreux autres professionnels sont pourtant susceptibles d'y contribuer.

Parmi eux, figurent d'une part certains médecins spécialistes, qui peuvent être consultés en premier recours. Parmi eux, on peut citer les gynécologues, pédiatres et ophtalmologistes, mais aussi les médecins d'autres spécialités suivant des personnes inscrites sur la liste des affections de longue durée (ALD) (ONDPS 2007)²⁵¹. Figurent également les sages-femmes et les dentistes, ainsi que de nombreuses professions de santé non médicales : infirmiers, kinésithérapeutes, diététiciens, orthophonistes, psychologues, podologues, orthoptistes, opticiens, audio-prothésistes, les aides-soignants exerçant dans les services de soins à domicile. Les travailleurs sociaux et les coordinateurs de réseaux ou de structures médico-sociales peuvent également être inclus dans cette liste. Le faible rôle dévolu historiquement en France aux infirmiers²⁵² est à souligner, car il perdure encore ici, de même que l'absence d'écho donné à la notion d'« infirmière de famille » promue par l'OMS en

²⁴⁸ Art. L. 4130-1. Créé par la Loi n2009-879 du 2 1juillet 2009, art. 36

²⁴⁹ Article L. 5125-1-1 A du code de la santé publique

²⁵⁰ « Que recouvre la formulation "médecine de proximité"? Considérée d'une manière générale, elle renvoie à l'offre de soin de première ligne, ou de premier recours, qui prend place dans les lieux, sur les territoires où vivent les populations bénéficiaires de ces soins. Cette proximité territoriale est donc associée à une proximité humaine d'ordre populationnel, à laquelle fait écho, au plan interindividuel, la relation directe et personnalisée entre professionnels de santé et patients. [...] En France, la médecine de proximité correspond pour une très large part au secteur libéral de l'offre de soin. La médecine générale y occupe une place centrale de même que certaines spécialités qui font fonction d'offre de première ligne comme la pédiatrie, la gynécologie ou l'ophtalmologie. En outre, les soins infirmiers et ceux assurés par d'autres professionnels de santé relèvent de l'offre de première ligne. » (Bouchayer et al. 2007: 4)

²⁵¹ ONDPS, 2007. La médecine générale, résumé des principaux enseignements. Pré-rapport 2006-2007, Paris : ONDPS.

²⁵² « Le « tout-médecin » constitue une spécificité française se manifestant notamment [...] par un ratio infirmières / médecins plus faible que dans les autres pays et très peu de délégation de tâches. Cette faible gradation des fonctions dans le système de santé ne permet de développer ni les santé publique ni des modes de prise en charge innovants, dépassant le paiement à l'acte » (Didier Tabuteau, directeur de la chaire de santé de Sciences po, cité par (Juilhard 2007))

2000²⁵³, alors que dans certains pays, notamment anglo-saxons, ces professionnels constituent la première ligne des soins primaires (Bourgueil et al. 2006)²⁵⁴. La notion d'« infirmières de santé publique » (Pommier & Deschamps 2004; Bourgueil et al. 2008)²⁵⁵, ou d'« infirmier clinicien en première ligne (Anger & Gimbert 2011)²⁵⁶ commence tout juste à émerger en France.

De plus, si la majorité de ces professionnels consultés en premier recours exerce en libéral, il faut y ajouter les professionnels de santé exerçant dans des structures salariées aussi diverses que les centres de santé, les centres d'examen de santé des caisses primaires d'assurance maladie, les services de Protection maternelle et infantile (PMI), de santé scolaire, et de médecine du travail, ou encore exerçant à l'hôpital, notamment dans les services d'urgence (et particulièrement là où l'offre libérale de premier recours est insuffisante), dans les services d'hospitalisation à domicile, ou encore dans des services tels que SOS médecins.

Ainsi, comme le souligne Dominique Dépinoy, si les objectifs et les principes du premier recours sont relativement clairs, ni les éléments de l'offre (type de soins, de prévention et d'éducation), ni les rôles des professionnels concernés, ni les modes de coordination, ni les conditions d'accessibilité, ni les planifications territoriales ne sont définis clairement (Dépinoy 2011)²⁵⁷. La dynamique de transformation des soins primaires est analysée par certains comme propulsée par un moteur arrière (lié aux contraintes économiques et budgétaires) et non tirée par un projet (Bourgueil 2008)²⁵⁸, comme cela a été le cas en 2005 au Royaume Uni (Lewis & Dixon 2005)²⁵⁹ ou en 2009 au Québec (Le commissaire à la santé et au bien-être 2009; Garros 2009)²⁶⁰. Si ce projet reste aujourd'hui en France largement à construire, les directions prises depuis quelques années donnent l'impression d'un souci partagé par les professionnels et les autorités : qu'un changement ne soit pas impulsé « d'en haut » mais émerge des pratiques multiples expérimentales des acteurs « de la base » (professionnels de santé, du social, élus locaux, associatifs, administratifs...). Le développement expérimental des

²⁵³ Le développement d'« infirmières de famille » constitue l'un des Buts européens de la santé 21, poursuivant un objectif d'amélioration des ressources humaines pour la santé, « pour des connaissances, des compétences et un esprit leur permettant de protéger et de promouvoir la santé » (OMS 2000a).

²⁵⁴ Bourgueil, Y., Marek, A. & Mousquès, J., 2006. Soins primaires, vers une coopération entre médecins et infirmières. L'apport d'expériences européennes et canadiennes, Paris : Irdes.

²⁵⁵ Pommier, J. & Deschamps, J.-P., 2004. Les infirmières et la santé publique : évolution des missions et des formations. *santé publique*, 16, pp.107-206.

Bourgueil, Y. et al., 2008. La coopération médecins généralistes/infirmières améliore le suivi des patients diabétiques de type 2. Principaux résultats de l'expérimentation ASALEE. *Questions d'économie de la santé*, (36), pp.1-8.

²⁵⁶ Anger, E. & Gimbert, V., 2011. Quelles opportunités pour l'offre de soins de demain ? Les coopérations entre professionnels de santé. *La note d'analyse du Centre d'analyse stratégique*, (254), pp.1-12.

²⁵⁷ Dépinoy, M., 2011. *Les maisons de santé, une urgence citoyenne*, Paris: Editions de santé.

²⁵⁸ « Ce qui est remarquable dans le processus de réforme en cours depuis plus de trente ans en France dans le domaine des soins ambulatoires est la nature de la dynamique à l'œuvre. Tout se passe comme si les moteurs à l'origine des changements émanaient de contraintes principalement économiques et budgétaires. La recherche d'efficacité ou d'économie pèse sur le système et ses caractéristiques et le conduit à s'adapter sous contraintes tout en préservant les accords sociaux et politiques constitués en 1945 et 1958. Pour emprunter une métaphore automobile applicable au processus de changement en cours [...], nous sommes plutôt dans un modèle « propulsion arrière » sous l'effet de contraintes que dans un modèle « traction avant » finalisé par une vision ou un projet. » (Bourgueil 2008)

²⁵⁹ Lewis, R. & Dixon, J., 2005. *The future of primary care. Meeting the challenges of the new NHS market*, London: King's Fund.

²⁶⁰ Le commissaire à la santé et au bien-être, 2009. *Construire sur les bases d'une première ligne de soins renouvelée : recommandations, enjeux et implications*, Montréal: Commissaire à la santé et au bien-être.

maisons de santé constitue un exemple illustratif de cette préoccupation, rappelée par les auteurs de la mission diligentée par le gouvernement sur ces structures (Juilhard et al. 2010).

II.1.3. Une faisabilité incertaine : des acteurs nombreux mais mal répartis et des perspectives démographiques négatives jusqu'en 2030

II.1.3.1. Une diminution transitoire des effectifs médicaux prévisible et des disparités dans leur répartition

Dans son dernier rapport, l'Observatoire national des professions de santé (ONDPS) dénombre en France 1 049 482 professionnels de santé au 1^{er} janvier 2011 (ONDPS 2012).

En ce qui concerne les soins primaires, parmi les 90 630 médecins généralistes inscrits en activité régulière auprès du Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM) au 1er janvier 2014 (soit une baisse de 1% sur un an et une diminution de 6,6% sur la période 2007-2014), 52 760 ont une activité libérale exclusive qui peut être assimilée à du premier recours ; 6 164 ont une activité mixte et 31 631 une activité salariée exclusive.

Les projections du renouvellement des effectifs médicaux réalisées par l'ONDPS en 2008 indiquent que les effectifs médicaux devraient baisser de 10% entre 2007 et 2019, avant de revenir au niveau actuel en 2030²⁶¹. Cette baisse se fera parallèlement à une hausse du nombre d'internes en médecine. Cependant la baisse de la densité médicale sera importante du fait de l'accroissement de la population française estimé à 10% entre 2006 et 2030. La densité moyenne de médecins pourrait passer de 327 à 276 médecins pour 100 000 habitants entre 2006 et 2020, les prédictions d'évolution de cette densité étant contrastées selon les régions. Ainsi, pour les régions dans lesquelles se situent les MSP étudiées, la densité médicale devrait diminuer de 2,6% en Ile de France, tandis que celle du Nord Pas de Calais resterait stable (-0,3%), et qu'au contraire celle des Pays de la Loire augmenterait de 7,1%²⁶². Contrairement à de précédentes estimations plus défavorables (Bras 2011a)²⁶³, la baisse des effectifs devrait être moins marquée pour les diplômés de médecine générale que pour les spécialistes selon le rapport de l'ONDPS 2008-2009. Cependant, les disparités régionales restent préoccupantes, de même que les disparités infrarégionales relevées par les ARS, avec l'apparition de « déserts médicaux ».

Parmi les professionnels de santé libéraux libres de s'installer où ils le souhaitent, on comptait en 2009 53 652 omnipraticiens, 54 663 spécialistes médicaux, 60 966 infirmières (dont les effectifs sont en augmentation rapide), 49 225 kinésithérapeutes (également en augmentation), 14 260 orthophonistes, 36 237 chirurgiens dentistes, et 2 310 sages-femmes²⁶⁴.

²⁶¹ Dans un scénario tendanciel.

²⁶² ONDPS, 2009. Le rapport 2008-2009 (Tome 3). Le renouvellement des effectifs médicaux.

²⁶³ Bras, P.-L., 2011. Peut-on réformer l'organisation des soins de premier recours ? *Les tribunes de la santé*, 30(1), pp.113-126.

²⁶⁴ Eco-santé, base de données en libre accès en économie de la santé : <http://www.ecosante.fr/>

A ces professionnels de premier recours s'ajoutent les pharmaciens d'officine²⁶⁵, au nombre de 27 553 au 1^{er} janvier 2014, dont 55 % de femmes), exerçant dans 21 915 pharmacies plus harmonieusement réparties sur le territoire. Une décroissance de l'exercice libéral de la pharmacie d'officine est observée depuis quelques années (diminution de 0,15% en un an)²⁶⁶.

A ces effectifs s'ajoutent également les personnels salariés d'un ensemble de services et structures spécifiques, généralement organisés sur une base territoriale, hospitalière, municipale ou départementale, tels que l'hospitalisation à domicile (HAD), les consultations hospitalières de spécialités, la protection maternelle et infantile (PMI), la médecine scolaire, les centres d'exams de santé des caisses primaires d'assurance maladie, les services de médecine du travail qui interviennent au sein des entreprises, les centres de santé, notamment municipaux, les services de soins infirmiers à domicile et, dans le domaine des soins urgents, les services municipaux et départementaux d'incendie et de secours, les organisations de type SOS médecins et les services d'urgences hospitalières.

II.1.3.2. Une probable diminution du temps médical disponible

La diminution amorcée des effectifs médicaux se fait davantage sentir dans certains territoires, qui du fait d'une sélection accrue à l'entrée dans les études médicales, sont moins attractifs pour des jeunes professionnels qui en sont moins souvent issus (quartiers défavorisés, zones rurales), ou qui appartiennent à des couples de doubles actifs dont le conjoint recherche souvent un travail de cadre.

La diminution observée du temps médical disponible ne dépend pas seulement du nombre de praticiens, lié à l'abaissement du *numerus clausus* permettant d'accéder aux études médicales. Elle provient aussi d'une diminution du temps consacré par chaque professionnel à son exercice, liée notamment à la féminisation de la profession qui s'accompagne d'un exercice plus souvent à temps partiel, au désir des jeunes médecins de rééquilibrer travail et loisir, ou bien de s'investir dans une activité multiple avec au total moins de temps de soins primaires (Covindassamy 2013; Aulagnier et al. 2007; Bloy 2013)²⁶⁷. Le manque d'attractivité de l'exercice des soins primaires, en tous cas sur le modèle sacerdotal construit par les aînés, est clairement exprimé par les jeunes médecins (Bloy 2011; Hardy 2012; Schweyer 2010b)²⁶⁸.

²⁶⁵ dont l'installation est réglementée en fonction de critères de population

²⁶⁶ Conseil national des pharmaciens. Les pharmaciens. Panorama au 1^{er} janvier 2014. Eléments démographiques. 2014

²⁶⁷ Covindassamy, C., 2013. Les déserts médicaux, un mirage ? *Pratiques, cahiers de la médecine utopique*, (60), pp.38–39.

Aulagnier, M. et al., 2007. Pratiques des médecins généralistes en matière de prévention : les enseignements d'un panel de médecins généralistes en Provence-Alpes-Côte d'Azur. *Pratiques et organisation des soins*, 38(4), pp.259–268.

Bloy, G., 2013. Jeunes généralistes et déserts médicaux. *Pratiques, cahiers de la médecine utopique*, (60), pp.77–79.

²⁶⁸ Bloy, G., 2011. Comment peut-on devenir généraliste aujourd'hui ? Le renouvellement des médecins généralistes vu à travers une cohorte de jeunes diplômés. *Revue française des affaires sociales*, 2(2-3), pp.9–28.

Hardy, A., 2012. La sociologie chez les médecins libéraux a changé", enquête chez les jeunes diplômés. *Le Médecin de France*, pp.26–27.

Schweyer, F.-X., 2010b. Ni artisan, ni salarié. Conditions et enjeux de l'installation en médecine générale libérale. In G. Bloy & F.-X. Schweyer, eds. *Singuliers généralistes*. Rennes: Presses de l'EHESS, pp. 379–402.

Face à cette diminution du temps médical disponible en soins primaires, l'accroissement des besoins et du niveau de complexité des prises en charge, à la fois au plan médico-technique et au plan médico-social, impose des réformes de fond des systèmes de santé.

II.1.4. Une démarche réformatrice foisonnante et non stabilisée : des approches en concurrence

Les systèmes de santé des pays développés, confrontés à des défis démographiques, épidémiologiques, technologiques et économiques similaires, ont tous engagé des réformes visant à adapter l'organisation et le financement de leurs systèmes de santé (Hofmarcher et al. 2007; Brocas 2010; Hassenteufel 2013)²⁶⁹. Des travaux de recherche sur les services de santé, dans le sillage de la *Health services research* née aux Etats-Unis, se sont développés en France. La revue scientifique *Pratiques et organisation des soins*, créée en 2006 par l'Assurance maladie et fusionnée en 2013 avec la revue *Santé publique*, donne un aperçu des réflexions et des modèles étrangers examinés en France. L'IRDES, fortement engagé dans la recherche sur les services de santé, consacre une part importante de ses travaux, notamment au sein de l'équipe de recherche Prospere, aux questions qui se posent plus particulièrement dans le domaine des soins primaires. La Revue française des affaires sociales a consacré plusieurs numéros spéciaux aux transformations des systèmes de santé et aux dynamiques professionnelles, dont un en 2010 aux politiques et organisations des soins primaires en France et en Europe²⁷⁰. Toute une série de rapports ministériels, de recommandations, d'avis et de référentiels, dont nous ne citons ici que les plus emblématiques, ont également été produits au cours des dernières années sur les soins ambulatoires, la médecine générale et les soins primaires (Legmann 2010; Hubert 2010; Juilhard et al. 2010)²⁷¹, la prévention (Flajolet 2008), l'éducation et l'accompagnement des personnes atteintes de maladies chroniques (HAS & INPES 2007; HCSP 2009a; Saout et al. 2008a; Saout et al. 2008b)²⁷², la coordination des soins et les coopérations entre professionnels (Berland et al. 2010)²⁷³, la prévention et la prise en charge coordonnées de la dépendance chez les personnes âgées (Bourdessol et al. 2005; HAS 2013)^{274,275}.

²⁶⁹ Hofmarcher, M., Oxley, H. & Rusticelli, E., 2007. *Improved health system performance through better care coordination*, Paris : OECD Publishing.

Hassenteufel, P., 2013. Quelle européanisation des systèmes de santé ? *Informations sociales*, 1(175), pp.48–59.

²⁷⁰ Numéro spécial « Politiques et organisation des soins primaires en Europe et aux Etats-Unis. Quels enseignements pour la France ? » *Revue française des affaires sociales*, n°3, juillet-septembre 2010, Paris La documentation française

²⁷¹ Legmann, M., 2010. *Définition d'un nouveau modèle de la médecine libérale*, Paris : La documentation française.

²⁷² HAS & INPES, 2007. Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique dans le champ des maladies chroniques, Saint-Denis : HAS & INPES.

HCSP, 2009. L'éducation thérapeutique intégrée aux soins de premier recours, Paris : Haut conseil de la santé publique.

Saout, C., Charbonnel, B. & Bertrand, D., 2008. *Pour une politique nationale d'éducation thérapeutique*, Paris.

Saout, C., Charbonnel, B. & Bertrand, D., 2008. Pour une politique nationale d'éducation thérapeutique. Rapport complémentaire sur les actions d'accompagnement, Paris.

²⁷³ Berland, Y. et al., 2010. Evolution des métiers de la santé. Coopérations entre professionnels. *Actualité et dossier en santé publique*, (70), pp.13–66.

²⁷⁴ Bourdessol, H., Pin, S. & le Réseau francophone de prévention des traumatismes et de promotion de la sécurité, 2005. *Prévention des chutes chez les personnes âgées à domicile. Référentiel de bonnes pratiques*, Saint-Denis: INPES.

HAS, 2013. Comment prendre en charge les personnes âgées fragiles en ambulatoire ? Points clés et solutions, organisation des parcours, Saint-Denis : HAS.

²⁷⁵ La Cnamts expérimente depuis 2013 le programme PAERPA (Personnes âgées en risque de perte d'autonomie).

Ces travaux s'accordent sur la nécessité d'un changement de paradigme des systèmes de santé, traditionnellement organisés pour prendre en charge des épisodes de soins aigus, vers une organisation permettant la prise en charge en ambulatoire d'un nombre de plus en plus important de personnes atteintes de maladies chroniques²⁷⁶, le développement d'une approche préventive (Bury 1988; Wagner et al. 2001)²⁷⁷, dans une démarche qui emprunte parfois à celle de la promotion de la santé (OMS 1986; Richard et al. 2013)²⁷⁸. Une analyse d'ensemble des travaux de synthèse français et internationaux qui s'inscrivent dans cette réflexion met d'abord en évidence un partage de leur référence dominante entre deux grandes orientations générales : d'un côté, de nombreux travaux s'intéressent à l'amélioration de la coopération entre professionnels, de la coordination des soins et de l'articulation des prises en charge entre professionnels et entre secteurs (entre la ville et l'hôpital et entre le médical, le médico-social et le social), selon une approche d'ensemble de l'organisation du système de santé (considéré dans sa verticalité), qui implique donc en partie les acteurs des soins primaires ; d'un autre côté, des travaux de plus en plus nombreux sont centrés spécifiquement sur la réorganisation des soins primaires, selon une approche qualifiée d'« horizontale » (OMS 2008; Brunn & Chevreul 2013)^{279,280}.

II.1.4.1. Privilégier une approche d'ensemble : divers modèles successifs ou concomitants pour améliorer la coopération et la coordination entre acteurs et secteurs du système de santé

Le clivage initialement énoncé par Mintzberg, « toute activité humaine donne naissance à deux besoins fondamentaux : la division du travail entre diverses tâches à effectuer, d'une part, et la coordination de ces tâches afin d'accomplir cette activité, d'autre part », reste largement d'actualité (Hénaut & Bloch 2014). Les problèmes de coordination dans le système de santé, présents tant du côté des professionnels que des patients, apparaissent liés à la fois aux cloisonnements décrits plus haut entre professionnels et secteurs et aux différentes cultures professionnelles qui entraînent difficultés de communication, allongement des délais de prise en charge, solitude dans la prise de décision... mais ils sont aussi à relier à l'abondance d'acteurs et de dispositifs d'un système qui ne cesse de se développer et de se complexifier. Certains de ces dispositifs sont certainement à réorienter ou à supprimer.

Les travaux des chercheurs (médecins de santé publique, économistes, chercheurs en sciences de la gestion, sociologues) comme les rapports commandés par les pouvoirs publics sur la coordination laissent apparaître un foisonnement de concepts et de modèles, qui pour Bloch et Hénaut (2014)

²⁷⁶ La France s'est emparée de cette problématique de manière transversale dans le cadre du Plan national pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques 2007-2011, qui constituait l'un des cinq plans stratégiques de la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. Le Haut conseil de la santé publique a consacré en 2010 un dossier de sa revue *Actualités et dossiers en santé publique* aux maladies chroniques.

²⁷⁷ Wagner, E. et al., 2001. Improving chronic illness care : translating evidence into action. *Health affairs*, 20(6), pp.64-78.

²⁷⁸ Richard, L. et al., 2013. Interventions de prévention et promotion de la santé pour les aînés : modèle écologique. Guide d'aide à l'action franco-québécois, Saint-Denis: INPES.

²⁷⁹ Brunn, M. & Chevreul, K., 2013. Prise en charge des patients atteints de maladies chroniques. Concepts, évaluations et enseignements internationaux. *Santé publique*, 25(1), pp.87-94.

²⁸⁰ Dans une revue de la littérature publiée en 2013, Brun et Chevreul identifient parmi les facteurs favorisant une meilleure prise en charge des maladies chroniques : l'intégration de l'éducation thérapeutique du patient, le repérage des patients, les retours d'information vers les professionnels, enfin la recherche de performance des soins primaires et les incitatifs financiers.

« font écho à un ensemble de stratégies destinées à rationaliser l'organisation des soins et des services : gestion de cas, intégration, coordination, réseau et, plus récemment, parcours ». Suivant l'histoire qu'elles en retracent, on peut décrire brièvement les fondements de ces principaux modèles et donner un aperçu des échos qu'ils ont rencontrés en France.

La « gestion de cas », ou « case management », a émergé aux Etats-Unis au début des années 1980 (Miller 1983)²⁸¹ autour du constat de la nécessité d'un professionnel en charge d'assister les personnes dans leurs choix et de faire le lien entre les services médical, social et médico-social. Cette idée a été réappropriée au Royaume-Uni sous divers modèles appelés « case coordination », « case management » ou encore « disease management ». Ce dernier modèle a été importé en France (Bras et al. 2006a; Bras et al. 2006b)²⁸² et expérimenté dans quelques régions par la Cnamts de 2008 à 2011 à travers un « programme d'accompagnement des patients diabétiques » par téléphone baptisé « Sofia », étendu dans un second temps à l'ensemble du territoire français et élargi aux personnes asthmatiques. La « gestion de cas » s'est également développée en France, notamment autour de la prise en charge de certaines maladies associées au vieillissement, promue par exemple par le Plan national Alzheimer 2008-2012, ou dans le cadre de réseaux de soins palliatifs (Frattini et Naiditch, 2015)²⁸³.

Des modèles dits d'« intégration » des prises en charge sont apparus aux Etats-Unis dans les années 90, fondés sur l'idée que la coordination ne devait pas être seulement entre professionnels, mais aussi entre secteurs (Leutz 1999)²⁸⁴. Différents niveaux d'intégration ont été décrits avec, au plus faible niveau une simple mise en lien des services, au niveau intermédiaire une « coordination » où les services s'accordent pour mettre en cohérence les aides et soins fournis, et au niveau maximum la gestion complète des aides et soins par un service dédié. Ce type de modèle doté d'un fort niveau d'intégration a été expérimenté en France par exemple à travers le projet PRISMA (Somme et al. 2008)²⁸⁵ importé du Canada, et dans le cadre des Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA) à partir de 2008. Des études québécoises se sont intéressées aux facteurs facilitant ou freinant la mise en place de ce type de projet (Levesque et al. 2009)²⁸⁶.

²⁸¹ Miller, G., 1983. Case management: the essential service. In C. Sanborn, ed. *Case management in mental health services*. New York: The Haworth Press, pp. 3–15.

²⁸² Bras, P.-L., Duhamel, G. & Grass, E., 2006. Améliorer la prise en charge des malades chroniques : les enseignements des expériences étrangères de disease management. *Pratiques et organisation des soins*, 37(4), pp.341–356.

Bras, P.-L., Duhamel, G. & Grass, E., 2006. Améliorer la prise en charge des malades chroniques : les enseignements des expériences étrangères de disease management, Paris: IGAS.

²⁸³ Naiditch, M., Frattini, MO., Une coordination d'appui au médecin traitant : un gestionnaire de cas singulier. *Santé Publique : à paraître en 2015*.

²⁸⁴ Leutz, W.N., 1999. Five laws for integrating medical and social services : lessons from the United States and the United Kingdom, *Milbank Quarterly*. 77(1), pp. 77-110.

²⁸⁵ Somme, D. et al., 2008. Prisma France : programme d'implantation d'une innovation dans un système de soins et de services aux personnes en perte d'autonomie. Adaptation d'un modèle d'intégration basé sur la gestion de cas. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 56(1), pp.54–62.

²⁸⁶ Levesque J-F, Feldman D, Dufresne C, Bergeron P, Pinard B, Gagné V. 2009, Barrières et éléments facilitant l'implantation de modèles intégrés de prévention et de gestion des maladies chroniques, *Pratiques et Organisation des Soins* 2009;40(4):251-265.

Les modèles d'intégration de niveau intermédiaire s'apparentent davantage à une « mise en réseaux » telle qu'on a pu la discuter à la fin des années 80 en France, à partir d'une double origine (Robelet et al. 2005) : celle, théorique, née dans les commissions du Commissariat au Plan en 1987 et 1993 qui s'inspirait des *Health maintenance organisations* (HMO) américaines (Launois & Viens 1986; Launois et al. 1985)²⁸⁷ ; et celle, plus pragmatique, voulant lier soins hospitaliers et de ville (réseaux ville-hôpital), qui visait à répondre aux attentes des patients touchés par l'épidémie de Sida entre 1985 et 1991. Les attentes ont été fortes en France vis-à-vis des réseaux (Frattini & Brémont 1994)²⁸⁸, qui ont été soutenus par les autorités de santé, à travers un cadre en 1995 dans le plan Juppé, puis une reconnaissance institutionnelle dans la Loi de 2002. Leur développement important (environ 700 réseaux en 2012) s'est fait autour de thématiques diverses, le plus souvent en direction de pathologies spécifiques (Bungener & Poisson-Salomon 1998; Bourgueil 2007)²⁸⁹ et centrés sur l'hôpital et les médecins spécialistes, parfois plus ouverts vers des prises en charge de proximité²⁹⁰. Mais les réseaux attachés à une maladie particulière créent une segmentation problématique pour les professionnels de soins primaires (et les patients polypathologiques), liée à leur multiplication thématique et ne peuvent donc instituer un mode d'organisation globale de l'offre ambulatoire. En outre, ils n'apportent pas de solution aux problèmes d'organisation de la permanence des soins, de baisse démographique des professionnels de santé et de leur répartition inégale sur le territoire qui apparaissent au début des années 2000 marquées par une féminisation de la profession et un changement du rapport au travail, avec un moindre attrait pour l'exercice libéral (Bouchayer et al. 2007; Bloy & Schweyer 2010; Bloy 2011; Hardy 2012)²⁹¹. De plus, l'évaluation contrastée des apports des réseaux en termes de service rendu et d'efficacité (Daniel et al. 2006a)²⁹², a conduit la Direction générale de l'offre de soins à demander leur réorientation vers des missions d'appui à la

Les éléments facilitants mis en évidence sont l'émergence de nouveaux modèles de pratique de groupe en première ligne, une intégration croissante des établissements du réseau, un système communautaire de services sociaux développés et un champs de la santé publique développé. Les auteurs conseillent de porter une attention particulière aux modalités de gouvernance, de rémunération et à l'organisation des prestations des soins pour accroître les chances de succès de leur implantation.

²⁸⁷ Launois, R. & Viens, G., 1986. *La Health Maintenance Organisation : une approche bibliographique*, Paris: CNRS.

Launois, R. et al., 1985. Les Réseaux de Soins Coordonnés : Propositions pour une réforme profonde du système de santé. *Revue française des affaires sociales*, 36(1), pp.37–61.

²⁸⁸ Frattini, M.-O., Brémont, M., 1994, « Réseaux », leviers de changement dans le système de soins français ? *Prévenir*, (27), pp. 31-44.

²⁸⁹ Bungener, M. & Poisson-Salomon, A., 1998. Travailler et soigner en réseau. Exemple des réseaux ville-hôpital pour la prise en charge de l'infection à VIH en région parisienne, Paris: Editions de l'Inserm.

Lombrail, P. et al., 2000. Repères pour l'évaluation des réseaux de soins. *Santé publique*, 12, pp.161–176.

Bourgueil, Y., 2007. Les enseignements de la politique des réseaux et des maisons pluridisciplinaires de santé. In *Enjeux économiques des coopérations entre professionnels de santé*. Saint-Denis: HAS, pp. 261–291.

²⁹⁰ Différents types de réseaux sont développés : des réseaux médico-sociaux (réseaux de gérontologie), de réseaux par pathologie (entrés sur les professionnels spécialistes) et des réseaux de santé (centrés sur les patients : prévention, réadaptation, soins palliatifs)

²⁹¹ Bouchayer, F. et al., 2007. Médecine de proximité : crise des ressources humaines. Les Actes du colloque international du 16 Novembre 2007 à Marseille. Marseille : Santé Sud et URML PACA.

Bloy, G. & Schweyer, F.-X., 2010. Introduction. In G. Bloy & F.-X. Schweyer, eds. *Singuliers généralistes*. Rennes: Presses de l'EHESP, pp. 11–20.

Bloy, G., 2011. Comment peut-on devenir généraliste aujourd'hui ? Le renouvellement des médecins généralistes vu à travers une cohorte de jeunes diplômés. *Revue française des affaires sociales*, 2(2-3), pp.9–28.

²⁹² Daniel, C., Delpal, B., Lannelongue, C., 2006, Contrôle et évaluation du fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) et de la dotation de développement des réseaux (DDR), rapport Inspection générale des affaires sociales (IGAS), Paris, La Documentation française

coordination, tandis que la coordination est confiée progressivement aux effecteurs de soins²⁹³. Les problèmes démographiques orientent à partir de 2003 la réflexion dans une autre direction, celle des délégations de tâches et des transferts de compétences entre professionnels de santé (Berland 2002; Berland 2003; Berland & Bourgueil 2006; HAS 2008)²⁹⁴, reprise dans l'article 51 de la loi HPST sur les « protocoles d'action coordonnée ». Ces expérimentations débouchent aujourd'hui sur la proposition de créer de nouveaux métiers, notamment d'infirmiers cliniciens de premier recours (Anger & Gimbert 2011) reprises dans le projet de loi de santé pour 2015.

Enfin, dans les années 90 est apparu en Amérique du Nord un autre modèle fondé sur la notion de *pathways*, s'intéressant à l'ensemble du « parcours » des personnes en situation chronique (De Bleser et al. 2006; Kinsman et al. 2010)²⁹⁵, auquel se rattache le *Chronic care model* (Wagner, 1999) dit « modèle des soins pour les situations chroniques ». La notion de « parcours » a été introduite dans la loi de 2004 sous l'acceptation limitative du « parcours de soins coordonné » à l'entrée duquel a été positionné le médecin généraliste, comme point de passage obligatoire (ce qu'on a appelé la fonction de *gate-keeper*, ou « gardien de la porte d'entrée») pour pouvoir être orienté vers un spécialiste. D'autres acceptations plus larges mais toutefois variables de cette notion²⁹⁶, à travers les expressions « parcours de santé » et « parcours de vie », sont mobilisées de façon accrue depuis quelques années par de nombreuses institutions de santé ou de santé publique (Haute autorité de

²⁹³ Direction générale de l'offre de soins. Améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé ? Guide méthodologique, 2012 http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_reseaux_de_sante.pdf

Parmi les autres acteurs chargés d'une mission de coordination : « le médecin traitant, les maisons de santé, les pôles de santé, les centres de santé, les services d'hospitalisation à domicile (HAD), les centres locaux d'information et de coordination (CLIC), les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), les établissements de santé (notamment à travers les équipes mobiles de soins palliatifs et gériatrique) et médico-sociaux et les autres structures médico-sociales (services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH), maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), etc.) » (guide p6).

Le développement de la coordination entre les professionnels de santé est abordé lors des négociations conventionnelles, au sein des « Accords conventionnels interprofessionnels » (ACI), dispositif pluriprofessionnel instauré par la Loi du 13 août 2004, article 11. Ils ont pour objectif l'« organisation et la coordination des professionnels de santé », notamment à travers la création de réseaux de santé. En 2012 est créé l'« Accord cadre interprofessionnel » (ACIP), qui organise les rapports entre les organismes d'assurance maladie et certaines professions mentionnées (médecins, chirurgiens dentistes, sages-femmes, biologistes, pharmaciens d'officine, transporteurs sanitaires, auxiliaires médicaux). Ils concernent la qualité des soins et l'efficacité du système de soins, et la « nécessité de renforcer la coordination » est au cœur de ce texte. Fixé pour 5 ans, l'ACIP porte sur plusieurs domaines : délivrance et coordination des soins, simplification administrative, et avantages sociaux. Dans le titre concernant la délivrance et la coordination des soins, sont abordés le « libre choix du patient », le « développement de démarches favorisant la coordination des acteurs et la continuité des prises en charge » (« optimisation du parcours », « coordination autour d'un patient atteint de pathologie chronique ou polypathologie », « coordination dans le cadre de la prise en charge de la dépendance à domicile », « partage de l'information entre professionnels », et « participation au développement professionnel continu »).

²⁹⁴ Berland, Y., 2003, Mission « Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences », Rapport d'étape.

Berland Y., Bourgueil Y. (2006), Cinq expérimentations de coopération et de délégation de tâches entre professions de santé. ONDPS, Juillet 2006. HAS (2008).

HAS en collaboration avec l'ONDPS, 2008, Délégation, transfert, nouveaux métiers... Comment favoriser les formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé, Recommandation.

²⁹⁵ De Bleser, L. et al., 2006. Defining pathway. *Journal of nursing management*, (14), pp.553-563.

Kinsman, L. et al., 2010. What is clinical pathway? Development of a definition to inform the debate. *BMC Medicine*, (8), p.31.

²⁹⁶ La variété des usages de ces notions et leur importance dans les travaux actuels de régulation ont amené le Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales à élaborer un lexique : Pour une prise en charge adaptée des patients et usagers Lexique de A à Z. Septembre 2012. http://www.ars.sante.fr/fileadmin/PORTAIL/Actu_2/Lexique_parcours_def.pdf

santé, Agences régionales de santé, collectivités territoriales dans le cadre de l'élaboration des Contrats locaux de santé) pour soutenir le développement de nouveaux dispositifs de coordination, notamment au niveau territorial (Monnet 2014; Cordier 2014)²⁹⁷²⁹⁸.

Certains auteurs s'appuient sur (Kuhn 1962)²⁹⁹ pour introduire l'idée que l'organisation des politiques sociales et médico-sociales, qui s'est structurée autour de « disciplines », se heurte aujourd'hui à un nombre croissant de situations « indisciplinables », en l'occurrence des situations de vulnérabilité, auxquelles les institutions et organisations sanitaires et sociales actuelles ne permettent pas de répondre, risquant de remettre en question le paradigme dominant sous-jacent à l'organisation des prises en charge. Ils postulent que le développement de la coordination et des coopérations est une manière de répondre à ces situations de vulnérabilité sans remettre en question l'organisation des prises en charge. Ils analysent plusieurs lois récentes en France, dont la Loi HPST, comme une tentative de « passer d'un paradigme mécanique des « secteurs d'intervention » à un paradigme organique de l'action publique [... dans lequel] :

« – *l'objet des politiques sociales et sanitaires est la situation de vulnérabilité, qui se caractérise par les faibles ressources des personnes pour faire face aux dangers et exigences de leurs environnements de vie ;*

– *l'objet des organisations sanitaires et médicosociales est la prise en compte des droits et de la parole des usagers. C'est déjà, dans toutes les politiques de 2002 à 2009, considérer la personne comme une ressource ;*

– *l'objet des praticiens est le parcours de vie (et/ou le parcours de soins) de la personne ;*

– *l'objet de leur coordination, c'est la stratégie globale et partagée, appelée dans les différentes lois « plan personnalisé » (de compensation, d'aides, de l'enfant, de soins) » (Acef et al., 2014 : 15³⁰⁰).*

Ces auteurs analysent le développement de coopérations organisées rationnellement comme une conséquence du fait que « cette « révolution douce » ne s'est pas accompagnée d'une révolution organisationnelle ».

L'évaluation de ces dispositifs de coopération s'avère extrêmement complexe et les évaluateurs s'intéressent généralement de manière ciblée à certaines dimensions ou indicateurs (Borgès Da Silva et al. 2011)³⁰¹, depuis le processus - par exemple le « degré » d'interdisciplinarité ou de coopération

²⁹⁷ Monnet, E., 2014. Les parcours de santé : enjeux et mise en oeuvre. *Actualité et dossier en santé publique*, (88), pp.1–2.
Cordier, A., 2014. Les parcours de soins et de santé sont-ils une évolution inéluctable de notre système de santé ? *Actualité et dossier en santé publique*, (88), pp.43–45.

²⁹⁸ Un numéro spécial de la revue *Actualités et dossiers en santé publique* a été consacré en septembre 2014 à la question des « parcours de santé » : <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/Adsp?clef=145>

²⁹⁹ Kuhn, T.S., 1962. *La structure des révolutions scientifiques*, Paris : Flammarion.

³⁰⁰ Acef, S., Barreyre, J.-Y., Bouquet, T., 2014. De la démarche d'évaluation et de concertation territoriale vers les dispositifs intégrés. Expérimentation en Ile-de-France dans le domaine de l'autisme. *Vie sociale*, 2(6), pp. 13-35.

³⁰¹ Borgès Da Silva R, Contandriopoulos AP, Pineault R, Tousignant P. Pour une approche globale de l'évaluation de l'utilisation des services de santé : concepts et mesures. *Pratiques et organisation des soins*. 2011;42(1):11-18.

autour de la gestion de cas complexes (Bédard et al. 2013)³⁰² ou dans la pratique de l'éducation thérapeutique du patient (de la Tribonnière & Gagnayre 2013)³⁰³ ; la coopération entre médecins généralistes et pharmaciens (Michot et al. 2013)³⁰⁴ ; la coopération entre médecins généralistes et infirmières en pratique libérale (Bourgueil et al. 2008) - jusqu'aux résultats, avec des indicateurs aussi divers que le comportement des destinataires (par exemple l'observance des soins et de la prévention (Sasso, Chatain, et al. 2011)³⁰⁵) ou le renvoi à des analyses médico-économiques (Briot et al. 2012)³⁰⁶.

Certains de ces modèles de coordination ont été spécifiquement appliqués ou déclinés en soins ambulatoires, donnant une place importante à la structuration du premier recours. C'est le cas de certains programmes d'« intégration » basés sur la qualité des soins de ville aux Etats-Unis (Briot et al 2012) ou sur une programmation régionale des soins ambulatoires dans la prise en charge des maladies chroniques au Québec ou en Suisse (Sasso, Champagne, et al. 2011; Huard & Schaller 2011a; Huard & Schaller 2011b)³⁰⁷.

II.1.4.2. Cibler une approche horizontale sur la réorganisation du premier recours : des réformes qui veulent placer le médecin traitant au centre de la prise en charge et visent à mieux réguler son activité

« L'importance des soins primaires dans les systèmes de santé est largement reconnue. En tant que porte d'entrée du système, les soins primaires occupent une position de coordination stratégique qui a un effet d'entraînement sur toutes ses autres composantes. Des analyses ont suggéré que la performance de l'ensemble du système repose sur un réseau de soins primaires bien organisé et bien intégré au reste du système » (Starfield et al. 2005)³⁰⁸

³⁰² Bédard, S., Poder, T. & Larivière, C., 2013. Processus de validation du questionnaire IPC65 : un outil de mesure de l'interdisciplinarité en pratique clinique. *Pratiques et organisation des soins*, 6(25), pp.763–773.

³⁰³ De la Tribonnière, X. & Gagnayre, R., 2013. L'interdisciplinarité en éducation thérapeutique du patient : du concept à une proposition de critères d'évaluation. *Education Thérapeutique du Patient - Therapeutic Patient Education*, 5(1), pp.163–176.

³⁰⁴ Michot, P., Catala, O., Supper, I., Bouliou, R., Zerbib, Y., Colin, C., Letrilliart, L., 2013, Coopération entre médecins généralistes et pharmaciens : une revue systématique de la littérature. *Santé Publique* 25(3), pp. 331-41.

³⁰⁵ Sasso C, Chatain C, Rohmer J-F, Barbier Y, Bongue B, De La Celle C, et al., 2011. Observance des conseils de prévention et de soins chez les populations vulnérables : l'expérience des centres d'examen de santé de l'Assurance maladie. *Pratiques et organisation des soins*, 42(2), pp. 79-87.

³⁰⁶ Briot, P.-C., Teil, A.-A., Belnap, T.W., Cannon, WH, 2012. Pratique intégrée et basée sur la qualité de la médecine de ville : son impact sur la consommation des soins. *Pratiques et organisation des soins*, 43(4), pp.251-259.

³⁰⁷ Sasso, O., Champagne, F., Leduc, N., 2011. Illustration d'une expérience d'intégration régionale des soins basée sur une approche populationnelle. *Pratiques et organisation des soins*, 42(4), pp. 235-244.

Huard, P., Schaller, P., 2011. Innovation organisationnelle et prise en charge des maladies chroniques. 1. La coopération entre partenaires distants. *Pratiques et organisation des soins*, 42(2), pp.111-118.

Huard, P., Schaller, P., 2011. Innovation organisationnelle et prise en charge des maladies chroniques. 2. Deux études de cas. *Pratiques et organisation des soins*, 42(2), pp.119-126.

³⁰⁸ Starfield, B., Shi, L., Machinko, J., 2005. Contribution of Primary care to health systems and health. *Milbank Quarterly*, 83, pp.457-502.

En France, les initiatives de réforme des soins primaires ont résulté d'« adaptations pragmatiques aux situations vécues ou de volontés réformatrices répétées » (Bourgueil 2010: 17)³⁰⁹, portées par des acteurs multiples, et s'appuyant en partie sur l'analyse des modèles étrangers (Brocas, 2010). Elles se développent concomitamment dans plusieurs directions plus ou moins articulées que nous détaillons dans ce paragraphe : 1) une revalorisation de la spécialité de médecine générale ; 2) une régulation plus étroite de la pratique médicale par l'assurance maladie, à travers des mécanismes principalement incitatifs ; 3) le développement d'une organisation territoriale par l'Etat. Les réformes se traduisent également par 4) l'encouragement à la coopération dans le cadre d'innovations organisationnelles analysées dans le § 1.2. de ce chapitre, et qui sont orientées soit vers l'internalisation de nouvelles pratiques dans les cabinets médicaux, soit vers leur externalisation et leur mise en œuvre par des prestataires de services. Il faut en outre ajouter que ces réformes s'accompagnent aussi de toute une série de mesures d'amont, non détaillées ici, comme l'évolution des formations des professionnels de santé³¹⁰, des référentiels métier et l'évaluation des pratiques professionnelles, ou encore le soutien à l'informatisation des professionnels. Nous verrons aussi que la loi HPST constitue un point d'appui important pour les transformations en cours, en définissant les soins de premier recours et les missions des professionnels concernés, en annonçant la création de Schémas régionaux d'organisation des soins (SROS) ambulatoires et en offrant la possibilité de développer des coopérations (article 51 de la loi HPST).

II.1.4.2.1. Revaloriser la profession de médecine générale et redessiner les contours des missions d'autres professions

Les autorités de santé positionnent aujourd'hui les médecins généralistes comme les acteurs centraux des « soins de premier recours » définis dans la Loi HPST. La reconnaissance de la médecine générale comme spécialité à part entière et comme discipline universitaire est le fruit d'un processus de plus d'une quinzaine d'années, encore inachevé, porté par ses représentants avec le soutien de l'Etat, au prix de divisions syndicales importantes au sein de la profession médicale (Hassenteufel 2010a)³¹¹.

« Figure centrale de la médecine » pendant la première moitié du 20^{ème} siècle, le « médecin de famille » avait vu progressivement ses pratiques profondément reconfigurées du fait d'une spécialisation hiérarchisée des activités et d'une diversification des métiers, qui avaient laissé place au bas de la hiérarchie professionnelle, à « une médecine « générale », parcellisée, ni spécialisée ni hospitalière » (Bloy 2010a)³¹², constituée « par défaut », ne conservant en propre que ce que les autres spécialités médicales laissaient de côté (Herzlich et al. 1993; Pinell 2005). Par un retournement singulier de situation, la « médecine « générale » est au contraire vue depuis la fin des

³⁰⁹ Bourgueil, Y., 2010. Systèmes de soins primaires : contenus et enjeux. *Revue française des affaires sociales*, 3(3), pp.11–20.

³¹⁰ dont la réforme des études médicales mettant en place une première année commune aux études de santé en 2010, et l'universitarisation des formations des paramédicaux.

³¹¹ Hassenteufel, P., 2010a. La difficile affirmation d'un syndicalisme spécifique aux généralistes. In *Singuliers généralistes*. Rennes: Presses de l'EHESP, pp. 403–418.

³¹² Bloy, G., 2010. La constitution paradoxale d'un groupe professionnel. In G. Bloy & F.-X. Schweyer, eds. *Singuliers généralistes*. Rennes: Presses de l'EHESP, pp. 23–40.

années 90 comme « un levier possible du changement dans le système de santé », permettant de reconcevoir et retrouver une approche « globale » longtemps délaissée, au moment où le poids des polyopathologies (Clerc et al. 2008)³¹³ s'accroît et où la maîtrise des dépenses de santé devient prioritaire (Robelet 2003).

Un travail collectif de redéfinition de la profession est mené par ses membres depuis le début des années 1970 au sein de la WONCA, l'association mondiale des collèges de médecins généralistes³¹⁴, du CNGE et d'autres sociétés savantes (Gay 2013)³¹⁵. En France, après l'élaboration de plusieurs référentiels de compétences par divers groupes professionnels, un référentiel « métier et compétences des médecins généralistes » est approuvé en 2009 par la plupart des instances représentatives des médecins généralistes³¹⁶. En 2007, après des années de revendications, les médecins généralistes se voient reconnaître un statut équivalent à celui des autres spécialités médicales, celui de praticien « spécialiste de la médecine générale ». En 2011, la revalorisation de l'acte de consultation au niveau de celui des médecins spécialistes d'organe est acquise.

La représentation syndicale des médecins généralistes évolue avec la constitution en 2010 d'une instance représentative nationale de l'ensemble des syndicats, le Collège de la médecine générale. Cependant, les positions syndicales -entre spécialistes et généralistes d'une part et entre généralistes d'autre part- restent fortement contrastées (Hassenteufel 2010a).

En parallèle, un certain nombre de mesures sont prises, allant dans le sens d'une revalorisation de la nouvelle spécialité médicale au sein de l'université (Bloy 2010b)³¹⁷. Les règles d'harmonisation des formations européennes aboutissent à l'instauration de nouvelles modalités d'entrée dans la profession au travers de la mise en place en 2004 d'« épreuves classantes nationales ». Celles-ci, permettant l'accès à toutes les spécialités médicales y compris la médecine générale, lui confèrent du même coup un statut équivalent à celui des autres spécialités (Robelet 2003), même si symboliquement elle conserve encore une image moins prestigieuse. Une filière universitaire est mise en place avec la création en 2008 de premiers postes de professeurs d'université et de maîtres de conférences universitaires en médecine générale, qui continuent à exercer une activité de soin en libéral, souvent dans des structures d'exercice regroupé. Cette filière, inscrite initialement dans le cadre de la médecine interne (spécialisée dans la prise en charge de maladies de système complexes et rares), accède en décembre 2014 à la création d'une sous-section spécialisée du Conseil national des universités pour la médecine générale, repositionnée explicitement sur les enjeux liés aux

³¹³ Les personnes ayant plusieurs facteurs de risque et/ou pathologies occupent 40% des consultations des médecins généralistes, selon Clerc, P., Lebreton, J., Mousques, J. *et al.*, 2008. Etude polychrome : construction d'une typologie des pathologies chroniques en médecine générale, pour une analyse de la polyprescription. *Pratiques et Organisation des Soins* 39 (1), pp. 43-51.

³¹⁴ Wonca World – The World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians.

³¹⁵ Gay, B., 2013. Repenser la place des soins de santé primaires en France - Le Rôle de la médecine générale. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 61(3), pp.193-8.

³¹⁶ sous l'égide d'une mission interministérielle intitulée « Evaluation des compétences professionnelles des métiers de la santé »

³¹⁷ Bloy, G., 2010. Que font les généralistes à la faculté ? Analyse d'une implantation improbable. In G. Bloy & F.-X. Schweyer, eds. *Singuliers généralistes*. Rennes: Presses de l'EHESP, pp. 309-327.

maladies chroniques, au vieillissement de la population et à la prévention³¹⁸. Dans le même temps, la formation des futurs médecins généralistes, pendant longtemps uniquement hospitalière, se trouve transformée par le développement de stages de médecine générale dans des cabinets libéraux, encadrés par des médecins généralistes « maîtres de stage » (Bloy 2010a). Même si les enseignants universitaires titulaires et les maîtres de stage sont encore peu nombreux au vu du nombre d'étudiants en médecine générale à former, la transformation des modalités de formation et le développement d'une activité de recherche au sein des Départements universitaires de médecine générale participent à la construction progressive d'une légitimité nouvelle pour la discipline, avec l'apparition de pôles d'excellence en médecine de ville souvent situés dans des lieux d'exercice regroupés (Schweyer 2010a)³¹⁹.

Mais « ces “victoires” pour la médecine générale s'inscrivent dans un compromis selon lequel les pouvoirs publics accordent aux médecins généralistes la reconnaissance qu'ils attendent depuis des années en espérant en retour qu'ils s'engageront collectivement dans les réformes de structure du système de santé » (Robelet 2003: 224).

II.1.4.2.2. Encadrer et réguler les pratiques de médecine générale : des outils développés par l'Assurance maladie

A partir des années 1990, une nouvelle logique de régulation du système de santé est mise en place en France, à travers l'élaboration de recommandations pour la pratique et de dispositifs « faibles » visant à encadrer la pratique médicale (Arliaud & Robelet 2000; Bloy & Rigal 2012)³²⁰. Les réformes du « médecin référent » en 1998 puis du « médecin traitant » en 2004³²¹ placent le généraliste en position de coordinateur des soins, en ajoutant une dimension populationnelle à

³¹⁸ C'est ce qu'indique le communiqué de presse du ministère de l'enseignement et de la recherche : « La prise en charge des maladies chroniques, le vieillissement de la population, le développement de la prévention pour permettre à tous d'avoir les mêmes chances d'être en bonne santé, renforcent le rôle central des médecins généralistes.

La médecine générale est une médecine d'excellence, au contact direct des patients. Elle doit être exercée par des professionnels de haut niveau, qui maîtrisent les outils d'une science médicale de plus en plus technique et qui doivent s'insérer dans un contexte pluri-professionnel.

C'est la raison pour laquelle, depuis 2012, les deux ministres ont fait monter en puissance, de façon très volontariste, la spécialité de médecine générale dans l'offre de formation des universités.

Pour rendre cette filière plus attractive pour les étudiantes et les étudiants, les ministres ont augmenté le nombre d'enseignants de médecine générale dans les universités, valorisant ainsi la lisibilité et la qualité des formations dispensées. Pour mieux affirmer le caractère stratégique de cette spécialité, Marisol Touraine et Geneviève Fioraso viennent de créer une sous-section de médecine générale au Conseil national des universités.

Annoncée vendredi 28 novembre lors de la clôture du Congrès national des généralistes enseignants, cette décision, très attendue de tous les professionnels concernés, constitue une avancée historique dans la reconnaissance de la médecine générale comme spécialité d'excellence, au cœur des réseaux de prévention et de soins, au bénéfice de la santé publique et au plus près des besoins des patients. » Communiqué du ministère de la recherche, le 1^{er} décembre 2014. <http://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/cid84280/ouverture-d-une-sous-section-au-c.n.u.-pour-la-reconnaissance-de-la-medecine-generale.html>

³¹⁹ Schweyer, F.-X., 2010. L'outil qui cache la réforme, les généralistes dans les réseaux de santé. In G. Bloy & F.-X. Schweyer, eds. *Singuliers généralistes*. Rennes: Presses de l'EHESP, pp. 283–305.

³²⁰ Arliaud, M. & Robelet, M., 2000. Réformes du système de santé et devenir du « corps médical ». *Sociologie du Travail*, 42(1), pp.91–112.

Bloy, G. & Rigal, L., 2012. Avec tact et mesure ? Les médecins généralistes français aux prises avec les évaluations chiffrées de leur pratique. *Sociologie du travail*, 54, pp.433–456.

³²¹ Pour une analyse détaillée du développement de ces réformes et des reconfigurations syndicales qui les ont accompagnées, voir Bras, 2006 ; Bourgueil, 2008 ; Hassenteufel, 2010.

l'exercice médical individuel (Bourgueil 2008). L'inscription généralisée de la population auprès d'un médecin traitant - dans 98% des cas un médecin généraliste en France - est en effet l'une des principales caractéristiques des systèmes de soins primaires organisés, le médecin généraliste pouvant désormais être qualifié par la liste et le nombre de patients inscrits auprès de lui. Ce dispositif constitue également une armature permettant d'introduire des mécanismes de rémunération alternatifs au paiement à l'acte. Avec le dispositif du « médecin référent », option à laquelle seuls 11% des médecins généralistes avaient souscrit au bout de 5 ans, la Cnamts versait un forfait complétant la rémunération à l'acte pour certaines activités non curatives. Dans le cadre de la création du dispositif généralisé du « médecin traitant », un forfait est versé pour le suivi des personnes inscrites sur les listes d'Affections de longue durée (ALD). La Cnamts négocie en complément, dans le cadre de la convention signée avec les médecins 2006, des objectifs collectifs en termes de prévention, de qualité des soins et d'efficacité de la prescription, assortis d'une rémunération forfaitaire. La négociation de 2007 lui permet de décliner ces mêmes objectifs au plan individuel, médecin par médecin. Afin de réduire la variabilité des prises en charge, elle met également en place dès 2006 un système de retour d'information personnalisé pour les médecins sur leurs pratiques, leur donnant la possibilité de se situer par rapport à leurs pairs (Gallais 2010)³²². Un nouveau pas est franchi en 2009 avec la mise en œuvre du « Contrat d'amélioration des pratiques individuelles » (CAPI), dispositif optionnel qui lie la rémunération du médecin à l'atteinte d'objectifs individuels³²³ (Polton 2010), puis un pas supplémentaire lors de la signature de la convention médicale de 2011 avec la généralisation de ce dispositif sous la forme d'une « Rémunération sur objectifs de santé publique » (ROSP), versée a posteriori à chaque médecin en fonction du respect effectif des objectifs.

On aboutit ainsi à une mixité significative des rémunérations en soins de ville et à une contractualisation entre les médecins et l'assurance maladie. Pour la Cnamts, ces dispositifs marquent « l'évolution vers une logique de service rendu à une population, et d'évaluation de la qualité des soins fournis à celle-ci » (Polton, 2010 : 100). Ils permettent également de rémunérer des activités, notamment préventives, qui ne figurent pas dans la nomenclature des actes professionnels, et visent à lutter contre le caractère inflationniste du paiement à l'acte. S'ils contribuent en effet à garantir l'efficacité des soins dispensés par les médecins, ces dispositifs permettent également « d'encadrer, sans avoir à poser d'injonctions frontales, leur liberté de prescription en les inscrivant dans des pratiques standardisées [...], qui réduiront leur indépendance professionnelle et renforceront leur assujettissement. Le changement porte manifestement sur le niveau de contrainte qu'ils sont prêts à tolérer pour espérer obtenir le versement de cette prime, sur le degré de dépendance auquel ils accepteront d'être soumis dans l'exercice de leur art » (Marié 2013: 615-616)-

³²² Gallais, J., 2010. Les listes médecin traitant, un nouveau levier d'aide à l'activité soignante et à la production de connaissances indispensables en soins primaires. *Santé publique*, 22(5), pp.489-491.

³²³ Une quinzaine d'indicateurs sont développés, ayant trait à la prévention (vaccination contre la grippe, dépistage du cancer du sein, prévention de la iatrogénie médicamenteuse), au suivi des patients chroniques (diabète, hypertension artérielle), et à l'efficacité de la prescription (taux de génériques, utilisation des molécules les moins coûteuses en première intention...). Ils sont choisis par la Cnamts suivant une démarche scientifique (prise en compte des données scientifiques publiées) et politique (adossement aux lois de santé publique et aux recommandations des agences de santé) (Polton, 2010).

616)³²⁴. Le dispositif est souple et peu contraignant, et l'absence de sanction prévaut aujourd'hui en cas de non atteinte des objectifs, mais le système est en place pour une orientation et un renforcement du contrôle de l'activité des médecins, amenant Géraldine Bloy à évoquer « un second « grand tournant » de la médecine libérale (Hatzfeld 1963)³²⁵ »(Bloy & Rigal 2012).

II.1.4.2.3. Les ambiguïtés d'une territorialisation de l'offre de soins primaires

L'aménagement du territoire a été utilisé à diverses reprises dans l'histoire pour répondre à des problèmes de santé, comme l'illustrent par exemple les travaux haussmanniens entrepris pour lutter contre les maladies infectieuses sous le Second Empire (Levy 2012; Marin 2014)³²⁶. Plus proches, des démarches de « santé communautaire » ancrées dans des territoires ont été mises en œuvre, avec en France le soutien de l'Institut Théophraste Renaudot depuis 1981³²⁷. Des programmes de « promotion de la santé » ont également été développés, pour certains dans le cadre du « Réseau français des villes santé de l'OMS », né en 1990 dans la continuité des travaux sur la charte d'Ottawa. Des actions de santé publique sont également mises en œuvre avec le soutien de l'association « Élus, santé publique et territoires » (ESPT), créée en 2005, regroupant des élus de communes et groupements de communes souhaitant développer des programmes de santé publique ancrés dans leurs territoires et conduits dans un cadre concerté et contractuel avec l'État. « C'est un peu comme si les actions significatives dans le champ des rapports entre la ville et la santé s'inscrivaient en marge des systèmes de représentation et des pratiques institutionnelles formelles » (Bertolotto et al. 1996: 6)³²⁸ tout en contribuant par le biais d'interactions quotidiennes à la transformation des manières de poser les problèmes et d'y répondre, dans un « expérimentalisme sans fin et [une] plasticité des formes organisationnelles » (ibid.: 7)³²⁹.

La logique de gestion locale ou régionale, inscrite à la fois dans les politiques de la ville et de santé, est aujourd'hui confrontée de manière accrue aux inégalités d'accès aux soins, faisant des soins de premier recours un enjeu politique (Schweyer 2010b), dans un contexte de crise de la démographie des professionnels de santé. Ainsi d'une part, on assiste à une implication croissante des collectivités territoriales dans l'offre locale de santé, encouragée par l'Etat au travers de la

³²⁴ Marié, R., 2013. Rémunération sur objectifs de santé publique et subordination des médecins libéraux. *Revue de droit sanitaire et social*, (4), pp.615-622.

³²⁵ Hatzfeld, H., 1963. *Le grand tournant de la médecine libérale*, Paris: Editions Ouvrières.

³²⁶ Levy, A., 2012. *Ville, urbanisme et santé : les trois révolutions*. Paris : Editions Pascal.

Marin, P., 2014. Le territoire de santé : Un nouveau cadre en santé pour un exercice coordonné et intégré, *Cahiers de la fonction publique*, (343), pp.52-55.

³²⁷ voir par exemple la recherche action en santé communautaire déployée dans le quartier des Francs Moisis, en Seine Saint Denis à la fin des années 90. (Joubert et al. 2003)

Joubert, M., Bertolotto, F., et Bouhnik, P., 2003. *Quartiers, démocratie et santé*, Paris, L'Harmattan.

Il est à noter, comme nous le reverrons, que l'Institut Théophraste Renaudot a été créé sous l'impulsion de Jean Reigner, médecin chef d'un centre de santé, très impliqué dans le développement de l'exercice regroupé en soins primaires, avec les valeurs du mouvement mutualiste.

³²⁸ Bertolotto, F., Joubert, M. & Durand, D., 1996. Editorial du Numéro spécial "Ville et santé", vol.1 "Politiques urbaines et santé publique." *Prévenir*, (31), pp.5-7.

³²⁹ Pour un aperçu et une réflexion pluridisciplinaire sur les travaux menés dans ce cadre dans les années 90, voir les deux numéros spéciaux de la revue *Prévenir*, intitulés « Ville et santé », volume 1 « Politiques urbaines et santé publique » n°31, 1996 ; et volume 2 « Réseaux et nouvelles pratiques » n°32, 1997.

Direction interministérielle à l'aménagement du territoire et à l'attractivité régionale (Datar)³³⁰. Dans le cadre des volets « santé » de la politique de la ville et de la loi de lutte contre les exclusions³³¹, sont mis en place des « Ateliers santé ville » (ASV)³³², qui permettent l'amorce d'une démarche territoriale pour le développement de projets locaux de santé publique, à l'interface entre les élus des villes et la politique de santé de l'Etat. Cette démarche est confortée par une plus grande territorialisation des politiques publiques à travers la loi de santé publique du 9 août 2004 et par des formes nouvelles de contractualisation entre les collectivités et l'Etat, tels les Contrats urbains de cohésion sociale (CUCS) introduits en 2006 dans le cadre de la politique de la ville en faveur des quartiers défavorisés.

D'autre part, avec la création des Agences régionales de santé (ARS), la loi HPST met en place les outils d'une régionalisation de l'offre de santé. Les ARS sont chargées d'organiser les soins de premier recours dans le cadre d'un volet du Schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) concernant notamment les cabinets libéraux, les centres de santé, les maisons de santé, les laboratoires de biologie médicale et les réseaux de santé. Cette régulation s'accompagne d'un travail de définition de zones dites « sensibles, fragiles, déficitaires, sous-dotées... » qui guide les choix d'investissement de l'Agence. La Loi HPST crée également des outils d'articulation entre les politiques de la santé et de la ville à travers des Contrats locaux de santé (CLS) conclus entre l'agence régionale de santé et les collectivités locales. En confiant aux ARS la responsabilité de l'offre de soins primaires liée à des valeurs de solidarité et d'égalité³³³ et « en faisant de l'accès aux soins le symbole d'une véritable citoyenneté et d'une insertion sociale, la loi veut donner une dimension politique à l'offre de soins libérale » (Schweyer 2010b). La Loi « déconstruit l'évidence selon laquelle médecine générale libérale égale soins de premier recours », les pouvoirs publics semblant vouloir se donner les moyens de constituer une alternative par rapport aux initiatives libérales.

Une régulation croisée se met ainsi en place, dans la négociation de laquelle les médecins généralistes sont obligés de s'engager.

³³⁰ Cf les travaux menés par des géographes de la santé (Rican et al. 2010) (Rican, S., Salem, G., Vaillant, Z., Jouglu, E, 2010. *Dynamiques sanitaires des villes françaises*. Paris : Editions Datar.) et le guide à l'attention des acteurs locaux souhaitant agir sur l'offre de santé et son accessibilité (« Les collectivités partenaires de l'offre locale de santé : quels moyens d'action »), publié en 2010 par Etd (centre de ressources du développement territorial) en partenariat avec le ministère de la Santé et des Sports et la Datar. Un colloque national intitulé « Dynamiques territoriales de santé : Quels enjeux, quels outils » a été organisé à Arras en 2012 par le ministère de l'espace rural et de l'aménagement du territoire et le ministère de la santé.

³³¹ Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions

³³² « qui ont pour objet de fournir le cadre opérationnel d'une démarche territoriale pour le développement de projets locaux de santé publique. Leur méthode d'élaboration les place en interface entre les élus des villes et la politique de santé de l'Etat. Cette démarche innovante, associant santé publique, développement social et urbain, a été confortée progressivement par une plus grande territorialisation des politiques publiques, qu'il s'agisse de la loi de santé publique (promulguée le 9 août 2004) et des nouvelles formes de contractualisation entre les collectivités et l'Etat : Contrats urbains de cohésion sociale (CUCS), Contrats locaux de santé (CLS) » (DIV 2007)

³³³ Dans son titre II : « Accès de tous à des soins de qualité », la Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires stipule que « L'accès aux soins de premier recours ainsi que la prise en charge continue des malades sont définis dans le respect des exigences de proximité, qui s'apprécie en termes de distance et de temps de parcours, de qualité et de sécurité. Ils sont organisés par l'agence régionale de santé au niveau territorial défini à l'article L. 1434-16 et conformément au schéma régional d'organisation des soins prévu à l'article L. 1434-7.

Si la mise en œuvre de la territorialisation inscrite dans la loi de santé publique du 9 août 2004 révèle l'ambiguïté du positionnement de l'État et des élus locaux (Loncle 2009)³³⁴, l'engagement accru de certaines collectivités locales et de certains pays dans des politiques de santé, ou intégrant des enjeux de santé, est manifeste : « la santé apparaît comme un enjeu croissant que les collectivités et les pays tendent à intégrer à l'action publique dont ils ont légalement ou symboliquement la charge » (Monneraud 2009: 79). « La santé s'incarne dans des dimensions internes à d'autres politiques [...] Les acteurs entreprennent une déconstruction de l'objet santé pour le mettre en conformité avec leurs capacités d'action publique, c'est-à-dire avec leurs prérogatives légitimes. », sans toutefois souhaiter se doter d'une nouvelle compétence, le domaine de la santé leur apparaissant trop vaste et consommateur d'énergie pour la gestion de crédits dont les usages sont fixés au niveau national. Les processus observés relèvent « d'un entremêlement des problématiques et donc des compétences légitimes [qui] favorisent l'investissement des collectivités, à la lisière du sanitaire et du social » (Monneraud 2009: 88).

Laurent El Ghozi, médecin et maire adjoint à Nanterre, chargé de la santé entre 1989 et 2008 note toutefois, à ce propos, un éparpillement des compétences et des financements en matière de santé et l'absence de compétence légale spécifique pour les élus municipaux. Il reconnaît ainsi que l'engagement des collectivités locales dans ce secteur pose question, qu'il n'est pas naturel : « En France, la santé est une compétence de l'Etat représenté localement par les Préfectures et récemment reprise par les Agences Régionales de Santé. Les communes approchent la santé par le biais de leur action en matière d'hygiène, de celles des Centres Communaux d'Action Sociale et des volets santé des Contrats Urbains de Cohésion Sociale (CUCS), les Ateliers Santé Ville (ASV). Cela ne concerne pas toutes les communes³³⁵. Les intercommunalités quant à elles ont la possibilité de prendre des compétences optionnelles et certaines le font pour la santé, d'autres élargissent leurs compétences en matière d'aménagement du territoire à la préservation de l'offre de soins de premier recours » (El Ghozi 2012)³³⁶. L'instauration d'un dialogue entre médecins et élus nécessite à la fois du temps et un apprentissage, tant leurs références culturelles sont éloignées, et peut être facilité par la médiation d'un interlocuteur en position de neutralité, dans le cadre de missions d'accompagnement de projets (Bourgeois, 2012³³⁷).

Depuis 2005 avec les bourses de stage et d'aide à l'installation des jeunes médecins dans des territoires ruraux³³⁸, une autre dimension territoriale est travaillée par l'Etat, dans le cadre d'un « Pacte territoire santé », initié par la Ministre Marisol Touraine en 2012. Il s'agit de répondre aux inégalités géographiques de répartition des médecins, sans toutefois remettre en question le

³³⁴ Loncle, P., 2009. La mise en œuvre des politiques de santé publique au niveau local : "l'animation territoriale en santé en Bretagne". *Sciences sociales et santé*, 27(1), pp.5-30.

³³⁵ Comme le souligne Coutant à partir de sa propre expérience : « Sans caricature excessive, les travaux anciens de F. Bertolotto et M. Schoene, concluant que pour les maires, « la santé c'est l'affaire des médecins et de la Sécurité sociale » ne sont pas obsolètes. » (Coutant 2008)

³³⁶ El Ghozi, L., 2012. Les politiques municipales de santé publique, *Les Tribunes de la santé*, (34), pp.19-33.

³³⁷ Bourgeois, I., 2012. Les collectivités locales face à la pérennisation de l'offre de soins de premier recours : l'invention d'un dialogue entre élus et professionnels de santé libéraux. Colloque GRALE-CERAS-Université Lille 2, à paraître.

³³⁸ On peut souligner que ces mesures sont inscrites dans une loi sur l'aménagement du territoire et non dans une loi de santé.

principe de la « liberté d'installation » : des mesures incitatives sont développées par l'Etat pour inciter des jeunes médecins à s'installer en zone sous-dotée : un « Contrat d'engagement de service public » est ainsi proposé aux étudiants et internes en médecine³³⁹ et un contrat de « Praticien territorial de Médecine générale » pour les jeunes médecins généralistes en voie d'installation ou dans leur première année d'installation³⁴⁰). On peut cependant s'interroger sur l'efficacité que pourront avoir ces divers contrats, dans la mesure où divers travaux (Schweyer 2010b; Bloy 2011; Hardy 2013) montrent que ce ne sont pas des incitatifs financiers qui attirent les médecins dans ces territoires, mais bien plutôt un travail sur l'attractivité de manière plus large (notamment par le biais des équipements) et éventuellement un exercice regroupé. Il a été démontré que les MSP et CDS sont plus souvent implantés dans des zones sous-dotées et que leur présence est associée à un maintien de l'offre de soins tandis que la désertification s'accroît dans des zones similaires sans exercice regroupé (Chevallard et al. 2013; Mousquès & Bourgueil 2014)³⁴¹.

Aujourd'hui, le projet de loi de santé prévoit également de développer un « Service territorial de santé au public (STPT) » (mesure 13³⁴²), dont l'objectif est de construire localement une organisation adaptée aux besoins de la population et facilement lisible, concernant au minimum cinq domaines prédéfinis (les soins de proximité, la permanence des soins, la prévention, la santé mentale et l'accès aux soins des personnes handicapées). Cette construction devra résulter d'une concertation entre les professionnels (médecins généralistes et spécialistes de ville, professionnels libéraux paramédicaux, établissements de santé, médico-sociaux et sociaux), concertation organisée par l'ARS, qui pourra mobiliser pour cela certains outils juridiques (droit des autorisations, contractualisation) et financiers (aides à l'installation, fonds d'intervention régional) ainsi que des actions de soutien méthodologique à travers le déploiement de plateformes territoriales d'appui (nouvelles missions confiées aux réseaux de santé).

II.1.4.2.4. Encourager la coopération par des protocoles et des innovations organisationnelles

Les relations entre les professionnels de santé libéraux en soins primaires sont majoritairement informelles (Sarradon-Eck et al. 2008)³⁴³, dessinant différentes configurations professionnelles ancrées dans leurs territoires d'exercice (Bourgeois 2007)³⁴⁴.

³³⁹ Une allocation mensuelle de 1 200 € est versée aux étudiants et aux internes en médecine, ainsi qu'aux étudiants en odontologie, en échange d'un « engagement -pendant un nombre d'années égal à celui durant lequel ils auront perçu l'allocation et pour 2 ans minimum – à choisir une spécialité moins représentée ou à s'installer dans une zone où la continuité des soins est menacée. » (dossier de presse du ministère de la santé)

³⁴⁰ Ce contrat vise à « sécuriser l'installation » des jeunes médecins généralistes dans certaines zones, en leur garantissant un revenu minimum de 6 900 euros brut s'ils s'installent dans une zone « fragile » du point de vue de l'offre de soins (zones définies par les ARS), pratiquent des tarifs de secteur 1 et s'engagent à contribuer à la permanence des soins, à développer des actions visant à améliorer leurs prescriptions, et à assurer des actions de dépistage, de prévention et d'éducation pour la santé. <http://www.sante.gouv.fr/engagement-3-200-praticiens-territoriaux-de-medecine-generale-des-2013.html>

³⁴¹ Chevallard, G. et al., 2013. Répartition géographique des maisons et pôles de santé en France et impact sur la densité des médecins généralistes libéraux. *Questions d'économie de la santé*, (190), p.8p.

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.

³⁴² Dossier de presse du ministère de la santé, projet de loi de santé, 15 octobre 2014

³⁴³ Sarradon-Eck, a et al., 2008. Créer des liens : les relations soignants-soignés dans les réseaux de soins informels. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 56 Suppl 3, pp.S197–206.

Le développement des réseaux de santé dans un objectif de formalisation des relations entre les professionnels de santé et de rationalisation de l'offre de soins (Robelet et al. 2005) a laissé le plus souvent les médecins généralistes dans une position marginale (Bercot & De Coninck 2006)³⁴⁵, sauf dans les cas, les plus rares, des « réseaux globaux d'exercice », ou parfois des réseaux centrés sur des besoins spécifiques des patients, comme les réseaux de gérontologie ou ceux de soins palliatifs. Cependant, comme nous l'avons évoqué dans le §1.4.1, la multiplication des réseaux, et notamment l'éclatement en multiples réseaux thématiques ciblant des pathologies, posait problème pour situer les personnes atteintes de polyopathologies et pour les médecins généralistes dans leur nouveau rôle de gestionnaire des parcours de soins. De plus, hors de l'exemple du cancer (Sifer-Rivière 2012), le déploiement de réseaux ne permettait pas de répondre aux problèmes posés par la démographie et la répartition des professionnels sur le territoire.

Parmi les expérimentations de coopération et de transfert de tâches dont le développement a alors été soutenu, la majorité concernait l'hôpital ou les coopérations ville -hôpital. Celles concernant spécifiquement les soins primaires sont peu nombreuses, la plus notable étant l'expérimentation Asalée de coopération et de transfert de tâches entre médecin généraliste et infirmière libérale, qui a été validée dans un second temps dans le cadre des protocoles de coopération définis dans l'article 51 de la Loi HPST et est en cours de généralisation depuis 2013. Les travaux menés dans le cadre de ces expérimentations de coopération font émerger des missions et des métiers inédits (Mino & Robelet 2010)³⁴⁶. Ils débouchent sur la proposition de créer de nouveaux métiers (Anger & Gimbert, 2011) et de doter les paramédicaux de missions élargies. Ces propositions sont reprises aujourd'hui dans le projet de loi en préparation, qui prévoit à la fois de créer un « métier d'infirmier clinicien » et de « définir les pratiques avancées des professionnels de santé paramédicaux » (projet de loi de santé, 2014)³⁴⁷.

Dès lors, au vu de ce bilan, en matière de coopération, l'innovation organisationnelle la plus importante concernant les soins primaires depuis le milieu des années 2000 et qui s'impose aujourd'hui est la multiplication des maisons de santé et des pôles de santé pluriprofessionnels, auquel nous consacrons le § II.2.2 du présent chapitre.

³⁴⁴ Bourgeois, I., 2007. 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, IEP Paris.

³⁴⁵ Bercot, R. & De Coninck, F., 2006. *Les réseaux de santé, une nouvelle médecine ?*, Paris: Lharmattan.

³⁴⁶ Mino, J.-C. & Robelet, M., 2010. Coordonnateur, référent, assistant... des fonctions de plus en plus visibles. *Actualité et dossier en santé publique*, (70), pp.22-23.

³⁴⁷ « Le métier d'infirmier clinicien sera reconnu : celui-ci pourra dorénavant formuler un diagnostic, établir une prescription, participer à des activités de prévention dans le cadre d'une prise en charge pluridisciplinaire.

Afin de toujours mieux mettre en œuvre la politique vaccinale et de faciliter l'accès de la population à la vaccination, les compétences de certains professionnels de santé seront étendues :

- les sages-femmes pourront vacciner l'entourage des femmes et des nouveau-nés: père, fratrie, grands-parents et personnes impliquées dans la garde de l'enfant ;
- les pharmaciens pourront pratiquer la vaccination ;
- les médecins du travail, sages-femmes et infirmiers pourront prescrire les substituts nicotiques.

De même, le projet de loi fera évoluer le rôle et la place des sages-femmes. Elle leur permettra de réaliser des IVG médicamenteuses. » (projet de loi de santé, dossier de presse, 2014)

II.1.4.2.5. Miser sur les soins primaires pour réduire les inégalités de santé

Nous mentionnons cet objectif, mis en avant dans la Stratégie nationale de santé et dans le projet de loi de santé, pour examiner en quoi les mesures prises en France y contribuent effectivement.

En effet, si le système de soins est producteur d'inégalités lorsqu'il n'est pas pensé explicitement pour les réduire (Lombrail 2007), il peut au contraire contribuer à leur réduction, à travers l'offre de soins et de prévention dispensée en soins primaires - où les centres de santé jouent un rôle important dans certains territoires (Afrite et al. 2011; Bourgueil et al. 2011)³⁴⁸ - et dans le système hospitalier pour les populations les plus vulnérables (Lombrail & Pascal 2010)³⁴⁹.

Une revue de littérature ciblée sur la manière dont les soins primaires peuvent contribuer à réduire les inégalités de santé met en évidence quatre champs d'intervention (Bourgueil et al. 2012). Trois de ces champs, spécifiques, ont fait l'objet de mesures ces dernières années en France : l'accès financier aux soins (assurance maladie gratuite ou subventionnée, soins gratuits grâce à la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), à l'Aide pour une complémentaire santé (ACS) ou encore au projet actuel de généraliser le tiers payant) ; les actions de prévention ciblées ou orientées vers certaines populations défavorisées (existence d'incitatifs financiers tels que ceux de l'Agence pour la cohésion sociale et l'égalité des chances (Acsé)) ; la mise en œuvre d'« interventions chapeaux » (cadres contractuels pour financer des actions ciblées sur les inégalités sociales de santé construites par des acteurs locaux). Le dernier champ, non spécifique cette fois, est l'organisation du système de santé, dont nous avons égrené au fil des paragraphes précédents les transformations au travers de différentes mesures également reconnues en faveur d'une lutte contre les inégalités de santé (rôle renforcé du médecin généraliste, nouveaux modes de rémunération, etc.). Par ailleurs, le renforcement de diverses actions intersectorielles articulées avec celles des acteurs du système de soins, comme celles développées dans le cadre des ASV (ateliers santé ville) ou des CLS (contrats locaux de santé), sont réputées contribuer à lutter contre les inégalités de santé.

En médecine générale plus particulièrement, où il a été montré que les interactions aggravaient dans certains cas les inégalités de santé (Schieber et al. 2013)³⁵⁰, les praticiens se trouvent face au dilemme de « faire partie du problème ou contribuer à la solution » (Falcoff 2010)³⁵¹. Les données de la littérature examinées par Hector Falcoff mettent en évidence six approches ayant fait la preuve de leur efficacité pour réduire les inégalités de santé en médecine générale : l'éducation des patients ou la formation des professionnels, les outils informatiques incluant des rappels destinés aux

³⁴⁸ Afrite, A. et al., 2011. Etude EPIDAURE-CDS. Caractérisation de la population recourant aux centres de santé. une analyse basée sur les enquêtes Epidaure 2009 et ESPS 2008, Paris : Irdes.

Bourgueil, Y., Guedy, E. & Mousquès, 2011. Etude EPIDAURE - CDS. Synthèse de l'enquête "structure" auprès des centres de santé, Paris : Irdes.

³⁴⁹ Lombrail, P. & Pascal, J., 2010. Rôle des soins dans les stratégies de réduction des inégalités sociales de santé. In L. Potvin, M.-J. Moquet, & C. M. Jones, eds. *Réduire les inégalités sociales en santé*. Saint-Denis: INPES, pp. 219–226.

³⁵⁰ Schieber, A.-C. et al., 2013. Is perceived social distance between the patient and the general practitioner related to their disagreement on patient's health status? *Patient education and counseling*, 91(1), pp.97–104.

L'étude qualitative Intermede a exploré en quoi l'interaction médecin malade en médecine de ville pouvait être productrice d'inégalités de santé.

³⁵¹ Falcoff, H., 2010. Le dilemme de la médecine générale face aux inégalités : faire partie du problème ou contribuer à la solution ? In L. Potvin, M. Moquet, & C. Jones, eds. *Réduire les inégalités sociales en santé*. Saint-Denis: INPES, p. 195.

professionnels et/ou aux patients, la modification du déroulement des consultations, l'intervention de nouveaux acteurs et la réorganisation des soins (autour du concept de *disease management*, ou de *chronic care model*), l'utilisation d'indicateurs de qualité des soins, et les démarches d'amélioration continue de la qualité. Certaines des mesures décrites dans les paragraphes précédents vont dans ce sens, sans être directement pensées dans cet objectif.

II.1.4.2.6. En synthèse : s'agit-il d'une « fausse réforme », ou de la structuration incrémentale du système de soins primaires ?

La réforme des soins primaires telle qu'elle vient d'être analysée, peut être lue soit comme une « fausse réforme », dans la mesure où elle ne semble pas avoir contribué à modifier directement et significativement les pratiques et les conditions d'exercice des médecins généralistes, soit, de façon plus incrémentale, comme des réformes opérant par étapes successives et venant effriter et modifier progressivement la structuration d'ensemble du système de soins (Bourgueil 2008), comme cela a d'ailleurs été analysé pour les réseaux de santé (Schweyer 2010a). On a vu en effet que ces réformes s'accompagnent toutes d'une part incontestable de remise en cause des principes de la médecine libérale de 1927 : liberté d'entente tarifaire (avec l'introduction de nouveaux mécanismes de rémunération, même si la prééminence du paiement à l'acte n'est pas encore remise en question), liberté de prescription (obérée par les incitatifs sur les génériques et limitées par les demandes d'entente préalable auprès des caisses d'assurance-maladie pour certaines prescriptions, ainsi que les contrôles dont peuvent faire l'objet les médecins, en cas de prescription élevée d'arrêts de travail par exemple), ou remise en cause de principes négociés plus tardivement, comme la liberté d'installation (en 1971), menacée par les incitations à l'installation dans des zones sous-dotées comme le Contrat d'engagement de service public (Mandin 2013)³⁵². « Le « modèle » libéral est-il devenu une fiction ou demeure-t-il encore une réalité distinctive ? » (Borgetto, 2013)³⁵³. Quelle indépendance les médecins conservent-ils lorsqu'ils s'engagent (de manière croissante) dans l'exercice salarié (Héas 2013)³⁵⁴ ? Ces mutations du système libéral interrogent les principes d'égalité et de justice, que l'on se place au niveau des médecins ou des usagers (Hardy 2013).

II.2. Un objet médico-politique émergent pour repenser et transformer les soins primaires : la maison de santé pluriprofessionnelle

« L'expérience acquise au cours des dernières décennies pourra permettre, dans un proche avenir, de développer à grande échelle un exercice médical nouveau, l'exercice de la médecine en équipe médicale pluridisciplinaire. Cette forme d'exercice, tout en répondant pleinement à

³⁵² Mandin, F., 2013. Politique d'accès aux soins et conditions d'exercice de la médecine libérale : le contrat d'engagement de service public. *Revue de droit sanitaire et social*, (4), pp.591–598.

³⁵³ Borgetto, M., 2013. L'exercice de la médecine face aux mutations du modèle libéral. *Revue de droit sanitaire et social*, 4, pp.573–574.

³⁵⁴ Héas, F., 2013. Exercice de la médecine et salariat. *Revue de droit sanitaire et social*, (4), pp.575–582.

l'attente des malades et des médecins, permettra une maîtrise des dépenses de santé, sans limiter d'aucune façon la réponse aux besoins modernes de santé » (Calisti & Rey 1977)³⁵⁵

Cette prise de position ne déparerait pas dans le paysage actuel de promotion d'un renouveau des soins primaires appuyé sur un exercice regroupé. Elle date pourtant d'il y a presque 40 ans, sous la plume d'un animateur du mouvement mutualiste de santé. Depuis lors, des pratiques de médecine en équipe, ou en cabinet dit de groupe ont vu le jour sous diverses formes, toujours à petite échelle, voire « institutionnalisées sous des formes dégradées » (Bourgueil, 2008), jusqu'au récent développement d'ampleur nettement plus grande de maisons et pôles de santé. Le président de la Fédération française des maisons et pôles de santé estime fin 2014 à 10% la part des professionnels de santé exerçant dans des structures d'exercice regroupé en soins primaires (en maisons, pôles et centres de santé), et pronostique son doublement d'ici un an au vu du nombre de créations de MSP annoncé³⁵⁶.

L'essor récent d'un exercice regroupé pluriprofessionnel libéral en soins primaires se présente comme une tentation récurrente dans le mouvement d'innovation sociale qui a accompagné en France la transition épidémiologique et l'essor des maladies chroniques. Il importe de situer le mouvement récent par rapport aux expériences plus anciennes, qui dessinent une géographie physique, sociale et politique particulière, et où la coopération et la prévention occupent une place singulière ; le rejet politique de ces expériences ayant paradoxalement induit la relégation simultanée et l'occultation des pratiques coopératives ou préventives.

II.2.1. D'une médecine « solitaire » vers une médecine coordonnée et partagée³⁵⁷ : aléas multiples et irrésistible invention d'une médecine sociale et regroupée dans des centres de santé

La médecine sociale, née dans la seconde moitié du 18^{ème} siècle (Foucault 1994)³⁵⁸ et inscrite dans le courant hygiéniste, requiert de multiples collaborations entre des groupes professionnels, y compris avec les pouvoirs publics, autour d'un enjeu sociopolitique commun : traiter un problème sanitaire susceptible d'affecter la population, et en cela source possible de désordre social. On assiste alors selon Monika Steffen à la mise à l'écart, puis à l'exclusion de la médecine sociale dans son contenu comme dans ses formes institutionnelles d'exercice collectif et salarié : elle devient une médecine « résiduelle », qui renvoie à une idée de « régulation » ou à des prises de positions

³⁵⁵ Calisti, L. & Rey, J.-F., 1977. *Santé et cadre de vie, l'expérience mutualiste de Marseille*, Paris: Editions sociales.

³⁵⁶ Intervention du Dr Pierre de Haas lors de la Matinée thématique du collège des économistes de la santé sur les Maisons de santé pluri-professionnelles, à Paris, le 20 novembre 2014.

³⁵⁷ Selon les termes utilisés par la Mutualité sociale agricole dans un document présentant les maisons de santé rurales dont elle accompagne la création.

³⁵⁸ Foucault, M., 1994. La naissance de la médecine sociale. In *Dits et écrits 1954-1988 (III 1976-1979)*. Paris: Gallimard, pp. 207-228.

considérées comme contestataires (dimensions que l'on retrouvera dans les centres de santé), alors même que le « dispensaire » ou le « centre de santé » pourraient constituer une réponse sélective à la crise latente de la médecine libérale. Invoquer une médecine sociale, collective ou salariée représente alors soit un moyen de pression pour les caisses de sécurité sociale, le patronat et les pouvoirs publics ; soit une « structure complémentaire » pour les libéraux ; une structure d'accueil pour les « nouveaux médecins » d'une profession en crise ; ou encore pour les forces politiques de gauche, un outil pour changer la politique de santé (Steffen 1983)³⁵⁹.

II.2.2.1. De la fin du 19^{ème} siècle jusqu'en 1960 : une expérimentation foisonnante dans des zones défavorisées (dispensaires municipaux, centres de santé mutualistes...) mais sans postérité.

Les premiers « dispensaires », apparus au 17^{ème} siècle à la confluence entre hygiénisme, assistance sociale et charité (Pinell & Steffen 1994)³⁶⁰, prennent un certain essor à la fin du 19^{ème} et au début du 20^{ème} siècle, dans le contexte de montée en puissance des communes. Ils visent à répondre, dans des territoires défavorisés, aux insuffisances de l'offre de médecine libérale et à l'inaccessibilité de la médecine hospitalière pour toute une frange de la population (Le Corre 1999)³⁶¹. Initialement destinés aux plus démunis et à ceux qui bénéficient de l'assistance médicale gratuite mise en place en 1893, ils sont ouverts par la suite à toute la population, posant rapidement à la médecine libérale, une question mal résolue de concurrence.

Un conventionnement des dispensaires avec les caisses de sécurité sociale est mis en place à partir de 1930, à des tarifs toutefois inférieurs à ceux de la médecine privée. A partir de 1945, où sous l'impulsion du socialisme et du communisme municipal, des dispensaires municipaux sont créés dans les villes ouvrières de la région parisienne, ces structures parviennent à se défaire en partie de l'étiquette d'assistance sociale qui leur est associée pour s'inscrire dans la réponse à un « droit de la santé ». Leurs médecins chefs se regroupent pour créer en 1946 le *Syndicat national des médecins de dispensaires*, qui adhère à la Confédération syndicale des médecins français (CSMF). Cependant les syndicats et l'Ordre des médecins libéraux restent hostiles aux dispensaires, les accusant de « concurrence déloyale », et les pouvoirs publics gardent une position ambiguë à leur égard, facilitée par l'absence de textes régulant leur activité. En 1951 on dénombre 96 dispensaires en France, dont 54 dans les 80 communes suburbaines de la Seine. Autour de quelques figures, comme celle de Jean-François Rey, médecin chef du Centre médical social du Blanc Mesnil, et Jean Reigner à sa suite, la réflexion s'organise entre les médecins des dispensaires, qui optent à partir de 1950 progressivement pour l'appellation de « Centres de santé », porteuse d'un projet politique correspondant à celui des centres médico-sociaux municipaux de la région parisienne : un modèle reposant sur des relations étroites entre les maires et les médecins-chefs, et où l'intégration des fonctions de soins, de prophylaxie, de prévention, de réhabilitation a été objectivement recherchée » (Le Corre 1999 : 21).

³⁵⁹ Steffen, M., 1983. *Régulation politique et stratégies professionnelles : médecine libérale et émergence des centres de santé*, Thèse de doctorat de science politique, Université des sciences sociales de Grenoble.

³⁶⁰ Pinell, P. & Steffen, M., 1994. Les médecins français, genèse historique d'une profession divisée. *Espace social européen*, (258), pp.41-55.

³⁶¹ L'histoire des dispensaires relatée ici s'appuie sur le travail historique de J. Le Corre publié en 1999 dans un numéro spécial de la revue *Prévenir*, intitulé « Les centres de santé, missions et pratiques ».

Le Corre, J., 1999. Centres de santé municipaux, destin national ou destin local ? *Prévenir*, (36), pp.17-26.

En 1952 est créé le *Comité de liaison des dispensaires et centres de santé*, en 1954 la revue « Le centre de santé », et à partir de 1961 se met en place un *Congrès national des médecins de dispensaires et centres de santé*, sur un rythme annuel.

Ces instances permettent de faire converger la réflexion avec celle d'autres modèles de centres, aux statuts mutualistes, associatifs ou congréganistes, qui se sont développés simultanément. La réflexion du mouvement mutualiste a notamment connu en parallèle des développements importants. En effet, les Mutuelles, dès la fin du 19^{ème} siècle, avaient commencé à organiser la distribution de soins médicaux à leurs adhérents sur la base d'une rémunération des professionnels de santé à la fonction (Calisti 1999)³⁶². La modification du statut juridique de la Mutualité en 1945 lui permet de s'investir dans son rôle complémentaire de la sécurité sociale, tant pour la prise en charge des dépenses de santé que pour la distribution des soins. Ainsi l'article premier du code de la Mutualité indique : « Les sociétés mutualistes sont des groupements qui, au moyen des cotisations de leurs membres, se proposent de mener, dans l'intérêt de ceux-ci ou de leur famille, une action de prévoyance, de solidarité ou d'entraide, visant notamment 1) la prévention des risques sociaux et la réparation de leurs conséquences ; 2) l'encouragement de la maternité et la protection de l'enfance et de la famille ; 3) le développement moral, intellectuel et physique de leurs membres » (cité par Calisti 1999 : 32). L'Union départementale mutualiste des travailleurs des Bouches-du-Rhône (UDMT) constitue un exemple inédit du développement de la médecine d'équipe qui a pu avoir lieu dans certaines régions : elle soutient un cabinet médical pluriprofessionnel créé en 1936 par la Mutualité des travailleurs, puis investit dans la Polyclinique de la Feuilleraie créée par une équipe pluridisciplinaire médicale en 1956 à Marseille, et va jusqu'à gérer en 1977 à la fois cette Polyclinique, 7 maisons médicales, 2 centres dentaires, un centre de Protection maternelle et infantile, un magasin d'optique et 2 centres sociaux (Calisti & Rey 1977). Dans l'exercice de la médecine d'équipe des centres mutualistes, les médecins impliqués expriment leur attachement à toutes les caractéristiques fondamentales de la médecine libérale traditionnelle, à l'exception du paiement à l'acte, défendant au contraire l'intérêt du paiement à la fonction pour exercer une médecine « lente ». Ils revendiquent une « pratique d'équipe » qui, sur le plan médical, facilite l'accès du patient aux spécialistes et à des avis collectifs³⁶³, améliore l'organisation de l'activité professionnelle et extra-professionnelle pour les médecins, et facilite l'enseignement post-universitaire, toutes thématiques que ne renieraient pas leurs confrères en 2014. Sur le plan de l'organisation administrative, ce travail d'équipe s'appuie sur une coopération étroite entre responsables élus du mouvement, administrateurs et médecins, pour une gestion toujours singulière, tentant de s'adapter aux besoins et contraintes locales. Poursuivant l'objectif tout autant actuel de dépasser « la dichotomie fondamentale entre médecine de prévention et médecine de soins » (Ibid: 25) et d'« intégrer la prévention, dans sa conception la plus large et la plus efficace, dans la pratique de santé » (ibid: 36), l'UDMT mène l'expérience de l'articulation de deux structures, une « structure technique » et une « structure humaine », que ses promoteurs décrivent comme suit :

³⁶² Calisti, L., 1999. Les centres de santé mutualistes dans les Bouches-du-Rhône (1936-1982). *Prévenir*, n°36 « Les centres de santé, missions et pratiques », pp. 31-37.

³⁶³ Pour ses promoteurs, « la médecine de groupe apporte une première réponse et permet, à son niveau, de surmonter l'émiettement de la médecine. » De plus, il s'agit à la fois de « partager son travail » et « sur » son travail, en acceptant quotidiennement le regard de ses confrères (Calisti & Rey 1977: 22).

« La *structure technique*. Ce sont les maisons médicales. Celles-ci ont pris en compte tout ce qui faisait la richesse de la médecine traditionnelle, mais en l'adaptant à une pratique en équipe et à une pratique décommercialisée. Le médecin des maisons médicales de l'UDMT connaît ses malades à son cabinet, mais aussi dans leur cadre de vie social, familial et professionnel. Il est authentiquement un médecin de famille dans la cité. Son mode de rémunération lui facilite le dépassement d'une pratique médicale « en tranches » et lui permet de l'envisager toujours d'une façon globale. La pratique en équipe permet un développement des connaissances et une réflexion en commun.

A cette structure, outil technique et scientifique, s'articule une *structure humaine* : la société mutualiste. Celle-ci existe sur la base de la localité, des quartiers, des entreprises [...]. Elle permet d'établir entre les responsables des sociétés mutualistes, ou les mutualistes en général, un dialogue avec l'équipe soignante [...] par là, l'équipe soignante peut faire une approche très concrète des conditions de vie et des conditions de travail [...] [Il s'agit pour] la prévention [d'être] partie intégrante de la pratique médicale et de la pratique sociale de l'UDMT ». (Ibid.: 36-37)

Cette expérience multiforme se pose comme une « expérimentation sociale » fondée sur une vision de la santé très large, proche de celle donnée par l'OMS en 1946, avec une forte dimension politique et militante, et se démarquant de la médecine « marchande ».

Elle rejoint la vision des centres de santé municipaux, construite autour d'objectifs similaires, toujours affichés aujourd'hui par certains directeurs des centres de santé : donner des soins, faciliter l'accès aux soins (et à des soins de qualité), et rechercher l'économie optimum dans ce cadre. Les caractéristiques mises en avant sont celles d'un travail en équipe, adossé à un plateau technique moderne et un dossier médical commun ; celles d'une permanence et d'une continuité des soins dans le libre choix des prestataires, avec l'application du tiers payant et le respect du tarif conventionnel ; enfin celles d'un « centre inséré dans la vie de la cité et développant des activités de prévention », correspondant à l'un des quatre modèles professionnels retrouvés et décrits au début des années 80 par Isabelle Baszanger parmi les jeunes médecins généralistes (Baszanger 1983).

II.2.1.2. De 1960 à 1980 : une médecine de marge, combattue par les syndicats de médecins, confinée à des zones particulières : les « banlieues rouges », puis les zones rurales

Les réflexions sur le modèle économique des centres de santé formalisent rapidement l'idée d'une propriété partagée de l'outil de travail, avec des projets de Sociétés d'économie mixte, reposant sur une cogestion impliquant les communes, des fonds d'action sociale de la sécurité sociale, la Caisse d'allocations familiales, des sociétés mutualistes et des sociétés civiles de médecins. Certains projets voient le jour grâce à des mobilisations et parfois des souscriptions ouvertes aux usagers et aux médecins³⁶⁴. L'unité de la réflexion masque les disparités importantes de formes, de gestions et de politiques de ces centres et dispensaires.

³⁶⁴ C'est le cas de la Polyclinique de la Feuilleraie, née de la constitution en 1955 d'une société anonyme à personnes et capital variables. Les actions émises, achetées par des médecins et des malades, permettent l'acquisition d'un terrain et

Du fait du lobbying opposé des syndicats de médecins et de la frilosité des caisses de sécurité sociale, les centres de santé se heurtent toujours à des obstacles importants, d'ordre réglementaire et financier. Deux exemples en sont illustratifs : en 1960, lors de l'établissement des conventions départementales entre les caisses de sécurité sociale et les syndicats de médecins, un abattement des tarifs des actes médicaux de 10 à 30% est imposé aux centres de santé ; en 1971, lors de la signature de la première convention nationale entre ces mêmes acteurs, est décidée l'interdiction de subventionnement des centres de santé par les caisses sans l'accord des syndicats médicaux. La dépendance dans laquelle sont maintenus ces centres vis-à-vis du paiement à l'acte, alors même qu'ils garantissent l'accès aux soins à des populations démunies, pratiquent le tiers payant et rémunèrent en secteur 1 tous les médecins, généralistes et spécialistes, rend impossible le maintien de leur équilibre financier, qui reste à la charge des financeurs associatifs, mutualistes et communaux. Cette situation constitue également un frein au contenu même du projet puisqu'il compromet le développement des pratiques préventives et éducatives qui en sont un élément constitutif.

Les centres de santé sont alors concernés par trois catégories de pratiques préventives (Steffen 1983):

- des services publics institutionnels (comme par exemple la PMI, la médecine scolaire, des dépistages et vaccinations divers), qui peuvent s'exercer sur une base contractuelle avec les organismes publics compétents, mais sont restés longtemps entravés par l'opposition des administrations centrales à la formule « centre de santé » ;

- des activités de prévention individuelle, dépistage et conseil, dans le cadre des consultations médicales, qui se heurtent pour leur part à la tarification qui ne reconnaît pas les « consultations longues », c'est-à-dire le temps socio-pédagogique compris dans l'acte ;

- et des expériences menées auprès de groupes en fonction des problèmes de santé des sujets collectifs, à un niveau « social » (ce sont par exemple des études d'épidémiologie locale, des séances d'éducation sanitaire en groupe, une recherche de risques, une expertise médicale auprès d'autres organisations comme les syndicats ouvriers), qui ne bénéficient d'aucune source régulière de financement.

Ainsi pour ses promoteurs « la médecine préventive spécifique des centres de santé va à l'encontre des cloisonnements administratifs, elle contredit la division sociale du travail » (Steffen, 1983 : 51) et les cloisonnements administratifs entérinent la stricte séparation entre actes curatifs et actes préventifs, consacrant les divisions corporatistes. La démarche des centres de santé contredit non seulement la hiérarchie interne du système professionnel (avec une lutte entre la médecine

d'un bâtiment, et sa transformation en clinique d'hospitalisation médicale et chirurgicale et en cabinets médicaux. La création d'une association loi 1901, « Les amis de la médecine sociale », permet de salarier les professionnels de santé (5 médecins généralistes, 2 chirurgiens, 1 ophtalmologiste, 1 ORL, plusieurs médecins à temps partiel, des infirmières et des secrétaires) et de louer les locaux, le terrain et le matériel à la société anonyme. En 1962, la Mutualité des travailleurs prend la place de l'association « Les amis de la médecine sociale » et s'investit dans le projet qui devient son centre le plus important, amené à se développer fortement dans les années qui suivent.

libérale et son concurrent, le centre médical des collectivités), mais interpellent également les intérêts socio-économiques dominants, en interrogeant les problèmes d'organisation de la vie sociale (conditions de travail, de logement...), dans un contexte de crise économique.

Revendiquant la dimension politique des pratiques médicales ces projets tendent à une redéfinition des frontières du secteur médical et à une affirmation du rôle social global de la médecine. Or « paradoxalement, le projet préventif des centres de santé dépend de leur dimension curative. Cela pose des limites au pouvoir des politiques ainsi qu'aux tentatives de « démedicaliser » ou « dé-professionnaliser » les services de santé et conduit les centres de santé à demeurer des maisons « médicales » » (Ibid.: 708).

Pour Steffen, ce sont des possibilités locales qui permettent à chaque centre de santé de se développer, à l'initiative de professionnels politisés développant des alliances et promouvant un nouvel appareil politique et de gestion, qui prend une forme différente dans chaque expérience.

Le débat engagé sur le caractère alternatif ou complémentaire des centres de santé, au niveau local ou au niveau national, n'est cependant pas tranché. Les partis politiques prennent position, le Parti communiste défendant l'idée d'une pluralité de formes d'exercice et le Parti socialiste le développement du concept de « Centre de santé intégré », inspiré des Centres locaux de santé communautaires (CLSC) développés à l'époque au Québec. Mais l'accession du parti socialiste au pouvoir en 1981 ne s'accompagne pas d'un soutien franc à ce type de structures, et les expériences mises en place périclitent, à l'instar du Centre de santé intégré de Saint-Nazaire, imaginé en 1976 et fermé en 1986 (Coutant & Lacaze 1989 ; Coutant, 2008). Cet échec fait dire à Claude Evin, alors ministre de la solidarité, de la santé et de la protection sociale, dans la préface de l'ouvrage décrivant cette expérience en 1989 : « Il nous reste à résoudre les problèmes qui étaient à l'origine de l'expérience du centre de santé de Saint-Nazaire [en 1981], qu'il s'agisse de l'évolution des dépenses de santé et des modes de financement de la médecine ambulatoire, de l'installation des jeunes professionnels de santé, notamment des jeunes médecins, ou de la mise en œuvre d'une réelle politique de prévention sur le terrain » (Coutant & Lacaze 1989)³⁶⁵.

II.2.1.3. 1980-1990 : Le tournant décisif des pratiques de groupe et de la santé communautaire

Malgré ces difficultés, la vision péjorative des centres de santé devient moins prégnante dans le courant des années 80, marquées par au moins quatre mouvements concomitants (Garros, 2009).

Premièrement, dans le processus qui conduit à la signature de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé (OMS, 1986³⁶⁶), une certaine vision de la « santé communautaire » se développe au Québec puis en France, sur laquelle les centres de santé s'appuient pour développer des actions permettant de tisser des liens entre ville et santé. Des médecins-chefs de centres de santé, comme Jean-François Rey, sont à l'origine de la création en France en 1982 de l'Institut

³⁶⁵ Coutant J., Lacaze D., 1989. Hier, une médecine pour demain. Le centre de santé de Saint-Nazaire. Paris, Syros-Alternatives.

³⁶⁶ La Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé repose sur 5 stratégies d'intervention : Élaborer une politique publique saine ; Créer des milieux favorables ; Renforcer l'action communautaire ; Acquérir des aptitudes individuelles ; Réorienter les services de santé.

Théophraste Renaudot. L'expérience des centres de santé irrigue ainsi l'action communautaire soutenue par l'Institut, qui débouchera notamment sur la mise en place des Ateliers santé ville. Parallèlement, le Regroupement national des organismes gestionnaires de centres de santé (RNOGCS) créé à la fin des années 80 vient appuyer les actions individuelles menées par ces organismes³⁶⁷ pour obtenir une meilleure reconnaissance de l'activité des centres de santé par les pouvoirs publics et l'assurance maladie.

Deuxièmement, le développement d'un regroupement libéral mono-disciplinaire, qui concerne un peu moins de 30% des médecins généralistes en 1980, s'accroît régulièrement, principalement dans une visée de mutualisation des moyens, en situation de crise financière (Chaperon et al. 1983; Beauté et al. 2007)³⁶⁸. Nous y revenons dans le § 2.2.

Troisièmement, certains de ces médecins créent à la fin des années 1970 le *Syndicat national des médecins de groupe* (SNMG), qui expérimente de nouvelles pratiques (nous revenons également dans le §2.2 sur l'expérience emblématique de Lubersac santé).

Quatrièmement, les « réseaux » émergents se présentent comme une forme alternative à l'exercice regroupé qui valorise le travail pluriprofessionnel et canalise les expérimentations de regroupement des professionnels de santé libéraux.

II.2.1.4. Depuis 1990 : la reconnaissance progressive des centres de santé salariés

En 1991, les centres de santé, et leurs avatars plus récents, ont, malgré la défiance professionnelle constante, accompli leur irrésistible parcours vers la reconnaissance puisqu'ils sont définis dans la loi et trois décrets permettent l'unification de leur statut, l'instauration d'une convention type nationale, l'actualisation de leurs conditions d'agrément, et le remboursement d'une partie des charges sociales de leur personnel soignant, à l'instar de ce que les caisses consentaient déjà aux praticiens conventionnés en secteur un. Depuis lors, sans entrer dans les détails, plusieurs lois et décrets successifs ont redéfini leurs missions et leurs modalités de financement, jusqu'à leur reconnaissance comme acteurs de soins primaires à part entière par la Loi HPST, au même titre que les maisons et pôles de santé pluriprofessionnels. Toutefois leurs missions peuvent différer, dans le sens notamment où le développement d'actions de santé publique et de prévention revêt un caractère obligatoire dans les centres de santé, et optionnel dans les MSP et PSP³⁶⁹. Les atouts des centres de santé face aux enjeux du système du santé sont de plus en plus

³⁶⁷ En 2014, le RNOGCS regroupe 9 organisations représentatives : les Mutuelles de France, la Mutualité française, la Fédération nationale des centres de santé (FNCS), la Croix Rouge française, la Caisse nationale de gestion autonome nationale de sécurité sociale dans les Mines (CNANSS), l'Union nationale ADMR, la confédération des unions régionale des centres de santé infirmiers (C3SI), la Fédération nationale des institutions de santé et d'action sociale d'inspiration chrétienne (FNISASIC), et enfin l'Union nationale de l'aide, des soins et des services à domicile.

³⁶⁸ Beauté, J., Bourgueil, Y., Mousquès, J., 2007. Baromètre des pratiques en médecine libérale. Résultats de l'enquête 2006. L'organisation du travail et la pratique de groupe des médecins généralistes bretons. Paris : IRDES.
Chaperon, J., Trehony, A., Vennin, M., 1983. La santé de première ligne : les pratiques de groupe en France. *Revue Française des Affaires Sociales*. 3(1):63-79.

³⁶⁹ Article L6323-1 du CSP : « Les centres de santé assurent des activités de soins sans hébergement et participent à des actions de santé publique ainsi qu'à des actions de prévention et d'éducation pour la santé et à des actions sociales.

reconnus, notamment ceux liés à la démographie médicale (implantation majoritaire dans des zones défavorisées et accueil de populations plus fragiles au plan socio-économique (Bourgueil & Mousquès 2001)³⁷⁰, attractivité du mode d'exercice (Chevillard et al 2013), facilitation des délégations de tâches), ceux liés à l'accès aux soins (permanence des soins, accessibilité financière et sociale) et ceux liés à la prise en charge globale (proximité, pluridisciplinarité, prévention, éducation thérapeutique du patient³⁷¹, actions sociales) (Acker 2007). Toutefois, leur « modèle économique », du fait d'un mode de rémunération inadapté à leurs missions étendues, et d'imperfections soulignées dans leurs modes de gestion (Georges & Waquet 2013)³⁷², reste fragile et dépendant d'un investissement de leurs gestionnaires (Acker 2007), conduisant certains auteurs à recommander un financement socialisé pour des frais aujourd'hui non pris en compte (Colin & Acker 2009)³⁷³. Le RNOGCS décompose ces derniers comme suit : 1) les frais de gestion de l'exercice regroupé (gestion du dossier patient unique, obligation du tiers payant et organisation de l'accueil pour favoriser l'accès à tous) ; 2) les frais de gestion de la coordination des prises en charge ; et 3) le financement des actions d'accompagnement social et des actions de santé publique.

Les représentants des centres de santé historiques suivent avec attention le mouvement de développement des maisons de santé qui a vu le jour au milieu des années 2000. Le RNOGCS a développé avec la HAS en 2007 un référentiel d'évaluation des centres de santé, dans un souci de démarche qualité fondée sur une évaluation de leur pratiques organisationnelles, et avec l'espoir que cela contribue à promouvoir un système d'évaluation et de reconnaissance externe des centres de santé (HAS 2007)³⁷⁴. Ils se positionnent aujourd'hui comme un acteur porteur de 50 ans d'expérience dans l'exercice regroupé en soins primaires que les MSP et PSP tentent de développer. Cette position a permis à un échantillon de centres de santé de bénéficier des mêmes financements que ceux accordés à un échantillon de maisons et pôles de santé dans le cadre des expérimentations de nouvelles modalités de rémunération (ENMR). Dans les négociations avec la Cnamts, des pourparlers concernent une participation accrue à la permanence des soins, à des activités de recherche et à la formation des professionnels de santé. Les centres de santé accueillent volontiers de jeunes chefs de clinique universitaires en médecine générale qui y exercent leur activité de soin. Cette ouverture

Article L6323-3 du code de la santé publique : « Les maisons de santé assurent des activités de soins sans hébergement et peuvent participer à des actions de santé publique ainsi qu'à des actions de prévention et d'éducation pour la santé et à des actions sociales. »

Article L6323-1 du CSP : « Les centres de santé assurent des activités de soins sans hébergement et participent à des actions de santé publique ainsi qu'à des actions de prévention et d'éducation pour la santé et à des actions sociales.

³⁷⁰ En 2009 : L'enquête Epidaure sur les caractéristiques socio-démographiques des personnes recourant à un échantillon de centres de santé montre leur plus grand précarité socio-économique et leur état de santé plus dégradé qu'en population générale... confirmant l'intérêt de ces centres dans le maintien d'un accès aux soins. Elle met aussi en évidence la large gamme de services offerts par ces centres (ici les centres polyvalents) et notamment leur implication forte dans le domaine de la prévention, en lien étroit avec la commune lorsqu'il s'agit de centres municipaux. Bourgueil, Y., Mousquès, J., 2011. Étude Epidaure. Évaluation de l'apport des centres de santé en termes d'accès aux soins et de réduction des inégalités de santé. Rapport Irdes.

³⁷¹ Le 52ème congrès des Centres de santé, en 2012 a été l'occasion de faire un état des lieux de ces pratiques (notamment bucco-dentaire, troubles du langage chez l'enfant, obésité, réadaptation à l'effort, éducation thérapeutique pour différentes maladies chroniques), sous l'intitulé : « La prévention au centre : pour une approche globale de la santé »

³⁷² Georges, P. & Waquet, C., 2013. Les centres de santé. Situation économique et place dans l'offre de soins de demain. Rapport IGAS, Paris: La Documentation Française.

³⁷³ Colin, M., & Acker, D., 2009. Les centres de santé : une histoire, un avenir. *Santé publique*, 21(hs1), pp.57-65.

³⁷⁴ HAS, 2007. Référentiel d'évaluation des centres de santé. Saint-Denis: HAS.

contribue à lever les préventions et l'hostilité de la profession à l'égard des centres de santé puisque ceux-ci sont maintenant « choisis » et qu'ils accueillent les jeunes professionnels les plus titrés. Comme on le verra ultérieurement, le fait que les médecins les plus actifs et les plus innovateurs soient les promoteurs les plus ardents de ces centres joue aussi dans le changement de leur image.

II.2.1.5. Aujourd'hui : une place acquise mais fragile dans le paysage sanitaire et social

La Cnamts compte 1 220 centres de santé en exercice fin 2012 (Georges & Waquet 2013).

Ils peuvent être classés :

- selon leur activité :
 - 34% sont médicaux et polyvalents, gérés à 22% par des associations, à 22% par des régimes de sécurité sociale et à 18% par des collectivités locales
 - 36% sont dentaires, dont 75% gérés par des mutuelles
 - 30% sont infirmières, dont 76% gérés par des associations
- selon leur gestionnaire :
 - 33% gérés par des associations (la majorité des centres infirmiers)
 - 32% par des mutuelles (la majorité des centres dentaires)
 - 12% par des caisses de sécurité sociale
 - 9% par des établissements de santé (possibilité ouverte par la loi HPST)
 - 7% par des collectivités territoriales
 - 7% par d'autres organismes à but non lucratif
- selon leur taille : 69% emploient moins de 10 équivalents temps plein

Leur répartition géographique varie selon leur activité. Alors que les centres dentaires et infirmiers sont répartis sur l'ensemble du territoire, les centres polyvalents sont concentrés en région parisienne (plus de 25%), en région lyonnaise, en Provence Alpes Côte d'Azur et dans le Nord Pas de Calais, et tout particulièrement – il faut le noter - dans les zones urbaines sensibles de ces régions.

II.2.2. Le développement spontané et progressif d'un regroupement pluriprofessionnel libéral connaît aujourd'hui une forte accélération en soins primaires

L'histoire du regroupement des professionnels de santé libéraux reste à écrire. Nous en retraçons ici les principaux traits identifiables aujourd'hui dans la littérature. Ce mouvement a été porté par les professionnels eux-mêmes pendant des années, jusqu'à une période très récente où le regroupement a commencé à être encouragé par les pouvoirs publics et où les Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) ont été érigées en « objet politique », visant à répondre à tous les problèmes du système de santé.

II.2.2.1. Des années 20 aux années 70 : un regroupement monoprofessionnel émergent

Les premiers « regroupements » de médecins ont été décrits en Bretagne à partir de la fin des années 30 (Durand 2010; Tixador 2010; Durand 2012)³⁷⁵. Une première forme d'association est

³⁷⁵ Durand, J.-P., 2010. Les maisons de santé, une histoire pas si neuve. *Réseaux, santé et territoire*, (32), pp.6–8.

rapportée à Sablé-sur-Sarthe en 1938 entre deux, puis trois médecins (jusqu'à cinq en 1963) ayant chacun un cabinet et partageant leurs honoraires, les frais de secrétariat et la location d'un cabinet commun équipé d'une salle de soins et de radiologie (Marçais 1957)³⁷⁶. Un second regroupement de plusieurs médecins généralistes, mais en un lieu unique et toujours en partage d'honoraires, est décrit à Loudéac en 1954. Dans les années 60, plusieurs médecins bretons contribuent à l'essor de ce type d'exercice à travers des écrits (Beaupère 1961; Nedelec 1970)³⁷⁷ où ils vantent la meilleure qualité des soins dispensés. En 1969, on estime que 11% des médecins libéraux, toutes spécialités confondues (généralistes et/ou spécialistes), exercent en groupe. Ce taux connaît une ascension continue, atteignant 27% en 1982 (Mousquès 2011)³⁷⁸.

II.2.2.2. A partir de la fin des années 70 : des tentatives isolées de regroupement pluriprofessionnel, dont certaines évoluent vers des réseaux de santé

Si les regroupements qui voient le jour, de manière variable selon les régions et avec une prédominance dans le grand ouest, constituent des formes collectives d'exercice diversifiées, ils sont cependant le plus souvent monodisciplinaires et de petite taille (associant deux ou trois médecins). Ils concernent davantage les jeunes médecins, et intéressent majoritairement les spécialités les plus techniques aux équipements coûteux, comme la radiologie ou la pneumologie, et moins souvent les disciplines cliniques comme la médecine générale, la pédiatrie, la psychiatrie ou encore la dermatologie (Mousquès, 2011). Des expériences pluridisciplinaires (cabinets réunissant des médecins de disciplines différentes) sont également développées. A partir de la fin des années 70, à une époque où la concurrence entre médecins est importante et génère des installations jusque dans des zones reculées, apparaissent quelques expériences pluriprofessionnelles associant médecins et autres professionnels de santé, guidées par l'envie des médecins, les opportunités et les contraintes locales (Bourgueil et al. 2009). Au-delà de la mutualisation de leurs moyens d'exercice, les professionnels travaillent peu ensemble, sauf sur des actions limitées ou ponctuelles pour lesquelles ils trouvent des financements privés, ou des financements publics parmi ceux qui commencent à être disponibles, comme le Fonds national pour la prévention, l'éducation et l'information sanitaire (FNPEIS) créé en 1988.

Un projet plus ambitieux se développe à la fin des années 70, promu par le *Syndicat national des médecins de groupe* (SNMG) tout juste créé sous la présidence des docteurs Anne-Marie Soulié puis Vladimir Guihéneuf. Il s'articule autour du concept de « développement sanitaire », avec pour visée d'« apporter une réponse globale aux problèmes de santé en milieu rural ». Deux médecins, une infirmière et un pharmacien mettent en place en Corrèze, en 1981, ce qui sera connu comme l'expérimentation de « Lubersac santé », développant une série d'actions liées à ce concept de

Tixador, J.-C., 2010. Clientèle médicale et exercice en société des médecins. Thèse pour l'obtention du titre de Docteur en droit. Université d'Avignon et des Pays de Vaucluse.

Durand, G., 2012. Les maisons de santé : beaucoup de bruit... pour quelque chose. *Prescrire*, 32(346), pp.614–619.

³⁷⁶ Marçais, 1957. Le groupe médical de Sablé (1939-1956). *Esprit*, (2), p.245.

³⁷⁷ Beaupère, J., 1961. Les cabinets de groupe : intérêt, critiques, réalisation, perspectives. Thèse de médecine, Université de Nantes.

Nedelec, M., 1970. *La médecine de groupe*, Paris: Le Seuil.

³⁷⁸ Mousquès, J., 2011. Le regroupement des professionnels de santé de premier recours : quelles perspectives économiques en termes de performance. *Revue française des affaires sociales*, 2-3(2), pp.253–275.

« médecine globale » (Depoivre et al. 1989)³⁷⁹ : des actions de prévention et d'éducation sanitaire, des actions de formation continue multidisciplinaire réunissant médecins et paramédicaux et des soins à domicile. En 1982, ils créent l'« Association locale des professionnels de santé », une association loi 1901 regroupant 35 professionnels de santé sur les 39 que compte le canton. Ils travaillent autour du concept d'Hospitalisation externe à domicile (HED), en parallèle à une réflexion de la Mutualité sociale agricole (MSA) qui souhaite expérimenter un travail d'équipe pluridisciplinaire et coordonné, souple et adapté aux contextes locaux, avec une organisation légère et des coûts acceptables pour permettre sa reproductibilité. La dimension financière acquiert autant d'importance que la dimension des pratiques. En 1985 est créée l'association loi 1901 « Lubersac santé », comprenant 4 collèges : celui des professionnels de santé, celui des élus, celui des caisses et organismes, et celui de la population. Une première expérimentation est lancée avec la MSA de 1885 à 1989, pour tester l'organisation et le fonctionnement de l'HED, avec la mise en place d'un secrétariat médico-social, de réunions de coordination et d'une aide aux familles (plus de 200 HED sont offertes). Une seconde expérimentation entre 1990 et 1998 est développée sur 4 sites, avec la Cnamts pour partenaire principal. L'évaluation menée en 1999 objective la mise en réseau de l'ensemble des professionnels médico-sociaux du territoire concerné, l'organisation d'actions de prévention coordonnées, des temps de formation continue associant tous les professionnels, l'articulation entre médical et social, et la participation effective de la population à la définition des politiques de santé. Elle souligne l'amélioration des compétences locales en matière de santé, l'amélioration des conditions d'accès aux soins en milieu rural, l'émergence d'une démarche participative et émet l'hypothèse d'un meilleur encadrement des dépenses. Parmi les facteurs ayant favorisé ces réalisations sont soulignés d'une part la méthode de gestion des contraintes (notamment pour obtenir le soutien des élus), d'autre part le caractère expérimental du dispositif qui a renforcé la solidarité, et enfin l'opportunité de la rencontre entre une initiative locale et la volonté de la MSA de tester de nouveaux modes d'organisation, voire de financement.

A la suite de cette seconde expérimentation, l'échec de quatre années de négociation pour relancer le dispositif sous une forme identique conduit les professionnels à s'engager dans le modèle de « réseau de santé » alors en plein développement. Parmi les différents types de réseaux qui se développent (réseaux médicosociaux en gérontologie par exemple ; réseaux par pathologie, centrés sur les professionnels, souvent à l'initiative de médecins spécialistes ; et réseaux de santé centrés sur les besoins des patients autour de la prévention, des soins palliatifs, de la réadaptation...), les promoteurs de l'expérience de Lubersac santé défendent une vision particulière et minoritaire des réseaux (Soulié 1994)³⁸⁰, celle des « réseaux globaux d'exercice », non thématiques. Selon Anne-Marie Soulié, « si on veut réellement travailler en réseau, l'approche mono-pathologie n'est pas la plus adaptée, car cela correspond à une partie limitée de la clientèle d'un professionnel de santé ; Ce faisant, l'exercice en réseau n'influera que peu sur sa pratique. A l'époque [du plan Juppé], en 1996, nous étions les seuls à tenir ce discours » (Soulié, 2000)³⁸¹. Ce médecin milite également pour le

³⁷⁹ Depoivre, C. et al., 1989. *Evaluation Lubersac santé - rapport final*, Toulouse : DRASS.

³⁸⁰ Soulié, A.-M., 1994. Le travail en réseau : une solution en matière de santé ? *Prévenir*, (27), pp.133-139.

³⁸¹ Soulié, A.-M., présidente du SNMG. Interview réalisée en 2000, publiée sur le site Medcost : http://www.medcost.fr/html/economie_sante_eco/eco_061200.htm

développement de réseaux en zone rurale, où ils sont minoritaires alors qu'elle y voit une nécessité plus grande de mise en lien des professionnels du fait des distances.

II.2.2.3. Au début des années 2000 : des problèmes de démographie et de répartition médicale à l'apparition de différents types de soutien au regroupement en soins primaires

Alors que le taux de regroupement des médecins libéraux (exercice en cabinet de groupe) a continué régulièrement à croître pour atteindre 44% des médecins libéraux au début des années 2000 (Mousquès 2011), les départs à la retraite non remplacés de médecins installés en milieu rural ou en zone urbaine défavorisée attirent l'attention des professionnels de santé, des collectivités locales³⁸², des assureurs et de l'Etat. Un Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS) est créé en 2003.

Les dynamiques d'équipes portées par les médecins libéraux visent alors le plus souvent à partager des moyens logistiques³⁸³ et à permettre un meilleur équilibre entre vie professionnelle et vie privée³⁸⁴ grâce au partage des contraintes en matière de continuité des soins et à la possibilité de libérer du temps pour la formation continue ou d'autres activités (Bourgueil et al 2009 ; Beauté et al 2007 ; Aulagnier et al 2007). En pratique, les médecins libéraux ne disposent que de trois stratégies face à la crise qu'ils traversent : la désertion (désinvestissement du travail, retraite anticipée) ; la protestation (grèves et actions publiques) ; et « la participation à des formes innovantes d'organisation du travail et d'exercice, à même de faire advenir un vrai service public de la médecine de proximité » (Robelet 2003).

La dynamique de regroupement initiée par les professionnels rejoint les préoccupations croissantes des pouvoirs publics à différents niveaux, notamment celui d'une structuration des soins de premier recours, celui d'une meilleure répartition des professionnels de santé sur le territoire pour garantir l'accès aux soins, et celui d'une amélioration de la qualité, de l'efficacité et de l'efficience des prises en charge, qui passe notamment par une plus grande productivité et par le développement d'activités coordonnées. Différents types de soutien sont alors mis à disposition des professionnels engagés dans des projets de regroupement pluriprofessionnels, dans le cadre des politiques de santé et des politiques d'aménagement du territoire, en particulier dans des zones sous-dotées (Juilhard 2007 ; Afrite et al 2013). Un soutien financier devient accessible par l'intermédiaire du Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV), ouvert en 1999, puis par la Dotation régionale des réseaux de santé (DRDR) créée en 2002. Ces deux enveloppent fusionnent en 2007 pour donner naissance au Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS), qui soutient également l'exercice pluriprofessionnel en zone sous-dotée et dont le Fonds

³⁸² Même si l'accès aux soins reste assuré à la quasi-totalité des français en moins de 15 minutes en voiture en 2011 (Coldefy et al. 2011), les collectivités locales s'inquiètent de la diminution de l'offre de soins locale, qui risque de contribuer à une perte d'attractivité pour leur territoire.

³⁸³ Les deux tiers des généralistes se regroupent dans des sociétés civiles de moyens (SCM), qui permettent le partage des charges de locaux, d'équipement et de personnel, mais pas celui des revenus de l'activité libérale qui restent liés à paiement à l'acte (Audric 2004).

³⁸⁴ « Les généralistes regroupés déclarent travailler plus souvent moins de cinq jours par semaine mais réaliser plus d'actes par jour que les médecins qui exercent seuls ; ils prennent également plus de jours de congés sur l'année (Bourgueil et al., 2009a ; Baudier et al., 2010) » (Mousquès, 2011).

d'intervention régional (FIR) prendra la suite en 2012. Ces financements régionaux sont mobilisables pour la réalisation de diagnostics de besoins territoriaux, pour une aide à l'investissement immobilier ou dans des systèmes d'information partagés entre les professionnels, ou pour soutenir des actions collectives. Un soutien méthodologique (aide au montage de projets, formations, etc.) est également proposé par divers types d'institutions, dont l'investissement varie d'une région à l'autre : Unions régionales des médecins libéraux puis des professionnels de santé (URML puis URPS), Instances régionales de promotion de la santé (IREPS), Unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM), etc. Parallèlement, une activité de conseil privé des professionnels se développe de manière importante pour répondre aux mêmes besoins (réalisation de diagnostics de besoins territoriaux, rédaction de projets de santé). L'Assurance maladie met également en place des incitations financières individuelles à l'installation en groupe dans les zones sous-médicalisées : elle propose par exemple aux médecins qui s'engagent à poursuivre cet exercice pendant trois ans une majoration de 20% de leurs honoraires.

Devant les problèmes spécifiques posés par la désertification médicale de certaines zones rurales, la Mutualité sociale agricole (MSA) développe également dès 2004 une politique de soutien méthodologique et financier³⁸⁵ au regroupement dans ce qu'elle a appelé des « Maisons de santé rurales ». S'y ajoutent, dans le cadre de la loi relative au développement des territoires ruraux de 2005, des aides financières des collectivités territoriales accordées aux médecins sous forme de bourse de stage ou de bourse d'aide à l'installation en zone sous-dotée.

En octobre 2007, le sénateur Jean-Marc Juilhard remet un rapport d'information sur la démographie médicale réalisé au nom de la commission des Affaires sociales. Après examen des initiatives de terrain, il juge intéressantes mais insuffisantes les mesures incitatives prises et formule quinze recommandations pour réduire la fracture territoriale en matière d'offre de soins (Juilhard 2007), parmi lesquelles trois ont pour objectif de « compléter l'organisation de l'offre de soins [par ce qu'il nomme] la maison de santé pluridisciplinaire ». Il recommande de « définir un label « maison de santé » », de « recenser les dispositifs d'aide à l'installation et au fonctionnement versés aux maisons de santé » et d'« expérimenter un contrat propre aux maisons de santé leur permettant de mener des actions de prévention et d'éducation thérapeutique ». Il défend notamment l'idée forte et prémonitoire qu'il faut laisser les acteurs innover localement, et mettre en place « une stratégie consistant à aider les initiatives de terrain [...] à se développer et à devenir de nouvelles références pour le système » (Huard & Schaller 2011a; Huard & Schaller 2011b).

II.2.2.4. A partir de 2007, une forte impulsion des pouvoirs publics à l'origine de la naissance d'un objet politique - la MSP - auquel se rattachent d'autres formes d'exercice

Une partie des recommandations du rapport Juilhard est appliquée, ce qui a pour effet d'amplifier fortement le mouvement de regroupement pluriprofessionnel.

³⁸⁵ voir le cahier des charges mis à disposition des professionnels de santé par la MSA en 2004, puis amendé au fil de l'évolution du soutien apporté.

Tout d'abord, les « Maisons de santé » sont définies dans le Code de la santé publique dès 2007, comme assurant « des activités de soins sans hébergement » et pouvant « participer à des actions de santé publique ainsi qu'à des actions de prévention et d'éducation et des actions sociales »³⁸⁶.

Ensuite, des Expérimentations de nouvelles modalités de rémunération (ENMR) sont introduites dans la Loi de financement de la Sécurité sociale pour 2008, sous la forme de forfaits spécifiques visant à renforcer et promouvoir cette forme d'exercice. Les ENMR sont pilotées au niveau national par la Direction de la Sécurité sociale (DSS) et la Direction générale de l'offre de soins (DGOS), et sont animées au niveau régional par les missions régionales de santé puis par les toutes nouvelles Agences régionales de santé (ARS) créées par la loi HPST en 2009. Leur mise en œuvre effective débute en 2010. Entre-temps, une première évaluation réalisée dans des Maisons de santé existantes en Franche-Comté et en Bourgogne montre des effets prometteurs de cette structuration du point de vue de l'amélioration de la qualité des soins (Bourgueil et al 2009)³⁸⁷.

L'expérimentation repose sur l'hypothèse que les modalités organisationnelles qui découleront de ces nouveaux financements auront un impact positif en termes d'adaptation de l'offre de santé aux besoins des patients (à l'échelle populationnelle et individuelle) et en termes de performance. La finalité de l'expérimentation, telle qu'exposée dans le cahier des charges qui a conduit à sélectionner les sites candidats à l'expérimentation, est la suivante : « La mise en œuvre de ces expérimentations constitue un des instruments de la modernisation de l'offre de soins de premier recours. L'objectif final de ces expérimentations est donc de favoriser la qualité et l'efficacité des soins passant notamment par :

- une meilleure organisation des soins de premier recours,
- une meilleure collaboration entre professionnels optimisant les interventions de chacun, notamment dans le cas des maladies chroniques,
- le développement de pratiques innovantes et de services aux patients : ouverture de droits, accompagnement des démarches administratives, information, prévention, éducation à la santé, orientation des patients dans le système de soins y compris hospitalier, prise en compte de la santé des aidants familiaux (maladie d'Alzheimer), collaboration avec les réseaux de santé locaux, sécurité et veille sanitaire...
- pour finalement rendre le métier des professionnels de santé de premier recours plus attractif et garantir, à terme, la continuité du maillage territorial des soins de 1^{er} recours. »

³⁸⁶ Article L.6323-3 du code de la santé publique

³⁸⁷ Les 9 structures étudiées en 2008, réunissant un couple médecin généraliste - infirmière, ainsi qu'un ou plusieurs autres médecins et paramédicaux, permettent un meilleur équilibre entre vie personnelle et exercice professionnel, une grande accessibilité horaire, une coopération effective entre les professionnels, une gamme étendue de l'offre de soins, et une qualité du suivi des patients diabétiques de type 2 qui semble meilleure.

Sur les quatre modules prévus, deux modules dénommés modules « coordination » et « nouveaux services » sont proposés dans un premier temps³⁸⁸ :

- Le premier module vise à développer des missions coordonnées, au travers du versement d'un forfait rémunérant ces missions au sein des sites expérimentateurs (management de la structure, temps de concertation interprofessionnelle). Le forfait est versé à la structure et non directement aux professionnels et est conditionné en partie à l'atteinte d'objectifs de santé publique et d'efficience. Ce forfait est modulé par les Agences régionales de santé en fonction du taux d'atteinte des objectifs du module.

- Le second module vise à expérimenter un paiement forfaitaire pour rémunérer de nouveaux services, en l'occurrence l'activité d'éducation thérapeutique du patient en médecine de ville, dans le but d'aider les patients ou leur entourage à acquérir ou maintenir les compétences nécessaires pour gérer leur maladie de façon autonome.

La Loi HPST du 21 juillet 2009³⁸⁹ ne crée pas de « label » mais redéfinit officiellement la « Maison de santé pluriprofessionnelle », comme le regroupement d'au moins deux professionnels médicaux et d'un auxiliaire médical, ayant élaboré un projet de santé. La loi étend la possibilité d'expérimenter de nouvelles modalités de rémunération (NMR) des professionnels de santé à toute structure pluriprofessionnelle ambulatoire (maison, centre, pôle et réseau de santé) offrant des soins de premier recours et ayant formalisé un projet de santé visant notamment à favoriser la continuité et l'accès aux soins. Cette extension se justifie par le flou des structures liées à des configurations locales et révèle différents enjeux : selon une définition « pragmatique » qui a cours parmi les professionnels de santé, les MSP désignent les cas où tous les professionnels sont regroupés sur un même site, les pôles de santé pluriprofessionnels (PSP) ceux où les professionnels sont répartis sur plusieurs sites et les « maisons-pôles » ceux constitués d'un site principal et de sites secondaires. Ces appellations masquent des enjeux syndicaux : clivés initialement sur l'idée même de regroupement, les syndicats sont aujourd'hui divisés sur les formes de regroupements à promouvoir, avec schématiquement MG-France défendant les MSP, et la CSMF les PSP. La terminologie masque également des enjeux financiers, d'une part pour les « réseaux de santé », dont une partie a été requalifiée en PSP lorsque les financements des réseaux ont diminué, et d'autre part pour les centres de santé, qui assurent déjà une coordination et de « nouveaux services » sans que ceux-ci ne soient financés.

Une évaluation nationale est pensée parallèlement à l'élaboration du projet et confiée à l'Irdes pour déterminer l'impact de l'expérimentation sur l'efficience du système et sur la qualité de la prise en charge des patients, et partant, les conditions de leur éventuelle généralisation.

Un suivi étroit du développement des maisons de santé est mis en place, et notamment des difficultés spécifiques rencontrées dans le déploiement des ENMR.

³⁸⁸ Deux autres sont initialement en suspens : le module « coopération » verra le jour en 2014 et le module « capitation » a été abandonné depuis.

³⁸⁹ Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. JO du 22 juillet 2009 : 12184-12272

Ce suivi amène la loi Fourcade du 10 août 2011³⁹⁰ à modifier la définition de la « maison de santé » pour en faire une « personne morale » :

« La maison de santé est une personne morale constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens.

Ils assurent des activités de soins sans hébergement de premier recours au sens de l'article L. 1411-11 et, le cas échéant, de second recours au sens de l'article L. 1411-12 et peuvent participer à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et à des actions sociales dans le cadre du projet de santé qu'ils élaborent et dans le respect d'un cahier des charges déterminé par arrêté du ministre chargé de la santé.

Le projet de santé est compatible avec les orientations des schémas régionaux mentionnés à l'article L. 1434-2. Il est transmis pour information à l'agence régionale de santé. Ce projet de santé est signé par chacun des professionnels de santé membres de la maison de santé. Il peut également être signé par toute personne dont la participation aux actions envisagées est explicitement prévue par le projet de santé.³⁹¹ »

La Loi Fourcade crée également un nouveau statut juridique pour les MSP, intitulé « Structure interprofessionnelle de soins ambulatoires » (SISA), qui leur permet de recevoir des financements collectivement et de les redistribuer entre les professionnels sous la forme d'honoraires ou de salaires. Elle donne une définition des « pôles de santé » différente de la définition fonctionnelle utilisée par les professionnels : « Les pôles de santé assurent des activités de soins de premier recours au sens de l'article L. 1411-11, le cas échéant de second recours au sens de l'article L. 1411-12, et peuvent participer aux actions de prévention, de promotion de la santé et de sécurité sanitaire prévues par le schéma mentionné à l'article L. 1434-5. Ils sont constitués entre des professionnels de santé et, le cas échéant, des maisons de santé, des centres de santé, des réseaux de santé, des établissements de santé, des établissements et des services médico-sociaux, des groupements de coopération sanitaire et des groupements de coopération sociale. »³⁹²

Entre-temps, les professionnels exerçant dans des maisons et pôles de santé s'organisent au plan national et régional. En 2008, ils rebaptisent la Fédération française des maisons de soins et de santé (FFMSS), qui avait été créée en 2006 à l'initiative de plusieurs MSP, en Fédération française des maisons et pôles de santé (FFMPS) (Serin 2009) pour coller à la terminologie utilisée par la Haute autorité de santé dans une publication sur l'évaluation des pratiques professionnelles en maisons, pôles et centres de santé³⁹³. Très active, la FFMPS organise des journées d'échange annuelles et participe à tous les travaux concernant le développement, l'encadrement, l'évaluation et le financement des maisons et pôles de santé. Des Fédérations régionales des maisons et pôles de santé voient le jour rapidement dans toutes les régions entre 2007 (Vuattoux & Magnin 2009)³⁹⁴ et

³⁹⁰ Loi n°2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. JO du 11 août 2011 : 13754-13769.

³⁹¹ Art. L. 6323-3 du Code de la Santé publique

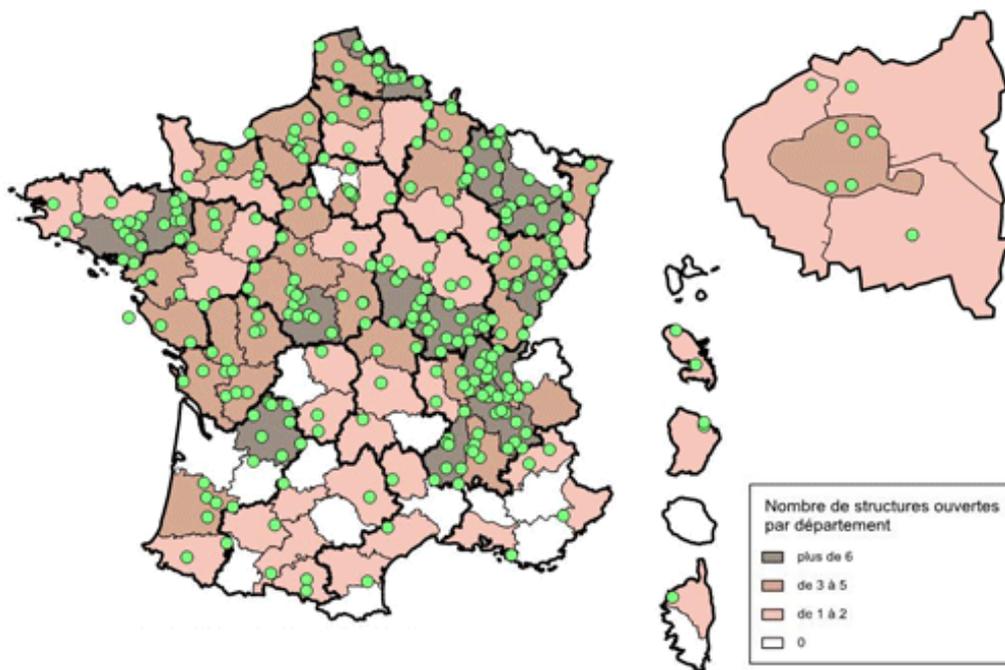
³⁹² Article L. 6323-4 du Code de la santé publique

³⁹³ L'exercice coordonné et protocolé en maisons de santé, pôles de santé et centres de santé. Haute Autorité de Santé, EPP/ECP, novembre 2007.

³⁹⁴ Vuattoux, P. & Magnin, C., 2009. Une fédération régionale des maisons de santé : regards sur l'expérience franco-comtoise. *Santé publique*, 21(hs1), pp.73-78.

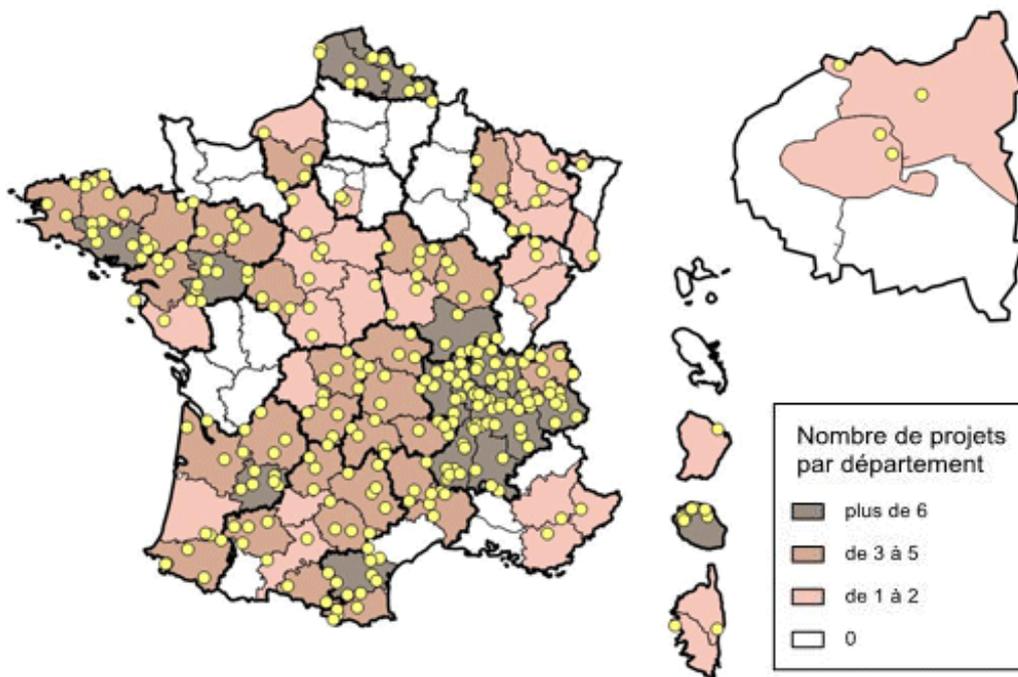
2013, et collaborent avec les acteurs régionaux (ARS, élus locaux et régionaux, MSA, etc.) selon des configurations variées.

Un observatoire des maisons de santé est créé en 2012, de même que l'obligation d'inscription des maisons et pôles de santé dans le Fichier national des établissements sanitaire et sociaux (FINESS). Au 31 janvier 2012, cet observatoire recense 235 maisons et pôles en fonctionnement et environ 450 maisons et pôles en projets. Elles regroupent 2 650 professionnels, dont 750 médecins³⁹⁵. Un an plus tard, une cinquantaine de projets aboutissent : l'observatoire recense 284 maisons et pôles ouverts au 31 janvier 2013 et 288 projets (voir cartes 1 et 2).



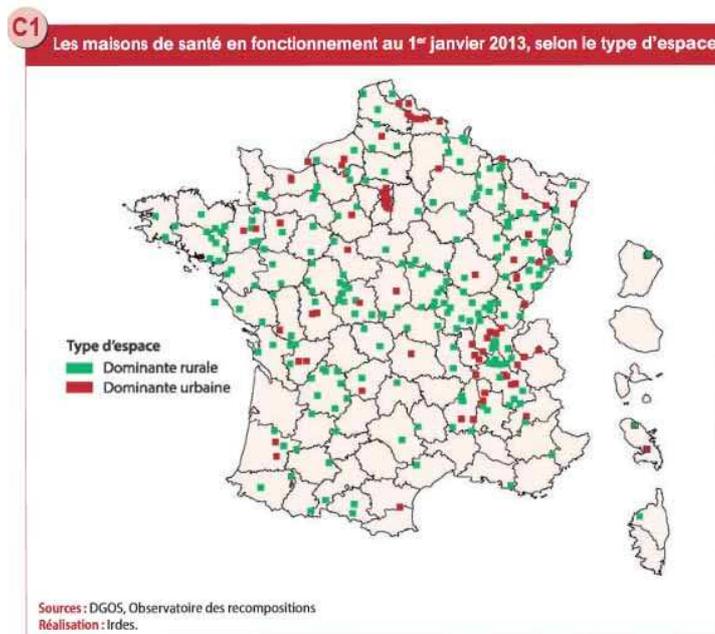
Carte 1 : Maisons et pôles de santé en fonctionnement au 31 janvier 2013 : 284 structures
(Source : Ministère des affaires sociales et de la santé / DGOS PF3 & USID)

³⁹⁵ site du ministère de la santé



Carte 2 : Maisons et pôles de santé avec ouverture prévue en 2013 ou en 2014
 estimation au 31 janvier 2013 : 288 projets
 (Source : Ministère des affaires sociales et de la santé / DGOS PF3 & USID)

L'analyse géographique de l'implantation des 291 MSP et PSP en France en janvier 2013 révèle 207 structures dans des espaces à dominante rurale (71%), 80 dans des espaces à dominante urbaine, et 4 dans les départements d'outre-mer. Les MSP et PSP sont implantés dans des zones plus fragiles, que ce soit dans les espaces à dominante rurale ou à dominante urbaine (carte 3), suggérant leur capacité à maintenir une offre médicale dans ces zones plus à risque et confirmant l'hypothèse de leur attractivité pour les professionnels (Chevillard et al. 2013).



Carte 3 : Maisons et pôles de santé avec ouverture prévue en 2013 ou en 2014

Source : Irdes (Chevallard et al. 2013)

L'évaluation menée par l'Irdes dans les sites ENMR sur la période 2009-2012 met en évidence, à espace et environnement géographique donnés, une valeur ajoutée de l'exercice regroupé pluriprofessionnel sur la plupart des dimensions investiguées (densité médicale, activité et productivité, recours et dépense de soins ambulatoires, qualité des pratiques), qui apparaît croissante avec l'intensité de l'intégration des prises en charge (Mousquès & Bourgueil 2014).

II.2.2.5. Des freins à l'extension des MSP et la défense d'autres formes d'association, qui interrogent sur le projet sous-jacent...

Toutefois, si le nombre de structures ne cesse de croître, cet accroissement se fait dans un climat d'incertitude quant à la poursuite et aux modalités de financement futur de l'exercice regroupé pluriprofessionnel, et ce malgré la collaboration étroite entre les représentants des professionnels et les autorités de santé pour produire des référentiels encadrant l'activité des MSP et PSP³⁹⁶. L'échec des négociations conventionnelles pour la généralisation du financement des équipes de soins primaires en décembre 2014 reporte cette décision à 2015 dans le cadre d'un règlement arbitral et montre la difficulté de construire des accords pluriprofessionnels lorsque de multiples enjeux sont engagés.

³⁹⁶ En 2014, la Haute autorité de santé publie un Référentiel d'analyse et de progression des regroupements pluriprofessionnels de soins primaires, fondé sur une matrice de maturité des structures dans différentes dimensions (travail en équipe pluriprofessionnelle, système d'information, projet de santé et accès aux soins, implication des patients), assorties chacune d'indicateurs.

La Loi Fourcade, qui permet au directeur de l'ARS de requérir les MSP et PSP pour assurer des missions d'ordre public en cas de déficience sur un secteur géographique donné, est vécue à la fois comme une reconnaissance de l'intérêt des regroupements pluriprofessionnels libéraux, et comme un risque pour le libéralisme.

Des modèles alternatifs de regroupement co-existent, comme les Maisons de santé rurales de la MSA. D'autres émergent, comme les Groupes pour l'exercice coordonné (GECO) prônés par l'URPS-médecins libéraux de Bretagne, ou les Maisons régionales de santé des Bouches du Rhône, non exclusivement centrés sur les soins primaires et visant à améliorer (et rémunérer) la coordination entre généralistes et spécialistes, entre spécialistes, ou à faciliter l'accès aux spécialistes dans certaines zones.

Cela souligne la contradiction fondamentale d'un système libéral fondé sur des principes de libre choix tant des professionnels que des personnes qui les consultent, quand c'est la couverture des besoins d'une population qu'il s'agit d'assurer (Lombrail 2014a)³⁹⁷. Le rapport Juilhard le disait clairement : « Les attentes ne sont pas totalement similaires, de la part des professionnels d'une part, des autorités publiques de l'autre. Les premiers mettent en avant la qualité de la prise en charge, la nécessité de renforcer la continuité des soins, l'élargissement à des missions de santé publique. Les seconds sont préoccupés par un accès aux soins pour l'ensemble de la population et un maillage territorial rendant plus fluide le parcours de soins. Un socle commun est cependant partagé par l'ensemble des parties. Il repose sur le respect d'une logique professionnelle sous peine d'échec. L'élaboration d'un projet de santé est en effet jugée déterminante, bien plus que ne peut l'être un projet immobilier qui ne devrait jamais être mis en premier plan. Ce projet doit être porté par les professionnels en leur laissant un temps de maturation et d'appropriation suffisant.» (Juilhard et al. 2010: 5). Cela questionne la capacité d'une MSP à porter un projet authentiquement pluriprofessionnel, et également sa capacité à s'engager dans la conception d'un projet de santé pour une population, et même avec la population, comme tentent de le faire certaines (Buffet et al. 2014)³⁹⁸.

Les expériences et la politique menée aujourd'hui autour des MSP et PSP sont-elles à même de faire évoluer les soins primaires vers un nouveau paradigme clinique ? Quelle place et quel rôle peuvent y jouer les pratiques de prévention ?

³⁹⁷ Lombrail, P., 2014. Les maisons de santé pluri-professionnelles : penser localement, agir globalement ? *Sciences sociales et santé*, 32(2), p.97.

³⁹⁸ Buffet, S. et al., 2014. Mise en place d'un comité de représentants des usagers dans une maison de santé pluridisciplinaire. Constats, limites et perspectives. *Santé publique*, 26(4), pp.433–441.

III. Place de la prévention dans le système de santé : quelles injonctions nouvelles en soins primaires ?

« En définitive, la différence entre action préventive et action curative est moins nette qu'on ne le croit généralement. L'erreur fréquemment commise a été de vouloir séparer l'idée prévention-santé d'une part, de l'action maladie-sécurité d'autre part. » (J. Bardeau, chef de l'IGAS, dans sa présentation du rapport annuel de l'IGAS de 1974 consacré à la prévention)

« Promouvoir la médecine générale, développer la prévention sont les idées-forces qui émanent des derniers rapports relatifs à l'organisation des systèmes de soins (Gallois 1981; Pissaro & Grémy 1982)³⁹⁹. Il y est question de rééquilibrer l'accès aux soins en accordant une place plus importante aux acteurs de santé de première ligne, les médecins généralistes en particulier (Arnold 1981; Terris 1981)⁴⁰⁰. Cette rééquilibration obéirait à un double souci. D'une part assurer un premier niveau de soins de qualité où toutes les demandes des patients seraient prises en charge. Dans cette perspective, l'accès aux filières de technicité supérieure ou spécialisées serait alors utilisé selon des critères plus spécifiques dont il résulterait peut-être une réduction des coûts. D'autre part on souhaite faire évoluer les pratiques de santé - notamment les pratiques préventives. Il s'agirait, par une éducation à la santé pertinente, de permettre une certaine autogestion de la santé, dans les limites de la pathologie. La mise au point de stratégies préventives reposant principalement sur le généraliste devient ainsi un objectif central. » (Bucquet et al. 1984)⁴⁰¹

A la fin des années 70, devant le constat de l'insuffisance d'une politique sanitaire centrée sur l'organisation des soins et sur le recours au système médical, l'objectif d'un changement de paradigme commence à être affirmé par les pouvoirs publics : le développement préconisé de la prévention et de l'éducation pour la santé s'inscrit alors dans une logique sociale de rationalité économique du système de santé. Ce développement suit une double logique : « L'émergence de la politique de prévention est marquée à la fois par la logique politico-administrative et la logique médicale ; elle s'inscrit à l'intérieur et à l'extérieur du champ de la médecine. Hors de la médecine, les acteurs sociaux, bien que directement concernés et intéressés par la politique préventive, sont divisés et multiples et il n'existe pas de lieu institutionnel pouvant la prendre en charge. [...] Par contre, la médecine dispose d'institutions, de professionnels et de connaissances qui lui permettent

399 Gallois, P., 1981. De l'organisation des systèmes de soins, Paris: La Documentation Française.

Pissaro, B. & Grémy, F., 1982. Proposition pour une politique de prévention. Rapport au ministre de la santé, Paris: La Documentation Française.

⁴⁰⁰ Arnold, C., 1981. The road ahead. *Preventive medicine*, 10(6), pp.736-740.

Terris, M., 1981. The primacy of prevention. *Preventive medicine*, 10(6), pp.689-699.

⁴⁰¹ Bucquet, D., Hatton, F. & Colvez, A., 1984. La prévention en médecine générale. *Sciences sociales et santé*, 2(1), pp.51-69.

d'investir le champ de la prévention, d'autant qu'il existe déjà des mesures préventives [...] prises en charge par le système de soins et que la prévention secondaire et tertiaire n'entre pas en contradiction avec la pratique médicale » (Pierret 1982: 42)⁴⁰². Dans cette logique médicale, la visée d'un rééquilibrage du système de santé en faveur des soins primaires et d'une promotion de la médecine générale, prise comme régulatrice de l'accès aux soins spécialisés et comme vectrice de prévention, rencontre les attentes de certains médecins libéraux⁴⁰³, pour qui elle constitue un instrument de revalorisation de la profession (par exemple pour les jeunes médecins généralistes) ou de professionnalisation, permettant l'acquisition d'un statut (par exemple pour les travailleurs sociaux).

Comme on l'a vu, prévention et structuration des soins primaires constituent aujourd'hui les deux axes forts du projet de loi de santé. Formule incantatoire ou projet structurant⁴⁰⁴ ? Les objectifs de cette partie sont d'examiner l'orientation générale des politiques de prévention en France, de confronter le rôle attendu des acteurs de soins primaires et leurs pratiques effectives, d'énumérer les mesures prises en France pour promouvoir le développement de ces pratiques et enfin d'interroger les tensions dans lesquelles elles sont prises, en illustrant celles-ci par l'exemple du diabète.

III.1. Des préoccupations de santé publique renforcées en matière de prévention, visant la réduction des coûts et des inégalités sociales de santé : Soit une prévention simultanément plus « locale » et « territoriale » et plus « médicale »

Selon la définition de la Société française de santé publique (SFSP) dans un avis récent, « la prévention a pour objectifs de prévenir l'apparition des maladies, d'en réduire les conséquences fonctionnelles et sociales et de favoriser l'égalité devant la santé, en agissant sur les déterminants individuels et collectifs de santé et les inégalités de santé. Une grande partie de la mortalité prématurée, de la charge de morbidité et des dépenses de santé est liée à des facteurs accessibles à la prévention. Pour la France, les cinq principaux facteurs de risques identifiés sont les conduites alimentaires (10% de la charge de morbidité), le tabagisme (9%), l'hypertension artérielle (7,5%), le surpoids et l'obésité (7%) et l'alcool (6,5%) » (SFSP 2014a). Pour cette société savante qui s'inscrit dans la logique politico-administrative évoquée précédemment, « on ne peut pas améliorer la santé et soutenir la pérennité de notre système solidaire sans mettre la prévention au cœur des politiques de santé. Les déterminants de santé sont eux-mêmes influencés par des facteurs sociaux, les politiques de prévention doivent dépasser le périmètre des politiques de santé (Lombrail 2013) » (SFSP 2014a).

⁴⁰² Pierret, J., 1982. Commentaire (sur article Gottraux prévention). *Sciences sociales et santé*, 1, pp.38–45.

⁴⁰³ « C'est le cas, en France, des médecins regroupés dans le Syndicat de la Médecine Générale et qui s'expriment à travers la revue *Pratiques*. La prévention devient pour eux un recours dans une stratégie professionnelle qui vise l'intégration sur le quartier et l'établissement de liens particuliers avec la clientèle, à travers les Unités Sanitaires de Base, les Comités d'Usagers... » (Pierret 1982: 42)

⁴⁰⁴ La Société française de santé publique (SFSP) souligne les contradictions entre un discours en faveur de la prévention et la diminution de 14% en 2014 des moyens qui lui sont alloués (SFSP, 2014a).

La politique de prévention telle que définie dans La loi du 4 mars 2002⁴⁰⁵ fait bien référence à trois niveaux d'intervention, dont deux dépassent le domaine investi par les acteurs de santé, tout en l'incluant : la « promotion de la santé » qui vise à agir sur les déterminants collectifs de santé (environnements physiques, économiques et sociaux)⁴⁰⁶ et comprend « une réorientation des services de santé »⁴⁰⁷ ; « l'éducation pour la santé » qui vise à permettre aux individus d'éclairer leurs choix individuels et de peser sur les choix collectifs ; et la « prévention médicalisée »⁴⁰⁸ qui vise une prise en charge de qualité par le système de soins (Bourdillon 2009)⁴⁰⁹.

La mission menée en 2008 dans le cadre de la préparation de la loi HPST constate de sévères disparités territoriales dans les politiques de prévention en France (Flajolet 2008). Elle met en évidence le retard de la France vis-à-vis de certains indicateurs accessibles à la prévention, et souligne les écarts entre classes sociales creusés par les progrès mêmes de la prévention. Elle recommande que les moyens de la prévention soient ciblés prioritairement vers les populations les plus défavorisées en vue de corriger les inégalités de santé, dans une recherche d'efficacité et d'efficience (Flajolet 2008). Elle rejoint ainsi la recommandation de « privilégier les approches sélectives, communautaires et territoriales », dont l'IGAS souligne la qualité en France et l'intérêt « pour mieux intégrer et articuler les priorités nationales de santé publique » (IGAS 2003)⁴¹⁰. La mission Flajolet prend ainsi position dans le débat entre les tenants des approches de prévention dites « universelles », qui bénéficient au plus grand nombre mais aggravent les inégalités, et les tenants des approches « sélectives » et « ciblées », ayant pour objectif de réduire les inégalités (Gordon 1983)⁴¹¹. Elle recommande de promouvoir un « exercice pluridisciplinaire en « communauté de santé » permettant de tisser des liens » et propose de considérer « la santé comme prérogative locale car de l'assainissement des milieux de vie découle la cohésion sociale ».

⁴⁰⁵ (Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

⁴⁰⁶ en référence à la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé et à la Charte de Bangkok. (Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, OMS, Genève, 1986 WHO Charte de Bangkok pour la promotion de la santé à l'heure de la mondialisation, OMS, Bangkok, 2005.)

⁴⁰⁷ « La promotion de la santé représente un processus social et politique global, qui comprend non seulement des actions visant à renforcer les aptitudes et les capacités des individus mais également des mesures visant à changer la situation sociale, environnementale et économique, de façon à réduire ses effets négatifs sur la santé publique et sur la santé des personnes. La promotion de la santé est le processus qui consiste à permettre aux individus de mieux maîtriser les *déterminants de la santé* et d'améliorer ainsi leur *santé*. La participation de la population est essentielle dans toute action de promotion de la santé.

La Charte d'Ottawa définit trois stratégies fondamentales pour la promotion de la santé. Il faut *sensibiliser* à la santé pour créer les conditions essentielles à la santé indiquées plus haut ; *conférer* à tous des moyens de réaliser pleinement leur potentiel de santé ; et *servir de médiateur* entre les différents intérêts présents dans la société en vue d'atteindre la santé.

Ces stratégies sont soutenues par cinq domaines d'action prioritaires énoncés dans la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé : 1) Élaborer une *politique publique saine* 2) Créer des *milieux favorables à la santé* 3) Renforcer l'*action communautaire pour la santé* 4) Acquérir des *aptitudes individuelles*, et 5) Réorienter les services de santé » (Ottawa 1986). (Organisation mondiale de la santé. Glossaire de la promotion de la santé. OMS, 1999, 36 p.) La charte de Bangkok est venue réaffirmer ces principes en 2005. WHO Charte de Bangkok pour la promotion de la santé à l'heure de la mondialisation, OMS, Bangkok, 2005.

⁴⁰⁸ Nous présentons plus loin d'autres définitions mobilisées pour décrire les activités de prévention... le terme de prévention médicalisée étant souvent utilisé de manière plus restrictive pour décrire un des types de prévention mis en œuvre en soins primaires (Fournier et al. 2011).

⁴⁰⁹ Bourdillon, F., 2009. *Traité de prévention*, Paris: Médecine sciences Flammarion.

⁴¹⁰ IGAS, 2003. Santé, pour une politique de prévention durable. Rapport annuel, Paris: La Documentation Française.

⁴¹¹ Gordon, R., 1983. An operational classification of disease prevention. *Public health report*, (98), pp.107–109.

Selon des travaux récents (Cour des Comptes 2011; SFSP 2014)⁴¹², la situation défavorable de la France par rapport à la moyenne européenne pour de nombreux facteurs de risque et pour certains états de santé serait en partie attribuable à la faiblesse de la politique de prévention en France, qui ne lui permet pas d'atteindre les objectifs qu'elle se fixe ; à un manque de synergie entre les structures et dispositifs agissant dans le champ de la prévention ; à une faiblesse de reconnaissance, de valorisation, de soutien et de financement des dynamiques de promotion de la santé de proximité (par nature intersectorielles) ; et à une action visant essentiellement les facteurs de risque individuels. Pour François Baudier, le paradoxe d'un soutien prioritaire des politiques et des professionnels à la prévention secondaire et tertiaire,⁴¹³ alors que la prévention primaire aurait sans doute une meilleure rentabilité médico-économique, s'explique par la plus grande facilité à en mesurer les effets, à plus court terme. Outre la complexité de son évaluation, la politique de prévention est également soumise à des tensions et sa mise en œuvre est compliquée par sa nécessaire plurisectorialité, du fait de l'affrontement entre lobbies de la santé publique et acteurs économiques, des tensions entre objectifs individuels et collectifs (Baudier 2009)⁴¹⁴. Les orientations politiques retenues depuis une trentaine d'années subissent des évolutions majeures, selon deux axes. Le premier est marqué par un mouvement d'oscillation entre décentralisation et déconcentration durant les années 1980 (lois de décentralisation au niveau départemental puis régional avec les conférences régionales de santé, les programmes régionaux de santé, les Agences régionales d'hospitalisation (ARH) puis les ARS), puis « recentralisation de certaines orientations structurantes » (5 plans nationaux, une centaine d'objectifs dans la loi de santé publique de 2004), et aujourd'hui à nouveau une « place significative donnée au *local* et la *proximité* : la communauté de santé, les maisons de santé, les réseaux de proximité, les hôpitaux locaux, la création des ARS... [qui] vont dans le sens d'une organisation régionale proche du terrain, en contact direct avec la population et les collectivités territoriales. » (Baudier 2009: 128). Le second axe d'évolution des politiques de prévention concerne la place importante accordée à la prévention médicale⁴¹⁵ (loi de 2002 donnant une place importante aux patients, lois de 2004 sur la santé publique et l'assurance maladie, loi de 2009 déployant l'ETP, la prise en charge des maladies chroniques, le positionnement du médecin traitant comme acteur majeur) où l'on peut voir les prémices d'une autre politique qui valorise « une dynamique faisant un lien entre *prévention* et *soins* ». Chez certains élus et professionnels confrontés à des problèmes démographiques (des professionnels et de la population), ce changement témoigne de la prise de conscience, qu'une approche globale et territoriale intégrant la prévention pourrait être intéressante. C'est ce que l'on constate en particulier avec le mouvement initié autour de la Stratégie nationale de santé dans le cadre de la préparation de la future loi de santé publique.

La gouvernance d'ensemble de la politique de prévention s'avère particulièrement complexe du fait de la diversité des acteurs, des institutions impliquées (au niveau national, régional et local) et

⁴¹² Cour des Comptes, 2011. La prévention sanitaire. Communication à la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, Paris.

⁴¹³ Voir plus loin les définitions des préventions primaire, secondaire et tertiaire.

⁴¹⁴ Baudier, F., 2009. La prévention dans les politiques de santé. In F. Bourdillon, ed. *Traité de prévention*. Paris: Flammarion médecine sciences.

⁴¹⁵ sur laquelle nous revenons plus en détail dans le § 1.4.3.4.

des cultures (Collin et al. 2009)⁴¹⁶. Elle fait actuellement l'objet d'une réflexion renouvelée par la construction depuis quelques années d'une approche régionale pilotée par les ARS à travers l'élaboration d'un Schéma régional de prévention⁴¹⁷, et par la perspective de création d'un nouvel Institut national de veille et d'intervention sur la santé, fusionnant les ressources et les compétences de l'Institut de veille sanitaire, de l'INPES⁴¹⁸ et de l'Etablissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires⁴¹⁹. La SFSP publie cinq recommandations pour introduire une politique de prévention ambitieuse dans le cadre de la Stratégie nationale de santé qui prépare la future loi de santé publique : 1) adopter une stratégie de prévention articulant les trois modalités d'action que sont « la santé dans toutes les politiques », « la promotion de la santé » et « les pratiques cliniques préventives », 2) adopter une stratégie explicite de lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé, 3) soutenir la promotion de la santé dans les milieux de vie, 4) améliorer l'efficacité et l'efficience des pratiques cliniques préventives, 5) définir une nouvelle gouvernance pour la stratégie nationale de santé » (SFSP 2014a). Les soins primaires apparaissent concernés, à des degrés divers, par toutes ces recommandations.

III.2. Des attentes renforcées en matière de prévention à l'égard des soins primaires et centrées autour des médecins généralistes

Les attentes en matière de prévention en soins primaires, comme le soulignait François Baudier (Op. cit. 2009), apparaissent aujourd'hui quasi exclusivement centrées sur le médecin généraliste. Cela tient à la position de coordination qui lui est attribuée et, en même temps, cela s'inscrit dans la logique de reconnaissance professionnelle engagée par la profession. Les définitions multiples de la prévention qui cohabitent reflètent la multiplicité des objectifs, des enjeux et des approches qui sous-tendent le changement de paradigme.

Le médecin généraliste est confronté au défi d'accompagner les patients dans la prise en charge de maladies chroniques (asthme, diabète, maladies rhumatismales...) et dans la gestion de risques associés à leurs modes de vie (habitudes alimentaires, alcool, tabac, stress, sédentarité...), souvent en lien avec des problématiques sociales (Fassin 1996; Sandrin-Berthon 2000)⁴²⁰. « A côté des gestes plus techniques, tout un domaine d'intervention s'est ouvert pour la médecine générale, d'une part, du fait du développement des connaissances et de l'identification de nouveaux risques (risques alimentaires, risques génétiques, etc.) et, d'autre part, parce que l'action thérapeutique se heurte aux situations de vie des patients et trouve ses limites dans leurs conduites mêmes. Ce constat ouvre

⁴¹⁶ Collin, J.-F., Bernard, C. & Bourdillon, F., 2009. Quelle politique de prévention pour demain ? In F. Bourdillon, ed. *Traité de prévention*. Paris: Médecine sciences Flammarion, pp. 395–400.

⁴¹⁷ L'élaboration d'un Schéma régional de prévention (SRP) est prévue par la loi (article R.1434-3 du code de la santé publique, issu du décret PRS du 18 mai 2010), articulé à d'autres schémas comme le SROS déjà évoqué et incluant maintenant les soins de premier recours. Voir : « Agences régionales de santé – Promotion, prévention et programmes de santé », sous la direction de F. Bourdillon. Ed. Inpes, août 2009. Fiches 4 et 5, page 70 et suivantes). Un guide méthodologique pour l'élaboration d'un Schéma régional de prévention a été publié à cet effet en 2010 par le secrétariat général des ministères sociaux, les directions d'administration centrale et les caisses.

⁴¹⁸ qui avait été créé par la Loi du 4 mars 2002, en remplacement du Comité français d'éducation pour la santé

⁴¹⁹ Cette fusion a été annoncée par la ministre de la santé dans son discours du 19 juin 2014.

⁴²⁰ Fassin, D., 1996. *L'espace politique de la santé. Essai de généalogie*, Paris: PUF.

la question de savoir comment agir sur leurs comportements ou leurs modes de vie pathogènes pour, selon les cas, prévenir la maladie, restaurer ou accroître l'efficacité des traitements » (Baszanger & Bungener 2002), alors que le médecin généraliste ne se sent pas toujours outillé ni compétent dans ce domaine (Fournier et al. 2011)⁴²¹.

D'après la Loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, trois domaines de prévention et d'éducation sont confiés aux médecins généralistes. La loi distingue le domaine de la « prévention médicalisée », basée sur des actes prescriptifs et plutôt techniques : vaccination, dépistage opportuniste, incitation au dépistage organisé, etc. Le second domaine est celui des démarches d'« éducation pour la santé », abordant par exemple la sexualité, la parentalité, les addictions, l'alimentation, l'activité physique, les risques au travail, etc. Le troisième domaine enfin est celui des actions d'« éducation thérapeutique », développées dans la prise en charge de maladies chroniques comme le diabète, les maladies cardiovasculaires, ou l'asthme.

La prévention fait partie du rôle que se reconnaissent les médecins généralistes. Selon le référentiel de compétences français, inspiré de la définition mondiale de la médecine générale (Wonca Europe 2002)⁴²², « l'activité professionnelle du médecin généraliste comprend la promotion de la santé, la prévention des maladies et la fourniture de soins à visée curative et palliative » (CNGE 2009)⁴²³. Suivant une démarche clinique dite spécifique à la médecine générale, le médecin doit notamment :

- « Etre capable d'intégrer et d'articuler l'éducation pour la santé, la prévention, le dépistage, les soins, y compris palliatifs et de réadaptation [et] entreprendre et participer à des actions de dépistage individuel et de dépistage de masse organisé (repérer les sujets cibles et les populations concernées par ces actions dans son activité ; identifier les comportements à risque et mettre en route des actions de prévention individuelle et collective ; mettre en œuvre des actions de dépistage pertinentes au regard de son cadre d'exercice ; gérer et exploiter les données du dossier médical des patients dans cette orientation) » (Ibid : 36)

- « Aider et donner les moyens, éduquer le sujet à la gestion de sa santé et de ses maladies : Promouvoir l'éducation pour la santé en utilisant des stratégies contextualisées appropriées de promotion de la santé et de prévention des maladies ; assurer la prévention des maladies évitables ; mettre en place l'éducation thérapeutique (établir un diagnostic éducatif ; impliquer le sujet dans un projet de prise en charge ; décliner des stratégies éducatives ; accompagner et motiver le sujet dans sa démarche) » (Ibid : 36)

Plus de 97 % des médecins généralistes interrogés en 2009 déclarent que la prévention dans les domaines du risque cardiovasculaire, du tabagisme, de la consommation d'alcool, de l'activité physique, et de l'alimentation fait « tout à fait » ou « plutôt » partie de leur rôle. Ils sont 90 % à le

⁴²¹ Fournier, C., Buttet, P. & Le-Lay, E., 2011. Prévention, éducation pour la santé et éducation thérapeutique en médecine générale. In *Baromètre santé médecins généralistes 2009*. pp. 44–83.

⁴²² Wonca Europe, 2002. Définition européenne de la médecine générale – médecine de famille, Barcelone : WONCA & OMS

⁴²³ CNGE, 2009. Référentiel médecin et compétences des médecins généralistes, Paris: CNGE.

penser pour la consommation de cannabis et 80 % pour la vie affective et sexuelle (Fournier et al. 2011).

Jean Godard, membre du Collège de la médecine générale, identifie pour sa part dix domaines d'action en prévention en médecine générale, que nous regroupons ici en deux ensemble : un premier ensemble qui concerne l'intervention auprès des patients, recoupant à peu près la définition de la loi : conseil et prévention primaire (hygiène, vaccinations, conseils comportementaux) ; dépistages individuels intégrant les plans nationaux de santé publique ; identification et prise en compte des facteurs de risque individuels spécifiques ; prévention chez les patients déjà atteints de maladies chroniques. Puis un second ensemble qui relève plutôt d'une action collective pour la population, pour le système de santé publique et pour la discipline médicale de médecine générale : surveillance et vigilance sanitaires, alerte sanitaire, participation à la permanence des soins, fonctions médico-administratives, logistiques et de représentation professionnelle, enseignement et recherche en médecine générale (Godard 2009b)⁴²⁴.

Il existe d'autres manières de définir les pratiques préventives et de les classer, selon le moment d'intervention ou selon leur objet : « On peut considérer les soins préventifs selon les catégories proposées par l'Organisation mondiale de la santé il y a de nombreuses années, en distinguant la prévention primaire qui a pour objet d'éviter la survenue de problèmes de santé, la prévention secondaire dont l'objet est, partant de troubles installés, d'en limiter l'évolution, et la prévention tertiaire dont l'objet est d'en pallier les conséquences. Un autre paradigme s'intéresse aux soins visés et distingue préventions clinique, comportementale et environnementale. La prévention, clinique ou médicalisée, concerne l'action des professionnels de santé et couvre les trois champs précédents : par exemple, la vaccination en prévention primaire, le dépistage des facteurs de risque cardiovasculaire ou des cancers en prévention secondaire et la réadaptation cardiaque à l'effort en prévention tertiaire. La prévention comportementale vise à favoriser des habitudes de vie saines comme le brossage régulier des dents et l'arrêt du tabagisme, par des actions d'information et d'éducation d'une grande technicité. Elle s'appuie pour partie sur les professionnels de santé, notamment dans un domaine en plein essor comme l'éducation thérapeutique ; mais bien d'autres acteurs sont amenés à intervenir en la matière, dans un cadre plus ou moins structuré comme les ateliers santé ou réseaux de santé. Enfin, l'action sur l'environnement, physique et humain, échappe généralement aux professionnels de santé, sauf l'environnement de travail qui est la cible représentant le tiers du temps des médecins du travail » (Lombrail & Pascal 2010).

Cette dernière définition permet d'ouvrir le champ des acteurs impliqués dans la prévention. Et si comme nous l'avons vu, les médecins généralistes estiment que la prévention relève en premier lieu de leur rôle, ils sont aussi nombreux à se dire prêts à déléguer des tâches de prévention et d'éducation à des paramédicaux (74 %), à des spécialistes hospitaliers (57 %) ou à des associations de patients (46 %) (Fournier et al. 2011).

⁴²⁴ Godard, J., 2009b. Médecine générale et prévention. In : Bourdillon F. *Traité de prévention*. In F. Bourdillon, ed. *Traité de prévention*. Paris.

III.3. Une grande variabilité dans les pratiques préventives des médecins généralistes

Au regard de ces attentes importantes à l'égard des généralistes et des enjeux multiples qui les sous-tendent, la mise en œuvre de pratiques de prévention aujourd'hui faiblement régulées et peu standardisées dépend essentiellement du souhait des médecins de s'y engager. On peut trouver paradoxal le centrage de la politique de prévention sur des acteurs comme les généralistes sans mise en place concomitante d'outils de régulation adaptés à l'exercice individuel de cette responsabilité collective, comme nous le verrons au point 5. Cela explique la grande variabilité des pratiques, observée entre médecins et selon les thèmes et activités. Cela permet aussi de comprendre le malaise et les insatisfactions ressentis par la plupart de nos témoins et leur propre mise en mouvement.

En 2009, les pratiques de prévention « médicalisée » déclarées (ex : vaccination, dépistage) étaient les plus développées par les médecins généralistes, celles d'éducation pour la santé l'étaient peu (et d'autant moins que le thème était considéré plus « intime », comme par exemple celui de la consommation d'alcool) et celles d'ETP étaient minoritaires (Fournier et al. 2011; Aulagnier et al. 2007). Si en France une étude récente⁴²⁵ a repéré la mise en œuvre d'une procédure préventive dans 23,5% des consultations de médecine générale (Hsiung et al. 2014)⁴²⁶, estimant à 15% l'activité de prévention primaire (Gelly et al. 2014)⁴²⁷, une autre plus ancienne révélait un investissement « caché » (car « intégré » à la pratique) des médecins, plus marqué en prévention secondaire mais également présent en prévention primaire (Pelletier-Fleury, Le Vaillant, Szidon, et al. 2007)⁴²⁸. L'étude de Hsiung en 2014 retrouve une part plus importante d'« éducation thérapeutique » déclarée (22% de l'ensemble des procédures de soins déployées décrites par les médecins, généralement multiples lors de chaque consultation) que d'« éducation à la santé » (18%).

Dans les enquêtes quantitatives pré-citées, au-delà de la variation selon les thèmes, l'importance relative de la pratique préventive apparaît en partie liée à des facteurs contextuels (elle augmente par exemple avec la densité de médecins, ou dans le cadre d'un exercice rural plutôt qu'urbain) ou à des caractéristiques des patients (elle augmente notamment avec l'âge et avec le « niveau social », et dépend du genre du patient pour certains thèmes) et à des propriétés des médecins (elle est plus importante chez les médecins femmes, chez ceux formés à la prévention et ceux estimant avoir un réseau de correspondants suffisants). Certains auteurs trouvent un lien avec l'organisation de la pratique (charge de travail, durée des consultations, pratique ou non de visites à domicile) (Pelletier-

⁴²⁵ L'étude ECOGEN (Eléments de la Consultation en médecine GENérale) est une étude transversale nationale multicentrique sur les motifs de consultation et les procédures de soin associées aux principaux problèmes de santé en médecine générale.

⁴²⁶ Hsiung, L. et al., 2014. Les procédures de soins en consultation de médecine générale : analyse des données de l'étude nationale ECOGEN. *Exercer*, (114), pp.162–169.

⁴²⁷ Gelly, J. et al., 2014. Profile of French general practitioners providing opportunistic primary preventive care--an observational cross-sectional multicentre study. *Family practice*, 31(4), pp.445–52

⁴²⁸ Pelletier-Fleury, N., Le Vaillant, M., Szidon, P., et al., 2007. Preventive service delivery: a new insight into French general practice. *Health policy (Amsterdam, Netherlands)*, 83(2-3), pp.268–76.

Fleury, Le Vaillant, Hebbrecht, et al. 2007; Rigal et al. 2011; Rigal et al. 2013; Rigal 2014)⁴²⁹. Des études qualitatives mettent en évidence d'autres liens : lien entre les pratiques préventives que les médecins développent dans le domaine du cancer et leur perception des transformations de leur métier et de leur autonomie (Liberalotto 2012)⁴³⁰ ; lien entre le positionnement des médecins généralistes dans leur environnement et les relations qu'ils entretiennent avec leurs interlocuteurs dans le domaine de la prévention (Bordiec 2013)⁴³¹. D'autres études mettent également en évidence le caractère inadapté des recommandations de pratiques cliniques pour la pratique des généralistes (Bachimont et al. 2006)⁴³².

La situation en France est comparable à celle d'autres pays comme les Etats-Unis, où il a été montré que les médecins généralistes passaient environ la moitié de leur temps à traiter des problèmes aigus, un peu plus du tiers à suivre des maladies chroniques et moins de 15% à la prévention. Or s'ils devaient appliquer toutes les recommandations pour la pratique préventive et le suivi des maladies chroniques, cette étude américaine estime qu'ils devraient y consacrer beaucoup plus de temps (soit 22 heures par jour pour une clientèle de 2 500 patients !), dont la moitié au suivi des maladies chroniques et le tiers à la prévention (Lombrail 2014a).

III.4. L'appui sur des exemples étrangers et la recherche de données probantes soutenant des stratégies pour développer la prévention dans les soins

Les revues de littérature effectuées en santé publique sur les modalités d'un changement de paradigme conférant une dimension préventive aux soins se rejoignent sur les stratégies à mettre en œuvre, toujours sous-tendues par la question de la coopération et de la coordination. Ainsi des chercheurs québécois et français identifient quatre leviers incitatifs pour développer la prévention en soins primaires (Morisset et al. 2009)⁴³³ que l'on retrouve préconisés dans l'amélioration de la prise en charge des maladies chroniques (Levesque et al. 2009; Breton et al. 2009)⁴³⁴ : 1) le levier de la

⁴²⁹ Pelletier-Fleury, N., Le Vaillant, M., Hebbrecht, G., et al., 2007. Determinants of preventive services in general practice. A multilevel approach in cardiovascular domain and vaccination in France. *Health policy (Amsterdam, Netherlands)*, 81(2-3), pp.218–27.

Rigal, L. et al., 2011. Do social inequalities in cervical cancer screening persist among patients who use primary care? The Paris Prevention in General Practice survey. *Preventive medicine*, 53(3), pp.199–202.

Rigal, L. et al., 2013. [Lack of dietary and lifestyle advice given to hypertension patients, their characteristics and those of their general practitioner]. *Global health promotion*, 20(2 Suppl), pp.33–42.

Rigal, L., 2014. Dépistages des cancers gynécologiques en médecine générale - Variabilité des pratiques de soins. Thèse pour le doctorat de santé publique. Paris 11.

⁴³⁰ Liberalotto, N., 2012. L'engagement des médecins généralistes à l'égard du dépistage des cancers féminins : un révélateur de leurs positionnements face aux transformations de leur contexte d'exercice. Thèse de doctorat de sociologie, EHESS.

⁴³¹ Bordiec, M., 2013. Quel est le positionnement des médecins généralistes par rapport aux divers acteurs de la prévention ? Thèse pour le doctorat de médecine, Université Paris Descartes.

⁴³² Bachimont, J., Cogneau, J. & Letourmy, A., 2006. Pourquoi les médecins généralistes n'observent-ils pas les recommandations de bonnes pratiques cliniques ? L'exemple du diabète de type 2. *Sciences sociales et santé*, 24(2), p.75.

⁴³³ Morisset, J. et al., 2009. La prévention dans les systèmes de soins : défis communs pour la France et le Québec. *Pratiques et organisation des soins*, 40(4), pp.275–282.

⁴³⁴ Levesque, J.-F. et al., 2009. Barrières et éléments facilitant l'implantation de modèles intégrés de prévention et de gestion des maladies chroniques. *Pratiques et organisation des soins*, 40(4), pp.251–266.

gouvernance, qui doit permettre d'articuler les interventions de santé publique et celles propres au système de soins ; 2) le levier professionnel, qui passe par une valorisation des compétences de prévention et de « leadership » ; 3) le levier organisationnel, qui peut contribuer à favoriser le développement de compétences collectives autour de la prévention ; et 4) le levier financier, qui demande d'explorer de nouveaux modes de rémunération.

Le Québec, par exemple, a développé depuis le début des années 2000 une stratégie actionnant ces quatre leviers, à partir d'une analyse des données probantes concernant l'intégration de la prévention dans les pratiques cliniques (Provost 2007)⁴³⁵. Cette démarche a permis l'élaboration d'un guide pour la promotion et le soutien des pratiques cliniques préventives (Groulx 2007)⁴³⁶, qui a contribué en 2009 à la proposition d'une définition stratégique des soins de première ligne par le Commissaire à la santé et au bien-être (cité par Garros 2009). Le développement de ces pratiques est aujourd'hui soutenu dans des *Groupes de médecins de famille*, en articulation avec une approche intégrative autour de la promotion de la santé.

III.5. Des réformes françaises timides, centrées principalement sur le médecin généraliste et sur des incitatifs financiers, et s'ouvrant depuis peu à l'innovation organisationnelle

En France, les mesures prises pour soutenir le développement de pratiques préventives en soins primaires empruntent plusieurs voies, qu'elles investissent de manière inégale. Schématiquement, la prévention peut être « internalisée », c'est-à-dire confiée directement aux professionnels de soins primaires (médecins généralistes ou autres professionnels, individuellement ou en équipe), ou bien « externalisée » dans des dispositifs mis à la disposition de ces professionnels (Bras 2011a).

En soins primaires, c'est la prévention « internalisée » qui est aujourd'hui la plus développée en France. Les principales mesures sont ciblées individuellement sur les médecins généralistes, conformément au souhait de certains représentants de la profession (Godard 2009a)⁴³⁷, alliés à des représentants de la santé publique (Bourdillon et al. 2008)⁴³⁸, qui jugent leur situation intéressante pour développer des actions de prévention, du fait 1) de leur « quadruple proximité » vis-à-vis de la population, à la fois « géographique », « culturelle », « temporelle » et « financière »⁴³⁹ ; 2) d'une continuité de la relation (dans la durée, avec la possibilité d'une synthèse évolutive des informations, et une approche globale des problèmes de santé) ; 3) d'une approche transversale des problèmes, et de la possibilité de faire le lien entre individuel et collectif (Bourdillon et al. 2008). Ainsi, la prévention a été mise au cœur du *Parcours de soins coordonnés* confié par la Loi au médecin

Breton, M. et al., 2009. Integrating public health to healthcare local governance in Québec : challenges arising from bringing closer population and organization perspectives. *Health policy*, 4(3), pp.e159–e178.

⁴³⁵ Provost, M., 2007. Description, impact et conditions d'efficacité des stratégies visant l'intégration de la prévention dans les pratiques cliniques: revue de la littérature, Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux.

⁴³⁶ Groulx, S., 2007. *Guide pour la promotion et le soutien des pratiques cliniques préventives*, Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux.

⁴³⁷ Godard, J., 2009a. La médecine générale, la prévention et la santé publique. *Santé publique*, 21(6), pp.613–614.

⁴³⁸ Bourdillon, F., Mosnier, A. & Godard, J., 2008. Des missions de santé publique pour les médecins généralistes. *Santé publique*, 20(5), pp.489–500.

⁴³⁹ pour cette dernière, grâce à l'accès majoritaire en secteur 1

généraliste à partir de 2004. Toutefois le maintien du paiement à l'acte et l'absence de tarification spéciale n'ont pas favorisé l'investissement des médecins dans ces activités chronophages. C'est pourquoi la Cnamts a développé progressivement de nouvelles modalités de rémunération, que nous avons évoquées dans le § 1.4.2.2 sur les réformes concernant la coordination des soins, et dont certaines concernent spécifiquement des activités de prévention individuelle. Ces rémunérations ont été introduites d'une part dans les dispositifs successifs du médecin référent (en 1998) et du médecin traitant (depuis 2004), assortis d'une rémunération au forfait pour le suivi des patients atteints de maladies chroniques inscrits sur la liste des affections de longue durée (ALD), puis dans les dispositifs du contrat d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI) (en 2009) et de la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) (depuis 2011), avec le développement d'indicateurs dont l'atteinte détermine le montant de la rémunération complémentaire du médecin versée en fin d'année. D'autre part, la Cnamts s'est appuyée depuis 2006 sur les négociations conventionnelles pour introduire des objectifs collectifs puis individuels (pour chaque médecin) en matière de prévention. Les activités financées ciblent principalement des actes techniques de dépistage et de vaccination, et le suivi des maladies chroniques⁴⁴⁰. Elles sont parfois articulées avec des dispositifs de dépistage organisé pour les cancers par exemple, tout en laissant une latitude importante à chaque médecin pour s'y engager ou non. En sus de ces incitatifs financiers, différentes ressources sont mises à la disposition des professionnels qui souhaitent s'en emparer. 1) La HAS assortit d'un volet « prévention » ou « éducation thérapeutique » certaines de ses recommandations de pratiques cliniques ciblées sur une maladie ; 2) L'INPES développe, en complément de ses campagnes de communication, des outils pour les médecins sous forme de guides ou de « Repères pour la pratique », documents approfondis ou synthétiques réunissant les connaissances sur un thème de prévention donné et sur les approches recommandées pour aborder le sujet avec un patient. L'INPES développe également des documents d'information pour les patients qui peuvent être remis par les médecins ou déposés en salle d'attente⁴⁴¹. Il soutient également le développement de formations et de recherches sur la prévention. 3) Enfin la Cnamts a développé un réseau de Délégués de l'assurance maladie (DAM) chargés de rencontrer régulièrement et individuellement les médecins généralistes, certaines visites étant destinées à mieux outiller les médecins pour aborder des thèmes de prévention avec leurs patients.

Mais nous avons vu avec l'exemple américain que le développement de pratiques préventives « internalisées » aux soins primaires ne peut reposer sur le seul investissement des médecins. Pour certains, la prévention ne doit pas être envisagée seulement comme un acte ou une série d'actes individuels et ponctuels mais comme une intervention collective par nature, c'est-à-dire pensée et organisée à l'échelle d'une patientèle ou d'un territoire et articulée avec le soin (Bourdillon et al. 2008). Or à côté de cette approche ciblée sur les médecins généralistes, peu de mesures ont été prises en soins primaires pour inciter les paramédicaux à développer des activités préventives - même si ceux-ci s'avèrent mieux formés à l'approche éducative dans leur formation initiale (Foucaud

⁴⁴⁰ Le CAPI définit des indicateurs dans les domaines de la prévention (vaccination contre la grippe, dépistage du cancer du sein, prévention de la iatrogénie médicamenteuse), et du suivi des patients chroniques (diabète, hypertension artérielle).

⁴⁴¹ Catalogue en ligne des documents d'éducation pour la santé, avec une rubrique « professionnels de santé » : http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/rech_doc.asp

et al. 2008)⁴⁴² - et encore moins en concertation entre les acteurs concernés. Certaines expériences et possibilités nouvelles méritent toutefois d'être citées. Dans le cadre des expérimentations de délégation ou de transfert de tâches, nous avons évoqué l'expérimentation Asalée (Daniellou & Petit 2007)⁴⁴³, dans laquelle des activités de prévention et d'éducation thérapeutique sont déléguées par des médecins généralistes à des infirmières. Les pharmaciens se sont également vus confier récemment des activités d'éducation thérapeutique et de suivi de maladies chroniques (suivi de patients sous traitement anticoagulant, participation à des activités d'éducation thérapeutique). La participation de l'ensemble des paramédicaux à des programmes d'éducation thérapeutique est actée dans la Loi HPST depuis 2009, mais elle est encadrée par un système d'autorisation suivant un cahier des charges qui a favorisé le développement de ces programmes essentiellement en milieu hospitalier et dans des réseaux ville-hôpital. Quelques-uns ont toutefois été créés en soins primaires, portés le plus souvent par des centres de santé ou par des maisons et pôles de santé pluriprofessionnelles. Aux côtés des centres de santé dont l'expérience de prévention est ancienne (voir §2.1), ces équipes de soins primaires sont également à l'origine du développement naissant de pratiques de prévention primaire en pratique libérale, grâce à la mise en place de financements expérimentaux (voir §2.2.4 sur les Expérimentations de nouveaux modes de rémunération en soins primaires), que les professionnels peuvent choisir d'attribuer à des activités de prévention, d'ETP ou à d'autres pratiques. Enfin, la territorialisation évoquée précédemment, emmenée par les ARS et par les collectivités locales, est à l'origine de nouveaux lieux et dispositifs de concertation où l'opportunité et l'intégration de pratiques préventives peuvent être débattues (CLS, CUCS, ASV...).

En ce qui concerne la prévention « externalisée » aux soins primaires, différents dispositifs ont été mis en place, souvent sous une forme expérimentale avec une généralisation dans un second temps. C'est le cas du programme d'accompagnement Sophia, développé par la Cnamts sur le diabète puis sur l'asthme, qui propose un suivi téléphonique aux patients inscrits, avec l'accord de leur médecin. On peut également considérer les programmes d'ETP hospitaliers, des Centres d'examen de santé ou des réseaux, comme une offre de prévention secondaire « externalisée », mise à la disposition des professionnels de soins primaires. Au-delà des freins nombreux à leur utilisation par les professionnels de soins primaires et par les patients (sur lesquels nous faisons le point dans le paragraphe XX), cette offre est encore très insuffisante pour satisfaire les besoins des nombreux patients atteints de maladies chroniques (Ducos 2012)⁴⁴⁴, et elle est mal connue des médecins qui pourraient y adresser leurs patients (Fournier, Gautier, et al. 2014)⁴⁴⁵.

Une analyse en termes d'internalisation/externalisation des mesures prises en France pour soutenir le développement de la prévention en soins primaires montre que les activités aujourd'hui les plus favorisées sont « internalisées » et correspondent à des actes techniques de dépistage et de

⁴⁴² Foucaud, J. et al., 2008. État des lieux de la formation initiale en éducation pour la santé en France Résultats d'une analyse globale pour dix professions de santé. *Evolutions*, (10), p.6.

⁴⁴³ Daniellou, F. & Petit, J., 2007. ASALEE, c'est du travail. Une contribution à l'évaluation de l'expérimentation par l'analyse des pratiques, Bordeaux : Institut de cognitique.

⁴⁴⁴ Ducos, J., 2012. L'offre d'éducation thérapeutique pour diabétiques adultes en Île-de-France : un défi à l'équité. *Pratiques et organisation des soins*, 43(1), pp.1-7.

⁴⁴⁵ Fournier, C. et al., 2014. Results of a french national survey on self-management education to people with diabetes... still a long way to go ! *Education Thérapeutique du Patient / Therapeutic Patient Education*, 6(1), p.10102.

vaccination effectués par les médecins généralistes, et dans une moindre mesure à l'accompagnement éducatif des personnes atteintes de maladies chroniques, bien que des recommandations aient été faites par le Haut conseil de la santé publique (HSCP) pour le développement d'une ETP intégrée aux soins de premier recours. Cette approche préventive reste peu partagée par les médecins avec d'autres professionnels de santé. Les interventions d'éducation pour la santé portant sur la prévention primaire des facteurs de risque transversaux aux différentes maladies chroniques bénéficient de peu de mesures incitatives, mais auront la possibilité de voir le jour dans des regroupements, sous une forme expérimentale. L'« externalisation » de la prévention reste limitée par la rareté de l'offre et par la méconnaissance qu'en ont les médecins. L'analyse en termes de leviers que nous citons plus haut montre qu'en France, le levier professionnel est le plus utilisé avec le développement de mesures incitatives et un « leadership » confié aux médecins généralistes. Le levier organisationnel commence à être actionné au sein des structures d'exercice regroupé. Le levier financier est mobilisé à la fois pour soutenir l'action professionnelle et l'innovation organisationnelle. Le levier de la gouvernance est pour l'instant principalement laissé aux professionnels qui s'engagent dans l'exercice regroupé⁴⁴⁶, sous le regard rapproché de l'ARS (toutefois, si celle-ci dispose de moyens pour accompagner la transformation des soins primaires autour de l'exercice regroupé, elle n'a que peu de pouvoirs pour orienter les pratiques vers davantage de prévention).

III.6. Des freins et des tensions : l'illustration par le cas de la prévention du diabète en soins primaires

L'épidémie de diabète qui touche la France constitue un exemple révélateur des enjeux de pratiques, mais aussi des freins et des tensions, auxquels sont confrontés les acteurs de soins primaires dans le développement de la prévention. Au-delà des difficultés déjà évoquées - financement à l'acte, méconnaissance mutuelle et cloisonnements entre professionnels, difficultés de coordination, manque de temps et de formation, référentiels mal adaptés, l'accent est mis ici sur des difficultés qualifiées de « culturelles » par les médecins.

Les habitudes privées d'alimentation et d'activité physique, très liées à des inégalités sociales de santé (ISS) (Inserm, 2014)⁴⁴⁷, figurent parmi les déterminants majeurs de la survenue du diabète et restent prégnantes dans le développement des complications de la maladie. Cependant, l'objectif de santé publique qui consiste à cibler certaines populations et leurs habitudes à risque pour favoriser des modes de vie « sains » engendre dans la pratique de suivi médical de ces personnes des difficultés souvent perçues par les médecins généralistes comme des tensions entre injonctions publiques, comportements privés et diversité culturelle.

⁴⁴⁶ Cela rejoint les recommandations de la Mission Flajolet, d'« un exercice « tourné vers les personnes » : utiliser les synergies des domaines clés pour la santé : sanitaire, social, prévention, médico-social ; construire la confiance entre les professionnels ; décloisonner les acteurs au contact des populations [...] et mobiliser « les différentes professions, pour recréer, chez les personnes éloignées du soin, la confiance envers les soignants.

⁴⁴⁷ Inserm, 2014. Inégalités sociales de santé en lien avec l'alimentation et l'activité physique, Paris.

III.6.1. L'exemplarité de la prévention des complications du diabète : entre prévention collective et habitudes socioculturelles

Le diabète est aujourd'hui la première des maladies chroniques en France, avec plus de 3 millions de personnes atteintes et une prévalence croissante (Ricci et al. 2010)⁴⁴⁸. Les principaux facteurs associés au diabète de type 2⁴⁴⁹, forme la plus répandue de la maladie, sont la corpulence et l'âge, ainsi que les caractéristiques socio-économiques (l'obésité et la sédentarité étant plus souvent associées à un faible niveau socio-économique (Inserm 2014)) et le pays d'origine (du fait d'une prédisposition génétique à la survenue de l'obésité et du diabète chez certaines populations migrantes), introduisant un « gradient social et communautaire » (Jourdain-Menninger et al. 2012: 17). Le diabète favorise l'apparition de complications à l'origine d'une morbidité et d'une mortalité prématurée importantes et engendre un poids financier considérable pour l'assurance maladie, faisant de ce « fardeau social et économique [...] un facteur majeur de déstabilisation des économies et des systèmes de santé » (Jourdain-Menninger et al. 2012: 12).

Les enjeux liés à la prévention du diabète de type 2 sont donc importants, dans un contexte où les contraintes économiques sur le financement du système de santé vont croissant et où l'accent est mis sur l'impératif de réduire les inégalités sociales de santé (ISS) (OMS, 2010 ; Inserm, 2014). L'Inspection générale des affaires sociales (Igas) recommande en ce cas de privilégier les approches « ciblées sur les populations précaires ou étrangères dont les traditions culturelles ou religieuses doivent être prises en compte »⁴⁵⁰ (Jourdain-Menninger et al. 2012 : 4).

La médecine fait par ces recommandations intrusion dans la vie quotidienne privée des personnes atteintes d'un diabète de type 2, y compris dans leurs activités corporelles, puisqu'elle prescrit des normes d'habitudes de vie alimentaires et d'exercice physique. Celles-ci doivent s'approcher des « repères nutritionnels » pour « bien manger » et « bouger plus » recommandés pour l'ensemble de la population dans le cadre du Programme national nutrition santé, qui illustrent le processus de normalisation des activités corporelles relevant de la sphère privée (Poulain 2012)⁴⁵¹. En effet, les médicaments ne suffisent pas à eux seuls à corriger le déséquilibre glycémique lié à la maladie et donc à prévenir ses complications, ce que peut permettre le respect de règles hygiéno-diététiques, seul ou associé aux médicaments. Or la moitié des personnes diabétiques de type 2 oublie de

⁴⁴⁸ Ricci, P. et al., 2010. Diabète traité : quelles évolutions entre 2000 et 2009 en France ? *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, (42-43), pp.425-431.

⁴⁴⁹ Ce type de diabète survient majoritairement après 45 ans et sa prévalence augmente avec l'âge, touchant 15 % des personnes de plus de 75 ans. L'obésité multiplie le risque par 5. Un tiers des personnes diabétiques déclarent un salaire inférieur à 1200 € et 18 % des diabétiques de moins de 45 ans bénéficient de la CMU-C contre 6% de la population de même âge. Chez les femmes de 45 ans et plus originaires du Maghreb, 17 % sont diabétiques (versus 6 % de celles originaires de France) et 26 % sont obèses (versus 14 %) (Jourdain-Menninger et al. 2012).

⁴⁵⁰ Nous citons à plusieurs reprises ce rapport de l'Igas, à la fois pour sa compilation récente des données épidémiologiques disponibles sur le diabète et en ce qu'il est exemplaire de la manière dont la santé publique analyse les problèmes posés par cette maladie et organise une réponse sociale soutenant le développement d'actions de prévention qui ciblent les comportements privés de certaines populations.

⁴⁵¹ Poulain, J.-P., 2012. Dictionnaire des cultures alimentaires, Paris: PUF.

prendre ses médicaments au moins une fois par semaine et « plus de 80% ne suivent pas le régime équilibré par ailleurs recommandé pour les non diabétiques » (Grimaldi 2002: 2).

Du côté des pratiques médicales, la surveillance et le traitement de la pathologie, bien que très standardisés par des protocoles de bonnes pratiques, sont jugés insatisfaisants (Robert et al. 2009)⁴⁵². Mais la principale difficulté dans le suivi des personnes diabétiques, évoquée par deux médecins généralistes sur trois, reste d'obtenir une adhésion à leurs recommandations en matière d'alimentation et d'activité physique (Fournier et al. 2009: 811). La vie quotidienne devient alors le support d'une thérapeutique à moduler en permanence. Ces normes de santé publique viennent heurter des habitudes privées liées à l'appartenance culturelle des personnes (De Suremain & Chaudat 2006; Poulain 2012)⁴⁵³, à leurs « habitudes de classe » (Quélier 1994)⁴⁵⁴ ou à leurs possibilités financières (Lhuissier 2006)⁴⁵⁵. Les changements d'habitudes de vie sont d'autant plus difficiles à mettre en œuvre que la maladie survient à un âge où les habitudes sont profondément ancrées et qu'elle ne provoque pas de symptômes, alors que le suivi d'un régime ou d'un traitement peut être à l'origine d'un mal-être physique, psychologique et/ou social (Coussaert 1991; Romand & Baclet 2007)⁴⁵⁶.

III.6.2. Un exercice médical privé peu propice aux pratiques de prévention et de santé publique

La demande d'investissement des médecins généralistes dans des activités préventives n'est pas nouvelle (Baszanger 1983), mais après avoir été un temps évincée par la montée des technologies biologiques et par la recherche d'efficience (Baszanger & Bungener 2002), elle se fait aujourd'hui plus pressante. Elle participe à la « mission sociale » attribuée à la médecine générale (Schweyer 2010b: 399) dans la réduction des inégalités sociales de santé (Bourgueil et al. 2012 ; Falcoff 2010), inscrite dans la loi *Hôpital, patients, santé et territoires* du 21 juillet 2009, qui positionne le médecin généraliste au cœur des soins de premier recours avec un rôle accru dans la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des maladies et l'éducation pour la santé. Depuis 2012, pour tenter d'améliorer la prise en charge des personnes diabétiques, l'assurance maladie attribue aux médecins une prime de performance liée à la qualité du suivi du diabète et aux résultats biologiques déclarés de leur patientèle, en complément du paiement à l'acte.

⁴⁵² Robert, J. et al., 2009. Prise en charge des personnes diabétiques de type 2 en France en 2007 et tendance par rapport à 2001. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, (42-43), pp.455–460.

⁴⁵³ De Suremain, C. & Chaudat, P., 2006. Des normes à boire et à manger. *Journal des anthropologues*, (106-107).

Poulain, J.-P., 2012. Dictionnaire des cultures alimentaires, Paris: PUF.

⁴⁵⁴ Quélier, C., 1994. Cholestérol, rillettes et habitudes de classe. In R. Lenoir & M. Tsikounas, eds. *Sois patient et tais-toi : le pouvoir médical*. Paris: Panoramiques, pp. 89–95.

⁴⁵⁵ Lhuissier, A., 2006. Éducation alimentaire en milieu populaire : des normes en concurrence. *Journal des anthropologues*, 106-107, pp.61–67.

⁴⁵⁶ Coussaert, A., 1991. La santé et son sujet dans les écoles de diabétologie. In *Le statut du malade, XVIe-XXe siècle*. Paris: Lharmattan, pp. 65–110.

Romand, D. & Baclet, N., 2007. Une éducation diététique adaptée aux habitudes culturelles des patients diabétiques. *La santé de l'homme*, (392), pp.36–37.

Ces exigences de prise en charge renforcées par ces incitations financières poussent les médecins généralistes à une confrontation plus intime aux résistances d'ordre culturel. Mais si l'ETP vise pour certains à réduire les inégalités culturelles et sociales devant la maladie (Sandrin-Berthon 2000), cet acte pédagogique peut aussi être assimilé à une tentative d'imposition d'un « arbitraire culturel » (Bourdieu & Passeron 1970)⁴⁵⁷ issu de la culture et des valeurs médicales, qui emprunterait des « techniques relationnelles spécifiques [développées] pour l'emprise publique sur les pratiques de soins privés » (Demaillly 2013 : §33). Il en résulte chez les professionnels de santé des tensions à la fois intra- et interpersonnelles dans la pratique de l'ETP, liées notamment à des discordances d'objectifs dans le soin, entre santé physique et qualité de vie par exemple (Le Rhun et al. 2013)⁴⁵⁸.

Cette mise en cause de dimensions culturelles relevant de la sphère privée au détriment d'une démarche de santé publique n'est pas propre aux médecins généralistes. Lorsque le patient diabétique est migrant, des soignants hospitaliers appréhendent la culture comme « un véritable obstacle à l'éducation thérapeutique » (Braud 2012: 61)⁴⁵⁹, illustrant le risque d'une approche « culturaliste », « qui essentialise la culture et en fait une explication en dernière instance des conduites humaines » (Fassin 2001: 186)⁴⁶⁰⁴⁶¹. Ainsi « le recours au culturel pour expliquer l'échec thérapeutique a tendance à occulter les conditions socio-économiques de vie de ces patients migrants, souvent marquées par les inégalités sociales induites par leur statut différent dans la société » (Braud 2009: 10)⁴⁶². En médecine de ville, l'interaction médecin malade peut également être productrice d'inégalités de santé du fait de décalages culturels concernant les représentations de la maladie et la perception de la capacité qu'a le patient d'agir sur sa santé (Schieber et al. 2013).

Questionnant l'efficacité du système de soins primaires pour accompagner les patients au long cours, et entérinant l'hypothèse de « barrières culturelles et de communication s'avérant des obstacles importants à la prise en charge par le médecin traitant » (Jourdain-Menninger et al. 2012 : 5), l'Igas suggère la mise en place de solutions de soutien extérieures. Ainsi, après le développement de pratiques d'ETP hospitalières, puis dans des réseaux ville hôpital, apparaissent des démarches intégrées aux soins de premier recours (HCSP 2009), notamment dans des maisons et pôles de santé pluriprofessionnels⁴⁶³.

⁴⁵⁷ Bourdieu, P. & Passeron, J.-C., 1970. *La reproduction*, Paris: Minuit.

⁴⁵⁸ Le Rhun, A. et al., 2013. Analyse des tensions perçues par les soignants hospitaliers dans la pratique de l'éducation thérapeutique. *Global health promotion*, 20(2 (suppl)), pp.43-47.

⁴⁵⁹ Braud, R., 2012. Education thérapeutique des « migrants » diabétiques : quel partage des pouvoirs d'agir sur la maladie. *Migrations santé*, (144-145), pp.47-78.

⁴⁶⁰ Fassin, D., 2001. Le culturalisme pratique de la santé publique. Critique d'un sens commun. In J.-P. Dozon & D. Fassin, eds. *Critique de la santé publique*. Paris: Balland.

⁴⁶¹ Le culturalisme est « défini par la combinaison d'une opération de *réification de la culture*, se concrétisant à travers des objets - « traits », « variables », « comportements » - isolables du reste de la réalité sociale, et d'un processus de *surdétermination culturelle*, prenant la forme d'explications - « facteurs », « obstacles », « résistances » - qui s'imposent parmi toutes celles qui sont possibles. » (Fassin 2001 : 186)

⁴⁶² Braud, R., 2009. Education thérapeutique : quand la culture s'en mêle. *Journal du DELF*, pp.8-10.

⁴⁶³ Des financements forfaitaires pour la mise en œuvre de programmes d'ETP dans ces structures font actuellement l'objet d'expérimentations (Article n° 44 de la Loi du 19 décembre 2007 de financement de la Sécurité sociale pour 2008).

Conclusion : D'un contexte pour travailler seul à un contexte propice au travail collectif

Au terme de ce chapitre, il faut prendre acte de l'ampleur des transformations qui bouleversent l'organisation du système de soins et bousculent l'exercice de la médecine et les pratiques de soins primaires. Face à ces bouleversements, c'est la pratique isolée de la médecine qui révèle son inadéquation et rend nombre de médecins généralistes insatisfaits de leur activité. Il semble toutefois qu'un certain nombre d'entre eux ne se limitent plus à déplorer de façon générale leurs conditions de travail et à attendre qu'on les change pour eux mais ont fait au contraire un travail considérable pour identifier les raisons de leur insatisfaction et imaginer des solutions pour y remédier. Certaines des solutions envisagées révèlent que les médecins généralistes n'ont dorénavant (et contrairement à leurs aînés) plus peur des pratiques collectives. Ils les redécouvrent et souhaitent les développer pour pouvoir assurer les missions de prévention à l'échelle d'une population qu'ils sont de plus en plus nombreux à reconnaître comme faisant partie de leur rôle. Cependant les implications de ce rôle en terme de pratiques au quotidien n'ont jamais été vraiment anticipées.

CHAPITRE 2. A QUOI REPONDENT LES TRANSFORMATIONS ENGAGEES PAR LES PROFESSIONNELS DANS UN PROJET DE MAISON DE SANTE PLURIPROFESSIONNELLE

Comme l'ont montré Isabelle Baszanger puis Anne-Chantal Hardy et Géraldine Bloy (Baszanger 1981; Hardy-Dubernet & Faure 2006; Bloy 2011)⁴⁶⁴, les choix d'installation des médecins généralistes s'effectuent parmi de multiples possibles, à la croisée de parcours professionnels et biographiques intriqués, dont les logiques sociales se transforment pour les jeunes généralistes d'aujourd'hui. Il en est de même pour les professionnels de santé paramédicaux, ainsi que l'indiquent par exemple pour les infirmières les travaux de Françoise Acker, Florence Douguet et Alain Vilbrod (Acker 2013; Douguet & Vilbrod 2007)⁴⁶⁵.

Nous avons cherché à identifier les logiques particulières qui sous-tendent les choix des professionnels décidant d'exercer au sein d'une MSP, qu'il s'agisse de construire un nouveau mode d'exercice en collaboration avec d'autres acteurs (généralement pour les plus âgés), ou pour les plus jeunes de décider de s'installer dans une MSP plutôt que d'opter pour un autre mode d'exercice.

La construction d'une MSP est un projet complexe, exigeant de la part de ses porteurs un engagement conséquent en temps et en énergie, sans que son aboutissement ne soit joué d'avance (Juilhard et al. 2010). L'enquête conduite autour d'une MSP en élaboration, au sein d'un projet plus large de réorganisation des soins de premier recours à l'échelle d'une commune, permet d'explorer plus particulièrement ce qui, pour les acteurs, appelle aujourd'hui à l'invention d'un nouveau mode d'exercice, dans le contexte particulier d'une zone urbaine défavorisée, et d'étudier notamment le rôle joué par les difficultés rencontrées et par l'insatisfaction des professionnels de soins primaires vis-à-vis de leurs pratiques, au regard des besoins (personnels et de la population) qu'ils identifient (partie I⁴⁶⁶). Présentée ensuite, l'enquête menée auprès de quatre MSP en fonctionnement dans des situations contrastées en matière d'ancienneté et de zone d'implantation vient éclairer de manières complémentaires les questions relatives au choix d'un exercice en MSP, et permet de saisir en quoi les transformations du contexte historique et géographique peuvent être déterminantes pour l'émergence d'un exercice regroupé (partie II⁴⁶⁷).

⁴⁶⁴ Baszanger, I., 1981. Socialisation professionnelle et contrôle social. Le cas des étudiants en médecine futurs généralistes. *Revue française de sociologie*, 22(2), pp.223–245.

Hardy-Dubernet, A.-C. & Faure, Y., 2006. Le choix d'une vie... étude sociologique des choix des étudiants de médecine à l'issue des épreuves classantes nationales 20005, Paris : Drees.

⁴⁶⁵ Douguet, F. & Vilbrod, A., 2007. *Le métier d'infirmière libérale*, Paris: Seli Arslan.

Acker, F., 2013. Infirmières : activités et territoires. *Pratiques*, (60), pp.40–41.

⁴⁶⁶ Ces résultats sont extraits de l'article publié en 2014 dans la revue *Sciences sociales et santé* (Fournier 2014a)

⁴⁶⁷ Voir les résultats publiés dans la revue *Questions d'économie de la santé* (Fournier, Frattini, et al. 2014b) : <http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/200-dynamiques-professionnelles-et-formes-de-travail-pluriprofessionnel-dans-les-maisons-et-poles-de-sante.pdf> et le rapport en ligne sur le site de l'Irdes (Fournier, Frattini, et al. 2014a) : <http://www.irdes.fr/english/issues-in-health-economics/200-experiencing-the-impact-of-a-specific-funding-scheme-for-primary-care-teams-on-professional-dynamics-in-france.pdf>

I. Constat d'une commune défavorisée de la banlieue parisienne : des besoins de santé croissants et plus complexes à satisfaire, une démographie professionnelle en déclin et une organisation de l'offre sanitaire inadaptée

Le projet de construction d'une MSP étudié ici prend place dans un contexte particulier, illustratif de celui de nombreux quartiers défavorisés en France.

Quatre éléments apparaissent déterminants dans le discours des professionnels pour justifier de construire de nouvelles modalités d'exercice : le caractère alarmant du contexte sanitaire et social, la diminution importante de l'offre de soins locale, une organisation de soins qui ne permet pas de répondre aux besoins identifiés, et enfin, plus précisément pour développement de pratiques préventives et éducatives qui leur semblent nécessaires, l'existence de difficultés liées à la « diversité culturelle » de la population.

I.1. Un contexte social particulier, illustratif de celui de nombreux quartiers défavorisés en France

Dans cette commune de banlieue parisienne d'un peu plus de 30 000 habitants⁴⁶⁸, avec une population jeune mais en voie de vieillissement, on comptait 24% de résidents étrangers à la fin des années 90, contre 6% à l'échelle nationale et 16%⁴⁶⁹ dans les territoires où ont été signés des Contrats urbains de cohésion sociale (CUCS)⁴⁷⁰. En 2009, on recensait 30% d'immigrés dans la commune⁴⁷¹. La structure sociale de la ville est majoritairement ouvrière, plus de sept actifs sur dix étant ouvriers ou employés⁴⁷². La fragilité économique y est importante, attestée par un recul des actifs et une progression du taux de chômage. Celui-ci touchait 30% des jeunes au début de la décennie 2000 et 37% des ouvriers étrangers, allant jusqu'à 50% dans certains quartiers périphériques de la commune⁴⁷³. A ce constat s'ajoute celui d'un éloignement croissant du lieu de travail pour les actifs, 70% d'entre eux travaillant hors de la commune et 30% hors du département en 2009. En novembre 2006, le diagnostic santé réalisé par le Centre communal d'action sociale (CCAS) et le Pôle santé de la Ville avait mis en lumière le lien étroit entre la précarité et l'état de santé de la population.

Comme l'analyse en 2011 un consultant, dans le cadre de la réalisation locale d'un « diagnostic d'opportunité » pour la mise en œuvre du projet de réorganisation des soins primaires, cette

⁴⁶⁸ Précisément 31 490 en 2009 selon l'INSEE.

⁴⁶⁹ Ces chiffres sont issus d'une étude sociodémographique réalisée en 2004 dans le cadre du Projet social de territoire.

⁴⁷⁰ CUCS : Nouvelle forme de contractualisation entre les collectivités et l'Etat introduite en 2006 dans le cadre de la politique de la ville en faveur des quartiers défavorisés.

⁴⁷¹ Au sens de l'Insee, qui adopte la définition du Haut conseil à l'intégration, un immigré est une personne née étrangère à l'étranger et résidant en France. Certains immigrés ont pu devenir français, les autres restent étrangers. chômeurs parmi les immigrés habitant la commune : 907 / 8909, parmi les non immigrés (10,2%) : 1578/14887 (10,6%) (Insee 2011)

⁴⁷² données INSEE 2007 et 2009

⁴⁷³ données issues de l'étude sociodémographique de 2004, op. cit.

commune « a entrepris depuis de nombreuses années un travail en profondeur pour inscrire son territoire dans un projet social, dont la santé constitue un des principaux axes » (Consultant 1, 2011)⁴⁷⁴. Ce travail s'est inscrit tout d'abord dans un Contrat de ville 2000-2006, puis dans le CUCS qui a pris le relais. Dans le cadre du Projet Social de Territoire réalisé localement en 2004, deux obstacles avaient été mis en avant par les professionnels locaux : la multiplication des besoins en matière de santé et la part importante de personnes écartées de l'accès aux soins, alors que de nombreux professionnels de santé libéraux de la commune pratiquaient des dépassements d'honoraires. Les principaux enjeux de santé identifiés dans la commune étaient l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques, dont le diabète, l'hypertension artérielle et les maladies dégénératives de type Alzheimer, ainsi que la prise en charge des personnes âgées dépendantes, mais aussi celle des travailleurs migrants vieillissants, dont la commune abrite trois foyers⁴⁷⁵. En réponse, l'un des six axes du CUCS 2007-2009, reconduit en 2010, portait sur l'accès aux soins, avec deux orientations stratégiques. La première était de « coordonner les réseaux de santé de la ville par l'activation de l'Atelier santé ville (ASV) en développant les partenariats avec les associations » afin de « rapprocher les dynamiques sanitaires, sociales et interculturelles ». La seconde visait à « mettre en place un plan de prévention primaire coordonné et de parcours de soins en partenariat avec la médecine publique et la médecine privée » (CUCS, 2007)⁴⁷⁶.

Ainsi la mairie a créé en 2006 des *Espaces de quartier* (lieux communaux de convivialité et de proximité proposant des activités socioculturelles, sportives et d'accompagnement éducatif et social) et un *Atelier santé ville*, qui offre notamment des permanences de diététicienne, des ateliers cuisine, des consultations de psychologue sur l'alimentation pour les enfants et les adolescents, des groupes de parole sur la connaissance du corps et la prévention des cancers, une écoute et un soutien psychologique pour les résidents du foyer de travailleurs migrants⁴⁷⁷. La commune est également impliquée dans le domaine de la santé à travers l'organisation d'actions préventives et éducatives. Cependant l'accès à l'information concernant la santé et son appropriation sont soulignés comme des objectifs restant à atteindre particulièrement pour les populations précaires (Consultant 1, 2011). De nouveaux objectifs ont été définis dans le Contrat local de santé (CLS) signé par la mairie,

⁴⁷⁴ Consultant 1. Ville de X. Projet de santé de territoire. Réorganiser les soins de premier recours. Mai 2011, 59 p.

⁴⁷⁵ Sources : Rapport du consultant 1 (2011) et. CCAS-Pôle santé de la ville, Diagnostic santé - Atelier santé ville. 2006, 84 p. « Des problématiques prioritaires en matière de santé publique se posaient fortement dans le territoire : les troubles et les souffrances psychologiques, les problèmes de nutrition et d'hygiène alimentaire (obésité, diabète), les problèmes bucco-dentaires chez les jeunes enfants, les conduites addictives, le suivi gynécologique irrégulier de nombreuses femmes, les difficultés liées au vieillissement, les difficultés liées à l'accès effectif aux soins [...]. Dans le cadre des entretiens menés, des problèmes majeurs comme ceux liés à l'obésité et l'éducation alimentaire, le diabète ou au dépistage des caries dentaires ont été couramment évoqués. Les actions à mener concernent à la fois la prise en charge, l'éducation à la santé nécessaire et le suivi des patients. Le vieillissement relatif de la population conduit à souligner l'importance croissante de la prévalence des maladies dégénératives de type Alzheimer, des maladies chroniques dont le diabète, et des enjeux liés à la prise en charge des personnes âgées dépendantes. Un autre enjeu sanitaire d'importance lié au vieillissement est également celui des travailleurs migrants [...] avec comme pathologies le diabète, l'hypertension artérielle. [...] Le problème de l'accès financier aux soins demeure malgré le tiers-payant, la CMU, la CMUC. » (extrait du rapport du Consultant 1)

⁴⁷⁶ Extrait du Contrat urbain de cohésion sociale signé localement en 2007 entre l'Etat et les collectivités territoriales.

⁴⁷⁷ L'atelier Santé ville s'articule autour de 4 enjeux, chacun détaillé en objectifs : I. Sensibilisation à la santé mentale ; II. Promotion de l'hygiène et de la nutrition ; III. prévention cancer ; IV. Accompagnement des pathologies liées au vieillissement » (CLS, 2012).

l'ARS et la préfecture pour 2011-2012. Ils s'inscrivent dans 4 axes stratégiques⁴⁷⁸, dont le premier recouvre grosso modo le projet de réorganisation des soins primaires que nous avons étudié.

Ce projet, porté par des professionnels de santé libéraux, prend place dans un contexte communal d'offre de soins caractérisé par une densité médicale inférieure à la moyenne régionale (de même que celle des infirmiers, des kinésithérapeutes, des orthophonistes et des dentistes), par un vieillissement des professionnels de premier recours (41 % des médecins généralistes ont plus de 55 ans), et par un renouvellement insuffisant de la plupart des catégories de professionnels de santé.

Trois médecins généralistes sont à l'origine du projet, dont l'idée a germé en 2008 : une femme et deux hommes âgés de 50 à 60 ans. Ils sont installés dans deux cabinets de groupe de quatre médecins chacun, l'un au centre ville et l'autre dans un immeuble de la Zone urbaine sensible (ZUS). À côté de leur pratique clinique, la première est chargée de mission dans un syndicat de médecins généralistes et élue municipale (MSP X, médecin 1), le second travaille à mi-temps pour la mairie après des années de syndicalisme médical (médecin 2) et le troisième a des activités d'enseignement universitaire et de recherche dans une société savante médicale (médecin 3). Les deux premiers ont une expérience de plus de vingt ans dans la formation médicale continue (MG Form).

Tous trois ont progressivement intéressé à leur projet une vingtaine de professionnels de santé libéraux sur les 90 que compte la commune : cinq autres médecins généralistes (soit tous leurs associés, âgés de 40 à plus de 60 ans), six infirmières libérales d'âges variés appartenant à deux cabinets, deux kinésithérapeutes diplômés depuis moins de 10 ans (l'un, originaire de la commune, en cours d'installation, l'autre travaillant dans plusieurs structures en Ile de France), deux jeunes diététiciennes, un jeune podologue, un médecin biologiste et quatre dentistes.

⁴⁷⁸ « Axe stratégique 1 : préserver et améliorer la prévention et l'accès aux soins en population générale

Au regard de la sous-densité démographique notable des professionnels de santé sur le territoire, et en particulier dans les quartiers les plus sensibles, cet axe stratégique s'inscrit dans une dynamique locale portée par l'ASV et son coordinateur, qui est aussi médecin de famille, avec la volonté de lutter contre le désinvestissement des professionnels de santé sur le territoire, notamment en offrant des perspectives d'exercice collectif incluant l'expérimentation de modes alternatifs de rémunération, la mutualisation de moyens de gestion, mais aussi le développement de dispositifs de prévention et de recherche-action.

Objectif 1 : lutter contre la désertification médicale

Action 1-1-1 : Création de la maison de santé pluridisciplinaire

Action 1-1-2 : Participer à la formation des futurs professionnels médicaux et paramédicaux (dans un but d'aide à l'installation)

Objectif 2 : Favoriser la prévention et la promotion de la santé

Action 1-2-1 ; développer l'éducation thérapeutique du patient

Objectif 3 : Favoriser les parcours de santé sur le territoire

Action 1-3-1 ; Favoriser la coordination entre les professionnels et les ressources de santé du territoire

Objectif 4 : Lutter contre les accidents de la vie domestique et promouvoir la connaissance des gestes d'urgence

Action 1-4-1 ; Equiper toutes les structures sportives d'un défibrillateur et continuer à former tous les responsables

Axe stratégique 2 : Lutter contre les inégalités territoriales de santé, en priorisant l'accès à la prévention et aux soins des jeunes [...]

Axe stratégique 3 : Favoriser l'accès à la santé des plus vulnérables » (CLS février 2012)

1.2. L'analyse des professionnels sur leurs conditions d'exercice et la qualité de leurs pratiques

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

1.2.1. Un constat sanitaire et social localement alarmant

Les porteurs du projet perçoivent au sein de la population de la commune des besoins se situant à la fois dans le domaine social et dans le domaine médical.

Pour le médecin 1, dans cette population qu'elle décrit comme « *précaire, fragile* », « *les inégalités sociales de santé, c'est une priorité de notre ARS, et nous on est sur un territoire [ZUS] où ça se pose. Les inégalités sociales de santé, c'est au cœur parce qu'on voit bien que même s'il y a les problèmes d'accès aux soins, financiers et autres, au-delà il y a les refus de soins, il y a le problème des pauvres ou moyen pauvres qui ne sont pas en CMU et qui n'ont pas les moyens d'avoir des mutuelles...*

- Médecin 2 : *Il y a les conditions de vie aussi.*

- Médecin 1 : *Les habitudes culturelles...*

- Médecin 2 : *Le travail.*

- Médecin 3 : *Le transport, pour Roissy c'est trois heures pour y aller, trois pour revenir... pour faire le ménage !* » (entretien collectif, 2011).

Dans la pratique quotidienne, les médecins interrogés font état d'une prévalence importante de maladies qu'ils qualifient d'« évitables » car liées aux habitudes de vie des personnes, notamment en matière d'alimentation, et qui ainsi sont donc selon eux accessibles à une prévention. Comme on le verra plus loin, ils perçoivent cependant le poids de déterminants socio-économiques, sur lesquels ils n'ont pas prise. Pour les médecins interrogés, le traitement *a priori* déjà complexe des facteurs de risque et des maladies chroniques, parfois multiples, chez la même personne, se double ici de difficultés liées à des problématiques sociales et culturelles à l'origine d'inégalités de santé.

Ces particularités ont pour conséquence, selon les médecins, l'absence de suivi de leurs recommandations et l'échec des prises en charge, à l'origine d'une grande insatisfaction dans les pratiques.

« Quand je vois des diabétiques - j'en vois 5 ou 6 par jour en moyenne, c'est un minimum - ils ont tous une hémoglobine glyquée à 9, 10, 11 ou 12. Ce n'est pas satisfaisant ! C'est quand même une grande part de notre activité professionnelle, et on les revoit tous les 3 mois ou tous les 4 mois, [...] et puis après quand on leur coupe un doigt de pied, ils disent « Mais comment ça se fait docteur ? Moi je prends mes médicaments... »... » (médecin 3, 2012)

En outre, l'intrication fréquente de plusieurs pathologies alourdit le contenu des consultations :

« Je ne vois pas très bien comment on peut améliorer la prise en charge des gens si on ne change pas l'organisation du système de soin. Le problème c'est qu'on a des malades de plus en plus complexes, de plus en plus lourds, [...] des polyopathologies chroniques » (médecin 3, 2012)

L'alourdissement des consultations vient aussi du fait que les patients ont été formés à gérer seuls certaines situations simples, qui auraient auparavant suscité une consultation courte. Conséquence d'une certaine éducation de la population, la proportion de consultations « lourdes » (lourdes par le temps consacré et l'investissement demandé, mais pas mieux rémunérées) s'accroît au détriment des consultations « légères » qui permettent « d'y arriver » pour un médecin, c'est-à-dire de garder à la fois un certain équilibre en termes émotionnels, horaires et financiers et une disponibilité aux demandes de la population :

« Ce qui change, enfin ce qui est difficile, c'est qu'en fait il y a des tas de choses simples, soit on ne les voit plus, soit si tu es normalement constitué, tu dis « bon ben non, vous ne venez pas pour une bricole, parce que je ne ferai rien de plus ! », à part que je leur file du Doliprane® pour les enfants. Donc en fait si tu informes, tu éduques un peu tes patients, normalement il y a plein de choses que tu ne devrais plus voir. Donc ça c'est un vrai changement dans la pratique. Mais le problème, c'est que du coup, heureusement qu'il y a encore quelques actes très simples et des gens qui continuent à venir pour des choses très simples ! [...] Parce que sinon, on n'y arriverait pas..... » (médecin 1, 2012)

1.2.2. Une démographie professionnelle en déclin

Parallèlement, ces médecins sont préoccupés par la démographie décroissante des professionnels de soins primaires dans la commune. « Dans 5 ans ou 10 ans, il y aura 50 % de professionnels en moins. Donc ça veut dire que notre façon de travailler aujourd'hui ne sera plus possible » (médecin 3, 2011). Cela est attribué à un manque d'attractivité de la commune⁴⁷⁹ : « Aujourd'hui si on ne fait rien il n'y aura pas d'attractivité. Il y a des jeunes qui veulent s'installer mais on ne leur offre pas les conditions pour que ce soit une installation intéressante » (consultant, 2011). « Je ne sais pas si vous arrivez à trouver des remplaçants, nous ce n'est pas si simple, il faut contacter les maîtres de stage et c'est compliqué... les jeunes, quand ils ont le choix, ben c'est pas ici qu'ils viennent (médecin 2, 2011).

Ces conditions sont rendues plus difficiles par l'insécurité perçue par les professionnels, « un vrai problème qui aggrave les conditions d'exercice et le manque d'attractivité des quartiers des banlieues populaires » (médecin 1, 2011). Ce risque a ici une réalité : suite à une agression à main armée subie

⁴⁷⁹ Géraldine Bloy interprète ce manque d'attractivité pour les jeunes médecins généralistes, qui touche prioritairement les zones rurales et défavorisées, comme lié plus largement à la féminisation de la profession et à une transformation de la conception de la médecine générale, où les motivations anciennement valorisées de « vocation » et de « sacerdoce » laissent place à l'objectif de réussir à la fois sa vie professionnelle et sa vie personnelle et familiale, et où le choix du lieu d'installation est déterminé en grande partie par la possibilité pour le conjoint, souvent cadre, d'y trouver un travail, ainsi que par la présence d'un collège pour les enfants. (Bloy 2011).

dans son cabinet début 2013, une jeune femme généraliste a décidé de quitter la commune où elle exerçait depuis 3 ans, entraînant le départ de son associée⁴⁸⁰.

Est évoqué aussi, du fait de la pénibilité, le risque de départ avant l'âge de la retraite de médecins « *qui préfèrent aller faire médecine du travail ou n'importe quoi d'autre. Il y en a quand même pas mal qui dé-plaquent à 50 ans* »⁴⁸¹ (médecin 2, 2011). L'un des porteurs du projet dit ainsi avoir envisagé lui-même d'aller exercer ailleurs dans une maison de santé pluriprofessionnelle, mais y avoir renoncé par solidarité avec ses confrères locaux. Il évoque une dégradation matérielle de ses conditions de travail : « *Même en cabinet de groupe, on a de plus en plus de mal à s'adapter. On cherche à ne pas avoir de dépenses alors qu'on devrait dépenser plus... Quand je vois nos cabinets... c'est la misère !* » (médecin 3, 2011)

1.2.3. Une organisation des soins inadaptée aux besoins perçus

Enfin, tous estiment que l'organisation de leur travail quotidien n'est plus adaptée aux besoins actuels des patients et aux attentes des pouvoirs publics : « *Notre métier a changé, c'est plus le même qu'il y a 30 ans, c'est ça qui fait qu'on est obligé de s'organiser un peu différemment. On a de plus en plus de difficultés à s'adapter... Les pathologies, ce qu'on re-balance sur la médecine ambulatoire, la prévention... il faut en faire des trucs, on ne peut plus, là ! Tout l'administratif aussi... moi j'ai pas envie de m'embêter avec l'administratif, j'ai pas envie de m'embêter avec le secrétariat, c'est pas mon job, mon job c'est de faire de la médecine, et je veux optimiser mon temps de médecine.* » (médecin 3, 2012). En matière de prévention, par exemple, l'un dit se trouver « *en difficulté. Je suis dans une population qui est très hétérogène (...)* Il y a des barrières linguistiques, des barrières de compréhension intellectuelle... et puis on voit des maladies, donc ça fait beaucoup de choses » (médecin 3, 2012). Il remet également en question le paiement à l'acte : « *Ce qui nous freine vraiment, c'est aussi le paiement à l'acte, qui favorise une médecine centrée sur le médecin-patient, et sur la pathologie, et pas du tout une médecine centrée sur le patient, son réseau, sa famille...* » (médecin 3, 2012) Un autre souligne le manque de temps pour ces activités : « *C'est évident que les médecins ont besoin d'autres intervenants (...)* Même si on leur trouvait des rémunérations forfaitaires pour faire de l'éducation thérapeutique, je ne suis pas sûr qu'ils aient le temps dans nos banlieues » (médecin 2), tout en déplorant que les ressources mises à disposition par l'ASV⁴⁸² ne soient pas plus mobilisées.

⁴⁸⁰ « Cette agression remet en cause mes conditions d'exercice [...]. J'ai encore une trentaine d'années de médecine générale devant moi [...] Je ne veux plus exercer dans les mêmes conditions. [...] J'aime beaucoup mon métier, m'installer dans une banlieue sensible, c'est un choix. J'aime ces patients qui m'apportent beaucoup, j'aime ce que je fais, mais j'ai l'impression de ne plus pouvoir exercer sereinement. » (extrait d'un entretien du médecin agressé avec une journaliste en février 2013)

⁴⁸¹ Pour une mise en perspective, voir les travaux sur les causes de cessation d'activité (Véga et al. 2008)

⁴⁸² Permanences de diététicienne, ateliers cuisine, consultations de psychologue sur l'alimentation, groupes de parole sur la connaissance du corps et la prévention des cancers, écoute et soutien psychologique pour les résidents du foyer de travailleurs migrants...

Ces médecins sont porteurs pour une part d'un discours convenu reprenant certains points largement discutés dans la profession (Letourmy 2013), comme le paiement à l'acte : « *Ce n'est pas sur un schéma de médecine libérale, payé à la consultation, 15 minutes par séance... en gros un schéma d'organisation pour la pathologie aiguë, qu'on va pouvoir prendre en charge correctement des pathologies chroniques lourdes* » (médecin 3, 2012), ou comme l'isolement. Ils expriment le besoin de repenser leurs routines de travail en leur donnant une dimension interprofessionnelle plus forte : « *au niveau du cabinet j'aimerais qu'on ait plus de pratiques collectives, des nouveautés qui relancent notre façon de travailler au quotidien (...) L'ordonnance (...), ça ne suffit pas à bien soigner nos diabétiques (...) On a besoin de diététiciennes, on a besoin de psychologues, on a besoin de pédicures (...) qui vont nous aider à prendre en charge les patients* » (médecin 1, 2011). Ils jugent la coordination médico-sociale également insuffisante : « *C'est pas des problèmes médicaux au sens strict ou des problèmes de médicaments, c'est vraiment de la coordination humaine qui nous manque... par exemple sur la pédiatrie avec des enfants un peu difficiles, ou des familles en situation précaire avec des jeunes enfants...* » (médecin 3, 2012).

1.3. En matière de prévention et de prise en charge des maladies chroniques : des difficultés liées à la « diversité culturelle », auxquelles l'organisation actuelle ne permet pas de faire face

Dans cette commune dont la population, en accord avec les objectifs de la politique de santé, devrait bénéficier d'une prévention renforcée ou priorisée, les principales difficultés évoquées par les médecins à cet égard renvoient à la diversité culturelle et sociale des patients. La perception des médecins de la commune est que les conditions habituelles d'exercice des soins primaires en médecine générale ne permettent pas aujourd'hui en France de prendre en compte de façon satisfaisante les préconisations de santé publique. Pour expliquer la nécessité de leur projet pluriprofessionnel de réorganisation à l'échelle de la commune, l'argument qui occupe une place prépondérante dans le discours des professionnels est leur confrontation quotidienne à des difficultés liées à la diversité culturelle de la population, et au manque de temps et de compétence pour proposer aux patients qui en auraient besoin une prise en charge adaptée. Si cette perception affleurerait déjà dans plusieurs des extraits d'entretiens ci-dessus, elle est également très présente dans les extraits suivants :

« Nous sommes en difficulté permanente pour le soin si on ne prend pas la dimension culturelle, sociale en compte. [...] Sur des pathologies comme le diabète [...], nous sommes en grande difficulté d'observance, ou même de suivi de patients, parce qu'il y a toute une dimension de compréhension des traitements, de compréhension de la maladie. » (Médecin 3)

« - [Les patients] ne sont pas que diabétiques, ils sont hypertendus, diabétiques hypercholestérolémiques, donc le problème c'est vraiment comment on gère la bouffe alors que c'est pas comme chez nous... ils sont africains, maghrébins, français... avec des niveaux socioculturels où quelquefois, avec la langue, ils ne comprennent pas bien... et nous on ne comprend pas bien, aussi, comment ils vivent et comment ils mangent ! (Médecin 2)

- Et puis on n'arrive pas parfois à écouter ce qu'ils nous disent ! On ne les comprend pas ! (Médecin 3)

- Bon mais il y en a aussi qui sont Français et qui ne sont pas bien équilibrés, parce que ça touche aux conditions sociales et autres » (Médecin 1) (Entretien collectif, 2011)

Ces extraits mettent en évidence, autour des habitudes privées alimentaires qui constituent un des éléments centraux du traitement du diabète, le caractère bidirectionnel des difficultés de dialogue, à la fois du fait de la distance sociale entre médecins et patients et de la diversité culturelle des patients. L'approche culturaliste parfois observée coexiste avec une prise en compte des difficultés relatives aux conditions d'existence de ces populations défavorisées, évoquées par le médecin 3. La difficulté à dépasser ces obstacles est aussi attribuée au contexte contraint de l'interaction au cours de la consultation. Interrogé sur la mise en place d'approches de prévention particulières selon les types de populations, un médecin répond par la négative : « *Non, parce que je suis en difficulté ! Je suis dans une population qui est très hétérogène, puisque sur 20 – 25 personnes, si je vois 5 caucasiens, français, tout le reste vient d'autres pays, en fait c'est très diversifié. C'est une des raisons pour lesquelles je suis très content d'être installé ici, d'ailleurs, parce que c'est très intéressant. Avec mes patients on discute beaucoup aussi de ce qui se passe dans leur pays, j'ai l'impression de faire de temps en temps un petit tour du monde... Donc... non, c'est une des difficultés... les traditions culturelles entre un serbe, un algérien, un sénégalais, une ukrainienne et un picard sont très différentes ! Ce qui fait que c'est très difficile, il y a des barrières linguistiques, des barrières de compréhension intellectuelle... on croit être compris et en fait on s'aperçoit, quand on pose les questions un peu différemment, qu'on ne l'a pas été. Nous mêmes, on a un langage qui n'est pas toujours très compréhensible du fait de la distance sociale, entre des gens qui sont des manœuvres, des ouvriers, qui viennent du bled ou du fin fond de la Bretagne, et des manières de s'exprimer médicales... ou liées à mon éducation médicale... font qu'on ne se comprend pas toujours. Et avoir une bonne connaissance des habitudes culinaires, et des comportements des gens, dans un temps... qui est quand même relativement court... et puis on voit des maladies donc ça fait beaucoup de choses. Ce qui fait que de toute façon, même si on a une attention, ça reste limité.* » (médecin 2)

La limite est attribuée au contexte même des consultations rémunérées à l'acte, qui entretient un discours récurrent des généralistes sur leur manque chronique de temps, déclaré gênant ici pour prendre en compte la diversité culturelle dans le soin. Pour une intervenante dans des projets d'éducation pour la santé, ce manque de temps explique aussi en partie que les médecins n'aient pas la possibilité de fournir aux patients le « *soutien psychosocial* » dont auraient besoin, selon elle, « *les patients un peu isolés [qu'elle] rencontre dans leurs lieux de vie, en foyer de travailleurs migrants, en foyer-logement...* » (anthropo-nutritionniste)

La nécessité de mobiliser des compétences extra-médicales, elle aussi difficile à atteindre dans le cadre d'exercice libéral, est également mise en avant : « *On a besoin de diététiciennes, on a besoin de psychologues, on a besoin de pédicures [... pour] nous aider à prendre en charge les patients* » (Médecin 2)

Ce double constat, mêlant difficultés liées à la diversité culturelle et inadaptation des conditions d'exercice, devient le moteur du projet de réorganisation des soins primaires, impliquant des paramédicaux et des intervenants du secteur social, et visant à expérimenter de nouvelles approches, notamment éducatives, pour renforcer les compétences psychosociales individuelles : « *Ce qui peut être intéressant dans ce projet, c'est l'interaction de ces questions : éducation pour la*

santé et ISS⁴⁸³ [...] comment par la formation, l'éducation... et sur quels sujets on peut influencer sur les ISS ». (Médecin 3)

II. Le cas de quatre MSP en fonctionnement : un risque de pénurie médicale qui amène les professionnels à se regrouper, ou pour ceux qui le sont déjà, à travailler ensemble

Les problèmes auxquels l'exercice regroupé était sensé répondre dans les quatre MSP enquêtées ont été évoqués principalement avec leurs promoteurs, en retraçant l'histoire de chaque projet. En complément, les entretiens menés avec tous les professionnels, davantage ciblés sur leurs attentes à l'égard de ce type d'exercice (que nous analysons dans le chapitre 3), laisse apparaître en creux certains des problèmes auxquels la création d'une MSP était censée répondre. Nous en indiquons ici les principaux éléments, sachant que l'examen de leurs modalités d'engagement permettra de l'illustrer d'une autre manière.

II.1. Des contextes de création très diversifiés, sous-tendus par l'objectif récent de « prévention » de la désertification

L'échantillon des MSP visitées a été diversifié notamment, comme on l'a dit, sur des critères d'ancienneté, de lieu d'implantation, de nombre de professionnels y exerçant.

Au-delà de cette diversité choisie, chaque MSP apparaît comme la résultante d'une histoire singulière, que nous retraçons ici brièvement en insistant sur quelques éléments originels. Les quatre MSP se situent dans des zones où la croissance démographique de la population est positive. Deux « maisons médicales » ont été créées à la fin des années 70 dans des quartiers populaires d'une région du nord de la France, avec un souci de mutualisation des moyens ou de simplification de l'accès pour les patients. L'une des deux développe un travail collaboratif au gré de l'opportunité de projets qui attirent les médecins. Au début des années 2000, c'est le ressenti d'un début de pénurie de médecins qui amène - et l'on pourrait même dire qui « contraint » - les professionnels de ces « maisons médicales » à se « transformer en MSP » pour construire un « outil de travail » visant à attirer de jeunes médecins, et par ricochet d'autres professionnels. C'est également ce ressenti d'un risque de pénurie médicale qui est d'emblée à l'origine des deux autres regroupements étudiés, plus récents, sous la forme de MSP (ou PSP) situés dans des zones semi-rurales de l'Ouest de la France, où se bâtissent des lotissements pour des primo-accédants à la propriété travaillant dans les villes voisines. La menace de pénurie est venue appuyer pour l'une des deux le souhait antérieur des professionnels d'un projet immobilier pour améliorer l'accessibilité et le confort de leurs locaux.

La création de toutes ces MSP s'inscrit ainsi dans un objectif de prévention de la désertification médicale, que l'expérimentation NMR vient soutenir.

⁴⁸³ Acronyme pour Inégalités sociales de santé, utilisé ici dans le langage courant.

II.1.1. Une « maison médicale » ancienne en milieu urbain défavorisé, collectivement impliquée dans des projets construits par les médecins à l'échelle du territoire (MSP B)

La MSP B est issue en 2009 de la transformation d'une « maison médicale » créée en 1976 en zone rurale par un médecin généraliste— qualifié par ses confrères de « visionnaire » et « très investi dans la formation des étudiants » (MSP B, médecin 1), un dentiste et un kinésithérapeute, implantée en milieu urbain défavorisé. La maison est dotée d'une salle de radiologie. Un second médecin et un second dentiste s'associent rapidement aux premiers, puis une « secrétaire-infirmière » salariée les rejoint au début des années 80⁴⁸⁴, suivie bientôt d'une seconde. Des activités collectives pilotées par les médecins commencent à se développer entre 1992 et 2002 autour d'un projet de prévention de l'obésité à l'échelle de la commune, financé par des opportunités privées (industrie agro-alimentaire) dans le cadre d'un projet de recherche-action local puis national. Un autre projet collectif émerge en 1997 lorsque la maison médicale s'informatise, avec le choix du même logiciel pour tous et de dossiers partagés, et développe un site Internet de prévention, un site d'information sur la pilule et un projet d'interaction médecin-patient par mail. En parallèle, la quasi-totalité des médecins généralistes du territoire se réunit chaque semaine depuis des années pour un moment d'échange convivial, qui leur permet, au fil du temps et des projets qui émergent, de s'organiser entre eux pour les gardes, pour l'évaluation des pratiques professionnelles, pour la formation médicale continue, etc. Devant la perception d'une augmentation de la charge de travail de chacun et avec l'idée que seul le développement d'une pratique de qualité permettra d'attirer de nouveaux médecins, un médecin de la « maison médicale » porte en 2009 le projet de création d'une MSP et contacte l'ARS pour bénéficier de financements dans le cadre des ENMR. En 2013, 10 professionnels de santé (hors remplaçants) y exercent : 5 médecins généralistes, 2 infirmières⁴⁸⁵, 3 kinésithérapeutes ; ainsi que 2 secrétaires. Outre son agrandissement prévu, cette MSP s'inscrit aujourd'hui dans une dynamique de pôle de santé en soutenant la création de plusieurs autres MSP articulées sur le territoire, et en menant une réflexion sur le partage des compétences pour fonctionner le plus possible en autonomie.

II.1.2. Une « maison médicale » ancienne, en milieu urbain défavorisé, où la collaboration naît d'un projet de consultations infirmières (MSP C)

Un médecin généraliste s'installe en 1975, à une époque où la concurrence médicale était forte, dans un quartier populaire où il n'y avait pas encore de médecin, avec d'emblée l'envie de construire un « groupe pluriprofessionnel (...) pour offrir un service maximum à la population, avoir ce panel de qualité des soins » (médecin 2, MSP C). Sa femme assure le secrétariat. Il est rejoint au bout de 2 ans par un dentiste, une infirmière, un kinésithérapeute, et un autre médecin fortement impliqué à MG-France, se décrivant comme « fan des coopératives » (médecin 2, MSP C) et « inspiré par les maisons médicales visitées outre-Manche ou ce qui se faisait au Québec ». Puis d'autres professionnels les

⁴⁸⁴ Elle faisait des soins uniquement dans la maison médicale, les soins à domicile étant assurés par des religieuses infirmières.

⁴⁸⁵ Les secrétaires infirmières, qui étaient salariées, sont devenues libérales lorsque les religieuses ont arrêté leur exercice, et à un moment où les médecins ont eu besoin de plus de temps de secrétaires.

rejoignent progressivement. En 2007, les infirmiers s'alarment de l'allongement du temps d'attente des patients en salle d'attente et ont l'impression que les médecins ne parviennent plus à répondre à la demande, alors qu'eux-mêmes pourraient les décharger de certains actes. Ils proposent de développer des consultations infirmières, projet qui voit le jour en 2008⁴⁸⁶. Cependant il ne suffit pas à faire face à l'accroissement de la population et à la retraite prochaine de plusieurs médecins. Ayant connaissance des projets de regroupement en maisons de santé et des ENMR, tous décident de s'y inscrire pour rendre plus attractif l'exercice professionnel dans leur commune. Ils sont aidés dans la rédaction par l'ARS. En 2013, 15 professionnels de santé y exercent (hors remplaçants) : 7 médecins généralistes, 3 infirmiers, 3 kinésithérapeutes, 1 podologue, 1 sage-femme ; assistés de 3 secrétaires et d'une coordinatrice à mi-temps en contrat à durée déterminée. Les médecins faisant partie d'un même groupe d'échanges de pratiques, organisé par MG-Form, ils s'inscrivent dans un mouvement de création d'autres MSP sur le territoire et impulsent une dynamique de création d'un pôle de santé qui comprendra une trentaine de professionnels.

II.1.3. Une MSP en territoire semi-rural, initiée par l'hôpital local (MSP A)

La MSP A se trouve en territoire semi-rural, à égale distance (environ 40 km) de deux centres hospitalo-universitaires dans les villes de « Y » et « Z ». Il s'agit d'un bâtiment moderne sur deux étages, accolé à l'hôpital local. Deux éléments motivent l'émergence en 2007 d'un projet de regroupement : d'une part, des médecins généralistes (installés dans des cabinets solo, avec des secrétariats séparés) voient leur activité s'accroître tout en prenant conscience du risque de désertification médicale suite au départ à la retraite de plusieurs confrères non remplacés :

« J'ai pris une succession il y a 25 ans d'un médecin qui exerçait seul, à deux pas d'ici. A l'époque, il y avait cinq médecins, six peut-être. Progressivement, je me suis intéressé, dans mon exercice de médecin généraliste, à la prise en charge des patients à l'hôpital local, pour les soins de suite. J'ai eu aussi à prendre des patients de longue durée et ça a été un peu l'occasion d'échanger régulièrement avec les confrères sur les différentes réunions hospitalières et, comme c'était à l'époque, toutes les réunions de permanence de soin, etc. Au fil des années, il y a eu un départ non remplacé pour une autre région, il y a maintenant 15 ans. On a vu les âges avancer, les dérogations pour âge de permanence de soin, etc. Et là, on s'est dit : le danger nous arrive. On a vu l'agglomération « Y » grossir à grande vitesse, un peu moins vite que celle de « Z », donc on a vu de plus en plus de populations arriver, des lotissements grandir et nos effectifs qui, de toute façon, restaient bloqués, avec des difficultés pour être remplacés... »
(médecin 1, MSP A)

D'autre part, à ce moment-là, l'hôpital local, qui dépend des médecins libéraux pour son fonctionnement⁴⁸⁷, développe un projet architectural dans lequel il propose d'inclure un cabinet de

⁴⁸⁶ Avec un financement FIQCS, puis ENMR, mais son insuffisance est cause de l'arrêt du projet.

⁴⁸⁷ Plusieurs généralistes libéraux interviennent en soins de suite et de réadaptation et en EHPAD. Le promoteur de la MSP (médecin 1, MSP A) est nommé président de la commission médicale d'établissement, ce qui lui permet notamment de définir les profils de poste des médecins recrutés dans l'hôpital et dans les EHPAD publique, et privée.

groupe médical. Deux médecins cinquantenaires adhèrent à ce projet, avec l'idée d'y associer également des paramédicaux. Après proposition à l'ensemble des médecins et paramédicaux libéraux de rejoindre le projet, et une phase d'accompagnement dans la rédaction d'un projet de santé par un consultant en santé publique (avec le soutien financier de la communauté de communes), la MSP ouvre en 2010 avec trois médecins, deux infirmières et une secrétaire. Malgré le climat tendu avec des confrères libéraux restés en dehors du projet puis avec l'hôpital (qui refuse de mutualiser d'autres moyens que l'immobilier), la MSP exerce une forte attractivité sur les professionnels (nombreuses candidatures de médecins alors qu'aucun médecin ne s'installe sur le territoire) et sur les patients. En 2013, 12 professionnels de santé y exercent (7 médecins généralistes, 3 infirmières, 1 podologue, une diététicienne, un angiologue), sans compter leurs remplaçants, ainsi que 2 secrétaires.

II.1.4. Une « maison-pôle de santé » en territoire semi-rural, d'un projet immobilier à un projet collaboratif entre professionnels de santé et élus locaux, soutenu par l'ARS (MSP D)

La création de la MSP D prend la suite et vient transformer un projet initialement purement immobilier souhaité par les professionnels d'un cabinet médical de groupe où exercent également des paramédicaux, désireux de mettre leur cabinet aux normes et de gagner en confort de travail. Après plusieurs échecs de montages de projets architecturaux privés financés uniquement par les professionnels, et échaudés par deux installations successives de médecins qui décident de repartir au bout de quelques mois seulement, les professionnels se renseignent sur les possibilités de financement public de leur projet, qui se double alors d'un objectif d'attractivité. Il s'agit en effet de faire face à l'accroissement et au turn-over rapide de la population, auxquels la démographie des professionnels pourtant encore positive ne suffit pas à répondre. Ils sont à ce moment-là guidés par l'ARS vers un partenariat avec la communauté de communes dont le soutien redessine leur projet, à la fois au plan architectural du fait de la demande des élus de maintenir une offre de soins dans trois communes peu éloignées, et également par l'obligation d'élaborer un projet de santé collectif pour pouvoir bénéficier d'un financement ENMR. En 2013, le pôle de santé pluriprofessionnel est un regroupement de 28 professionnels de santé (7 médecins généralistes, 8 infirmières, 5 kinésithérapeutes, 3 orthophonistes, 2 pharmaciens, 1 podologue, 1 psychologue, 1 sage-femme) et de 2 secrétaires, exerçant dans 9 lieux distincts sur 3 communes distantes de moins de 7 kilomètres. A terme, l'idée est de réduire à 5 le nombre de lieux en conservant une présence sur les 3 communes.

II.2. Le besoin de trouver une solution organisationnelle pour faire face à une charge de travail croissante et plus complexe, mal répartie ou mal coordonnée

Ce que les professionnels rencontrés dans les 4 MSP décrivent comme l'origine de leur souhait de changer leurs pratiques, c'est à la fois la complexité de leur travail et la lourdeur de celui-ci, en termes émotionnels et de charge de travail (en lien avec la démographie professionnelle en berne dans les territoires où ils exercent et avec la situation sociale précaire des patients dans certains territoires). À cette charge, en partie imprévisible et nécessitant de s'adapter sans cesse à la demande des patients, chaque acteur ne peut répondre seul, ce qui rend nécessaire selon eux de se coordonner afin de s'épauler les uns les autres. Interrogés sur ce qui les a poussés à se regrouper en

MSP ou PSP, les professionnels insistent tous, en premier lieu, sur leur souhait (et sur la possibilité qu'ils y trouvent) d'intervenir « à plusieurs », de communiquer plus facilement et de mieux coordonner leurs interventions, comme nous le montrons dans le chapitre 3. À côté de la question de la charge de travail croissante et de plus en plus complexe, le désir d'un partage des tâches et d'une coordination entre professionnels revient en filigrane des entretiens réalisés au sein des quatre MSP lorsqu'on aborde la situation antérieure à leurs créations. Et si la difficulté d'un exercice solitaire transparaît également au fil des entretiens, c'est plutôt à travers son double positif : l'exercice « à plusieurs », objectif majeur de la nouvelle organisation qui s'est mise en place dans toutes les MSP, que nous détaillons dans le chapitre 3. Nous évoquons ici quelques exemples illustratifs des difficultés rencontrées.

II.2.1. Des situations nécessitant une prévention de la désertification, ou d'une offre risquant de devenir insuffisante

Il est avéré que l'exercice de la médecine générale en soins primaires s'accompagne d'une charge de travail importante, à la fois en termes d'horaires et de charge émotionnelle, mais aussi que cet exercice prend la forme d'une activité fragmentée, souvent interrompue, sans temps « pour soi » programmé, et dont les médecins éprouvent des difficultés à maîtriser le temps (Davezies & Daniellou 2004)⁴⁸⁸, et la charge (Druhle 2000)⁴⁸⁹. Les médecins rencontrés sont d'ailleurs pour la plupart imprégnés de cette représentation, que les plus anciens estimaient « normale », étant la règle au moment de leur installation il y a 20 à 30 ans, à une époque où la concurrence entre médecins était encore forte : « *Si tu reprends tes livres d'activité, il y a vingt ans, on faisait une activité... quand je regarde, je me dis : « j'ai fait ça, moi ? » C'était de l'abattage, il y avait des 50, 60, 70 actes par jour ! Les médecins faisaient du curatif !* » (Médecin 2, MSP C)

L'un des médecins exprime la difficulté qu'il y a à faire face toute la journée aux difficultés vécues par les patients confrontés à la maladie, et valorise le contrepoint positif qu'il trouve à développer une approche soignante qu'il qualifie de « préventive » : « *Les gens viennent nous voir parce qu'ils sont malades. On a un recrutement, un contact avec la société qui est quand même un contact assez négatif. Je connais une jeune fille qui a arrêté les études médicales après avoir été reçue brillamment au premier concours, qui disait à l'époque « voilà, j'ai le concours, vous voulez tous que je fasse médecine, maintenant j'arrête parce que passer ma vie à voir des gens qui viennent se plaindre, c'est pas mon but ». Quelque part, c'était intéressant. Si on donnait à nos jeunes l'idée de la médecine, qui est quand même le côté un petit peu soignant... On est des soignants avant tout. C'est pas une partie de plaisir de venir voir le docteur, faut accepter ça* » (médecin 1, MSP C). Comme l'ont montré Françoise Bouchayer et d'autres auteurs, « divers travaux antérieurs conduits auprès de plusieurs catégories de professionnels de santé ont fait valoir que soigner autrui ne va pas de soi. Il n'est en

⁴⁸⁸ Davezies, P. & Daniellou, F., 2004. L'épuisement professionnel des médecins généralistes. Une étude compréhensive en Poitou-Charentes, Rapport pour l'URML de Poitou-Charentes.

⁴⁸⁹ Druhle, M., 2000. Le travail émotionnel dans la relation soignante professionnelle. Un point de vue au carrefour du travail infirmier. In Professions et institutions de santé face à l'organisation du travail. Aspects sociologiques. Rennes: Editions ENSP, pp. 15–29.

effet pas facile, pour les professionnels de la médecine et du soin, d'être confrontés jour après jour et sur la longue durée d'un parcours professionnel - souvent sur plusieurs dizaines d'années - à la présence quotidienne des patients et à la prégnance de leurs demandes, de leurs plaintes, de leurs souffrances physiques, morales et sociales. D'emblée, il s'agit donc ici de rompre avec une impression de "cela va de soi de s'occuper des autres quand on a choisi le métier de soignant" et de se positionner à l'encontre du caractère familial ou parfois idéalisé de fonctions comme celles de médecin, d'infirmière ou encore de kinésithérapeute ou de toute autre profession de santé. » (Bouchayer et al. 2007; Bouchayer 2011)⁴⁹⁰).

Dans certaines zones géographiques, cette charge émotionnelle est renforcée par les difficultés financières et la solitude fréquemment vécue par les personnes qui font face à la maladie. Comme l'explique une infirmière de la MSP C, située dans un territoire défavorisé de province : « *On a énormément de gens qui ont des revenus très faibles... on est dans un secteur sous-doté, défavorisé surtout, et beaucoup de personnes âgées se retrouvent seules, délaissées par la famille.* » (infirmière 3, MSP C)

Ce souhait de mieux répondre aux difficultés sociales est explicitement exprimé dans les deux MSP « anciennes » B et C, dont les professionnels exercent dans des quartiers défavorisés, comme dans le projet de MSP de X. Mais est mis au premier plan le ressenti identique d'une difficulté croissante du travail au quotidien, caractérisée par une triade incluant charge de travail et complexité croissante des prises en charge, nombre de professionnels décroissant et organisation jugée inadaptée. Le fait que les professionnels y soient déjà regroupés depuis une trentaine d'années a favorisé dans la MSP C une intervention des infirmiers : ce sont eux qui ont alerté les médecins et les ont incités à trouver une solution dans une nouvelle organisation collective :

En 2008, « c'est venu d'une réflexion infirmière, une constatation qu'on pouvait faire des choses pour les patients. Quand on arrivait le matin au cabinet et quand on revenait entre-deux dans la journée, c'était bondé, on voyait des mamans avec leurs bébés qui pleuraient, qui attendaient parfois 4-5 heures pour être vues entre-deux, en soins non programmés. On a vu aussi que les médecins étaient débordés, qu'ils faisaient des actes qui pouvaient être faits par les infirmiers, dans le rôle propre infirmier : des injections, des choses comme ça. Donc, on a mené une réflexion là-dessus. On a fait une réunion un soir, à deux infirmiers, où on avait convié les trois médecins. On leur a dit : « voilà nos constatations, il y a des choses à faire au niveau du cabinet médical ». On avait l'esprit Maison de santé pluriprofessionnelle, mais on était un cabinet médical. On avait sorti la liste de tous les actes qu'on pouvait faire en tant qu'infirmier, qui était dans la nomenclature. On a dit : « voilà, on va apprendre à se connaître, savoir ce qu'on peut faire chacun, nous, on peut faire des désensibilisations, des vaccins, etc. ; appropriez-vous ça et voyez un petit peu ce qu'on peut faire pour vous décharger et que ce soit un mieux pour la population ». (MSP C, infirmier 1)

⁴⁹⁰ Bouchayer, F. et al., 2007. Médecine de proximité : crise des ressources humaines. Les Actes du colloque international du 16 Novembre 2007 à Marseille.

Bouchayer, F., 2011. Le soignant, le patient et le tiers gestionnaire : les nouvelles donnes d'un rapport tripartite. *Sociologie santé*, 33, pp.87-105.

Les médecins des deux MSP plus récentes (A et D) évoquent aussi leur difficulté croissante à trouver des remplaçants, précédant leur regroupement, et qui les obligeait soit à renoncer aux vacances, soit à partir en fermant leur cabinet, ce qui était source d'une grande insatisfaction. Les infirmiers de ces mêmes maisons évoquent également leur propre difficulté à trouver des remplaçants et à maîtriser leurs horaires de travail, et leur sentiment de « fragilité » à exercer seul, avec pour certains l'impossibilité de prendre des vacances pendant plusieurs années. Ils parlent aussi des contraintes liées à leurs isolement, notamment le fait d'avoir du mal à obtenir toutes les informations quant aux prescriptions, et parfois même les ordonnances des médecins, ce qui les obligeait à se déplacer dans les cabinets médicaux, et parfois les amenait à renoncer à contacter le médecin de crainte de le déranger, ou d'être mal reçu. D'autres professionnels, comme les diététiciens et les orthophonistes, sont davantage dans une problématique de construction de patientèle, que l'absence de remboursement des soins rend particulièrement difficile pour les premiers et qui peut les amener à tester une ou plusieurs installations et à diversifier les modes d'exercice jusqu'à trouver un équilibre financier.

Parmi les professionnels rencontrés, deux médecins généralistes évoquent à mots couverts une situation de « burn-out »⁴⁹¹ ou d'« alerte médicale » liée à une surcharge de travail traversée avant de se lancer dans l'aventure collective, ou aussi à cette aventure (elle-même pourvoyeuse d'une quantité de travail extrêmement importante même si davantage tournée vers l'avenir, et non simplement dans une attitude de gestion de la pénurie ou de l'urgence). Cette surcharge, évoquée par l'un des médecins de la MSP X en projet et décrite dans la littérature⁴⁹², est reliée à un sentiment de complexité croissante d'un exercice de la médecine générale pris dans des enjeux multiples. Un exercice de cette complexité peut être considéré par les médecins soit comme un objectif inatteignable (Cognard 2013)⁴⁹³, ressenti partagé par d'autres professionnels comme les pharmaciens (Echinard 2013)⁴⁹⁴ ou les infirmiers (Acker 2013), soit comme l'un des attraits du métier, qui permet de diversifier les investissements de l'exercice et de ré-enchanter la pratique (Bouchayer 2004; Périno 2011)⁴⁹⁵. Plusieurs des médecins rencontrés dans les MSP y voient l'opportunité de construire des réponses à des problèmes « de société » aujourd'hui mal abordés dans les organisations existantes :

« La médecine générale se nourrit de problèmes qui viennent de la société et que nos universitaires ne connaissent pas. Ils ne savent pas ce que c'est que l'alcoolisme, ils savent pas ce que c'est que les toxiques, ils savent pas ce que c'est que la souffrance, ils savent pas ce que c'est parce que ça vient du terrain. Et quand on va à l'hôpital avec le spécialiste, ils ne savent pas. Lui [désignant le médecin 3 assis à côté de lui], il est parti dans l'addiction à une époque où il a bien fallu que les généralistes se mouillent là-dedans. Il a bien fallu que les généralistes

⁴⁹¹ qui n'est d'ailleurs pas l'apanage de la France cf article Québec ()

⁴⁹² citée notamment par des professionnels exposés à la pénurie médicale, voir par exemple le numéro spécial (n°60) de la revue *Pratiques* sur les déserts médicaux paru en 2013.

⁴⁹³ Cognard, S., 2013. Parcours. *Pratiques, cahiers de la médecine utopique*, (60), p.31.

⁴⁹⁴ Echinard, L., 2013. Gardien des poisons. *Pratiques, cahiers de la médecine utopique*, (60), pp.56–59.

⁴⁹⁵ Bouchayer, F., 2004. Les voies du ré-enchantement professionnel. In P. Aïach & D. Fassin, eds. *Les métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*. Paris: Anthropos-économica, pp. 201–225.

Périno, L., 2011. Dites-nous, Luc Périno, à quoi sert vraiment un médecin ?, Paris: Armand Colin.

commencent à réfléchir là-dessus parce que c'était pas à l'université, c'était pas encore dans les spécialités. C'est des choses de société. Je pense que si on prend conscience de ça, il y a tout un travail à faire qui va permettre à ces Maisons Pluridisciplinaires et à ces nouveaux modes de rémunération de trouver une réponse sur laquelle la société, pour l'instant, est un peu dans le flou. Moi, j'ai fait très longtemps des consultations d'alcoologie, c'est effrayant de vouloir spécialiser à tout prix alors que c'est un problème de société, c'est un problème de population » (médecin 2, MSP C)

Enfin, avant de considérer autrement ces aspects à travers l'étude des modalités d'engagement des professionnels dans l'exercice regroupé en MSP, il paraît important de souligner qu'une fraction à peine majoritaire des professionnels interrogés qui ont choisi cet exercice n'exprimaient ni problème ressenti ni objectif particulier auxquels ce mode d'exercice aurait pu répondre. Pour eux, l'exercice en MSP s'est présenté comme un choix parmi d'autres, dans une dynamique de « réorientations contingentes opportunes » (Bloy 2011 : 18) à l'issue d'un recensement de toutes les possibilités offertes dans une zone géographique généralement choisie pour des raisons familiales (être à proximité du lieu de travail de son conjoint, de son domicile, ou de l'école de ses enfants...), liées à leur socialisation (revenir habiter dans sa région d'origine) ou à des parcours individuels (venir s'installer dans une région que l'on trouve attirante...) ou encore pour diverses raisons très variées...

II.2.2. Des récurrences dans des conditions d'émergence variées

Certaines conditions d'émergence du regroupement et du travail pluriprofessionnel sont communes aux quatre éléments. Nous en évoquons ici brièvement quatre : la charge de travail, un effet de norme, le soutien de configurations d'acteurs locaux et la pression immobilière.

Tout d'abord, on l'a vu, tous les médecins rencontrés ont insisté sur la dimension croissante de la charge de travail à partager sur un territoire entre des médecins en nombre réduit. Dans les communes étudiées, la situation a complètement changé depuis les années 70, où la concurrence entre professionnels de santé était importante. Cette moindre concurrence facilite le plus souvent les collaborations entre médecins, et suscite notamment la réflexion collective sur l'organisation des soins au niveau territorial. Dans l'un des quatre cas observés toutefois, la création de la MSP A a été ressentie comme une menace par les médecins qui décidaient de conserver un exercice isolé. Cela a généré des tensions importantes, avec la signature de pétitions contre la MSP qui ont freiné son développement et freinent encore certains des projets qu'elle souhaite développer. Cela a également conduit plusieurs médecins isolés à cesser leur activité de manière prématurée, brutalement et sans prévenir, provoquant des situations difficiles pour leurs patients et pour les médecins restants. L'attractivité de la MSP en est ressortie renforcée. L'exercice regroupé devient ainsi dans certains cas une nouvelle norme d'exercice à laquelle les professionnels du territoire sont contraints d'adhérer pour ne pas être laissés de côté. Nous y reviendrons avec l'exemple d'un infirmier de la MSP D.

Parmi les autres conditions communes d'émergence de pratiques regroupées, on note l'importance du soutien de configurations d'acteurs, néanmoins variables dans chaque MSP. Les acteurs essentiels sont : l'ARS (les quatre MSP de notre échantillon bénéficiant de financements NMR et parfois d'un accompagnement rapproché), les élus locaux (MSP D), l'hôpital (MSP A), l'Union

régionale des médecins libéraux (URML) remplacée par l'Union régionale des professionnels de santé-médecins libéraux (URPS-ML), des sociétés savantes ou des syndicats (dans les cas observés, MG-France), les fédérations des MSP et un institut régional d'éducation pour la santé, des consultants en santé publique, divers financeurs publics ou privés⁴⁹⁶.

La pression immobilière croissante sur les professionnels joue également un rôle dans leur regroupement. Elle provient à la fois de la nécessaire mise aux normes des cabinets pour en améliorer l'accessibilité aux personnes handicapées et de l'augmentation du coût d'achat ou de location, qui incitent les professionnels à mutualiser leurs moyens. Tous sont concernés, comme par exemple les infirmiers soumis à l'obligation récente de disposer d'un local professionnel, dont certains ont cependant un usage limité ; ou comme les kinésithérapeutes confrontés au besoin d'espace pour installer des équipements volumineux et développer des activités de rééducation en groupes de patients. Cette pression immobilière joue sans doute davantage dans les grandes villes dont nous n'avons pas exploré de structures regroupées. Reste aussi à étudier en complément les conditions d'émergence de MSP dans des zones rurales, où la question de l'attractivité pour les jeunes médecins et autres professionnels de santé se pose de manière plus aiguë.

Conclusion :

De quelle prévention de risques est-il question dans cette approche par les « problèmes » ?

Au regard de ces conditions d'émergence communément retrouvées et des raisons ou besoins invoqués par les professionnels de santé pour rendre compte de leur « entrée » en MSP, l'exercice regroupé est recherché pour apporter non seulement une réponse immédiate mais aussi assurer une forme de prévention des risques de détérioration des conditions d'exercice qui porte principalement sur deux dimensions :

- Tous les professionnels expriment pour eux-mêmes et pour leurs professions un souci de prévention de la surcharge de travail à laquelle ils sont confrontés (dont nous avons vu que les déterminants étaient multiples), et de prévention d'une dégradation inéluctable de leurs conditions de travail, dégradation qui entraînerait en conséquence celle de la qualité des soins.

- D'un autre côté, et d'une façon plus générale, les enquêtes menées auprès des MSP établies ou en construction voient dans ces nouvelles organisations l'espoir de prévention d'une aggravation de la situation sanitaire et sociale de la population (surtout pour les MSP situées dans des quartiers défavorisés). Cette aggravation ainsi que la nécessité de consacrer du temps et des moyens aux actions de prévention et d'éducation sont présentées par les professionnels comme des raisons qui leur imposent de travailler ensemble.

⁴⁹⁶ Pour un aperçu du rôle positif ou négatif joué par ces acteurs, voir le rapport de l'Irdes (Fournier, Frattini, et al. 2014a).

CHAPITRE 3. DES PROCESSUS VARIÉS D'ENGAGEMENT DANS L'EXERCICE REGROUPE

L'étude des processus d'engagement des professionnels dans l'exercice regroupé repose sur trois approches conceptuelles, décrites dans le chapitre introductif (§ 3.1.1). Nous mobilisons l'approche interactionniste (Strauss 1992), dans la lignée des travaux d'Isabelle Baszanger, en étudiant la façon dont les médecins généralistes engagés en tant que promoteurs dans l'élaboration d'une MSP, ou comme pionniers dans la mise en place de ces MSP s'identifient comme relevant d'un segment particulier de la profession identifiable comme « médecin de la cité »⁴⁹⁷ (Baszanger 1983). Ces acteurs sont également particuliers, selon Janine Barbot, par la manière dont ils définissent les enjeux de leur pratique (les soins primaires) et par la manière dont ils construisent leur positionnement par rapport à d'autres acteurs (hospitaliers, spécialistes libéraux, etc.)⁴⁹⁸ (Barbot 1999). Nous nous attachons également à penser le projet de MSP étudié comme une innovation nécessitant des opérations de traduction entre différents mondes (Akrich et al. 2006; Callon 1986), mettant en relation divers acteurs impliqués à différents titres selon une configuration émergente dans laquelle « *identités, intérêts et compétences sont le résultat de traductions provisoires et expérimentales* » (Callon 1999: 41) amenées à évoluer et se préciser.

Dans la partie I de ce chapitre⁴⁹⁹, nous nous intéressons aux opérations de « problématisation » a priori menées dans le cadre de la MSP en projet. La partie II⁵⁰⁰ explore plus particulièrement la manière dont les professionnels des quatre MSP déjà fonctionnelles justifient a posteriori leur engagement, entre qualité des pratiques et confort d'exercice, comment ils se positionnent les uns par rapport aux autres et vis-à-vis des interlocuteurs extérieurs à la MSP, et quel sens ils donnent à l'exercice regroupé pluriprofessionnel.

⁴⁹⁷ Isabelle Baszanger a identifié quatre groupes parmi les jeunes médecins rencontrés au début des années 1980 : le « médecin soignant » s'auto-définissant comme « médecin de famille » et dont l'intervention peut intégrer une dimension sociale ; le « médecin guide de l'individu », qui outre son intervention diagnostique et technique, développait une intervention éducative avec une dimension préventive ; le « médecin total de l'homme total » qui cherchait à réintroduire tout symptôme dans une approche large de l'individu dans sa situation de vie ; et le « médecin de la cité » qui endossait une responsabilité sociale locale.

⁴⁹⁸ Ils le sont également selon Janine Barbot par les modes d'intervention spécifique auxquels ils recourent, que nous étudions dans le chapitre 4.

⁴⁹⁹ Ces résultats sont extraits de l'article publié en 2014 dans la revue *Sciences sociales et santé* (Fournier 2014a).

⁵⁰⁰ De premiers éléments d'analyse de ces processus d'engagement ont été publiés dans la revue *Questions d'économie de la santé* (Fournier, Frattini, et al. 2014b) et dans le rapport en ligne sur le site de l'Irdes (Fournier, Frattini, et al. 2014a). Ils ont été approfondis pour une présentation lors du colloque de Lorient sur « les soins de première ligne » en octobre 2014.

I. Pourquoi s'engager dans une MSP en projet, dans une commune de banlieue défavorisée

I.1. Une finalité sociale et sanitaire sous-tendue par des enjeux professionnels et des trajectoires individuelles

Face au constat sanitaire, social, démographique et organisationnel alarmant décrit dans la partie I du chapitre 2, les médecins promoteurs du projet X défendent une configuration de MSP ayant une finalité sociale et sanitaire, sous-tendue par leurs enjeux professionnels et leurs trajectoires individuelles. Le modèle de santé qu'ils souhaitent développer repose sur une mosaïque de principes généraux et personnels mêlés, dans une approche fondée sur les préceptes récents de la médecine générale et sur des postulats de santé publique, doublée d'une approche par territoire qui rompt avec la vision dominante des soins par organe ou par spécialité. Ils ont en tête un idéal organisationnel « en étoile », centré sur une équipe de soins primaires. Ils expriment le besoin de développer des activités éducatives pour contribuer à la réduction des inégalités de santé liées à des déterminants sociaux notamment.

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

Pour l'un, ce projet s'inscrit en droite ligne de son engagement politique de plus de vingt ans pour « créer un système d'organisation des soins qui permette l'accès aux soins » à travers un militantisme syndical qu'il décrit comme « un rôle politique, pas un rôle corporatiste » (médecin 2, 2012), puis à travers l'activité qu'il a développée dans le cadre de l'ASV. Toutes ces actions ont pour lui l'objectif d'« arriver à réduire les facteurs de risque de notre population, avec une prévalence du diabète très très importante » (Médecin 2, 2012).

Il s'agit également d'une démarche morale, de préserver les principes et valeurs du système comme l'indique un kinésithérapeute : « Ce qui m'intéresse dans ce projet, ce sont les valeurs. Je suis attaché à un système de soins socialisé accessible à tous et je veux m'investir pour son maintien ».

Le consultant auquel les médecins ont fait appel le formule alors en termes de « cohésion sociale, une question fondamentale [liée à] l'accès aux soins, [justifiant de faire] des focus dans des ZUS [pour jouer sur] la capacité d'accès aux soins financière mais aussi culturelle et géographique ».

Ce faisant, ce projet s'inscrit dans la perspective politique qu'ouvre la loi HPST pour l'offre de soins libérale, faisant « de l'accès aux soins le symbole d'une véritable citoyenneté et d'une insertion sociale » (Schweyer 2010: 399) dans lequel le développement des maisons de santé peut être vu comme « une urgence citoyenne » (Dépinoy 2011).

La seconde finalité, pragmatique, celle du maintien d'une offre de soins dans leur commune, est annoncée dans une lettre d'information à l'intention des professionnels : « l'enjeu est d'améliorer l'accès à la santé de nos patients par une bonne utilisation des ressources existantes, d'apporter

qualité et confort aux professionnels... à condition qu'il en reste sur notre ville ». Mais il s'agit aussi de pouvoir mieux coopérer avec les autres acteurs locaux.

Rechercher « ce que résout le projet » (Latour 1992)⁵⁰¹ révèle certains enjeux du positionnement des « soins primaires » et de la « médecine générale » vis-à-vis des autres acteurs du secteur sanitaire et social : des enjeux de visibilité, de légitimité et de rôle dans l'offre de soin et de santé publique, ainsi que dans la formation. Créer une institution (la MSP) à personnalité morale, interdisciplinaire, représentant des pratiques étiquetées soins primaires, vise à les sortir de l'invisibilité et à les constituer en interlocuteur légitime pour les autres structures sanitaires et sociales. « *Il faut que les soins primaires deviennent visibles. Parce que nous on fait des tas de choses mais personne ne le sait. On a du mal à travailler avec d'autres. Donc le but c'est qu'on soit formalisé, visible* » (médecin 3, 2011). Les autres sont la municipalité, partenaire incontournable pour légitimer les actions développées et les financer, et les hospitaliers, afin de modifier le rapport de force en faveur des soins primaires. « *On ne veut pas des réseaux qui viennent de l'hôpital et nous imposent des manières de faire et des méthodes de travail. Un certain nombre d'hospitaliers doivent comprendre qu'il faut aussi un peu changer les manières de faire...* » (médecin 3, 2012). Vis-à-vis des spécialistes libéraux, il s'agit « *d'arriver à mettre (en place) des moyens pour mieux communiquer* » (médecin 2, 2011) et de résister à leur vision dominante du médecin généraliste aux avant-postes d'une médecine centrée sur les spécialités, telle qu'elle transparait dans le discours d'un gynécologue au cours d'une réunion collective à la mairie en 2011 : « *Il y en a plein ici des généralistes regroupés. Donc je ne vois pas l'intérêt de faire encore une nouvelle structure qui regroupe plus de généralistes [...] Ce qui serait plus intéressant, c'est de faire une grande structure avec plein de spécialistes à l'intérieur et il y aurait des généralistes qui seraient dans chaque quartier, et à chaque fois qu'ils ont un souci, ils ré-adressent à la maison des spécialistes* ». Enfin, le rôle de l'équipe de soins primaires dans la formation initiale et continue des soignants est pensé dans ce projet : « *Le département de médecine générale a besoin de médecins qui puissent encadrer des thésards. [La MSP] c'est idéal. Et pour les médecins, petit à petit, leur donner des moyens d'encadrement [...] En profiter aussi pour que la thèse soit un moyen de donner une culture scientifique aux médecins* » (médecin 3, 2012).

L'identité de la médecine générale (Bloy 2010a) trouve ici un terrain favorable pour s'affirmer avec la création d'une « nouvelle élite médicale » en médecine générale, liée à l'université mais se repositionnant autour d'un lieu extrahospitalier défini (Schweyer 2010b). Mais la dimension de formation dépasse localement les seuls généralistes et est pensée en lien avec une école d'infirmières et une école de secrétaires médicales, positionnant les MSP comme des structures « *appelées à devenir les CHU de la proximité* »⁵⁰².

⁵⁰¹ Latour, B., 1992. *Aramis ou l'amour des techniques*, Paris: La découverte.

⁵⁰² Comme cela a été évoqué lors d'une table ronde sur l'exercice pluriprofessionnel en soins primaires animée en 2009 par la Haute autorité de santé.

I.2. Un modèle de soins primaires fondé sur une mosaïque de principes généraux et personnels

L'atteinte de cette double finalité sociale et sanitaire passe dans ce projet par un nouveau modèle de prise en charge construit à partir de trois sources d'inspiration « *agrégeant des positions diffuses* » (Lascoumes 1996: 336-337) : des principes issus de certains travaux récents de refondation de la médecine générale, des concepts de santé publique et l'opposition à des modèles « *repoussoirs* ». Toutefois, si ces principes renvoient parfois à des modèles historiques anciens comme ceux de la médecine sociale et hygiéniste du 19^e siècle (Pinell & Steffen 1994), ou des centres de santé de l'après-guerre (Steffen 1985), les promoteurs du projet n'y font pas explicitement référence. Les modèles mobilisés et l'utilisation très personnelle qui en est faite révèlent une vision habitée par la situation politique, par les positions professionnelles des acteurs et par le type de patients suivis.

Leurs propositions prennent en premier lieu explicitement appui sur des modèles conceptuels envisagés depuis une vingtaine d'années, que certains des porteurs ont contribué à faire émerger. « *Sur le référentiel métier, dans les années 1995, on avait travaillé avec des consultants en sciences humaines et on avait un comité de pilotage avec d'autres médecins d'autres organismes (...), tout ce qui est maintenant en train de bouger, conceptuellement c'était déjà là-dedans...* » (médecin 1, 2012). Ils se saisissent donc d'un contexte favorable pour mettre à l'épreuve ces principes dans des modèles organisationnels innovants. « *On expérimente en grandeur nature, ici ! C'est intéressant parce qu'on travaille sur les concepts en même temps qu'on travaille sur la réalité* » (médecin 1, 2012). Dans ce projet de MSP, on retrouve aussi la plupart des principes affirmés par les enseignants de médecine générale dans le référentiel publié en 1996 (Pouchain et al. 1996)⁵⁰³, comme par exemple « l'approche globale » posée ici comme un préalable à toute prise en charge : « *Ici on ne peut pas faire autrement, nous-mêmes professionnels de santé, nous sommes en difficulté permanente pour le soin si on ne prend pas la dimension culturelle, sociale en compte* » (médecin 3, 2011).

Ce projet de MSP renforce également l'intégration de concepts de santé publique présents dans le référentiel de 1996, en faisant référence à la fois au domaine de pratiques de l'« éducation pour la santé » et à de nouvelles manières de penser les prises en charge, mobilisant les notions d'« approche par population », de « parcours du patient » ou d'« approche par territoire », qui répondent aux objectifs énoncés dans la loi HPST.

D'une part, il s'agit de faire appel à des approches « éducatives » pour répondre aux inégalités sociales de santé, aujourd'hui fortement médiatisées sous l'acronyme ISS : « *Ce qui peut être intéressant dans ce projet, parce que nous sommes à X, c'est l'interaction de ces questions : éducation pour la santé et ISS. Comment par la formation, l'éducation, et sur quels sujets on peut influencer sur les ISS ?* » (médecin 1, 2011) ; mais aussi pour « *gâcher un peu moins d'argent, se ré-apercevoir que le relationnel, l'accompagnement, c'est majeur* » (médecin C, 2011). D'autre part, le projet s'approprie un raisonnement de « santé publique » en essayant de penser de front une approche par population

⁵⁰³ Pouchain, D., Attali, C. & de Butler, C., 1996. *Médecine générale, concepts et pratiques*, Paris: Masson.

et une approche territoriale, qui toutes deux imposent une articulation, une coordination entre les acteurs :

- médecin 3 : *« Il faut qu'on garde vraiment la vision globale du système, et pas par pathologie, ça n'a aucun sens !*

- médecin 1 : *Donc il faut qu'on ait quelque chose sur les maladies chroniques, sur les personnes âgées, et puis peut-être autour de la dépendance... et la dépendance, ça s'articule forcément avec les réseaux plus ou moins proches (...) Parce qu'au niveau de la médecine générale, il faut qu'on ait des types de patients et des types de prises en charge où on regroupe un certain nombre de pathologies (...) Dans une vision transversale, ça va correspondre peut-être à des équipes de travail différentes, parce que les prises en charge sur les patients, in fine, ne sont pas les mêmes. Et les intervenants ne sont pas les mêmes non plus. Et les territoires non plus (...) Parce que les maladies chroniques c'est : formation, éducation, suivi... Tu as à la marge l'hôpital... tu vois un spécialiste.*

- médecin 3 : *Oui, uniquement dans les cas graves.*

- médecin 1 : *Tu as la géronto... toutes les personnes âgées avec des problèmes spécifiques, la dépendance, (... donc) la proximité sur X (la commune), sur D (structure de coordination médico-sociale), sur l'hôpital, sur les institutions de la personne âgée. Après tu as la personne dépendante jeune, et alors là tu as beaucoup plus le lien avec l'hôpital, tu as E (réseau de soins palliatifs)... et là tu as moins de proximité finalement par rapport aux acteurs locaux.*

- médecin 3 : *Oui, parce que là on va gérer ça sur un territoire un peu plus large* » (entretien collectif, 2011).

Cet investissement dans une approche par territoire, qui prend une importance croissante depuis une dizaine d'années dans les politiques publiques (Lucas-Gabrielli & Coldefy 2013)⁵⁰⁴, constitue un point central du projet. Voltaire rappelle, suivant Foucault, que le « territoire, c'est sans doute une notion géographique, mais c'est d'abord une notion juridico-politique : ce qui est contrôlé par un certain type de pouvoir » (Voltaire 2013: 29)⁵⁰⁵, tout en soulignant que c'est aussi un lieu de contre-pouvoir, d'où l'importance pour les médecins généralistes engagés dans le projet de maîtriser la définition des thématiques et des territoires. Enfin, ces médecins innovateurs marquent leur opposition à des modèles « repoussoirs », trop proches pour eux des modèles par pathologie ou spécialité. C'est le cas, par exemple, pour l'approche dite d'« éducation thérapeutique du patient » (ETP) promue depuis 2007 par les autorités de santé, qui, selon eux, cloisonne les acteurs autour de pathologies tout en les mettant en concurrence pour obtenir des financements. Ils préconisent au contraire de réorienter ce « concept à la mode (... vers) la prise en charge collective et au long cours des pathologies chroniques : suivi coordonné, qui fait quoi pour le patient, comment ça s'articule, comment on se coordonne autour d'un patient... » (médecin 1, 2011).

⁵⁰⁴ Lucas-Gabrielli, V. & Coldefy, M., 2013. Le territoire comme élément structurant de l'organisation des soins. *Actualité et dossier en santé publique*, 3(82), pp.32–34.

⁵⁰⁵ Voltaire, C., 2013. La carte et le territoire. *Pratiques, cahiers de la médecine utopique*, (60), pp.28–30.

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

« Tenter d'insérer (ces principes) dans les dispositifs intellectuels et pratiques existants pour en faire des problèmes traitables », en « recyclant des pratiques établies » (Lascoumes 1996 : 336-337) nécessite, selon ces médecins, une organisation centrée sur une équipe de soins primaires, liée à un « territoire », répondant aux enjeux de positionnement des soins primaires au sein du système de santé. « Notre concept, c'est l'équipe de soins de proximité, avec les acteurs de premier recours. C'est eux qui doivent prendre en charge un certain nombre de choses qui concernent le patient en proximité. Pour ça, il y a besoin d'une certaine formalisation de l'équipe ou des équipes, et d'appui ou de structures d'appui, soit en proximité, soit sur un territoire plus large selon les sujets, pour nous aider justement à la coordination, à l'éducation (...), et on voudrait des permanences pour l'articulation avec les fonctions médicosociales et avec des fonctions aujourd'hui remplies par l'ASV » (médecin 1, 2012). L'équipe de soins primaires représente un noyau de pratiques qui prend son sens en tant que point d'interface dans lequel s'articulent des activités sanitaires de premier et de second recours et des activités sociales, constituant un espace ressource pour tous les acteurs concernés. « Ce qui compte ce n'est pas tellement la maison et les murs... il y en aura ! C'est plutôt un truc en étoile, c'est-à-dire une maison avec des professionnels et des ressources, type ASV, et que ça soit en réseau avec les professionnels qui ne seront pas dans la maison et dans les murs » (médecin 1, 2011). Les acteurs du projet ont pour la plupart déjà expérimenté des organisations innovantes qui leur ont donné envie de transférer ces expériences, en particulier celle du dépistage des cancers féminins où ils se sont « appuyés sur le social, l'animation dans les Espaces de quartier... » (médecin 1, 2011) et celle du réseau E de soins palliatifs qui leur « a fait découvrir une autre façon de travailler, beaucoup plus efficace pour nos patients, et pour nous c'était un confort » (médecin 3).

Le projet s'inscrit dans une histoire locale, qui le rend possible : « Tout ça, c'est une histoire lente. C'est des histoires qui viennent avec le réseau... le réseau E [de coordination en gérontologie et soins palliatifs]... c'est vraiment le travail de P [médecin généraliste, coordinateur du réseau] qui a réussi à mettre ensemble et à partager des savoirs entre les professionnels de santé. Et en fait, on vit toujours sur cette dynamique qu'il a réussi à insuffler, malgré les aléas. Que ce soient les hospitaliers ou les libéraux, c'est cette dynamique-là, cette impulsion de P qui a fait basculer quelque chose. Donc les problématiques des réseaux soins palliatifs et la problématique du projet de santé, en réalité on surfe sur ce mouvement... C'est pour ça qu'on arrive à faire ça. C'est parce qu'il y a un travail préparatoire qui a été fait il y a 10 ans avec cette mise en place qui a plu à tous les professionnels » (médecin 3, 2013)

Cependant seuls certains types de réseaux sont considérés comme des modèles organisationnels pertinents pour les acteurs de soins primaires, comme le prônaient les promoteurs de l'expérience de Lubersac santé dans les années 80 :

« Le principe des réseaux, oui ! Mais les réseaux thématiques, non ! [...] ça a été un outil d'organisation pour mettre les gens en dynamique, en équipe, en coopération, en formation... Mais cette vision est conceptuellement absolument incompatible avec la médecine générale. Donc on se retrouve beaucoup mieux maintenant sur tout ce qui est réseau de santé sur un territoire, ça oui ! Mais en même temps, notre analyse politique là-dessus, c'est que [...] tous ces réseaux ils oublient un peu entre guillemets les soins primaires. En fait c'est un court-circuitage » (médecin 1, 2012). Mais le changement souhaité n'est pas que pour les autres et un aspect notable de ce projet est l'affirmation

de la nécessité d'un changement de « culture professionnelle » pour eux aussi : « Quand on est médecin, même si on a envie de faire quelque chose de différent, on est toujours porteur, qu'on le veuille ou non, d'une culture très médico-centrée... libéral-centrée... mon patient, etc. Donc il va falloir lutter contre nous-mêmes pour réussir ce changement culturel dans les pratiques... c'est probablement le plus dur d'ailleurs ! (...) Donc il y a des éléments qui vont être directement liés à ce qu'on va réussir à construire comme mode de fonctionnement entre nous, les places qu'on va savoir donner à chacun, etc. » (médecin 3, 2012). La construction d'une MSP étant un projet de longue haleine, « il faut que ça tienne le coup sur la durée, jusqu'à ce que ça se monte. Il faut qu'on arrive à impliquer d'autres gens petit à petit, et je pense qu'il y a du potentiel ! Il y a des gens qui auraient envie de s'impliquer sur des thématiques, des choses comme ça. Donc il faut qu'on arrive, nous, en tant que comité de pilotage, à repérer et peut-être à déléguer à des gens. Par exemple, pour moi, la construction de la place de l'infirmière dans ce comité de pilotage avec trois médecins est très symptomatique. C'est très important parce que si elle arrive à faire sa place, vraiment, avec des idées portées comme paramédicale, ça sera un élément de réussite. Ça veut dire qu'on pourra réussir à le faire avec des pharmaciens, qu'on pourra réussir à le faire avec d'autres » (médecin 3, 2012).

II. Comment s'engager dans un exercice regroupé pluriprofessionnel et dans le travail collectif ?

L'engagement des professionnels de santé dans des pratiques regroupées et pluriprofessionnelles peut être analysé autour de trois dimensions étroitement intriquées : une dimension liée aux trajectoires personnelles et professionnelles des acteurs ; une dimension professionnelle, qui concerne la facilitation du travail au quotidien et l'amélioration de sa qualité selon le point de vue qu'en ont les professionnels ; et une dimension renvoyant au sens et au rôle social que les professionnels attribuent à leur travail.

II.1. Un investissement différencié des professionnels face aux enjeux collectifs de l'exercice

II.1.1. Des promoteurs aux trajectoires particulières, engagés dans un « nouveau type de sacerdoce »

Dans chaque MSP, il existe un professionnel identifiable à l'origine de la dynamique de regroupement et/ou de son animation, généralement appelé « promoteur », « leader », « coordinateur ». Leurs parcours révèlent des trajectoires d'entrepreneurs comme la profession de médecins généralistes en a toujours compté dans ses rangs, souvent titulaires de positions multiples ou impliqués dans des activités plurielles (Baszanger & Bungener 1995)⁵⁰⁶.

⁵⁰⁶ Baszanger, I. & Bungener, M., 1995. Heureux, moi non plus. *Le Généraliste*, pp.7-12.

Les promoteurs des quatre MSP enquêtées sont tous des hommes, médecins généralistes. Trois des promoteurs principaux ont entre la cinquantaine et la soixantaine, le dernier est âgé d'un peu moins de 40 ans. Parmi les plus âgés, deux se sont engagés dès le début de leur exercice dans une structure pluriprofessionnelle naissante qu'ils ont contribué à façonner, tandis que le troisième a lui-même porté récemment le processus de regroupement, comme l'a fait le plus jeune en arrivant dans un cabinet de groupe monoprofessionnel. Tous ont pour caractéristique commune d'occuper plusieurs positions institutionnelles, selon des configurations variées qui les mettent dans « un positionnement frontière entre plusieurs mondes sociaux conférant une force mobilisatrice particulière » (Monneraud 2011: 281) : élus municipaux pour certains, membres ou anciens membres de MG-France ou du Syndicat de la médecine générale (SMG) pour d'autres, engagés dans des sociétés savantes de médecine générale (SFMG), dans une fédération régionale des maisons et pôles de santé, à l'URPS, dans des commissions mises en place par l'ARS, ou ayant pour l'un d'entre eux un poly-exercice libéral et hospitalier. Dans chaque MSP, le médecin promoteur principal est épaulé par un ou plusieurs autres médecins au moment de la création de la structure, puis éventuellement dans un second temps par un ou plusieurs paramédicaux, et dans un cas par une coordinatrice non soignante. Ces médecins promoteurs apparaissent engagés dans ce que Lise Monneraud a appelé un « nouveau type de sacerdoce », sous la forme d'un travail de promotion visant dans des contextes de désertification médicale « la rénovation du cadre collectif qui seule permettrait d'attirer de nouveaux confrères » (Monneraud 2011: 285) ou visant plus largement « la rénovation des formes et du contenu du métier » (op. cit. : 276). Nous observons comme elle que ce nouveau type de sacerdoce remplace ou s'ajoute au sacerdoce préexistant du soignant « corvéable à merci ».

Par leur âge et leur engagement initial, les deux médecins les plus âgés appartenaient dès le début de leur exercice à la catégorie des « médecins dans la cité » décrite par Isabelle Baszanger (Baszanger 1983). Ils sont restés « fidèles » (Bloy 2011)⁵⁰⁷ à leur engagement initial, même si celui-ci s'est bien sûr transformé avec l'évolution des contraintes et opportunités de l'exercice. Cela les distingue des deux médecins ayant porté plus récemment un processus de regroupement après avoir exercé de manière plus solitaire. Ceux-ci ont un parcours de « reconvertis engagés » qui les amène à devenir « médecins dans la cité ».

II.1.2. Des professionnels plus ou moins engagés dans la dynamique collective

Parmi les autres professionnels qui s'engagent dans ces structures pluriprofessionnelles, les parcours et les attentes sont variées, et comme nous l'avons déjà souligné, une part d'entre eux rejoint la structure sans attentes particulières, saisissant cette opportunité parmi d'autres, et découvrant dans un second temps les avantages et les contraintes d'un tel regroupement. Que ce

⁵⁰⁷ Géraldine Bloy décrit cinq types de parcours professionnels en médecine générale : – Les « fidèles » (parcours linéaires conformes aux intentions formulées au premier entretien, en médecine générale ou ailleurs). – Les « reconvertis engagés » (vers une pratique qui n'était pas distinguée au premier entretien mais est venue ensuite éclipser toutes les autres). – Les réorientations contingentes opportunes (par hasard et essais/erreurs, jusqu'à stabilisation dans un métier qui convient). – Les réorientations réactives (en réaction à une pratique éprouvée dont on ne veut plus). – Les parcours incertains (sans ligne directrice ni stabilisation évidentes) » (Bloy 2011: 17).

soit chez les médecins ou les autres professionnels de santé, on peut retrouver tous les types de parcours décrits par Géraldine Bloy chez les jeunes médecins généralistes : « fidèles », « reconvertis engagés », « réorientations contingentes opportunes », « réorientations réactives » et « parcours incertains ». Plusieurs infirmiers affirment par exemple avoir choisi ce mode d'exercice pour fuir les logiques gestionnaires hospitalières qui ne leur permettaient plus d'exercer selon leur conscience, tout en retrouvant dans la MSP un travail d'équipe qui leur plaisait en milieu hospitalier.

On observe différentes formes d'engagement, en fonction notamment d'un arbitrage entre temps de travail et temps personnel : plusieurs médecins et paramédicaux dans chaque MSP réservent un ou plusieurs jours par semaine à d'autres activités, qui peuvent être familiales (s'occuper de leurs jeunes enfants) ou professionnelles (diversifier leur exercice, ou de loisir). Les formes d'engagement varient également et en fonction de l'investissement que chacun est prêt à consentir dans la pluriprofessionnalité : dans chaque MSP, une partie ou l'ensemble des professionnels se répartissent les tâches permettant de faire « fonctionner » la structure. Par exemple, dans la MSP A, le médecin coordinateur a proposé une répartition entre quelques membres de la MSP, qui a été acceptée par tous : lui-même partage la coordination avec la diététicienne, tandis que quatre médecins sont responsables respectivement de l'informatique, de la téléphonie, du matériel, et le dernier du ménage et des déchets.

Bien que ces décisions de répartition de tâches fassent partout l'objet de négociations, les attentes des promoteurs sont plus ou moins importantes. Lorsqu'ils s'associent avec de nouveaux professionnels en espérant partager avec eux le poids de leur sacerdoce, certains sont surpris de rencontrer depuis peu des professionnels qu'ils qualifient de « *consommateurs de la pluriprofessionnalité* » (médecin 1, MSPC), désireux de rejoindre un exercice pluriprofessionnel déjà en place, mais souhaitant limiter le plus possible les contraintes liés à la dynamique collective.

II.2. Pour tous, des formes d'engagement qui se révèlent dans la manière de définir les enjeux professionnels, mêlant qualité des soins et des conditions de travail

Comme nous l'avons évoqué dans le chapitre 2, les professionnels de premier recours ont à faire face à une demande complexe, lourde émotionnellement et en charge de travail, en partie imprévisible car liée à la singularité des patients, et à laquelle chacun ne peut répondre seul. Avant de se regrouper, les professionnels interrogés avaient travaillé en tissant des réseaux informels (Bourgeois 2007; Sarradon-Eck et al. 2008) ou parfois formels, ce qui place d'ailleurs les MSP au carrefour de multiples réseaux de santé à travers les investissements antérieurs et souvent conservés de leurs membres. Mais ces professionnels estiment aujourd'hui ce travail en réseau insuffisant. Ils jugent nécessaire de se regrouper physiquement pour mieux s'épauler et se coordonner entre eux. Le caractère facilitateur des interventions « à plusieurs », que les professionnels lient à une meilleure communication et coordination des interventions de chacun, est l'élément le plus souvent mis en avant par les professionnels interrogés au sein des quatre MSP, qu'ils soient médecins ou paramédicaux, investis uniquement dans des activités de soin ou également dans la coordination des prises en charge, des projets ou des structures. La nouvelle organisation collective de travail attendue par les professionnels renvoie à deux types d'objectifs. Dans notre échantillon, l'intervention *coordonnée au sein d'une MSP* renvoie d'une part à une certaine conception de la « qualité » des soins, et d'autre part, à ce que les professionnels désignent ici comme leurs

« conditions de travail » ou parfois leur « confort » de travail au quotidien, vécus comme indissociables⁵⁰⁸. Nous examinons successivement ces différents points.

II.2.1. Les attentes d'une intervention coordonnée en MSP : facilité et fluidité des interactions, connaissance mutuelle et confiance

Deux éléments sont décrits comme permettant l'atteinte des objectifs d'amélioration de la qualité du travail et des conditions de travail : meilleure connaissance mutuelle et relations moins hiérarchiques, possibilité de communication directe et rapide. Ils se formulent en contrepoint d'insatisfactions souvent exprimées par les généralistes et d'autres professionnels du soin.

Premièrement une meilleure connaissance mutuelle et des relations moins hiérarchiques facilitent les échanges, dans les deux sens, entre médecins et paramédicaux qui ont peu de temps morts dans leurs journées de travail :

« C'est vrai qu'on n'a pas forcément l'occasion de se croiser, enfin on se dit bonjour entre deux portes. Le Pôle de Santé ça permet à la fois de plus nous connaître, déjà sur les autres communes, et d'avoir des temps, même informels, où on est réunis. Du coup, c'est plus facile de se dire : « Tiens, j'ai vu tel patient, j'ai remarqué ci et ça, qu'est-ce que vous en pensez ? » (Infirmière, MSP D).

Le fait pour les paramédicaux d' « oser » interpeller les médecins est souligné par tous, dans toutes les maisons, de même que l'impression que leur activité est mieux connue par les médecins et qu'ils seront davantage sollicités, et à meilleur escient, comme l'illustre le témoignage de cette orthophoniste :

« Nous, on envoyait nos comptes rendus aux médecins. Globalement, ils ne les lisaient pas, il y avait assez peu de communication. Rien que de se connaître, ils ont appris à connaître nos métiers. Ils ont découvert que les orthophonistes intervenaient pour les patients qui avaient la maladie d'Alzheimer. Ça a été la grande découverte du Pôle de Santé ! A la fois, moi j'hésite moins à appeler un médecin pour un patient ou pour une ordonnance, ou à appeler le secrétariat si c'est juste un problème d'ordonnance. Je vais moins hésiter et, inversement, je pense que, eux, ils vont plus penser à nous pour leurs patients, en se disant qu'on peut peut-être faire quelque chose » (orthophoniste, MSP D)

Deuxièmement, la possibilité d'une communication directe et rapide entre professionnels est toujours mise en avant, comme l'explique un kiné de la MPS C : « dès qu'on a une question, on passe un coup de téléphone, ou on va voir à côté : « Tu as deux minutes ? » et le problème est vite réglé ! Ça évite de passer par le patient qui peut déformer les propos qu'on va lui donner ». Cette

⁵⁰⁸ Ce constat avait déjà été fait dans des situations diverses où « des médecins localement influents s'impliquent de manière intense dans la réorganisation des pratiques locales [... en développant] un argumentaire double : d'une part, ils mettent en exergue leur volonté d'améliorer la prise en charge de leurs patients, d'autre part, l'accent est mis sur les conditions de prise en charge, donc les conditions de travail et de vie des praticiens » (Monneraud 2011).

communication, souvent verbale (en allant frapper à la porte, en se croisant dans le couloir ou dans la salle de repos, en se téléphonant ou lors de réunions formelles), peut aussi emprunter de multiples autres canaux : papier déposé sur le bureau du confrère, e-mail, message dans le dossier d'un patient, message oral laissé au secrétariat ou écrit dans un cahier prévu à cet effet. Elle intéresse également les médecins, dont l'un explique que l'exercice en MSP « *ouvrait encore d'autres horizons de communication interne chez les professionnels, ça a favorisé une meilleure communication, essentiellement, et puis aussi une amélioration de notre pratique. Par le biais de la communication, sur le plan du patient, je pense que ça permet de mieux saisir certains paramètres qu'on n'avait pas toujours, par exemple, avec les kinés, avec les infirmières, au niveau de la relation dans le soin* » (médecin2, MSP A).

Cette facilité à communiquer est observée en retour par les médecins :

« Par exemple, régulièrement je monte chez les kinés, en disant : « Monsieur truc, t'en es où parce que, moi, je comprends rien ». Ou le kiné descend et vient nous dire : « lui, ça commence à devenir difficile, j'y arrive pas », ou « qu'est-ce qu'il vient faire ? c'est quoi ? quel est son problème ? ». Ça nous permet déjà d'avoir un regard différent sur les choses, surtout avec la kiné où on se rend compte... il y a des gens, la kiné ça permet d'allonger, d'allonger, d'allonger l'arrêt de travail. Et le kiné s'en rend rapidement compte et nous le fait savoir. Il faut reconnaître que ça ne m'est jamais arrivé, ou quasiment jamais, d'avoir le même genre de discours avec un kiné extérieur. Peut-être de temps en temps à la maison de retraite, mais en dehors de ça, c'est très difficile de prendre le téléphone, d'appeler un kiné, en disant : « Monsieur et Madame Z, qu'est-ce que vous en pensez ? ». Là, je monte et voilà. » (médecin 1, MSP C)

Les médecins n'hésitent pas non plus à interpellier les infirmières :

« Pour des plaies, ça nous arrive de demander leur avis aux infirmières. Et c'est pas gênant, on leur dit : « t'en penses quoi ? ». Vu qu'elles en voient dix fois plus que nous, c'est évident.

- *On a une chance extraordinaire, c'est que...*
- *On a des infirmières compétentes.*
- *Oui, mais on est dans une Maison où on s'aime bien. On est tous ensemble parce qu'on travaille ensemble, mais on a aussi la chance, c'est qu'on s'aime bien, on se connaît bien, on se connaît même très bien. On a partagé beaucoup de choses ensemble* » (médecins de la MSP C, entretien collectif)

Ces éléments, reposent à la fois sur des interactions entre représentants de la même profession (que nous n'avons pas illustrées ici car déjà en vigueur dans un exercice monoprofessionnel regroupé) et, on le voit ici, sur des interactions entre représentants de différentes professions, plus spécifiques du travail en MSP. Ce sont la facilité et la fluidité de ces deux types d'interactions, construites sur une connaissance mutuelle permettant l'estime et la confiance, qui pour les professionnels améliorent la qualité de leurs pratiques et leurs conditions de travail.

II.2.2. La référence à la qualité dans le discours professionnel : la continuité des soins, l'apport des avis croisés, mais pas forcément l'harmonisation des pratiques

Le point de vue qu'ont les professionnels de la « qualité » du travail pluriprofessionnel en soins primaires apparaît construit d'abord à partir de leur propre vision, puis des retours des patients et des exigences perçues des pouvoirs publics, confirmant ce que nous avons observé dans la MSP en projet. Ils évoquent pêle-mêle continuité des soins et articulation des prises en charge, efficacité diagnostique et thérapeutique, orientation adéquate et rapide, optimisation des dépenses et gain de temps pour les patients (ajustement des durées de traitement, rendez-vous groupés), ou encore proximité de l'offre pour les patients. Cependant, l'harmonisation des prises en charge ne fait pas l'unanimité chez les médecins dont certains font valoir l'intérêt d'une diversité d'approches.

Tout d'abord, le fait d'être regroupés facilite pour les professionnels la continuité des soins, c'est-à-dire la possibilité pour leurs patients d'être reçus à tout moment, même s'ils sont absents. C'est un avantage pour cette jeune médecin exerçant à mi-temps, maman de jeunes enfants, qui souhaitait « *pouvoir faire un mi-temps avec un confrère qui prenait le même bureau que moi, pour avoir une continuité de soin pour les patients, une continuité de présence. Et puis les confrères, quand l'autre est absent* » tout en consacrant une part importante de son temps à sa famille (médecin 6, MSP D.). L'avantage d'être en groupe est de garantir la continuité des soins en se faisant remplacer au pied levé en cas de problème, c'est donc à la fois un objectif de qualité de la prise en charge pour les patients et une source de confort pour le professionnel, comme l'expriment ces deux médecins :

« - Travailler en groupe, ça facilite la vie de tous les jours. Moi c'est une de mes motivations pour venir en groupe.

- Qu'est-ce que ça vous a permis ?

- En fait je n'étais plus seule. Moi, mon angoisse c'était qu'un de mes enfants tombe malade et que je doive laisser ma place à quelqu'un parce qu'il y avait ma patientèle et que je ne pouvais pas me faire remplacer. Je ne me voyais pas fermer le cabinet.. C'est quand même énorme. Ma première motivation, c'est la tranquillité de l'esprit, de savoir que si je n'étais pas là... Ça s'est avéré nécessaire une fois et c'est quand même plus facile, on m'a dit : « tu laisses tout, tu ne t'occupes de rien et puis tu reviens, et c'est bon ». Je suis partie une semaine et je n'ai pas eu du tout à m'occuper... Pour moi, c'était énorme ! (médecin 4 MSP B)

- On a tous eu des imprévus d'ailleurs (médecin 1 MSP B) » (entretien collectif)

Cela rejoint la conception exprimée par tous les infirmiers, comme par exemple celui pour qui en travaillant à plusieurs, « *on se retire une épée de Damoclès ! En libéral j'étais tout seul, donc 1 – 1 = 0 et là, 2 – 1 = 1 !* » (infirmier 1, MSP D)

Autre aspect de qualité, la confrontation d'avis facilitée par la proximité permet une meilleure coordination interprofessionnelle, source d'efficacité et d'efficience, dont ce kinésithérapeute donne un exemple : il repère les soins inefficaces et les signale au médecin pour faire progresser le diagnostic et permettre un ajustement plus rapide de la prise en charge :

« - J'ai un exemple, une dame qui a son épaule qui ne progresse pas, je suis allé voir son médecin en bas [ils exercent à des étages différents], en disant : « je ne comprends pas, ça ne progresse pas, il faudrait peut-être penser à l'envoyer voir un rhumato [réponse du médecin :] « Dis-lui de venir me voir, je l'enverrai à un rhumato ». Et j'ai trouvé ça génial. Cette dame, elle m'est reconnaissante parce qu'elle sait très bien que je suis allé voir le médecin. Moi, j'ai eu

l'impression d'avoir fait mon travail et, au moins, on a la solution tout de suite. On a des gens qui nous font confiance : le médecin ne va pas nous prendre de haut, en disant : le kiné, il l'a peut-être mis un quart d'heure avec de l'électro dans une salle, il s'en fout, il en a trois autres en même temps... Non, ils savent très bien qu'on essaie de faire un bon travail, qu'on s'investit dans notre travail. Donc, à partir de là, quand on leur donne des critiques, ils nous suivent. Alors parfois ils nous disent non ! ça peut arriver qu'ils disent : « je ne suis pas tout à fait d'accord, tu dis ça, mais moi, je pense plutôt ça. (kinésithérapeute 1)

- Il y a un échange. (kinésithérapeute 2) » (MSP B, entretien collectif)

La facilitation d'une orientation adéquate et rapide des patients est citée par de nombreux professionnels comme l'un des effets de leur meilleure connaissance réciproque et de travaux communs : *« On n'aurait pas fait ce protocole ensemble, je n'aurais pas su forcément diriger mon patient correctement. Il y a des choses que j'ai apprises et maintenant, je peux dire à mon patient : « Ecoutez, vous pouvez aller voir un médecin, mais la sage-femme est aussi capable de faire ça » » (kinésithérapeute 1, MSP C)*

L'exercice regroupé dans un même lieu permet aussi de coordonner les horaires de consultation pour que la personne se déplace une seule fois avec deux rendez-vous qui se suivent, avec à la clé, le cas échéant, un gain du temps et une seule facturation d'ambulance. C'est ce qu'évoquent un kinésithérapeute et un podologue de la MSP D. Cela leur permet également un échange à plusieurs avec le patient : le lieu d'interaction entre ces professionnels se déplace : d'occasionnel à domicile, il devient quotidien dans la MSP.

La qualité résultant de l'harmonisation des pratiques ne fait néanmoins pas l'unanimité. Elle est soulignée par certains professionnels, mais elle reste controversée entre les médecins, à la fois dans ses objectifs et ses moyens, comme le montre cet extrait d'entretien collectif avec les médecins de la MSP A :

« - Le côté harmonisation, c'est l'avenir du truc. Déjà, on est motivés pour travailler ensemble. Dans un premier temps, c'est ensemble et chacun individuellement quelque part. L'idée, à mon avis de l'avenir, c'est de travailler ensemble et d'harmoniser nos façons de travailler. (médecin 3, MSP A)

- Sans trop les harmoniser, le but c'est d'être un peu différents aussi ! (médecin 4, MSP A)

- Mais d'avoir des outils communs. (médecin 3, MSP A)

- Une approche un peu identique. (médecin 5, MSP A)

- Mais pas tant que ça. Tu ne peux pas ! (médecin 4, MSP A)

- Tu n'as pas les mêmes patients non plus. » (médecin 6, MSP A) (entretien collectif, MSP A)

L'un des médecins prend l'exemple d'une rhinopharyngite qui ne nécessite pas d'antibiotiques pour montrer qu'ils devraient tous intervenir de la même façon, un autre l'exemple du diabète pour exposer sa conviction que chacun doit garder sa propre approche.

La qualité repose pour d'autres sur un renversement de la manière d'aborder les problèmes en médecine générale, qui reste à construire et où les MSP peuvent jouer un rôle :

« -Moi j'aimerais bien avoir des tas de consultations communes, en particulier avec les kinés et les podologues, orthoptiste aussi. Le nombre de gens : « j'ai mal à la tête », etc., moi je perçois que c'est un problème qui est postural, je leur dis : « faut prendre rendez-vous ». On aurait par exemple une matinée dédiée à ce genre de choses, où tout le monde est là, avec au

moins un médecin, on a un bilan complet instantané et les gens partent vraiment avec un diagnostic absolument complet et concerté. Chose qui n'existe pas ailleurs, même à l'hôpital, ils ne le font pas comme ça. On a des avis qui sont morcelés et il y a pas d'échanges de professionnel à professionnel, enfin rarement. J'aimerais bien pouvoir systématiser ça (médecin 3, MSP C)

- En entendant ça, je pensais au RCP en cancéro, mais là encore, on prend le problème à l'envers, on part d'un diagnostic et on réunit les gens pour avoir un regard différent sur ce diagnostic déjà posé. En médecine générale, c'est plutôt l'inverse : il y a une problématique, il y a une souffrance, il y a une demande et on part avec un groupe pluridisciplinaire pour arriver à mettre un objectif commun sur cette souffrance ou cette demande. (médecin 2, MSP C)

II.2.3. L'enjeu pragmatique de l'amélioration des conditions de travail : entre « survie » et « confort »

Pour les professionnels, l'atteinte de ces objectifs de qualité est indissociable de l'amélioration de leurs conditions de travail, qui repose à la fois comme on l'a entendu, lors de multiples déplorations de leur détérioration, sur des interactions interprofessionnelles plus étroites, plus égalitaires et plus fluides, et sur une mutualisation des ressources et outils de travail.

Dans les zones où l'offre de soins est insuffisante, ou en risque de le devenir, l'objectif minimum est de maintenir une offre et de prévenir le burn-out des professionnels en exercice. C'est ce que l'on entend dans les quatre MSP visitées, où les médecins évoquent tous une menace à court ou moyen terme sur l'offre de soin et une charge de travail croissante : ainsi pour la MSP C, le regroupement a fait suite au constat par les infirmiers de la dégradation des conditions de travail des médecins, qui retentissait sur la qualité de la prise en charge des patients. Mais au-delà d'améliorer la situation pour soi, il s'agit pour une partie des médecins de laisser derrière eux un outil de travail à transmettre. C'est la première motivation évoquée par le médecin coordinateur de la MSP B pour s'inscrire dans le mouvement des MSP aujourd'hui, et pour tenter de bénéficier de financements dans l'expérimentation ENMR. Dans un contexte où les médecins ne revendent plus leur clientèle et où certains cabinets ferment sans successeur, il s'agit de laisser un « *outil de travail* » fonctionnel et attirant pour de jeunes médecins, avec pour certains la possibilité de le transmettre à leurs propres enfants :

« -La motivation, c'est que si on a un super outil, on aura plus de chance d'avoir des successeurs. Ça, c'est le premier argument. (médecin 1, MSP B)

-Ça suppose que laisser quelque chose derrière vous sur ce que vous avez fait, qu'il y ait des gens qui prennent derrière, c'est important ?

-Oui, quand même. Moi, j'ai une de mes filles qui est médecin. Donc, j'espérais qu'elle ferait de la médecine générale. Pas de chance, elle fait de la cardiologie. Et puis j'ai mon dernier fils qui passe son bac et il y a encore six mois, il avait dit : « je pense que je ferai médecine ». Et finalement, il ne fait pas médecine. Je me voyais très bien lui laisser ma succession dans 9 ans. Un des médecins de F a son fils qui a fait médecine, et il est ravi parce qu'il va s'associer avec lui. Il y a pas mal de médecins dans le coin qui s'associent avec leurs enfants. Donc là, je suis un

peu déçu. En gros, je ne me motivais pas pour ça, mais je me disais : “quand même, je vais lui laisser un super outil”. Bon, je le laisserai à quelqu'un d'autre, c'est tout. »

Le regroupement peut aussi avoir pour objectif de se prémunir face à une incertitude de l'avenir professionnel, par une sécurisation de sa position et pour se garantir une certaine quantité de travail. Ainsi, pour l'un des infirmiers, le regroupement a été vécu comme un ralliement forcé : « *L'intérêt de rejoindre un Pôle de Santé, c'est déjà de ne pas se retrouver isolé des autres professionnels, de ne pas se retrouver tout seul avec tous les autres professionnels dans un autre Pôle de Santé.* » (infirmier 1, MSP D). Ce choix a été difficile pour lui car il a dû arbitrer entre l'avantage d'un emplacement ancien commode pour les patients et l'avantage d'un emplacement futur attractif par sa pluriprofessionnalité, qui risquait d'influer sur les préférences des patients : « *Moi, au début, je n'étais pas chaud pour intégrer le Pôle de Santé parce que mon cabinet de soin est à côté de l'église. Tous les jours, il y a une permanence pour les gens qui veulent une prise de sang. Donc le côté pratique, c'est la situation dans le centre bourg. Beaucoup de personnes âgées viennent à pied. Alors intégrer un Pôle de Santé qui est excentré, qui est du côté de Super U... je disais non, ici je suis très bien, c'est très pratique pour les personnes âgées* » (infirmier 1 MSP D).

L'un des autres aspects mis en avant par les paramédicaux concerne une forme de « sécurisation » du travail. Il s'agit à la fois de garantir une sécurité concernant la quantité de travail (suffisamment de prescriptions médicales), et une sécurité en matière de qualité du travail, à travers les retours de la part des autres professionnels (et non plus seulement des patients). Ces aspects sont perceptibles dans le discours de ce jeune kinésithérapeute :

Je me suis associé en 2009 parce que le cabinet me plaisait, parce qu'il y avait du travail et parce qu'on était en Maison médicale. Etre dans une Maison médicale nous apportait pas mal de choses dans le sens... Le côté pécuniaire, on va dire que c'est la sécurité de l'emploi parce que, en Maison médicale, on sait qu'on est en contact avec les médecins. Vu que le contact se passait bien et qu'ils avaient, je pense, une bonne image de notre travail, je savais que j'allais avoir du travail, qu'ils allaient plus ou moins orienter leurs patients vers des gens qu'ils connaissaient. Donc, pour moi, on va dire que c'était une sécurité. En plus, ça nous permettait d'avoir le côté un peu feed-back. On soigne des gens, ça se passe bien, on le sait par les médecins, ça se passe mal, on le sait aussi par les médecins. Ça nous permet d'orienter un peu notre travail. Pour moi, ça a été un argument supplémentaire, donc je n'ai eu aucun doute au moment de m'associer. » (kinésithérapeute 2, MSP B).

Le discours d'une jeune orthophoniste va dans le même sens en soulignant que l'appartenance à une MSP permet d'élargir les recrutements au-delà des patientèles habituelles d'enfants : « *depuis qu'on a fait le pôle, il y a plus de prescriptions pour les adultes* » (orthophoniste 2, MSP D)

D'autres professionnels cherchent dans le regroupement le moyen de diversifier les pistes de financement, dans une période qu'ils perçoivent comme incertaine et où les frontières professionnelles bougent. Ainsi les médecins de la MSP C ont incité leurs collègues installés à proximité à se regrouper afin d'être prêts à recevoir des financements collectifs : « *Il faut être prêt, parce que le jour où ça va se généraliser, ça va venir de partout et l'ARS sera complètement débordée pour valider les projets. Donc il faut les faire valider avant* » (Médecin 1, MSP C). Une autre source de diversification des financements est celle apportée par les activités d'ETP et par les forfaits existant pour rémunérer d'autres types de tâches (vaccinations, suivi des INR, et autres protocoles), dans

lesquelles certains infirmiers pensent important de s'engager au cas où d'autres actes ne seraient plus financés. Pour une infirmière, « *Les vaccinations, l'ETP, c'est vrai, c'est plus de travail. Mais on ne sait pas ce qui nous attend demain. Un moment, il y a eu un semblant de loi qui disait qu'ils allaient supprimer les prises de sang, qu'ils allaient laisser toutes les prises de sang aux laboratoires. Demain, si on me supprime mes prises de sang et si c'est le labo qui fait tout, je travaille deux tiers de moins. Là, on est mal. Donc, je me dis qu'on ne sait jamais de quoi demain est fait, et il faut peut-être prendre les choses qui passent et changer un petit peu aussi, varier ce qu'on fait.* » (Infirmière 2, MSP B)

Quelle que soit la profession, la question immobilière est importante et soumise à des contraintes, comme celles d'assurer un confort d'exercice et un confort d'accueil pour la patientèle (accessibilité pour le public, parking à proximité, sécurité pour les professionnels dans les zones où ils sont exposés...) Ainsi pour les professionnels de la MSP D dont la motivation au regroupement a été au départ de rendre viable un projet immobilier, il s'agit de sortir de locaux vétustes, qui ne sont pas aux normes pour l'accueil des personnes handicapées alors que cela sera bientôt obligatoire. Une autre contrainte réside dans l'espace nécessaire, qui doit dans l'idéal réserver une possibilité d'extension pour permettre de travailler avec un remplaçant ou de prendre un associé, toutes choses qui ont un coût. Cette exigence pousse les professionnels à mutualiser les charges immobilières et à se tourner collectivement vers les élus, susceptibles de participer au frais de l'exercice regroupé. L'exemple des trois puis quatre kinésithérapeutes de la MSP C, qui mutualisent leurs locaux avec d'autres paramédicaux, illustre bien cet objectif : « *Pour pouvoir intégrer un assistant, il a fallu qu'on mutualise le cabinet avec les infirmiers. C'est-à-dire que les infirmiers sont là le matin de 8 heures à 10 heures, et ils arrivent à 18 heures. Donc H. (l'assistant) bosse là de 10 h à 18 h. Et le jeudi après-midi, nous, on ne travaille pas, il bénéficie des trois boxes. Donc, c'est aussi une chose nouvelle pour le cabinet. Nous, le cabinet, c'est un outil de travail, ce n'est pas notre cabinet. Ce n'est pas à moi, ce n'est pas à G., ce n'est pas à H., c'est un outil de travail, ce qui est un peu différent des médecins qui ont leur propre cabinet.* » (kinésithérapeute 2, MSP C) Cependant les médecins n'ont pas un cabinet attiré dans toutes les MSP. En effet on voit apparaître aussi chez certains médecins un souhait de mutualisation des frais immobiliers à travers un engagement locatif qui va de pair avec un rapport renouvelé au travail et à ses outils : un médecin cinquantenaire engagé dans le projet de la MSP X, propriétaire de son cabinet actuel, envisage d'être locataire de la future MSP afin de gérer autrement son patrimoine pour satisfaire les besoins de ses enfants adolescents et jeunes adultes, et pour retrouver plus facilement la liberté éventuelle de changer de lieu d'exercice. Cela fait écho avec l'idée développée par Géraldine Bloy que les jeunes médecins gèrent leur parcours en s'assurant une liberté professionnelle dans un monde qui valorise la flexibilité (Bloy 2011).

Mais on retrouve dans toutes les MSP visitées l'objectif de partager plus que des moyens matériels. Ce que les professionnels appellent « *co-opérer* » rejoint alors le fait d'être « *associés* » au sens fort, et dépasse le fait de « *co-habiter* », selon les termes employés par un jeune médecin : « *Il y a des co-habitations et il y a des associations. Ici, on a la même ligne de téléphone, on a les mêmes dossiers, les mêmes cahiers d'appels, la même secrétaire, qui n'est pas apparentée avec nous, c'est très important.* » (Médecin 3 MSP B). Ainsi les professionnels ont bien sûr le souhait de partager les charges ou les outils (immobilier, secrétariat, téléphone, système d'information), mais ils ont aussi le souhait de « *partager des patients* » (à travers les dossiers ou lors de consultations où les professionnels se disent « *interchangeables* ») ou encore de partager des avis sur les prises en charge

des patients (en mono- et/ou pluri-professionnel), ainsi que des projets communs. Là réside une volonté réelle et profonde de changement de pratiques.

Sortir de l'isolement constitue un élément récurrent dans le confort d'exercice, surtout pour les professionnels débutants. Un infirmier a rejoint en 1990 une maison médicale, après s'être installé tout seul pendant trois ans car il ne trouvait rien d'autre que des postes hospitaliers de nuit :

« Déjà, à l'époque, le fait de travailler dans un groupe où il y avait des médecins, des infirmiers, des kinés et puis un dentiste, je trouvais ça bien. L'idée était novatrice et puis, pourquoi pas ? Et puis se sentir épaulé par une équipe surtout, pour un jeune praticien, parce qu'il ne faut pas oublier, comme les médecins, quand on commence dans la vie professionnelle, en libéral, on est tout seul. A l'hôpital, il y a toute une équipe derrière, il y a les anciens, les collègues... et nous, il faut se débrouiller » (Infirmier 1, MSP C)

Le confort d'exercice en MSP passe également par des effets inédits de transmission et d'acquisition simplifiée de savoir-faire et de « bonnes pratiques » et, d'un réseau, que les libéraux ayant exercé seuls ont dû acquérir et se construire seuls. Il s'agit d'un échange monoprofessionnel (entre kinésithérapeutes) au sujet d'une culture pluriprofessionnelle :

« - C'est des choses qu'on n'a pas eues dans notre formation. Je pense que la chance qu'il a [parlant de son jeune collègue, présent], c'est qu'il est en train de gagner du temps sur des kinés comme P ou moi, où nous, il a fallu qu'on fasse plusieurs cabinets, qu'on se forme... lui il rentre dans un truc où on lui apprend les choses directement en sortie d'école. On fait des réunions informelles pour certaines choses, qu'on n'a pas eues dans notre cursus, qu'il intègre. Donc je pense que c'est aussi une chance pour lui, il gagne du temps dans sa carrière et point de vue culture générale. (kinésithérapeute 1, MSP C)

- Je pense qu'il y a beaucoup de choses que j'apprends ici et que j'apprendrais pas si j'étais tout seul dans mon cabinet ou dans un cabinet de groupe ». (kinésithérapeute 3, MSP C)

Le confort de travail passe aussi pour les professionnels par des relations moins hiérarchiques, moins segmentées entre professionnels : *« Je pense que ça va casser les frontières : moi le médecin, moi l'infirmier qui ne suis pas que l'exécutant aussi. Je crois que ça met à plat tout ça. Au niveau relation, c'est beaucoup mieux, je pense. » (infirmier 1, MSP D)*

Pour les paramédicaux, ces relations plus égalitaires avec les médecins revêtent une très grande importance. Le regroupement répond pour eux à un besoin d'interconnaissance et de (re)connaissance mutuelle, qui les légitime auprès des patients, comme l'a déjà souligné Patrick Castel dans la relation entre plusieurs médecins autour d'un patient (Castel 2005)⁵⁰⁹. Les paramédicaux leur attribuent un effet sur la qualité des pratiques, leurs conseils prenant plus de poids lorsqu'ils sont validés ou renforcés par le médecin comme l'explique la diététicienne de la MSP A. Cela peut également être source d'une reconnaissance exprimée au paramédical, comme dans l'exemple du kinésithérapeute de la MSP B rapporté plus haut, où sa relation facilitée avec le

⁵⁰⁹ Castel, P., 2005. Le médecin, son patient et ses pairs. Une nouvelle approche de la relation thérapeutique Une nouvelle approche. *Revue française de sociologie*, 46(3), pp.443-467.

médecin a permis d'accélérer la demande d'un avis spécialisé sur une douleur d'épaule. Les kinésithérapeutes sont également très sensibles, comme l'était l'orthophoniste de la MSP D, à la possibilité d'échanges bilatéraux, et à l'engagement des médecins dans une démarche d'apprentissage de leurs pratiques, afin que chacun puisse suivre l'évolution de la prise en charge faite par l'autre :

« - Dans le Pôle, ce qui est intéressant, c'est qu'ils se sont aussi intéressés à nos pratiques, les médecins. Ils se sont informés un peu plus de savoir ce qu'on faisait. (kinésithérapeute 1, MSP D)

- Et ils demandent encore à savoir ce qu'on fait. (kinésithérapeute 2, MSP D)

- Ils demandent par mail ce qu'on peut faire, ou par téléphone. (kinésithérapeute 1, MSP D)

- Ils vous prennent aussi comme conseillers, d'une certaine façon ?

- Oui, sur certaines pathologies. (kinésithérapeute 1, MSP D)

- C'est pas seulement vous qui allez vers eux, c'est aussi eux qui viennent vers vous.

- Voilà ! (kinésithérapeute 1, MSP D)

- Ça m'arrive d'envoyer des mails par rapport à un rendez-vous de vérification, quand les personnes ont été appareillées, qu'on les revoie deux mois après, les renvoyer pour dire comment ça s'est passé, surtout quand ça va mieux. Je pense que ça les intéresse aussi. (kinésithérapeute 2 MSP D) »

Enfin, plus largement, certains professionnels expriment le souhait d'acquérir une « culture » concernant le travail des autres, permise par les réunions pluriprofessionnelles : Au-delà de la meilleure qualité de prise en charge que cela est censé permettre, il y a l'envie plus générale d'un enrichissement personnel, même si ce n'est pas directement sur des aspects mobilisables dans les soins : *« C'est pour apprendre des choses qui peuvent nous servir aussi dans notre quotidien avec les patients, pour les orienter parfois vers d'autres professionnels ou les conseiller. Je pense que c'est à ça que ça sert, dans notre travail en tout cas. Après, c'est bénéfique, aussi pour nous, pour notre culture. »* (orthophoniste 1, MSP D)

II.3. Sens de cet engagement, et rôle social des soins de premier recours

Le rôle social que se donnent les professionnels engagés dans un exercice coordonné pluriprofessionnel est pensé à la fois individuellement et en tant que membre d'une profession donnée, notamment par les médecins généralistes qui souhaitent fortement participer à la redéfinition et à la reconnaissance de leur spécialité, et par certains paramédicaux (infirmiers, diététiciennes, orthophonistes) qui souhaitent faire évoluer leur profession. Ce rôle social est aussi pensé collectivement, en le réunissant sous la bannière des « soins primaires », ou exceptionnellement des « paramédicaux réunis ». Ce rôle social renvoie à deux aspects : l'offre de service à mettre à disposition des usagers, dont nous verrons le détail dans le chapitre 4 et une vision

renouvelée des soins primaires passant par une réforme organisationnelle et leur repositionnement au sein du système de santé.

Ce rôle social se construit au fil des projets et des interactions, les promoteurs de la MSP et les porteurs de chaque action nouvelle se trouvant dans une situation d'entrepreneur-frontière (Bergeron et al. 2013)⁵¹⁰, développant plus ou moins certains aspects de pratique en fonction de leurs interlocuteurs. Nous le préciserons après avoir décrit les activités déployées (dans le chapitre 4).

Ici, nous nous contentons de souligner quatre éléments qui entrent dans la construction de ce rôle social :

Premièrement, parmi les éléments constitutifs de ce rôle social, ressortent notamment les suivants : le fait que les professionnels sont prêts à « *assurer une mission de quasi service public* » (médecin coordinateur MSP X). Il s'agit pour eux, collectivement, de devenir un interlocuteur visible, participant à la régulation de l'offre de soins au niveau du territoire, se plaçant « en avant poste de la maison médicale de garde », redistribuant les tâches et les compétences pour recourir le moins possible à l'hôpital (nous le montrerons plus clairement dans le chapitre 4). L'un des objectifs affichés est de remplacer la médecine de réseau par une médecine de territoire, ou en tous cas d'assurer la prééminence de la seconde, créant une situation de concurrence entre diverses formes organisationnelles.

Deuxièmement, comme on peut le constater à travers les extraits d'entretien, l'exercice pluriprofessionnel apparaît aujourd'hui comme une voie de « ré-enchantement professionnel » pour certains médecins âgés (Bouchayer 1994). Dans le même sens, et cette rupture est significative, on observe que les jeunes médecins généralistes n'ont plus l'attitude de rejet qu'avaient leurs aînés pour une médecine collective, répondant à une mission de service public. L'évolution des réalités sociologiques de l'exercice du métier de médecin est perceptible dans les discours rapportés ici et rejoint le constat posé par Anne-Chantal Hardy : « Alors que les générations plus anciennes, et même les pouvoirs publics, n'ont pas réellement envisagé une « autre » médecine libérale, les jeunes médecins l'ont inventée. Là où la « liberté » se traduisait en une totale disponibilité, ils l'ont aménagée pour se la partager. Là où la peur du salariat et du « fonctionnariat » faisait frémir leurs aînés, ils pourraient y voir plus de protections que de contraintes. Là où le « colloque singulier » devait ne laisser aucun tiers s'immiscer entre le médecin et le patient, les plus jeunes aspirent à ne pas se retrouver seuls face à la multiplicité des problèmes auxquels ils sont confrontés. Et là où d'aucuns se refusaient à laisser les intérêts collectifs guider leur action, les médecins d'aujourd'hui ne trouvent pas indécent de se penser destinataires d'une mission de service public » (Hardy 2013: 634-635). Mission de service public qu'on retrouve surtout dans l'idée de la continuité des soins. Même si le choix d'exercer en MSP n'est que l'un des nombreux possibles ouverts aux jeunes professionnels, « aptes à exercer un grand nombre de fonctions médicales dans des contextes variés » (Bloy 2011), on peut se demander si, dans une société où les formes antérieures d'identification durable à des

⁵¹⁰ Bergeron, H., Castel, P. & Nouguez, E., 2013. Éléments pour une sociologie de l'entrepreneur frontière. *Revue française de socio*, 54(2), pp.263–302.

rôles établis ou à des « nous » communautaires sont déstabilisées (Dubar 2000)⁵¹¹, une nouvelle forme d'identité n'est pas en train de se recomposer autour d'une pratique regroupée en médecine générale.

Troisièmement, il faut souligner la force de la logique proprement professionnelle qui émerge à travers l'analyse de ce qui fonde pour les professionnels la qualité de leurs pratiques et de leurs conditions d'exercice. Cette logique laisse peu de place à la logique de santé publique censée soutenir la démarche de développement de nouvelles actions par les professionnels, comme le montre le peu de cas fait généralement des « diagnostics de besoins territoriaux » qui font partie de la démarche d'élaboration d'un projet de santé :

« Les médecins, ils n'en ont rien à faire du diagnostic de territoire. Evidemment qu'ils savent très bien qu'ils sont soit dans une zone où c'est la précarité ou c'est de l'hypertension. Les médecins, vous les réunissez, vous leur dites : « c'est quoi votre diagnostic de territoire ? » Il n'y a pas besoin de faire une étude, qui prend du temps et qui ne sert de toute façon pas à grand-chose. » (Médecin, MSP C)

Cette tension entre logique professionnelle et logique de santé publique avait été soulignée par le sénateur Juilhard (2007) et rappelée par Pierre Lombrail (Op. cit. 2014). Nous reverrons ce point en montrant plus loin de quelle manière les professionnels choisissent d'orienter le développement de leurs projets. Cet écart met en relief l'aptitude au changement de ces médecins dans la mesure où il ne leur est pas imposé mais où ils en demeurent les promoteurs et les acteurs principaux, si ce n'est exclusifs, constat qui participe d'un des enseignements et résultats originaux de ce travail de thèse.

Quatrièmement, et cela prolonge la remarque précédente, peu de professionnels anticipaient ce qu'allait être les exigences du travail pluriprofessionnel en MSP et de la contractualisation avec l'ARS. D'où il résulte des formes d'engagement diverses selon les priorités des professionnels attachées à certains moments de leur vie personnelle ou professionnelle (jeunes mamans qui ne font que du soin, retraités qui lèvent un peu le pied, etc.), et d'où vient aussi la nécessité de laisser du temps au processus qui conduira à la constitution d'une structure adoptant et revendiquant un rôle social plus partagé, co-construit et affirmé. Le rôle social identifiable aujourd'hui résulte encore d'un empilement d'actions que nous décrivons plus loin.

Conclusion :

Quelle place pour les approches de prévention dans les processus d'engagement observés ?

A l'issue de cette analyse des aspirations des professionnels de soins primaires lors de leur engagement dans une dynamique de regroupement pluriprofessionnel, on peut noter la faible place qu'y occupe la prévention, au sens strict, peu citée spontanément ou explicitement.

⁵¹¹ Dubar, C., 2000. *La crise des identités*, Paris: PUF.

Pourtant, de l'analyse d'entretiens collectifs plus spécifiquement centrés sur la prévention, réalisés par l'APMSL avec des professionnels exerçant dans des MSP, il ressort que la prévention est pour eux indispensable, qu'elle fait partie intégrante de leur rôle. Ils valorisent le fait qu'elle soit à la fois un élément de qualité des pratiques et qu'elle améliore leurs conditions de travail. Ainsi premièrement, pour eux, la qualité des pratiques de soins primaires est améliorée par une prévention qui déplace la prise en charge vers la santé et la qualité de vie, sans se limiter au dépistage, et qui donne une place plus active aux personnes soignées. Deuxièmement, pour ces professionnels, la prévention améliore leurs conditions de travail dans deux dimensions. D'une part, comme l'exprime un homme médecin de 58 ans, exerçant depuis trois ans dans une MSP, c'est un « *moyen de donner du sens à l'exercice de la MG* » et de « *se faire plaisir à travailler* », en réponse à la « *frustration au cours des années d'exercice de ne pas pouvoir élargir le champ d'exercice de la médecine générale* » (Op. cit : 57). D'autre part, développer une approche préventive à l'égard des patients contribue à prévenir le risque de burn-out ou de démobilité devant certaines situations de patients très complexes, car pouvoir se rencontrer aide les intervenants agissant à des niveaux différents à se tenir au courant, à trouver des solutions, à conforter leurs interventions respectives, à se soutenir émotionnellement. Comme l'exprime une femme médecin âgée de 30 ans, exerçant dans une MSP depuis deux ans, « *ça prévient notre propre démotivation* » (APMSL 2013: 54)⁵¹².

La prévention du burn-out et de la dégradation de l'exercice de soins primaires est par contre au premier plan des discours qui nous ont été tenus, avec une visée de préservation de la force de travail des professionnels au service de la santé de leurs concitoyens, avec un vrai engagement notamment dans des zones en voie de désertification (qui donne du sens à la mission de service public assurée par la médecine de proximité).

Lorsque la prévention a été explicitement évoquée par nos témoins, c'est à travers la question de l'approche « globale » et de l'idée d'« anticiper » les prises en charge, qui apparaît très limitée par les modalités de rémunération des médecins à l'acte :

« C'est pas une partie de plaisir de venir voir le docteur, il faut accepter ça. Donc, si on peut retourner un petit peu les choses, en disant : « vous allez venir nous voir pour apprendre à ne pas trop venir », c'est quand même vachement bien. Comme je le disais à mes patients : « vous payez un abonnement, vous êtes toujours en bonne santé et moi, je vais à la pêche, c'est formidable ». Ça, c'est la capitation. « Au contraire, je vous paye à l'acte, je vous guéris jamais complètement, comme ça vous revenez toujours ». Et les gens, ils disent : « c'est pas con votre truc ». Mais c'est ça qui est important, la prévention c'est la capitation, vous payez un abonnement chez le docteur. C'était l'histoire du référent, l'histoire du médecin référent. »
(médecin 1, MSP C)

⁵¹² APMSL, 2013. Mettre en œuvre des actions de prévention en maisons de santé pluri-professionnelles : besoins, expériences modélisantes et perspectives, Nantes : Association des pôles et maisons de santé libéraux des Pays de la Loire.

CHAPITRE 4. COMMENT LES TRANSFORMATIONS DE PRATIQUES S'OPERENT-ELLES DANS L'EXERCICE REGROUPE ?

« Tout mouvement de quelque nature qu'il soit est créateur » (Edgar Allan Poe)⁵¹³

La manière dont se transforment les pratiques de soins primaires est étudiée à partir des approches conceptuelles évoquées dans le chapitre introductif (§ 3.1.1). Dans la partie I de ce chapitre⁵¹⁴, nous prolongeons l'analyse fondée sur les outils de la sociologie de l'innovation (Akrich et al. 2006; Callon 1986), initiée dans le chapitre précédent en s'intéressant aux opérations de « problématisation » du regroupement en soins primaires, en mettant cette fois l'accent sur les opérations d'« intéressement des acteurs », d'« enrôlement » et de « mobilisation des alliés », au cours desquelles la « problématisation » évolue au fur et à mesure. Dans la partie II⁵¹⁵, nous mobilisons à nouveau l'approche interactionniste (Strauss 1992) pour étudier la façon dont les professionnels des MSP interagissent entre eux et avec leur environnement dans la construction et la mise en œuvre d'un exercice regroupé pluriprofessionnel. Dans la partie III, nous nous référons à la sociologie des instruments de gouvernement (Lascoumes & Le Galès 2004b) pour étudier les instruments d'action publique mobilisés dans les MSP, à la fois en tant que traceurs du changement et porteurs d'effets propres.

I. Construire et innover localement à partir d'alliances et de traductions entre des acteurs de différents mondes

Envisagée comme une innovation locale, la construction du projet de la MSP X s'accompagne d'opérations multiples de traduction entre différents acteurs qui, malgré leur proximité géographique, agissaient auparavant de manière parallèle et déconnectée.

Pour promouvoir leur initiative et la faire avancer, les porteurs du projet utilisent leurs multi-positions sociales (soin, engagement municipal, militantisme syndical, enseignement et recherche) comme un atout pour « mobiliser un cercle élargi d'alliés » (Callon 1986 : 193) et vont surtout se saisir de toutes les opportunités disponibles, sans en négliger aucune, pour permettre une « diffusion élargie des constructions effectuées » (Lascoumes 1996 : 337). Dans la commune de X, l'impulsion

⁵¹³ Allan Poe, E., 1856, *Histoires extraordinaires*. Nouvelles traduites et réunies par Charles Baudelaire.

⁵¹⁴ Ces résultats sont extraits de l'article publié en 2014 dans la revue *Sciences sociales et santé* (Fournier 2014a).

⁵¹⁵ De premiers éléments d'analyse de ces processus d'engagement ont été publiés dans la revue *Questions d'économie de la santé* (Fournier, Frattini, et al. 2014b) et dans le rapport en ligne sur le site de l'irdes (Fournier, Frattini, et al. 2014a). Ils ont été approfondis pour une présentation lors du colloque de Lorient sur « les soins de première ligne » en octobre 2014.

politique donnée par la loi HPST a motivé la préfecture. Après une étude démographique en 2008⁵¹⁶ et une première tentative malheureuse de mobilisation des professionnels et des élus locaux, « *la préfète a commencé à dire qu'il était quand même curieux que dans des villes comme les nôtres il n'y ait pas un mouvement sur une maison de santé pluridisciplinaire (...)* Elle m'a téléphoné et nous a redonné une dynamique, nous avons réinvité les gens, et là c'est reparti. En fin de compte c'est bien la décision d'État qui nous a permis de dire qu'il y avait quelque chose à faire » (médecin 2, 2011).

Porteurs d'une réflexion sur l'efficacité des soins et la santé publique, ces médecins innovateurs créent mi-2010 une association Loi 1901 ayant pour objet la réorganisation de l'offre de soins au niveau de la commune et vont accéder cette même année à une enveloppe nationale régionalisée visant à moderniser l'offre de soins de premier recours⁵¹⁷, puis en 2011 à des financements de l'Agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances (Acsé) fléchés vers les ZUS. Localement, les enjeux de régionalisation de la politique de santé (l'ARS soutient ce projet comme un « modèle » unique dans la région) rejoignent ceux de la politique de la ville et de l'aménagement du territoire (la commune a reçu une dotation importante dans le cadre du Projet national de rénovation urbaine)⁵¹⁸, qui rencontrent eux-mêmes opportunément les contraintes matérielles de « mise aux normes » des cabinets des professionnels de santé.

Le projet prend alors place dans une configuration plus large d'acteurs moins sensibles car moins exposés aux tensions de concurrence depuis la diminution des effectifs médicaux, et dans laquelle des blocages locaux liés aux positions syndicales de certains généralistes plus éloignés du projet sont progressivement levés du fait de la démographie décroissante et grâce à l'intervention du consultant : « *Le plus gros succès de ma mission, c'est d'avoir permis que des gens qui étaient contre deviennent neutres* » (Consultant 1, 2011).

Les promoteurs sont cependant conscients de la difficulté de l'entreprise, pour des raisons qu'ils analysent comme principalement « culturelles », en réalité liées à la reconfiguration des juridictions professionnelles et des modes d'interaction : « *Le problème en tous cas ici pour réussir cette histoire là, il n'est pas financier ! Parce qu'on est dans une configuration où il y a plein de gens qui ont envie que ça se crée. Donc pour moi le problème n'est pas là, même si ce n'est pas spécialement facile et si ça demande un certain nombre de négociations. Le problème est vraiment culturel. C'est-à-dire comment on arrive petit à petit à mettre en place des pratiques de travail différentes... pour cela, il faut savoir utiliser l'espace de manière différente, il faut savoir créer des réunions de travail... il faut aussi des modes de rémunération différents. Donc il y a des éléments qui vont être directement liés à ce qu'on va réussir à construire comme mode de fonctionnement entre nous, et aux places qu'on va savoir donner à chacun* » (médecin 3, 2012). Pour cela, il importe de donner une traduction plus concrète au projet, c'est à dire de préciser le contenu des pratiques qui s'y rattachent.

⁵¹⁶ Proposée gratuitement par l'association Regroupement implantation redéploiement (RIR) d'Île-de-France liée aux Unions régionales des professionnels de santé.

⁵¹⁷ Il s'agit du Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS), dotation sur 3 ans qui sera intégrée à partir de 2011 dans le Fonds d'intervention régional (FIR) géré par les ARS.

⁵¹⁸ Loi d'orientation et de programmation pour la ville et la rénovation urbaine du 1^{er} août 2003, dite loi Borloo.

I.1. Rendre visibles les nouvelles pratiques envisagées

À côté de la recherche de financements publics, la phase de préparation du projet repose, d'une part, sur un travail étroit avec la mairie et l'ARS pour l'inscrire dans les dispositifs et les politiques de santé locaux (le projet sera inscrit dans le CUCS et le CLS en 2011) et, d'autre part, sur la réalisation d'un « diagnostic d'opportunité » confié par l'association des professionnels à un consultant en santé publique rémunéré grâce au FIR. Ce consultant, après avoir rencontré une cinquantaine d'acteurs locaux, propose une nouvelle mise en forme du projet dont il reformule, en fait retraduit, l'objectif. Il s'agit de « pérenniser l'offre de soins sur le territoire, et mettre en place les conditions d'une pratique mieux coordonnée et plus adaptée à une population à la composition plurielle mais en majorité fragile vivant dans la ZUS et alentours (... et) réduire les ISS (... par) une meilleure prise en compte de la population défavorisée dans le cadre d'un accès amélioré aux soins et aux activités de prévention » (Consultant 1). L'association désigne en 2011 un comité de pilotage comprenant une infirmière (nommée présidente) et trois médecins généralistes. Ce comité d'« activistes » (selon les termes du médecin 2) se donne deux axes de travail :

- impulser une dynamique collective de maison de santé (MSP), pour mobiliser un noyau de professionnels médicaux et paramédicaux sur un objectif de regroupement physique dans un local unique. Cette partie du travail implique huit médecins généralistes, un biologiste, quatre infirmières, deux diététiciennes, un podologue, deux kinésithérapeutes et des dentistes. Plus ambitieuse conceptuellement et dans ses conditions de réalisation, elle occupe une place majeure dans le développement politique et médical du projet ;

- initier une dynamique dite de pôle de santé (PSP), c'est-à-dire une mobilisation de l'ensemble des professionnels sanitaires et sociaux des secteurs public et privé du territoire autour de l'amélioration des « parcours de soins ». Un des premiers travaux interprofessionnels est un programme d'ETP sur le diabète en 2012, avec en arrière-plan un travail avec des hospitaliers et des réseaux sur une meilleure articulation des prises en charge, qui débouche sur un colloque en 2013 et la planification de rencontres régulières.

L'association prend ainsi position dans l'offre locale de soins et de santé publique. « Depuis qu'on est visibles, nous qui avons fait l'association, ça change tout ! Parce qu'il y a une personnalité morale, par exemple l'hôpital contacte l'assoc ! » (médecin2, 2012) Cependant, le projet est freiné et réorienté par une série de difficultés, d'abord sur le plan immobilier puis lors du déploiement du programme d'ETP.

I.2. Péripéties de la maison de santé : des difficultés de traduction entre professionnels de santé et élus locaux

Le comité de pilotage se heurte rapidement à des difficultés immobilières. L'achat d'un local se trouve contrarié par l'absence de soutien financier de la mairie. Ses promoteurs estiment que la MSP répondra à des missions plus larges que le soin et que les espaces réservés à améliorer l'accès aux soins (information, éducation, formation) ne doivent pas être à leur charge : « Ce n'est pas aux professionnels d'investir pour garantir l'accès aux soins à X et pallier aux difficultés de l'État dans le maintien de soins de premier recours » (médecin 2, 2011). Des surcoûts sont aussi à prévoir pour la localisation de la future maison. « Si on dit que l'urgence c'est d'être en proximité de la ZUS, il faut

que ce soit quelque chose de sécurisé... on ne peut pas demander aux professionnels de porter la sécurité » (consultant 1, 2011).

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

Mais l'agression déjà évoquée d'une jeune médecin généraliste dans la commune vient redonner une actualité au projet. Ses porteurs organisent une grève des soins et une rencontre avec les élus et les associations d'usagers. La médiatisation faite avec l'appui d'un syndicat de médecins mobilise l'opinion publique ainsi que d'autres acteurs, et permet d'interpeller les décideurs. *« D'une certaine manière, l'agression de H a remis notre projet sur le devant de la scène. Et [le médecin 2] a vraiment géré ça de main de maître. L'idée d'aller rencontrer la population et pas de faire un truc corporatiste avec des pancartes devant la mairie a permis de faire du buzz en termes de médias, avec une vision partagée avec les citoyens... et d'inviter aussi les associations qui travaillent dans les quartiers et des gens de la mairie » (médecin 3, 2013).*

Au même moment, les porteurs du projet font le constat de l'inadaptation de la gestion et de la promotion de leur initiative pour plusieurs raisons qu'on peut interpréter comme des difficultés de traduction entre les professionnels de santé et les élus. En effet, leur *« manière de gérer cette histoire avec la municipalité (...), pas officielle avec l'association, mais officieuse » (médecin 3, 2013)*, s'avère inefficace pour enrôler la mairie : *« [le médecin 2] du fait de sa position à l'ASV et [le médecin 1] au conseil municipal se sont beaucoup investis avec des relations personnelles au niveau du bureau municipal, du comité technique. Et ils se sont retrouvés dans des positions difficiles qu'ils qualifient eux-mêmes de conflit d'intérêt, avec un certain nombre d'oppositions qu'ils n'avaient pas vues venir de la part des élus » (médecin 3, 2013)*. De plus, l'approche se révèle insuffisamment « outillée » : *« On ne s'est pas mis dans un mode de fonctionnement complètement professionnel... on est des médecins... on n'est pas des professionnels de la finance, des professionnels des arcanes politiques, au sens de... la vraie politique [...] Les médecins ont quand même un côté naïf ! Quand l'ARS nous dit : "mais est-ce que vous avez présenté un plan financier ?", [le médecin 1] répond "oui, voilà, on a fait nos calculs, j'ai un tableur excel". On voit bien qu'on n'est pas dans le même monde ! » (médecin 3, 2013)*. La délégation territoriale de l'ARS⁵¹⁹ qui, jusque là, suivait le projet de loin, se propose comme médiateur ou traducteur : *« L'ARS nous a fait remarquer qu'on avait un projet médical mais que sur le*

⁵¹⁹ Représentée par la directrice de la délégation territoriale, son adjointe et des membres du département « Ambulatoire et services aux professionnels » au sein du pôle « Offre de soins et médico-social ».

projet de financement on n'était pas dans les clous, on faisait ça comme des amateurs [...] alors qu'en réalité il faut monter un projet estampillé République française... donc en fait un projet financier, un business plan, etc. Et donc l'ARS nous dit deux choses, d'une part, qu'ils étaient là pour nous aider à faire ça et, d'autre part, prévoir une grande réunion à l'ARS avec eux, le préfet, le maire et l'association pour voir où sont les points bloquants, comment on peut avancer » (médecin 3, 2013).

Le comité de pilotage décide en 2013 d'adopter une stratégie de gestion du projet plus « officielle [...] L'association revient au premier plan des contacts avec l'équipe technique de la mairie » (médecin 3, 2013). Le médecin 3 reprend la présidence de l'association⁵²⁰ et devient le porteur principal du projet à la place du médecin 2. En complément, ce pilotage « professionnel » prend appui d'une part sur la mairie et l'ARS, ainsi enrôlées dans l'innovation, et d'autre part sur une nouvelle sollicitation du consultant, qui intervient comme « traducteur » expérimenté⁵²¹, grâce aux crédits du FIR versés à l'association.

I.3. Péripéties du pôle de santé : des traductions délicates entre les différents professionnels de santé

Le programme d'ETP pour les personnes diabétiques constitue la première offre issue de l'association des professionnels. Bien que n'adhérant pas sans réserve au modèle qui sous-tend le développement national de l'ETP, les trois porteurs s'emparent avec pragmatisme des financements disponibles dans ce domaine, dans un « *objectif double : créer une dynamique au-delà des professionnels de la future MSP et travailler ensemble sur un projet commun, l'ETP, dans l'attente d'un local* » (médecin 2, 2012). Des alliances à visée stratégique sont contractées entre médecins, paramédicaux, intervenants en éducation pour la santé et administration, suite à une proposition faite fin 2011 à l'association par la directrice du Comité départemental d'éducation pour la santé (CODES), qui avait déjà collaboré avec certains. L'association obtient une autorisation provisoire de l'ARS et un financement d'un an sur des crédits d'État⁵²² pour créer ce programme d'ETP.

Le comité de pilotage ETP mis en place en 2011 comprend les trois médecins innovateurs, l'infirmière alors présidente de l'association, deux diététiciennes et une anthropo-nutritionniste⁵²³. Une co-coordination est assurée par le médecin 2, responsable du projet et chargé du lien avec les médecins, et par l'infirmière, chargée d'assurer le lien avec les autres professionnels.

Tous les professionnels de santé libéraux de la commune et un diabétologue hospitalier sont conviés au lancement du programme et appelés à y participer. Parmi les vingt-huit médecins généralistes exerçant dans la commune, douze sont volontaires pour recruter des patients. Ils leur présentent le programme comme « *un moment pour faire le point et apprendre des choses sur leur*

⁵²⁰ Faisant le « constat que dans des négociations avec des confrères hospitaliers, avec des décideurs, la position de l'infirmière n'était pas facile » (médecin 2, 2013)

⁵²¹ Les consultants contribuent à l'« *invention d'un dialogue* » entre médecins libéraux et élus locaux (Bourgeois, 2012).

⁵²² Une « *queue de budget* » (médecin 2) est allouée par l'Acsé à l'association, qui calibre son projet sur la prise en charge de 60 patients en fonction du montant disponible.

⁵²³ Chargée de projets de prévention dans un comité départemental d'éducation pour la santé, après un double parcours de formation en anthropologie sociale et culturelle et en nutrition, elle est également diplômée en ETP.

maladie avec d'autres professionnels de santé » et leur font signer un formulaire de consentement. Chaque patient est joint au téléphone par l'infirmière coordinatrice qui lui propose un entretien initial puis une à six rencontres individuelles et/ou collectives sur des thèmes variés : « alimentation », « diabète et Ramadan », « activité physique et soins des pieds », « vivre avec le diabète »... Ces rencontres, organisées dans les Espaces de quartier mis à disposition par la mairie, sont animées par les diététiciennes et l'anthropo-nutritionniste, avec le concours ponctuel d'autres paramédicaux (podologue, éducateur médico-sportif, psychologue, etc.).

L'évaluation au bout d'un an, menée par deux médecins du comité de pilotage et deux étudiantes en médecine générale dans le cadre de leurs thèses d'exercice, évaluation qui participe à la « *structuration des audiences de décision* » (Lascombes 1996: 338), conclut à la faisabilité du programme, au prix d'un lourd investissement au détriment du projet de MSP. Le recrutement des patients nécessite une forte mobilisation de médecins pas tous convaincus de l'intérêt du programme et un important travail d'animation et de coordination pour l'infirmière. Si les liens antérieurs avec les Espaces de quartier s'avèrent facilitateurs, le calendrier financier très serré s'accorde mal avec la lourdeur du programme et l'interruption des vacances d'été et du Ramadan. De plus, ce programme qui visait à « *faire travailler ensemble les professionnels de la commune* » aboutit de façon paradoxale à une délégation par les médecins des pratiques préventives et éducatives à une équipe de paramédicaux libéraux et de professionnels du CODES. Le chef du service de diabétologie de l'hôpital local, sollicité comme référent, se retire rapidement devant son incapacité à infléchir le programme vers sa vision de l'ETP. Et si les diététiciennes y trouvent leur place, ce n'est pas le cas des infirmières et pharmaciens. « *J'ai demandé à être positionnée comme la coordinatrice (du programme d'ETP). Parce qu'autrement on a très peu de rôle au niveau de ce projet. Et donc j'ai dit clairement [au médecin B] que dans son projet, concrètement, je ne voyais pas la place de l'infirmière, ou alors très petite... que je n'étais pas forcément contente* » (infirmière, 2012). Malgré son intérêt et son engagement dans ce projet, l'infirmière se retire de la coordination⁵²⁴ au bout de six mois (juillet 2012) en faisant valoir son insatisfaction vis-à-vis de son « *rôle de super-secrétaire* » et de l'absence d'accès pour elle à la formation et à la pratique de l'ETP avec les patients comme prévu initialement. Les difficultés de la collaboration ne sont pas moindres entre l'équipe éducative et les médecins recruteurs : « *Il y a un manque de communication entre coordinatrice et médecins dans les deux sens. L'absence de contact direct est un frein* » (diététicienne coordinatrice ayant remplacé l'infirmière, 2013). « *Ça circule beaucoup entre les médecins mais ce n'est pas un projet construit collectivement et le rôle de chacun n'était pas suffisamment défini* » (anthropo-nutritionniste, 2013). L'une des origines de ces difficultés était déjà constatée à la fin des années 1990 au Québec à propos du fonctionnement des services de santé de premier recours ayant pourtant la collaboration pour objectif : « *le système professionnel a une influence majeure sur la collaboration en ce qu'il propose une logique qui s'oppose à la logique de la collaboration* » (D'Amour et al. 1999: 69-70)⁵²⁵.

Le programme d'ETP constitue néanmoins une étape décisive dans la constitution d'une équipe pluriprofessionnelle, car les intervenants se sentent soutenus par les personnes diabétiques,

⁵²⁴ Et simultanément de la présidence de l'association

⁵²⁵ D'Amour, D., Sicotte, C. & Lévy, R., 1999. L'action collective au sein d'équipes interprofessionnelles dans les services de santé. *Sciences sociales et santé*, 17(3), pp.67-94.

désireuses d'une suite. Les médecins recruteurs reconnaissent une « dynamisation » de la relation avec ces patients et l'ouverture d'échanges (Genolini et al. 2011)⁵²⁶ qu'ils « n'auraient pas cru possibles » (médecin 3), ainsi qu'une « re-motivation » (médecin 1) de certains. Enfin, les acteurs de la future MSP perçoivent l'émergence d'une « dynamique forte » (diététicienne coordinatrice), qui leur permet, en 2013, d'obtenir l'autorisation de l'ARS pour un nouveau programme d'ETP. Simplifié dans son contenu et élargi dans son recrutement, celui-ci est porté par des intervenants uniquement libéraux et de proximité (intégration d'infirmières, de pharmaciens et de médecins, mais arrêt de la collaboration avec le CODES)⁵²⁷, avec un cofinancement de l'ARS⁵²⁸ et de la Caisse primaire d'assurance maladie pour un an. Cette expérience se présente ainsi comme un jalon essentiel du projet de MSP.

II. Fonctionner en pluriprofessionnalité dans une MSP : un processus lent de transformation des modalités d'interaction et des cultures professionnelles

Dans l'étude de la façon dont les professionnels des MSP interagissent entre eux et avec leur environnement en vue de la construction et de la mise en œuvre d'un exercice regroupé pluriprofessionnel, nous avons choisi de mettre en exergue ici tout d'abord ce qui caractérise la construction du travail pluriprofessionnel dans les MSP : la durée, les lieux, les outils et les modalités de gouvernance, avant de écrire les types d'activités mises en œuvre.

Nous analysons ensuite les transformations culturelles professionnelles en jeu, en nous référant à une définition de la culture qui met l'accent sur les processus intersubjectifs et non à une définition macrosociale de la culture. « Telle que la définissent Hugues et l'anthropologue Redfield, [la culture professionnelle] désigne la communauté d'expériences et de pratiques propres à un groupe social, qui s'incarne dans des comportements habituels et des conceptions conventionnelles, partagées par tous » (Menger, cité par (Becker 1988: 10)⁵²⁹) Nous considérons ainsi que les cultures sont construites localement à travers des expériences partagées dans les réunions, lors des prises en charge communes, au cours des interactions autour d'un patient ou d'un projet, ou des formations collectives.

⁵²⁶ Genolini, J.-P. et al., 2011. "L'éducation" du patient en médecine générale : une activité périphérique ou spécifique de la relation de soin ? *Sciences sociales et santé*, 29(3), pp.81–121.

⁵²⁷ Avec un budget moins généreux que celui de l'Acsé et inférieur à la demande initiale des professionnels, la participation du CODES est remise en question car son coût est supérieur à celui des autres intervenants et sa présence n'est plus indispensable pour obtenir l'autorisation de l'ARS, une diététicienne de l'équipe ayant suivi une formation à l'ETP.

⁵²⁸ Attribué au titre du FIR par la cellule « Prévention et promotion de la santé » du pôle « Santé publique ».

⁵²⁹ Becker, H., 1988. *Les mondes de l'art* [trad. de l'anglais Art Worlds 1982], Paris: Flammarion.

II.1. Le développement du travail pluriprofessionnel dans les quatre MSP : un processus long, facilité par une proximité physique et cognitive, un travail collectif autour de « projets », et une gouvernance participative

Dans les quatre MSP étudiées, les éléments qui caractérisent le développement du travail pluriprofessionnel sont premièrement le temps laissé à son élaboration conceptuelle collective puis aux ajustements de sa mise en œuvre ; deuxièmement le caractère facilitateur de la proximité entre les professionnels, qui s'incarne dans plusieurs dimensions ; troisièmement l'importance de l'élaboration collective d'un projet de santé ; et quatrièmement, le choix d'un mode de gouvernance participatif, qui permette à chacun de jouer un rôle.

II.1.1. Un processus long

L'analyse de l'expérience de MSP ayant des durées d'existence contrastées (une trentaine d'années pour les MSP B et C dont le regroupement remonte à 1976 et 1975, et respectivement 6 et 3 ans pour les MSP A et D créées en 2007 et 2010), montre tout d'abord que le développement d'un travail pluriprofessionnel est un processus inscrit dans une temporalité longue. Même pour les MSP anciennes, fonctionnant déjà dans des locaux communs et ayant éventuellement monté des projets pluriprofessionnels avant d'être reconnues « maison de santé », l'entrée dans le dispositif ENMR reste chronophage car un investissement important des professionnels est nécessaire à la fois pour construire les modalités du travail pluriprofessionnel et pour animer ensuite sa mise en œuvre dans la durée. Les promoteurs de maisons récentes estiment pour leur part à 4 ou 5 ans le délai minimum nécessaire à la construction et l'atteinte d'un premier « équilibre » (tout relatif, on le verra), ou tout au moins d'une certaine routinisation du travail pluriprofessionnel. Ils ont en effet à élaborer, de manière négociée, un « projet de santé » (qui sera déposé à l'ARS) un projet professionnel (précisant le fonctionnement collectif de la MSP), un projet financier et un projet immobilier. Ce processus se déroule suivant un travail souvent cyclique, avec l'alternance de moments d'investissement intense et de « pause relative » où les professionnels se consacrent essentiellement au travail clinique individuel, afin de retrouver la motivation et l'énergie d'organiser et participer à des réunions qui se font souvent le soir en plus du temps de travail. Par exemple dans la MSP A, selon le ressenti des deux professionnels qui se partagent la coordination, le projet immobilier et le projet professionnel ont été très lourds pour l'ensemble des professionnels. Après l'installation dans les locaux, il a fallu attendre plusieurs mois avant que chacun ne soit à nouveau prêt à s'engager dans des projets de travail pluriprofessionnels autour de la prise en charge des patients :

« - Médecin 1 : Le gros problème après tout ça, c'est qu'on avait passé beaucoup de temps à se réunir et il y avait un peu un ras-le-bol, il faut le reconnaître. Il y a eu un temps d'arrêt. Et il a fallu redémarrer après ça, se dire : maintenant, on met en place, on y va !

- Diététicienne : Il a fallu aussi, chacun, qu'on prenne des nouveaux repères dans notre manière de travailler.

- Médecin 1 : Il y avait toute la mise en place du secrétariat avec la gestion de ces nouveaux personnels, l'outil informatique avec tous ses aléas. D'un point de vue fonctionnement, on a fait pas mal de réunions pour faire des choix téléphoniques, des choix d'organisation ».

Dans les MSP B et C, le fait d'avoir un lieu de travail commun et des habitudes de travail collectif préexistantes ont accéléré la mise en route d'un travail pluriprofessionnel plus structuré au moment de l'entrée dans l'ENMR. Toutefois, la construction et la gestion d'une MSP restent très chronophages alors que ses membres sont au contraire dans l'espoir de retrouver du temps libre, et demandent un temps de maturation. Dans la MSP B, ce processus a été porté essentiellement par un médecin. La MSP C a pu pendant un moment bénéficier des apports d'une coordinatrice, qui identifie plusieurs phases dans ce processus, des phases de préparation au changement, de changement structurel, puis de changement formel se traduisant par de nouvelles activités :

« Il y a eu différents temps. J'ai eu une première période où j'ai analysé les acteurs, parce qu'il y a une résistance au changement, par exemple au niveau du secrétariat qui sont un peu les piliers. C'est normal, un nouveau projet, ça fait un peu peur. A la fois, ils ont tous cette envie de se lancer dans cette aventure, vous avez bien vu, tout le monde est passionné par cette idée, de par ses convictions profondes... mais le fait de passer d'une idée... Il y a déjà eu cette évolution culturelle, qui est à la base de l'idée de se lancer dans un tel projet. Ensuite, il y a eu le passage au projet en lui-même. Là, c'est plus un changement qui s'inscrit au niveau structurel. Ils ont commencé le projet de santé, la maison de santé pluriprofessionnelle, etc. La troisième étape, c'est les ENMR et d'être dans le mode « fonctionnement » et du coup, d'être dans le formel. L'ENMR a quand même généré un certain nombre de nouvelles activités, une évolution organisationnelle, que ce soit juridique, que ce soit financier avec les ENMR, de devoir gérer une trésorerie, les demandes de financements, les rapports d'activité pour évaluer et rendre des comptes aux financeurs... » (Coordinatrice, MSP C)

II.1.2. Un processus qui bénéficie de la proximité entre les acteurs

Il est avéré que l'augmentation de la « proximité » entre professionnels constitue un élément majeur pour favoriser le travail coopératif (Huard & Schaller 2011a). Cette notion de « proximité » peut être décomposée en cinq dimensions : géographique (ou physique), cognitive, organisationnelle, sociale et institutionnelle comme proposé par Ron Boschma pour étudier son impact sur l'apprentissage interactif et l'innovation (Boschma 2005)⁵³⁰, dont les deux premières se sont avérées très importantes dans le processus de construction de la pluriprofessionnalité dans les MSP.

Comme nous l'avons écrit dans le rapport d'étude de l'Irdes en 2014, « le travail pluriprofessionnel s'est construit en grande partie sur des relations personnelles et interprofessionnelles moins hiérarchisées, donc plus égalitaires qu'à l'ordinaire, entre médecins et autres professionnels de santé. Cette proximité nous a été décrite comme résultant d'une meilleure interconnaissance et compréhension mutuelle des expertises et compétences spécifiques de chaque groupe professionnel [...] Dans les trois maisons observées, avant les NMR, la proximité géographique a favorisé les contacts physiques, générateurs d'une plus grande proximité cognitive

⁵³⁰ Boschma, R., 2005. Proximity and innovation: a critical assessment. *Regional Studies*, 39(1), pp.61-74.

[...]. Le travail au quotidien a permis l'émergence de cette interconnaissance, puis d'une confiance acquise par le travail au cas par cas avec les patients. Celui-ci peut alors aboutir, au terme d'une négociation ouverte, à un nouveau partage non nécessairement formalisé des compétences, tâches, rôles et responsabilités de chaque profession, et donc de la nature des interventions de chaque professionnel de santé dans la prise en charge médicale et médico-sociale de la population ciblée [...]. Ces transformations, échelonnées dans le temps, ont fini par se traduire par une meilleure capacité des professionnels :

- à s'interpeller mutuellement sur leurs pratiques en s'affranchissant des préjugés régissant les rapports entre professions (médecins/kinésithérapeutes) ou de leurs liens de subordination (médecins/infirmières). Cela a permis de développer des actions coopératives [...] de manière informelle ;

- à construire des projets de prévention en fonction d'opportunités locales ;

- à permettre aux infirmières de concevoir des interventions nouvelles, telle qu'une « consultation infirmière » développée dans l'un des sites en cherchant à utiliser leurs compétences inscrites au décret d'actes [...] ;

- à faciliter une vision territoriale [...].

Tous les professionnels des MSP non médecins interrogés ont dit avoir plus de plaisir à travailler avec les médecins de la MSP du fait de cette confiance réciproque qui les autorise à s'interpeller mutuellement au sujet de leurs patients communs et à accepter d'aller – pour les infirmières – éventuellement au-delà de ce que les décrets de compétences autorisent, car se sachant « appuyés » par les médecins de la MSP. Ces interactions positives apparaissent beaucoup plus rares avec les médecins extérieurs à la MSP [...].

Nous avons aussi constaté qu'une forte proximité géographique, correspondant notamment au cas où tous les professionnels exercent sur un même lieu, constituait un facteur favorable à l'émergence du travail pluriprofessionnel. Elle multiplie en effet les possibilités d'échanges qui vont contribuer à renforcer la proximité cognitive. Mais cette proximité géographique, pourtant évidente en cas de partage d'un même lieu d'exercice, n'est pas toujours suffisante. En effet, et comme évoqué précédemment, si certains professionnels de santé se sont réunis d'emblée avec l'intention de développer ce type de travail, d'autres se sont inscrits au départ dans un exercice regroupé, soit par opportunité, soit pour travailler en monoprofessionnel. Ce n'est qu'au fil du temps qu'ils se sont intéressés au travail pluriprofessionnel. Pour les maisons les plus anciennes, ce sont aussi les liens créés antérieurement à titre personnel qui ont constitué l'un des ferments pour construire un exercice pluriprofessionnel efficace. C'est donc la conjonction d'une proximité géographique, puis professionnelle, et, dans un second temps, la construction du projet de santé en lien avec le projet architectural, qui ont permis la construction d'une proximité cognitive favorisant l'émergence d'un consensus pluriprofessionnel sur la place de chaque groupe professionnel. C'est ici que les modes de gouvernance et de management de projets prennent toute leur importance pour faciliter un tel processus et le rendre vertueux. » (Fournier et al. 2014a : 25-27)

Cependant nous avons montré que la proximité physique n'était pas un pré-requis suffisant : la majorité des professionnels exerçant dans la MSP D, la plus récente, constituée du regroupement de professionnels installés dans plusieurs sites de trois communes proches, n'avait pas développé de pratiques pluriprofessionnelles avant que n'interviennent d'autres déterminants. C'est au moment où le projet architectural s'est doublé d'un projet de santé, en raison de la candidature à l'ENMR, que les professionnels concernés ont commencé à véritablement réfléchir au travail pluriprofessionnel, pour se mettre d'accord sur la manière d'utiliser les crédits. C'est le travail collaboratif sur le projet

de santé (puis plus tard autour de l'élaboration de protocoles) qui a favorisé la confiance, la connaissance mutuelle et l'émergence d'un travail pluriprofessionnel collectif entre des professionnels qui n'exercent pourtant pas tous dans un même lieu.

II.1.3. Un processus qui prend corps dans le travail collectif autour de projets, facilité par un management participatif

Tous les promoteurs soulignent l'importance du travail collectif effectué autour du projet de santé de leur MPS. Accompagné dans certaines MSP par un consultant privé (MSP A et C), par une URPS (MSP B et C) ou par l'ARS (MSP D), le déroulement du travail collectif permet tout d'abord de savoir qui est prêt à s'engager durablement dans la dynamique de construction du projet. Comme l'exprime le médecin coordinateur de la MSP A : *« Le travail avec le consultant sur le projet de santé a permis de savoir qui continuait à venir aux réunions et qui ne venait plus. C'est là qu'on a constaté que, finalement, certains collègues médecins avaient décroché, ils n'étaient plus intéressés. »*

Même si le projet de santé est souvent ambitieux et ne sera pas suivi à la carte, il s'agit d'une première mise en forme du projet partagée entre l'ensemble des professionnels de la MSP. Comme le souligne le rapport Juilhard (Juilhard et al. 2010), l'élaboration du projet de santé permet une mise en lien des professionnels qui va bien au-delà de celle médiée par un projet architectural car elle met en cause le contenu effectif de leurs pratiques. Elle permet également de développer une approche territoriale et une approche de santé publique, qui reste toutefois très influencée par une vision médicale du fait du peu de crédit accordé par les médecins aux « diagnostics de territoire », comme nous l'avons vu dans la partie II.3 du chapitre 3.

Cette mise en lien des professionnels se renforce au cours des différents projets développés en pluriprofessionnalité qui seront évoqués plus loin : protocoles de coopération, outils juridiques, rapports d'activité donnant à chacun une visibilité du travail effectué, etc.

De plus, nous avons pu observer que le mode d'élaboration du projet de santé influait directement sur les possibilités et les formes de travail pluriprofessionnel. Les MSP A, B et C ont mis en place un management participatif, avec un leadership partagé. Dans la MSP A, la coordination est confiée à un médecin « leader » et à la diététicienne. Dans la MSP B, la coordination est assurée par un médecin « leader ». La MSP C est coordonnée par un médecin « leader » et une coordinatrice à mi-temps. La MSP D, qui compte le plus grand nombre de professionnels, exerçant dans plusieurs communes proches, a mis en place une gouvernance collégiale et un bureau constitué de deux médecins et une orthophoniste qui se partagent les tâches de coordination. Dans chaque MSP, des référents sont désignés pour différentes thématiques (qui varient selon les MSP) : informatique, protocoles, délégation de tâches, ETP, formation continue, comptabilité, équipement, gérance des différentes sociétés. Ce type de management facilite l'engagement des professionnels de santé non médecins. Dans toutes les MSP, les promoteurs sont attentifs aux moyens de communication employés, recherchant un difficile équilibre entre les réunions physiques (plus productives mais chronophages et posant des problèmes d'organisation), les mails (qui ne sont pas lus par tous, ou qui prêtent parfois à confusion et sont sources de malentendus qui entraînent des réactions parfois violentes), les coups de téléphone individuels qui demandent du temps, les comptes rendus écrits, etc.

Le fait de pouvoir confier la coordination à un professionnel dédié, non soignant, est perçu comme une plus-value importante du fait de sa position de neutralité, évoquée par différents professionnels de la MSP C en entretien et décrite ici par la coordinatrice : « *Le fait d'avoir une coordination, au début j'étais un peu une soupape de régulation. Chacun venait me voir avec ses requêtes pour le projet : les infirmières avec les consultations infirmières, les kinés qui disaient : « nous, on aimerait faire ça aussi », l'équipe de T (commune reliée à la MSP dans le cadre d'un PSP) : « il faudrait qu'on soit plus associés ». Le fait de ne pas être professionnel de santé, je ne représentais pas un corps professionnel. Ça, c'était important parce que, auparavant, une réunion qui était portée par tel ou tel groupe... Si une réunion n'était pas à l'initiative de la nouvelle équipe... Là, cette neutralité... Moi, quand j'organise une réunion, c'est pour l'ensemble du groupe. Et chacun peut venir me voir en amont pour mettre à l'ordre du jour ses préoccupations.* » (Coordinatrice, MSP C). Cependant, réminiscence des hiérarchies antérieures pour l'exercice collectif, certains médecins des autres MSP ne sont pas du tout prêts à accepter un coordinateur non soignant et préfèrent assurer eux-mêmes cette fonction. Ce choix peut aussi s'expliquer, pour certains médecins qui seraient désireux de travailler avec un coordinateur mais ne le font pas, par un arbitrage entre différents types de dépenses pour l'exercice collectif dans un budget limité, comme nous le verrons.

II.1.4. Un processus qui fait place à de nouvelles pratiques pluriprofessionnelles

Les modalités d'interaction observées dans le développement du travail pluriprofessionnel favorisent la créativité des acteurs et s'accompagnent d'un processus d'institutionnalisation souple et évolutif de nouvelles pratiques, soutenu par des financements NMR dans les MSP étudiées. Nous décrivons ici le positionnement, le contenu et les principales caractéristiques de ces pratiques pluriprofessionnelles, celles qui se font effectivement « à plusieurs », que ce soit ensemble ou côte à côte, et qui ont été reconnues jusque là à travers des termes comme « coordination », « coopération », collaboration, « pratiques protocolisées », « transfert ou délégation de tâches »...

Tout d'abord, le travail pluriprofessionnel représente une part variable mais minoritaire du travail de chaque professionnel de santé. Pour l'estimer, il faut compter les temps de réunion avec des collaborateurs internes ou externes à la MSP, les temps de travail personnel sur des dossiers, protocoles, comptes rendus d'un travail collectif, mais aussi les repas ou pauses en commun, les rencontres brèves entre deux portes, qui, malgré leur caractère informel, jouent un rôle parfois majeur pour susciter l'envie de travailler ensemble. Ce temps représente à peu près selon les professionnels (et hors coordinateurs) une heure à un jour cumulé par semaine. Il est considéré par la plupart comme un travail « supplémentaire », qui vient rarement se substituer à leur travail clinique antérieur, mais plutôt s'y ajouter. Il exige toutefois un investissement important de ceux qui s'y engagent, empiétant sur leur temps de loisirs en dépit d'une contrepartie financière limitée⁵³¹.

⁵³¹ Le montant annuel des ENRM dans les MSP étudiées est de 50 000 €/MSP en moyenne, soit 2 à 5 % du chiffre d'affaires global de chacune.

Ce travail se déploie à au moins deux niveaux, comme le détaille le tableau 1 : en premier lieu, à celui de l'organisation des soins primaires au niveau de la MSP et éventuellement du territoire, ainsi que de la gestion de la structure, et en second à celui du développement d'actions de prise en charge coordonnée des patients.

Tableau 1 : Liste indicative des actions et services pluriprofessionnels mis en œuvre dans les quatre MSP étudiées

(Fournier, Frattini, et al. 2014b)

Types d'action		
Organisation des soins primaires et gestion du fonctionnement de la structure		
Structuration des soins primaires	<ul style="list-style-type: none"> - Incitation au regroupement pluri professionnels sur le territoire de santé. - Développement de compétences spécifiques (ex. : gynécologie, médecine du sport...) au sein de chaque maison - Partage de certaines actions pluriprofessionnelles entre MSP d'un même territoire - Positionnement de la MSP en tant qu'interlocuteur privilégié (devenu visible) pour les partenaires et/ou les professionnels en recherche d'installation 	
Projet architectural	- Projet architectural nouveau ou extension d'un projet existant	
Travail méthodologique	- Rédaction d'un guide méthodologique pour développer des actions de prévention (projet porté par la Fédération régionale des maisons et pôles de santé, avec plusieurs MSP)	
Formation – Recherche	<ul style="list-style-type: none"> - Accueil d'étudiants (médecins et paramédicaux) - Développement de recherches en soins primaires (les actions de ces MSP sont l'objet de nombreuses thèses de médecine générale) 	
Accompagnement de projets ou de structures	<ul style="list-style-type: none"> - Accueil de nombreux visiteurs intéressés par les projets développés (notamment des professionnels désireux de monter une MSP) - Missions d'accompagnement dans d'autres MSP réalisées par certains professionnels 	
Projet informatique	- Dossier médical partagé : Développement de fonctions nouvelles (ex : <i>screening</i> d'une population au regard d'un facteur de risque ou d'un examen de surveillance)	
Coordination des prises en charge des patients ou d'une population (projet de santé)		
Prévention	<ul style="list-style-type: none"> - Sensibilisation en période prénatale à l'importance du langage : interventions en maternité - Contraception : Conduite à tenir en cas d'oubli de pilule : interventions en collège et lycée ; développement d'un site Internet - Vaccination : mise à jour des dossiers ; vaccination de populations cibles par infirmiers ; protocole de transfert de tâche (prescription) vers l'infirmier 	
Dépistage	<ul style="list-style-type: none"> - Dépistage des anévrismes de l'aorte - Dépistage du risque cardio-vasculaires - Projet de dépistage des troubles mnésiques par des infirmiers au domicile - Dépistage des cancers 	
Education thérapeutique du patient (ETP)	<ul style="list-style-type: none"> - Formation réalisée ou prévue sur les 4 sites pour tout ou partie de l'équipe (dans une MSP, formation réalisée avec des travailleurs sociaux) - Dans une MSP : un projet d'ETP « diabète » - Dans une autre : articulation avec un réseau « diabète » pour l'ETP dans l'attente de la formation et du développement d'un projet spécifique 	
Suivi de situations chroniques	Plaies	<ul style="list-style-type: none"> - Travail conjoint entre infirmier et angiologue ou entre infirmier et médecin généraliste, en voie de protocolisation (objectif : création d'un centre de ressources) - Dans les autres MSP : protocole médecin/infirmière plus ou moins formalisé
	Anti-vitamine K (AVK)	<ul style="list-style-type: none"> - Travail conjoint médecin généraliste – infirmière le plus souvent informel - Rôle clef des secrétaires dans la transmission des informations décisionnelles (INR) - Un essai de protocole
	Hémochromatose	- Protocole presque terminé dans une MSP sur la mise en route du traitement à domicile
	Diabète	<ul style="list-style-type: none"> - Travail informel infirmier-médecin généraliste pour adapter les doses d'insuline, parfois à partir de protocoles (réseau diabète ; hôpital) utilisés par l'infirmier - Travail informel sur le pied diabétique : médecin généraliste-podologue ou infirmier-podologue - Suivi des dosages d'HbA1c par les secrétaires ou les infirmiers
	Troubles statiques	<ul style="list-style-type: none"> - Staff pluriprofessionnels pour cas complexes - Dépistage, orientation et traitement des femmes enceintes lombalgiques - Consultation conjointe ostéopathe –kinésithérapeute -podologue
	Maintien à domicile	<ul style="list-style-type: none"> - Formation / prévention des chutes - Dossier à domicile - Diagnostic infirmier au domicile
	Alzheimer	- Préparation des consultations mémoire au CHU : bilan par un médecin, un orthophoniste et un psychologue
	Organisation	- Juxtaposition des rendez-vous avec le kinésithérapeute et l'orthophoniste (éviter que le patient se déplace deux fois)

II.1.4.1. Des pratiques d'organisation des soins primaires et de gestion de la MSP

On observe ainsi une institutionnalisation des soins primaires proposés au sein de la MSP et au sein du territoire. L'inscription de la MSP dans l'espace local politique et dans celui de l'offre de santé apparaît cependant très variable d'un lieu à l'autre en fonction des configurations institutionnelles locales, et l'approche territoriale peut être plus ou moins développée, avec la recherche d'une distribution des compétences et des spécialisations entre professions, au sein d'une même profession, ou encore entre plusieurs MSP sur un territoire. Cet objectif est facilité pour la MSP C qui dispose d'une coordinatrice, et pour la MSP B avec qui un projet de mutualisation de cette coordinatrice est envisagé. Les MSP, devenues un interlocuteur visible pour toute une série d'institutions, s'investissent dans la régulation de l'offre de soin. Lorsque des professionnels souhaitent s'installer sur la commune et contactent le maire, celui-ci les oriente vers les membres de la MSP (l'exemple nous a été donné avec un infirmier et une diététicienne dans deux MSP différentes).

Ces pratiques pluriprofessionnelles génèrent le besoin de nouvelles compétences ou expertises, d'ordre gestionnaire, juridique⁵³², administratif, comptable, stratégique, politique, de représentation institutionnelle, de conduite de projets et d'accompagnement au changement. Ces compétences peuvent être soit développées par un ou plusieurs professionnels de la MSP (tel ce médecin de la MSP B qui assure un part de sa comptabilité), soit sollicitées auprès de professionnels extérieurs, soit encore confiées à un coordinateur.

II.1.4.2. Des pratiques de coordination de projets et de prises en charge des patients

Le travail pluriprofessionnel inscrit dans le « projet de santé » de la MSP se décline à deux niveaux : celui de la coordination de projets (par exemple, élaborer un protocole de prise en charge du diabète, généralement sous la responsabilité d'un ou plusieurs professionnels et en collaboration avec les autres) et celui de la coordination des prises en charge de chaque patient (c'est-à-dire la déclinaison des protocoles dans la pratique individuelle ou collective des soins).

L'entrée dans l'ENMR favorise le développement d'actions pluriprofessionnelles multiples, caractérisées par une diversité de thème et de situations de santé abordées (voir tableau 2), par une diversité des acteurs impliqués (à l'intérieur et parfois aussi à l'extérieur de la MSP), par une diversité des organisations (par exemple, des types de professionnels différents peuvent s'occuper du même thème dans deux MSP) et par une diversité des compétences.

Dans les MSP anciennes (B et C), le travail pluriprofessionnel principalement informel, qui existait avant les ENMR, a pu être pérennisé et souvent accru. Les ENMR ont permis sa reconnaissance

⁵³² Le fonctionnement d'une MSP requiert la gestion de 3 à 5 statuts juridiques distincts et complémentaires pour pouvoir fonctionner en pluriprofessionnalité : on y observe généralement une association loi 1901 des professionnels de la MSP ou du secteur, une structure qui permet de fonctionner collectivement, qui peut être mono- ou pluri-catégorielle (Société civile de moyens (SCM) le plus souvent, ou bien Groupement d'intérêt économique (GIE), Groupement de coopération sanitaire (GCS), Société d'exercice libéral (SEL...)), une Société interprofessionnelle de soins ambulatoire (SISA) (nouveau statut juridique créé spécifiquement pour les MSP et PSP en 2013, obligatoire pour pouvoir recevoir des financements NMR), une société civile immobilière (SCI) si les professionnels bâtissent eux-mêmes ou si une partie d'entre eux est propriétaire des locaux. D'autres documents juridiques sont élaborés comme un règlement intérieur, une charte éthique...

symbolique et une meilleure indemnisation, remobilisant les professionnels concernés et soutenant leur motivation à formaliser ces actions ou à en développer de nouvelles.

Dans toutes les MSP, du fait de la grande liberté d'initiative laissée aux professionnels dans le choix des actions, des pratiques pluriprofessionnelles nouvelles se sont développées tantôt en fonction de besoins locaux identifiés par les professionnels, tantôt en fonction des compétences et des souhaits des professionnels concernés. Ainsi par exemple la MSP C a développé un protocole de prise en charge de l'hémochromatose à domicile devant le constat que cela pourrait être utile à un nombre important de patients suivis, éprouvant des difficultés à aller à l'hôpital. Pour d'autres projets, c'est l'intérêt ou la compétence d'un professionnel qui a conduit au développement d'une action, comme par exemple l'intérêt pour la cardiologie d'un médecin généraliste de la MSP A qui a conduit à élaborer un protocole de dépistage des anévrismes de l'aorte, ou l'envie d'une orthophoniste qui a conduit à la mise en place d'une action de sensibilisation à la lecture en maternité par la MSP D. C'est parfois le souci de favoriser l'engagement de chacun qui a conduit à choisir de développer une action : ainsi le promoteur de la MSP D explique avoir suivi les désirs des différents professionnels (médecins et paramédicaux) pour favoriser leur engagement, plutôt que de leur avoir imposé la construction d'un programme d'ETP que lui-même aurait pourtant trouvé plus porteur pour la dynamique collective.

On constate que les activités de suivi conjoint clinique, préventif et éducatif, sont plus développées dans ces anciennes MSP qu'avant l'arrivée des ENMR. Elles apparaissent cependant diversement formalisées, les acteurs étant partagés sur l'intérêt d'une formalisation et certains médecins notamment y étant très réticents. Cependant ils développent des habitudes de collaboration étroite, que l'on peut qualifier de « mindlines » plus que de « guidelines » (Gabbay & Lemay 2004)⁵³³ et qui induisent une vigilance collective autour de patients suivis en ambulatoire ou à domicile, visant à prévenir par exemple la décompensation aigüe d'une situation chronique, qu'il s'agisse d'un accident lié à un surdosage d'anticoagulants, d'une chute chez une personne âgée.... ou d'un risque de suicide lié à l'absence de prise de médicaments. On retrouve dans ces accords locaux non écrits la notion de « solidarité » évoquée dans la Stratégie nationale de santé⁵³⁴, et le souhait des professionnels de s'appuyer sur ces « mindlines » pour prévenir le burn-out et la démotivation devant des situations très complexes pour lesquelles il n'existe pas vraiment de solution simple : que plusieurs acteurs agissant à des niveaux différents se rencontrent leur permet de se tenir au courant, d'agir de concert ou de trouver des solutions, de déculpabiliser, de se substituer éventuellement l'un à l'autre à certains moments (comme l'indique un kinésithérapeute qui remplace parfois les bas de contention des patients pour éviter à l'infirmière une visite supplémentaire). On y décèle un élargissement du regard médical, avec le développement d'une orientation préventive (dans une

⁵³³ Gabbay, J. & Lemay, A., 2004. Evidence Based Guidelines or Collectively Constructed "Mindlines"? Ethnographic Study of Knowledge Management in Primary Care. *British medical journal*, (328), pp.1-5.

⁵³⁴ « Mieux organiser les soins pour les patients, garantir l'égalité d'accès, en privilégiant une logique territoriale » fait partie des axes majeurs de la Stratégie nationale de santé dont l'une des ambitions annoncées « est de définir un service public territorial de santé qui conduit les acteurs à remplir de manière solidaire un certain nombre d'objectifs de santé publique ». Passer d'un exercice individuel (qui pouvait être solidaire mais n'était pas organisé) à un exercice à plusieurs et pluriprofessionnel, solidaire ; et passer d'une prise en charge de la santé individuelle à une prise en charge de la santé publique d'une population à l'échelle d'un territoire amène à revenir sur de nombreux principes de la médecine libérale (liberté d'installation, etc.)

définition large de la prévention souvent convoquée devant les problèmes posés par des situations de vieillissement, en psychiatrie, en addictologie, ou autour de maladies chroniques comme le diabète), sans toutefois aller jusqu'à s'intéresser aux déterminants environnementaux ou aux conditions de travail.

La prévention occupe une place particulière dans les activités développées, avec des pratiques de prévention primaire (éducation à la santé), de dépistage et de prise en charge des maladies chroniques individuelle ou collectivement en ETP. On observe deux modalités de développement de ces pratiques : le regroupement peut être « au service » de la prévention, permettant de développer des actions qui n'auraient pu l'être dans un autre mode d'exercice ; ou bien les professionnels peuvent s'emparer de la prévention ou de l'ETP « au service » de la pluriprofessionnalité. Le premier cas est illustré par la MSP B :

« –Les ENMR, ce que a changé ? Ça nous a financé le temps de travail qu'on faisait pour la prévention. Et puis ça nous aussi obligés à nous relancer dans des choses où on était dans le train-train. S'il y avait pas eu les ENMR, on ne serait pas allés dans les écoles, on n'aurait pas fait d'ETP.[...] Tout le monde a été formé, y compris les deux pharmaciens de la commune : médecins, kinés, infirmières, diététiciennes, et en externe, il y avait aussi la podologue. Ça, c'est un truc qui a re-soudé le cabinet aussi.

– Comment ça se traduit ?

– *On a de nouveau des projets pour le cabinet. On a des projets immobiliers.* » (MSP C, médecin 1).

Le second cas est illustré par la MSP A, dont la diététicienne coordinatrice explique qu'avec le médecin coordinateur, lorsqu'il s'est agi de lancer la dynamique collective après l'emménagement dans les nouveaux locaux, ils ont choisi de former toute l'équipe à l'ETP parce que c'est « *ce qui [leur] semblait le plus concordant dans l'action pluridisciplinaire.* » Cet apport est reconnu et souvent évoqué au cours des entretiens avec les professionnels de la MSP A, comme ayant modifié les rapports entre les professionnels ainsi que leurs pratiques individuelles.

Dans un troisième type de situation, les professionnels rapportent le blocage par l'ARS de certains projets de prévention proposés par les professionnels du fait de son incapacité à en suivre les effets :

« On a fait, pour un projet qui s'est arrêté, les groupes qualité. On a tenu pendant longtemps et un jour, l'ARS a coupé les financements. L'un des gros problèmes qu'on a eu au groupe qualité, c'est qu'on avait le choix de créer de nouveaux thèmes. Au bout d'un moment, l'ARS a coupé les fonds parce que la plupart des thèmes qu'on proposait, si on sortait du diabète, de l'hypertension, du cholestérol, c'était des thèmes pour lesquels ils n'arrivaient pas à sortir d'indicateurs. Donc, ils ne savaient pas du tout ce qu'on faisait. Pourtant, c'était des thèmes très intéressants ! [...] On a cherché à faire des choses sur la prévention cardiovasculaire, l'ARS n'arrivait pas à chiffrer ça à partir des données brutes qu'ils récupéraient. Ils nous ont dit : « non, ce thème-là, on ne veut pas le retenir. » (MSP C, médecin 2)

Ces pratiques auprès des patients, qui se mettent en place entre professionnels de la MSP, s'élargissent progressivement. D'une part, on observe qu'elles impliquent d'autres institutions sanitaires et médicosociales environnantes (comme par exemple les assistants sociaux de la MSP C qui ont été formés à l'ETP conjointement avec l'équipe de la MSP). D'autre part, si ce travail pluriprofessionnel est d'abord proposé aux patients dont le médecin traitant appartient à la MSP, il

peut aussi s'adresser aux patients des autres professionnels de la MSP (infirmières, kinésithérapeutes, diététiciens, orthophonistes, podologues, sages-femmes, etc.) dont le médecin traitant n'est pas toujours membre.

II.1.4.3. Tensions générées par le travail pluriprofessionnel et freins observés

Le développement de pratiques pluriprofessionnelles s'accompagne de tensions et de difficultés, dont nous listons ici les principales, et dont on peut trouver une description plus précise dans les publications de l'Irdes (Fournier, Frattini, et al. 2014b; Fournier, Frattini, et al. 2014a) : la forte prégnance des logiques professionnelles (et notamment médicale) déjà décrite dans la MSP X en projet ; la négociation délicate des partages d'activités en raison de la remise en cause des frontières professionnelles et des déplacements de responsabilités ; les inégalités de ressources, de liberté et d'autonomie pour l'innovation entre médecins et paramédicaux ; la faible préparation au travail pluriprofessionnel des acteurs rencontrés ; l'absence de « révolution » quant au paiement à l'acte ; les déficits des logiciels pluriprofessionnels ; et l'absence des usagers.

II.2. Les dimensions plurielles du « choc culturel » lié à l'exercice regroupé pluriprofessionnel

Les professionnels des quatre MSP vivent ce qu'un médecin de la MSP B décrit comme un « choc culturel », déjà expérimenté par certains dans des pratiques antérieures de travail collectif en réseau de santé par exemple, et ici exacerbé par le dispositif des ENMR :

« Pour moi, avec les ENMR, c'est l'exception du modèle libéral français qui fait qu'il y a des difficultés. La définition enseignée à la fac des soins primaires centrés sur le patient avec les professionnels qui gravitent autour, avec l'approche holistique, biomédico-psychosociale, c'est exactement ça pour moi, l'approche des ENMR. Tandis que, de l'autre côté, on a l'approche centrée sur la relation médecin/patient. Il y a une sorte de choc de culture qui se crée. Il faudrait pas que tout soit ENMR et tout le reste libéral mais, dans le cadre d'actions de prévention, de dépistage... [...] en France, c'est un moyen de pouvoir générer à moindre frais un meilleur état de santé de population. Pour moi, c'est ça les ENMR, en termes de prévention. »
(Médecin 1, MSP B)

Dans la MSP C, où il a été possible pendant un moment de bénéficier des apports d'une coordinatrice, celle-ci explique de quelle manière elle a mis à profit sa position de neutralité pour faciliter la rencontre entre le projet des professionnels et les attentes des administratifs (l'ARS), jouant un rôle de traductrice entre des logiques « professionnelle libérale » et « institutionnelle » fortement contrastées. Nous reproduisons ici un long extrait d'entretien qui donne à voir sa perception de ces logiques :

« – J'ai vu qu'il y avait vraiment une différence de cultures professionnelles. Ça m'a vraiment intéressée, d'autant plus que, là, on est sur des cultures professionnelles libérales et institutionnelles, avec chacune son lot de représentations. J'étais même assez étonnée qu'il y ait ce rôle d'accompagnement des institutions. Les professionnels, comme ils font un projet de santé publique, ils trouvent normal que les institutions les aident. Mais pour les institutions, vu que ce sont des porteurs de projets, il faut aussi qu'ils s'inscrivent dans les procédures d'appels à projets. Chacun a ses propres logiques de fonctionnement. »

– C'est quoi, pour vous, la culture libérale ?

– *On peut déjà la caractériser par cette autonomie. Surtout qu'ici, elle est assez prégnante, je pense. Du coup, il y a toujours cette peur d'être instrumentalisé et, du fait de rentrer dans la case, que ça dénature le projet libéral de base. C'est en ça qu'il y a eu un peu tout un travail de fond aussi. A un moment donné, leur projet, enfin pour qu'il existe et qu'il soit aussi développé, on a besoin aussi des institutions, comme les institutions ont besoin des projets de terrain pour avoir une action adaptée aux populations. Il s'agit vraiment de faciliter cette rencontre et c'est vrai que ce n'est pas une mince affaire.*

– Quand vous parlez d'autonomie, comment vous caractériseriez cette autonomie ? : ne pas rentrer dans des cases, que ça parte du terrain, est-ce qu'il y a d'autres choses qui vous viennent en tête ?

– *Autonomie, même peut-être par rapport au financement aussi. Percevoir des financements publics, c'est... Après, ça va dépendre aussi des gens. Il y en a, par exemple, qui veulent bien percevoir des financements publics s'ils ont justement cette marge de manœuvre, que les ENMR permettent. Ensuite d'autres qui vont avoir une représentation... [...] dans cette culture-là, il y a aussi tout le stress qui peut être lié au fait de devoir constituer une association pour percevoir des sous publics, la peur d'avoir un audit...*

– La peur du contrôle ?

– *Voilà. Même le statut d'employeur, ce sont des choses où, justement, les libéraux, à un moment donné, ils se considèrent aussi comme leur propre chef. Du coup, dès qu'ils doivent rentrer dans ce système de financement ou d'actions publiques, ils ne connaissent pas. Donc, ils ne savent pas comment gérer ça...*

– Ce que ça va impliquer pour eux...

– *Ce que ça va impliquer... C'est comme le fait d'être gérant d'une association, d'être employeur, c'est nouveau.*

– Mais ils sont déjà employeurs dans le cadre de la SCM. [...] Mais c'est leurs sous, tandis que, là, c'est des sous du public.

– *Oui, voilà. Moi, quand je suis arrivée, pour rédiger un contrat de travail, c'était pas forcément évident. Même de connaître... Coordonnateur, au début, j'étais un peu un extraterrestre, enfin j'expliquais un peu ce que je faisais. En plus, c'était : elle vient des institutions. A la fois, c'est ce dont ils avaient besoin et à la fois... Du coup, ils se disaient : elle va mettre le nez dans nos affaires. » (coordinatrice, MSP C)*

Cette coordinatrice a perçu à son arrivée que la tâche était lourde pour le médecin coordinateur de la MSP du fait du double travail administratif et de traduction à mener entre administration et professionnels. Les infirmiers portaient également une partie du travail autour de leur projet de consultations infirmières : « *Quand je suis arrivée, c'était l'épuisement. Monsieur E (Médecin 1 de la MSP C), quelques mois après, il m'a dit merci, parce qu'il voyait qu'il n'avait plus besoin d'avoir ces deux cerveaux, qu'il y avait beaucoup de choses dont il pouvait se décharger. Les infirmiers, c'est pareil.* » (Coordinatrice, MSP C)

Notre analyse est que l'exercice regroupé pluriprofessionnel provoque ou amplifie un « choc culturel », de nature proche de celui expérimenté dans certains réseaux de ville ayant développé des actions pluriprofessionnelles. Ce choc culturel se trouve accru par la logique de rémunération de l'ENMR. « Tous les professionnels s'efforcent de faire coexister leur pratique libérale et individuelle majoritaire, régulée dans le cadre conventionnel avec l'Assurance maladie, avec une partie

minoritaire de pratiques collectives contractualisées avec l'Etat (ARS) (voir Tableau 2). Ces dernières ne représentent qu'une faible partie de leur activité mais sont génératrices d'un travail important. Toutefois, pour les professionnels concernés, cette coexistence est acceptable. En effet, bien que selon eux les ENMR ne permettent pas de compenser ce travail spécifique, leur montant limité et le fait qu'elles s'ajoutent à leurs ressources traditionnelles ne constituent pas une menace pour le paiement à l'acte⁵³⁵. On retrouve chez les médecins interrogés le même positionnement ambigu de leurs collègues paramédicaux concernant l'arbitrage entre niveaux souhaitables de rémunération individuelle et collective. Le management dans l'exercice pluriprofessionnel, pour articuler au mieux autonomie professionnelle et projet collectif, ou « culture libérale » et « culture ENMR », prend donc ici toute son importance » (Fournier et al. 2014b: 3).

⁵³⁵ Un seul des professionnels interrogés, un médecin a exprimé l'idée que le paiement à l'acte pouvait constituer un frein au développement des actions pluriprofessionnelles.

Tableau 2 : Deux cultures à articuler dans les ENMR (Fournier, Frattini, et al. 2014b)

Dimensions sous-jacentes	Culture individuelle Monoprofessionnelle Contractuelle avec l'Assurance maladie	Culture collective Pluriprofessionnelle en sus de la monoprofessionnelle Contractuelle avec l'Etat
Population suivie	Une patientèle	Des patientèles et/ou la population d'un territoire
Rémunération/fondement	Paiement individuel	Paiement collectif (sur projet)
Rémunération/régulation	A l'acte Paiement à la performance individuelle (ROSP) Forfait (Affection de longue durée (ALD), médecin traitant...)	Enveloppe fermée pour NMR
Rôle d'entrepreneur	Indépendant, autonome	Collectif, négocié
Mode d'implication dans un projet	Libre arbitre de chacun	Négociation dans le cadre de l'appartenance à un collectif
Relations mono professionnelles Relations interprofessionnelles	Concurrence implicite Variables au cas par cas	Coopération explicite Négociées selon projet
Modalités de décision	Décision individuelle (soin) et collégiale (moyens) limitée aux associés de la Société civile de moyens (SCM)	Décision collective (associés de la Société interprofessionnelle ambulatoire (SISA) ou adhérents de l'association des professionnels de la MSP)
Regards externes sur les pratiques	Assurance maladie (Cnamts): évaluation individuelle des médecins et mesure de la performance	Evaluation collective pluriprofessionnelle locale (Agence régionale de santé (ARS) et nationale (pilotage et évaluation)
Jugement sur les pratiques	Monoprofessionnel, par acteurs libéraux choisis	Mono et pluriprofessionnel, par partenaires sanitaires /médico-sociaux non choisis
Mode de conventionnement et de régulation des pratiques	Autorégulation dominante, avec faible régulation externe liée au conventionnement avec l'Assurance maladie (vécue comme implicite plus qu'explicite)	Conventionnement avec l'ARS sur la base d'un projet de santé avec objectif d'amélioration des pratiques (régulation vécue comme duelle, entre instrumentalisation et reconnaissance)
Type d'interdépendance	Réseau de correspondants informel, personnel et choisi	Informelle négociée plus formalisée pour certaines actions pluriprofessionnelles
Responsabilité	Individuelle	Individuelle et collective
Type de gestion	Gestion individuelle du chiffre d'affaire (hors SCM)	Gestion collective d'un budget avec trésorerie, salariés
Interlocuteurs institutionnels	Syndicat, ordres, Assurance maladie	ARS, collectivités territoriales, fédération régionales, URPS, Etat national en lien avec la Fédération française des maisons et pôles de santé (FFMPS)
Contenu de l'activité de veille et de formation continue	Centrée sur la pratique individuelle ou en réseau	Centrée sur MSP et ENMR ; et sur pratiques coopératives promues (suivi coordonné, éducation thérapeutique, dépistage, ...)

III. Des transformations gouvernées par des instruments d'action publique particuliers

Centrer l'analyse sur les instruments d'action publique permet d'étudier les « problèmes posés par le choix et l'usage des outils (des techniques, des moyens d'opérer, des dispositifs) qui permettent de matérialiser et d'opérationnaliser l'action gouvernementale » (Lascoumes & Le Galès 2004b: 12). Non réductible à une rationalité technique pure, car indissociable des agents qui en déploient les usages, un instrument d'action publique est un « dispositif à la fois technique et social qui organise des rapports sociaux spécifiques entre la puissance publique et ses destinataires en fonction des représentations et des significations dont il est porteur » (Lascoumes & Le Galès 2004b: 13).

Nous nous intéressons dans un premier temps au choix des instruments, pris comme traceurs de changement, puis aux effets observés de quelques instruments choisis.

III.1. Des instruments caractéristiques du nouveau management public

De nos jours, la multiplication des acteurs et des instruments de coordination a fait émerger un paradigme de la « nouvelle gouvernance négociée », au centre de la gouvernementalité décrite par Michel Foucault, opérant un cadrage des individus et une « conduite à distance » de leurs conduites. Etudier comme ici le type d'instruments retenus, leurs propriétés et les justifications de ces choix s'avère plus révélateur du changement que les exposés des motifs et les rationalisations discursives ultérieures des responsables politiques.

Dans le discours actuel des politiques, la MSP a toutes les caractéristiques d'une « nouveauté instrumentale » : elle constitue d'abord un geste politique, cherchant à produire un effet symbolique d'autorité et de rupture ; elle traduit une recherche d'efficacité, se voulant une réponse à l'échec des instruments antérieurs ; elle est porteuse d'une rationalité matérielle et axiologique, associée à des valeurs censées renouveler ou enrichir l'action publique (Lascoumes & Le Galès 2004a: 358). Or l'analyse historique que nous avons menée dans le chapitre 1 montre que cette « nouveauté instrumentale » n'est pas si nouvelle, que les garanties d'efficacité ne sont pas aujourd'hui disponibles – d'où le développement d'une évaluation de ses effets en parallèle – et que la rationalité axiologique procède d'une redistribution ou d'une réappropriation de certaines valeurs (comme l'intérêt public, la cohésion sociale, la participation, la réduction des inégalités...) vers ou par les professionnels de santé libéraux.

Parmi les cinq modèles d'instruments décrits par Pierre Lascoumes et Patrick Le Galès⁵³⁶, les MSP représentent elles-mêmes et mobilisent essentiellement des instruments de type « conventionnel et

⁵³⁶ Les cinq types d'instruments sont les suivants : « législatif et réglementaire », « économique et fiscal », « conventionnel et incitatif », « informatif et communicationnel », ou encore « normes et standards (*bests practices*) ». Chacun est associé à un type de rapport politique particulier et à un type de légitimité donné.

incitatif » : « projet de santé », « protocole de coopération », « programme d'ETP » (autorisation +/- financement), rémunérations collectives (ENMR) formation pluriprofessionnelle, évaluations de différents types qui jalonnent le développement de la structure et de ses projets, outils juridiques nécessaires au fonctionnement du travail collectif et à sa rémunération pour compléter le modèle libéral à l'acte. Ces « constellations d'instruments » forment des ensembles plus complexes que ce qui existait dans les réseaux de santé (tout en intégrant leurs outils : réunions, dossiers partagés ou tableaux de bord des réseaux de cancérologie décrits par Lynda Sifer-Rivière (Sifer-Rivière 2012), avec, pour certains outils, une marge de manœuvre laissée aux professionnels dans la décision de s'en emparer ou non.

Ces différents instruments ont tous pour visée de faciliter d'une part la rencontre entre différentes logiques professionnelles pour qu'elles s'accordent entre elles et d'autre part la rencontre entre logiques professionnelles et logiques institutionnelles de santé publique afin qu'elles s'ajustent les unes aux autres, ce qu'ils parviennent plus ou moins à faire.

Ces instruments sont associés à un type de rapport politique, celui de l'« état mobilisateur », et supposent pour type de légitimité la « recherche d'engagement direct ». En cela, ils appartiennent au « nouveau management public » qui gouverne de plus en plus par contrat. C'est d'ailleurs sur le développement de ces instruments (plus que sur une réforme plus profonde du système de santé) que mise explicitement l'Assurance maladie : « Peut-être plus que les grandes réformes de structure, ce sont les outils de gestion et les innovations dans les modalités de régulation qui peuvent être source d'inspiration : évaluation des technologies, incitations financières, mobilisation des systèmes d'information, diffusion des recommandations médicales, organisation de la prise en charge des maladies chroniques, modes de rémunération des offreurs de soins, mesure de la performance du système et transparence sur la qualité,... Ces outils se diffusent partout et la comparaison des bonnes pratiques peut aider chaque pays à les développer avec sa propre approche. » (Polton 2013⁵³⁷)

Mais nos observations montrent que si ces instruments apparaissent adaptés aux aspirations des médecins généralistes, désireux comme nous l'avons vu de porter le changement, ils rencontrent des difficultés premièrement de traduction entre logiques professionnelles, logiques territoriales des élus locaux et logiques de santé publique des institutions régionales. Et deuxièmement, ils rencontrent des difficultés de traduction entre les différents professionnels de santé, et notamment entre médecins et paramédicaux, qui disposent de moins de ressources pour s'investir dans l'action collective et dans sa conduite, comme le montre l'analyse des difficultés de traduction entre professionnels de santé dans le programme d'ETP de X, et comme l'a mis en évidence l'analyse des transformations au sein des quatre MSP détaillée dans le rapport d'étude déjà cité (Fournier, Frattini, et al. 2014a).

⁵³⁷ Extrait d'entretien avec Dominique Polton, interrogée sur les modèles étrangers pour le système de santé, dans le dossier « L'avenir du système de santé en France », en ligne sur le site de La Documentation française (2013)

III.2. Des effets à la fois mobilisateurs et freinateurs

Michel Callon et Patrick Le Galès décrivent trois types d'effet des instruments : la production d'une représentation spécifique des enjeux qu'ils traitent, la participation à une problématisation particulière de ces enjeux et des effets d'inertie qui créent des résistances (Lascoumes & Le Galès 2004c).

Nous recherchons ici les effets de trois instruments illustratifs des transformations en cours dans les MSP : un programme d'ETP, les évaluations qui accompagnent le processus de création d'une MSP en mobilisant divers instruments, et les financements ENMR.

III.2.1. L'ETP, un instrument porteur de transformations à plusieurs niveaux

III.2.1.1. Un instrument qui contribue à redéfinir des frontières, et fait apparaître de nouveaux besoins

Comme on l'a vu, malgré leur souhait d'un nouveau modèle pluriprofessionnel coordonné permettant de développer la prévention pour réduire les ISS, les médecins innovateurs sont contraints de commencer par développer l'ETP autour des maladies chroniques, en faisant l'hypothèse que les interactions nécessitées par ce projet leur permettront d'inventer de nouvelles pratiques. Grâce aux « traductions » engagées, le dispositif d'ETP est effectivement à l'origine de nouvelles pratiques de soin et de santé publique, ainsi que de nouvelles collaborations interprofessionnelles et interinstitutionnelles. De nouvelles articulations se dessinent entre différents domaines de pratiques. Premièrement entre soin et prévention, le projet permet de développer des pratiques préventives et éducatives que les professionnels dispersés chacun dans leur cabinet - ou intervenant au domicile du patient- n'avaient pas la possibilité de mettre en place. Deuxièmement, entre médical et paramédical, les conceptions du soin et de la prévention liées aux positions professionnelles des différents acteurs (médecins, paramédicaux, professionnels du Codes, professionnels des espaces de quartier) se recomposent au fur et à mesure de la mise en œuvre et des adaptations du programme d'ETP. Troisièmement, entre sanitaire et social, l'implantation du programme d'ETP dans les espaces de quartier met en contact des professionnels qui ne se côtoyaient pas auparavant. Quatrièmement, entre colloque singulier et approche collective territoriale, certains médecins perçoivent une transformation de la relation avec leurs patients suite à leur investissement dans un programme d'ETP, et se mettent davantage à leur écoute.

En particulier, la formation pluriprofessionnelle des professionnels à l'ETP est apparue comme un instrument particulièrement porteur de transformations, selon les témoignages des professionnels de la MSP A qui y ont trouvé le « *ciment du projet collectif* » (médecin 1, MSP A). Sa capacité

transformatrice a été décrite dans diverses expérimentations, notamment en MSP (Lamour & Michenaud 2014)⁵³⁸, mais également plus largement (Lasserre-Moutet et al. 2008)⁵³⁹.

Cependant le défi de transformation culturelle professionnelle que se lancent les médecins rencontre différentes tensions.

Les médecins souhaitent-ils un changement réel de pratique ou bien un partage renégocié d'activités ? La coopération pluriprofessionnelle individuelle est-elle de co-construire, de partager ou de distribuer ? Cette difficulté est visible dans le souhait de « partager le leadership » entre médecins et infirmières et dans la nécessité conjointe pour les généralistes de positionner leur profession, tout en bénéficiant des facilités à légitimer leur projet vis-à-vis de leurs interlocuteurs que leur donne une identité de médecin. Ainsi ce défi culturel se heurte aux juridictions professionnelles, la tension se révélant forte entre défense d'intérêts professionnels et défense d'intérêts pratiques cette fois interprofessionnels.

Par ailleurs, l'ETP sous la forme de programmes, même adaptés, se révèle un outil insuffisant en lui-même pour répondre aux besoins de certains patients. D'où la construction, notamment dans des quartiers défavorisés, de dispositifs intermédiaires permettant de rendre l'ETP accessible aux patients, en répondant d'abord à un certain nombre de problèmes qui leur en interdisent l'accès : cela s'opère à travers un accompagnement social personnalisé (Cachard & Correia 2014)⁵⁴⁰ qui repose sur la mise en lien des acteurs sociaux et médico-sociaux. (voir les articles joints en annexe décrivant l'expérience de la MSP de Chambéry et celle du Centre de santé de Saint-Denis (Fournier & Bentz 2014; Fournier 2014b)⁵⁴¹.

III.2.1.2. Un instrument qui déplace les tensions existantes entre des dimensions publiques et privées de la santé

Des tensions persistantes dans la tentative expérimentale d'un programme d'ETP comme réponse aux difficultés rencontrées

Au sein du projet de réorganisation des soins primaires élaboré à X, la première action concrète a été la mise en place d'un programme d'ETP, en partenariat avec le Comité départemental d'éducation pour la santé (Codes). Avec les trois médecins promoteurs déjà cités, quatre professionnels y sont particulièrement actifs : une infirmière, deux diététiciennes libérales et une anthropo-nutritionniste salariée du Codes. Agréé en 2011 par l'Agence régionale de santé (ARS), ce programme complète les activités de soin habituelles aux personnes diabétiques de type 2 (financées par l'assurance maladie) par des activités de prévention des complications financées ponctuellement

⁵³⁸ Lamour, P. & Michenaud, J., 2014. Comment, par des formations actions, soutenir le développement de l'éducation thérapeutique dans les maisons de santé pluridisciplinaires : l'exemple de Savenay. *Santé éducation*, (2), pp.16–18.

⁵³⁹ Lasserre-Moutet, A. et al., 2008. Transformer son identité professionnelle : impact d'un programme de formation continue de soignants en éducation thérapeutique du patient. *Pédagogie médicale*, 9, pp.83–93.

⁵⁴⁰ Cachard, J. & Correia, J.-L., 2014. L'éducation thérapeutique du patient et ses développements en quartier populaire. *Santé éducation*, (2), pp.12–14.

⁵⁴¹ Fournier, C. & Bentz, L., 2014. Travailler ensemble en éducation thérapeutique : reflet des débats ouverts lors du congrès Santé Éducation 2014. *Santé éducation*, 2, pp.6–8.

par l'Agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances (Acsé). La municipalité y participe en mettant à disposition des locaux au sein de ses Espaces de quartier. En 2012, 60 patients, recrutés par 11 médecins de la commune, ont signé un formulaire de consentement pour être inclus dans le programme. Parmi ces patients, 47 y ont effectivement participé, dont 31 à une ou deux rencontres et 16 à au moins trois rencontres.

Lors de la construction du programme d'ETP et au fil de sa mise en œuvre, professionnels et patients se sont confrontés à des questions ou des obstacles qui manifestent les difficiles ajustements entre les dimensions publiques et privées de la santé. Les problèmes exprimés par les patients concernent essentiellement la confidentialité des soins. Les soignants font apparaître en outre des questions autour des modalités concrètes de l'éducation, prises en tension entre standardisation et personnalisation.

Du côté des patients : une « dé-privatisation » de la santé, exposant le patient au regard des autres dans un lieu public

L'entrée dans le dispositif d'ETP marque la sortie du colloque singulier avec le médecin et inaugure le partage du secret médical avec des professionnels de santé non choisis par le patient. De fait, le programme opère un déplacement vers une médecine moins privée, moins « confidentielle », selon plusieurs dimensions.

La première est celle d'un étiquetage en tant que « malade » dans un lieu public. En effet, réunir des personnes diabétiques pour parler de leurs habitudes de vie, dans des lieux habituellement réservés à des activités culturelles et sportives, présente pour les professionnels l'avantage d'inscrire la gestion de la santé dans les affaires de la vie quotidienne, et pour ces personnes celui de se retrouver face aux professionnels sur un terrain neutre. Mais pour certains patients, qui participent au programme « parce que le médecin l'a demandé » (patient d'une soixantaine d'années), la venue dans un tel lieu pose un problème de confidentialité. Tous sont en effet susceptibles d'être identifiés comme « malades » par les personnes qu'ils y rencontrent (le personnel d'accueil, les autres patients, les personnes venues pour d'autres activités...), alors que certains, comme nous l'a confié un homme d'une cinquantaine d'années, employé de la mairie, tiennent leur maladie cachée vis-à-vis de leur employeur, par crainte de discriminations. Le diabète est en effet associé à une représentation relativement négative, voire culpabilisante, et propice à des discriminations à l'emploi⁵⁴².

Une deuxième dimension dans cette diminution de confidentialité est celle de la levée du secret sur des habitudes privées. Ainsi, lors des rencontres collectives, les patients vivent de manière différente l'invitation à échanger sur des habitudes relevant de l'intime. Certains acceptent uniquement de participer à des entretiens individuels, une patiente de 70 ans expliquant qu'elle n'aime pas parler devant d'autres personnes. A l'inverse, certains patients en retirent un bénéfice, notamment un sentiment de moindre solitude et celui d'être écouté dans ses difficultés, comme

⁵⁴² L'Association française des diabétiques a publié en 2012 un Livre blanc intitulé « Diabète et travail : pour en finir avec les discriminations ».

l'indique une jeune patiente : « ça permet d'échanger. Et on s'en rend compte aujourd'hui, c'est hyper riche parce que les gens savent ce que l'on ressent ».

Du côté des soignants : des débats sur les modes d'accompagnement des patients, des tensions entre standardisation et personnalisation

Un des premiers débats engagé par les soignants a porté sur la pertinence d'un ciblage du programme, à travers le choix des critères d'inclusion des patients. Premièrement, lors d'une discussion avec un diabétologue qui conseillait de cibler les patients dont le diabète était peu déséquilibré, c'est-à-dire là où l'ETP avait fait la preuve d'un bénéfice glycémique significatif, les médecins généralistes ont défendu le principe d'un accès à l'ETP pour tous leurs patients, avec l'idée qu'il fallait au contraire viser à combattre et diminuer les ISS (objectif collectif plus qu'individualisé) et que les apports de l'ETP ne se limitaient pas à une amélioration glycémique⁵⁴³. Deuxièmement, le comité de pilotage a décidé de ne pas exclure de patients sur le critère d'une « barrière de langue » (objectif singulier primant sur le collectif), le pré-requis minimum étant qu'ils aient compris la démarche expliquée par leur médecin, éventuellement grâce à la présence d'un membre de leur entourage faisant office de traducteur, et qu'ils soient en mesure de signer le document de consentement. Cependant, ces critères ont été diversement compris et appliqués par les différents médecins, certains recommandant aux patients ayant des difficultés avec la langue française de venir accompagnés tandis que d'autres n'ont sélectionné que des patients qui parlaient bien français, illustrant de ce fait la manière dont les patients les plus éloignés culturellement ou socialement du système de soin peuvent se retrouver exclus d'un dispositif conçu prioritairement pour eux.

Les questions que se posent les professionnels lors de la construction des séances collectives révèlent en outre leurs représentations à l'égard d'habitudes culturelles qui leur sont étrangères. La pratique collective d'une activité physique allait-elle gêner les femmes maghrébines qui devraient porter un habit adapté ? Pouvait-on organiser un atelier sur le diabète et le Ramadan, ou devrait-on le consacrer plus largement à la question du jeûne, afin de ne pas stigmatiser une communauté ? Des questions se sont aussi posées vis-à-vis des disparités économiques : peut-on organiser, sans stigmatiser les participants, un atelier sur « comment bien se nourrir à petit prix » ? Plus largement, ces questions relevant du domaine privé, qui ne poseraient pas (ou moins) de problème si elles étaient abordées dans le colloque singulier avec un professionnel, leur semblent plus délicates à aborder au cours de séances collectives, ce qui rejoint le constat des conséquences d'une diminution de la confidentialité.

Mais ce qui fait que l'approche risque de devenir plus culturaliste qu'adaptée aux différences culturelles tient sans doute prioritairement à la manière dont les échanges sont animés et à la place qui est donnée aux patients dans les interactions. Plusieurs exemples soulignent une tension entre la pondération relative donnée à la standardisation (normes publiques) et à la personnalisation (normes privées), qui traduit la cohabitation de deux logiques parfois concurrentes. On a pu

⁵⁴³ S'expriment ici « des tensions entre la réponse à la demande de standardisation (le « meilleur soin », reposant sur des « preuves » pour tout le monde) et la réponse à la demande d'humanité dans la relation soignante », choisie par les porteur du programme (Demailly, 2012, § 73).

l'observer notamment dans les rencontres sur l'alimentation co-animées par une diététicienne et l'anthropo-nutritionniste. Pour la première, en forçant le trait, la logique dominante était celle d'une information descendante du professionnel vers les patients, accordant peu de temps à l'expression des habitudes privées de chacun. Pour la seconde, formée à l'éducation pour la santé et à l'ETP, la logique dominante était au contraire celle d'un échange d'expérience permettant aux patients de partager leurs habitudes culinaires et de les rediscuter ensemble et avec des professionnels. Au-delà de la formation, les contraintes organisationnelles influent également sur cette tension : d'une part, le non recours à des interprètes limite les possibilités d'expression des patients (même si la présence d'un accompagnant ou d'un professionnel parlant plusieurs langues peut permettre de pallier cette absence), d'autre part, le choix limité d'intervenants extérieurs (ici une diététicienne non musulmane pour parler du Ramadan) conduit à un discours moins technique, moins directif, s'appuyant davantage sur l'expérience des participants. S'opposent ainsi une approche normative (transmettre des normes prédéterminées) et une approche « auto-normative » (aider les individus à définir leurs propres normes dans une approche inspirée de Canguilhem) (Barrier 2010)⁵⁴⁴. Cette dernière est défendue par Lamour à travers la possibilité d'une « éducation pour la santé plus inductive que prescriptive [... ayant] pour premier objet de créer des espaces d'échanges critiques. Ces échanges débutent toujours par l'expression des représentations des individus. Cette mise à plat préalable permet de prendre conscience des différences et de les respecter. [... On peut] alors introduire de nouvelles connaissances ou conseils concourant à une meilleure santé » (Lamour 2007)⁵⁴⁵. De la même manière, des diététiciennes qui animent des ateliers « cuisine » pour les patients diabétiques à l'hôpital défendent la possibilité de respecter les cultures et les singularités dans les pratiques soignantes et d'élaborer des ajustements (Romand et Baclet, 2007). Le programme étudié oscille ainsi entre une « logique d'observance » (avec un degré de contrôle social et de normalisation plus ou moins grand) et une « logique d'empowerment » (dans une perspective d'émancipation et de construction de ses propres normes), déjà décrites dans la pratique de l'ETP (Pélicand et al. 2009 ; Braud 2012). Au-delà de l'ETP, la seconde logique se retrouve plus souvent évoquée dans le discours que présente dans les pratiques médicales (Bureau et Hermann-Mesfen 2014). L'approche reposant sur la « construction collective de savoirs profanes » (Demailly 2013 : §49), censée offrir une plus grande liberté aux patients, peut en effet dans certaines circonstances représenter une forme de médicalisation souhaitée car plus « achevée » et « incorporée » (Fassin 1998).

Dans le programme étudié, ces façons d'agir et ces péripéties sont sous-tendues par des enjeux professionnels. L'anthropo-nutritionniste estime notamment que le programme n'est pas construit de manière suffisamment collégiale, que « les paramédicaux n'y trouvent pas tous leur place », et que « les patients, les médiateurs culturels, les interprètes y sont de grands absents ». Elle indique toutefois avoir conscience de la difficulté du passage d'un projet « médico-centré » à un projet « partagé » entre différents professionnels, puis « centré sur la communauté ». Même si la mise en place d'approches ciblées, communautaires et territoriales est recommandée par l'Igas, ce projet montre qu'une telle démarche ne va pas de soi, car elle implique simultanément une reconfiguration importante des relations interprofessionnelles (Fournier 2014) et un « changement culturel majeur

⁵⁴⁴ Barrier, P., 2010. La blessure et la force. La maladie et la relation de soin à l'épreuve de l'auto-normativité, Paris: PUF.

⁵⁴⁵ Lamour, P., 2007. Education pour la santé des migrants: à quelles conditions ? *La santé de l'homme*, (392), pp.30–31.

dans les pratiques » soignantes (médecin 2). De plus, pour des praticiens libéraux, elle renvoie également à un autre aspect important à prendre en compte, et que traversent également des tensions entre aspects public/privé : c'est celui de l'enjeu financier autour de la rémunération « privée » (à l'acte, peu régulée, garantie par un financement socialisé) et des financements publics incitatifs proposés pour appliquer une politique fortement administrée par l'ARS, sur des périodes courtes et sans visibilité de long terme, caractérisant le programme d'ETP observé.

Conclusion : entre dé-privatisation et re-privatisation de la santé

L'un des objectifs allégué des maisons de santé est de mieux faire face aux déterminants culturels et sociaux impliqués dans la prise en charge d'affections chroniques telles que le diabète, grâce au rapprochement de compétences professionnelles complémentaires. L'étude de la mise en place d'un programme d'ETP dans le cadre d'une MSP en projet permet de mettre au jour un certain nombre de réussites, de difficultés et de tensions.

D'une certaine manière, pour les patients, le programme d'ETP proposé par des praticiens dé-privatise la santé en diminuant la confidentialité des prises en charge, devenues pluriprofessionnelles et collectives, ce qui répond au besoin de certains patients d'être moins seuls. Dans le même mouvement, il peut contribuer à l'émergence d'une plus grande auto-normativité (que l'on pourrait qualifier de re-privatisation), dans certaines conditions qui tiennent à la fois aux patients, aux professionnels et à l'interaction (Braud 2012).

Pour les soignants, les tensions rencontrées dans leur prise en compte conjointe des dimensions publiques et privées de la santé sont pensées, ressenties et traitées comme indissociables des contraintes d'organisation, de la formation des intervenants, du financement des activités, de la redéfinition des rapports interprofessionnels (dès lors que la médecine est exercée en groupe) et de la place donnée aux patients dans les activités et dans l'évolution du programme.

Le dispositif d'ETP étudié, associé au projet de MSP, a été élaboré et se présente comme un instrument d'expérimentation de pratiques innovantes, révélant l'inventivité des professionnels face aux enjeux que représentent les ISS et la prévention dans ses aspects individuels et collectifs. Il porte en germe des reconfigurations nécessaires du système de santé.

Dans la construction de programmes qui aient du sens pour les différents acteurs et qui puissent contribuer à prévenir les complications de la maladie et réduire les ISS, cette observation vient conforter l'intérêt, déjà bien affirmé, de laisser plus de place aux patients. Les évaluations du processus révèlent d'ailleurs que la séance la plus appréciée par les patients est celle où ils ont été invités à donner leur avis sur le dispositif.

III.2.2. Les instruments d'évaluation autour d'une MSP en projet : des pratiques révélatrices d'enjeux et porteuses de transformations

III.2.2.1. L'intérêt d'analyser les évaluations mises en place, leurs enjeux et leurs usages

« Évaluer consiste fondamentalement à porter un jugement de valeur sur une intervention en mettant en œuvre un dispositif permettant de fournir des informations scientifiquement valides et socialement légitimes sur une intervention ou sur n'importe laquelle de ses composantes de façon à

ce que les différents acteurs concernés, qui peuvent avoir des champs de jugement différents, soient en mesure de prendre position sur l'intervention et construire un jugement qui puisse se traduire en actions. Les informations produites par une évaluation peuvent résulter de la comparaison entre des observations et des normes (évaluation normative) ou s'élaborer à partir d'une démarche scientifique (recherche évaluative). »⁵⁴⁶

De cette définition de l'évaluation utilisée classiquement en santé publique, dont il est à noter qu'elle a été élaborée par un professeur en économie de la santé, nous retenons ici les dimensions de dispositif de recueil d'informations, de jugement porté sur une intervention et de prise de décision qui se traduise en action. L'usage de cette définition a pour biais de sélectionner les évaluations reposant sur un dispositif de recueil de données formel, ce qui exclut de nombreux temps d'évaluation informels comme les réunions du comité de pilotage, les réunions du conseil municipal... où sont pourtant prises des décisions formelles importantes concernant les dispositifs étudiés, comme par exemple d'accorder ou de suspendre un financement, mais qui n'ont pas le statut d'« évaluations » en tant que telles.

À ce propos, ce travail de thèse révèle que dans le foisonnement de projets d'évaluation censés guider l'action des professionnels et les choix des politiques publiques, une analyse inductive de l'origine des projets et de leurs commanditaires, des choix d'objets évalués, de leurs méthodes, de leurs usages et des collaborations qui en découlent, s'avère un révélateur pertinent des enjeux auxquels sont confrontés les professionnels de santé, les élus, les chercheurs et les usagers de santé.

III.2.2.2. Des évaluations qui ouvrent, façonnent et accompagnent le développement d'un projet de réorganisation des soins primaires

Au fur et à mesure de l'avancement du projet étudié à X, différents types de recueil de données pouvant être assimilés à des « évaluations » ont été mis en place successivement ou parallèlement. Ces évaluations remplissent des fonctions de nature différente.

Les deux premières, réalisées en 2008 et 2010, constituaient des études de faisabilité du projet et ont permis de l'amorcer. Une évaluation quantitative de type sociodémographique sur l'état de santé de la population et la démographie des professionnels de la commune a été réalisée par une association régionale de professionnels libéraux. Ensuite, une évaluation qualitative dite « diagnostic d'opportunité » a été réalisée par un consultant en santé publique avec une approche de sciences politiques.

Trois autres évaluations distinctes ont été menées entre 2011 et 2014 pour suivre le projet et en rendre compte aux autorités de santé locales et aux financeurs : une évaluation financière liée à l'obtention d'un financement de l'Etat pour l'impulsion de la dynamique collective ; une évaluation de l'activité déployée dans le programme d'« éducation thérapeutique » pour permettre la reconduction par l'autorité de santé régionale de l'autorisation accordée pour son déploiement ; et une seconde évaluation financière concernant les crédits expérimentaux accordés à ce programme par la préfecture.

⁵⁴⁶ Contandriopoulos A.-P., Champagne F., Denis J.-L., Avargues M.C, *L'évaluation dans le domaine de la santé : concepts et méthodes*, Revue d'épidémiologie et de santé publique 2000 ; 48(6) : 517-39.

Enfin, plusieurs recherches évaluatives ont été menées entre 2012 et 2014 autour du programme d'éducation thérapeutique, notamment un dispositif visant à éclairer les transformations des pratiques et l'impact du programme en vue de le réorienter et de l'améliorer, à travers l'articulation d'évaluations qualitatives et quantitatives.

Ces nombreuses évaluations renvoient à des enjeux de nature différente qui peuvent être décrits comme suit.

Enjeux et usages d'une évaluation quantitative sur les caractéristiques sociodémographiques et l'état de santé de la population, et sur l'offre sanitaire au niveau de la commune

La première étude a été proposée gratuitement à la mairie de la commune par une association loi 1901 régionale, constituée de professionnels de santé libéraux en exercice, « issue de la volonté des Unions régionales des professionnels de santé de disposer d'un outil indépendant et professionnel pour mettre en perspective les problématiques d'offre de soins et de démographie médicale et paramédicale »⁵⁴⁷ dans la région. Elle a en particulier pour objet « le développement des outils de diagnostic territoriaux dans le domaine de la santé et notamment de l'offre de soins ambulatoires », et « l'accompagnement concerté entre des collectivités territoriales et les professionnels de santé en vue de projets territoriaux d'aménagement de l'offre de soins. Cette association est partenaire de l'Association des Maires de la région, et elle reçoit le soutien financier de l'Agence régionale de santé, de la Délégation interministérielle à la ville, de l'Agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances (ACSE) et des collectivités territoriales.

Cette évaluation s'intéresse d'une part aux besoins de la population calculés à partir d'indicateurs socio-démographiques et d'indicateurs sanitaires (taux de mortalité, consommation de soins) et d'autre part à l'offre de santé sur la commune en termes de structures sanitaires, de réseaux de santé et de professionnels libéraux, avec une vision dynamique prospective. Elle compare les indicateurs recueillis aux moyennes départementale et régionale, ce qui lui permet de mettre en évidence notamment une densité médicale inférieure à ces moyennes, ainsi qu'une diminution à venir à court et moyen terme du nombre de professionnels de santé sur la commune. Elle conclut sur la nécessité d'un regroupement des professionnels de santé libéraux afin d'améliorer l'attractivité de l'exercice pour de nouveaux professionnels. Cette conclusion est assortie de recommandations pour développer ce projet et d'une offre de service pour accompagner sa mise en œuvre.

Cette évaluation, dans laquelle transparaît d'abord l'intérêt des professionnels de premier recours à accompagner les restructurations de l'offre de soins pour garantir des conditions de travail satisfaisantes, rencontre le souhait de quelques médecins de la commune de réorganiser leur activité, alors même qu'une impulsion politique vient d'être donnée au niveau de la préfecture. C'est ce que souligne l'un des médecins porteurs du projet dans un entretien, interrogé sur l'élément déclencheur du projet de réorganisation des soins primaires sur la commune :

« La maison de santé pluridisciplinaire, c'était la déléguée à la préfète qui était venue nous voir pour nous dire « voilà, vous travaillez sur la ville, vous connaissez du monde, vous êtes

⁵⁴⁷ RIR Ile de France (Regroupement implantation redéploiement). Présentation sur le site Internet de l'association.

médecin... Fadela Amara trouve qu'il n'y a pas assez de maisons de santé pluridisciplinaires qui se créent ». Donc il y avait un objectif politique. Et en même temps, pratiquement au même moment, alors que le maire n'y croyait pas du tout, il y a l'association RIR qui envoie au maire une proposition de faire un audit, enfin un diagnostic. Le maire me la renvoie en me demandant mon avis. J'ai répondu « c'est gratuit, ce serait dommage de ne pas le prendre ». Donc ils sont venus le voir, et on est partis là-dessus. » (Médecin 2)

Cette évaluation réalisée par des représentants des professionnels de santé, qui défend des intérêts plutôt corporatistes à un niveau régional, conjugué à une impulsion politique nationale, vient légitimer un projet plus local et permettre sa reconnaissance par la municipalité. A contrario, il dispense en quelque sorte les porteurs du projet de chercher des soutiens auprès des représentants locaux de la population. Le fait que cette évaluation soit proposée par une telle association révèle également les interrogations et les inquiétudes quant à leur avenir de certains professionnels et des institutions qui défendent leurs intérêts dans le champ des soins primaires. Leur implication dans des évaluations de situations locales peut être lue comme une tentative de participation à la redéfinition de leur rôle.

Enjeux et usages d'une étude qualitative d'opportunité réalisée par un consultant en santé publique avec une approche de sciences politiques

Grâce à l'obtention d'un financement auprès du Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS)⁵⁴⁸, chargé notamment de financer des actions et des expérimentations concourant à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins dispensés en ville, les porteurs du projet de réorganisation des soins primaires réunis en association loi 1901 se sont dotés des moyens de rémunérer des travaux d'évaluation afin de guider leurs actions.

Conformément aux recommandations de la Fédération française des maisons et pôles de santé, la première évaluation qu'ils commanditent est une évaluation qualitative auprès d'un cabinet de conseil dédié aux secteurs de la santé et du médico-social. Cette « analyse microsociale locale étudiant l'existant et les opportunités d'évolution », selon les termes de la fédération repris par le consultant, s'intéresse aux caractéristiques géographiques, socio-économiques, démographiques et sanitaires de la population, à l'offre sanitaire et sociale existante, à l'analyse du projet (« leviers/accélérateurs, craintes/freins, opportunités, menaces ») et débouche sur un « plan d'action », avec un « scénario » de réorganisation, l'« argumentaire de cette solution » et « les modalités et le planning de mise en œuvre de la solution ». En plus de la synthèse de données épidémiologiques et administratives, déjà en partie réalisée dans le cadre de l'évaluation précédente, cette évaluation repose sur une méthodologie issue des sciences sociales, à partir d'entretiens semi-directifs avec une cinquantaine de professionnels de santé de la commune et d'élus locaux. Il s'agit d'une évaluation externe mais relativement contrôlée par les commanditaires puisqu'ils la rémunèrent et qu'ils ont choisi le consultant dont ils apprécient le travail. Il s'agit d'un médecin généraliste formé à la santé publique et aux sciences politiques, se définissant lui-même comme « un militant qui souhaite pousser un nouveau modèle de pratiques en soins primaires car

⁵⁴⁸ Nous revenons plus loin sur l'obligation d'évaluation assortie à l'obtention de ce fonds.

l'ancien est à sa limite ». Pour les commanditaires, l'enjeu est multiple, comme le montre cet extrait d'entretien à propos du « diagnostic d'opportunité » avec l'un des médecins porteur du projet, par ailleurs conseiller municipal :

« On essaye en permanence d'anticiper sur les peurs. Parce qu'au départ quand l'adjoint ou n'importe qui dit « on va faire une maison de santé », au bureau municipal, c'est une peur maximum. « Une maison de santé, combien ça coûte ? »... « il n'y a pas de raison qu'on finance les libéraux »... « c'est un investissement, c'est la ville »... à juste titre d'ailleurs. Donc plutôt que de dire « on fait une maison de santé et puis ça va coûter tant », on a préféré revenir un peu en arrière... parler besoins, parler projet... ça nous fait évoluer... et comment ça se fera finalement, on ne sait pas. Mais ce n'est pas mettre en avant la maison et un coût sans savoir ce qu'il y a dedans ». (médecin 1)

Parmi les enjeux liés à cette évaluation, on trouve le recentrage sur l'analyse des besoins et de l'existant comme un gage de qualité de la démarche, comme une manière d'ancrer les transformations à venir dans une réalité et aussi comme un moyen de rassurer les interlocuteurs concernés à divers titres. Il s'agit également d'un dispositif permettant de sonder tous les professionnels de santé et les élus de la commune sur l'éventualité d'une réorganisation et sur les voies possibles à emprunter. D'ailleurs un médecin porteur du projet dira plus tard que personne n'avait saisi l'opportunité de cette étude pour s'opposer frontalement au projet, et que les personnes consultées ne pouvaient donc plus s'y opposer maintenant. Le consultant le dit d'une autre manière :

« A quoi sert ma mission en fait ? Elle sert à mobiliser et à permettre à des gens de s'exprimer. Pour moi le plus gros succès de la mission, c'est d'avoir permis que des gens qui étaient contre le projet deviennent neutres... pas pour... ils ne sont pas devenus pour, parce qu'il y a un conflit syndical entre MG-France et CSMF. Mais il y a des médecins qui étaient là à la réunion de restitution, qui avaient l'oreille du maire, et du coup ça les a [neutralisés]... » (consultant 1).

Cette évaluation représente en quelque sorte une démonstration de force des porteurs du projet, qui ont su trouver des financements pour la porter. Par son ampleur (plus de 50 personnes consultées), elle relativise l'importance des réactions des opposants potentiels.

Le rapport du consultant contient également des recommandations très précises comme celle d'inscrire le projet dans un Contrat local de santé signé entre la mairie, l'Etat, les professionnels et l'Agence régionale de santé. Ce genre de recommandation, inscrite dans un rapport à caractère « scientifique » contenant des données quantitatives et qualitatives, rédigée par un consultant ayant une expérience importante dans l'accompagnement de projets de regroupement, constitue un argument de poids dans la démarche des porteurs du projet.

Le vocabulaire très managérial apporté par le consultant, et véhiculé probablement aussi par les financements accordés au projet, semble également un élément intéressant pour voir et comprendre les traductions sous-jacentes à la mise en forme du projet.

Enjeux autour de trois évaluations de suivi / de contrôle des actions

La première évaluation de ce type est liée à l'obtention d'un financement de l'Etat pour l'impulsion de la dynamique collective, à travers le FIQCS. Financée sur 3 ans, l'association de professionnels porteuse du projet de réorganisation des soins primaires devra produire au bout de ce

délai de 3 ans un rapport financier justifiant de l'utilisation des crédits. Ceux-ci sont essentiellement dédiés à l'indemnisation des professionnels pour leur participation à la dynamique collective (participation à des réunions pluriprofessionnelles) ou à son animation (travaux d'étude ou de conseil comme le diagnostic d'opportunité). Il s'agit donc d'une évaluation peu contraignante, qui nécessite uniquement la tenue de comptes des dépenses engagées sur cette dotation.

La seconde évaluation « de contrôle » en cours est liée à la nécessité introduite par la Loi en 2009 de demander une autorisation à l'Agence de santé régionale pour mettre en œuvre un « programme d'éducation thérapeutique ». Une première autorisation ayant été accordée à titre expérimental pour une année, il est nécessaire de fournir à un an une évaluation de l'activité déployée afin de permettre la reconduction de l'autorisation accordée à ce programme, cette fois pour quatre ans. Une évaluation d'activité annuelle sera ensuite demandée au responsable du projet, puis une évaluation quadriennale plus complète à quatre ans. Un guide pour l' « auto-évaluation annuelle » attendue a été élaboré⁵⁴⁹ par la Haute autorité de santé, qui est responsable de l'évaluation nationale des programmes d'éducation thérapeutique. Pour la première année, cette évaluation comprend au minimum une « analyse de l'activité globale » (nombre de patients engagés, séances réalisées, etc.) et doit permettre de « débiter l'analyse du processus de mise en œuvre du programme (façons de procéder, enchaînement des étapes de l'ETP, diagnostics éducatifs réalisés, existence d'un dossier d'ETP par patient, etc.) en référence aux objectifs et contenu du programme d'ETP autorisé ». Elle laisse une latitude importante au coordinateur du programme sur les objets à évaluer et le type d'évaluation à mettre en place. Cependant les enjeux liés à la lecture de cette évaluation annuelle par l'Agence régionale de santé sont importants car c'est la pérennité du programme qui est en question, mais aussi, à plus long terme (et en dehors d'un cadre expérimental), la possibilité de réponse future à des appels d'offre pour financer ce programme – et donc l'existence même de la future maison de santé.

La troisième évaluation « de contrôle » est une évaluation financière liée à l'obtention d'un financement expérimental d'un an pour le développement et l'implantation d'un programme d'« éducation thérapeutique », accordé par le préfet de région au titre de l'Agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances (ACSE). Ce financement a permis de créer du lien entre politiques de la ville et politiques de santé. Seul un bilan comptable est attendu. L'enjeu pour les professionnels était à la fois de « rapprocher les professionnels de santé des Ateliers santé ville » et de disposer de fonds afin d'expérimenter un travail interprofessionnel nouveau. Il s'agissait également de démontrer leur capacité à trouver des financements pour ce type d'activité, afin de rassurer les professionnels sur la viabilité économique de la future maison de santé qui offrirait des activités nouvelles.

Enjeux autour des recherches évaluatives sur un « programme d'éducation thérapeutique »

Les porteurs du projet de réorganisation des soins primaires ont souhaité initier ce programme afin de permettre la création d'une dynamique interprofessionnelle autour de pratiques innovantes visant à accompagner les personnes diabétiques de la commune. Le recrutement des patients passe

⁵⁴⁹ Haute autorité de santé. Auto-évaluation annuelle d'un programme d'éducation thérapeutique du patient. Guide pour les coordonnateurs et les équipes. Mars 2012

par les médecins généralistes, qui présentent le programme et recueillent le consentement écrit du patient. Celui-ci est ensuite joint au téléphone par une infirmière coordinatrice qui lui propose des rencontres individuelles et collectives organisées dans les espaces de quartier de la commune. Ces rencontres visent à permettre aux patients de « faire le point et apprendre des choses sur leur maladie, avec d'autres professionnels de santé ». Ce projet est mis en œuvre par des diététiciennes et par une anthropo-nutritionniste formées à l'éducation thérapeutique, avec le concours ponctuel d'autres paramédicaux (podologue, éducateur médico-sportif, etc.).

Plusieurs évaluations qualitatives et quantitatives de ce programme ont été menées dans le cadre de thèses de médecine générale. Elles ont été proposées et co-encadrées par l'un des médecins porteurs du projet, également formé en sciences sociales, avec un chercheur en sciences sociales. Elles ont été construites en collaboration avec les intervenants dans le programme et avec les jeunes médecins généralistes, dès le début du projet, et ajustées au fur et à mesure. L'évaluation porte sur plusieurs types d'objets.

Premièrement, elle s'intéresse au processus, c'est-à-dire à la quantification et la caractérisation des activités mises en œuvre, au poids que représente la charge de coordination et d'animation des rencontres, à l'utilisation des outils de suivi, de communication et d'évaluation.

Deuxièmement, l'évaluation porte sur les professionnels de santé, leurs attentes initiales à l'égard du programme, leur implication dans le programme, les représentations qu'ils ont de leur rôle (dans son élaboration, dans son déroulement, dans son évaluation), leur satisfaction vis-à-vis de ce programme et ses apports pour eux, les transformations éventuelles des relations interprofessionnelles, l'impact éventuel sur la relation avec leurs patients, les points à améliorer...

Troisièmement, l'évaluation cherche à caractériser les patients, à documenter leur vécu de la proposition du programme par leur médecin, leurs attentes à l'égard du programme, leur parcours dans le programme, le vécu lié à leur participation à ce programme et leur satisfaction (vis-à-vis de l'organisation, du contenu, des rencontres...), l'impact ressenti sur leurs connaissances, sur leur qualité de vie et sur la manière de prendre soin d'eux-mêmes, l'impact sur la relation avec leur entourage et avec les professionnels de santé (notamment médecin, pharmacien...), les points à améliorer...

Le recueil de données s'appuie sur un formulaire de recrutement des patients rempli par le médecin généraliste et contenant des données biocliniques avant et après le programme. Une synthèse est rédigée par le professionnel avec le patient suite à chaque rencontre individuelle. Des auto-questionnaires papier sont remplis après chaque rencontre collective par les patients (questionnaires relativement simples, avec une part d'évaluation orale) et par les intervenants (questionnaires plus complets). Des entretiens vont également être réalisés d'une part avec des professionnels de santé impliqués à différents titres (médecin généraliste « recruteur », intervenant dans le programme, ou autre professionnel de santé) et d'autre part avec des patients ayant suivi le programme.

Les données sont collectées collectivement et exploitées par deux jeunes médecins généralistes, l'une s'attachant à décrire en priorité ce qui concerne les professionnels et l'autre en priorité les patients, avec le souci de confronter et d'articuler leurs résultats. Des enjeux sont identifiables à différents niveaux.

A un premier niveau, il s'agit de développer une approche réflexive sur une action nouvelle, afin d'évaluer son intérêt, de décider de sa poursuite et d'envisager les améliorations à apporter ou un éventuel élargissement. Cela permet notamment de suivre les transformations générées par ce dispositif dans les relations interprofessionnelles et dans la relation soignant patient, qui constituent un objectif de ce programme. Le développement de ce type d'évaluation pourrait à moyen terme faciliter la reconduction ou l'obtention de nouveaux financements pour ces activités éducatives.

Un autre enjeu est la possibilité de disposer de données « objectives » sur le programme en cours, afin de pouvoir en discuter entre professionnels et décider ensemble des améliorations à envisager : une collaboration se met en place autour de cette évaluation, qui s'est construite à plusieurs, mêlant des professionnels de santé libéraux, une intervenante du secteur social, deux jeunes médecins généralistes extérieurs à la commune et un chercheur en sciences sociales. Cela se traduit par un processus de négociation continu dans la construction de l'évaluation, qui doit tenter de répondre aux préoccupations différentes de ces acteurs. Cela a également une influence sur le déroulement de l'action, ne serait-ce que par le temps pris dans chaque séance par les intervenants et les patients pour remplir les questionnaires. Mais outre le temps qui lui est consacré, le remplissage de questionnaires oriente en retour le regard des acteurs sur les activités. Les jugements portés sur le programme à partir des données recueillies conduisent à une négociation des usages à imaginer de l'évaluation et des actions « correctrices » à mettre en place ou non : certains acteurs souhaiteraient tout de suite utiliser certains résultats « négatifs » pour réorienter l'action ou s'en retirer⁵⁵⁰, alors que d'autres pensent qu'il faut laisser à ce type de programme le temps de produire un effet observable. Ces discussions renvoient en arrière plan à des conceptions de l'évaluation et de la science parfois différentes. De plus, les décisions prises suite à ces débats révèlent les hiérarchies professionnelles existantes.

A un autre niveau, la mise en place d'évaluations de ce type, au plus près des pratiques soignantes, constitue un enjeu de reconnaissance pour la jeune spécialité universitaire de médecine générale, qui cherche à acquérir une spécificité dans l'usage de la recherche qualitative et par des liens étroits avec les sciences sociales.

III.2.2.3. Quelles conséquences de cette multiplicité d'évaluations ?

Les évaluations révèlent différents enjeux liés aux positions des acteurs et aux finalités officielles et officieuses dans lesquelles elles s'inscrivent. Au-delà du suivi ou du contrôle simple de certaines activités, ces enjeux peuvent être d'ordre stratégique (améliorer un dispositif pour mieux répondre aux besoins des usagers et augmenter leur participation), économique (obtenir le financement d'activités non rémunérées) ou de revalorisation d'une profession (contribuer à la reconnaissance professionnelle et universitaire des professionnels de premier recours).

On peut néanmoins s'interroger sur les conséquences possibles, positives ou négatives, de cette multiplicité d'évaluations, sur leurs effets potentiellement cumulatifs ou antagonistes, et sur les

⁵⁵⁰ Un médecin s'appuie par exemple sur le fait que les valeurs biologiques de son patient n'ont pas changé après un entretien individuel et une rencontre collective dans le cadre du programme pour juger de son absence d'intérêt.

arrangements auxquels ils donnent lieu. Ainsi il apparaît nettement que les évaluations mises en place éclairent surtout certains domaines de l'action, ceux qui répondent principalement aux questions des commanditaires. En l'occurrence, le projet étudié, porté majoritairement par des médecins, vient éclairer les problématiques de la coopération interprofessionnelle, d'abord sous un angle médical. Cependant d'autres angles de vue se révèlent, et l'espace de négociation créé à l'occasion d'une évaluation ouvre la possibilité de poser des questions nouvelles qui intéressent d'autres acteurs, comme celle de la place des paramédicaux, soulevée par une infirmière, ou celle de la place des usagers, soulevée par une intervenante formée à la « promotion de la santé » et aux approches de « santé communautaire ». Les pratiques évaluatives influencent également les pratiques soignantes en proposant des objectifs plus ou moins consensuels et plus ou moins atteignables, qui formatent l'action ou ouvrent des perspectives. Elles peuvent aussi intervenir directement dans les activités soignantes à travers par exemple des questionnaires qui modifient les représentations, les attentes, ou la relation entre usagers et professionnels.

III.2.3. L'ENMR : un outil mobilisateur, porteur d'une valeur d'équité dans la rémunération des différents professionnels

Nous l'avons vu, l'ENMR est un instrument qui produit des transformations importantes, notamment à travers la reconnaissance symbolique et financière du travail pluriprofessionnel qu'elle contribue à faire exister : elle participe ainsi au déplacement des frontières professionnelles (des médecins acceptent d'être interpellés et remis en question non seulement par leurs confrères mais aussi par les paramédicaux), au tissage de liens entre des professionnels auparavant sans contact (généralistes libéraux et hospitaliers, secteur social, élus et administratifs) ; elle contribue à faire exister et à rendre visibles les « soins primaires » en tant qu'entité et comme interlocuteur pour d'autres acteurs ; elle élargit ou déplace le champ des soins primaires, avec des répercussions sur les autres offreurs de soins et de services de santé ; elle contribue à travers l'ETP à transformer la relation soignant/patient... même si peu de place est encore donnée aux patients et aux usagers.

Ce qui semble particulièrement intéressant à souligner également est le souci d'égalité et même d'équité qui transparaît dans les modalités d'usage des financements collectifs, reflétant les transformations des dynamiques professionnelles.

L'usage des Nouveaux modes de rémunération (NMR), dont les modalités de redistribution sont peu contraintes, apparaît spécifique à chaque site et varie selon l'existence de financements complémentaires, selon le stade de développement du travail collectif et selon la nature des actions menées. Toutefois, on retrouve des traits communs dans les arbitrages nécessaires au processus de construction des actions pluriprofessionnelles : rémunérer le management ou les actions ; rémunérer la construction des actions pluriprofessionnelles et/ou leur mise en œuvre et leur coordination ; et pour chaque action, répartir également ou non les fonds entre les différents types de professionnels impliqués. Ces choix participent fortement à la structuration et à la dynamique du travail collectif. On y observe des logiques de redistribution variables mais traduisant un souci d'égalité et parfois mêmes d'équité.

Dans les quatre sites, les choix opérés sont divers et évolutifs : certaines MSP réservent une part forfaitaire fixe à chaque professionnel et une part variable selon le temps passé au travail

pluriprofessionnel, tandis d'autres tiennent compte uniquement du temps passé. On constate dans toutes les MSP, une recherche d'égalité dans la manière de rémunérer les différents professionnels. Ainsi dans la MSP D :

« – On a utilisé l'argent pour rémunérer du temps de présence, pour que les gens ne viennent pas bénévolement aux réunions.

– La rémunération était la même quel que soit le professionnel ?

– Oui. Ça n'a pas été facile ! Ça a été source de plusieurs débats ! Surtout que d'autres modèles existent.

– Et pourquoi, sur quels arguments vous avez fait ce choix ?

– Ça paraissait, au plus grand nombre, naturel de dire que, dans une réunion, sur de la prévention, sur des projets tels qu'on les envisageait, la parole de tel ou tel ne valait pas plus que celle de l'autre. Effectivement, l'argument de dire « mais une heure d'un médecin n'est pas payée autant qu'une heure d'une infirmière » existe. C'est vrai, mais d'un autre côté, dans la production du projet, on a la même valeur. Donc, on est partis sur cette idée-là. Je pense que ça a été, à mon avis, une base importante pour garder la motivation de toute l'équipe. Je pense qu'on aurait pu démotiver des paramédicaux parce qu'ils sont là autant de temps que nous et donc, c'est pas logique. » (Médecin 1, MSP D)

On observe parfois à travers l'utilisation des NMR une recherche d'équité en faveur des non-médecins. Ainsi, dans la MSP D, elles sont utilisées pour réduire l'inégalité de rétribution entre médecins, paramédicaux ou secrétaires, liées à certaines cibles de la Rémunération sur objectifs de santé publique (Rosp). Cette rémunération bénéficie aux seuls médecins alors qu'elle dépend en partie de l'intervention d'autres professionnels : par exemple, pour la surveillance du diabète, le médecin sera rémunéré en fonction de la réalisation par ses patients d'au moins trois dosages d'hémoglobine glyquée dans l'année. Les NMR peuvent ainsi être utilisées pour rémunérer les infirmières ou secrétaires qui y contribuent, notamment en relançant les patients pour réaliser ces examens.

Les médecins disent consentir à un « manque à gagner » lié aux NMR parce qu'ils les jugent utiles à la dynamique collective.

« – [Avec les NMR] on paye la coordination et on paye le temps de travail des gens dans les réunions, et leur investissement dans des actions. Par exemple, le temps que je passe à toutes les réunions. Le temps que passe le docteur K à aller dans les écoles. Le temps que passe mon associé à mettre à jour toute l'informatique. Tout le monde est indemnisé à hauteur de son travail. Il y en a qui ne touchent pas grand-chose, il y en a qui touchent beaucoup plus. Mais quand on fait le rapport de ce que l'on touche, de ce que l'on récupère pour le temps passé, par rapport à une activité libérale, pour un médecin en tout cas, on perd des sous. Moi, j'ai baissé mon chiffre d'affaires cette année et pourtant, j'ai travaillé beaucoup plus.

– C'est moins rentable que de faire des actes ?

– C'est moins rentable que de faire des actes, ça c'est sûr. C'est plus rentable pour les infirmières par contre. Là, elles s'y retrouvent largement.

– Sur quoi elles sont financées les infirmières ?

– Elles sont financées sur les réunions et puis le temps qu'elles vont passer pour remplir les dossiers pour les vaccins, le rapport, etc.

– Les séances d'ETP...

– Les séances d'ETP, etc. Pour elles, au niveau indemnités, ça correspond, c'est peut-être même un petit peu supérieur à leurs revenus. » (médecin 1, MSP C)

L'usage des NMR permet aussi d'associer aux actions pluriprofessionnelles les diététiciens et les psychologues dépourvus de nomenclature d'actes remboursés. Les NMR permettent également une meilleure implication des infirmières, par exemple, dans l'évaluation de situations complexes (hors diagnostic infirmier à domicile et donc hors nomenclature). Enfin, les professionnels ayant une fonction de coordination sont rémunérés différemment selon les sites, soit forfaitairement, soit au temps passé. Cette rémunération évolue d'ailleurs d'une année à l'autre dans chaque site, notamment en fonction d'actions nouvelles et de nouveaux équilibres à trouver.

Conclusion :

Des interactions inéluctables entre pluriprofessionnalité et pratiques préventives et éducatives

Un premier ensemble de résultats concerne les transformations permises par les traductions, les changements culturels et les instruments observés dans les MSP, ainsi que sur leur caractère favorable ou non au développement de la prévention. D'autres constats concernent le rôle joué par la prévention dans ces transformations.

En conclusion de cette étude des transformations de pratique en exercice regroupé, la MSP apparaît comme un instrument efficace d'une « rénovation » des soins de premier recours : elle est ce qui permet de faire « bouger les lignes » et ceci, nous semble-t-il, pour plusieurs raisons.

En premier lieu, le pari des MSP permet de laisser les professionnels innover localement et s'approprier, dans des limites définies, l'organisation de ces soins de premier recours. L'engagement demandé n'est pas nécessairement un gage de réussite mais évite au moins les oppositions à des réformes ressenties comme subies. La rénovation est aussi facilitée par l'attribution de financements spécifiques, dédiés aux activités pluriprofessionnelles. Ces financements constituent une reconnaissance au moins symbolique du temps consacré à l'organisation et à la mise en œuvre des activités pluriprofessionnelles ; de façon très pragmatique, ils facilitent les temps de dialogue et le confort de travail nécessaires à des collaborations.

Par ailleurs, le principe des MSP semble offrir une solution de compromis sur un terrain pourtant délicat : en respectant la liberté d'agir et d'entreprendre et en maintenant le financement à l'acte des professionnels (auxquels s'ajoutent les financements dédiés), les MSP rendent acceptable une régulation croissante (et une contractualisation progressive) de leurs activités, qui constitue pourtant un « choc culturel » pour des activités « libérales ».

Néanmoins, il faut souligner la fragilité des pratiques et des transformations induites, qui reposent sur des convictions, sur des instruments à financer, et sur des compétences supplémentaires à acquérir à ou solliciter auprès d'autres acteurs ou de coordinateurs.

En supplément des effets positifs de l'« instrument MSP », on peut se demander si les modalités de transformation qui le caractérisent sont également favorables au développement de la prévention (sous la forme d'activités nouvelles ou intégrées aux soins). La réponse est malaisée car l'effet paraît ambigu. L'exemple de la MSP B mérite réflexion notamment, puisque ce regroupement qui s'était formé autour d'un projet de prévention a dû réduire son activité dans ce domaine faute de soutien et de financement adapté, et au final changer de projet. Par ailleurs, la configuration des MSP,

favorable à des choix de projets issus des acteurs (dans le respect d'une logique professionnelle et d'une liberté d'entreprendre), fait dépendre le développement de projets de prévention des convictions des professionnels, dont on a vu qu'ils n'étaient pas tous désireux de s'y consacrer. Enfin, on peut regretter que la mise en œuvre d'activités de prévention dans les projets de MSP dépende peu des souhaits des patients puisque ceux-ci ne sont généralement pas associés à l'élaboration de ces projets. Une étude récente dans une MSP a néanmoins montré que le fait d'associer les patients au choix des activités à y développer faisait émerger des attentes spécifiques en matière de prévention (Buffet et al. 2014)⁵⁵¹.

Un autre résultat mérite d'être mentionné concernant des collaborations ou des partages d'activités entre professionnels : notre travail montre que la prévention est souvent portée par les paramédicaux, ou leur est souvent déléguée. Cause ou conséquence ? Les médecins ont du mal à se l'approprier. L'éducation thérapeutique du patient, qui peut entrer dans les projets de MSP et à laquelle est dédiée un forfait dans les ENMR, apparaît cependant comme un instrument d'évolution intéressant à ce sujet, situé entre préventif et curatif, car il réunit les professionnels autour d'une approche nouvelle, et peut permettre de les former ensemble, sur un pied d'égalité, à une pratique dans laquelle ils n'ont pas plus de compétences les uns que les autres. Si l'ETP permet aux paramédicaux de s'emparer d'un rôle (comme le dit la diététicienne de la MSP A), elle peut aussi contribuer à des changements des pratiques individuelles de certains médecins (ce dont témoignent dans la MSP A les médecins 3 et 5, mais pas le médecin 4).

Nos travaux permettent de mieux comprendre la contribution de la prévention aux transformations de l'exercice, à travers plusieurs constats.

Pour ce qui est de l'ETP, nous avons observé, grâce aux traductions que nécessite sa mise en œuvre, des effets transformateurs des pratiques collectives et individuelles, attestés par les médecins impliqués dans d'autres expériences (Lamour & Michenaud 2014). Les promoteurs de plusieurs MSP ont d'ailleurs explicitement choisi de s'investir collectivement dans le développement de l'ETP afin de souder l'équipe et de développer la pluriprofessionnalité. C'est le cas de la MSP A dont cela a été le premier projet. C'est également le cas des MSP B et C qui y ont été incitées par leur URPS dans le cadre d'une politique régionale de développement des compétences éducatives dans les lieux d'exercice regroupés. Enfin, la MSP D est en cours de formation à l'ETP et en attend également un enrichissement de l'exercice collectif.

Chez les professionnels de plusieurs autres MSP interrogés par l'APMSL, l'idée partagée est que l'engagement dans des activités de prévention, qui repose sur une approche nouvelle où la médecine est « proactive », est intéressante mais particulièrement difficile car elle se heurte à l'absence de demande et aux résistances des patients. C'est pourquoi, selon eux, elle incite au travail à plusieurs : les professionnels éprouvent le besoin d'échanger pour conforter leur action, et d'élaborer un discours commun qui aura plus de poids vis-à-vis des patients. La construction puis la pratique de la prévention, permettent de penser et d'élaborer un objet commun et participent, de ce fait, à

⁵⁵¹ Buffet, S. et al., 2014. Mise en place d'un comité de représentants des usagers dans une maison de santé pluridisciplinaire. Constats, limites et perspectives. *Santé publique*, 26(4), pp.433–441.

construire la pluriprofessionnalité car elles créent les conditions de multiples occasions de rencontre entre professionnels. Elle génère également le besoin de développer de nouvelles compétences (par des formations souvent pluriprofessionnelles) et de solliciter l'expertise ou la collaboration de nouveaux acteurs. Elle nécessite notamment une aide logistique, administrative, pour la coordination, pour la communication interne et externe rendue nécessaire par son caractère proactif (qui impose d'aller « chercher » le public). Elle nécessite que les professionnels de ces MSP acquièrent une « *expertise du territoire* », qu'ils comprennent les enjeux des différentes institutions... notamment les « *arcanes du fonctionnement de l'ARS* » (APMSL 2013 : 66), car il est nécessaire pour que les projets soient financés de « *traduire les documents en ARS* » (Op. cit. : 69). Le financement ENMR est reconnu comme un déclencheur, qui accroît ou génère la motivation des professionnels à développer des pratiques préventives, ainsi que le rapporte cette diététicienne : « *La prévention, vous en faisiez avant. Mais tout ça est né et a pris de l'ampleur depuis finalement qu'on fait de l'éducation thérapeutique, qu'on a les nouveaux modes de rémunération, qu'on voit que... voilà, tout peut se mettre en place. Je pense que c'est vraiment le déclencheur et qui a aussi donné envie à d'autres, d'autres professionnels que eux qui étaient là au départ, de s'investir dans ce genre chose [...] comme le mélanome* » (Op. cit. : 90)

Cette étude conforte ainsi nos propres observations mettant en évidence une double rhétorique chez les professionnels rencontrés, selon laquelle la prévention favoriserait la pluriprofessionnalité et inversement.

APPORTS ET PERSPECTIVES

La situation actuelle de la France place le pays face à des choix de société. Quelle santé voulons-nous ? Quelle médecine voulons-nous ? Et « lorsqu'on se demande « quelle médecine voulons-nous ? », et « quel mandat voulons-nous lui accorder ? », [...] c'est en fait au même moment « quelle société voulons-nous ? » et « qui doit en décider ? » que l'on ouvre comme interrogations » (Baszanger et al. 2002: 16). Certaines de ces interrogations se posent « en termes d'arbitrage entre laisser faire une logique de marché, ou encourager l'intervention de l'Etat et une série de contrôle institutionnels » (Baszanger et al. 2002a : 238). Ce questionnement touche à la question des formes de solidarité sociale souhaitées dans une société, puisqu'il met notamment en cause la manière de traiter les inégalités sociales. Or la sur-spécialisation des connaissances, des pratiques, des approches et la politisation des débats empêchent un débat collectif et masquent les enjeux transversaux... laissant la place à une approche morcelée et de plus en plus individualisée de la santé.

L'étude du système de soins de premier recours, qui porte dans sa définition un objectif collectif de justice sociale, est ici posée comme une approche nécessaire pour comprendre dans quelle mesure et de quelle manière une refondation du système de santé français est souhaitable et possible. Nous analysons en quoi les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), nouvelle forme organisationnelle en soins primaires aujourd'hui au centre de toutes les attentions, peuvent contribuer à répondre aux problèmes qu'affronte le système de santé en matière d'accès aux soins, de coordination entre professionnels et secteurs, d'adaptation des réponses apportées aux besoins de la population, d'efficacité des prises en charge et de réduction des inégalités sociales de santé. Et le défi est immense !

Contrairement aux réseaux de santé qui se sont développés à partir des années 1990, les MSP ne viennent pas seulement s'intercaler entre les deux univers cloisonnés de la ville et de l'hôpital, mais ont l'ambition de créer un lien opérationnel entre les univers du sanitaire et de la société. C'est pourquoi nous avons considéré dans ce travail le déploiement des pratiques de prévention et d'éducation dans les MSP comme un analyseur privilégié des transformations des soins primaires, et un catalyseur potentiel de ces transformations. Cette approche permet premièrement d'éclairer ce que sont les soins primaires aujourd'hui, les acteurs mobilisés, leurs interactions et le type de pratiques déployées ; et deuxièmement d'examiner à quoi répondent ces nouvelles formes organisationnelles, comment elles se construisent et ce qu'elles transforment.

Pour cela, nous avons mobilisé des approches à la fois médicale, de santé publique, et sociologiques. Les deux premières permettent de prendre la mesure dans ce processus du rôle essentiel du contexte et des transformations d'une organisation pensée il y a plus de quarante ans dans un environnement qui s'est modifié, aux plans à la fois médical, technique, cognitif et socio-économique (ou financier), voire politique à travers l'évolution des instruments de gouvernance et de régulation. Les deux approches sociologiques retenues nous ont permis de façon complémentaire de regarder les pratiques de terrain, en opérant un déplacement important par rapport aux travaux existants sur la médecine générale, en cherchant à privilégier non pas tant les transformations qui la traversent, aujourd'hui bien documentées, mais en cherchant plus précisément à saisir de manière dynamique et « en direct » ce qui est train de se transformer et surtout comment cela se passe sur le plan concret, quels sont les arguments, les modalités et les façons de faire employées. C'est bien le changement en train de se produire, dans ses formes d'engagement, ses attentes, ses espoirs comme

ses difficultés ou désillusions qui nous intéressent le plus. C'est pourquoi la sociologie de l'innovation et des instruments d'action publique apparaissait la plus pertinente et a été mobilisée pour suivre le changement là où les pratiques sont « en création » ou « en développement », tandis que la sociologie interactionniste, à partir d'observations et de récits de pratiques, saisit l'organisation du travail et les pratiques constituées depuis peu.

Par cette approche multiple et croisée, nous déplaçons le regard et l'attention, en nous attachant à saisir non seulement ce qui est ou advient, mais aussi comment s'effectue le changement au jour le jour, en pistant une mise en mouvement, une dynamique individuelle et surtout collective avec ses avancées et ses reculs, ses traductions, ses incompréhensions, ses outils et ses opportunités politiques. Il apparaît ainsi, et cette constatation est plutôt inédite pour cette profession (Herzlich et al. 1993), que cette mise en mouvement est fondamentalement opportuniste et « se sert » de tout ce qui se passe (ouverture politique, fonds de soutien, directives internationales, démocratie locale, ...), « raclant » comme un chalut toutes les opportunités qui se présentent à sa portée, se mettant à l'écoute de tous ceux qui veulent participer, se donnant les moyens de convaincre les réticents ou de les mettre à distance pour qu'ils ne nuisent pas. La mise en parallèle d'un projet et de plusieurs MSP à différents moments de leur développement permet en outre de potentialiser l'étude des dynamiques recherchées et d'apprécier certains résultats de leurs déploiements.

Ce déplacement d'attention, ce regard privilégié sur les façons de faire apportent des réponses aux deux questions principales qui sous-tendent cette thèse :

1) Les maisons de santé pluriprofessionnelles sont-elles une opportunité pour réorganiser les soins primaires ?

2) Quelle place et quel rôle jouent les pratiques préventives et éducatives dans la dynamique observée ?

I. Les MSP constituent une opportunité pour réorganiser les soins primaires

Cette recherche apporte un éclairage, dans le contexte particulier des MSP, sur les transformations amorcées pour élaborer un nouveau paradigme de la santé et du soin, contribuant ainsi à un niveau plus large aux évolutions possibles de la « santé publique ». Ces transformations potentielles sont particulièrement évoquées et donc visibles dans le projet de X et dans les MSP installées en milieu défavorisé.

Les MSP sont portées par des médecins généralistes dont les profils apparaissent particuliers et qui, pragmatiques, ne craignent pas d'affronter directement le paradoxe d'une tentative de construction d'une médecine « sociale », contre laquelle la médecine libérale s'est historiquement construite. La MSP apparaît de ce fait comme un instrument politique de « mise en mouvement » autour d'objectifs à co-construire, qui s'appuie sur plusieurs directions de travail simultanées pour les professionnels (notamment celles de la « coordination », très ouverte, et celle de l'ETP, cadrée par une demande d'autorisation conforme à un cahier des charges détaillé). Dans la dynamique de construction d'une MSP, des traductions sont nécessaires entre des secteurs qui communiquent peu

et des acteurs cloisonnés. Cette dynamique engendre des tensions et difficultés, amenant à interroger son caractère utopique et sa fragilité. Dans ces conditions, l'ampleur des transformations nécessaires engendre un doute sur la possibilité réelle de généralisation large d'une telle organisation.

1.1. Affronter le paradoxe d'une médecine libérale sociale

L'analyse des enjeux et du processus de restructuration des soins primaires en cours repose sur un paradoxe ou un retournement idéologique : les médecins généralistes engagés dans les MSP tentent de construire une médecine « sociale », au service de l'action publique, contre laquelle la médecine libérale s'était initialement construite. Or la référence constante au statut libéral de la médecine paralyse encore aujourd'hui toute réforme du système de santé. La mise en mouvement possible au sein des MSP des médecins généralistes tient à plusieurs éléments entremêlés. Premièrement, elle se fait en réaction à une insatisfaction vécue dans la pratique médicale, ce qui se traduit pas un développement de MSP plus fréquent dans les zones rurales frappées par la désertification médicale ou dans les quartiers défavorisés. Deuxièmement, elle est possible à condition que les médecins soient les moteurs du changement, ce que le sénateur Juilhard laissait entendre en affirmant que le développement des MSP nécessitait le « respect d'une logique professionnelle à tout prix ». Troisièmement, il y a toujours eu parmi les médecins généralistes une minorité multi-engagée, à la volonté réformatrice (Baszanger & Bungener 2002). Leaders d'opinion souvent membres de syndicats de médecine générale, on ne les retrouve pas à leur direction ou cantonnés à une fonction discursive, mais plutôt engagés dans l'action et ici porteurs de projets, éventuellement formateurs et parfois chercheurs. Ces médecins généralistes « entrepreneurs innovateurs », aux parcours professionnels et personnels singuliers, ont ainsi incorporé au fil de leur expérience une forme d'activisme, proche de celui des médecins « réformateurs » décrits dans d'autres disciplines (Marks 2000)⁵⁵². Tentant d'ajuster leurs pratiques aux évolutions qui ont peu à peu transformé leur environnement social et professionnel, ainsi qu'aux impératifs techniques, territoriaux ou démocratiques survenus au cours des années, les médecins initiateurs des MSP peuvent également être assimilés aux « médecins promoteurs » rencontrés par Lise Monneraud dans divers contextes d'exercice et engagés dans un « nouveau sacerdoce » pour soutenir de nouvelles dynamiques d'organisation du travail et une redéfinition du métier (Monneraud 2011). Leur caractère plus pragmatique qu'idéologique, que la sociologie de l'innovation permet de saisir, explique que dans le débat sur « comment faire » et dans leur recherche des conditions favorables, ils soient prêts à changer leur conception du métier, à revenir sur la vision figée du libéralisme défendue par les syndicats et à contractualiser avec les ARS ou d'autres interlocuteurs.

Ainsi, les jeunes médecins généralistes des MSP sont désireux de « partager pour faire » car les prises en charge sont devenues trop lourdes et cet idéal de la décision partagée (ou du moins

⁵⁵² Marks, H., 2000. Confiance et méfiance dans le marché : les statistiques et la recherche clinique (1945-1960). *Sciences sociales et santé*, 18(4), pp.9-27.

discutée en équipe), appris et vécu lors de leur formation hospitalière, correspond à leur idée du métier. Cela les amène à redéfinir et à reconstruire des pratiques collaboratives autour de missions de service public. On perçoit chez certains l'identité conservée ou renaissante du « médecin de la cité » des années 1980 (Baszanger 1983), qu'il est pertinent d'évoquer ici du fait de l'âge d'une partie des porteurs de ce projet, mais qui s'exprime dans des configurations aujourd'hui complètement différentes.

Cependant, les médecins que nous avons rencontrés ne sont pas prêts à tout changer. On note d'abord que les MSP sont pensées avant tout comme étant au service d'un aspect sanitaire, et seulement pour quelques-unes de la dimension sociale, principalement là où les problèmes sociaux gênent la prise en charge médicale. Par ailleurs, deux seulement des médecins rencontrés dans les MSP ont spontanément évoqué le paiement à l'acte comme un frein. Pour autant, il ne faut pas mettre en opposition frontale les modèles de la MSP libérale et du centre de santé salarié : certaines expériences ont montré en effet qu'au-delà du blocage symbolique, les deux modèles pouvaient tout à fait se rejoindre, certaines MSP salariant aujourd'hui des professionnels tandis que certains centres de santé rémunèrent des libéraux à la vacation.

La question reste ouverte de savoir si la minorité active qui exerce en MSP sera en capacité de devenir une force de proposition suffisante pour mettre en mouvement le « peuple vague » des médecins généralistes, à l'identité incertaine, vers la définition d'une conception renouvelée du métier. La Fédération française des maisons et pôles de santé (FFMPS), très active, s'emploie à jouer ce rôle avec l'aide des fédérations régionales des maisons et pôles de santé, en contribuant à tous les travaux touchant à l'exercice regroupé, en diffusant des informations sur les pratiques et en outillant les professionnels pour construire des MSP.

1.2. La MSP, un instrument politique et médical de mise en mouvement adapté aux soins primaires

On observe simultanément une mise en mouvement vers une diversité de types d'activités et de modalités de travail, dont le choix est guidé par des logiques professionnelles et de santé publique

Les MSP étudiées offrent, au bout de quelques années de fonctionnement, un panel conséquent d'activités de soins primaires pluriprofessionnelles ou collaboratives, complémentaires à la prise en charge individuelle classique rémunérée à l'acte, en une configuration propre à chaque site. L'investissement des professionnels s'effectue à trois niveaux dans chaque site. A un niveau territorial, ils s'investissent dans la structuration des soins primaires aux côtés des acteurs régionaux et locaux (élu, ARS, URPS, hôpitaux, etc.), ils participent à des travaux méthodologiques et ils mènent des missions d'accompagnement de projets de regroupement sur le territoire. Au niveau de la MSP elle-même, ils assurent la gestion du fonctionnement de la structure, ils développent des activités de formation, de recherche et/ou d'évaluation, et coordonnent des projets nouveaux (par exemple l'élaboration d'un protocole de coopération). Enfin, au niveau des activités soignantes, ils développent, en plus de leur activité de soin individuelle, des activités coordonnées de prévention, de dépistage, d'éducation thérapeutique du patient (ETP), de suivi des maladies chroniques. L'activité d'accueil s'enrichit également dans certaines MSP d'un nouveau rôle pour les secrétaires en matière d'aide aux patients pour l'accès à leurs droits.

Selon les sites, la diversité des thèmes et pratiques développés varie de façon très importante, ainsi que le type d'acteurs engagés (dans la MSP et en dehors), les compétences mobilisées et le niveau de formalisation des pratiques coopératives, la formalisation étant souvent faible et reposant sur des « mindlines » plutôt que des guidelines, c'est-à-dire des accords oraux construits localement (Gabbay et Lemay 2004). Par ailleurs, si la part de ce travail pluriprofessionnel reste faible, tous les professionnels soulignent le fort investissement qu'il nécessite, alors qu'il est considéré comme un travail « supplémentaire ».

Cette mise en mouvement est facilitée par plusieurs éléments.

Dans toutes les MSP observées, la mise en mouvement des professionnels autour de projets collectifs nécessite du temps, à la fois pour se connaître et construire une relation de confiance, et pour développer chaque projet. La diminution de la concurrence (notamment médicale) facilite les échanges et le travail collaboratif. La proximité de travail, qui comme on l'a vu comporte plusieurs dimensions, (physique, cognitive et parfois organisationnelle), constitue un élément important de la dynamique dans les lieux d'exercice regroupé et participe au confort d'exercice. La mise en mouvement est aussi favorisée par la réflexion collective imposée par le recours à des instruments particuliers comme le projet de santé, un programme d'ETP, un protocole, une enveloppe financière dans le cadre des EMR. Elle est également induite par la possibilité de formation pluriprofessionnelle « en équipe », par un mode de management participatif et par une gouvernance collégiale.

La MSP est un instrument de négociation entre logiques professionnelles et de santé publique.

Le développement des MSP, dynamique initialement portée par les professionnels dans certains territoires déficitaires comme une forme économique de survie, rencontre aujourd'hui le soutien volontariste des pouvoirs publics en tant que forme de pratiques nouvelles, dont sont attendues plus de qualité et d'efficacité et une réponse aux inégalités d'accès. Le choix par les pouvoirs publics d'instruments peu directifs et de laisser les objectifs relativement ouverts, avant d'en évaluer les transformations et les effets, laisse la place pour que s'expriment aujourd'hui des logiques professionnelles pour orienter le développement du travail pluriprofessionnel avec de nouvelles modalités de rémunération : l'appui sur les compétences spécifiques des professionnels de la MSP pour faciliter leur engagement ; le choix d'actions permettant d'associer le plus grand nombre de professionnels de la MSP par souci de d'entretenir la dynamique collective ; le choix de thèmes populationnels qui correspondent à des logiques de santé publique autour des notions de « parcours patient » ou de « prévention des risques ; une extension des actions fondées sur les indicateurs liés aux Rémunérations sur Objectif de Santé Publique (ROSP) ; ou encore la décision de rémunérer des activités non couvertes aujourd'hui par la nomenclature des actes, avec l'idée de prouver leur utilité et d'obtenir à terme leur entrée dans cette nomenclature pour rendre visibles et valorisables des compétences métiers. Ces logiques « professionnelles » sont tempérées par la contractualisation avec l'ARS qui intervient dans le choix des actions développées à travers son exigence de disposer d'indicateurs pour pouvoir évaluer l'action. Mais il s'agit alors de définitions d'accords locaux et non nationaux, ressentis comme moins directifs et plus maîtrisables par les professionnels. De plus, si ce sont donc surtout les professionnels qui définissent le contenu des actions pluriprofessionnelles (principalement les médecins, avec les paramédicaux lorsque le management est participatif), les élus interviennent parfois, (comme dans la MSP D où trois communes conditionnent leur soutien financier au maintien d'une offre de soin dans chacune des communes), mais rarement les usagers, qui restent les grands absents de ce changement (nous ne l'avons pas vu dans notre échantillon, et la

tentative de la diététicienne de la MSP A de développer des ateliers éducatifs sur des thèmes demandés par les patients, comme la relaxation, n'a pas rencontré l'assentiment des médecins pour le moment). Par ailleurs, grâce aux financements « ciblés » comme celui de l'ETP, où l'inventivité des professionnels est moins sollicitée car il existe un cahier des charges relativement précis, l'ARS peut orienter davantage les actions des MSP.

Ces modalités de régulation de la médecine libérale ont déjà été expérimentées par certains professionnels de santé dans les réseaux de santé. De tels financements contribuent en effet à modifier la nature de l'engagement des professionnels, à redéfinir les normes professionnelles et de l'autonomie de l'action, introduisant une finalité hétéronome qui met en question l'autonomie de contrôle des professionnels (Schweyer 2010b). Elles s'ajoutent à d'autres instruments de régulation, comme ceux de l'assurance maladie qui peuvent soutenir ou au contraire mettre en tension les activités et les fonctions des professionnels de premier recours (Bouchayer 2011), ou encore comme ceux de la qualité des soins, qui « ouvrent une brèche dans le monopole détenu par la profession médicale sur les fonctions de définition, d'évaluation et de mesure de la qualité » (Setbon 2000)⁵⁵³. Mais, dans le cadre de MSP, ces injonctions retrouvent un caractère de proximité locale et perdent de leur aspect d'imposition administrative « d'en haut », que récusent toujours ces professionnels « libéraux ».

Cette mise en mouvement s'accompagne d'effets structurants sur l'équipe et sur les soins primaires, qui rendent plus acceptables les contraintes.

Le travail pluriprofessionnel génère ou amplifie un « choc culturel » entre une logique individuelle majoritaire et une logique collective émergente, qui nécessite une contractualisation avec l'Etat au niveau régional. Ce choc culturel est rendu acceptable par le maintien du paiement à l'acte et la latitude d'innovation relativement importante laissée aux acteurs.

Le travail d'élaboration collectif s'accompagne de relations renouvelées entre les membres de la MSP, plus proches de l'idéal de travail en équipe mis en avant par certains professionnels (Sarradon-Eck et al. 2008) et caractérisé par une moins grande hiérarchie, plus d'égalité dans les interactions et dans certaines rémunérations, toutes choses qui peuvent permettre une redéfinition des frontières professionnelles.

Ce travail favorise aussi la création de relations avec de nouveaux interlocuteurs, jusque là difficilement accessibles dans une pratique isolée (Bordiec 2013).

Il correspond à une institutionnalisation des soins primaires, suivant une logique territoriale, associée à une redéfinition du contenu et de l'étendue des soins primaires. Devenue « visible » en tant que représentante des « soins primaires », la MSP peut tisser des liens avec les acteurs sanitaires et sociaux du territoire. Elle peut aussi entrer en concurrence, par ses activités, avec celles développées par d'autres prestataires, comme l'hôpital et souvent des réseaux spécialisés.

Par ailleurs, les MSP contribuent, en attirant l'élite des jeunes médecins généralistes dont certains universitaires, à revaloriser et accroître la légitimité de la nouvelle spécialité de « médecine générale ».

⁵⁵³ Setbon, M., 2000. La qualité des soins, nouveau paradigme de l'action collective ? *Sociologie du travail*, 42(1), pp.51-68.

Cependant de nombreux éléments freinent l'engagement dans des pratiques pluriprofessionnelles collaboratives.

Parmi eux figurent la prégnance des logiques professionnelles (principalement médicales), les négociations délicates des partages d'activité, les inégalités (entre médecins et paramédicaux) de ressources, de liberté et d'autonomie pour l'innovation, la faible préparation au travail pluriprofessionnel, les déficits des logiciels pluriprofessionnels et l'absence des usagers. Des traductions s'avèrent nécessaires.

I.3. De l'importance du travail de traduction

Les médecins désireux de modifier leur pratique sont prêts à s'investir, comme d'autres trente ans auparavant, dans des projets intégrant une dimension de santé publique, qui nécessitent des engagements multiples et la capacité de construire des alliances professionnelles, politiques, syndicales et universitaires. Déjà riches de positions et de dispositions complémentaires, ces médecins-innovateurs doivent acquérir de nouvelles compétences, par exemple dans la gestion d'une association Loi 1901 qui sollicite des financements publics et rémunère des prestations de travail pluri-professionnel, d'ETP, de conseil, d'évaluation et de recherche, mais aussi dans la gestion de projet et l'animation d'acteurs pour « mettre en forme » l'innovation. Ces médecins doivent aussi rallier au projet les compétences d'autres acteurs, parmi lesquelles des compétences financières, immobilières et politiques détenues par l'ARS, par la mairie et par des consultants en santé publique pour traduire le projet sous une forme acceptable par les autorités. Le vocabulaire mobilisé par les acteurs reflète leurs tentatives de traduction entre plusieurs domaines de pratiques, ceux de la clinique, de la santé publique, des politiques, des managers, des financiers et même des sciences sociales. Ainsi, la terminologie managériale et gestionnaire est portée par les élus locaux, l'ARS et les consultants qui évoquent « montage financier », « business plan », « management », « diagnostic d'opportunité », ou encore « projet immobilier ». Le consultant en santé publique sollicité dans le cadre du projet de MSP X et certains médecins mobilisent des approches politiques particulières à travers des références à la « santé communautaire » et à l'« éducation pour la santé », finalement peu reprises dans le projet. Le vocabulaire de la santé publique manié par les médecins et par ce consultant (« parcours du patient », « approche par population ») vise prioritairement à prendre des distances avec le vocabulaire des spécialités médicales centrées sur une pathologie et à repositionner les soins primaires en utilisant des termes géographiques comme « territoire », ou « proximité ». Les médecins s'approprient certains termes issus des sciences sociales, comme celui de « distance sociale », et les reprennent dans la problématisation de leur projet.

Par ailleurs, les déplacements itératifs du projet nécessitent une capacité à la re-problématisation, dans un contexte en évolution. Premièrement, le problème démographique s'accroît. Deuxièmement, les dispositifs et les financements se transforment. « *Le contexte de politique de santé va évoluer sensiblement dans les trois ans sur le territoire avec une demande de mutualisation de l'offre. Cette reformulation politique peut entraîner la disparition de l'ASV. C'est dans ce contexte qu'il faut penser l'articulation du projet de soins libéral et de santé publique (mairie-hôpital)* » (comité

de pilotage avec la mairie de X, 2013). Troisièmement, comme dans les réseaux (Schweyer, 2010a), les modalités de financement, liées à une contractualisation et à des évaluations, contribuent à modeler le projet et ses représentations chez les différents acteurs, ainsi que leurs formes d'engagement : ici la plupart des médecins qui projetaient d'acheter leur local professionnel souhaitent maintenant en être locataires. Finalement, le retard et les difficultés sont considérés comme « *un mal pour un bien parce que ça nous fédère* » (médecin 3, 2013), le temps passé permettant d'intéresser davantage d'acteurs et de projeter une réorganisation plus ambitieuse. « On mesure toute la difficulté de l'innovation à ce qu'elle assemble au même lieu et dans la même combinaison une population de gens intéressés, dont une bonne moitié est prête à désertir tout à fait, et un dispositif de choses, dont la plupart sont prêtes à tomber en panne » (Latour 1992 : 56). C'est ce que vivent, nous l'avons constaté, les porteurs de ce projet, confrontés aux obstacles rencontrés dans leur objectif de « travailler ensemble » et de « modéliser de nouvelles pratiques ». L'engagement des « gens » (c'est-à-dire des professionnels intéressés) peut être fragilisé par les déplacements du projet, amenant au retrait de certains d'entre eux (devant s'installer, proches de leur retraite) ou encore, dans un autre cas, à l'arrêt de la collaboration avec l'infirmière et le CODES. Parmi les « choses », la complexité du projet immobilier ou même le vol d'un ordinateur contenant les données du projet ont été des freins menaçant ce projet dans son ensemble. La sociologie de la traduction met en relief l'articulation du récit du projet à la croisée entre ses approches professionnelle et institutionnelle de l'innovation, en situant les péripéties là où elles prennent place : entre réalités du terrain, politiques publiques, travail institutionnel, négociations municipales, tensions entre généralistes et spécialistes, entre médecins et paramédicaux, etc.

Ainsi, changer les pratiques de soins primaires impose d'opérer des traductions multiples entre des acteurs travaillant habituellement peu ensemble, mais portant aussi sur la modification des formes d'engagement particulières de chacun : si les médecins généralistes occupent aujourd'hui une place centrale, celle des paramédicaux est amenée à augmenter mais se trouve aujourd'hui freinée, ainsi que celle de coordinateurs qui devraient émerger (Mino & Robelet 2010). L'injonction à l'interdisciplinarité qui concerne de nombreux autres secteurs de la société peut alors trouver dans les MSP la capacité de s'exprimer grâce à une temporalité adaptée et à des conditions de proximité informelles.

1.4. Des tensions et concurrences exportées dans les MSP

Cette mise en mouvement autour de pratiques collectives s'accompagne de transformations qui dépassent les pratiques et touchent aux cultures professionnelles et aux frontières entre professions.

La contradiction fondamentale du système libéral français, fondé sur des principes de libre choix des professionnels et des patients alors qu'il s'agit d'assurer la couverture des besoins d'une population, engendre une divergence entre les attentes des professionnels et celles des pouvoirs publics, les premiers mettant en avant la qualité de la prise en charge, la nécessité de renforcer la continuité des soins et l'élargissement à des missions de santé publique, tandis que les seconds espèrent une amélioration de l'accès aux soins et du maillage territorial pour fluidifier les parcours de soins. Les pratiques des professionnels des MSP se trouvent ainsi tendues entre une logique dominante de soins pour une clientèle et de réponse à des demandes individuelles, et une logique nouvelle qui consiste à concevoir un projet de santé pour une population, avec une approche

proactive. Cette tension est proche de celle que connaissent les médecins entre une logique professionnelle médicale (fondée sur la relation clinique, l'expérience et l'individualisation des soins) et une logique populationnelle (fondée sur des données populationnelles et des guides de bonnes pratiques standardisés), qui permettent de répondre à des demandes différentes des patients comme (McDonald et al. 2013)⁵⁵⁴ l'ont montré au Royaume Uni. Dans les MSP visitées, restent particulièrement prégnantes des tensions entre des logiques professionnelles (garder le leadership pour les médecins) et une logique pluriprofessionnelle (partager le leadership pour permettre une implication des paramédicaux). Par ailleurs, s'y ajoutent pour les médecins une tension entre des objectifs de changement de pratique et de partage renégocié d'activité, et des objectifs de co-construire, de partager ou de distribuer, qui se heurtent aux juridictions professionnelles.

1.5. La réforme des soins primaires à travers les MSP : utopie folle ou nécessaire ?

Les citations qui émaillent ce rapport de thèse font de l'objectif d'une réforme des soins primaires dans une finalité de justice sociale une utopie récurrente. Cependant cette récurrence ne doit pas masquer les déplacements importants qui s'opèrent dans l'état de la démographie professionnelle, dans le niveau des dépenses de santé, et dans la vision nouvelle qu'ont les jeunes généralistes de leur métier. Aujourd'hui les médecins ne sont pas dupes de la demande que leur fait la société, spécialement dans les maisons et pôles de santé : « faire en sorte que les pauvres, tout en restant pauvres, soient aussi bien portants que les riches » (Riff 2013)⁵⁵⁵. S'ils veulent continuer à exercer dans des environnements difficiles, Magali Robelet montre que les médecins libéraux, ne pouvant agir sur les conditions socio-économiques des populations qu'ils soignent, n'ont pas vraiment d'autre choix que de s'engager dans des réformes organisationnelles ambitieuses. Mais ont-ils une chance de réussir là où les centres de santé salariés ont échoué (Coutant & Lacaze 1989; Steffen 1983) ?

Si les utopies peuvent être un moteur nécessaire aux professionnels pour continuer à exercer dans des conditions de travail dégradées (Sinding 2004)⁵⁵⁶, la coordinatrice de la MSP C constate qu'elles peuvent aussi conduire à une déception profonde lorsque les conditions ne sont pas réunies pour leur permettre d'atteindre leurs objectifs. Elle considère donc de son rôle d'accompagner ces derniers dans l'estimation des possibles afin qu'ils ne soient pas déçus et analyse ainsi les espoirs mis dans les NMR pour financer des « consultations infirmières » :

« Il faut distinguer ce qui est, entre guillemets, des échecs structurels, des choses qui sont un peu de l'ordre de l'utopie, qui ne seront pas tenables. Ça ne sert à rien de s'acharner et d'être déçu. Donc, vraiment repérer ce qui est de l'ordre d'un dysfonctionnement structurel et ce qui est de l'ordre d'un fonctionnement possible, qui peut s'inscrire dans la plus-value permise par

⁵⁵⁴ McDonald, R. et al., 2013. Competing and coexisting logics in the changing field of English general medical practice. *Social science & medicine* (1982), 93, pp.47–54.

⁵⁵⁵ Riff, B., 2013. Confrontation de classe, voire de Caste. *Pratiques*, (60), pp.42–43.

⁵⁵⁶ Sinding, C., 2004. Les utopies médicales. In D. Lecourt, ed. *Dictionnaire de la pensée médicale*. Paris: PUF, pp. 1180–1184.

les ENMR, qui permet une plus-value à l'organisation pluripro. Mais des choses tenables, raisonnables et fléchées dans le cadre de ces budgets. Sinon on va toujours le vivre de manière... On ne peut pas changer le système quelque part [...] L'ENMR ne doit pas servir à combler ces utopies mais à faire, dans un système existant, ce qu'il est possible de faire avec ces nouveaux modes de rémunération qui sont quand même un plus ». (coordinatrice, MSP C)

Certains promoteurs de structures de soins primaires, comme le Docteur Ménard en Seine Saint Denis, expliquent qu'ils parviennent, dans une position de grande fragilité depuis plus de vingt ans et au prix d'une énergie importante déployée pour trouver des financements et adapter leur fonctionnement à ces évolutions, à développer une médecine qui réponde à leur idéal (Ménard 2013)⁵⁵⁷. Une telle « héroïsation » dans l'action n'est pas le gage d'une possible généralisation ! Tous les généralistes n'ont pas vocation à être des « héros ordinaires » au quotidien même si cette représentation a pu prévaloir à une époque où les visites à domicile pouvaient encore en milieu rural s'effectuer à cheval et dont le souvenir, ou la mythologie, reste vivace chez beaucoup (Herzlich et al. 1993).

1.6. Questionner la généralisation possible, mesurer l'ampleur des transformations

Nos résultats témoignent à la fois de la force potentielle des reconfigurations qui accompagnent la création des MSP malgré des financements faibles et incertains, mais aussi de la fragilité de l'utopie qui la sous-tend. L'innovation est ici à la fois portée par des professionnels très engagés et soutenue par des expérimentateurs désireux de faire évoluer les politiques publiques et leurs modalités de déploiement et d'évaluation. Cela questionne la possibilité de passer effectivement de quelques expériences d'innovation, portées par des professionnels convaincus, à la diffusion étendue d'un nouveau modèle de soins primaires, intégrant les pratiques préventives et s'articulant avec des politiques de promotion de la santé renforcées, recommandées par la SFSP, pour permettre de répondre aux enjeux liés à l'extension des maladies chroniques et invalidantes...

Le travail de soutien à cette généralisation doit nécessairement se situer à au moins deux niveaux : « localement, une configuration d'acteurs toujours singulière doit parvenir à un accord sur des modalités de travail en commun et le négocier avec son environnement ; nationalement, il faut identifier les freins et les leviers (réglementaires, économiques, professionnels) qui rendent chaque aventure singulière possible et en facilitent la généralisation. » (Lombrail 2014a)

Les chances d'une réussite de la généralisation du modèle des MSP sont faibles, mais pas inexistantes si l'on tient compte premièrement que l'opposition rencontrée est significativement moins forte que celle qu'ont connue les centres de santé, et deuxièmement que l'attrait nouveau des jeunes médecins pour le salariat change la donne. Par ailleurs, si l'on considère avec François -Xavier Schweyer (2010) que les réseaux sont restés à un stade premier de réforme et n'ont pas permis de

⁵⁵⁷ Ménard, D., 2013. L'important, c'est le projet. *Pratiques, cahiers de la médecine utopique*, (60), p.63.

révolutionner la prise en charge parce qu'ils manquaient d'un « mythe fondateur » suffisamment rassembleur, on peut penser que le mythe des soins primaires peut y suppléer, même si comme on le redira plus bas, l'absence d'engagement de patients dans ce mouvement peut en limiter les possibilités d'extension.

II. Place et rôle des pratiques de prévention et d'éducation dans la dynamique de regroupement observée

Nous avons formulé l'hypothèse d'un développement et d'une meilleure intégration de la prévention dans l'exercice regroupé en soins primaires, et souhaitons questionner la contribution des spécificités des pratiques éducatives ou préventives aux transformations observées en soins primaires. A l'issue de ce travail, les approches préventives et éducatives représentent bien un promoteur de la démarche pluriprofessionnelle et un catalyseur de transformations dans la pratique collective qui peut retentir sur la pratique individuelle de chaque soignant. Mais si, à l'inverse, la pluriprofessionnalité facilite le développement de pratiques éducatives et mène à une définition extensive de la prévention, l'ampleur de l'offre proposée dans une MSP dépend essentiellement des ressources disponibles et des choix des professionnels. La prévention pluriprofessionnelle en MSP représente un modèle médical en concurrence avec d'autres. Enfin, la faible place des patients dans la gestion des MSP pose question au regard de l'objectif d'une réponse à leurs besoins dans une visée de justice sociale.

II.1. Les approches préventives et éducatives : un promoteur de la dynamique, un aboutissement possible en lien avec le soutien reçu

Les pratiques préventives et éducatives constituent l'un des « thèmes » mobilisables pour engager la dynamique de regroupement et de travail pluri-professionnel, un thème parmi d'autres que les porteurs de cette innovation peuvent choisir dans « *le grand coffre à jouets* » (médecin 1, MSP D) qui s'ouvre à eux avec l'entrée dans les ENMR, mais un thème qui est fortement accompagné de sens. De multiples thèmes et de multiples façons de s'emparer d'un thème de prévention sont possibles mais tous ne portent pas avec eux l'idée d'une transformation des pratiques et du système organisationnel. Quoi qu'il en soit, chaque projet s'inscrit dans une temporalité, et ne parviendra à un aboutissement que si les financements le permettent.

La prévention est « engageante » pour les professionnels car elle s'inscrit comme on l'a vu dans une double attente sur le contenu de leur métier et ses conditions d'exercice : celle, d'une part, de la prévention de la dégradation de l'état de santé de la population, reposant à la fois sur une mission populationnelle peu développée et sur la prévention des accidents et décompensations des malades chroniques, par une vigilance collective ; et celle, d'autre part, d'une participation à la lutte contre la dégradation des conditions de travail des professionnels de santé.

Elle est « engageante » car elle offre aux professionnels des « objets transitionnels » ou des terrains d'entente neutres ou externes comme l'ETP pour pouvoir répondre collectivement à des situations de rupture de prise en charge (Sandrin 2014)⁵⁵⁸. Le fait que les différents professionnels de santé y soient tous aussi novices et contraints à s'y former constitue un autre facteur positif d'engagement, à côté des disponibilités de financements existantes, en particulier les ENMR.

On remarque enfin que certains thèmes préventifs liés à la pluriprofessionnalité sont plus ou moins faciles à investir et plus ou moins mobilisateurs pour les différents professionnels. Ainsi la vaccination permet surtout une délégation médecin-infirmier, tandis que le dépistage engage généralement d'autres acteurs du territoire. L'ETP permet soit une délégation soit une implication de tous les professionnels.

Nos données montrent par ailleurs que, dans le développement de la prévention, beaucoup d'interventions reposent sur les paramédicaux (notamment les diététiciennes et les orthophonistes, certains infirmiers selon les MSP), mais aussi qu'il existe des freins professionnels (difficiles à modifier) et des freins structurels (organisation, nomenclature, domicile).

Aujourd'hui, cependant, dans le mouvement de regroupement et de développement d'un travail pluridisciplinaire en soins primaires effectué autour de certaines attentes et contre certaines contraintes des professionnels de premier recours, la place de la prévention reste faible. Elle est mobilisée par ces professionnels dans une rhétorique mise au service de plusieurs dynamiques : une logique professionnelle partagée par certains médecins et paramédicaux, en remarquant que ces derniers visent à s'autonomiser des médecins, tandis que certains médecins cherchent à s'autonomiser d'autres acteurs, notamment hospitaliers. Elle est aussi mobilisée comme le cadre de structuration d'un « projet de santé », qui permet de s'accorder à des politiques, et de légitimer les actions développées vis-à-vis des concurrents potentiels. Elle est également mobilisée pour justifier des actions nouvelles, répondant à des enjeux médiatisés tels que les inégalités sociales de santé. Enfin, elle est mobilisée pour dépasser certaines tensions existant entre une nouvelle logique de territoire et de service public et la logique professionnelle. La prévention apparaît donc comme un objet de rassemblement et un moteur puissant pour développer le travail pluriprofessionnel, qui « ronronne » encore faiblement, ou reste encore peu mobilisé dans les MSP.

II.2. Les pratiques préventives et éducatives : des catalyseurs de transformation des soins primaires

Les activités médicales intégrant une dimension préventive ou éducative s'accompagnent d'un questionnement sur leur contenu et de transformations des approches des soins primaires, à condition qu'un dialogue approfondi puisse s'engager entre les acteurs concernés (professionnels de

⁵⁵⁸ Sandrin, B., 2014. Points de rupture dans le parcours de santé : les apports de l'éducation thérapeutique pour apprendre à travailler ensemble. *Santé éducation*, (2), pp.10–11.

soins primaires de différentes professions, élus, institutionnels, etc. ... hormis les patients) ... et que des traductions s'avèrent possibles.

Les pratiques de prévention sont amenées à se développer plus facilement dans les MSP, dans la mesure où elles nécessitent des approches pluriprofessionnelles, alors qu'en retour elles favorisent la pluriprofessionnalité.

L'ETP en particulier apparaît comme un objet transitionnel autour duquel peuvent se construire des accords locaux. Au fil des traductions qu'il engage, il prend la stature d'un objet signifiant bien que souvent mésestimé, voire non reconnu, entre le social et le sanitaire, et aussi entre le préventif et le curatif. Comme nos résultats le montrent, malgré leur souhait initial de promouvoir un nouveau modèle pluriprofessionnel coordonné permettant de développer la prévention pour réduire les ISS, les médecins innovateurs sont souvent contraints de commencer, à l'inverse, par développer l'ETP autour des maladies chroniques, en faisant l'hypothèse que les interactions nécessitées par ce projet leur permettront d'inventer ultérieurement de nouvelles pratiques. Grâce aux « traductions » engagées, le dispositif d'ETP est effectivement à l'origine de nouvelles pratiques de soin et de santé publique, ainsi que de nouvelles collaborations interprofessionnelles et interinstitutionnelles, inversant la dynamique préalablement envisagée. De nouvelles articulations se dessinent alors entre différents domaines de pratiques. Premièrement entre soin et prévention, le projet permet de développer des pratiques préventives et éducatives que les professionnels dispersés chacun dans leur cabinet - ou intervenant au domicile du patient - n'avaient pas la possibilité de mettre en place. Deuxièmement, entre médical et paramédical, les conceptions du soin et de la prévention liées aux positions professionnelles des différents acteurs (médecins, paramédicaux, professionnels du Codes, professionnels des espaces de quartier) se recomposent au fur et à mesure de la mise en œuvre et des adaptations du programme d'ETP. Troisièmement, entre sanitaire et social, l'implantation du programme d'ETP dans les espaces de quartier met en contact des professionnels qui ne se côtoyaient pas auparavant. Quatrièmement, entre colloque singulier et approche collective territoriale, certains médecins perçoivent une transformation de la relation avec leurs patients suite à leur investissement dans un programme d'ETP, et se mettent davantage à leur écoute.

II.3. Les apports à la prévention de la pluriprofessionnalité en soins primaires : vers une définition extensive de la prévention

La proximité physique, cognitive et organisationnelle des professionnels exerçant en MSP autorise et favorise le développement de pratiques coordonnées autour des patients dans une situation susceptible de se dégrader et sur laquelle les professionnels sont amenés à intervenir à plusieurs. En ce cas, les professionnels partagent une définition « extensive », « élargie » ou même « intégrative » de la prévention, comme prévention d'une aggravation, d'une rechute, d'une décompensation, d'un accident. Cette conception leur permet d'articuler étroitement leurs interventions auprès du patient, et éventuellement de se substituer l'un à l'autre pour alléger la charge de travail globale de tous ou de certains. Elle leur permet de développer à la fois des interventions situées dans une approche curative et dans une approche de care jusque là moins partagée.

Cette proximité est également associée à des relations nouvelles entre professionnels de la MSP et interlocuteurs extérieurs avec lesquels le statut de MSP facilite les échanges. Par comparaison aux médecins exerçant seuls ou simplement avec d'autres médecins, dont Marie Bordiec (2013) a étudié le positionnement par rapport aux divers acteurs de la prévention, les rapports avec les paramédicaux sont plus développés en contexte de MSP, les liens sont moins conflictuels entre les médecins généralistes et les organismes publics et le rôle du patient est plus souvent souligné comme acteur de sa propre prévention.

Enfin, plusieurs professionnels rencontrés dans les différentes MSP disent que l'investissement collectif dans des activités de prévention a eu des effets sur leurs pratiques individuelles.

II.4. Les dispositifs de prévention et d'ETP pluriprofessionnels en MSP : des modèles et parfois des programmes en concurrence

Les pratiques de prévention et d'éducation portées par les MSP s'inscrivent dans une multiplicité de modèles et peuvent impliquer des professionnels variés en nombre et en profession.

Deux modèles principaux s'opposent schématiquement : celui de l'ETP repose sur un programme répondant à un cahier des charges précis, réunissant le plus souvent des patients en groupe animé par plusieurs professionnels différents ; et celui du dispositif Asalée (Daniellou & Petit 2007), qui prévoit les interventions coordonnées d'un médecin et d'une infirmière, dans un accompagnement individuel, et qui se nourrit donc essentiellement d'une bi-professionnalité. Ce dernier modèle a été introduit en 2014 dans les ENMR à travers l'intégration du protocole Asalée.

Un problème de concurrence est visible au sein des MSP quand le choix des expérimentateurs est de ne financer qu'un seul des deux modules dans une même MSP : celle-ci se voit alors contrainte de choisir entre deux modèles très différents pour les patients et en tant que moteurs de la pluriprofessionnalité.

Une concurrence d'un autre niveau suit le développement de la prévention et de l'ETP dans les MSP. Elle se manifeste par un déplacement de la concurrence entre professionnels de santé vis-à-vis de la clientèle au profit d'une concurrence entre promoteurs de programmes d'ETP (hospitaliers, en MSP, dans des réseaux...) pour obtenir des budgets permettant de maintenir l'offre pour les patients et donc d'exister dans cette activité. Cette concurrence se double plus classiquement d'une concurrence entre médecins et paramédicaux pour la réalisation de certains actes ou activités de prévention, comme par exemple le conseil diététique entre médecins et diététicienne, l'aide à l'arrêt du tabac entre médecins généralistes et tabacologues, la gestion des anticoagulants entre médecins, infirmières et secrétaires, et dans la coordination entre médecins, paramédicaux et coordinateurs dédiés. La tension est cependant limitée pour les médecins du fait de l'accroissement de la charge de travail en résultant, qui les oblige à déléguer au moins en partie leurs activités.

Par ailleurs le développement de la prévention en soins primaires et l'attention portée aux déterminants socio-économiques et culturels des comportements de santé amènent les MSP à faire l'apprentissage de la complexité. L'infrastructure qui se met alors en place est intéressante car elle

peut être un point d’ancrage pour articuler le sanitaire et social. L’ouverture de cette possibilité demande aux MSP observées de tisser progressivement des liens avec les différentes institutions locales et régionales (ARS, fédération régionale des maisons de santé, IREPS, URPS, associations, élus locaux), agissant simultanément dans les mondes sanitaire, social et éducatif, afin de s’associer à des travaux communs, à des formations, à des actions en synergie, et afin de favoriser le développement d’une offre harmonieusement répartie sur le territoire.

II.5. L’absence des patients et des usagers : une place à penser dans un objectif d’extension

L’absence des patients est ici un constat récurrent dans les MSP étudiées : leur présence ne fait pas partie des opportunités à saisir pour les professionnels.

L’époque est en cela bien différente de celle qui a vu la création des centres de santé mutualistes. Il a été montré récemment que les patients ne portaient pas d’attention particulière à l’organisation du travail de leur médecin généraliste, le plus important pour eux étant la dimension relationnelle, l’information donnée par le médecin, la clarté de ses explications et son écoute, ainsi que son rôle de coordination (Krucien et al. 2011)⁵⁵⁹. Cependant l’expérience d’une MSP en France qui s’est dotée d’un comité de représentants des usagers, « pour faire vivre la démocratie sanitaire au niveau des soins de premier recours » (Buffet et al. 2014), montre le souhait de certains usagers de s’impliquer dans le fonctionnement de la structure, et de débattre sur des thèmes tels que le maintien à domicile des personnes âgées, la gestion des consultations non programmées, la prévention ou encore l’information.

On peut se demander si le modèle des coopératives (très développé au Canada) ou d’autres formes de communautarisme qui émergent aujourd’hui en France dans différents secteurs ne serait pas un modèle à envisager pour soutenir le développement d’un exercice regroupé qui penserait d’emblée une place pour les usagers.

La réflexion sur la gouvernance du système de santé et sur la manière d’y associer des représentants de la société civile est aujourd’hui une préoccupation centrale pour renforcer les droits individuels et collectifs des usagers, qui interroge l’évolution du mouvement des MSP. Comme l’affirme Anne-Marie Ducroux, citée par Claire Compagnon dans son rapport « Pour l’an II de la démocratie sanitaire », l’innovation essentielle de ces prochaines années viendra « des nouveaux processus inventés pour réunir et entendre la société, pour solliciter l’observation, l’intelligence et l’expérience issue du réel même des acteurs, pour concevoir autrement les politiques adéquates du futur... celles qui détermineront si nous échouons ou réussirons ensemble. Bref [l’innovation] viendra d’une nouvelle gouvernance » (Compagnon 2014: 13).

⁵⁵⁹ Krucien, N., Vaillant, M. Le & Pelletier-fleury, N., 2011. Les transformations de l’offre de soins correspondent-elles aux préoccupations des usagers de médecine générale ? *Questions d’économie de la santé*, (163), pp.1–6.

Conclusion : Quelles perspectives pour la réinvention d'une médecine collective ?

Les banlieues et les villes ouvrières ont vu au cours du siècle se succéder différentes tentatives de création de centres de médecine sociale, mutualiste, collective, à partir d'alliances variées entre syndicats professionnels, médecins, collectivités locales... Les cinq MSP visitées s'inscrivent dans cette histoire et apportent des éléments inédits pour comprendre comment se réinvente aujourd'hui une médecine collective et sociale, entre récurrences et innovations dans les expériences de coopération professionnelle.

Parmi les récurrences, se trouve la référence à la démocratie médicale, qui, dans ces projets, se traduit par la participation d'acteurs nouveaux et rencontre des soutiens administratifs ou politiques dans des configurations variées (l'ARS, la préfecture, la municipalité, l'hôpital...). Il s'agit également de développer une fonction sociale pour la médecine. Cependant, hier comme aujourd'hui, les projets restent très médicaux, ciblés sur l'accès aux soins et peu à la santé. L'absence des patients témoigne qu'on reste loin de ce que pourrait être la démocratie sanitaire.

Parmi les différences d'aujourd'hui, on trouve également des questions organisationnelles et de mutualisation. Contrairement aux anciens centres de santé qui pouvaient s'appuyer sur un collectif administratif et professionnel ou interprofessionnel doté de l'ensemble des moyens nécessaires — notamment financiers, gestionnaires, matériels, et immobiliers —, mais aussi sur la place centrale donnée aux usagers et parfois à la municipalité dans la gestion des centres de santé mutualistes ou municipaux de l'après-guerre (Calisti & Rey 1977), les médecins innovateurs libéraux d'aujourd'hui sont dans une position plus difficile pour créer *ex nihilo* un nouveau lieu d'exercice pluriprofessionnel. Prendre en charge, par exemple, les locaux ou répondre aux normes de la sécurité implique aujourd'hui à la fois l'auto-organisation des professionnels libéraux mais aussi la mise en place de collectifs plus larges pour assurer les différentes missions associées, c'est-à-dire incorporant la municipalité, certaines branches de l'État et les autres institutions sanitaires et sociales, y compris l'hôpital. Or, on a vu que la municipalité n'est pas toujours motrice dans les MSP étudiées et que les patients sont peu mobilisés.

Coutant et Lacaze voyaient-ils juste en intitulant « Hier, une médecine pour demain », en 1989, leur livre sur l'expérience avortée de centre de santé intégré de Saint-Nazaire ? Alors que la généralisation des centres de santé s'est heurtée à de nombreux freins en dépit des solutions qu'elle apportait à la crise de la médecine générale (Steffen 1983), le demain évoqué en 1989, est-il advenu ? Est-ce aujourd'hui au sein des MSP ?

Au terme de ce travail, trois questions demeurent dans une perspective critique.

Premièrement, la rupture de pratiques dans les MSP, désirée par ses promoteurs, ne serait-elle pas surinvestie par rapport au changement de modèle médical en cause ?

Ce modèle collectif et pluridisciplinaire change le contexte quotidien et la charge mentale de l'isolement et de la responsabilité, mais en définitive, il modifie assez peu les tâches du soin quotidien, notamment du fait de la complexité de l'article 51 qui régit les protocoles de coordination et de transfert de tâche. On a vu dans la MSP C la difficulté qu'avaient les infirmiers à créer une

consultation infirmière, pensée dans le but de décharger les médecins d'un certain nombre de tâches. Si le modèle médical change peu, c'est aussi que la problématisation des soins primaires ne prend pas résolument en compte les déterminants majeurs des inégalités sociales de santé qui échappent aux professionnels de soins primaires ... à moins que la visibilité de la structure MSP ne lui permette de tisser progressivement des liens avec les autres acteurs du territoire amenés à intervenir sur ces déterminants, que ceux-ci ne se mettent à solliciter les professionnels de la MSP, et que ces derniers n'endossent un rôle de plaidoyer...

Deuxièmement, la liberté médicale d'entreprendre reste sous forte contrainte, en tous cas dans le cadre des ENMR qui pourraient se voir généralisés sans grande transformation. Ce dispositif conduit à promouvoir une forme de MSP « plutôt uniforme » même si de nombreuses configurations sont envisageables. Cela explique sans doute la rareté de développement de formes alternatives d'exercice regroupé dont les représentants des médecins libéraux se font les porteurs en soutenant des formes plus souples mais qui ont encore peu de chance d'être financées. Ainsi les modèles de MSP existantes ne se déclinent pas encore selon, pour reprendre une formule des économistes des organisations, une large gamme de variétés, susceptible de s'ajuster à des contextes locaux différenciés, et on n'observe pas plus le recours à des formes telles que celle de coopérative qui pourrait être appropriée à la pluridisciplinarité.

Cette liberté d'entreprendre est aussi contrainte par la vulnérabilité financière de ce modèle de regroupement-fonctionnement MSP, et sa position partiellement sous contrôle des pouvoirs publics, comme en atteste la multitude d'évaluations qui accompagnent leur déploiement (cf. le projet de la MSP X) et qui conduisent progressivement à une forme de standardisation des activités, permettant d'obtenir puis de justifier des financements obtenus dont les appels d'offre sont contraignants. Ce modèle est à ce jour (janvier 2015) dans une situation de très grande fragilité, le financement expérimental étant aujourd'hui provisoirement prolongé jusqu'à un règlement arbitral à la Cnamts attendu pour février 2015.

La MSP reste également un modèle sous contrôle professionnel, du fait du travail de la FFMPs avec les institutions régulatrices et par l'effet implicite d'entraînement des confrères qui, pour entreprendre et avancer, s'inspirent les uns des autres, copient et recopient ce qui leur semble marcher, ce qui contribue à réduire et "limiter" la créativité et l'inventivité locale. Cela produit un « effet de mode » (similaire à celui des réseaux en leur temps) et induit une forme de standardisation professionnelle autour de la transmission d'un modèle similaire.

Troisièmement, le changement d'épistémologie sanitaire envisagé apparaît aussi réduit car l'activité reste en majorité très médicalement centrée. Le modèle conceptuel de prévention ou d'ETP est juste esquissé tandis que le modèle curatif résiste, teinté de santé « utopiste ». Cette constatation converge avec le constat que les MSP se diffusent essentiellement en zone socialement vulnérable, là où l'exercice est plus difficile, et non dans les grandes villes où cet exercice demeure plus confortable. Cela suggère que l'émergence des MSP répond davantage à un problème d'exercice que de santé, soit à une question plus sociologique et organisationnelle que fondamentalement médicale, la première contribuant à faire exister la seconde, qui lui reste subordonnée.

Une voie pour faire évoluer ces trois dimensions de « contraintes » pourrait venir de la construction plus solide d'un ancrage territorial, associant tous les acteurs du territoire, y compris les représentants des usagers et partant des besoins, plutôt que des pratiques, pour construire collectivement une approche réellement nouvelle et adaptée au contexte.

Le temps est-il venu pour que les soins primaires intègrent ou s'ancrent dans une approche de santé publique ? Idéal non atteint au Québec (D'Amour et al. 1999), la collaboration pluriprofessionnelle est-elle possible aujourd'hui dans le contexte français ? Ne demeure-t-elle pas plutôt un travail de Sisyphe, ou une utopie (Sinding 2004) nécessaire aux professionnels pour rester engagés dans des pratiques difficiles, notamment auprès de populations en situation de précarité ? Comme le constate l'un des initiateurs, envahi peut-être par une telle utopie ! : « *ce qui se profile en réalité, c'est une recomposition complète du territoire* ». Jusqu'où cette recomposition ira-t-elle ? Perpétuera-t-elle le défi d'une coopération effective et d'une nouvelle culture professionnelle ?

BIBLIOGRAPHIE

- Acker, D., 2007. *Rapport sur les centres de santé*, Paris : Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports.
- Acker, F., 2013. Infirmières : activités et territoires. *Pratiques*, (60), pp.40–41.
- Afrite, A. et al., 2011. *ETUDE EPIDAURE-CDS. Caractérisation de la population recourant aux centres de santé. une analyse basée sur les enquêtes Epidaure 2009 et ESPS 2008*, Paris : Irdes.
- Afrite, A. et al., 2013. L'impact du regroupement pluriprofessionnel sur l'offre de soins - Objectifs et méthode de l'évaluation des maisons, pôles et centres de santé dans le cadre de l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération. *Questions d'économie de la santé*, (189), pp.1–6.
- Afrite, A. & Mousquès, J., 2014. Les formes du regroupement pluriprofessionnel en soins de premiers recours Une typologie des maisons, pôles et centres de santé participant aux Expérimentations de nouveaux modes de rémunération (ENMR). *Questions d'économie de la santé*, (201), pp.1–8.
- Aïach, P., 2010. *Les inégalités sociales de santé*, Paris: Economica/anthropos.
- Aïach, P. & Fassin, D., 1994. *Les métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, Paris: Anthropos- economica.
- Aïach, P., Fassin, D. & Saliba, J., 1994. Introduction. In P. Aïach & D. Fassin, eds. *Les métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*. Paris: Anthropos- economica, pp. 1–7.
- Akrich, M., Callon, M. & Latour, B., 2006. *Sociologie de la traduction : textes fondateurs*, Paris: Presses de l'Ecole des Mines.
- Akrich, M., Méadel, C. & Rabeharisoa, V., 2009. *Se mobiliser pour la santé. Des associations de patients témoignent*, Paris: Presses de l'Ecole des Mines.
- Alam, T., Gurruchaga, M. & O'Miel, J., 2013. Science de la science de l'État : la perturbation du chercheur embarqué comme impensé épistémologique. *Sociétés contemporaines*, 3(87), pp.155–176.
- Anaes, INPES & AFSSAPS, 2004. *Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme Recommandations pour la pratique clinique*, Saint-Denis : HAS.
- Anger, E. & Gimbert, V., 2011. Quelles opportunités pour l'offre de soins de demain ? Les coopérations entre professionnels de santé. *La note d'analyse (Centre d'analyse stratégique)*, (254), pp.1–12.
- APMSL, 2013. *Mettre en oeuvre des actions de prévention en maisons de santé pluri-professionnelles : besoins, expériences modélisantes et perspectives*, Nantes : Association des pôles et maisons de santé libéraux des Pays de la Loire.
- Arliaud, M. & Robelet, M., 2000. Réformes du système de santé et devenir du « corps médical ». *Sociologie du Travail*, 42(1), pp.91–112.

- Arnold, C., 1981. The road ahead. *Preventive medicine*, 10(6), pp.736–740.
- Aronowitz, R. a, 2009. The converged experience of risk and disease. *The Milbank quarterly*, 87(2), pp.417–42.
- Ash, D. & Volpp, K.G., 2012. What business are we in? The emergence of health as the business of health care. *The New England journal of medicine*, 367(10), pp.888–889.
- Audric, S., 2004. L'exercice en groupe des médecins libéraux. *Etudes et résultats*, (314), pp.1–6.
- Aulagnier, M. et al., 2007. Pratiques des médecins généralistes en matière de prévention : les enseignements d'un panel de médecins généralistes en Provence-Alpes-Côte d'Azur. *Pratiques et organisation des soins*, 38(4), pp.259–268.
- Bachimont, J., Cogneau, J. & Letourmy, A., 2006. Pourquoi les médecins généralistes n'observent-ils pas les recommandations de bonnes pratiques cliniques ? L'exemple du diabète de type 2. *Sciences sociales et santé*, 24(2), p.75.
- Barbier, R., 1996. *La recherche action*, Paris: Economica.
- Barbot, J., 1999. L'engagement dans l'arène médiatique. Les associations de lutte contre le sida. *Réseaux*, 17(95), pp.155–198.
- Barbot, J., 2002. *Les malades en mouvement. La médecine et la science à l'épreuve du sida*, Paris: Balland.
- Barbot, J. & Fillion, E., 2006. La « médecine défensive » : critique d'un concept à succès. *Sciences sociales et santé*, 24(2), pp.5–33.
- Barrier, P., 2010. *La blessure et la force. La maladie et la relation de soin à l'épreuve de l'auto-normativité*, Paris: PUF.
- Basset, K. et al., 2013. La connaissance et l'innovation au risque de la posture "d'acteur chercheur" : le collectif "cultures et sociabilités en territoires de montagne." In *Les recherches-actions collaboratives : une révolution silencieuse de la connaissance*. pp. 1–11.
- Baszanger, I., 1983. La construction d'un monde professionnel : entrées des jeunes praticiens dans la médecine générale. *Sociologie du travail*, 3(83), pp.275–294.
- Baszanger, I., 1981. Socialisation professionnelle et contrôle social. Le cas des étudiants en médecine futurs généralistes. *Revue française de sociologie*, 22(2), pp.223–245.
- Baszanger, I. & Bungener, M., 1995. Heureux, moi non plus. *Le Généraliste*, pp.7–12.
- Baszanger, I. & Bungener, M., 2002. Médecine générale, le temps des redéfinitions. In I. Baszanger, M. Bungener, & A. Paillet, eds. *Quelle médecine voulons-nous ?*. Paris: La dispute, pp. 19–34.
- Baszanger, I., Bungener, M. & Paillet, A., 2002a. Conclusion. Quel mandat pour la médecine ? In *Quelle médecine voulons-nous ?*. Paris: La dispute.

- Baszanger, I., Bungener, M. & Paillet, A., 2002b. Introduction. Une médecine en discussion. In *Quelle médecine voulons-nous ?*. Paris: La dispute, pp. 9–16.
- Baszanger, I., Bungener, M. & Paillet, A., 2002c. *Quelle médecine voulons-nous ?*, Paris: La dispute.
- Baudier, F. et al., 2010. La dynamique de regroupement des médecins généralistes libéraux de 1998 à 2009. *Questions d'économie de la santé*, (157).
- Baudier, F., 2009. La prévention dans les politiques de santé. In F. Bourdillon, ed. *Traité de prévention*.
- Beaud, S. & Weber, F., 2010. *Guide de l'enquête de terrain*, Paris: La découverte.
- Beaulieu, M. et al., 2003. *Sur la voie du changement : pistes à suivre pour restructurer les services de santé de première ligne au Canada*, Ottawa : Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé.
- Beaupère, J., 1961. *Les cabinets de groupe : intérêt, critiques, réalisation, perspectives*. Thèse de médecine, Université de Nantes.
- Beauté, J., Bourgueil, Y. & Mousquès, J., 2007. *Baromètre des pratiques en médecine libérale. Résultats de l'enquête 2006. L'organisation du travail et la pratique de groupe des médecins généralistes bretons*, Paris : Irdes.
- Becker, H., 1988. *Les mondes de l'art [trad. de l'anglais Art Worlds 1982]*, Paris: Flammarion.
- Bédard, S., Poder, T. & Larivière, C., 2013. Processus de validation du questionnaire IPC65 : un outil de mesure de l'interdisciplinarité en pratique clinique. *Pratiques et organisation des soins*, 6(25), pp.763–773.
- Bellanger, M. & Palier, B., 2010. Système de protection maladie. In D. Fassin & B. Hauray, eds. *Santé publique, l'état des savoirs*. Paris: La découverte, pp. 304–316.
- Benamouzig, D., 2000. *Essor et développement de l'économie de la santé en France. Une étude empirique de sociologie cognitive* », thèse de sociologie sous la direction de R. Boudon. Université Paris IV.
- Benamouzig, D., 2010. Système de santé. In D. Fassin & B. Haury, eds. *Santé publique, l'état des savoirs*. Paris: La découverte, pp. 317–328.
- Benaroyo, L. et al., 2010. *La philosophie du soin. Ethique, médecine et société*, Paris: PUF.
- Benoist, J., 1997. Réflexions sur le pluralisme médical. Tâtonnements, alternatives ou complémentarités ? *Psychosomatisme und psychosoziale medizin*, 1-2(26), pp.10–14.
- Béraud, C., 2002. Les transformations du système de soins au cours des vingt dernières années : point de vue d'un acteur. *Sciences sociales et santé*, 20(4), pp.37–74.
- Bercot, R. & De Coninck, F., 2006. *Les réseaux de santé, une nouvelle médecine ?*, Paris: Lharmattan.

- Bergeron, H., Castel, P. & Nouguez, E., 2013. Eléments pour une sociologie de l'entrepreneur frontière. *Revue française de socio*, 54(2), pp.263–302.
- Berland, Y. et al., 2010. Evolution des métiers de la santé. Coopérations entre professionnels. *Actualité et dossier en santé publique*, (70), pp.13–66.
- Berland, Y., 2003. *Mission « Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences »*, Rapport d'étape, Paris: La Documentation Française.
- Berland, Y., 2002. *Mission "démographie des professions de santé" (Tome 1)*, Paris: La Documentation Française.
- Berland, Y. & Bourgueil, Y., 2006. *Cinq expérimentations de coopération et de délégation de tâches entre professions de santé*, Paris : ONDPS.
- Berlivet, L., 2011. Médicalisation (numéro spécial). *Genèses, sciences sociales et histoire*, 82(1).
- Berlivet, L., 2004. Une biopolitique de l'éducation pour la santé. La fabrique des campagnes de prévention. In D. Fassin & D. Memmi, eds. *Le gouvernement des corps*. Paris: Editions de l'EHESS, pp. 37–75.
- Bernier, M., 2008. *Conclusion des travaux de la mission d'information sur l'offre de soins sur l'ensemble du territoire. Rapport d'information à l'Assemblée nationale*, Paris: La Documentation Française.
- Bertolotto, F., Joubert, M. & Durand, D., 1996. Editorial du numéro spécial "Ville et santé", vol.1 "Politiques urbaines et santé publique." *Prévenir*, (31), pp.5–7.
- Binst, M. & Schweyer, F.-X., 1995. *La santé, otage de son système*, Paris: Interéditions.
- Blaise, P. et al., 2001. Le système de santé français vu de l'étranger: éclatements et doubles emplois. *Actualité et dossier en santé publique*, (37), pp.54–56.
- De Bleser, L. et al., 2006. Defining pathway. *Journal of nursing management*, (14), pp.553–563.
- Bloy, G., 2014. À quoi bon former des médecins généralistes ? Un modèle d'apprentissage et un modèle professionnel sous tensions. *Revue française des affaires sociales*, 1(1), pp.169–191.
- Bloy, G., 2011. Comment peut-on devenir généraliste aujourd'hui ? Le renouvellement des médecins généralistes vu à travers une cohorte de jeunes diplômés. *Revue française des affaires sociales*, 2(2-3), pp.9–28.
- Bloy, G., 2013. Jeunes généralistes et déserts médicaux. *Pratiques, cahiers de la médecine utopique*, (60), pp.77–79.
- Bloy, G., 2010a. La constitution paradoxale d'un groupe professionnel. In G. Bloy & F.-X. Schweyer, eds. *Singuliers généralistes*. Rennes: Presses de l'EHESS, pp. 23–40.
- Bloy, G., 2010b. Que font les généralistes à la faculté ? Analyse d'une implantation improbable. In G. Bloy & F.-X. Schweyer, eds. *Singuliers généralistes*. Rennes: Presses de l'EHESS, pp. 309–327.

- Bloy, G. & Rigal, L., 2012. Avec tact et mesure ? Les médecins généralistes français aux prises avec les évaluations chiffrées de leur pratique. *Sociologie du travail*, 54, pp.433–456.
- Bloy, G. & Schweyer, F.-X., 2010. Introduction. In G. Bloy & F.-X. Schweyer, eds. *Singuliers généralistes*. Rennes: Presses de l'EHESP, pp. 11–20.
- Bordiec, M., 2013. *Quel est le positionnement des médecins généralistes par rapport aux divers acteurs de la prévention ?* Thèse pour le doctorat de médecine, Université Paris Descartes.
- Borgès Da Silva, R. et al., 2011. Pour une approche globale de l'évaluation de l'utilisation des services de santé : concepts et mesures. *Pratiques et organisation des soins*, 42(1), pp.11–18.
- Boschma, R., 2005. Proximity and innovation: a critical assessment. *Regional Studies*, 39(1), pp.61–74.
- Bouchayer, F., 2011. Le soignant, le patient et le tiers gestionnaire : les nouvelles données d'un rapport tripartite. *Sociologie santé*, 33, pp.87–105.
- Bouchayer, F., 2004. Les voies du réenchantement professionnel. In P. Aïach & D. Fassin, eds. *Les métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*. Paris: Anthropos-économica, pp. 201–225.
- Bouchayer, F. et al., 2007. Médecine de proximité : crise des ressources humaines. Les Actes du colloque international du 16 Novembre 2007 à Marseille.
- Boulec, C. & Poisson, D., 2014. La décision médicale partagée. *Laennec*, 4(62), pp.4–7.
- Bourdessol, H., Pin, S. & et le Réseau francophone de prévention des traumatismes et de promotion de la sécurité, 2005. *Prévention des chutes chez les personnes âgées à domicile. Référentiel de bonnes pratiques*, Saint-Denis: INPES.
- Bourdieu, P., 1993. *La misère du monde*, Paris: Le Seuil.
- Bourdieu, P. & Passeron, J.-C., 1970. *La reproduction*, Paris: Minuit.
- Bourdillon, F., 2009. *Traité de prévention*, Paris: Médecine sciences Flammarion.
- Bourdillon, F., Mosnier, A. & Godard, J., 2008. Des missions de santé publique pour les médecins généralistes. *Santé publique*, 20(5), pp.489–500.
- Bourgeois, I., 2007. *Le médecin généraliste dans le travail médical de premier recours : entre logiques de clientèles et dynamiques locales. Le cas de quatre espaces relationnels en médecine générale. Thèse pour le doctorat de sociologie de l'IEP*.
- Bourgueil, Y., 2008. L'organisation des soins de premiers recours en France : une réforme en quête de projet ? *Santé, société et solidarité*, (2), pp.105–114.
- Bourgueil, Y. et al., 2008. La coopération médecins généralistes/infirmières améliore le suivi des patients diabétiques de type 2. Principaux résultats de l'expérimentation ASALEE. *Questions d'économie de la santé*, (36), pp.1–8.

- Bourgueil, Y., 2007. Les enseignements de la politique des réseaux et des maisons pluridisciplinaires de santé. In *Enjeux économiques des coopérations entre professionnels de santé*. Saint-Denis: HAS, pp. 261–291.
- Bourgueil, Y., 2010. Systèmes de soins primaires : contenus et enjeux. *Revue française des affaires sociales*, 3(3), pp.11–20.
- Bourgueil, Y., Jusot, F. & Leleu, H., 2012. Comment les soins primaires peuvent-ils contribuer à réduire les inégalités de santé ? Revue de littérature. *Questions d'économie de la santé*, (179), pp.1–8.
- Bourgueil, Y., Marek, A. & Mousquès, J., 2006. *Soins primaires, vers une coopération entre médecins et infirmières. L'apport d'expériences européennes et canadiennes*, Paris : Irdes.
- 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), pp.1–6.
- Bourgueil, Y. & Mousquès, J., 2001. *Étude Epidaure. Evaluation de l'apport des centres de santé en termes d'accès aux soins et de réduction des inégalités de santé*, Paris : Irdes.
- Bourgueil, Y., Mousquès, J. & Pierre, A., 2011. *Étude EPIDAURE- CDS Caractériser la population desservie par les centres de santé. Une approche écologique à partir des IRIS bassées sur le géocodage de la patientèle (file active) des centres de santé*,
- Bourkia, D., 2012. Cadres-chercheurs: un engagement écrit. *Revue Objectifs soins et management, la revue des cadres de santé*, (209).
- Bras, P.-L., 2011a. Peut-on réformer l'organisation des soins de premier recours ? *Les tribunes de la santé*, 30(1), pp.113–126.
- Bras, P.-L., 2011b. Réorganiser les soins de premier recours : les maisons médicales centrées sur le patient aux États-Unis. *Pratiques et organisation des soins*, 42, pp.39–43.
- Bras, P.-L., Duhamel, G. & Grass, E., 2006a. Améliorer la prise en charge des malades chroniques : les enseignements des expériences étrangères de disease management. *Pratiques et organisation des soins*, 37(4), pp.341–356.
- Bras, P.-L., Duhamel, G. & Grass, E., 2006b. *Améliorer la prise en charge des malades chroniques : les enseignements des expériences étrangères de disease management*, Paris: IGAS.
- Braud, R., 2009. Education thérapeutique : quand la culture s'en mêle. *Journal du DELF*, pp.8–10.
- Braud, R., 2012. Education thérapeutique des «migrants» diabétiques : quel partage des pouvoirs d'agir sur la maladie. *Migrations santé*, (144-145), pp.47–78.
- Brémond, M., 2000. Peut-on parler d'une politique de soins ? *Actualité et dossier en santé publique*, (33), pp.21–22.
- Breslow, L., 1999. From disease prevention to health promotion. *Journal of the American Medical Association*, 281(11), pp.1030–1033.

- Breton, M. et al., 2009. Integrating public health to healthcare local governance in Québec : challenges arising from bringing closer population and organization perspectives. *Health policy*, 4(3), pp.e159–e178.
- Briot, P. et al., 2012. Pratique intégrée et basée sur la qualité de la médecine de ville : son impact sur la consommation des soins. *Pratiques et organisation des soins*, 43(4), pp.252–259.
- Brocas, A.-M., 2010. Quels enseignements tirer des expériences étrangères pour la France ? *Revue française des affaires sociales*, 3(3), pp.103–110.
- Brunn, M. & Chevreul, K., 2013. Prise en charge des patients atteints de maladies chroniques. Concepts, évaluations et enseignements internationaux. *Santé publique*, 25(1), pp.87–94.
- Bucquet, D., Hatton, F. & Colvez, A., 1984. La prévention en médecine générale. *Sciences sociales et santé*, 2(1), pp.51–69.
- Buffet, S. et al., 2014. Mise en place d'un comité de représentants des usagers dans une maison de santé pluridisciplinaire. Constats, limites et perspectives. *Santé publique*, 26(4), pp.433–441.
- Bungener, M., 1993. Mythe et réalités de l'indépendance professionnelle : la longue peur de la profession médicale. *Sciences sociales et santé*, 11(1), pp.145–149.
- Bungener, M., 2004. Une gestion des corps malades et vieillissants. Le transfert des activités de soins. In D. Fassin & D. Memmi, eds. *Le gouvernement des corps*. Paris: Editions de l'EHESS, pp. 109–133.
- Bungener, M., Demagny, L. & Faurisson, F., 2014. *Associations de malades, regards de chercheurs*, Paris: CNRS Editions.
- Bungener, M. & Poisson-Salomon, A., 1998. *Travailler et soigner en réseau. Exemple des réseaux ville-hôpital pour la prise en charge de l'infection à VIH en région parisienne*, Paris: Editions de l'Inserm.
- Bur, Y., 2008. *Rapport sur les agences régionales de santé*, Paris : Commission des affaires culturelles, familiales et sociales.
- Bureau, E. & Hermann-Mesfen, J., 2014. Les patients contemporains face à la démocratie sanitaire. Introduction au dossier [en ligne]. *Anthropologie & Santé*. Available at: URL : <http://anthropologiesante.revues.org/1342>.
- Bury, J.A., 1988. *L'éducation pour la santé. Concepts, enjeux, planification*, Bruxelles: De Boeck Université.
- Buttet, P. & Fournier, C., 2005. Prévention et éducation pour la santé, quels rôles pour les médecins et les pharmaciens ? In A. Gautier, ed. *Baromètre santé médecins pharmaciens 2003*. Saint-Denis: INPES, pp. 64–82.
- Cachard, J. & Correia, J.-L., 2014. L'éducation thérapeutique du patient et ses développements en quartier populaire. *Santé éducation*, (2), pp.12–14.

- Calisti, L., 1999. Les centres de santé mutualistes dans les Bouches-du-Rhône (1936-1982). *Prévenir*, (36), pp.31–37.
- Calisti, L. & Rey, J.-F., 1977. *Santé et cadre de vie, l'expérience mutualiste de Marseille*, Paris: Editions sociales.
- Callon, M., 1986. Eléments pour une sociologie de la traduction. La domestication des coquilles Saint-Jacques et des marins-pêcheurs dans la baie de Saint-Brieuc. *L'année sociologique*, 36, pp.169–208.
- Callon, M., 1999. Le réseau comme forme émergente et comme modalité de coordination : le cas des interactions stratégiques entre firmes industrielles et laboratoires académiques. In *Réseau et coordination*. Paris: Economica, pp. 13–64.
- Caratini, S., 2004. *Les non-dits de l'anthropologie*, Paris: PUF.
- Carricaburu, D. & Ménoret, M., 2004. *Sociologie de la santé. Institutions, professions et maladies*, Paris: Armand Colin/ SEJER.
- Castel, P., 2005. Le médecin, son patient et ses pairs. Une nouvelle approche de la relation thérapeutique Une nouvelle approche. *Revue française de sociologie*, 46(3), pp.443–467.
- Castel, P., 2014. Note de lecture : Les dimensions organisationnelles de la biomédecine. A propos de Peter Keating et Alberto cambrosio, Cancer on trial. Oncology as a new style of practice. *Sciences sociales et santé*, 32(3), pp.99–107.
- Castel, P. & Robelet, M., 2009. Comment rationaliser sans standardiser la médecine ? Production et usages des recommandations de pratiques cliniques. *Journal d'économie médicale*, 27(3), pp.98–115.
- Chabrol, F. & Girard, G., 2010. *Se confronter aux terrains. Expériences et postures de recherche*, Paris: ANRS.
- Chabrol, F., Hunsmann, M. & Kehr, J., 2012. Réaliser un doctorat en sciences sociales de la santé : financements, pratiques de recherche et enjeux de professionnalisation. *Socio-logos. Revue de l'association française de sociologie [En ligne]*, 7.
- Chaperon, J., Trehony, A. & Vennin, M., 1983. La santé de première ligne : les pratiques de groupe en France. *Revue française des affaires sociales*, 3(1), pp.63–79.
- Cherubini, B., 2011. Des évolutions attendues en promotion de la santé. In *Agir pour la promotion de la santé. Une politique ouverte à l'innovation*. Toulouse: Editions Erès, pp. 7–28.
- Chevillard, G. et al., 2013. Répartition géographique des maisons et pôles de santé en France et impact sur la densité des médecins généralistes libéraux. *Questions d'économie de la santé*, (190), p.8p.
- Clarke, A. et al., 2000. Technosciences et nouvelle biomédicalisation : racines occidentales, rhizomes mondiaux. *Sciences sociales et santé*, 18(2), pp.11–42.

- Clément, S., 2000. Le soin familial aux personnes vieillissantes. In P. Keller & J. Pierret, eds. *Qu'est-ce que soigner ? Le soin du professionnel à la personne*. Paris: Syros, pp. 115–131.
- Clerc, P. et al., 2008. Étude Polychrome : construction d'une typologie des pathologies chroniques en médecine générale. Pour une analyse de la poly-prescription. *Pratiques et organisation des soins*, 39(1), pp.43–51.
- Clerc, P. & Le Breton, J., 2013. Polyprescription médicamenteuse et polypathologies chroniques : ce qu'en disent les médecins généralistes. *Sciences sociales et santé*, 31(3), pp.71–100.
- CNGE, 2009. *Référentiel médecin et compétences des médecins généralistes*, Paris: CNGE.
- CNS, 2009. *Avis du 10 décembre 2009 "Six critères pour la future loi de santé publique,"* Paris : Conférence nationale de santé.
- CNS, 2011. *Avis du 16 décembre 2011 portant sur les éléments de réflexion pour une politique nationale de santé 2011 – 2025*, Paris : Conférence nationale de santé.
- CNS, 2013. *Avis du 18.06.13 "Pour une évolution solidaire du système de santé,"* Paris : Conférence nationale de santé.
- CNS, 2014. *Avis du 9 septembre 2014 sur le projet de Loi de santé*, Paris : Conférence nationale de santé.
- Cognard, S., 2013. Parcours. *Pratiques, cahiers de la médecine utopique*, (60), p.31.
- Coldefy, M., Com-ruelle, L. & Lucas-Gabrielli, V., 2011. Distances et temps d'accès aux soins en France métropolitaine. *Questions d'économie de la santé*, (164), p.8.
- Colin, M. & Acker, D., 2009. Les centres de santé : une histoire, un avenir. *Santé publique*, 21(hs1), pp.57–65.
- Collectif, 2007. Recherches en médecine générale. *La revue du Praticien*, (57), pp.1181–1219.
- Collin, J.-F., Bernard, C. & Bourdillon, F., 2009. Quelle politique de prévention pour demain ? In F. Bourdillon, ed. *Traité de prévention*. Paris: Médecine sciences Flammarion, pp. 395–400.
- Le commissaire à la santé et au bien-être, 2009. *Construire sur les bases d'une première ligne de soins renouvelée : recommandations, enjeux et implications*, Montréal: Commissaire à la santé et au bien-être.
- Compagnon, C., 2014. *Pour l'an II de la démocratie sanitaire. Rapport établi à la demande de Madame la ministre des affaires sociales et de la santé*,
- Conrad, P., 1992. Medicalization and social control. *Annual Review of Sociology*, 18, pp.209– 232.
- Conrad, P., 1975. The discovery of hyperkinesis : notes on the biomedicalization of deviant behavior. *Social problems*, (23), pp.12–21.
- Cordier, A., 2014. Les parcours de soins et de santé sont-ils une évolution inéluctable de notre système de santé ? *Actualité et dossier en santé publique*, (88), pp.43–45.

- Cordier, A. et al., 2013. *Un projet global pour la stratégie nationale de santé 19 recommandations du comité des "sages,"* Paris : Secrétariat général des ministères sociaux.
- Le Corre, J., 1999. Centres de santé municipaux, destin national ou destin local ? *Prévenir*, (36), pp.17–26.
- Cour des Comptes, 2011. *La prévention sanitaire. Communication à la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale*, Paris.
- Cour des comptes, 2014. *La Sécurité sociale. Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, Paris : Cour des comptes.
- Coussaert, A., 1991. La santé et son sujet dans les écoles de diabétologie. In *Le statut du malade, XVIe-XXe siècle*. Paris: Lharmattan, pp. 65–110.
- Coutant, D., 2008. Demain est aujourd'hui. *Pratiques*, (43), p.51.
- Coutant, D. & Lacaze, J., 1989. *Hier, une médecine pour demain. Le centre de santé de Saint-Nazaire*, Paris: Syros-Alternatives.
- Covindassamy, C., 2013. Les déserts médicaux, un mirage ? *Pratiques, cahiers de la médecine utopique*, (60), pp.38–39.
- Crezé, F. & Liu, M., 2006. *La recherche-action et les transformations sociales*, Paris: Lharmattan.
- D'Amour, D., Sicotte, C. & Lévy, R., 1999. L'action collective au sein d'équipes interprofessionnelles dans les services de santé. *Sciences sociales et santé*, 17(3), pp.67–94.
- D'Ivernois, J.-F., 2009. L'éducation thérapeutique a maintenant sa revue ! *Education thérapeutique du patient - Therapeutic patient education*, 1(1), pp.1–2.
- Daniel, C., Delpal, B. & Lannelongue, C., 2006a. *Contrôle et évaluation du fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) et de la dotation de développement des réseaux (DDR), rapport IGAS*, Paris: La Documentation Française.
- Daniel, C., Delpal, B. & Lannelongue, C., 2006b. *Contrôle et évaluation du fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) et de la dotation de développement des réseaux (DRDR). Rapport IGAS.*, Paris: La Documentation Française.
- Daniellou, F. & Petit, J., 2007. *ASALEE , c'est du travail. Une contribution à l'évaluation de l'expérimentation par l'analyse des pratiques*, Bordeaux : Institut de cognitique.
- Davezies, P. & Daniellou, F., 2004. *L'épuisement professionnel des médecins généralistes. Une étude compréhensive en Poitou-Charentes*, Rapport pour l'URML de Poitou-Charentes.
- Demailly, L., 2013. La santé : affaire privée ? affaire publique ? De la domination dans la santé à la domination par la santé. *Socio-logos. Revue de l'association française de sociologie [En ligne]*, 8(277).
- Demange, E., Henry, E. & Préau, M., 2012. *De la recherche en collaboration à la recherche communautaire. Un guide méthodologique*, Paris: ANRS/Coalition Plus.

- Dépinoy, M., 2011. *Les maisons de santé, une urgence citoyenne*, Paris: Editions de santé.
- Depoivre, C. et al., 1989. *Evaluation Lubersac santé - rapport final*, Toulouse : DRASS.
- Derbez, B., 2010. Négocier un terrain hospitalier. Un moment critique de la recherche en anthropologie médicale. *Genèses*, 78(1), pp.105–120.
- DHOS & ONDPS, 2008. *Etats généraux de l'organisation de la santé (EGOS) Synthèse des travaux des 2 journées nationales (8 et 9 février 2008)*, Paris : Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative.
- DIV, 2007. *Ateliers santé ville - Une démarche locale pour la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé*, Paris: Editions de la DIV.
- Dodier, N., 1993. Les appuis conventionnels de l'action. Eléments de pragmatique sociologique. *Réseaux. Communication, Technologie, Société*, 11(62), pp.63–85.
- Dodier, N., 2010. Sciences de la société. In B. Auray & D. Fassin, eds. *Santé publique, l'état des savoirs*. Paris: La découverte, pp. 81–93.
- Doron, C., Lefève, C. & Masquelet, A., 2011. *Soin et subjectivité*, Paris: PUF.
- Douguet, F. & Vilbrod, A., 2007. *Le métier d'infirmière libérale*, Paris: Seli Arslan.
- Dozon, J.-P. & Fassin, D., 2001. *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique*, Paris: Balland.
- Druhle, M., 2000. Le travail émotionnel dans la relation soignante professionnelle. Un point de vue au carrefour du travail infirmier. In *Professions et institutions de santé face à l'organisation du travail. Aspects sociologiques*. Rennes: Editions ENSP, pp. 15–29.
- Dubar, C., 2000. *La crise des identités*, Paris: PUF.
- Duchesne, S. & Haegel, F., 2004. *L'enquête et ses méthodes : les entretiens collectifs*, Paris: Nathan.
- Ducos, J., 2012. L'offre d'éducation thérapeutique pour diabétiques adultes en Île-de-France : un défi à l'équité. *Pratiques et organisation des soins*, 43(1), pp.1–7.
- Dupuy, J. & Karsenty, S., 1974. *L'invasion pharmaceutique*, Paris: Le Seuil.
- Durand, G., 2012. Les maisons de santé : beaucoup de bruit... pour quelque chose. *Prescrire*, 32(346), pp.614–619.
- Durand, J.-P., 2010. Les maisons de santé, une histoire pas si neuve. *Réseaux, santé et territoire*, (32), pp.6–8.
- Echinard, L., 2013. Gardien des poisons. *Pratiques, cahiers de la médecine utopique*, (60), pp.56–59.
- Eideliman, J.-S. & Kivits, J., 2012. Dossier « Recherches en santé et santé de la recherche en sociologie – Orientations, professionnalisation, financements ». *Socio-logos. Revue de l'association française de sociologie [En ligne]*, (7).

- Elias, N., 1991. *La société des individus, trad. de l'allemand [Die Gesellschaft der Individuen]*, Paris: Librairie Anthème Fayard.
- Falcoff, H., 2010. Le dilemme de la médecine générale face aux inégalités : faire partie du problème ou contribuer à la solution ? In L. Potvin, M. Moquet, & C. Jones, eds. *Réduire les inégalités sociales en santé*. Saint-Denis: INPES, pp. 195–208.
- Fantino, B. & Ropert, G., 2008. *Le système de santé en France. Diagnostic et propositions*, Paris: Dunod.
- Fassin, D., 1998. Introduction : Politique des corps et gouvernement des villes. La production locale de la santé publique. In *Les figures urbaines de la santé publique : Enquête sur des expériences locales*. Paris: La Découverte, pp. 7–46.
- Fassin, D., 1999. L'anthropologie entre engagement et distanciation. Essai de sociologie des recherches en sciences sociales sur le sida en Afrique. In C. Becker et al., eds. *Vivre et penser le Sida en Afrique*. Paris: Kartala, pp. 42–66.
- Fassin, D., 1996. *L'espace politique de la santé. Essai de généalogie*, Paris: PUF.
- Fassin, D., 2001. Le culturalisme pratique de la santé publique. Critique d'un sens commun. In J.-P. Dozon & D. Fassin, eds. *Critique de la santé publique*. Paris: Balland.
- Fassin, D. & Hauray, B., 2010. *Santé publique, l'état des savoirs*, Paris: La découverte.
- Flajolet, A., 2008. *Mission au profit du gouvernement relative aux disparités territoriales des politiques de prévention sanitaire*,
- Foucaud, J. et al., 2008. État des lieux de la formation initiale en éducation pour la santé en France Résultats d'une analyse globale pour dix professions de santé. *Evolutions*, (10), p.6.
- Foucault, M., 1997. « *Il faut défendre la société* ». *Cours au Collège de France 1976*, Paris: Gallimard.
- Foucault, M., 1994. La naissance de la médecine sociale. In *Dits et écrits 1954-1988 (III 1976-1979)*. Paris: Gallimard, pp. 207–228.
- Foucault, M., 1976. *La Volonté de savoir*, Paris: Gallimard.
- Fournier, C., Gautier, A., et al., 2009. Besoins d'information et d'éducation des personnes diabétiques, pratiques éducatives des médecins, étude Entred, France, 2007. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, (42-44), pp.460–464.
- Fournier, C., 2014a. Concevoir une maison de santé pluriprofessionnelle : paradoxes et enseignements d'une innovation en actes. *Sciences sociales et santé*, 32(2), pp.67–95.
- Fournier, C., 2001a. *Décrire et analyser des programmes d'éducation du patient : Mise en œuvre d'une démarche d'évaluation de processus dans trois services hospitaliers parisiens de diabétologie. Mémoire de doctorat en médecine, diplôme d'études spécialisé en santé publique*. Université Pierre et Marie Curie.

- Fournier, C., Fagot-Campagna, A., et al., 2009. Démarche éducative, comment les médecins la perçoivent-ils. Résultats de l'étude Entred 2007. *Concours médical*, 131(20), pp.810–812.
- Fournier, C., 2001b. Enquête sur l'éducation du patient dans les établissements de santé français en 1999 : une analyse centrée sur les pratiques en diabétologie. *Diabète éducation*, 11(1), pp.4–8.
- Fournier, C., 2014b. La relève dans la construction d'une nouvelle façon de soigner. *Santé éducation*, (2), pp.26–27.
- Fournier, C., Jullien-Narboux, S., et al., 2007. Modèles sous-jacents à l'éducation des patients. Enquête dans différents types de structures accueillant des patients diabétiques de type 2. *Evolutions*, (5), pp.1–6.
- Fournier, C., Gautier, A., et al., 2014. Results of a french national survey on self-management education to people with diabetes... still a long way to go ! *Educ Ther Patient / Ther Patient Educ*, 6(1), p.10102.
- Fournier, C. & Bentz, L., 2014. Travailler ensemble en éducation thérapeutique : reflet des débats ouverts lors du congrès Santé Éducation 2014. *Santé éducation*, 2, pp.6–8.
- Fournier, C. & Buttet, P., 2008. Education du patient dans les établissements de santé français, l'enquête EDUPEF. *Evolutions*, (9), pp.1–6.
- Fournier, C., Buttet, P. & Le-Lay, E., 2011. Prévention , éducation pour la santé et éducation thérapeutique en médecine générale. In *Baromètre santé médecins généralistes 2009*. pp. 44–83.
- Fournier, C., Frattini, M. & Naiditch, M., 2014a. *Dynamiques et formes du travail pluriprofessionnel dans les maisons et pôles de santé Recherche qualitative dans le cadre des Expérimentations des nouveaux modes de rémunération en maisons et pôles de santé (ENMR)*, Paris : Irdes.
- Fournier, C., Frattini, M. & Naiditch, M., 2014b. 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), p.8.
- Fournier, C., Pélicand, J. & Vincent, I., 2007. *Fournier C, Pélicand J, Vincent I. Enquête sur les pratiques éducatives auprès des patients diabétiques de type 2 en 2001. Rapport de synthèse général. [en ligne] Inpes, St Denis (France), 2007.*, Saint-Denis : INPES.
- Frattini, M. & Brémond, M., 1994. « Réseaux », leviers de changement dans le système de soins français ? *Prévenir*, (27), pp.31–44.
- Freidson, E., 1984a. *La profession médicale [Profession of medicine, 1970]*, Paris: Payot.
- Freidson, E., 1984b. Les limites du savoir professionnel. In *La profession médicale*. Paris, pp. 328–363.
- Freidson, E., 1994. *Professionalism Reborn. Policy and Prophecy*, Cambridge: University Press.
- Freidson, E., 1984c. The changing nature of professional control. *Annual Review of Sociology*, 10, pp.101–120.

- Freidson, E., 1983. The reorganization of the professions by regulation. *Law and Human Behavior*, 7, pp.279–290.
- Gabbay, J. & Lemay, A., 2004. Evidence Based Guidelines or Collectively Constructed “Mindlines”? Ethnographic Study of Knowledge Management in Primary Care. *British medical journal*, (328), pp.1–5.
- Gallais, J., 2010. Les listes médecin traitant, un nouveau levier d’aide à l’activité soignante et à la production de connaissances indispensables en soins primaires. *Santé publique*, 22(5), pp.489–491.
- Gallois, P., 1981. *De l’organisation des systèmes de soins*, Paris: La Documentation Française.
- Garros, B., 2009. Maison de santé, chaînon manquant de l’organisation ambulatoire ? *Santé publique*, 21(hs1), pp.7–16.
- Gay, B., 2013. Repenser la place des soins de santé primaires en France - Le Rôle de la médecine générale. *Revue d’épidémiologie et de santé publique*, 61(3), pp.193–8.
- Gelly, J. et al., 2014. Profile of French general practitioners providing opportunistic primary preventive care--an observational cross-sectional multicentre study. *Family practice*, 31(4), pp.445–52.
- Genolini, J.-P. et al., 2011. “L’éducation” du patient en médecine générale : une activité périphérique ou spécifique de la relation de soin ? *Sciences sociales et santé*, 29(3), pp.81–121.
- Georges, P. & Waquet, C., 2013. *Les centres de santé. Situation économique et place dans l’offre de soins de demain. Rapport IGAS*, Paris: La Documentation Française.
- Ghadi, V., 2009. Evolution et légitimité de la représentation des usagers dans le système de santé français. *Actualité et dossier en santé publique*, (68), pp.18–19.
- El Ghazi, L., 2012. Les politiques municipales de santé publique. *Les Tribunes de la santé*, (34), pp.19–33.
- Godard, J., 2009a. La médecine générale, la prévention et la santé publique. *Santé publique*, 21(6), pp.613–614.
- Godard, J., 2009b. Médecine générale et prévention. In : Bourdillon F. *Traité de prévention*. In F. Bourdillon, ed. *Traité de prévention*. Paris.
- Gordon, R., 1983. An operational classification of disease prevention. *Public health report*, (98), pp.107–109.
- Grimaldi, A., 2002. L’observance des prescriptions thérapeutiques du diabète de type 2 : peut-on faire mieux ? *Santé éducation*, (Numéro spécial congrès), pp.2–4.
- Grimaldi, A. et al., 2011. *Manifeste pour une santé égalitaire et solidaire*, Paris: Odile Jacob.
- Groulx, S., 2007. *Guide pour la promotion et le soutien des pratiques cliniques préventives*, Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux.

- Groupe de travail d'interface SHS-santé. Alliance Athéna, 2013. Rapport Sciences humaines et sociales et santé. *Sciences sociales et santé*, 32(1), pp.37–58.
- Guichard, A. & Potvin, L., 2010. Pourquoi s'intéresser aux inégalités sociales de santé ? In L. Potvin, M.-J. Moquet, & C. M. Jones, eds. *La réduction des inégalités de santé : un objectif prioritaire des systèmes de santé*. Saint-Denis: INPES, pp. 35–51.
- Hardy, A., 2013. La médecine libérale face aux principes de justice, d'égalité et de liberté. *Revue de droit sanitaire et social*, (4), pp.631–638.
- Hardy, A., 2012. La sociologie chez les médecins libéraux a changé", enquête chez les jeunes dilômés. *Le Médecin de France*, pp.26–27.
- Hardy-Dubernet, A.-C. & Faure, Y., 2006. *Le choix d'une vie... étude sociologique des choix des étudiants de médecine à l'issue des épreuves classantes nationales 20005*,
- HAS, 2013. *Comment prendre en charge les personnes âgées fragiles en ambulatoire ? Points clés et solutions, organisation des parcours*, Saint-Denis : HAS.
- HAS, 2008. *Délégations, transferts, nouveaux métiers... comment favoriser de nouvelles formes de coopération entre les professionnels de santé ? Recommandation HAS en collaboration avec l'ONDPS*, Saint-Denis, Saint-Denis : HAS.
- HAS, 2007. *Référentiel d'évaluation des centres de santé*, Sait-Denis : HAS.
- HAS & en collaboration avec l'ONDPS, 2008. *Délégation, transfert, nouveaux métiers... Comment favoriser les formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé. Recommandation*, Saint-Denis : HAS.
- HAS & INPES, 2007. *Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique dans le champ des maladies chroniques*, Saint-Denis : HAS & INPES.
- Hassenteufel, P., 2010a. La difficile affirmation d'un syndicalisme spécifique aux généralistes. In *Singuliers généralistes*. Rennes: Presses de l'EHESP, pp. 403–418.
- Hassenteufel, P., 2010b. Les intérêts privés. In D. Fassin & B. Hauray, eds. *Santé publique, l'état des savoirs*. Paris: La Découverte, pp. 469–478.
- Hassenteufel, P., 2013. Quelle européanisation des systèmes de santé ? *Informations sociales*, 1(175), pp.48–59.
- Hassenteufel, P., 2008. Syndicalisme et médecine libérale : le poids de l'histoire. *Les tribunes de la santé*, 1(18), pp.21–28.
- Hassenteufel, P. & Pierru, F., 2003. De la crise de la représentation à la crise de la régulation. In J. de Kervasdoué, ed. *La crise des professions de santé*. Paris: Dunod, pp. 77–120.
- Hatzfeld, H., 1963. *Le grand tournant de la médecine libérale*, Paris: Editions Ouvrières.
- Haute Autorité de Santé, 2013. *Patient et professionnels de santé : décider ensemble. Concept, aides destinées aux patients et impact de la décision médicale partagé*, Paris.

- HCSP, 2009a. *L'éducation thérapeutique intégrée aux soins de premier recours*, Paris : Haut conseil de la santé publique.
- HCSP, 2009b. *Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité*, Paris: HCSP.
- HCSP, 1994. *Rapport sur la santé en France*, Paris: La Documentation Française.
- Héas, F., 2013. Exercice de la médecine et salariat. *Revue de droit sanitaire et social*, (4), pp.575–582.
- Hénart, L., Berland, Y. & Cadet, D., 2011. *Rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire. Professionnels d'aujourd'hui et nouveaux métiers, des pistes pour avancer*, Paris: La Documentation Française.
- Hénaut, L. & Bloch, M.-A., 2014. *Coordination et parcours. La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social*, Paris: Dunod.
- Herzlich, C., Bungener, M. & Paicheler, G., 1993. *Cinquante ans d'exercice de la médecine*, Paris: Éditions Doin-Inserm.
- Herzlich, C. & Pierret, J., 1984. *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui*, Paris: Payot.
- Hofmarcher, M., Oxley, H. & Rusticelli, E., 2007. *Improved health system performance through better care coordination*, Paris : OECD Publishing.
- Hsiung, L. et al., 2014. Les procédures de soins en consultation de médecine générale : analyse des données de l'étude nationale ECOGEN. *Exercer*, (114), pp.162–169.
- Huard, P. & Schaller, P., 2011a. Innovation organisationnelle et prise en charge des maladies chroniques . 1 . La coopération entre partenaires distants. *Pratiques et organisation des soins*, 42(2), pp.111–118.
- Huard, P. & Schaller, P., 2011b. Innovation organisationnelle et prise en charge des maladies chroniques . 2 . Deux études de cas. *Pratiques et organisation des soins*, 42(2), pp.119–126.
- Hubert, E., 2010. *Mission de concertation sur la médecine de proximité*, Paris: La Documentation Française.
- IGAS, 2003. *Santé, pour une politique de prévention durable. Rapport annuel*, Paris: La Documentation Française.
- Illich, I., 1975. *Némésis médicale*, Paris: Le Seuil.
- Inserm, 2014. *Inégalités sociales de santé en lien avec l'alimentation et l'activité physique*, Paris: Inserm.
- Joubert, M., Bertolotto, F. & Bouhnik, P., 2003. *Quartiers, démocratie et santé*, Paris: Lharmattan.
- Jourdain-Menninger, D., Lecocq, G. & Morel, A., 2012. *Evaluation de la prise en charge du diabète. Rapport IGAS*, Paris: IGAS.

- Juilhard, J.-M. et al., 2010. *Le bilan des maisons et des pôles de santé et les propositions pour leur déploiement*, Paris : Igas.
- Juilhard, J.-M., 2007. *Rapport d'information sur la démographie médicale*, Paris : Commission des affaires sociales.
- Kaminski, M., Lang, T. & Leclerc, A., 2008. *Inégaux face à la santé. Du constat à l'action*, Paris: La découverte.
- De Kervasdoué, J., 2008. Idéologie des réformes du système de santé depuis 1990 : un système stable. *Santé, société et solidarité*, (2), pp.17–30.
- De Kervasdoué, J., 2003. *La crise des professions de santé*, Paris: Dunod.
- Kinsman, L. et al., 2010. What is clinical pathway ? Development of a definition to inform the debate. *BMC Medicine*, (8), p.31.
- Kivits, J. et al., 2013. Jalons pour une recherche interdisciplinaire en santé et en sciences humaines et sociales : apports d'un séminaire de recherche. *Santé publique*, 25(5), pp.579–586.
- Kivits, J. & Alla, F., 2012. Recherche et intervention en santé publique : quels espaces de rencontre avec les sciences sociales ? *Socio-logos. Revue de l'association française de sociologie*.
- Kohn, R., 2001. Les positions enchevêtrées du praticien-qui-devient-chercheur. In M.-P. Mackiewicz, ed. *Praticien et chercheur. Parcours dans le champ social*. Paris: Lharmattan, pp. 15–38.
- Krucien, N., Vaillant, M. Le & Pelletier-fleury, N., 2011. Les transformations de l'offre de soins correspondent-elles aux préoccupations des usagers de médecine générale ? *Questions d'économie de la santé*, (163), pp.1–6.
- Kuhn, T., 1962. *La structure des révolutions scientifiques*, Paris: Flammarion.
- Kunst, A., 1997. *Cross national comparisons of socio-economic differences in mortality*. Rotterdam : Thesis Erasmus University.
- De la Tribonnière, X. & Gagnayre, R., 2013. L'interdisciplinarité en éducation thérapeutique du patient : du concept à une proposition de critères d'évaluation. *Education Thérapeutique du Patient - Therapeutic Patient Education*, 5(1), pp.163–176.
- Labalette, C., Verheye, J.-C. & Fournier, C., 2007. *Auditions d'associations de patients dans le champ des maladies chroniques, réalisées par l'Inpes en septembre et octobre 2006. Synthèse des attentes des associations auditionnées dans le cadre du programme "maladies chroniques,"* Saint-Denis : INPES.
- Lalande, A., 2010. *Vocabulaire technique et critique de la philosophie, 1902-1923*, Paris: PUF.
- Lamour, P., 2007. Education pour la santé des migrants: à quelles conditions ? *La santé de l'homme*, (392), pp.30–31.

- Lamour, P. & Michenaud, J., 2014. Comment, par des formations actions, soutenir le développement de l'éducation thérapeutique dans les maisons de santé pluridisciplinaires : l'exemple de Savenay. *Santé éducation*, (2), pp.16–18.
- Lascoumes, P., 1996. Rendre gouvernable : de la traduction au « transcodage ». L'analyse des processus de changement dans l'action publique. In Cerapp, ed. *La gouvernabilité*. Paris: PUF, pp. 325–338.
- Lascoumes, P., 2002. Représenter les usagers. In I. Baszanger, M. Bungener, & A. Paillet, eds. *Quelle médecine voulons-nous ?*. Paris: La dispute, pp. 107–125.
- Lascoumes, P. & Le Galès, P., 2004a. De l'innovation instrumentale à la recomposition de l'état. In P. Lascoumes & P. Le Galès, eds. *Gouverner par les instruments*. Paris: Presses de la fondation nationale des sciences politiques, pp. 357–370.
- Lascoumes, P. & Le Galès, P., 2004b. *Gouverner par les instruments*, Paris: Presses de la fondation nationale des sciences politiques.
- Lascoumes, P. & Le Galès, P., 2004c. L'action publique saisie par ses instruments. In P. Lascoumes & P. Le Galès, eds. *Gouverner par les instruments*. Paris: Presses de la fondation nationale des sciences politiques, pp. 11–44.
- Lasserre-Moutet, A. et al., 2008. Transformer son identité professionnelle : impact d'un programme de formation continue de soignants en éducation thérapeutique du patient. *Pédagogie médicale*, 9, pp.83–93.
- Latour, B., 1992. *Aramis ou l'amour des techniques*, Paris: La découverte.
- Latour, B., 2006. *Changer de société, refaire de la sociologie*, Paris: La Découverte.
- Launois, R. et al., 1985. Les Réseaux de Soins Coordonnés : Propositions pour une réforme profonde du système de santé. *Revue française des affaires sociales*, 36(1), pp.37–61.
- Launois, R. & Viens, G., 1986. *La Health Maintenance Organisation : une approche bibliographique*, Paris: CNRS.
- De Lavergne, C., 2007. La posture du praticien-chercheur : un analyseur de l'évolution de la recherche qualitative. *Recherches qualitatives*, HS(3), pp.28–43.
- Lazarus, A. & Delahaye, G., 2007. Médecines complémentaires et alternatives : une concurrence à l'assaut de la médecine de preuves ? *Les tribunes de la santé*, 2(15), pp.79–94.
- Lazarus, A. & Strohl, H., 1995. *Précarité : une souffrance qu'on ne peut plus cacher*, Paris : Délégation interministérielle à la ville et au développement.
- Lebas, J. et al., 2002. Les inégalités et disparités de santé en France. In *La santé en France 2002*. Paris: La documentation, pp. 163–243.
- Leclerc, A. et al., 2000. *Les inégalités sociales de santé*, Paris: La découverte.

- Lefève, C. & Mino, J.-C., 2011. Former de vrais thérapeutes. La place des sciences humaines et sociales dans les études de médecine. *Etudes*, 2(414), pp.187–198.
- Legmann, M., 2010. *Définition d'un nouveau modèle de la médecine libérale*,
- Letourmy, A., 2013. Les contraintes d'une profession libérale. *Sciences sociales et santé*, 31(3), p.103. Available at: http://www.cairn.info/article.php?ID_ARTICLE=SSS_313_0103 [Accessed December 19, 2014].
- Letourmy, A., 2000. Les politiques de santé en Europe : une vue d'ensemble. *Sociologie du Travail*, (42), pp.13–30.
- Leutz, W., 1999. Five laws for integrating medical and social services : lessons from the United States and the United Kingdom. *Milbank Quarterly*, 77(1), pp.77–110.
- Levesque, J.-F. et al., 2009. Barrières et éléments facilitant l'implantation de modèles intégrés de prévention et de gestion des maladies chroniques. *Pratiques et organisation des soins*, 40(4), pp.251–266.
- Levy, A., 2012. *Ville, urbanisme et santé : les trois révolutions*, Paris: Editions Pascal.
- Lewis, R. & Dixon, J., 2005. *The future of primary care. Meeting the challenges of the new NHS market*, London: King's Fund.
- Lhuissier, A., 2006. Éducation alimentaire en milieu populaire : des normes en concurrence. *Journal des anthropologues*, 106-107, pp.61–67.
- Liberalotto, N., 2012. *L'engagement des médecins généralistes à l'égard du dépistage des cancers féminins : un révélateur de leurs positionnements face aux transformations de leur contexte d'exercice*. Thèse de doctorat de sociologie, EHESS.
- Lombrail, P., 2007. Inégalités de santé et d'accès secondaire aux soins. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 55(1), pp.23–30.
- Lombrail, P., 2014a. Les maisons de santé pluri-professionnelles : penser localement, agir globalement ? *Sciences sociales et santé*, 32(2), p.97.
- Lombrail, P., 2014b. Orientations du projet de loi de santé : aller plus loin pour "répondre aux défis structurels du système de santé." *Santé publique*, 26(4), pp.475–480.
- Lombrail, P., 2013. Pour une stratégie nationale de santé qui ne se limite pas à l'optimisation des parcours de soins individuels. *Santé Publique*, Vol. 25(4), pp.385–388.
- Lombrail, P., 2014c. Stratégie nationale de santé : une loi en demi-teinte. *Santé publique*, 28(4), p.419.
- Lombrail, P. & Pascal, J., 2010. Rôle des soins dans les stratégies de réduction des inégalités sociales de santé. In L. Potvin, M.-J. Moquet, & C. M. Jones, eds. *Réduire les inégalités sociales en santé*. Saint-Denis: INPES, pp. 219–226.

- Loncle, P., 2009. La mise en oeuvre des politiques de santé publique au niveau local : "l'animation territoriale en santé en Bretagne". *Sciences sociales et santé*, 27(1), pp.5–30.
- Lopez, A. et al., 2011. *Les inégalités sociales de santé dans l'enfance. Santé physique, santé morale, conditions de vie et développement de l'enfant.*, Paris : Igas.
- Lucas-Gabrielli, V. & Coldefy, M., 2013. Le territoire comme élément structurant de l'organisation des soins. *Actualité et dossier en santé publique*, 3(82), pp.32–34.
- Mandin, F., 2013. Politique d'accès aux soins et conditions d'exercice de la médecine libérale : le contrat d'engagement de service public. *Revue de droit sanitaire et social*, (4), pp.591–598.
- Marçais, 1957. Le groupe médical de Sablé (1939-1956). *Esprit*, (2), p.245.
- Marié, R., 2013. Rémunération sur objectifs de santé publique et subordination des médecins libéraux. *Revue de droit sanitaire et social*, (4), pp.615–622.
- Marin, P., 2014. Le territoire de santé : Un nouveau cadre en santé pour un exercice coordonné et intégré. *Cahiers de la fonction publique*, (343), pp.52–55.
- Marks, H., 2000. Confiance et méfiance dans le marché : les statistiques et la recherche clinique (1945-1960). *Sciences sociales et santé*, 18(4), pp.9–27.
- Martin, C. & Le Bihan, B., 2010. Vieillesse. In D. Fassin & B. Hauray, eds. *Santé publique, l'état des savoirs*. Paris: La découverte, pp. 257–268.
- Maudet, G., 2002. La "démocratie sanitaire" : penser et construire l'usager. *Lien social et politiques*, (48), pp.95–102.
- McDonald, R. et al., 2013. Competing and coexisting logics in the changing field of English general medical practice. *Social science & medicine* (1982), 93, pp.47–54.
- McQueen, D. & Kickbusch, I., 2007. *Health and Modernity. The Role of Theory in Health Promotion*, New York: Springer.
- Ménard, D., 2013. L'important, c'est le projet. *Pratiques, cahiers de la médecine utopique*, (60), p.63.
- Mercan, A., 2009. Quand identités de médecin et d'anthropologue s'enmêlent : conséquences sur affectations, affects et éthique. *Ethnographiques.org [en ligne]*. Available at: <http://www.ethnographiques.org/IMG/pdf/ArMercan.pdf>.
- Michot, P. et al., 2013. Coopération entre médecins généralistes et pharmaciens : une revue systématique de la littérature. *Santé publique*, 25(3), pp.331–341.
- Miller, G., 1983. Case management: the essential service. In C. Sanborn, ed. *Case management in mental health services*. New York: The Haworth Press, pp. 3–15.
- Mino, J.-C., Frattini, M. & Fournier, E., 2008. Pour une médecine de l'incurable. *Etudes*, 6(408), pp.753–764.

- Mino, J.-C. & Robelet, M., 2010. Coordonnateur, référent, assistant... des fonctions de plus en plus visibles. *Actualité et dossier en santé publique*, (70), pp.22–23.
- Moleux, M., Schaetzel, F. & Scotton, C., 2011. *Les inégalités sociales de santé : Déterminants sociaux et modèles d'action*, Paris: IGAS.
- Monneraud, L., 2009. *L'agir sanitaire. Processus et formes d'expressions à travers le cas aquitain*. Thèse pour le Doctorat de sciences politiques, Bordeaux 4.
- Monneraud, L., 2011. Les médecins “promoteurs” dans l'action publique de la santé : un nouveau type de sacerdoce. *Revue française des affaires sociales*, 2(2-3), pp.276–296.
- Monneraud, L., 2012. Pouvoirs locaux et santé : construction de compétence ou déconstruction des compétences ? Observation de l'intervention des collectivités et pays aquitains en matière de santé. In *Agir pour la promotion de la santé. Une pratique ouverte à l'innovation ?*. Paris: Erès, pp. 77–97.
- Monnet, E., 2014. Les parcours de santé : enjeux et mise en oeuvre. *Actualité et dossier en santé publique*, (88), pp.1–2.
- Morisset, J. et al., 2009. La prévention dans les systèmes de soins : défis communs pour la France et le Québec. *Pratiques et organisation des soins*, 40(4), pp.275–282.
- Moumjid-Ferdjaoui, N. & Carrère, M.-O., 2000. La relation médecin-patient, l'information et la participation des patients à la décision médicale : les enseignements de la littérature internationale. *Revue française des affaires sociales*, (2), pp.73–88.
- Mousquès, J., 2011. Le regroupement des professionnels de santé de premier recours : quelles perspectives économiques en termes de performance. *Revue française des affaires sociales*, 2-3(2), pp.253–275.
- 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.
- Nedelec, M., 1970. *La médecine de groupe*, Paris: Le Seuil.
- OCDE, 2013. *Panorama de la santé 2013 : les indicateurs de l'OCDE*, Editions OCDE.
- Olivier de Sardan, J.-P., 1995. La politique du terrain. Sur la production des données en anthropologie. *Enquête*, (1), pp.71–109.
- OMS, 1986. *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*, Genève : OMS.
- OMS, 2008a. *Comblent le fossé en une génération : Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé. Rapport final de la Commission des déterminants sociaux de la santé*,
- OMS, 2010. *Déclaration d'Adélaïde sur l'intégration de la santé dans toutes les politiques*, Adélaïde : OMS.

- OMS, 2000a. *L'infirmière de famille. Contexte, cadre conceptuel et programme d'étude*, Genève: OMS.
- OMS, 2008b. *Les soins de santé primaires. Maintenant plus que jamais*, Genève : OMS.
- OMS, 1978. *Rapport de la Conférence internationale sur les soins de santé primaire, Alma-Ata (URSS), 6-1 septembre 1978. Rapport coparrainé par l'Organisation mondiale de la Santé et le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance*, Genève: OMS.
- OMS, 2000b. *Rapport sur la santé dans le monde*, Genève: OMS.
- ONDPS, 2012. *Des professions de santé en évolution : pharmaciens, orthophonistes, médecins en formation. Le rapport 2010-2011*, Paris : ONDPS.
- ONDPS, 2007. *La médecine générale, résumé des principaux enseignements. Pré-rapport 2006-2007*, Paris : ONDPS.
- ONDPS, 2004. *Rapport 2004 de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS)*, Paris: La Documentation Française.
- Pélicand, J., Fournier, C. & Aujoulat, I., 2009. Observance, auto-soin(s), empowerment, autonomie : quatre termes pour questionner les enjeux de l'éducation du patient dans la relation de soins. *Actualité et dossier en santé publique*, pp.21–23.
- Pellet, R., 2003. L'indépendance des médecins : les paradoxes du droit. In J. de Kervasdoué, ed. *La crise des professions de santé*. Paris: Dunod, pp. 187–198.
- Pelletier-Fleury, N., Le Vaillant, M., Hebbrecht, G., et al., 2007. Determinants of preventive services in general practice. A multilevel approach in cardiovascular domain and vaccination in France. *Health policy (Amsterdam, Netherlands)*, 81(2-3), pp.218–27.
- Pelletier-Fleury, N., Le Vaillant, M., Szidon, P., et al., 2007. Preventive service delivery: a new insight into French general practice. *Health policy (Amsterdam, Netherlands)*, 83(2-3), pp.268–76.
- Peneff, J., 2006. In memoriam Eliot Freidson (1923-2005). *Revue française de sociologie*, Vol. 47(2), pp.377–379.
- Périno, L., 2011. *Dites-nous, Luc Périno, à quoi sert vraiment un médecin ?*, Paris: Armand Colin.
- Perraut Soliveres, A., 2013. Heurt et malheurs du praticien-chercheur : la vie après la thèse. In R. Canter Kohn, ed. *Pour une démarche clinique engagée*. Paris: Lharmattan, pp. 105–118.
- Perraut-soliveres, A., 2001. Praticien et chercheur : défricher la nuit. In M.-P. Mackiewicz, ed. *Praticien et chercheur: parcours dans le champ social*. Paris: Lharmattan, pp. 41–54.
- Pestre, D., 2003. Regimes of knowledge production in society towards a more political reading. *Minerva*, (41), pp.245–261.
- Pierret, J., 1982. Commentaire (sur article Gottraux prévention). *Sciences sociales et santé*, 1, pp.38–45.

- Pierron, J.-P., 2007. Une nouvelle figure du patient ? Les transformations contemporaines de la relation de soins. *Sciences sociales et santé*, 25(2), pp.43–66.
- Pinell, P., 2005. Champ médical et processus de spécialisation. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 156-157(1), p.4.
- Pinell, P., 1999. Du patient à l'acteur : le malade et la division du savoir médical. *Environnement et société*, (23), pp.65–73.
- Pinell, P. & Steffen, M., 1994. Les médecins français, genèse historique d'une profession divisée. *Espace social européen*, (258), pp.41–55.
- Pissaro, B. & Grémy, F., 1982. *Proposition pour une politique de prévention. Rapport au ministre de la santé*, Paris: La Documentation Française.
- Polton, D., 2008. Nos systèmes de santé sont-ils soutenables ? *Santé, société et solidarité*, 7(2), pp.125–135.
- Pommier, J. & Deschamps, J.-P., 2004. Les infirmières et la santé publique : évolution des missions et des formations. *santé publique*, 16, pp.107–206.
- Potvin, L., Moquet, M.-J. & Jones, C.M., 2010. *Réduire les inégalités sociales en santé*, Saint-Denis: INPES.
- Pouchain, D., Attali, C. & de Butler, C., 1996. *Médecine générale, concepts et pratiques*, Paris: Masson.
- Poulain, J.-P., 2012. *Dictionnaire des cultures alimentaires*, Paris: PUF.
- De Pourville, G., 2006. *Développer la recherche en médecine générale et en soins primaires en France : Propositions. Rapport au Ministre de la santé et au Ministre délégué à la recherche*, Paris.
- Provost, M., 2007. *Description, impact et conditions d'efficacité des stratégies visant l'intégration de la prévention dans les pratiques cliniques: revue de la littérature*, Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Quélier, C., 1994. Cholestérol, rillettes et habitudes de classe. In R. Lenoir & M. Tsikounas, eds. *Sois patient et tais-toi : le pouvoir médical*. Paris: Panoramiques, pp. 89–95.
- Rabeharisoa, V. & Callon, M., 1999. *Le pouvoir des malades. L'Association française contre les myopathies et la recherche*, Paris: Presses de l'École des Mines.
- Le Rhun, A. et al., 2013. Analyse des tensions perçues par les soignants hospitaliers dans la pratique de l'éducation thérapeutique. *Global health promotion*, 20(2 (suppl)), pp.43–47.
- Rican, S. et al., 2010. *Dynamiques sanitaires des villes françaises*, Paris: Editions DATAR.
- Ricci, P. et al., 2010. Diabète traité : quelles évolutions entre 2000 et 2009 en France ? *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, (42-43), pp.425–431.

- Richard, L. et al., 2013. *Interventions de prévention et promotion de la santé pour les aînés : modèle écologique. Guide d'aide à l'action franco-québécois*, Saint-Denis: INPES.
- Riff, B., 2013. Confrontation de classe, voire de Caste. *Pratiques*, (60), pp.42–43.
- Rigal, L. et al., 2013. [Lack of dietary and lifestyle advice given to hypertension patients, their characteristics and those of their general practitioner]. *Global health promotion*, 20(2 Suppl), pp.33–42.
- Rigal, L., 2014. *Dépistages des cancers gynécologiques en médecine générale - Variabilité des pratiques de soins. Thèse pour le doctorat de santé publique*. Paris 11.
- Rigal, L. et al., 2011. Do social inequalities in cervical cancer screening persist among patients who use primary care? The Paris Prevention in General Practice survey. *Preventive medicine*, 53(3), pp.199–202.
- Ritter, P., 2008. *Rapport sur la création des Agences régionales de santé (ARS)*, Paris : Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports.
- Robelet, M., 2003. La grande désillusion des médecins libéraux : entre la tentation de la division et l'espoir de l'unité retrouvée. In J. de Kervasdoué, ed. *La crise des professions de santé*. Paris: Dunod.
- Robelet, M., 2002. *Les figures de la qualité des soins. Rationalisations et normalisation dans une économie de la qualité. Thèse de sociologie*.
- Robelet, M., Serré, M. & Bourgueil, Y., 2005. La coordination dans les réseaux de santé : entre logiques gestionnaires et dynamiques professionnelles. *Revue française des affaires sociales*, 1(1), pp.231–260.
- Robert, J. et al., 2009. Prise en charge des personnes diabétiques de type 2 en France en 2007 et tendance par rapport à 2001. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, (42-43), pp.455–460.
- Romand, D. & Baclet, N., 2007. Une éducation diététique adaptée aux habitudes culturelles des patients diabétiques. *La santé de l'homme*, (392), pp.36–37.
- Samson, A.-L., 2009. *Faut-il remettre en cause le paiement à l'acte des médecins ? Regards croisés sur l'économie n°5 "Au chevet de la santé,"* Paris: La découverte.
- Sandrin, B., 2014. Points de rupture dans le parcours de santé : les apports de l'éducation thérapeutique pour apprendre à travailler ensemble. *Santé éducation*, (2), pp.10–11.
- Sandrin-Berthon, B., 2000. *L'éducation thérapeutique au secours de la médecine*, Paris: PUF.
- Saout, C., Charbonnel, B. & Bertrand, D., 2008a. *Pour une politique nationale d'éducation thérapeutique*, Paris.
- Saout, C., Charbonnel, B. & Bertrand, D., 2008b. *Pour une politique nationale d'éducation thérapeutique. Rapport complémentaire sur les actions d'accompagnement*, Paris.

- Sarradon-Eck, a et al., 2008. Créer des liens : les relations soignants-soignants dans les réseaux de soins informels. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 56 Suppl 3, pp.S197–206.
- Sarradon-Eck, A., 2008. Médecin et anthropologue, médecin contre anthropologue : dilemmes éthiques pour ethnographes en situation clinique. *Ethnographiques.org*, (17). Available at: <http://www.ethnographiques.org/2008/Sarradon-Eck>.
- Sasso, C., Chatain, C., et al., 2011. Observance des conseils de prévention et de soins chez les populations vulnérables : l'expérience des centres d'examens de santé de l'Assurance maladie. *Pratiques et organisation des soins*, 42(2), pp.79–87.
- Sasso, C., Champagne, F. & Leduc, N., 2011. Illustration d'une expérience d'intégration régionale des soins basée sur une approche populationnelle. *Pratiques et organisation des soins*, 42(4), pp.235–244.
- Schieber, A.-C. et al., 2013. Is perceived social distance between the patient and the general practitioner related to their disagreement on patient's health status? *Patient education and counseling*, 91(1), pp.97–104.
- Schweyer, F.-X., 2010a. L'outil qui cache la réforme, les généralistes dans les réseaux de santé. In G. Bloy & F.-X. Schweyer, eds. *Singuliers généralistes*. Rennes: Presses de l'EHESP, pp. 283–305.
- Schweyer, F.-X., 2010b. Ni artisan, ni salarié. Conditions et enjeux de l'installation en médecine générale libérale. In G. Bloy & F.-X. Schweyer, eds. *Singuliers généralistes*. Rennes: Presses de l'EHESP, pp. 379–402.
- Schweyer, F.-X., 2010c. Professions de santé. In *Santé publique, l'état des savoirs*. Paris: La découverte, pp. 329–340.
- Sen, A., 2010. *L'idée de justice*, Paris: Flammarion.
- Serin, M., 2009. Maison de santé et service à la population : pour une autre organisation de notre système de santé ? *Santé publique*, 21(hs1), pp.67–71.
- Setbon, M., 2000. La qualité des soins, nouveau paradigme de l'action collective ? *Sociologie du travail*, 42(1), pp.51–68.
- Sfez, L., 1995. *La santé parfaite. Critique d'une nouvelle utopie*, Paris: Le Seuil.
- SFSP, 2014a. *Pour une stratégie de prévention articulant la santé dans toutes les politiques, la promotion de la santé et les pratiques cliniques préventives, intégrée à la Stratégie nationale de santé. Propositions. Rapport de la Société française de santé publique*, Laxou : SFSP.
- SFSP, 2014b. *Une gouvernance renouvelée pour la Stratégie nationale de santé. Propositions. Rapport de la société française de santé publique*, Laxou : SFSP.
- Sifer-Rivière, L., 2012. *Entre désordre et ordre. La fabrique des réseaux régionaux de cancérologie (1990-2010). Thèse de doctorat en sociologie*. Paris, EHESS.
- Sinding, C., 2004. Les utopies médicales. In D. Lecourt, ed. *Dictionnaire de la pensée médicale*. Paris: PUF, pp. 1180–1184.

- Somme, D. et al., 2008. Prisma France : programme d'implantation d'une innovation dans un système de soins et de services aux personnes en perte d'autonomie. Adaptation d'un modèle d'intégration basé sur la gestion de cas. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 56(1), pp.54–62.
- Soulié, A.-M., 1994. Le travail en réseau : une solution en matière de santé ? *Prévenir*, (27), pp.133–139.
- Starfield, B., Shi, L. & Makinko, J., 2005. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Quarterly*, 83(3), pp.457–502.
- Steffen, M., 1985. La cogestion dans les centres de santé. *Journal d'économie médicale*, 3(2), pp.81–96.
- Steffen, M., 1983. *Régulation politique et stratégies professionnelles : médecine libérale et émergence des centres de santé*, Thèse de doctorat de science politique à l'Université des sciences sociales de Grenoble.
- Strauss, A.L., 1992. *La trame de la négociation : sociologie qualitative et interactionnisme*, Textes réunis et présentés par Isabelle Baszanger I. Baszanger, ed., Paris: L'Harmattan.
- De Suremain, C. & Chaudat, P., 2006. Des normes à boire et à manger. *Journal des anthropologues*, (106-107).
- Teil, A., 2000. Qu'appelle-t-on système de soins ? *Actualité et dossier en santé publique*, (33), pp.26–27.
- Terris, M., 1981. The primacy of prevention. *Preventive medicine*, 10(6), pp.689–699.
- Tixador, J.-C., 2010. *Clientèle médicale et exercice en société des médecins*. Thèse pour l'obtention du titre de Docteur en droit. Université d'Avignon et des Pays de Vaucluse.
- Tschannen, O., 2010. L'entretien collectif en contexte. *Communication*, (Vol. 28/1), pp.161–190. Available at: <http://communication.revues.org/2091> [Accessed December 20, 2014].
- Vatin, F., 2013a. Ce que mesurer veut dire : disputes autour de la quantification et de la valuation en sociologie. In *Evaluer et valoriser. Une sociologie économique de la mesure*. Toulouse: Presses universitaires du Mirail, p. 352.
- Vatin, F., 2013b. Valuation as Evaluating and Valorizing. *Valuation studies*, 1(1), pp.31–50.
- Véga, A., 1997. Les infirmières hospitalières françaises : l'ambiguïté et la prégnance des représentations professionnelles. *Sciences sociales et santé*, 15(3), pp.103–132.
- Véga, A., Cabé, M.-H. & Blandin, O., 2008. Cessation d'activité libérale des médecins généralistes : motivations et stratégies. *Dossiers solidarité et santé*, (6), p.15.
- Villeval, M. et al., 2014. L'interdisciplinarité en action : les « mots-pièges » d'une recherche interdisciplinaire. *Santé publique*, 26(2), pp.155–163.
- Vollaire, C., 2013. La carte et le territoire. *Pratiques, cahiers de la médecine utopique*, (60), pp.28–30.

- Vuattoux, P. & Magnin, C., 2009. Une fédération régionale des maisons de santé : regards sur l'expérience franc-comtoise. *Santé publique*, 21(hs1), pp.73–78.
- Wagner, E. et al., 2001. Improving chronic illness care : translating evidence into action. *Health affairs*, 20(6), pp.64–78.
- Weber, F., 2011. *Handicap et dépendance. Drames humaines, enjeux politiques*, Paris: Rue d'Ulm.
- White, K., Williams, T. & Greenberg, B., 1961. The ecology of medical care. *New England Journal of Medicine*, (265), pp.885–892.
- Wonca Europe, 2002. *Définition européenne de la médecine générale – médecine de famille*, Barcelone : WONCA & OMS.

ANNEXES : Articles et chapitres d'ouvrages publiés

Fournier, C., 2014a. Concevoir une maison de santé pluriprofessionnelle : paradoxes et enseignements d'une innovation en actes. *Sciences sociales et santé*, 32(2), pp.67–95.

Fournier, C., Frattini, M. & Naiditch, M., 2014b. 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), p.8

Fournier C. Un projet d'éducation thérapeutique en tension entre normes publiques, comportements privés et diversité culturelle. In : Meidani A., Legrand E., Jacques B. (dir.) *Du public au privé : une affaire de santé*. Rennes, Presses de l'EHESP, 2015, pp.105-121.

Fournier C. Un projet d'éducation thérapeutique en tension entre normes publiques, comportements privés et diversité culturelle. In : Meidani A., Legrand E., Jacques B. (dir.) *Du public au privé : une affaire de santé*. Rennes, Presses de l'EHESP, 2015, pp.105-121.

Fournier, C. & Bentz, L., 2014. Travailler ensemble en éducation thérapeutique : reflet des débats ouverts lors du congrès Santé Éducation 2014. *Santé éducation*, 2, pp.6–8.

Fournier, C., 2014b. La relève dans la construction d'une nouvelle façon de soigner. *Santé éducation*, (2), pp.26–27.

Fournier, C., 2014a. Concevoir une maison de santé pluriprofessionnelle : paradoxes et enseignements d'une innovation en actes. *Sciences sociales et santé*, 32(2), pp.67–95.

(Version post-print de l'auteur : utilisation limitée à la reproduction dans ce manuscrit de thèse)

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

Résumé : En soins primaires, conjuguer approches clinique et de santé publique pour répondre aux besoins complexes des patients et aux exigences des autorités de santé représente un défi croissant. Le suivi ⁽⁵⁶⁰⁾ d'un projet de maison de santé pluri-professionnelle dans une zone urbaine sensible permet à la fois de comprendre les difficultés rencontrées par les soignants et de saisir les modèles de soins qu'ils défendent. Il permet également d'étudier comment l'innovation organisationnelle, par les opérations de traduction qui l'accompagnent, peut contribuer à faire évoluer les pratiques à l'articulation entre soin et prévention, sanitaire et social, médical et paramédical, premier et second recours, colloque singulier et approche collective territoriale.

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

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

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

Les autorités de santé positionnent aujourd'hui les médecins généralistes comme les acteurs centraux des « soins de premier recours [qui comprennent] 1° La prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients ; 2° La dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique ; 3° L'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social ; 4° L'éducation pour la santé » ⁽⁵⁶¹⁾. Par un retournement de situation, la « médecine « générale », ni spécialisée ni hospitalière » (Bloy, 2010a), qui s'était constituée « par défaut » au cours de la seconde moitié du 20ème siècle en conservant ce que les spécialités médicales laissaient de côté (Herzlich *et al.*, 1993), est vue depuis une quinzaine

⁽⁵⁶⁰⁾ Avec le soutien financier de l'INPES.

⁽⁵⁶¹⁾ Loi dite HPST du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

d'années comme « un levier possible du changement dans le système de santé », permettant de retrouver une approche « globale » au moment où le poids des pluri-pathologies s'accroît et où la maîtrise des dépenses de santé devient prioritaire (Robelet, 2003). Cela se traduit par un mouvement de reconnaissance universitaire de la profession de généraliste avec l'octroi d'un statut équivalent à celui des autres spécialités médicales, la mise en place d'une filière, l'ajout à la formation de stages auprès de médecins généralistes libéraux et le développement d'une activité de recherche au sein des Départements de médecine générale (Bloy, 2010b). En 2011, la revalorisation de l'acte de consultation au niveau de celui des médecins spécialistes d'organe est acquise. Ces mesures participent à la construction progressive d'une légitimité nouvelle pour la discipline, avec l'apparition de pôles d'excellence en médecine de ville dans des lieux d'exercice regroupés (Schweyer, 2010a). Mais « ces « victoires » pour la médecine générale s'inscrivent dans un compromis selon lequel les pouvoirs publics accordent aux médecins généralistes la reconnaissance qu'ils attendent depuis des années en espérant qu'ils s'engageront collectivement dans les réformes de structure du système de santé » (Robelet, 2003). Ainsi au plan national, les réformes du médecin référent puis du médecin traitant ont placé le généraliste en position de coordinateur des soins, comme l'ont fait certains réseaux et filières de prise en charge (Bungener et Poisson-Salomon, 1998). La rémunération jusqu'à exclusivement à l'acte s'est vue adjoindre en 1998 un forfait pour certaines activités de soins et non curatives, et plus récemment un paiement « à la performance » contractualisant le médecin avec l'assurance maladie sur des objectifs de santé publique.

Parallèlement, en tant qu'acteurs de premier recours, les médecins généralistes se trouvent pris dans des enjeux de territorialisation et de régionalisation de l'offre de soin, même si le développement de réseaux de soins et de santé territoriaux visant à rationaliser cette offre (Robelet *et al.*, 2005) les laisse dans une position marginale (Bercot et de Coninck, 2006). Cette logique de gestion locale ou régionale inscrite à la fois dans les politiques de la ville et de santé est en outre confrontée de manière accrue aux inégalités d'accès aux soins, faisant des soins de premier recours un enjeu politique (Schweyer, 2010b) dans un contexte de crise de la démographie des professionnels de santé. Ainsi d'une part, on assiste à l'implication croissante des collectivités territoriales dans l'offre locale de santé, encouragée par la Direction interministérielle à l'aménagement du territoire et à l'attractivité régionale (Datar) : création d'« Ateliers santé ville » (ASV) à partir de 2000⁽⁵⁶²⁾, territorialisation inscrite dans la loi de santé publique du 9 août 2004⁽⁵⁶³⁾, nouvelles formes de contractualisation entre les collectivités et l'Etat tels les Contrats urbains de cohésion sociale (CUCS) introduits en 2006 par la politique de la ville en faveur des quartiers défavorisés. D'autre part, en 2010 avec la création des Agences régionales de santé (ARS), la loi HPST met en place les outils d'une planification régionale de l'offre de santé qui, pour la première fois, inclut le soin ambulatoire et priorise le renforcement du premier recours. Un « Contrat local de santé » (CLS) peut être conclu entre l'ARS et les collectivités locales, ouvrant une alternative publique aux initiatives libérales (Schweyer, 2010b).

⁽⁵⁶²⁾ Loi d'orientation du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions

⁽⁵⁶³⁾ Sa mise en œuvre révèle l'ambiguïté du positionnement de l'Etat et des élus locaux (Loncle, 2009).

Chez les médecins généralistes confrontés au défi d'assurer la prise en charge de maladies chroniques et la gestion de risques liés à des déterminants sociaux, il existe une volonté de dépasser le modèle curatif individuel pour s'inscrire dans un modèle de « santé publique », intégrant la prévention et la coordination des soins (Bourdillon *et al*, 2008). Si la problématique d'une « mission sociale de la médecine générale » (Schweyer, 2010b) n'est pas nouvelle (Baszanger, 1983), la demande d'investissement des généralistes dans des activités de santé publique devient pressante. Ces missions renforcées sont affirmées dans les travaux collectifs de redéfinition de la profession et soutenues par le Collège national de la médecine générale. Les pratiques de santé publique et de coordination restent toutefois difficiles à développer dans les conditions actuelles d'exercice du fait de contraintes organisationnelles liées à la persistance du modèle libéral marqué par la pratique isolée et le paiement à l'acte (Baszanger et Bungener, 2002). En réalité, la « participation à la définition de nouveaux modes de pratiques et de régulation en médecine libérale » est la seule stratégie constructive dont disposent les médecins libéraux face à la crise qu'ils traversent (Robelet, 2003), comme en témoigne le mouvement actuel de regroupement des professionnels de soins primaires (Baudier *et al.*, 2010), soit physiquement dans des *maisons de santé pluri-professionnelles* (MSP), soit au sein de *pôles de santé* coordonnant des lieux géographiquement distincts. Ce mode d'exercice, qui concerne environ 5% des généralistes libéraux, est soutenu depuis 2008 par une fédération nationale relayée au niveau régional. Les positions des syndicats nationaux de médecins généralistes, jusque-là très divisés, convergent aujourd'hui en sa faveur. Il est mis à l'épreuve depuis 2009 dans une expérimentation nationale ⁽⁵⁶⁴⁾ où des rémunérations collectives sont versées aux structures pluri-professionnelles ambulatoires de premier recours, en contrepartie d'une meilleure collaboration entre professionnels et du développement d'activités de santé publique.

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

Fondée sur la monographie ⁽⁵⁶⁵⁾ d'un projet pluri-professionnel de réorganisation des soins primaires à l'échelle d'une commune en zone urbaine sensible (ZUS) ⁽⁵⁶⁶⁾, où des professionnels libéraux s'engagent dans le développement d'activités de santé publique, l'approche mêle une démarche d'observation participante de mars 2011 à juin 2013 et des entretiens approfondis répétés avec l'équipe initiatrice du projet. Les noms et lieux ont été anonymisés par le recours à des initiales.

Le matériau mobilisé comporte les retranscriptions d'une trentaine d'entretiens individuels et collectifs, les enregistrements audio d'une quarantaine de réunions, les notes prises au cours de discussions informelles, des fils de discussion par mail et des documents produits par les professionnels autour du projet. Ce matériau a été analysé en suivant une approche de sociologie

⁽⁵⁶⁴⁾ Introduite dans la Loi du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008

⁽⁵⁶⁵⁾ Cette recherche constitue une partie d'un doctorat en santé publique, mention sociologie, en cours à Paris 11 / ED420.

⁽⁵⁶⁶⁾ En 2000, cette commune était dotée d'une population jeune (deux tiers des 33 000 habitants ayant moins de 40 ans), à majorité ouvrière (31%), avec une forte proportion d'étrangers (24% contre 6% à l'échelle nationale et 16% dans les CUCS) et une fragilité économique importante (le taux de chômage atteignant 50% dans certains quartiers).

compréhensive et inductive (Strauss, 1992) et codé selon trois dimensions : par catégories ouvertes, puis de façon transversale par types de personnels, ensuite de façon sélective selon la trame d'analyse de la sociologie de la traduction, privilégiée dans cet article.

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

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

L'origine et les objectifs du projet

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

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

Tous trois ont progressivement intéressé à leur projet une vingtaine de professionnels de santé libéraux, rassemblés en association : cinq autres médecins généralistes (soit tous leurs associés, âgés de quarante à plus de soixante ans), six infirmières libérales d'âges variés appartenant à deux cabinets, deux kinésithérapeutes diplômés depuis moins de 10 ans (l'un, originaire de la commune,

en cours d'installation, l'autre travaillant dans plusieurs structures), deux jeunes diététiciennes, un jeune podologue, un médecin biologiste et quatre dentistes.

Un constat social et sanitaire localement alarmant

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

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

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

- *A : Les habitudes culturelles...*

- *B : Le travail*

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

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

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

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

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

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

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

Enfin, tous estiment que l'organisation de leur travail quotidien n'est plus adaptée aux besoins actuels des patients et aux attentes des pouvoirs publics : « *Notre métier a changé [...] On a de plus en plus de difficultés à s'adapter [...] Les pathologies, ce qu'on rebalance sur la médecine ambulatoire, la prévention... il faut en faire des trucs, on ne peut plus, là ! Tout l'administratif aussi...* » (médecin C, 2012). En matière de prévention par exemple, l'un dit se trouver « *en difficulté. Je suis dans une population qui est très hétérogène [...] Il y a des barrières linguistiques, des barrières de compréhension intellectuelle... et puis on voit des maladies, donc ça fait beaucoup de choses* » (médecin C). Un autre souligne le manque de temps pour ces activités : « *C'est évident que les médecins ont besoin d'autres intervenants. [...] Même si on leur trouvait des rémunérations forfaitaires pour faire de l'éducation thérapeutique, je ne suis pas sûr qu'ils aient le temps dans nos banlieues* » (médecin B), tout en déplorant que les ressources mises à disposition par l'ASV⁽⁵⁶⁷⁾ ne soient pas plus mobilisées.

Porteurs pour une part d'un discours convenu reprenant certains points largement discutés dans la profession (Letourmy, 2013) comme le paiement à l'acte : « *Ce n'est pas sur un schéma de médecine libérale, payé à la consultation, 15 minutes par séance... en gros un schéma d'organisation pour la pathologie aiguë, qu'on va pouvoir prendre en charge correctement des pathologies chroniques lourdes* » (médecin C, 2012), ou comme l'isolement, ils expriment le besoin de repenser leurs routines de travail en leur donnant une dimension interprofessionnelle plus forte : « *au niveau du cabinet j'aimerais qu'on ait plus de pratiques collectives, des nouveautés qui relancent notre façon de travailler au quotidien [...] L'ordonnance [...], ça ne suffit pas à bien soigner nos diabétiques [...] On a besoin de diététiciennes, on a besoin de psychologues, on a besoin de pédicures [...] qui vont nous aider à prendre en charge les patients* » (médecin A, 2011). Ils jugent la coordination médico-sociale également insuffisante : « *C'est pas des problèmes médicaux au sens strict ou des problèmes de médicaments, c'est vraiment de la coordination humaine qui nous manque... par exemple sur la*

⁽⁵⁶⁷⁾ Permanences de diététicienne, ateliers cuisine, consultations de psychologue sur l'alimentation, groupes de parole sur la connaissance du corps et la prévention des cancers, écoute et soutien psychologique pour les résidents du foyer de travailleurs migrants...

pédiatrie avec des enfants un peu difficiles, ou des familles en situation précaire avec des jeunes enfants... » (médecin C, 2012)

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

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

Pour l'un, ce projet s'inscrit en droite ligne de son engagement de plus de vingt ans pour « *créer un système d'organisation des soins qui permette l'accès aux soins* » à travers un militantisme syndical qu'il décrit comme « *un rôle politique, pas un rôle corporatiste* » (médecin B, 2012), puis à travers l'activité qu'il a développée dans le cadre de l'ASV. Il s'agit également de préserver les principes et valeurs du système comme l'indique un kinésithérapeute : « *Ce qui m'intéresse dans ce projet, ce sont les valeurs. Je suis attaché à un système de soins socialisé accessible à tous et je veux m'investir pour son maintien* ». Le consultant auquel les médecins ont fait appel le formule alors en terme de « *cohésion sociale, une question fondamentale [liée à] l'accès aux soins, [justifiant de faire] des focus dans des ZUS [pour jouer sur] la capacité d'accès aux soins financière mais aussi culturelle et géographique* ». Ce faisant, ce projet s'inscrit dans la perspective politique qu'ouvre la loi HPST pour l'offre de soins libérale, faisant « *de l'accès aux soins le symbole d'une véritable citoyenneté et d'une insertion sociale* » (Schweyer, 2010b) où le développement des maisons de santé peut être vu comme « *une urgence citoyenne* » (Dépinoy, 2010).

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

Rechercher « ce que résout le projet » (Latour, 1992) révèle certains enjeux du positionnement des « soins primaires » et de la « médecine générale » vis-à-vis des autres acteurs du secteur sanitaire et social : des enjeux de visibilité, de légitimité et de rôle dans l'offre de soin et de santé publique, ainsi que dans la formation. Créer une institution (la MSP) à personnalité morale, interdisciplinaire, représentant des pratiques étiquetées *soins primaires*, vise à les sortir de l'invisibilité et à les constituer en interlocuteur légitime pour les autres structures sanitaires et sociales. « *Il faut que les soins primaires deviennent visibles. Parce que nous on fait des tas de choses mais personne ne le sait. On a du mal à travailler avec d'autres. Donc le but c'est qu'on soit formalisé, visible* » (médecin C, 2011). Les autres sont la municipalité, partenaire incontournable pour légitimer les actions développées et les financer, et les hospitaliers, afin de modifier le rapport de force en faveur des soins primaires. « *On ne veut pas des réseaux qui viennent de l'hôpital et nous imposent des manières de faire et des méthodes de travail. Un certain nombre d'hospitaliers doivent comprendre qu'il faut aussi un peu changer les manières de faire...* » (médecin C, 2012). Vis-à-vis des spécialistes libéraux, il s'agit « *d'arriver à mettre [en place] des moyens pour mieux communiquer* » (médecin B, 2011) et de résister à leur vision dominante-du médecin généraliste aux avant-postes d'une médecine centrée sur les spécialités, telle qu'elle transparait dans le discours d'un

gynécologue au cours d'une réunion collective à la mairie en 2011 : « *Il y en a plein ici des généralistes regroupés. Donc je ne vois pas l'intérêt de faire encore une nouvelle structure qui regroupe plus de généralistes. [...] Ce qui serait plus intéressant, c'est de faire une grande structure avec plein de spécialistes à l'intérieur et il y aurait des généralistes qui seraient dans chaque quartier, et à chaque fois qu'ils ont un souci, ils ré-adressent à la maison des spécialistes* ». Enfin le rôle de l'équipe de soins primaires dans la formation initiale et continue des soignants est pensé dans ce projet : « *Le département de médecine générale a besoin de médecins qui puissent encadrer des thésards. [La MSP] c'est idéal. Et pour les médecins, petit à petit, leur donner des moyens d'encadrement. [...] En profiter aussi pour que la thèse soit un moyen de donner une culture scientifique aux médecins* » (médecin C, 2012). L'identité de la médecine générale (Bloy, 2010a) trouve ici un terrain favorable pour s'affirmer avec la création d'une « *nouvelle élite médicale* » en médecine générale, liée à l'université mais se repositionnant autour d'un lieu extrahospitalier défini (Schweyer, 2010b). Mais la dimension de formation dépasse localement les seuls généralistes et est pensée en lien avec une école d'infirmières et une école de secrétaires médicales, positionnant les MSP comme des structures « *appelées à devenir les CHU de la proximité* » ⁽⁵⁶⁸⁾.

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

L'atteinte de cette double finalité sociale et sanitaire passe dans ce projet par un nouveau modèle de prise en charge construit à partir de trois sources d'inspiration « agrégeant des positions diffuses » (Lascombes, 1996) : des principes issus de certains travaux récents de refondation de la médecine générale, des concepts de santé publique et l'opposition à des modèles « repoussoirs ». Toutefois si ces principes renvoient parfois à des modèles historiques anciens comme ceux de la médecine sociale et hygiéniste du 19^{ème} siècle (Pinell et Steffen, 1994), ou des centres de santé de l'après-guerre (Steffen, 1985), les promoteurs du projet n'y font pas explicitement référence. Les modèles mobilisés et l'utilisation très personnelle qui en est faite révèlent une vision habitée par la situation politique, par les positions professionnelles des acteurs et par le type de patients suivis.

Leurs propositions prennent en premier lieu explicitement appui sur des modèles conceptuels envisagés depuis une vingtaine d'années, que certains des porteurs ont contribué à faire émerger. « *Sur le référentiel métier, dans les années 95, on avait travaillé avec des consultants en sciences humaines et on avait un comité de pilotage avec d'autres médecins d'autres organismes [...], tout ce qui est maintenant en train de bouger, conceptuellement c'était déjà là-dedans...* » (médecin A, 2012). Ils se saisissent donc d'un contexte favorable pour mettre à l'épreuve ces principes dans des modèles organisationnels innovants. « *On expérimente en grandeur nature, ici ! C'est intéressant parce qu'on travaille sur les concepts en même temps qu'on travaille sur la réalité* » (médecin A, 2012). Dans ce projet de MSP, on retrouve aussi la plupart des principes affirmés par les enseignants de médecine générale dans le référentiel publié en 1996 (Pouchain *et al.*, 1996), comme par exemple « *l'approche globale* » posée ici comme un préalable à toute prise en charge : « *Ici on ne peut pas*

⁽⁵⁶⁸⁾ Comme cela a été évoqué lors d'une table ronde sur l'exercice pluri-professionnel en soins primaires animée en 2009 par la Haute autorité de santé

faire autrement, nous-mêmes professionnels de santé nous sommes en difficulté permanente pour le soin si on ne prend pas la dimension culturelle, sociale en compte » (médecin C, 2011).

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

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

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

-C : Oui, uniquement dans les cas graves

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

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

Cet investissement dans une approche par territoire, qui prend une importance croissante depuis une dizaine d'années dans les politiques publiques (Lucas-Gabrielli et Coldefy, 2009), constitue un point central du projet. Voltaire (2013) rappelle, suivant Foucault, que le « *territoire, c'est sans doute une notion géographique, mais c'est d'abord une notion juridico-politique : ce qui est contrôlé par un certain type de pouvoir* », tout en soulignant que c'est aussi un lieu de contre-pouvoir, d'où l'importance pour les médecins généralistes engagés dans le projet de maîtriser la définition des thématiques et des territoires.

Enfin, ces médecins innovateurs marquent leur opposition à des modèles « repoussoirs », trop proches pour eux des modèles par pathologie ou spécialité. C'est le cas par exemple pour l'approche dite d'« éducation thérapeutique du patient » (ETP) promue depuis 2007 par les autorités de santé,

qui selon eux cloisonne les acteurs autour de pathologies tout en les mettant en concurrence pour obtenir des financements. Ils préconisent au contraire de réorienter ce « *concept à la mode [... vers] la prise en charge collective et au long cours des pathologies chroniques : suivi coordonné, qui fait quoi pour le patient, comment ça s'articule, comment on se coordonne autour d'un patient...* » (médecin A, 2011)

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

« Tenter d'insérer [ces principes] dans les dispositifs intellectuels et pratiques existants pour en faire des problèmes traitables », en « recyclant des pratiques établies » (Lascoumes, 1996) nécessite selon ces médecins une organisation centrée sur une équipe de soins primaires, liée à un « territoire », répondant aux enjeux de positionnement des soins primaires au sein du système de santé. « *Notre concept, c'est l'équipe de soins de proximité, avec les acteurs de premier recours. C'est eux qui doivent prendre en charge un certain nombre de choses qui concernent le patient en proximité. Pour ça, il y a besoin d'une certaine formalisation de l'équipe ou des équipes, et d'appui ou de structures d'appui, soit en proximité, soit sur un territoire plus large selon les sujets, pour nous aider justement à la coordination, à l'éducation [...], et on voudrait des permanences pour l'articulation avec les fonctions médico-sociales et avec des fonctions aujourd'hui remplies par l'ASV* » (médecin A, 2012). L'équipe de soins primaires représente un noyau de pratiques qui prend son sens en tant que point d'interface où s'articulent des activités sanitaires de premier et de second recours et des activités sociales, constituant un espace ressource pour tous les acteurs concernés. « *Ce qui compte ce n'est pas tellement la maison et les murs... il y en aura ! C'est plutôt un truc en étoile, c'est à dire une maison avec des professionnels et des ressources, type ASV, et que ça soit en réseau avec les professionnels qui ne seront pas dans la maison et dans les murs* ». (médecin A, 2011) Les acteurs du projet ont pour la plupart déjà expérimenté des organisations innovantes qui leur ont donné envie de transférer ces expériences, en particulier celle du dépistage des cancers féminins où ils se sont « *appuyés sur le social, l'animation dans les Espaces de quartier...* » (médecin A, 2011) et celle du réseau E de soins palliatifs [qui] « *nous a fait découvrir une autre façon de travailler, beaucoup plus efficace pour nos patients, et pour nous c'était un confort* ». (médecin C) Cependant seuls certains types de réseaux sont considérés comme des modèles organisationnels pertinents pour les acteurs de soins primaires : « *Le principe des réseaux, oui ! Mais les réseaux thématiques, non ! [...] ça a été un outil d'organisation pour mettre les gens en dynamique, en équipe, en coopération, en formation... Mais cette vision est conceptuellement absolument incompatible avec la médecine générale. Donc on se retrouve beaucoup mieux maintenant sur tout ce qui est réseau de santé sur un territoire, ça oui ! Mais en même temps, notre analyse politique là-dessus, c'est que [...] tous ces réseaux ils oublient un peu entre guillemets les soins primaires. En fait c'est un court-circuitage* » (médecin A, 2012).

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

Les péripéties de la mise en œuvre du projet

Pour promouvoir leur projet et le faire avancer, ses porteurs vont utiliser leurs multi-positions sociales (soin, engagement municipal, militantisme syndical, enseignement et recherche) comme un atout pour « mobiliser un cercle élargi d’alliés » (Callon, 1999) et se saisir de toutes les opportunités pour une « diffusion élargie des constructions effectuées » (Lascoumes, 1996).

Dans la commune de X, l’impulsion politique donnée par la loi HPST a motivé la préfecture. Après une étude démographique en 2008 ⁽⁵⁶⁹⁾ et une première tentative malheureuse de mobilisation des professionnels et des élus locaux, « *la préfète a commencé à dire qu’il était quand même curieux que dans des villes comme les nôtres il n’y ait pas un mouvement sur une maison de santé pluridisciplinaire. [...] Elle m’a téléphoné et nous a redonné une dynamique, nous avons réinvité les gens, et là c’est reparti. En fin de compte c’est bien la décision d’Etat qui nous a permis de dire qu’il y avait quelque chose à faire* » (Médecin B, 2011).

Porteurs d’une réflexion sur l’efficacité des soins et la santé publique, ces médecins innovateurs créent mi-2010 une association Loi 1901 ayant pour objet la réorganisation de l’offre de soins au niveau de la commune et vont accéder cette même année à une enveloppe nationale régionalisée visant à moderniser l’offre de soins de premier recours ⁽⁵⁷⁰⁾, puis en 2011 à des financements de l’Agence nationale pour la cohésion sociale et l’égalité des chances (Acsé) fléchés vers les ZUS.

Localement, les enjeux de régionalisation de la politique de santé (l’ARS soutient ce projet comme un « modèle » unique dans la région) rejoignent ceux de la politique de la ville et de l’aménagement du territoire (la commune a reçu une dotation importante dans le cadre du Projet national de rénovation urbaine ⁽⁵⁷¹⁾), qui rencontrent opportunément les contraintes matérielles de « *mise aux normes* » des cabinets des professionnels de santé.

Le projet prend alors place dans une configuration d’acteurs moins exposés aux tensions de concurrence depuis la diminution des effectifs, et où des blocages locaux liés aux positions syndicales de certains généralistes sont progressivement levés du fait de la démographie et grâce à l’intervention du consultant : « *Le plus gros succès de ma mission, c’est d’avoir permis que des gens qui étaient contre deviennent neutres* » (consultant, 2011).

Rendre visibles les nouvelles pratiques envisagées

A côté de la recherche de financements publics, la phase de préparation du projet repose d’une part, sur un travail étroit avec la mairie et l’ARS pour l’inscrire dans les dispositifs et politiques de santé locaux (le projet sera inscrit dans le CUCS et le CLS en 2011) et, d’autre part, sur la réalisation d’un « diagnostic d’opportunité » confié par l’association des professionnels à un consultant en santé

⁽⁵⁶⁹⁾ Proposée gratuitement par l’association Regroupement implantation redéploiement (RIR) d’Ile de France liée aux Unions régionales des professionnels de santé

⁽⁵⁷⁰⁾ Il s’agit du Fonds d’intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS), dotation sur 3 ans qui sera intégrée à partir de 2011 dans le Fonds d’intervention régional (FIR) géré par les ARS.

⁽⁵⁷¹⁾ Loi d’orientation et de programmation pour la ville et la rénovation urbaine du 1^{er} août 2003, dite loi Borloo

publique rémunéré grâce au FIR. Ce dernier, après avoir rencontré une cinquantaine d'acteurs locaux, propose une mise en forme du projet dont il reformule l'objectif. Il s'agit de « *pérenniser l'offre de soins sur le territoire, et mettre en place les conditions d'une pratique mieux coordonnée et plus adaptée à une population à la composition plurielle mais en majorité fragile vivant dans la ZUS et alentours [... et] réduire les ISS [... par] une meilleure prise en compte de la population défavorisée dans le cadre d'un accès amélioré aux soins et aux activités de prévention* ». L'association désigne en 2011 un comité de pilotage comprenant une infirmière (nommée présidente) et trois médecins généralistes. Ce comité d'« *activistes* » (selon les termes de B) se donne deux axes de travail :

- Impulser une dynamique collective de *maison de santé*, pour mobiliser un noyau de professionnels médicaux et paramédicaux sur un objectif de regroupement physique dans un local unique. Cette partie implique huit médecins généralistes, un biologiste, quatre infirmières, deux diététiciennes, un podologue, deux kinésithérapeutes et des dentistes. Plus ambitieuse conceptuellement et dans ses conditions de réalisation, elle occupe une place majeure dans le développement politique et médical du projet.

- Initier une dynamique dite de *pôle de santé*, c'est-à-dire une mobilisation de l'ensemble des professionnels sanitaires et sociaux des secteurs public et privé du territoire autour de l'amélioration des « *parcours de soin* ». Un des premiers travaux interprofessionnels est un programme d'ETP sur le diabète en 2012, avec en arrière-plan un travail avec des hospitaliers et des réseaux sur une meilleure articulation des prises en charge, qui débouche sur un colloque en 2013 et la planification de rencontres régulières.

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

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

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

Contrairement à certaines collectivités demandeuses (Bras, 2011), les élus mettent ici en avant les risques de s'associer à un projet non maîtrisé, comme en témoignent les propos du maire dans une réunion en 2011 : « *Il faudrait qu'on ait plus de concret sur le mode d'organisation, la gouvernance et les coûts parce que soit c'est une structure complètement autonome et on ne met aucun financement, soit si c'est une structure autonome qui veut un minimum que les collectivités participent, il faut qu'on sache où nous allons et quels sont les risques* ». Si le maire accorde une préférence d'accès à un

futur local dans son programme immobilier, son refus d'intervenir dans la négociation entre les professionnels de santé et le promoteur, puis sa proposition d'un intermédiaire (un investisseur propriétaire de structures de soin) débouchent sur des impasses (des tarifs triplant les charges professionnelles) et l'absence de solution immobilière au bout de 2 ans.

Mais l'agression déjà évoquée d'une jeune médecin généraliste dans la commune vient redonner une actualité au projet. Ses porteurs organisent une grève des soins et une rencontre avec les élus et les associations d'usagers. La médiatisation faite avec l'appui d'un syndicat de médecins mobilise l'opinion publique, d'autres acteurs et permet d'interpeller les décideurs. *« D'une certaine manière, l'agression de H a remis notre projet sur le devant de la scène. Et B a vraiment géré ça de main de maître. L'idée d'aller rencontrer la population et pas de faire un truc corporatiste avec des pancartes devant la mairie a permis de faire du buzz en termes de médias, avec une vision partagée avec les citoyens... et d'inviter aussi les associations qui travaillent dans les quartiers et des gens de la mairie »* (médecin C, 2013).

Au même moment, les porteurs du projet font le constat de l'inadaptation de sa gestion et de sa promotion pour plusieurs raisons qu'on peut comprendre comme des difficultés de traduction entre les professionnels de santé et les élus. En effet, leur *« manière de gérer cette histoire avec la municipalité [...], pas officielle avec l'association, mais officielle »* (médecin C, 2013), s'avère inefficace pour enrôler la mairie : *« B du fait de sa position à l'ASV et A au conseil municipal se sont beaucoup investis avec des relations personnelles au niveau du bureau municipal, du comité technique. Et ils se sont retrouvés dans des positions difficiles qu'ils qualifient eux-mêmes de conflit d'intérêt, avec un certain nombre d'oppositions qu'ils n'avaient pas vues venir de la part des élus »* (médecin C, 2013). De plus, l'approche se révèle insuffisamment « outillée » : *« On ne s'est pas mis dans un mode de fonctionnement complètement professionnel... on est des médecins... on n'est pas des professionnels de la finance, des professionnels des arcanes politiques, au sens de... la vraie politique [...] Les médecins ont quand même un côté naïf ! Quand l'ARS nous dit : « mais est-ce que vous avez présenté un plan financier ? », A répond « oui, voilà, on a fait nos calculs, j'ai un tableur excel ». On voit bien qu'on n'est pas dans le même monde ! »* (médecin C, 2013) La délégation territoriale de l'ARS ⁽⁵⁷²⁾, qui jusque là suivait le projet de loin, se propose comme médiateur ou traducteur : *« L'ARS nous a fait remarquer qu'on avait un projet médical mais que sur le projet de financement on n'était pas dans les clous, on faisait ça comme des amateurs [...] alors qu'en réalité il faut monter un projet estampillé République Française... donc en fait un projet financier, un business plan, etc. Et donc l'ARS nous dit deux choses, d'une part, qu'ils étaient là pour nous aider à faire ça et, d'autre part, prévoir une grande réunion à l'ARS avec eux, le préfet, le maire et l'association pour voir où sont les points bloquants, comment on peut avancer »* (médecin C, 2013).

Le comité de pilotage décide en 2013 d'adopter une stratégie de gestion du projet plus « officielle » : *« L'association revient au premier plan des contacts avec l'équipe technique de la*

⁽⁵⁷²⁾ Représentée par la directrice de la délégation territoriale, son adjointe et des membres du département « Ambulatoire et services aux professionnels » au sein du pôle « Offre de soins et médico-social ».

mairie » (médecin C, 2013). Le médecin C reprend la présidence de l'association (⁵⁷³) et devient le porteur principal du projet à la place du médecin B. En complément, ce pilotage « professionnel » prend appui sur la mairie et l'ARS, ainsi enrôlées dans l'innovation, et sur une nouvelle sollicitation par l'association du consultant, qui intervient comme « traducteur » expérimenté (⁵⁷⁴), grâce aux crédits du FIR.

Péripiétés du pôle de santé : des traductions délicates entre professionnels de santé

Le programme d'ETP pour les personnes diabétiques constitue la première offre issue de l'association des professionnels. Bien que n'adhérant pas sans réserve au modèle qui sous-tend le développement national de l'ETP, les trois porteurs s'emparent avec pragmatisme des financements disponibles dans ce domaine, avec un « *objectif double : créer une dynamique au-delà des professionnels de la future MSP et travailler ensemble sur un projet commun, l'ETP, dans l'attente d'un local* » (médecin B, 2012). Des alliances à visée stratégique sont contractées entre médecins, paramédicaux, intervenants en éducation pour la santé et administration, suite à une proposition faite à l'association fin 2011 par la directrice du Comité départemental d'éducation pour la santé (CODES), qui avait déjà collaboré avec certains. L'association obtient une autorisation provisoire de l'ARS et un financement d'un an sur des crédits d'Etat (⁵⁷⁵) pour créer ce programme d'ETP.

Le comité de pilotage ETP mis en place en 2011 comprend les trois médecins innovateurs, l'infirmière alors présidente de l'association, deux diététiciennes et une anthropo-nutritionniste (⁵⁷⁶). Une co-coordination est assurée par le médecin B, responsable du projet et chargé du lien avec les médecins, et l'infirmière, faisant le lien avec les autres professionnels. Tous les professionnels de santé libéraux de la commune et un diabétologue hospitalier sont conviés au lancement du programme et appelés à y participer. Parmi les vingt-huit médecins généralistes exerçant dans la commune, douze sont volontaires pour recruter des patients. Ils leur présentent le programme comme « *un moment pour faire le point et apprendre des choses sur leur maladie avec d'autres professionnels de santé* » et leur font signer un formulaire de consentement. Chaque patient est joint au téléphone par l'infirmière coordinatrice qui lui propose un entretien initial puis une à six rencontres individuelles et/ou collectives sur des thèmes variés : « alimentation », « diabète et Ramadan », « activité physique et soins des pieds », « vivre avec le diabète »... Ces rencontres, organisées dans les Espaces de quartier mis à disposition par la mairie, sont animées par les diététiciennes et l'anthropo-nutritionniste, avec le concours ponctuel d'autres paramédicaux (podologue, éducateur médico-sportif, psychologue, etc.).

L'évaluation au bout d'un an menée par deux médecins du comité de pilotage et deux étudiantes en médecine générale dans le cadre de leurs thèses d'exercice, qui participe à la « structuration des

⁵⁷³ Faisant le « constat que dans des négociations avec des confrères hospitaliers, avec des décideurs, la position de l'infirmière n'était pas facile » (médecin C, 2013)

⁵⁷⁴ Les consultants contribuent à l'« invention d'un dialogue » entre médecins libéraux et élus locaux (Bourgeois, 2012).

⁵⁷⁵ Une « *queue de budget* » (médecin B) est allouée par l'Acse à l'association, qui calibre son projet sur la prise en charge de 60 patients en fonction du montant disponible.

⁵⁷⁶ Chargée de projets de prévention dans un comité départemental d'éducation pour la santé, après un double parcours de formation en anthropologie sociale et culturelle et en nutrition, elle est également diplômée en ETP.

audiences de décision » (Lascoumes, 1996), conclut à la faisabilité du programme, au prix d'un lourd investissement au détriment du projet de MSP. Le recrutement des patients nécessite une forte mobilisation de médecins pas tous convaincus de l'intérêt du programme et un important travail d'animation et de coordination pour l'infirmière. Si les liens antérieurs avec les Espaces de quartier s'avèrent facilitateurs, le calendrier financier très serré s'accorde mal avec la lourdeur du programme et l'interruption des vacances d'été et du Ramadan. De plus, ce programme qui visait à « *faire travailler ensemble les professionnels de la commune* » aboutit de façon paradoxale à une délégation par les médecins des pratiques préventives et éducatives à une équipe de paramédicaux libéraux et de professionnels du CODES. Le chef du service de diabétologie de l'hôpital local, sollicité comme référent, se retire rapidement devant son incapacité à infléchir le programme vers sa vision de l'ETP. Et si les diététiciennes y trouvent leur place, ce n'est pas le cas des infirmières et pharmaciens. « *J'ai demandé à être positionnée comme la coordinatrice [du programme d'ETP]. Parce qu'autrement on a très peu de rôle au niveau de ce projet. Et donc j'ai dit clairement à B (médecin) que dans son projet, concrètement, je ne voyais pas la place de l'infirmière, ou alors très petite... que j'étais pas forcément contente.* » (infirmière, 2012). Malgré son intérêt et son engagement dans ce projet, l'infirmière se retire de la coordination ⁽⁵⁷⁷⁾ au bout de six mois (juillet 2012) en faisant valoir son insatisfaction vis-à-vis de son « *rôle de super-secrétaire* » et de l'absence d'accès pour elle à la formation et à la pratique de l'ETP avec les patients comme prévu initialement.

Les difficultés de la collaboration ne sont pas moindres entre l'équipe éducative et les médecins recruteurs : « *Il y a un manque de communication entre coordinatrice et médecins dans les deux sens. L'absence de contact direct est un frein* » (diététicienne coordinatrice ayant remplacé l'infirmière, 2013). « *Ça circule beaucoup entre les médecins mais ce n'est pas un projet construit collectivement et le rôle de chacun n'était pas suffisamment défini* » (anthropo-nutritionniste, 2013). L'une des origines de ces difficultés était déjà constatée à la fin des années 90 au Québec à propos du fonctionnement des services de santé de premier recours ayant pourtant la collaboration pour objectif : « *le système professionnel a une influence majeure sur la collaboration en ce qu'il propose une logique qui s'oppose à la logique de la collaboration* » (d'Amour *et al*, 1999).

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

⁽⁵⁷⁷⁾ et simultanément de la présidence de l'association

collaboration avec le CODES (⁵⁷⁸), avec un cofinancement de l'ARS (⁵⁷⁹) et de la Caisse primaire d'assurance maladie pour un an. Cette expérience se présente ainsi comme un jalon essentiel du projet de MSP.

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

Ces médecins généralistes « entrepreneurs innovateurs », aux parcours professionnels et personnels singuliers, ont incorporé au fil de leur expérience une forme d'activisme. Si cette figure, proche de celle des médecins « réformateurs » décrits dans d'autres disciplines (Marks, 2000), est fréquemment observée en médecine générale (Baszanger et Bungener, 2002), il est pertinent de l'associer ici, du fait de l'âge des porteurs de ce projet, à celle des jeunes « médecins de la cité » des années 80 (Baszanger, 1983). Ces médecins désireux de modifier leur pratique s'investissent, comme d'autres trente ans avant, dans un « *truc de fous* » (médecin C), un projet intégrant une dimension de santé publique nécessitant des engagements multiples et la capacité de construire des alliances professionnelles, politiques, syndicales et universitaires. Déjà riches de positions et de dispositions complémentaires, ces médecins-innovateurs ont dû acquérir de nouvelles compétences, notamment dans la gestion d'une association Loi 1901 qui sollicite des financements publics et rémunère des prestations de travail pluri-professionnel, d'ETP, de conseil, d'évaluation et de recherche, mais aussi dans la gestion de projet et l'animation d'acteurs pour « mettre en forme » l'innovation. Ces médecins ont aussi dû rallier au projet les compétences d'autres acteurs, parmi lesquelles des compétences financières, immobilières et politiques détenues par l'ARS, par la mairie et par des consultants pour traduire le projet sous une forme acceptable par les autorités. Le vocabulaire mobilisé par les acteurs reflète leurs tentatives de traduction entre plusieurs domaines de pratiques, ceux de la clinique, de la santé publique, des politiques, des managers, des financiers et même des sciences sociales. Ainsi la terminologie managériale et gestionnaire est portée par les élus locaux, l'ARS et les consultants qui évoquent montage financier, business plan, management, diagnostic d'opportunité, ou encore projet immobilier. Le consultant et certains médecins mobilisent des approches politiques particulières à travers des références à la santé communautaire et à l'éducation pour la santé, finalement peu reprises dans le projet. Le vocabulaire de la santé publique manié par les médecins et par le consultant (parcours du patient, approche par population) vise prioritairement à prendre des distances avec le vocabulaire des spécialités médicales centrées sur une pathologie et à repositionner les soins primaires en utilisant des termes géographiques comme territoire, proximité. Certains termes issus des sciences sociales, comme celui de distance sociale, sont appropriés par les médecins et repris dans la problématisation de leur projet. Par ailleurs, les déplacements itératifs du projet nécessitent une capacité à la re-problématisation, dans un contexte en évolution. Premièrement, le problème démographique s'accroît. Deuxièmement, les dispositifs et les financements se transforment. « *Le contexte de politique de santé va évoluer sensiblement dans les trois ans sur le territoire avec une demande de mutualisation de l'offre. Cette reformulation*

(⁵⁷⁸) Avec un budget moins généreux que celui de l'Acse et inférieur à la demande initiale des professionnels, la participation du CODES est remise en question car son coût est supérieur à celui des autres intervenants et sa présence n'est plus indispensable pour obtenir l'autorisation de l'ARS, une diététicienne de l'équipe ayant suivi une formation à l'ETP.

(⁵⁷⁹) Attribué au titre du FIR par la cellule « Prévention et promotion de la santé » du pôle « Santé publique »

politique peut entraîner la disparition de l'ASV. C'est dans ce contexte qu'il faut penser l'articulation du projet de soins libéral et de santé publique (Mairie –Hôpital) » (comité de pilotage avec la mairie, 2013). Troisièmement, comme dans les réseaux (Schweyer, 2010a), les modalités de financement, liées à une contractualisation et à des évaluations, contribuent à modeler le projet et ses représentations chez les différents acteurs, ainsi que leurs formes d'engagement : ici la plupart des médecins qui projetaient d'acheter leur local professionnel souhaitent maintenant en être locataires. Finalement le retard et les difficultés sont considérés comme « un mal pour un bien parce que ça nous fédère » (médecin C, 2013), le temps passé permettant d'intéresser davantage d'acteurs et de projeter une réorganisation plus ambitieuse.

« On mesure toute la difficulté de l'innovation à ce qu'elle assemble au même lieu et dans la même combinaison une population de gens intéressés, dont une bonne moitié est prête à déserter tout à fait, et un dispositif de choses, dont la plupart sont prêtes à tomber en panne » (Latour, 1992). C'est ce que vivent les porteurs de ce projet, confrontés aux obstacles rencontrés dans leur objectif de « travailler ensemble » et de « modéliser de nouvelles pratiques ». Parmi les *gens*, l'engagement de certains est fragilisé par les déplacements du projet, amenant au retrait de plusieurs professionnels devant s'installer urgemment, prendre leur retraite, ou ayant été agressés physiquement, ou encore à l'arrêt de la collaboration avec l'infirmière et le CODES. Parmi les *choses*, la complexité du projet immobilier et le vol d'un ordinateur contenant les données du projet ont été des freins le menaçant dans son ensemble. La sociologie de la traduction permet d'articuler le récit du projet à la croisée entre une approche professionnelle et une approche institutionnelle de l'innovation, en situant les péripéties là où elles prennent place : entre réalités du terrain, politiques publiques, travail institutionnel, négociations municipales, tensions entre généralistes et spécialistes, entre médecins et paramédicaux, etc. Cette approche donne un relief particulier au programme d'ETP, en tant qu'outil multiple pour avancer dans le projet, où l'innovation se situe non seulement dans l'objet technique mais aussi dans les pratiques soignantes, dans les relations entre professionnels et dans l'organisation matérielle de leur travail, qui s'effectue hors du cadre habituel, coordonné à distance par un paramédical. Le retrait de l'infirmière, sa démission de la fonction de présidente de l'association, peut être analysé comme un échec de la pensée et de la mise en œuvre du projet en ce qu'il amène à une délégation de l'activité d'ETP aux paramédicaux et non à l'objectif affiché d'une coopération pluridisciplinaire. Le défi de transformation culturelle professionnelle que se lancent les médecins rencontre en effet différentes tensions. Les médecins souhaitent-ils un changement réel de pratique ou bien un partage renégocié d'activités ? La coopération pluri-professionnelle individuelle est-elle de co-construire, de partager ou de distribuer ? Cette difficulté est visible dans le souhait de « partager le leadership » entre médecins et infirmières et dans la nécessité conjointe pour les généralistes de positionner leur profession, et dans la plus grande facilité à légitimer leur projet vis-à-vis de leurs interlocuteurs avec une casquette de médecin. Ainsi ce défi culturel se heurte aux juridictions professionnelles, la tension se révélant forte entre défense d'intérêts professionnels et défense d'intérêts pratiques (interprofessionnels).

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

Par ailleurs, plusieurs autres pistes d'analyse demeurent ouvertes. Ce cas singulier permet de saisir, en actes, un ensemble de débats et d'enjeux sur l'exercice de la médecine générale (inégalités d'accès aux soins et à la santé, territorialisation de l'offre de soins, articulation entre le sanitaire et le social...) qui posent, tous, la question de la coopération médicale, entre professionnels et avec les patients. Or c'est bien autour des instruments que peut se créer de la coopération entre des hommes et des institutions (Sifer-Rivière, 2012). Ce projet, dans lequel la prise en charge du diabète pousse ou préfigure le projet de maison de santé, renvoie aussi au mouvement d'auto-organisation et d'innovation sociale qui a accompagné en France, au cours des décennies passées, l'essor des maladies chroniques. Les banlieues et les villes ouvrières ont en effet vu se succéder différentes tentatives de création de centres de médecine sociale, mutualiste, collective, à partir d'alliances variées entre syndicats professionnels, médecins, collectivités locales, où « médecine et politique se rejoignent » (Steffen, 1983). Dans un contexte socialement situé, celui d'une banlieue entendue au sens de « marges », suivre ce projet, c'est aussi tenter de comprendre comment se réinvente aujourd'hui une médecine collective et sociale, entre récurrences et innovations dans les expériences de coopération professionnelle. Parmi les récurrences, on trouve la référence à la démocratie médicale, qui, dans ce projet, se traduit par la participation d'acteurs nouveaux et rencontre des soutiens administratifs ou politiques (l'ARS, la préfecture). Il s'agit également de développer une fonction sociale pour la médecine. Cependant, hier comme aujourd'hui, le projet reste très médical, ciblé sur l'accès aux soins et non à la santé. L'absence des patients témoigne qu'on reste loin de la démocratie sanitaire. Parmi les différences d'aujourd'hui, on trouve également des questions organisationnelles et de mutualisation. Contrairement aux anciens centres de santé qui pouvaient s'appuyer sur un collectif administratif et professionnel ou interprofessionnel doté de l'ensemble des moyens nécessaires - notamment financiers, gestionnaires, matériels, et immobiliers -, mais aussi sur la place centrale donnée aux usagers et parfois à la municipalité dans la gestion des centres de santé mutualistes ou municipaux de l'après-guerre (Calisti et Rey, 1977), les médecins innovateurs libéraux d'aujourd'hui sont dans une position plus difficile pour créer *ex nihilo* un nouveau lieu d'exercice pluri-professionnel. Prendre en charge par exemple les locaux ou la sécurité implique aujourd'hui à la fois l'auto-organisation des professionnels libéraux mais aussi la mise en place de collectifs plus larges pour assurer les différentes missions associées, c'est-à-dire la municipalité, certaines branches de l'Etat et les autres institutions sanitaires et sociales, y compris l'hôpital. Or on a vu que la municipalité n'est pas vraiment motrice dans ce projet de MSP et que les patients sont peu mobilisés.

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

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Akrich M., Callon M., Latour B., 2006, *Sociologie de la traduction : Textes fondateurs*, Paris, Presses de L'École des Mines, Coll. Sciences sociales.
- d'Amour D., Sicotte C., Lévy R., 1999, L'action collective au sein d'équipes interprofessionnelles dans les services de santé, *Sciences sociales et santé*, 17, 3, 67-94.
- Baszanger I., 1983, La construction d'un monde professionnel : entrées des jeunes praticiens dans la médecine générale, *Sociologie du travail*, 1, 275-294.
- Baszanger I., Bungener M., 2002, Médecine générale, le temps des redéfinitions, In : Baszanger I., Bungener M., Paillet A., ed., *Quelle médecine voulons-nous ?*, Paris, La dispute, 19-34.
- Baudier F., Bourgueil Y., Evrard I., Gautier A., Le Fur P., Mousquès J., 2010, La dynamique de regroupement des médecins généralistes libéraux de 1998 à 2009, *Questions d'économie de la santé*, 157.
- Bercot R., de Coninck F., 2006, *Les réseaux de santé, une nouvelle médecine ?*, Paris, L'Harmattan.
- Bloy G., 2010a, La constitution paradoxale d'un groupe professionnel, In : Bloy G., Schweyer F.-X., ed., *Singuliers généralistes*, Rennes, Presses de l'EHESP, 23-40.
- Bloy G., 2010b, Que font les généralistes à la faculté ? Analyse d'une implantation improbable, In : Bloy G., Schweyer F.-X., ed., *Singuliers généralistes*, Rennes, Presses de l'EHESP, 309-327.
- Bloy G., 2013, Jeunes généralistes et déserts médicaux. Un regard sociologique éclairant, *Pratiques, les Cahiers de la médecine utopique*, 60, 77-80.
- Bourdillon F., Mosnier A., Godard J., 2008, Des missions de santé publique pour les médecins généralistes, *Santé publique*, 5, 489-500.
- Bourgeois I., 2012, Les collectivités locales face à la pérennisation de l'offre de soins de premier recours : l'invention d'un dialogue entre élus et professionnels de santé libéraux, Colloque GRALE-CERAS-Université Lille 2, à paraître.
- Bras P.L., 2011, Réorganiser les soins de premier recours : les maisons médicales centrées sur le patient aux Etats-Unis, *Pratiques et Organisation des Soins*, 42, 1, 27-34.
- Bungener M., Poisson-Salomon A.-S., 1998, *Travailler et soigner en réseau. Exemple des réseaux ville-hôpital pour la prise en charge de l'infection à VIH en région parisienne*, Paris, Editions de l'Inserm.
- Calisti L., Rey J.-F., 1977, *Santé et cadre de vie, l'expérience mutualiste de Marseille*, Paris, Editions sociales.
- Callon M., 1986, Éléments pour une sociologie de la traduction. La domestication des coquilles Saint-Jacques et des marins-pêcheurs dans la baie de Saint-Brieuc, *L'année sociologique*, 169-208.

- Callon M., 1999, Le réseau comme forme émergente et comme modalité de coordination : le cas des interactions stratégiques entre firmes industrielles et laboratoires académiques, In : Callon M. et al., ed. *Réseau et coordination*, Paris, Economica, 13-64.
- Callon M., Lascoumes P., Barthe Y., 2001, *Agir dans un monde incertain, essai sur la démocratie technique*, Paris, Seuil.
- Coutant D., Lacaze J., 1989, *Hier, une médecine pour demain. Le centre de santé de Saint-Nazaire*, Paris, Syros, coll. Alternatives.
- Dépinoy D., 2011, *Les maisons de santé, une urgence citoyenne*, Paris, Editions de santé.
- Génolini J.P., Roca R., Rolland C., Membrado M., 2011, L'éducation du patient en médecine générale : une activité périphérique ou spécifique de la relation de soin ?, *Sciences sociales et santé*, 29, 3, 81-122.
- Herzlich C., Bungener M., Paicheler G., 1993, *Cinquante ans d'exercice de la médecine en France*, Paris, Editions Doin-Inserm.
- Laborier P., Lascoumes P., 2005, L'action publique comprise comme gouvernementalisation de l'État, In : Meyet S., ed., *Travailler avec Foucault : retours sur le politique*, Paris, L'Harmattan, 37-60.
- Lascoumes P., 1996, Rendre gouvernable : de la traduction au « transcodage ». L'analyse des processus de changement dans l'action publique, In : *La gouvernementalité*, Cerapp, ed., Paris, PUF, 325-338.
- Lascoumes P., Simard L., 2011, L'action publique au prisme de ses instruments, *Revue française de science politique*, 61, 1, 5-22.
- Latour B., 1992, *Aramis ou l'amour des techniques*, Paris, La Découverte, coll. Textes à l'appui.
- Letourmy A., 2013, Les contraintes d'une profession libérale, *Sciences sociales et santé*, 3, 31, 103-111.
- Loncle P., 2009, La mise en œuvre des politiques de santé publique au niveau local : l'animation territoriale en santé en Bretagne, *Sciences sociales et santé*, 27, 1, 5-30.
- Lucas-Gabrielli V., Coldefy M., 2012, Le territoire, un outil d'organisation des soins et des politiques de santé ? Évolution de 2003 à 2011, *Actualité et dossier en santé publique*, 3, 82, 32-34.
- Marks H., 2000, Confiance et méfiance dans le marché : les statistiques et la recherche clinique (1945-1960), *Sciences sociales et santé*, 18, 4, 9-27.
- Pinell P., Steffen M., 1994, Les médecins français, genèse historique d'une profession divisée, *Espace social européen*, 258.
- Pouchain D., Attali C., De Butler et al., 1996, *Médecine Générale, Concepts et pratiques*, Paris, Masson.

- Robelet M., 2003, La grande désillusion des médecins libéraux : entre la tentation de la division et l'espoir de l'unité retrouvée, In : de Kervasdoué J., ed., *La crise des professions de santé*, Paris, Dunod.
- Robelet M., Serre M., Bourgueil Y., 2005, La coordination dans les réseaux de santé : entre logiques gestionnaires et dynamiques professionnelles, *Revue française des affaires sociales*, 59, 1, 233-260.
- Schweyer F.-X., 2010a, L'outil qui cache la réforme, les généralistes dans les réseaux de santé, In : Bloy G., Schweyer F.-X., ed., *Singuliers généralistes*, Rennes, Presses de l'EHESP, 283-302.
- Schweyer F.-X., 2010b, Ni artisan, ni salarié. Conditions et enjeux de l'installation en médecine générale libérale, In : Bloy G., Schweyer F.-X., ed., *Singuliers généralistes*, Rennes, Presses de l'EHESP, 379-402.
- Sifer-Rivière L., 2012, Entre ordre et désordre : la fabrique des réseaux régionaux de cancérologie (1990-2010), Thèse de doctorat de sociologie à l'EHESS sous la direction de Baszanger I.
- Sinding C., 2004, Les utopies médicales, In : Lecourt D., ed., *Dictionnaire de la pensée médicale*, Paris, PUF, 1180-1184.
- Steffen M., 1985, La cogestion dans les centres de santé, *Journal d'économie médicale*, 3, 2, 81-96.
- Steffen M., 1983, Régulation politique et stratégies professionnelles : médecine libérale et émergence des centres de santé, Thèse de doctorat de science politique à l'Université des sciences sociales de Grenoble.
- Strauss A., 1992, *La Trame de la négociation : sociologie qualitative et interactionnisme*, textes réunis et présentés par Baszanger I., Paris, l'Harmattan.
- Vollaire C., 2013, La carte et le territoire, *Pratiques, cahiers de la médecine utopique*, 60, 28-30.

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

ABSTRACT

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

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

RESUMEN

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

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

Fournier, C., Frattini, M. & Naiditch, M., 2014b. 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), p.8

Article accessible en ligne :

<http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/200-dynamiques-professionnelles-et-formes-de-travail-pluriprofessionnel-dans-les-maisons-et-poles-de-sante.pdf>

Fournier, C. Un projet d'éducation thérapeutique en tension entre normes publiques, comportements privés et diversité culturelle. In : Meidani A, Legrand E, Jacques B (dir.). *Du public au privé, une affaire de santé*. Paris, Presses de l'EHESP, pp. 105-121.

(La reproduction de cette version pré-print est limitée à ce manuscrit de thèse. Pour toute autre utilisation, se reporter à la version publiée aux Presses de l'EHESP)

Un projet d'éducation thérapeutique en tension entre normes publiques, comportements privés et diversité culturelle⁵⁸⁰

L'épidémie de diabète qui touche la France constitue un exemple révélateur des enjeux de pratiques auxquels sont confrontés les acteurs de soins primaires dans le développement de la prévention. Les habitudes privées d'alimentation et d'activité physique, très liées à des inégalités sociales de santé (ISS) (Inserm, 2014), figurent parmi les déterminants majeurs de la survenue du diabète et restent prégnantes dans le développement des complications de la maladie. Cependant, l'objectif de santé publique qui consiste à cibler certaines populations et leurs habitudes à risque pour favoriser des modes de vie « sains » engendre dans la pratique de suivi médical de ces personnes des difficultés souvent perçues par les médecins généralistes comme des tensions entre injonctions publiques, comportements privés et diversité culturelle.

Pour mieux comprendre leur ressenti de ces difficultés et apprécier comment certains tentent d'y faire face, nous nous intéressons ici aux pratiques de prévention des complications du diabète développées par des médecins généralistes libéraux exerçant dans une commune multiculturelle défavorisée de la banlieue parisienne. A travers une étude de cas, nous montrons que cette démarche préventive, si elle apparaît nécessaire aux généralistes, leur semble d'autant plus difficile à mettre en œuvre, dans l'organisation actuelle de leur exercice, qu'ils doivent affronter une très grande diversité culturelle de leurs patients. Ces médecins ont cherché à répondre à cette difficulté en imaginant une réorganisation des soins primaires dans le cadre d'une maison de santé pluriprofessionnelle (MSP), qui comprend notamment, pour les patients diabétiques, une offre éducative articulée à la prise en charge médicale sous la forme d'un programme d'éducation thérapeutique (ETP) (Encadré 1).

⁵⁸⁰ Je remercie les professionnels de santé qui m'ont ouvert leurs portes et leur projet de réorganisation des soins primaires, jusqu'à m'intégrer à l'équipe chargée de le développer et de l'évaluer, ainsi que les patients avec qui j'ai pu échanger. Je remercie plus particulièrement les membres de l'équipe d'évaluation du programme d'éducation thérapeutique, dont les travaux menés « à 4 chercheurs » dans le cadre de deux thèses d'exercice de médecine générale viennent étayer ma réflexion. Je remercie également Martine Bungener pour ses relectures des versions successives de ce chapitre. Ce travail a bénéficié du soutien financier de l'INPES.

Encadré 1 : Un programme d'ETP en préfiguration d'un projet de maison de santé pluriprofessionnelle (MSP)

Le programme est proposé aux patients par leur médecin comme « un moment où ils vont pouvoir faire le point et apprendre des choses sur leur maladie, avec d'autres professionnels de santé ». Après signature d'un document de consentement, transmis à l'infirmière coordinatrice, celle-ci contacte les patients par téléphone pour planifier des rendez-vous individuels et des réunions, qui ont lieu dans les Espaces de quartier de la commune. Chaque patient peut bénéficier de plusieurs entretiens individuels d'une heure et de plusieurs rencontres en groupe de patients.

Les entretiens individuels visent à faire le point sur les difficultés rencontrées par le patient dans la vie quotidienne, sur ce qui l'aide à y faire face, et sur ses priorités quant à ce que le programme pourrait lui apporter. Chaque entretien, réalisé par une personne généralement formée à l'ETP, fait l'objet d'une synthèse écrite remise au patient et adressée aux professionnels participant au programme (médecin, pharmacien, et autres professionnels indiqués par le patient), qui ont signé une charte de confidentialité. Des entretiens individuels avec la diététicienne sont également proposés.

Les rencontres en groupe portent sur des thèmes permettant de questionner les habitudes culturelles et sociales des patients : « alimentation », « diabète et Ramadan », « activité physique et soins des pieds », « vivre avec le diabète »... Elles sont animées par des paramédicaux : diététicienne, podologue, anthropo-nutritionniste et psychologue.

Ce qui nous intéresse plus particulièrement dans cette initiative, ce sont d'abord les attendus de la démarche. A partir de données recueillies lors d'une approche ethnographique (Encadré 2), il s'agit d'analyser les justifications avancées par les médecins pour expliquer le contenu de ce programme et ses modalités concrètes de mise en œuvre. Celles-ci apparaissent en effet comme des révélateurs de leur ressenti professionnel et des raisons qu'ils donnent aux difficultés qu'ils rencontrent. En évoquant la forte diversité culturelle de leurs patients, leurs propos renvoient essentiellement à la dimension privée des modes de vie de chacun, puisqu'il est question de leurs habitudes culturelles, et plus particulièrement, s'agissant de la prévention secondaire de l'aggravation et des complications du diabète, des habitudes alimentaires. Mais il est également intéressant de prendre en compte le fait que dans leur recherche de solutions mieux adaptées, ces professionnels n'hésitent pas à mettre en cause leurs propres conditions d'exercice et à proposer une modification significative de leurs pratiques. Leur thèse est ici que les conditions habituelles d'exercice des soins primaires en médecine générale ne permettent pas aujourd'hui en France de prendre en compte de façon satisfaisante les préconisations de santé publique. Ce faisant, ces généralistes veulent tout à la fois prendre en compte et combiner une double articulation entre les dimensions publique et privée de la santé de leurs patients et des formes nouvelles de leur prise en charge : l'une qui concerne leurs patients, d'une part, en imaginant des processus efficaces pour, au travers de formes innovantes d'éducation pour la santé, introduire des références collectives de santé publique dans leurs habitudes de vie ; mais aussi, d'autre part, une seconde qui les concerne directement, puisqu'il s'agit de bousculer leur mode d'exercice libéral privé pour mieux l'adapter à l'introduction de pratiques de santé publique que les pouvoirs publics exigent dorénavant des médecins généralistes. A ce titre, le cours de l'expérience d'ETP mené en préfiguration d'un projet de MSP et les difficultés rencontrées notamment au cours des réunions collectives et dans le travail collaboratif sont également riches

d'enseignement sur l'articulation complexe entre l'individuel et le collectif, entre les comportements publics et privés.

Encadré 2 : Méthodologie

Les données sont issues d'une recherche portant plus largement sur les relations entre changement organisationnel et transformation des pratiques de soins primaires (Fournier, 2014). Le corpus, constitué entre mars 2011 et juin 2013 à travers l'observation « participante »⁵⁸¹ d'un projet local de réorganisation des soins primaires que la démarche d'ETP préfigure, comprend les retranscriptions d'une trentaine d'entretiens individuels et collectifs⁵⁸², les notes d'observation d'une quarantaine de réunions d'équipe et de séances éducatives, des fils de discussion par mail autour du projet, ainsi que des documents produits par les professionnels tant pour l'animation des séances éducatives que pour la communication entre eux dans la mise en œuvre du projet. Ce matériau a été analysé selon une approche de sociologie compréhensive et inductive (Strauss, 1992).

L'étude fine de ce programme d'ETP permet d'appréhender comment les pratiques de prévention en soins primaires apparaissent tendues entre préconisations de santé publique (« prise en charge étatique des questions d'hygiène ») et gestion des habitudes privées (« souci de soi avec soi, partagé avec quelques professionnels choisis dans la plus grande confidentialité »⁵⁸³), et entre la confrontation de modes d'accompagnement des patients les incitant à adopter des normes de santé publique ainsi qu'à élaborer de nouvelles règles de vie privée. Comme nous le montrons à travers l'expérience de réunions collectives d'ETP, une forme de résolution de ces tensions suppose d'une part, pour les patients, l'acceptation d'une perte de confidentialité et d'une certaine « dé-privatisation » de leurs conduites individuelles dès lors qu'elles doivent s'inclure dans des préoccupations de santé ; et d'autre part, pour les soignants, une double reconfiguration qui ne va pas de soi, d'une part, de leurs rôles vis-à-vis des patients et d'autre part, des frontières interprofessionnelles.

Le cas du diabète : une prévention des complications qui se heurte aux habitudes socioculturelles

Le diabète est aujourd'hui la première des maladies chroniques en France, avec plus de 3 millions de personnes atteintes et une prévalence croissante (Ricci *et al.*, 2010). Les principaux facteurs

⁵⁸¹ Introduite dans le comité de pilotage du projet en tant que chercheuse en sciences sociales afin d'assurer un suivi, j'ai été progressivement associée à la rédaction des comptes-rendus de réunions, à la construction du programme d'ETP, à son évaluation et à des communications dans des congrès médicaux.

⁵⁸² Différents types d'entretiens ont été menés auprès de trois groupes d'acteurs : des entretiens individuels répétés avec les acteurs les plus investis dans le projet (trois médecins généralistes, une infirmière, deux diététiciennes et une anthropo-nutritionniste) ; un entretien collectif et six entretiens individuels avec d'autres professionnels de la commune (huit médecins généralistes, une infirmière, deux pharmaciens et un podologue) ; un entretien collectif et sept entretiens individuels avec des patients ayant participé au programme. Certains de ces entretiens ont été réalisés par des internes en médecine générale.

⁵⁸³ Ces deux qualifications des dimensions privée et publique de la santé sont issues du texte de l'appel à communications pour la journée d'étude AFS/RT19 « La santé aujourd'hui : affaire privée, affaire publique ? », en 2012.

associés au diabète de type 2⁵⁸⁴, forme la plus répandue de la maladie, sont la corpulence et l'âge, ainsi que les caractéristiques socio-économiques (l'obésité et la sédentarité étant plus souvent associées à un faible niveau socio-économique (Inserm, 2014)) et le pays d'origine (du fait d'une prédisposition génétique à la survenue de l'obésité et du diabète chez certaines populations migrantes), introduisant un « gradient social et communautaire » (Jourdain-Menninger *et al.*, 2012 : 17). Le diabète favorise l'apparition de complications à l'origine d'une morbidité et d'une mortalité prématurée importantes et engendre un poids financier considérable pour l'assurance maladie, faisant de ce « fardeau social et économique [...] un facteur majeur de déstabilisation des économies et des systèmes de santé » (Jourdain-Menninger *et al.*, 2012 : 12).

Les enjeux liés à la prévention du diabète de type 2 sont donc importants, dans un contexte où les contraintes économiques sur le financement du système de santé vont croissant et où l'accent est mis sur l'impératif de réduire les inégalités sociales de santé (ISS) (OMS, 2010 ; Inserm, 2014). L'Inspection générale des affaires sociales (Igas) recommande en ce cas de privilégier les approches « ciblées sur les populations précaires ou étrangères dont les traditions culturelles ou religieuses doivent être prises en compte »⁵⁸⁵ (Jourdain-Menninger, 2012 : 4).

La médecine fait par ces recommandations intrusion dans la vie quotidienne privée des personnes atteintes d'un diabète de type 2, y compris dans leurs activités corporelles, puisqu'elle prescrit des normes d'habitudes de vie alimentaires et d'exercice physique. Celles-ci doivent s'approcher des « repères nutritionnels » pour « bien manger » et « bouger plus » recommandés pour l'ensemble de la population dans le cadre du Programme national nutrition santé, qui illustrent le processus de normalisation des activités corporelles relevant de la sphère privée (Poulain, 2012). En effet, les médicaments ne suffisent pas à eux seuls à corriger le déséquilibre glycémique lié à la maladie et donc à prévenir ses complications, ce que peut permettre le respect de règles hygiéno-diététiques, seul ou associé aux médicaments. Or la moitié des personnes diabétiques de type 2 oublie de prendre ses médicaments au moins une fois par semaine et « plus de 80% ne suivent pas le régime équilibré par ailleurs recommandé pour les non diabétiques » (Grimaldi, 2002 : 2).

Du côté des pratiques médicales, la surveillance et le traitement de la pathologie, bien que très standardisés par des protocoles de bonnes pratiques, sont jugés insatisfaisants (Robert *et al.*, 2009). Mais la principale difficulté dans le suivi des personnes diabétiques, évoquée par deux médecins généralistes sur trois, reste d'obtenir une adhésion à leurs recommandations en matière d'alimentation et d'activité physique (Fournier *et al.*, 2009 : 811). La vie quotidienne devient alors le support d'une thérapeutique à moduler en permanence. Ces normes de santé publique viennent heurter des habitudes privées liées à l'appartenance culturelle des personnes (De Suremain et Chaudat, 2006 ; Poulain, 2012), à leurs « habitudes de classe » (Quélier, 1994) ou à leurs possibilités

⁵⁸⁴ Ce type de diabète survient majoritairement après 45 ans et sa prévalence augmente avec l'âge, touchant 15 % des personnes de plus de 75 ans. L'obésité multiplie le risque par 5. Un tiers des personnes diabétiques déclarent un salaire inférieur à 1200 € et 18 % des diabétiques de moins de 45 ans bénéficient de la CMU-C contre 6% de la population de même âge. Chez les femmes de 45 ans et plus originaires du Maghreb, 17 % sont diabétiques (versus 6 % de celles originaires de France) et 26 % sont obèses (versus 14 %) (Jourdain-Menninger *et al.*, 2012).

⁵⁸⁵ Nous citons à plusieurs reprises ce rapport de l'Igas, à la fois pour sa compilation récente des données épidémiologiques disponibles sur le diabète et en ce qu'il est exemplaire de la manière dont la santé publique analyse les problèmes posés par cette maladie et organise une réponse sociale soutenant le développement d'actions de prévention qui ciblent les comportements privés de certaines populations.

financières (Lhuissier, 2006). Les changements d'habitudes de vie sont d'autant plus difficiles à mettre en œuvre que la maladie survient à un âge où les habitudes sont profondément ancrées et qu'elle ne provoque pas de symptômes, alors que le suivi d'un régime ou d'un traitement peut être à l'origine d'un mal-être physique, psychologique et/ou social (Coussaert, 1991 ; Romand et Baclet, 2007).

Un exercice médical privé peu propice aux pratiques de prévention et de santé publique

La demande d'investissement des médecins généralistes dans des activités préventives n'est pas nouvelle (Baszanger, 1983), mais après avoir été un temps évincée par la montée des technologies biologiques et par la recherche d'efficience (Baszanger et Bungener, 2002), elle se fait aujourd'hui plus pressante. Elle participe à la « mission sociale » attribuée à la médecine générale (Schweyer, 2010 : 399) dans la réduction des inégalités sociales de santé (Bourgueil *et al.*, 2012 ; Falcoff, 2010), inscrite dans la loi *Hôpital, patients, santé et territoires* du 21 juillet 2009, qui positionne le médecin généraliste au cœur des soins de premier recours avec un rôle accru dans la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des maladies et l'éducation pour la santé. Depuis 2012, pour tenter d'améliorer la prise en charge des personnes diabétiques, l'assurance maladie attribue aux médecins une prime de performance liée à la qualité du suivi du diabète et aux résultats biologiques déclarés de leur patientèle, en complément du paiement à l'acte.

Ces exigences de prise en charge renforcées par ces incitations financières poussent les médecins généralistes à une confrontation plus intime aux résistances d'ordre culturel. Mais si l'ETP vise pour certains à réduire les inégalités culturelles et sociales devant la maladie (Sandrin-Berthon, 2000), cet acte pédagogique peut aussi être assimilé à une tentative d'imposition d'un « arbitraire culturel » (Bourdieu et Passeron, 1970) issu de la culture et des valeurs médicales, qui emprunterait des « techniques relationnelles spécifiques [développées] pour l'emprise publique sur les pratiques de soins privés » (Demailly, 2013 : §33). Il en résulte chez les professionnels de santé des tensions à la fois intra- et interpersonnelles dans la pratique de l'ETP, liées notamment à des discordances d'objectifs dans le soin, entre santé physique et qualité de vie par exemple (Le Rhun *et al.*, 2012).

Cette mise en cause de dimensions culturelles relevant de la sphère privée qui porteraient atteinte à une démarche de santé publique n'est pas propre aux médecins généralistes. Lorsque le patient diabétique est migrant, des soignants hospitaliers appréhendent la culture comme « un véritable obstacle à l'éducation thérapeutique » (Braud, 2012 : 61), illustrant le risque d'une approche « culturaliste », « qui essentialise la culture et en fait une explication en dernière instance des conduites humaines » (Fassin, 2001 : 186)⁵⁸⁶. Ainsi « le recours au culturel pour expliquer l'échec thérapeutique a tendance à occulter les conditions socio-économiques de vie de ces patients migrants, souvent marquées par les inégalités sociales induites par leur statut différent dans la société » (Braud, 2009 : 10). En médecine de ville, l'interaction médecin malade peut également être

⁵⁸⁶ Le culturalisme est « défini par la combinaison d'une opération de *réification de la culture*, se concrétisant à travers des objets - « traits », « variables », « comportements » - isolables du reste de la réalité sociale, et d'un processus de *surdétermination culturelle*, prenant la forme d'explications - « facteurs », « obstacles », « résistances » - qui s'imposent parmi toutes celles qui sont possibles. » (Fassin, 2001 : 186)

productrice d'inégalités de santé du fait de décalages culturels concernant les représentations de la maladie et la perception de la capacité qu'a le patient d'agir sur sa santé (Schieber et al, 2013).

Questionnant l'efficacité du système de soins primaires pour accompagner les patients au long cours, et entérinant l'hypothèse de « barrières culturelles et de communication s'avérant des obstacles importants à la prise en charge par le médecin traitant » (Jourdain-Menninger, 2012 : 5), l'Igas suggère la mise en place de solutions de soutien extérieures. Ainsi, après le développement de pratiques d'ETP hospitalières, puis dans des réseaux ville hôpital, apparaissent des démarches intégrées aux soins de premier recours (HCSP, 2009), notamment dans des maisons et pôles de santé pluriprofessionnels⁵⁸⁷.

Faire face aux difficultés liées à la diversité culturelle des patients dans une commune défavorisée

L'étude du projet initié dans une commune défavorisée de la banlieue parisienne permet d'éclairer le difficile ajustement dans la pratique de soins primaires entre injonctions de santé publique et résistances d'ordre privé ou culturel, dont nous venons de discuter. Pour expliquer la nécessité de leur projet pluriprofessionnel de réorganisation à l'échelle de la commune, l'argument qui occupe une place prépondérante dans le discours des professionnels est leur confrontation quotidienne à des difficultés liées à la diversité culturelle de la population, et au manque de temps et de compétence pour proposer aux patients qui en auraient besoin une prise en charge adaptée.

Leur pratique se situe dans une configuration locale particulière. Cette commune de 31 500 habitants, dotée d'une population jeune, compte 30% d'immigrés en 2009. Plus de 70% des actifs sont ouvriers ou employés, la fragilité économique étant marquée par un taux de chômage (16%) supérieur à celui du département⁵⁸⁸, allant jusqu'à 50% dans certains quartiers périphériques de la commune⁵⁸⁹.

L'augmentation de la prévalence du diabète est l'un des principaux enjeux de santé identifiés dans les divers diagnostics territoriaux réalisés sur la commune, notamment chez les travailleurs migrants vieillissants y résidant dans trois foyers. Le dynamisme des politiques locales vis-à-vis de la santé se traduit dans l'un des six axes du Contrat urbain de cohésion sociale (CUCS)⁵⁹⁰, qui porte sur l'accès aux soins. Il s'agit d'une part de « coordonner les réseaux de santé de la ville par l'activation de l'Atelier santé ville (ASV)⁵⁹¹ en développant les partenariats avec les associations », afin de « rapprocher les dynamiques sanitaires, sociales et interculturelles », et d'autre part de « mettre en place un plan de prévention primaire coordonné et de parcours de soins en partenariat avec la

⁵⁸⁷ Des financements forfaitaires pour la mise en œuvre de programmes d'ETP dans ces structures font actuellement l'objet d'expérimentations (Article n° 44 de la Loi du 19 décembre 2007 de financement de la Sécurité sociale pour 2008).

⁵⁸⁸ Ces données sont issues des travaux de l'Insee en 2009.

⁵⁸⁹ Ce chiffre provient d'une étude sociodémographique réalisée en 2004 dans le cadre du Projet social de territoire.

⁵⁹⁰ Cette forme de contractualisation entre les collectivités et l'Etat a été introduite en 2006 dans le cadre de la politique de la ville en faveur des quartiers défavorisés.

⁵⁹¹ Créé en 2006, il offre des permanences de diététicienne, des ateliers cuisine, des consultations de psychologue sur l'alimentation pour les enfants et les adolescents, une écoute et un soutien psychologique pour les résidents du foyer de travailleurs migrants.

médecine publique et la médecine privée ». C'est également en 2006 que la mairie a créé des « Espaces de quartier », proposant des activités socioculturelles de proximité.

Des promoteurs engagés dans un projet de réorganisation

La proposition d'ETP pour le diabète prend place, on l'a dit, dans un projet beaucoup plus vaste de réorganisation des soins primaires à l'échelle d'un territoire, comprenant une MSP. Elle s'en veut la préfiguration pragmatique. L'ensemble du projet étudié est porté depuis 2008 par trois médecins généralistes de la commune, qui y ont progressivement intéressé une vingtaine de professionnels de santé libéraux⁵⁹², réunis en 2010 en association loi 1901. Son objectif est de « pérenniser l'offre de soins sur le territoire, et de mettre en place les conditions d'une pratique mieux coordonnée et plus adaptée à une population à la composition plurielle mais en majorité fragile, vivant dans la ZUS et alentours. Ainsi la finalité du projet est de réduire les inégalités sociales de santé [...]. Il s'agit de permettre une meilleure prise en compte de la population défavorisée dans le cadre d'un accès amélioré aux soins et aux activités de prévention »⁵⁹³.

Leurs arguments mêlent difficultés liées à la diversité culturelle et sociale des patients et dénonciation de l'organisation du travail médical.

Nous sommes en difficulté permanente pour le soin si on ne prend pas la dimension culturelle, sociale en compte. [...] Sur des pathologies comme le diabète [...], nous sommes en grande difficulté d'observance, ou même de suivi de patients, parce qu'il y a toute une dimension de compréhension des traitements, de compréhension de la maladie. (Médecin 2)

- Ils ne sont pas que diabétiques, ils sont hypertendus, diabétiques et hypercholestérolémiques, donc le problème c'est vraiment comment on gère la bouffe alors que... ils sont Africains, Maghrébins... avec des niveaux socioculturels où quelquefois ils ne nous comprennent pas bien... et nous on ne comprend pas bien non plus comment ils vivent et comment ils mangent ! (Médecin 2)

- Mais il y en a aussi qui sont Français et pas bien équilibrés, parce que ça touche aux conditions sociales. (Médecin 3) (Entretien collectif)

Ces extraits mettent en évidence, autour des habitudes privées alimentaires qui contribuent fortement au traitement, le caractère bidirectionnel des difficultés de dialogue, à la fois du fait de la distance sociale entre médecins et patients et de la diversité culturelle des patients. L'approche culturaliste coexiste avec une prise en compte des difficultés relatives aux conditions d'existence de ces populations défavorisées, évoquées par le médecin 3. La difficulté à dépasser ces obstacles est attribuée au contexte contraint de l'interaction au cours de la consultation :

Les traditions culturelles entre un serbe, un algérien, un sénégalais, une ukrainienne et un picard sont très différentes ! [...] C'est difficile d'avoir une bonne connaissance des habitudes culinaires et des comportements des gens dans un temps qui est quand même relativement

⁵⁹² On dénombre cinq autres médecins généralistes, six infirmières libérales, deux kinésithérapeutes, deux diététiciennes, un podologue, un médecin biologiste et quatre dentistes.

⁵⁹³ Cette formulation de l'objectif figure dans le rapport d'une étude d'opportunité confiée à un consultant en santé publique en 2011.

court... et puis on voit des maladies donc ça fait beaucoup de choses. Ce qui fait que de toute façon... même si on a une attention, ça reste limité. (Médecin 2)

La limite est attribuée au contexte même des consultations rémunérées à l'acte, qui entretient un discours récurrent des généralistes sur leur manque chronique de temps, déclaré gênant ici pour prendre en compte la diversité culturelle dans le soin. Pour une intervenante dans des projets d'éducation pour la santé, ce manque de temps explique aussi en partie que les médecins n'aient pas la possibilité de fournir aux patients le « soutien psychosocial » dont auraient besoin, selon elle, « les patients un peu isolés [qu'elle] rencontre dans leurs lieux de vie, en foyer de travailleurs migrants, en foyer-logement... » (Anthropo-nutritionniste)

La nécessité de mobiliser des compétences extra-médicales, elle aussi difficile dans le cadre d'exercice libéral, est également mise en avant :

On a besoin de diététiciennes, on a besoin de psychologues, on a besoin de pédicures [... pour] nous aider à prendre en charge les patients (Médecin 2)

Ce double constat, mêlant difficultés liées à la diversité culturelle et inadaptation des conditions d'exercice, devient le moteur du projet de réorganisation des soins primaires, impliquant des paramédicaux et des intervenants du secteur social, et visant à expérimenter de nouvelles approches, notamment éducatives, pour renforcer les compétences psychosociales individuelles :

Ce qui peut être intéressant dans ce projet, c'est l'interaction de ces questions : éducation pour la santé et ISS [...] comment par la formation, l'éducation... et sur quels sujets on peut influencer sur les ISS. (Médecin 3)

Une persistance des tensions dans le programme d'ETP

Au sein de ce projet de réorganisation des soins primaires, la première action concrète a été la mise en place d'un programme d'ETP, en partenariat avec le Comité départemental d'éducation pour la santé (Codes). Avec les trois médecins déjà cités, quatre professionnels y sont particulièrement actifs : une infirmière, deux diététiciennes libérales et une anthropo-nutritionniste salariée du Codes. Agréé en 2011 par l'Agence régionale de santé (ARS), ce programme complète les activités de soin habituelles aux personnes diabétiques de type 2 (financées par l'assurance maladie) par des activités de prévention des complications financées ponctuellement par l'Agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances (Acsé). La municipalité y participe en mettant à disposition des locaux au sein de ses Espaces de quartier. En 2012, 60 patients, recrutés par 11 médecins de la commune, ont signé un formulaire de consentement pour être inclus dans le programme. Parmi ces patients, 47 y ont effectivement participé, dont 31 à une ou deux rencontres et 16 à au moins 3 rencontres.

Lors de la construction du programme d'ETP et au fil de sa mise en œuvre, professionnels et patients se sont confrontés à des questions ou des difficultés qui manifestent les difficiles ajustements entre les dimensions publiques et privées de la santé. Du côté des patients, les problèmes qui s'expriment concernent essentiellement la confidentialité des soins. Du côté des soignants, apparaissent en outre des questions autour des modalités concrètes de l'éducation, en tension entre standardisation et personnalisation.

Déprivatiser la santé, c'est s'exposer

L'entrée dans le dispositif d'ETP marque la sortie du colloque singulier avec le médecin et le partage du secret médical avec des professionnels de santé non choisis par le patient. De fait, le

programme opère un déplacement vers une médecine moins privée, moins « confidentielle », selon plusieurs dimensions.

La première est celle d'un étiquetage en tant que « malade » dans un lieu public. En effet, réunir des personnes diabétiques pour parler de leurs habitudes de vie, dans des lieux habituellement réservés à des activités culturelles et sportives, présente pour les professionnels l'avantage d'inscrire la gestion de la santé dans les affaires de la vie quotidienne, et pour ces personnes celui de se retrouver face aux professionnels sur un terrain neutre. Mais pour certains patients, qui participent au programme « parce que le médecin l'a demandé » (patient d'une soixantaine d'années), la venue dans un tel lieu pose un problème de confidentialité. Ils sont en effet susceptibles d'être identifiés comme « malades » par les personnes qu'ils y rencontrent (le personnel d'accueil, les autres patients, les personnes venues pour d'autres activités...), alors que certains, comme nous l'a confié un homme d'une cinquantaine d'années employé de la mairie, tiennent leur maladie cachée vis-à-vis de leur employeur, par crainte de discriminations. Le diabète est en effet associé à une représentation relativement négative, voire culpabilisante, et à des discriminations à l'emploi⁵⁹⁴.

Une deuxième dimension de cette diminution de confidentialité est celle de la levée du secret sur des habitudes privées. Ainsi, lors des rencontres collectives, les patients vivent de manière différente l'invitation à échanger sur des habitudes relevant de l'intime. Certains acceptent uniquement de participer à des entretiens individuels, une patiente de 70 ans expliquant qu'elle n'aime pas parler devant d'autres personnes. A l'inverse, certains patients en retirent un bénéfice, notamment un sentiment de moindre solitude et d'être écouté dans ses difficultés, comme l'indique une jeune patiente : « ça permet d'échanger. Et on s'en rend compte aujourd'hui, c'est hyper riche parce que les gens savent ce que l'on ressent ».

Entre standardisation et personnalisation : des modes d'accompagnement des patients en débat

Un des premiers débats engagé par les soignants a porté sur la pertinence d'un ciblage du programme, à travers le choix des critères d'inclusion des patients. Premièrement, lors d'une discussion avec un diabétologue qui conseillait de cibler les patients dont le diabète était peu déséquilibré, c'est-à-dire là où l'ETP avait fait la preuve d'un bénéfice glycémique significatif, les médecins généralistes ont défendu le principe d'un accès à l'ETP à tous leurs patients, avec l'idée qu'il fallait au contraire viser à combattre et diminuer les ISS (objectif collectif plus qu'individualisé) et que les apports de l'ETP ne se limitaient pas à une amélioration glycémique⁵⁹⁵. Deuxièmement, le comité de pilotage a décidé de ne pas exclure de patients sur le critère d'une « barrière de langue » (objectif singulier primant sur le collectif), le prérequis minimum étant qu'ils aient compris la démarche expliquée par leur médecin, éventuellement grâce à la présence d'un membre de leur entourage faisant office de traducteur, et qu'ils soient en mesure de signer le document de consentement. Cependant, ces critères ont été diversement compris et appliqués par les différents

⁵⁹⁴ L'Association française des diabétiques a publié en 2012 un Livre blanc intitulé « Diabète et travail : pour en finir avec les discriminations ».

⁵⁹⁵ S'expriment ici « des tensions entre la réponse à la demande de standardisation (le « meilleur soin », reposant sur des « preuves » pour tout le monde) et la réponse à la demande d'humanité dans la relation soignante », choisie par les porteur du programme (Demailly, 2013 : 73).

médecins, certains recommandant aux patients ayant des difficultés avec la langue française de venir accompagnés tandis que d'autres n'ont sélectionné que des patients qui parlaient bien français, illustrant de ce fait la manière dont les patients les plus éloignés culturellement ou socialement du système de soin peuvent se retrouver exclus d'un dispositif conçu prioritairement pour eux.

Les questions que se posent les professionnels lors de la construction des séances collectives révèlent en outre leurs représentations à l'égard d'habitudes culturelles qui leur sont étrangères. La pratique collective d'une activité physique allait-elle gêner les femmes maghrébines qui devraient porter un habit adapté ? Pouvait-on organiser un atelier sur le diabète et le Ramadan, ou devrait-on le consacrer plus largement à la question du jeûne, afin de ne pas stigmatiser une communauté ? Des questions se sont aussi posées vis-à-vis des disparités économiques : peut-on organiser, sans stigmatiser les participants, un atelier sur « comment bien se nourrir à petit prix » ? Plus largement, ces questions relevant du domaine privé, qui ne poseraient pas (ou moins) de problème si elles étaient abordées dans le colloque singulier avec un professionnel, leur semblent plus délicates à aborder au cours de séances collectives, ce qui rejoint le constat des conséquences d'une diminution de la confidentialité.

Mais ce qui fait que l'approche risque de devenir culturaliste tient sans doute prioritairement à la manière dont les échanges sont animés et à la place qui est donnée aux patients dans les interactions. Plusieurs exemples soulignent une tension entre la pondération relative donnée à la standardisation (normes publiques) et à la personnalisation (normes privées), qui traduit la cohabitation de deux logiques parfois concurrentes. On a pu l'observer notamment dans les rencontres sur l'alimentation co-animées par une diététicienne et l'anthropo-nutritionniste. Pour la première, en forçant le trait, la logique dominante était celle d'une information descendante du professionnel vers les patients, accordant peu de temps à l'expression des habitudes privées de chacun. Pour la seconde, formée à l'éducation pour la santé et à l'ETP, la logique dominante était au contraire celle d'un échange d'expérience permettant aux patients de partager leurs habitudes culinaires et de les rediscuter ensemble et avec des professionnels. Au-delà de la formation, les contraintes organisationnelles influent également sur cette tension : d'une part, le non recours à des interprètes limite les possibilités d'expression des patients (même si la présence d'un accompagnant ou d'un professionnel parlant plusieurs langues peut permettre de pallier cette absence), d'autre part, le choix limité d'intervenants extérieurs (ici une diététicienne non musulmane pour parler du Ramadan) conduit à un discours moins technique, moins directif, s'appuyant davantage sur l'expérience des participants. S'opposent ainsi une approche normative (transmettre des normes prédéterminées) et une approche « auto-normative » (aider les individus à définir leurs propres normes dans une approche inspirée de Canguilhem) (Barrier, 2010). Cette dernière est défendue par Lamour à travers la possibilité d'une « éducation pour la santé plus inductive que prescriptive [... ayant] pour premier objet de créer des espaces d'échanges critiques. Ces échanges débutent toujours par l'expression des représentations des individus. Cette mise à plat préalable permet de prendre conscience des différences et de les respecter [... On peut] alors introduire de nouvelles connaissances ou conseils concourant à une meilleure santé. » (Lamour, 2007) De la même manière, des diététiciennes qui animent des ateliers « cuisine » pour les patients diabétiques à l'hôpital défendent la possibilité de respecter les cultures et les singularités dans les pratiques soignantes et d'élaborer des ajustements (Romand et Baclet, 2007). Le programme étudié oscille ainsi entre une « logique d'observance » (avec un degré de contrôle social et de normalisation plus ou moins grand) et une « logique d'empowerment » (dans une perspective d'émancipation et de construction de ses propres normes), déjà décrites dans la pratique de l'ETP (Pélicand *et al.*, 2009 ; Braud, 2012). Au-delà

de l'ETP, la seconde logique se retrouve plus souvent évoquée dans le discours que présente dans les pratiques médicales (Bureau et Hermann-Mesfen, 2014). L'approche reposant sur la « construction collective de savoirs profanes » (Demailly, 2013 : §49), censée offrir une plus grande liberté aux patients, peut en effet dans certaines circonstances représenter une forme de médicalisation souhaitée car plus « achevée » et « incorporée » (Fassin, 1998).

Dans le programme étudié, ces façons d'agir et ces péripéties sont sous-tendues par des enjeux professionnels. L'anthropo-nutritionniste estime notamment que le programme n'est pas construit de manière suffisamment collégiale, que « les paramédicaux n'y trouvent pas tous leur place », et que « les patients, les médiateurs culturels, les interprètes y sont de grands absents ». Elle indique toutefois avoir conscience de la difficulté du passage d'un projet « médico-centré » à un projet « partagé » entre différents professionnels, puis « centré sur la communauté ». Même si la mise en place d'approches ciblées, communautaires et territoriales est recommandée par l'Igas, ce projet montre qu'une telle démarche ne va pas de soi, car elle implique simultanément une reconfiguration importante des relations interprofessionnelles (Fournier, 2014) et un « changement culturel majeur dans les pratiques » soignantes (médecin 2). De plus, pour des praticiens libéraux, elle renvoie également à un autre aspect important à prendre en compte, et que traversent également des tensions entre aspects public/privé, qui porte sur l'enjeu financier autour de la rémunération « privée » (à l'acte, peu régulée, garantie par un financement socialisé) et les financements publics incitatifs proposés pour appliquer une politique fortement administrée par l'ARS, sur des périodes courtes et sans visibilité de long terme, caractérisant le programme d'ETP observé.

Conclusion : entre dé-privatisation et re-privatisation de la santé

L'un des objectifs allégué des maisons de santé est de mieux faire face aux déterminants culturels et sociaux impliqués dans la prise en charge d'affections chroniques telles que le diabète, grâce au rapprochement de compétences professionnelles complémentaires. L'étude de la mise en place d'un programme d'ETP dans le cadre d'une MSP en projet permet de mettre au jour un certain nombre de réussites, de difficultés et de tensions.

D'une certaine manière, pour les patients, le programme d'ETP proposé par des praticiens dé-privatise la santé en diminuant la confidentialité des prises en charge, devenues pluriprofessionnelles et collectives, ce qui répond au besoin de certains patients d'être moins seuls. Dans le même mouvement, il peut contribuer à l'émergence d'une plus grande auto-normativité (que l'on pourrait qualifier de re-privatisation), dans certaines conditions qui tiennent à la fois aux patients, aux professionnels et à l'interaction (Braud, 2012).

Pour les soignants, les tensions rencontrées dans leur prise en compte conjointe des dimensions publiques et privées de la santé sont pensées, ressenties et traitées comme indissociables des contraintes d'organisation, de la formation des intervenants, du financement des activités, de la redéfinition des rapports interprofessionnels dès lors que la médecine est exercée en groupe et de la place donnée aux patients dans les activités et dans l'évolution du programme.

Le dispositif d'ETP étudié, associé au projet de MSP, a été élaboré et se présente comme un laboratoire, une expérimentation de pratiques innovantes, révélant l'inventivité des professionnels face aux enjeux que représentent la prévention dans ses aspects individuels et collectifs, les ISS, et portant en germe des reconfigurations nécessaires du système de santé.

Dans la construction de programmes qui aient du sens pour les différents acteurs et qui puissent contribuer à prévenir les complications de la maladie et réduire les ISS, cette observation vient conforter l'intérêt, déjà bien affirmé, de laisser plus de place aux patients, puisque, dans le processus analysé, la séance qu'ils ont le plus appréciée est celle où ils ont été invités à donner leur avis sur le dispositif.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Barrier P. (2010), *La blessure et la force. La maladie et la relation de soin à l'épreuve de l'autonormativité*. Paris, PUF.

Baszanger I. (1983), « La construction d'un monde professionnel : entrées des jeunes praticiens dans la médecine générale », *Sociologie du travail*, n°3, p. 275-294.

Baszanger I., Bungener M. (2002), « Médecine générale, le temps des redéfinitions », in Baszanger I., Bungener M., Paillet A. (dir.), *Quelle médecine voulons-nous ?* Paris : Editions La dispute, p. 19-34.

Bourdieu P., Passeron J.C. (1970), *La reproduction*, Paris, Minuit.

Bourgueil Y., Jusot F., Leleu H. (2012), « Comment les soins primaires peuvent-ils contribuer à réduire les inégalités de santé ? Revue de littérature », *Questions d'économie de la santé*, n°179.

Bureau E., Hermann-Mesfen J. (2014), « Les patients contemporains face à la démocratie sanitaire », *Anthropologie & Santé*, n°8.

Braud R. (2009), « Education thérapeutique : quand la culture s'en mêle », *Journal du DELF - Diabète éducation de langue française*, p. 8-10.

Braud R. (2012), « Education thérapeutique des migrants diabétiques : quel partage des pouvoirs d'agir sur la maladie ? », *Migrations santé*, vol. 144-145, n°1, p. 47-78.

Coussaert A. (1991), « La santé et son sujet dans les écoles de diabétologie », in Lafay A. (dir.), *Le statut du malade, XVIe-XXe siècle*, Paris, l'Harmattan, p. 65-110.

De Suremain C.E., Chaudat P. (2006), « Des normes à boire et à manger », *Journal des anthropologues*, n°106-107.

Demailly L. (2013), « La santé : affaire privée ? affaire publique ? De la domination dans la santé à la domination par la santé », *Socio-logos* vol. 8, n°277.

Falcoff H. (2010), « Le dilemme de la médecine générale face aux inégalités : faire partie du problème ou contribuer à la solution ? », in Potvin L., Moquet M.J., Jones C. (dir.), *Réduire les inégalités sociales en santé*, Saint-Denis, INPES, coll. Santé en action, p. 195-208.

Fassin D. (2001), « Le culturalisme pratique de la santé publique. Critique d'un sens commun », in Dozon J.P., Fassin D. (dir.), *Critique de la santé publique*, Paris, Balland.

Fournier C., Fagot-Campagna A., Traynard P.Y. et al (2009), « Démarche éducative, comment les médecins la perçoivent-ils. Résultats de l'étude Entred 2007 », *Concours médical*, vol. 131, n°20, p. 810-812.

Fournier C. (2014), « Concevoir une maison de santé pluri-professionnelle : paradoxes et enseignements d'une innovation en actes ». *Sciences sociales et santé*, vol. 32, n°2, p 67-95.

Grimaldi A. (2002), « L'observance des prescriptions thérapeutiques du diabète de type 2 : peut-on faire mieux ? », *Santé éducation*, n° spécial, p. 2-4.

HCSP (2009), « L'éducation thérapeutique intégrée aux soins de premier recours », Paris, HCSP.

Inserm (2014), *Inégalités sociales de santé en lien avec l'alimentation et l'activité physique. Expertise collective*, Paris, Inserm.

Jourdain-Menninger D., Lecocq G., Morel A. (2012), *Evaluation de la prise en charge du diabète*, Paris, Rapport IGAS.

Lamour P. (2007), « Education pour la santé des migrants : à quelles conditions ? » *La santé de l'homme*, n°392, p. 30-31.

Le Rhun A., Gagnayre R., Moret L., Lombrail P. (2013), « Analyse des tensions perçues par les soignants hospitaliers dans la pratique de l'éducation thérapeutique : implications pour leur supervision », *Global health promotion*, vol. 20, n°2 (Suppl), p. 43-47.

Lhuissier A. (2006), « Éducation alimentaire en milieu populaire : des normes en concurrence », *Journal des anthropologues*, vol. 106-107, p.61-67.

OMS (2008), *Comblent le fossé en une génération. Instauration l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*, Genève, OMS.

Pélicand J., Fournier C., Aujoulat I. (2009), « Observance, auto-soin(s), empowerment, autonomie, quatre termes pour questionner les enjeux de l'éducation dans la relation de soins », *Adsp*, vol. 66, p. 21-23.

Poulain J.P. (2012), *Dictionnaire des cultures alimentaires*, Paris, PUF, coll. Quadriges.

Quélier C. (1994), « Cholestérol, rillettes et habitudes de classe », in Lenoir R., Tsikounas M. (dir.) *Sois patient et tais-toi : le pouvoir médical*, Paris, Panoramiques, p. 89-95.

Ricci P., Blotière P.O., Weill A., et al. (2010), « Diabète traité : quelles évolutions entre 2000 et 2009 en France ? », *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, n°42-43, p. 425-431.

Robert J., Roudier C., Poutignat N. et al. (2009) « Prise en charge des personnes diabétiques de type 2 en France en 2007 et tendance par rapport à 2001 », *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, n°42-43, p. 455-460.

Romand D., Baclet N. (2007), « Une éducation diététique adaptée aux habitudes culturelles des patients diabétiques », *La santé de l'homme*, n°392, p. 36-37.

Sandrin-Berthon B. (2000), *L'éducation du patient au secours de la médecine*, Paris, PUF.

Schieber A.C., Kelly-Irving M., Delpierre C., et al. (2013) « Is perceived social distance between the patient and the general practitioner related to their disagreement on patient's health status ? », *Patient Education and Counseling*, vol. 91, n°1, p. 97-104.

Schweyer F.X. (2010), « Ni artisan, ni salarié. Conditions et enjeux de l'installation en médecine générale libérale », in Bloy G., Schweyer F.X. (dir.), *Singuliers généralistes*, Rennes, Presses de l'EHESP, p.379-402.

Strauss A. (1992), *La Trame de la négociation : sociologie qualitative et interactionnisme*, Édité par Isabelle Baszanger, Paris, L'Harmattan.

Fournier, C. & Bentz, L., 2014. Travailler ensemble en éducation thérapeutique : reflet des débats ouverts lors du congrès Santé Éducation 2014. *Santé éducation*, 2, pp.6–8.

(version pré-print)

Introduction

Le congrès Santé Education 2014 envisage l'éducation thérapeutique (ETP) comme un outil pour « travailler ensemble » à amoindrir les bouleversements et ruptures qui surviennent dans la vie des personnes atteintes de maladie chronique. Dans cet article conjuguant deux regards, nous proposons de retracer certains apports des présentations et débats qui ont eu lieu au cours de ce congrès, les 13 et 14 février 2014 à Paris, à la Maison de la Chimie.

L'hypothèse du congrès

« La trajectoire des personnes atteintes de maladies chroniques se trouve parfois émaillée de « points de rupture », comme il peut en exister par exemple à l'annonce de la maladie, au moment de la transition enfant-adulte, lors du retour à domicile après une hospitalisation, lorsqu'on vit dans des conditions de précarité, ou encore pour les personnes confrontées à la polypathologie. L'éducation thérapeutique du patient, dont l'approche repose sur l'intervention d'une équipe pluriprofessionnelle centrée sur la personne malade et prenant en compte son environnement, offre des opportunités particulièrement intéressantes dans ces situations. Nous examinerons comment, en favorisant le « travailler ensemble » entre professionnels de la santé et du secteur social, et avec le patient, l'éducation thérapeutique vient réinterroger et redynamiser les pratiques soignantes et d'accompagnement. » Dans ce propos liminaire, développé par Brigitte Sandrin lors de la séance introductive*, le comité scientifique du congrès Santé Education 2014 postule que « travailler ensemble en éducation thérapeutique » permettrait au soin de gagner en qualité et en efficacité. Cette hypothèse a été explorée tout au long du congrès.

Le travail du patient

S'appuyant sur des travaux de sciences sociales, Céline Lefève [1-3] met en évidence à quel point l'expérience de la maladie est souvent celle de la destruction d'un équilibre antérieur, d'une désorganisation de la vie entière, marquée par des ruptures et l'irruption de l'incertitude**. Mais cette expérience est aussi celle du déploiement, par la personne malade, d'un « travail » pour reconstruire un nouvel équilibre. Au service de ce travail que doit réaliser le malade, le soin peut être conçu comme « un travail en vue de l'ensemble », c'est-à-dire le soutien de la normativité propre au patient et celui de sa liberté. Le soin peut aussi être pensé comme un travail relationnel et collaboratif entre le patient, son entourage et les soignants. Pour respecter les attentes du patient, ce travail doit prendre en compte sa singularité et laisser la place à l'expression de son expérience, des ruptures et désorganisations vécues, que ce soit à travers la maladie ou à travers l'expérience de dissensions et contradictions entre soignants. Il doit également permettre un débat entre patient et soignants sur les priorités, les orientations et le sens donnés à ce travail de soin.

Parallèlement à ce travail personnel plus ou moins partagé avec les soignants, certains patients assument également un rôle de formateurs auprès d'équipes de professionnels ou auprès d'étudiants*. Par exemple Gisèle Zanone, à partir de scripts pré et co-écrits avec des soignants, propose des mises en situation sous la forme de jeux de rôles, qui permettent aux professionnels de découvrir ou d'approfondir leur pratique de l'entretien motivationnel. Patrick Helle, pour sa part, se définit à la fois comme patient expert, praticien en éducation thérapeutique dans des établissements de santé, et formateur auprès d'équipes, centrant principalement ses interventions sur l'expérience

du savoir-être. La singularité récente de l'implication des patients dans le champ de la formation des professionnels suggère, là aussi, des questionnements nouveaux concernant le jeu de l'interdisciplinarité, par exemple, ceux liés aux endossements successifs d'identités et de rôles sociaux par les patients experts.

Education thérapeutique et situations de « rupture »

La prise en charge d'une personne âgée polypathologique est souvent d'une grande complexité, à la fois pour les multiples intervenants du soin et pour la personne elle-même qui peut être confrontée à des messages contradictoires. Le programme OMAGE (Optimisation des médicaments chez le sujet âgé) présenté par Sylvie Legrain [4] s'inscrit dans une logique de « parcours », la démarche éducative débutant pendant l'hospitalisation pour être poursuivie au domicile de la personne âgée**. Ce programme permet de délivrer au patient des messages simples, construits avec lui, à partir de sa situation. Il s'appuie sur un jeu de cartes qui constitue un fil rouge entre les différents intervenants, mais aussi entre la personne âgée et son entourage. La démarche d'éducation thérapeutique permet ainsi de renforcer les liens entre les intervenants de la ville et de l'hôpital. Sylvie Legrain souligne l'intérêt d'utiliser des moyens d'échange modernes pour éviter toute « déperdition » dans le suivi éducatif et la nécessité de construire des messages éducatifs partagés que chacun des soignants pourra ensuite délivrer aux patients, en saisissant toutes les « occasions éducatives », formalisant ainsi une éducation thérapeutique intégrée aux soins, à l'hôpital comme en ville. L'un des participants lance le débat : faut-il se mettre d'accord sur des « messages éducatifs partagés » à construire entre soignants, ou bien apprendre aux patients à gérer les contradictions entre soignants ?

Cette question traverse également la présentation de Véronique Baudoin qui montre comment une équipe hospitalière de pédiatrie chemine dans la construction d'un programme d'éducation thérapeutique visant à préparer des enfants ayant reçu une transplantation rénale à la transition vers une prise en charge dans un service pour adultes**. Face à la rupture que représente cette transition, du fait de logiques de soin et d'acteurs différents, cette expérience permet d'interroger la manière dont des soignants peuvent aider pas à pas de jeunes patients et leur famille à donner du sens à ce qu'ils vivent, dans ce moment délicat de l'adolescence, et plus largement tout au long de la vie.

L'expérience développée dans la Maison de santé de Chambéry montre comment un travail autour de l'éducation thérapeutique permet à des professionnels des mondes de la santé et du social d'agir de concert pour « éviter la surmortalité » dans un quartier défavorisé*. Les activités soignantes sont ainsi pensées en collaboration avec des médiateurs culturels, des groupes communautaires et « des citoyens relais ». Jean-Louis Corrêa et Julie Cachard racontent comment, dans le cadre de l'expérimentation de nouveaux modes de rémunération en soins primaires (ENMR), un premier programme d'éducation thérapeutique « cousu main » a été conçu comme un relai aux consultations de suivi médical habituelles. Toutefois certaines personnes, dont les problématiques sociales étaient dominantes, ne participaient pas au programme éducatif. C'est la raison pour laquelle un programme complémentaire, permettant de répondre aux besoins d'accompagnement psychosocial, a été financé et mis en œuvre. Ce programme, fondé sur l'idée d'« itinéraires » médico-sociaux « où lien social et attitude éducative fondent le soin », se déroule dans un « espace ressource santé ». Les orateurs mettent en avant l'importance du caractère « athématique » (et non pluri thématique) de l'approche. Dans un quartier où le contrôle social est fort, il s'agit d'éviter la stigmatisation liée à la maladie.

Repenser la posture soignante

Jean-Louis Corrèa et Julie Cachard soulignent la différence et la complémentarité entre, d'une part, des temps spécifiquement dédiés à l'éducation thérapeutique dont l'objectif est l'acquisition ou le maintien de compétences et, d'autre part, l'adoption par les professionnels d'une posture éducative, tout au long de l'itinéraire de santé, permettant d'accompagner la détresse et de conduire si possible vers des temps éducatifs plus formalisés. Cette tension traverse en réalité toutes les interventions du congrès. Elle a notamment occupé une place importante dans les débats qui ont suivi la projection du film « La relève » de Juliette Warlop*. Elle conduit forcément à repenser la formation des soignants et l'articulation de leur travail auprès des patients.

Apprendre à travailler ensemble en se formant à l'éducation thérapeutique

Lors de formations d'équipes à l'ETP, Xavier de la Tribonnière invite les professionnels à réfléchir à la manière dont ils parviennent à travailler ensemble en s'appuyant sur une liste de critères explorant les différentes dimensions de l'interdisciplinarité dans une démarche d'éducation thérapeutique.*

A travers le cas concret d'une formation-action à l'éducation thérapeutique au sein d'une maison de santé pluriprofessionnelle récente, Patrick Lamour et Jérôme Michenaud décrivent les ingrédients d'une collaboration réussie entre une équipe de soins primaires et les formateurs d'une Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé*. Les membres de la maison de santé souhaitaient développer leurs pratiques pluriprofessionnelles, ils disposaient de financements expérimentaux pour mettre en œuvre l'éducation thérapeutique mais de peu de temps pour se former. L'Ireps leur a proposé une formation sur site, adaptée aux contraintes, s'appuyant sur l'existant et favorisant une pratique « réflexive », tout en apportant une aide concrète au fil de la mise en œuvre du programme et de son évaluation. Les maisons de santé constituent un mode d'organisation pluriprofessionnel propice au développement d'un travail éducatif et préventif et facilitant la collaboration avec d'autres acteurs du territoire. Cette expérience montre que l'éducation thérapeutique peut devenir le ciment d'une équipe et un point de départ pour avancer vers de nouveaux projets, à condition de prêter attention à son management, dans la souplesse. Elle illustre également une attente de la part des nouvelles générations de médecins et de professionnels paramédicaux. Les orateurs soulignent l'importance du temps dans ce type de projet qui nécessite de « travailler ensemble » à l'invention de nouvelles pratiques.

Si des professionnels de santé en exercice s'attellent aujourd'hui à ce type de projet, qu'est-il possible de faire en amont, en formation initiale, pour faciliter la coordination des soins et le développement d'une approche commune, autour du patient et avec lui ? Françoise Annézo propose une formation pour « apprendre à travailler ensemble » à des étudiants d'une même zone géographique se préparant à exercer différents métiers du champ sanitaire et social*. La construction d'une telle formation repose certaines des questions qui ont traversé ce congrès. Premièrement, il s'agit de se rencontrer et d'apprendre à se connaître, en prenant conscience de ses représentations, en particulier des représentations que l'on a de sa future profession et de celles des autres. Deuxièmement, il s'agit de réfléchir ensemble autour de la maladie, du soin et de la posture éducative, avec l'aide de patients. Troisièmement, il s'agit d'imaginer, à partir de situations concrètes de prise en charge, des scénarios réalistes de collaboration territoriale. Autant de questions qui ont été abordées en groupe lors des ateliers sur le « travailler ensemble » proposés au début du congrès.

Conclusion

Comme l'ont montré les exposés et les débats au cours du congrès Santé Education 2014, l'éducation thérapeutique représente aujourd'hui un objet fécond pour poser les grandes questions auxquelles est confronté le système de santé français, et proposer des pistes d'action. L'éducation thérapeutique nous conduit en effet à repenser l'objectif du soin, la relation soignant-soigné et la posture éducative, mais aussi le lien social, la coopération interprofessionnelle y compris avec le secteur social, et l'organisation du système de santé qui doit répondre aux nouveaux enjeux posés par les maladies chroniques, dans un contexte rendu sensible par l'écueil des inégalités sociales.

* Voir l'article correspondant dans ce numéro du journal.

** Le diaporama de cette intervention peut être consulté sur le site Internet de l'Afdet, www.afdet.net, rubrique Congrès, Archives 2014.

Références

- [1] Lefève C. Devenir médecin. PUF, 2002.
- [2] Benaroyo L, Lefève C, Mino J.C, Worms F. La philosophie du soin – Ethique, médecine et société. PUF, 2010.
- [3] Lefève C, Barroux G. La clinique. Usages et valeurs. Seli Arslan, 2013.
- [4] Legrain S, Bonnet-Zamponi D, Saint-Gaudens P. ETP des personnes âgées polypathologiques : quelle approche ? *Le concours médical* 2013 ; 135(8), 619–623

Fournier, C., 2014b. La relève dans la construction d'une nouvelle façon de soigner. Santé éducation, 2, pp.26–27.

(version pré-print)

Comment en quelques mots retracer la richesse d'un documentaire de 52 minutes, suivi d'un débat de deux heures animé par le Docteur Claude Attali avec la réalisatrice Juliette Warlop, le Docteur Didier Ménard et les participants au congrès Santé Education 2014 ? Voici quelques éclairages choisis...

« La relève », un documentaire sur le soin dans un lieu particulier

« Cela fait plus de trente ans que Didier Ménard est médecin généraliste à la cité du Franc-Moisin (Seine-Saint-Denis). Mais qui va le remplacer quand il va prendre sa retraite ? Comment donner envie à de jeunes médecins de venir s'installer dans ce quartier déshérité ? Epaulé par une association implantée de longue date, il crée un centre de santé associatif inédit, réunissant médecins et médiatrices de santé.

Maxime et Mathilde ont à peine 30 ans. Avec trois autres jeunes collègues, ils font leurs premiers pas dans ce centre de santé en tant que médecins généralistes. Pour eux, une chose est sûre : ils ne veulent plus pratiquer la médecine comme leurs aînés ! Ce film retrace leur chemin, de l'utopie à la réalité du terrain. »

Beaucoup est dit déjà dans ce synopsis du documentaire « La relève », réalisé par Juliette Warlop en 2012 (zadig productions). Il faut le voir pour la beauté des portraits et des moments de relation filmés, et pour son rythme qui permet de pénétrer, un peu comme les habitants du quartier du Franc Moisin, dans ce lieu d'écoute et de soin organisé pour accueillir chaque personne dans sa globalité et dans la singularité de sa situation et de ses besoins.

Une longue histoire

Didier Ménard replace ce projet dans une histoire qui a débuté il y a vingt ans, devant le constat des difficultés d'accès aux soins et des problématiques sociales des habitants, avec la création de *La place santé* par l'Association communautaire santé bien-être (Acsbe). Celle-ci embauche des habitantes du quartier, formées à la médiation de santé, pour retisser le lien social autour de questions de santé, en lien étroit avec des professionnels. L'âge de la retraite approchant, Didier Ménard envisage plusieurs solutions pour faire venir de jeunes médecins dans le quartier : cela se concrétise par la création d'un centre de santé communautaire, en 2012, où exercent aujourd'hui cinq jeunes médecins généralistes à temps partiel et cinq médiatrices de santé à temps plein.

Un « travail ensemble » à de multiples niveaux

La force de ce projet réside dans la richesse du « travail ensemble » qu'il permet à différents niveaux :

- entre les professionnels et les habitants au sein de l'association : définition des projets, repas conviviaux, sorties culturelles... ;
- entre patients, médecins et médiatrices parlant vingt langues : prise en charge de questions sociales, ateliers éducatifs, facilitation des échanges au cours des consultations... ;
- entre les professionnels du centre de santé et les autres professionnels de santé du territoire, dans le cadre de projets pluriprofessionnels au sein d'un « pôle de santé » dont l'association assure la coordination :
 - transformation de la pharmacie en « un vrai lieu de santé »,
 - apposition de « pictogrammes » sur les médicaments,

- suivi coordonné des traitements anticoagulants,
 - réunions autour de situations difficiles,
 - mise en place d'un système de communication et de staffs bimensuels entre 15 médecins généralistes de la ville et les médecins hospitaliers,
 - collaboration avec les services de la Protection maternelle et infantile et avec l'Atelier santé ville, etc.
- entre les professionnels du centre de santé et la ludothèque, ainsi que les écoles : ateliers avec les enfants dans le centre de santé ;
 - entre les membres de l'association et les institutions qui la soutiennent.

Ce projet de « centre de santé » contribue à construire une logique de coopération au niveau du territoire, inscrite dans le Contrat local de santé. Cette coopération prend place dans le soin et dans des projets de santé publique, auxquels les médecins s'engagent à consacrer une partie de leurs 35 heures hebdomadaires de temps de travail salarié, pour un équivalent de 5 heures par mois.

Une approche particulière de l'éducation thérapeutique

Les ateliers éducatifs en groupe proposés aux patients diabétiques s'inscrivent dans deux axes : « l'alimentation » avec une diététicienne de la commune et « la marche » avec une association « sport et santé », présentée aux patients comme du « coaching sportif » (marche nordique et visites culturelles « à pied » des monuments de Paris). La pratique de l'ETP au sein de *La place santé*, soulève plusieurs difficultés. Les interventions se font en duo médiatrice-médecin mais les financements ne prévoient pas la participation de médiatrices qui ne sont pas « professionnelles de santé. Les médecins libéraux, débordés, ne participent pas à l'ETP et n'adressent pas de patients. Le cadre d'autorisation et d'évaluation de l'ETP ne correspond pas à la situation des patients dont les priorités sociales modifient le rapport à la maladie : ils savent que le diabète est un problème très grave, mais ils pensent qu'ils ne peuvent pas agir dessus, comme ils pensent d'ailleurs souvent ne pas avoir les moyens d'agir dans les autres dimensions de leur vie. D'où la nécessité de développer un travail complémentaire dans la durée pour « redonner confiance aux gens dans leur capacité d'agir » et les amener vers l'ETP telle que définie dans les textes. D'autres ressources sont mobilisées : musicothérapie, ateliers d'écoute avec une psychologue...

Soigner autrement, une question de posture et/ou de réseau ?

Questionné sur la nécessité d'intégrer davantage la démarche d'ETP à chaque consultation, Didier Ménard défend une « approche médico-psycho-sociale », c'est-à-dire « un autre type de soin, et pas seulement de la prescription. C'est difficile car ça oblige à interroger l'efficacité de ce qu'on dit lorsqu'on est médecin, ça oblige à douter... et à s'intéresser à autre chose que la prescription ». Selon lui, pour répondre aux difficultés sociales que le médecin « repère », il faut avoir mis en place un réseau et un ensemble de ressources pour que le patient puisse trouver des solutions. Plusieurs participants réagissent à ce propos en affirmant que, même sans construire un projet aussi élaboré, beaucoup de choses peuvent être faites pour les nombreux patients qui le nécessitent. Selon eux, ce projet ambitieux montre une voie, mais il ne doit pas décourager les professionnels d'agir modestement à leur échelle. Pour Claude Attali, cela repose notamment sur une « posture » soignante, dont le film offre une séquence remarquable : une consultation menée par une jeune médecin avec une jeune fille battue, exemplaire d'une posture qui aide la personne à réfléchir et à se positionner, tout en l'informant sur ses droits et en lui proposant des ressources pour agir, une posture inscrite dans le temps, à laquelle il pense que tout soignant devrait être formé aujourd'hui.

Cela relève selon lui de la responsabilité de la faculté. Pour Didier Ménard, ce sont les patients qui apprennent aux soignants à interroger la faisabilité de ce qu'ils leur proposent. Au Franc-Moisin, certains patients conscients de ce rôle et de son importance demandent à participer à la formation des étudiants, internes en médecine générale.

Une gestion complexe et fragile

Le projet, qui fonctionne avec un budget provenant pour un tiers du soin et pour deux tiers de subventions, reste fragile. Si *La place santé* est une structure vivante qui a réussi à attirer de jeunes médecins, la difficulté principale dans la gestion de ce type de projet est qu'il s'inscrit dans un système « à part » et doit négocier de manière récurrente l'obtention de financements. Un participant indique en effet que les conditions sont difficiles et que le discours institutionnel se durcit... Cependant il observe que des projets, même précaires, portés par des militants arrivent à se maintenir, et que des jeunes s'y investissent, notamment dans des maisons et pôles de santé pluriprofessionnels ; il se demande comment relier tous les projets qui ont ce souci d'allier santé et social. Didier Ménard explique qu'il a obtenu des fonds de l'Agence pour la cohésion sociale et l'égalité des chances (Acsé) pour travailler sur la reproductibilité de ce type d'expérience : il mène une réflexion sur les méthodes et participe, depuis 3 ans, à la mise en place d'une démarche qui soutient les équipes et favorise les échanges de pratiques autour des projets de santé dans les Zones urbaines sensibles. La première initiative a réuni 3 ou 4 équipes à Paris, la deuxième une trentaine d'équipes à Lille, une troisième est en préparation à Strasbourg pour 2014.

Maintenant que la relève est assurée, Didier Ménard poursuit son combat pour faire reconnaître que l'avenir de ce type d'organisation passe nécessairement par une évolution du système de santé. Il s'agit en priorité pour lui de rendre possible le salariat des médecins et de donner une place aux habitants dans la construction des actions de santé, à travers une démarche citoyenne.

Table des matières détaillée

Sommaire	7
Acronymes et abréviations	13
Résumé	15
Productions scientifiques issues de la thèse	17
INTRODUCTION, PROBLEMATIQUE ET METHODE : Défis et enjeux de la transformation des soins de premier recours en France	25
I. Des soins de premier recours bousculés par les inégalités d'accès à la santé, à la prévention et aux soins.....	25
I.1. Pourquoi et comment modifier l'exercice médical du premier recours ?	26
I.2. Des questions de recherche entre médecine, santé publique et sciences sociales, intriquées à des insatisfactions de pratiques.....	27
I.3. Problématique de recherche et objectifs.....	29
II. Matériel et méthode : une démarche qualitative articulant plusieurs approches théoriques.....	30
II.1. Construction problématique de l'objet d'étude	31
II.1.1. Déjouer les risques d'un questionnement inscrit dans un parcours individuel	31
II.1.2. Déjouer les risques d'une actualité prégnante de l'objet étudié : resserrer le questionnement à la croisée d'enjeux multiples	35
II.1.2.1. Un enjeu d'actualité : une mise sur agenda politique affirmée	35
II.1.2.2. Un enjeu pragmatique à l'intersection d'univers distincts.....	35
II.2. Des choix méthodologiques pour le recueil et l'analyse des données : privilégier des terrains et des moments différents du processus de changement	40
II.2.1. Le choix des terrains : enquêter sur un projet de maison de santé et dans quatre maisons ou pôles de santé en fonctionnement	40
II.2.2. Données recueillies, modalités et déroulement du recueil	43
II.2.2.1. Premier terrain : des observations et des entretiens individuels pour suivre un projet local de réorganisation des soins primaires	44
II.2.2.2. Seconds terrains : des entretiens collectifs pour étudier les pratiques pluriprofessionnelles dans trois maisons et un pôle de santé	45
II.3. Cadres et axes d'analyse	50
II.3.1. Le cadre général d'analyse : Strauss et l'interactionnisme	50
II.3.2. Une analyse initiale monographique	51
II.3.3. Un codage ouvert, puis orienté suivant des approches spécifiques adaptées aux diverses questions étudiées	51
II.3.3.1. Des approches théoriques combinées et articulées.....	51
II.3.3.2. Des modalités de codage différenciées selon les terrains (théorisation ancrée)	54
II.3.3.3. Une approche indirecte du thème de la prévention	54
II.3.3.4. Modalités d'analyse des entretiens collectifs.....	55

II.3.4. Une position d'acteur chercheur et une position engagée avec réflexion sur l'interdisciplinarité	56
II.3.4.1. Un régime de connaissances, lié à une position d'acteur chercheur sur un premier terrain	56
II.3.4.2. Un second terrain liant la recherche à l'action politique	62

CHAPITRE 1. QUELLES TRANSFORMATIONS DE L'ESPACE DES SOINS PRIMAIRES AU REGARD DES INJONCTIONS DE PREVENTION ?.....67

I. Le système de santé français ne permet plus de répondre aux enjeux contemporains 68

I.1. Un système qui fait face à d'importantes transformations	68
I.1.1. Enjeux liés à la transition démographique.....	68
I.1.2. Enjeux liés à la transition épidémiologique	69
I.1.3. Enjeux liés aux inégalités sociales et territoriales de santé	70
I.1.4. Enjeux liés à l'accroissement de la place de la santé dans la société (médicalisation), et de la place de l'individu dans le système de santé (démocratie sanitaire).....	72
I.1.5. Enjeux économiques et de régulation des dépenses de santé (socialisées), impliquant des choix de société	75
I.2. Un diagnostic sévère quant à la capacité du système à répondre aux enjeux contemporains, et un consensus accru sur la nécessité d'une réforme, notamment des soins primaires	76
I.2.1. Orientations du système de santé et influences des dynamiques historiques constitutives	77
I.2.2. Organisation du système de santé : des cloisonnements multiples et des difficultés de régulation.....	80
I.2.3. Une conduite de réformes difficile pour des raisons similaires.....	82
I.2.4. Un système de santé « en chantier » permanent.....	84
I.2.5. Des politiques récentes attentives à la structuration du secteur ambulatoire, en particulier des soins primaires, et mettant en avant la prévention	85

II. Les soins primaires, un espace de pratiques sociales et professionnelles en pleine mutation 90

II.1. Les soins primaires : un espace de pratiques non pensé comme un système, jusqu'aux réformes et à une définition législative récentes	91
II.1.1. Un espace de pratiques dont la conception a été laissée aux acteurs	91
II.1.2. Les soins de premier recours, une définition récente, encore partielle, « en quête de projet ».....	94
II.1.3. Une faisabilité incertaine : des acteurs nombreux mais mal répartis et des perspectives démographiques négatives jusqu'en 2030	98
II.1.3.1. Une diminution transitoire des effectifs médicaux prévisible et des disparités dans leur répartition	98
II.1.3.2. Une probable diminution du temps médical disponible	99
II.1.4. Une démarche réformatrice foisonnante et non stabilisée : des approches en concurrence....	100
II.1.4.1. Privilégier une approche d'ensemble : divers modèles successifs ou concomitants pour améliorer la coopération et la coordination entre acteurs et secteurs du système de santé	101
II.1.4.2. Cibler une approche horizontale sur la réorganisation du premier recours : des réformes qui veulent placer le médecin traitant au centre de la prise en charge et visent à mieux réguler son activité	106

II.2. Un objet médico-politique émergeant pour repenser et transformer les soins primaires : la maison de santé pluriprofessionnelle	117
II.2.1. D'une médecine « solitaire » vers une médecine coordonnée et partagée : aléas multiples et irrésistible invention d'une médecine sociale et regroupée dans des centres de santé.....	118
II.2.2.1. De la fin du 19 ^{ème} siècle jusqu'en 1960 : une expérimentation foisonnante dans des zones défavorisées (dispensaires municipaux, centres de santé mutualistes...) mais sans postérité.	119
II.2.2.2. De 1960 à 1980 : une médecine de marge, combattue par les syndicats de médecins, confinée à des zones particulières : les « banlieues rouges », puis les zones rurales	121
II.2.2.3. 1980-1990 : Le tournant décisif des pratiques de groupe et de la santé communautaire	123
II.2.2.4. Depuis 1990 : la reconnaissance progressive des centres de santé salariés	124
II.2.2.5. Aujourd'hui : une place acquise mais fragile dans le paysage sanitaire et social.....	126
II.2.2. Le développement spontané et progressif d'un regroupement pluriprofessionnel libéral connaît aujourd'hui une forte accélération en soins primaires.....	126
II.2.2.1. Des années 20 aux années 70 : un regroupement monoprofessionnel émergeant	126
II.2.2.2. A partir de la fin des années 70 : des tentatives isolées de regroupement pluriprofessionnel, dont certaines évoluent vers des réseaux de santé	127
II.2.2.3. Au début des années 2000 : des problèmes de démographie et de répartition médicale à l'apparition de différents types de soutien au regroupement en soins primaires.....	129
II.2.2.4. A partir de 2007, une forte impulsion des pouvoirs publics à l'origine de la naissance d'un objet politique - la MSP - auquel se rattachent d'autres formes d'exercice.....	130
II.2.2.5. Des freins à l'extension des MSP et la défense d'autres formes d'association, qui interrogent sur le projet sous-jacent.....	136
III. Place de la prévention dans le système de santé : quelles injonctions nouvelles en soins primaires ?	138
III.1. Des préoccupations de santé publique renforcées en matière de prévention, visant la réduction des coûts et des inégalités sociales de santé : Soit une prévention simultanément plus « locale » et « territoriale » et plus « médicale ».....	139
III.2. Des attentes renforcées en matière de prévention à l'égard des soins primaires et centrées autour des médecins généralistes.....	142
III.3. Une grande variabilité dans les pratiques préventives des médecins généralistes.....	145
III.4. L'appui sur des exemples étrangers et la recherche de données probantes soutenant des stratégies pour développer la prévention dans les soins	146
III.5. Des réformes françaises timides, centrées principalement sur le médecin généraliste et sur des incitatifs financiers, et s'ouvrant depuis peu à l'innovation organisationnelle.....	147
III.6. Des freins et des tensions : l'illustration par le cas de la prévention du diabète en soins primaires	150
III.6.1. L'exemplarité de la prévention des complications du diabète : entre prévention collective et habitudes socioculturelles	151
III.6.2. Un exercice médical privé peu propice aux pratiques de prévention et de santé publique	152
Conclusion : D'un contexte pour travailler seul à un contexte propice au travail collectif.....	154

CHAPITRE 2. A QUOI REPONDENT LES TRANSFORMATIONS ENGAGEES PAR LES PROFESSIONNELS DANS UN PROJET DE MAISON DE SANTE PLURIPROFESSIONNELLE.....155

I. Constat d'une commune défavorisée de la banlieue parisienne : des besoins de santé croissants et plus complexes à satisfaire, une démographie professionnelle en déclin et une organisation de l'offre sanitaire inadaptée156

I.1. Un contexte social particulier, illustratif de celui de nombreux quartiers défavorisés en France 156

I.2. L'analyse des professionnels sur leurs conditions d'exercice et la qualité de leurs pratiques 159

I.2.1. Un constat sanitaire et social localement alarmant..... 159

I.2.2. Une démographie professionnelle en déclin 160

I.2.3. Une organisation des soins inadaptée aux besoins perçus..... 161

I.3. En matière de prévention et de prise en charge des maladies chroniques : des difficultés liées à la « diversité culturelle », auxquelles l'organisation actuelle ne permet pas de faire face 162

II. Le cas de quatre MSP en fonctionnement : un risque de pénurie médicale qui amène les professionnels à se regrouper, ou pour ceux qui le sont déjà, à travailler ensemble.....164

II.1. Des contextes de création très diversifiés, sous-tendus par l'objectif récent de « prévention » de la désertification 164

II.1.1. Une « maison médicale » ancienne en milieu urbain défavorisé, collectivement impliquée dans des projets construits par les médecins à l'échelle du territoire (MSP B)..... 165

II.1.2. Une « maison médicale » ancienne, en milieu urbain défavorisé, où la collaboration naît d'un projet de consultations infirmières (MSP C) 165

II.1.3. Une MSP en territoire semi-rural, initiée par l'hôpital local (MSP A) 166

II.1.4. Une « maison-pôle de santé » en territoire semi-rural, d'un projet immobilier à un projet collaboratif entre professionnels de santé et élus locaux, soutenu par l'ARS (MSP D) 167

II.2. Le besoin de trouver une solution organisationnelle pour faire face à une charge de travail croissante et plus complexe, mal répartie ou mal coordonnée..... 167

II.2.1. Des situations nécessitant une prévention de la désertification, ou d'une offre risquant de devenir insuffisante 168

II.2.2. Des récurrences dans des conditions d'émergence variées 171

Conclusion : De quelle prévention de risques est-il question dans cette approche par les « problèmes » ?.....172

CHAPITRE 3. DES PROCESSUS VARIÉS D'ENGAGEMENT DANS L'EXERCICE REGROUPE173

I. Pourquoi s'engager dans une MSP en projet, dans une commune de banlieue défavorisée174

I.1. Une finalité sociale et sanitaire sous-tendue par des enjeux professionnels et des trajectoires individuelles 174

I.2. Un modèle de soins primaires fondé sur une mosaïque de principes généraux et personnels 176

I.3. Un idéal organisationnel « en étoile » centré sur une équipe de soins primaires et un réseau local 178

II. Comment s'engager dans un exercice regroupé pluriprofessionnel et dans le travail collectif ?	179
II.1. Un investissement différencié des professionnels face aux enjeux collectifs de l'exercice.....	179
II.1.1. Des promoteurs aux trajectoires particulières, engagés dans un « nouveau type de sacerdoce »	179
II.1.2. Des professionnels plus ou moins engagés dans la dynamique collective	180
II.2. Pour tous, des formes d'engagement qui se révèlent dans la manière de définir les enjeux professionnels, mêlant qualité des soins et des conditions de travail.....	181
II.2.1. Les attentes d'une intervention coordonnée en MSP : facilité et fluidité des interactions, connaissance mutuelle et confiance.....	182
II.2.2. La référence à la qualité dans le discours professionnel : la continuité des soins, l'apport des avis croisés, mais pas forcément l'harmonisation des pratiques.....	184
II.2.3. L'enjeu pragmatique de l'amélioration des conditions de travail : entre « survie » et « confort ».....	186
II.3. Sens de cet engagement, et rôle social des soins de premier recours	190
Conclusion : Quelle place pour les approches de prévention dans les processus d'engagement observés ?	192

CHAPITRE 4. COMMENT LES TRANSFORMATIONS DE PRATIQUES S'OPERENT-ELLES DANS L'EXERCICE REGROUPE ?	195
I. Construire et innover localement à partir d'alliances et de traductions entre des acteurs de différents mondes	195
I.1. Rendre visibles les nouvelles pratiques envisagées.....	197
I.2. Péripéties de la maison de santé : des difficultés de traduction entre professionnels de santé et élus locaux.....	197
I.3. Péripéties du pôle de santé : des traductions délicates entre les différents professionnels de santé.....	199
II. Fonctionner en pluriprofessionnalité dans une MSP : un processus lent de transformation des modalités d'interaction et des cultures professionnelles	201
II.1. Le développement du travail pluriprofessionnel dans les quatre MSP : un processus long, facilité par une proximité physique et cognitive, un travail collectif autour de « projets », et une gouvernance participative	202
II.1.1. Un processus long	202
II.1.2. Un processus qui bénéficie de la proximité entre les acteurs	203
II.1.3. Un processus qui prend corps dans le travail collectif autour de projets, facilité par un management participatif	205
II.1.4. Un processus qui fait place à de nouvelles pratiques pluriprofessionnelles	206
II.1.4.1. Des pratiques d'organisation des soins primaires et de gestion de la MSP	209
II.1.4.2. Des pratiques de coordination de projets et de prises en charge des patients	209
II.1.4.3. Tensions générées par le travail pluriprofessionnel et freins observés	212
II.2. Les dimensions plurielles du « choc culturel » lié à l'exercice regroupé pluriprofessionnel	212

III. Des transformations gouvernées par des instruments d'action publique particuliers	216
III.1. Des instruments caractéristiques du nouveau management public.....	216
III.2. Des effets à la fois mobilisateurs et freinateurs.....	218
III.2.1. L'ETP, un instrument porteur de transformations à plusieurs niveaux	218
III.2.1.1. Un instrument qui contribue à redéfinir des frontières, et fait apparaître de nouveaux besoins	218
III.2.1.2. Un instrument qui déplace les tensions existantes entre des dimensions publiques et privées de la santé.....	219
III.2.2. Les instruments d'évaluation autour d'une MSP en projet : des pratiques révélatrices d'enjeux et porteuses de transformations.....	223
III.2.2.1. L'intérêt d'analyser les évaluations mises en place, leurs enjeux et leurs usages	223
III.2.2.2. Des évaluations qui ouvrent, façonnent et accompagnent le développement d'un projet de réorganisation des soins primaires	224
III.2.2.3. Quelles conséquences de cette multiplicité d'évaluations ?.....	230
III.2.3. L'ENMR : un outil mobilisateur, porteur d'une valeur d'équité dans la rémunération des différents professionnels	231
Conclusion : Des interactions inéluctables entre pluriprofessionnalité et pratiques préventives et éducatives	233
APPORTS ET PERSPECTIVES	237
I. Les MSP constituent une opportunité pour réorganiser les soins primaires	238
I.1. Affronter le paradoxe d'une médecine libérale sociale	239
I.2. La MSP, un instrument politique et médical de mise en mouvement adapté aux soins primaires	240
I.3. De l'importance du travail de traduction	243
I.4. Des tensions et concurrences exportées dans les MSP	244
I.5. La réforme des soins primaires à travers les MSP : utopie folle ou nécessaire ?	245
I.6. Questionner la généralisation possible, mesurer l'ampleur des transformations.....	246
II. Place et rôle des pratiques de prévention et d'éducation dans la dynamique de regroupement observée	247
II.1. Les approches préventives et éducatives : un promoteur de la dynamique, un aboutissement possible en lien avec le soutien reçu.....	247
II.2. Les pratiques préventives et éducatives : des catalyseurs de transformation des soins primaires	248
II.3. Les apports à la prévention de la pluriprofessionnalité en soins primaires : vers une définition extensive de la prévention	249
II.4. Les dispositifs de prévention et d'ETP pluriprofessionnels en MSP : des modèles et parfois des programmes en concurrence	250
II.5. L'absence des patients et des usagers : une place à penser dans un objectif d'extension.....	251
Conclusion : Quelles perspectives pour la réinvention d'une médecine collective ?	252
BIBLIOGRAPHIE.....	255

ANNEXES : Articles et chapitres d'ouvrages publiés	283
Fournier, C., 2014a. Concevoir une maison de santé pluriprofessionnelle : paradoxes et enseignements d'une innovation en actes. <i>Sciences sociales et santé</i> , 32(2), pp.67–95.	285
Fournier, C., Frattini, M. & Naiditch, M., 2014b. 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). <i>Questions d'économie de la santé</i> , (200), p.8	307
Fournier, C. Un projet d'éducation thérapeutique en tension entre normes publiques, comportements privés et diversité culturelle. In : Meidani A, Legrand E, Jacques B (dir.). <i>Du public au privé, une affaire de santé</i> . Paris, Presses de l'EHESP, pp. 105-121.....	309
Fournier, C. & Bentz, L., 2014. Travailler ensemble en éducation thérapeutique : reflet des débats ouverts lors du congrès Santé Éducation 2014. <i>Santé éducation</i> , 2, pp.6–8.	323
Fournier, C., 2014b. La relève dans la construction d'une nouvelle façon de soigner. <i>Santé éducation</i> , 2, pp.26–27.....	327
 Table des matières détaillée	 331