



HAL
open science

La production de l'action publique par les territoires : le cas de la régulation de l'offre de soins de premier recours dans les zones sous-denses. L'exemple des régions Auvergne Rhône-Alpes et Bourgogne Franche-Comté

Aude Lecomte-Salmon

► To cite this version:

Aude Lecomte-Salmon. La production de l'action publique par les territoires : le cas de la régulation de l'offre de soins de premier recours dans les zones sous-denses. L'exemple des régions Auvergne Rhône-Alpes et Bourgogne Franche-Comté. Science politique. Université Paris-Saclay, 2021. Français. NNT : 2021UPASU010 . tel-03543091

HAL Id: tel-03543091

<https://theses.hal.science/tel-03543091>

Submitted on 25 Jan 2022

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

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

La production de l'action publique par les territoires : le cas de la régulation de l'offre de soins de premier recours dans les zones sous-denses. L'exemple des régions Auvergne Rhône-Alpes et Bourgogne Franche-Comté.

The production of public action by the territories: the case of the regulation of the supply of primary care in low dense areas. The example of Auvergne Rhône-Alpes and Bourgogne Franche-Comté regions.

Thèse de doctorat de l'université Paris-Saclay

École doctorale n°629, Sciences Sociales et Humanités (SSH)
Spécialité de doctorat: Science Politique
Unité de recherche : Université Paris-Saclay, UVSQ, CNRS, Printemps, 78000, VERSAILLES, France
Réfèrent : Université de Versailles – Saint Quentin en Yvelines

Thèse présentée et soutenue à Paris-Saclay,
le 22/11/2021, par

Aude LECOMTE-SALMON

Composition du Jury

Nadège VEZINAT

Professeure des Universités,
Université Paris 8
Centre Maurice Halbwachs

Présidente du Jury

Thomas FRINAULT

Maître de conférences
Département d'Administration Economique et Sociale
Université Rennes 2

Rapporteur & Examineur

Marina HONTA

Professeure des Universités,
Université de Bordeaux
Centre Emile Durkheim

Rapporteur & Examinatrice

Pr. Olivier SAINT-LARY

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier
Université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines
Inserm, Equipe soins primaires et prévention

Examineur

Direction de la thèse

Patrick HASSENTEUFEL

Professeur des Universités
Université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines
Sciences Po Saint-Germain-en-Laye
Laboratoire Printemps

Directeur de thèse

François-Xavier SCHWEYER

Professeur à l'EHESP
Ecoles des Hautes Etudes en Santé Publique
Centre Maurice Halbwachs

Co-Directeur de thèse

Remerciements

Tout d'abord, mes remerciements se dirigent vers mes directeurs de thèse, P.HASSENFEL et F-X.SCHWEYER. En dépit du fait qu'il ne me connaissait pas, Patrick a accepté d'échanger avec moi au sujet du travail de recherche que je souhaitais entamer. Alors que je n'étais pas financée et que j'avais fait le pari de m'autofinancer grâce à ma réussite au concours de l'Education Nationale, il accepta tout de même de m'encadrer. Il m'a notamment fait confiance lorsqu'il m'a intégré au projet ANR-DFG « RegMedProv », au sein duquel j'ai pu être immergée dans la recherche collective auprès d'une équipe franco-allemande qui m'a beaucoup appris. C'est d'ailleurs là que j'ai rencontré François-Xavier qui accepta de co-encadrer ma thèse. Il m'a permis d'affiner mon travail en y apportant un regard à la fois différent mais également complémentaire de celui de Patrick. Par leur regard critique et bienveillant ils m'ont permis d'enrichir mes recherches. Je tiens également à les remercier pour leur patience durant ces nombreuses années face à ma lenteur dans la rédaction de cette thèse en raison de mon travail à temps plein d'une part, et mes ennuis de santé, d'autre part. Ils m'ont fait confiance et par ces lignes je leur témoigne ainsi mon profond respect.

Je souhaiterai remercier E.NALLET, présidente du CoRAHSS (Comité Rhône-Alpes d'Histoire de la Sécurité Sociale) pour son intervention auprès des directeurs de CPAM afin que je puisse obtenir des entretiens mais également M.F.LAROQUE, secrétaire générale et R.RUELLAN présidente du CHSS (Comité d'Histoire de la Sécurité Sociale) qui m'ont permis de rencontrer des personnalités phares de la Sécurité Sociale et des Politiques de Santé. J'ai en effet pu m'imprégner de certains entretiens pour nourrir cette recherche.

Ce travail n'aurait pas non plus abouti sans un soutien et un accueil au sein du laboratoire PRINTEMPS (Professions, Institutions, Temporalités). J'ai également pu bénéficier d'un sérieux soutien de L.WILLEMEZ, directeur du laboratoire lorsque j'ai traversé une difficile période de deuil en 2020 et pour cela je l'en remercie infiniment. L'éloignement géographique et mon travail ne m'ont malheureusement pas permis de m'y rendre aussi souvent que je l'aurai souhaité.

Je voudrais également adresser mes remerciements à ma famille. Cette thèse, bien qu'individuelle se transforma en une expérience collective qui l'impliqua fortement. Elle a

été présente dans tous mes moments de doute, de joie, a essuyé mes larmes et m'a donné la force de poursuivre. A mes parents qui m'ont poussé toujours plus loin, pour dépasser mes limites. Ils furent un modèle de réussite pour moi. J'aimerais tout particulièrement remercier ma mère pour son suivi de mes travaux depuis le début et son regard profane qui s'est affiné au fil de ses lectures, devenue politiste malgré elle. A toi Benjamin, pour la relecture mais également pour t'avoir ressassé mes angoisses autour de ce travail. A mes amis et partenaires sportifs qui m'ont permis de décompresser par nos rigolades lors de nos compétitions ou à l'occasion de belles galopades dans les champs.

Parce qu'il est celui qui partage mon quotidien depuis bien longtemps, qu'il me soutient dans tous mes choix et qu'il a traversé toutes ces épreuves de la vie avec moi : Bruno, merci d'être présent et de me soutenir quoi qu'il arrive, de me faire rire chaque jour et de m'apprendre à relativiser. La vie nous a fait vivre de dures épreuves mais ensemble nous avons su rebondir.

Remerciements	1
I. Introduction.....	7
II. Démarche et méthode	16
1. Questionnement	16
2. Choix des terrains :	18
3. Présentation des terrains	20
A. La région AURA	20
1. Au niveau géographique	20
2. Au niveau démographique	22
3. Au niveau économique	24
B. La région BFC	27
1. Au niveau géographique	27
2. Au niveau démographique	28
3. Au niveau économique	29
4. La situation politique au regard de la santé	34
A. La région AURA	34
B. La région BFC	39
5. Méthodologie de l'enquête :	42
Partie 1 : Quand les instruments sont au service du jacobinisme, vers un changement dans l'action publique ?	44
Chapitre 1 : L'étatisation du système de santé	55
Section 1 : Les administrations locales ou l'affirmation d'une <i>dépendance au sentier</i>	59
A. Les ARS	59
B. Le Préfet	74
Section 2 : Les limites de l'instrumentation, l'épineuse question du zonage	78
A. Une classification plus en phase avec la réalité ?.....	79
1. Définition du zonage.....	80
2. Méthodologie employée	82
B. Les nouveaux enjeux du zonage : un instrument générateur de tensions ?... 87	
Conclusion du chapitre 1 :	101
Chapitre 2 : L'étatisation progressive de l'Assurance-maladie	103
Section 1 : L'affirmation de la puissance étatique face à l'assurance maladie : la fin d'un long combat ?.....	108

Section 2 : Instrumenter par l'incitation. Le cas des aides à l'installation.....	118
A. Les contrats : un gage d'attractivité des jeunes médecins ?.....	118
B. Les CPAM comme chef d'orchestre de l'instrumentation incitative.....	129
Conclusion du chapitre 2 :	137
Chapitre 3 : L'influence des professionnels de Santé sur les instruments dans un contexte de fragmentation de la profession	139
Section 1 : Les médecins et leurs syndicats	141
Section 2 : La faculté de médecine ou la résistance au changement : une toute puissance déconnectée des réalités locales ?.....	156
Section 3 : De la FFMPs à AVEC Santé : un entrepreneur de politiques publiques ayant pris le <i>leadership</i>	166
Conclusion du chapitre 3 :	175
Chapitre 4 : L'instrumentation à l'épreuve du feu : le changement au prisme des nouveaux modes d'organisation	177
Section 1 : Les MSP : un mode d'organisation qui apporte une réponse partielle au déficit d'offre de soins	181
Section 2 : Pôles de santé, CDS, réseaux de soins et CPTS.....	204
Conclusion du chapitre 4 :	210
Conclusion de la partie 1 :.....	211
Partie 2 : La territorialisation du premier recours.....	216
Chapitre 5 : La production de l'action publique locale : une situation contrastée.....	222
Section 1 : La production de l'action publique à l'échelle infra-départementale : l'exemple du pays de Gex.....	224
Section 2 : Quand la gouvernance locale reste inerte : les « oubliés » de la santé, entre adaptation et innovation à Bellegarde-sur-Valserine	241
Section 3 : Les usagers : une petite voix qui tente d'être entendue	261
1. La démocratie sanitaire : une rupture idéologique.....	261
2. Un tournant dans les politiques de santé : l'utilisateur au cœur du dispositif....	263
3. Un impact sur l'action publique contrasté	271
Section 4 : Les limites de la gouvernance locale : le cas des MSP "fantômes" (non labellisées).....	279
Conclusion du chapitre 5 :	287
Chapitre 6 : Gouverner le territoire : la production de l'action publique à l'échelle locale	288

Section 1 : Réguler l'offre de soins de premier recours : la territorialisation portée par les collectivités territoriales.....	289
A. Le département, une échelle d'action historiquement pertinente.....	289
1. Le Conseil Départemental	290
2. La Délégation Départementale de l'ARS	301
B. Les élus locaux : entre volonté d'œuvrer pour l'intérêt général et clientélisme politique	305
C. Le conseil régional : le grand perdant de la territorialisation ?.....	307
Section 2 : Quand le département se fait providence : l'exemple du CDS de Saône-et-Loire :	310
Conclusion du chapitre 6 :	338
Conclusion de la Partie 2 :	340
Conclusion générale de la thèse :	343

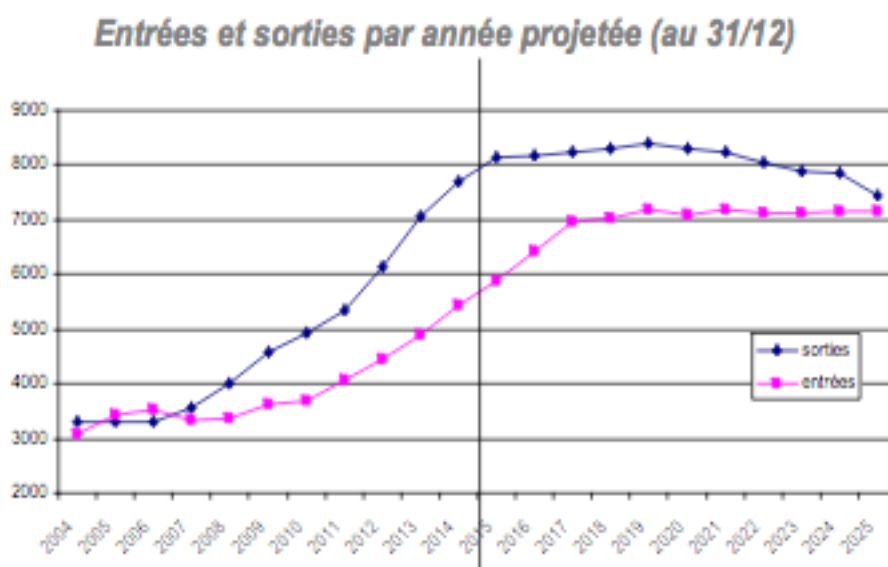
I. Introduction

« [...] la fracture sanitaire s'est accentuée en quatre ans. Ainsi, 49% des habitants ont vu leur accès aux médecins généralistes se dégrader, contre seulement 4% qui l'ont vu s'améliorer. Le chiffre est quasiment doublé lorsqu'on évoque un spécialiste. L'offre s'est réduite pour 70% de la population concernant les pédiatres, 80% pour les gynécologues, 72% pour les ophtalmologistes. Les chiffres deviennent plus affligeants lorsqu'on évoque les déserts médicaux avec les médecins spécialistes. »¹ publiait le quotidien local *Le Progrès* le 3 août 2016. Le problème n'est pas nouveau et si sa présentation est ici dramatisée, c'est parce qu'il prend de plus en plus d'ampleur. Aujourd'hui, le politique tente - tant bien que mal - de réformer l'organisation sanitaire [BRUNN, 2020] et de rendre ces territoires sous-denses plus attractifs mais pour autant les solutions proposées n'ont pas les effets escomptés et ne font pas figure de remède « miracle » comme ce que l'on pouvait penser. Le problème est bien plus profond et il semble nécessiter de repenser l'organisation sanitaire. Si aujourd'hui de nombreux territoires tirent la sonnette d'alarme c'est bien parce que les tentatives menées depuis quelques années ont avorté et que le système semble aujourd'hui être à bout de souffle. C'est notamment ce que l'on peut lire en filigrane du rapport JUILHARD². Déjà dans ce rapport la question de la pénurie d'offre est largement relayée. Il est d'ailleurs fait le constat d'une situation très paradoxale : alors que le rapport annonce la pénurie prochaine de médecins, il constate que le nombre de praticiens en activité n'a jamais été aussi élevé. En effet, selon les projections de l'époque, trois phases sont identifiées : une première jusqu'en 2007 qui voit la stabilisation du nombre de médecins en activité. Une deuxième sur la période 2008-2015 qui se traduira par un nombre de cessation d'activité supérieur à celui des installations. Enfin une troisième période à partir de 2016 qui verra une augmentation des installations mais ce n'est qu'à partir de 2025 que les projections prévoient un nombre d'entrées supérieur à celui des sorties. Cela aura pour conséquences une baisse du nombre de médecins en activité entre 2006 et 2025 de 9.4%. Le rapport prévoit un retour à une densité proche de celle du milieu des années 1980 en 2025.

¹ « De plus en plus de déserts médicaux au fil des années », C.COURTOIS, *Le Progrès*, mercredi 3 août 2016, p.9

² JUILHARD.J.M, « Offre de soins : comment réduire la fracture territoriale ? », rapport d'information n°14 (2007-2008), Commission des affaires sociales, 4 octobre 2007, 86p.

Titre :



Source : <https://www.senat.fr/rap/r07-014/r07-014-syn.pdf>

Les études réalisées par les missions régionales de santé montrent d'ailleurs que 2.3 millions de personnes vivent dans 643 zones considérées comme étant « en difficulté » ou « fragiles », d'après le rapport. Cette situation génère donc un accroissement des inégalités au sein des différentes zones et ce sont les zones rurales, de montagne ou les quartiers identifiés comme « sensibles » des périphéries urbaines qui sont impactées. Le rapport s'interroge alors sur les solutions adoptées par les pouvoirs publics. Il mentionne ainsi que depuis 2005, des incitations financières sont mises en place dans les zones sous-denses. Ces aides, pourtant nombreuses font preuve d'une efficacité limitée comme le souligne le rapport. Parmi ces aides, on peut mentionner les exonérations d'impôt sur le revenu et la taxe professionnelle ; la prime à l'installation, la mise à disposition d'un logement mais également la prise en charge des frais d'investissement. On peut aussi mentionner la majoration de 20% des honoraires versés par l'Assurance-maladie et enfin, un dispositif de dérogation au parcours de soins dans ces zones. Enfin, le rapport dénonce l'élaboration d'un zonage régionalisé, établi par chaque mission régionale de santé ce qui a pour corollaire de ne pas avoir une méthodologie de zonage identique entre les régions. Ce système présente alors des limites dans la mesure où c'est à partir de ce zonage qu'en découlent les aides. Il souligne notamment la faible efficacité de ces mesures incitatives alors que c'est pourtant la voie qui est privilégiée, ce que nous pourrions toujours constater au fil de notre travail. Le rapport met en exergue les nombreuses difficultés de l'offre de soins et met en avant la nécessité de la création des Agences Régionales de Santé (ARS) et d'y associer les

collectivités territoriales. Sur ce dernier point le rapport souligne en effet la capacité d'innovation dont font preuve les territoires³. A cela il faut ajouter que l'accent est mis sur le développement des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP) qui est perçu comme une solution à la régulation de l'offre de soins. D'ailleurs, nous pourrions constater plus loin que cela est toujours d'actualité. Enfin, le rapport souligne la volonté de certains d'instaurer des mesures plus contraignantes afin de réduire les inégalités territoriales en matière d'offre de soins.

Plus largement, cette question permet de repenser le rôle de l'Etat et son rapport avec ses territoires, dans un domaine politiquement essentiel : celui de la santé.

Depuis quelques années on assiste à un renforcement du rôle de l'Etat dans le domaine de la santé qui est perçu comme un « progrès » dans la mesure où il est garant d'une plus grande cohérence de l'ensemble des acteurs impliqués⁴. En effet, l'Etat ayant un rôle de protection des citoyens son intervention apparaît pertinente et est en conséquence légitime dans le domaine de la santé (ce que M.FOUCAULT développe à travers la notion de *Biopolitique*⁵). Par voie de conséquence, l'étatisation qui s'opère dans le domaine de la santé est aujourd'hui vue comme une nécessité impérieuse. Nous pouvons ici faire référence à B.JOBERT qui démontre que l'Etat n'est pas extérieur face à la société civile et qu'il est bel et bien « *en action* » [JOBERT, 1985]. En effet, il montre que l'Etat est un agent majeur de l'intégration dans la mesure où il a développé un arsenal de services et d'administrations mais il est également le vecteur principal de l'autorité politique. Dans ce contexte, les services et la bureaucratie vont se retrouver dans une double logique d'action : ils doivent trouver leur propre mode d'articulation avec les autres acteurs du processus spécifique d'intégration à laquelle elles participent. De ce fait, ils vont devoir acquérir de l'autonomie d'action au sein de l'appareil étatique. Mais pour cela, chacun d'eux va devoir modeler son action en fonction de la tâche à accomplir mais aussi des partenaires avec lesquels ils travaillent. Les différentes dimensions de l'intégration sociale vont alors être accomplies par des groupes et des services distincts les uns des autres. B.JOBERT ajoute également qu'à mesure de l'extension des tâches assignées à la collectivité publique, les modalités classiques

³ La loi de 2005 relative au développement des territoires ruraux autorise les collectivités territoriales à aider financièrement les médecins au moment de leur installation

⁴ BENAMOUZIG.D, « Réinventons notre système de santé. Projet 2012 »

⁵ Il s'agit d'un « mode de gouvernement fondé sur l'intériorisation, par les individus de la nécessité de se maintenir en santé », BOSSY.T, BRIATTE.F, « Les formes contemporaines de la biopolitique : une approche comparative des politiques de santé publique », Revue Internationale de Politique Comparée, 2011/4, vol.18, pp.7-12

de l'Etat régalien ne suffisent plus. A partir de là, il s'agit alors d'infléchir les comportements des agents du développement. L'action se situe alors au niveau des normes ainsi que des représentations qui vont permettre une orientation des comportements au jour le jour. L'analyse doit donc être double : d'abord l'impact immédiat d'une politique publique et ensuite le changement dans les représentations sur le long terme. On peut alors citer B.JOBERT qui précise que « *La question de la genèse de l'acteur social fait dont apparaitre l'ambiguïté de l'Etat moderne et son imbrication inextricable avec la société civile. Par son action directe, il modèle les structures de cette société et crée les fondements de certains des groupes majeurs qui l'animeront. Par son influence intellectuelle, il contribue à modeler les représentations autour desquelles s'organiseront et s'affronteront les acteurs sociaux. Par ses modes de médiation, il régule largement l'accès de ces acteurs à la scène politique et leur mode d'organisation.* »⁶.

En France, la demande de santé est en constante augmentation. Plusieurs causes permettent d'expliquer ce phénomène. Tout d'abord il faut noter que la démographie évolue en raison de l'allongement de l'espérance de vie, ayant pour corollaire des besoins de santé plus forts. Ensuite, on constate une persistance des inégalités en matière de santé tant au niveau social, que de l'âge ou encore au niveau spatial – une illustration probante de cela est par exemple l'existence d'inégalités de plus de 10 ans entre le Nord et le Sud sur la période 1988-1992⁷. Enfin, il faut également évoquer des exigences de plus en plus importantes de la part de la population que ce soit en matière de progrès (progrès médical, avancées de la recherche...) mais également en matière de protection. Face à cela, la territorialisation monte en puissance. Depuis quelques années le territoire national semble perdre en légitimité d'action au profit d'autres échelles territoriales telles que la région, le département... [HASSENTEUFEL, 1998]. Ainsi le local s'érige peu à peu comme « [...] le niveau le plus pertinent pour traiter les problèmes de façon transversale et au cas par cas. »⁸. B.PALIER constate un phénomène de « *re-territorialisation* » concomitant à une « *crise de la sectorialité* » [PALIER, 1998]. A travers l'étude des politiques sociales, il observe l'importance donnée au territoire qui devient alors un « *moyen de réorganiser l'action*

⁶ JOBERT.B, « L'Etat en action. L'apport des politiques publiques », Revue française de science politique, 35^e année, 04, 1985, p.679

⁷ BONNICI.B, *La politique de santé en France*, PUF, Que Sais-je ?, 2013, 5^e ed., 127p.

⁸ HASSENTEUFEL.P, « Introduction au numéro spécial : Think social, Act local. La territorialisation comme réponse à la « crise de l'Etat-Providence ». », Politique et Management Public, vol.16, n°3, 1998, p.6

publique »⁹. En effet, le territoire permet de dépasser le clivage catégoriel/sectoriel dans l'action publique. Cependant, la notion de territoire n'est pas simple dans la mesure où chacun dispose d'une perception qui lui est propre. Comme B.PALIER le souligne, « *Les différents acteurs présents ont chacun leur référence spatiale ou territoriale, et ne s'en affranchissent pas dans une action qui ne parvient pas à être commune.* »¹⁰

Ainsi on assiste à une montée en puissance du territoire, bien que celle-ci soit paradoxale. En effet, si l'on observe une territorialisation des politiques de santé, on constate que – dans le même temps – l'Etat conserve sa prééminence, voire même la renforce. C'est notamment ce que montre B.PALIER au sujet des politiques sociales avec un modèle qui reste encore largement « *top-down* » alors même qu'à l'origine il était pensé pour partir des territoires et donc de s'adapter en fonction des réalités observées localement, s'orientant ainsi vers un système de type « *bottom-up* » [PALIER, 1998]. Cependant, « *L'Etat central définit des principes, des objectifs, des normes et des barèmes à mettre en œuvre localement.* »¹¹. C'est ce que nous verrons par la suite avec les Agences Régionales de Santé (ARS). Pour P.MULLER, « *l'espace local apparaît aujourd'hui à la fois comme un lieu potentiel de remise en cohérence de la sectorialité permettant de dépasser les effets pervers du corporatisme et comme un lieu où pourraient se reconstruire les relations de proximité dans lesquelles les individus retrouveraient une part de la maîtrise de la complexité du monde. Autrement dit, le local, apparaît comme un espace où l'exigence d'efficacité pourrait se réconcilier avec l'exigence de proximité* »¹². Ainsi on note toute l'importance du local dans le domaine de la santé, d'autant plus que les inégalités entre territoires sont de plus en plus manifestes. Les élus locaux vont alors jouer un rôle de taille autour des questions de santé et notamment pour rendre leur territoire attractif pour les professionnels de santé. Nous pouvons faire un parallèle avec l'étude de G.PINSON¹³ sur les politiques de déplacement urbains qui montre l'importance que prennent les élus locaux dans cette territorialisation de l'action publique. « *A mesure que le territoire supprime le secteur, à la fois comme cadre d'analyse, d'appréhension des problèmes et d'intervention sur ces problèmes, les ressources*

⁹ PALIER.B, « La référence au territoire dans les nouvelles politiques sociales. », Politique et Management Public, vol.16, n°3, 1998, p.25

¹⁰ *ibid.*, p.33

¹¹ *ibid.*, p.33

¹² MULLER.P, « Les politiques publiques entre secteurs et territoires », Politique et Management Public, vol.8, n°3, sept. 1990, p.31

¹³ PINSON.G, « Politiques de déplacements urbains : mobilisations territoriales et recherche de cohérence dans l'action publique urbaine », Politiques et management public, vol.16, n°4, 1998, pp.119-150

et la légitimité de l'élu ne sont plus seulement indexées à son rôle de médiation entre la société locale et les promoteurs étatiques des politiques sectorielles mais également à sa capacité à mobiliser et à fédérer des acteurs d'origines institutionnelles, sectorielles et territoriales diverses autour de « projets » de développement « globaux » »¹⁴. Ainsi on se rend bien compte que le territoire devient un véritable enjeu de mobilisation des élus locaux.

Le 21 juillet 2009, la loi HPST donne naissance aux ARS après une première expérience régionale avec les ARH. Ces dernières sont nées avec l'ordonnance du 24 avril 1996 et les missions sont définies par l'article L.6115-1 du code de la santé publique. L'objectif des ARH est de définir et de mettre en œuvre la politique régionale de l'offre de soins hospitaliers à travers le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS) et les Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM) conclus avec les établissements. Elle analyse et coordonne l'activité des établissements de santé et en détermine leurs ressources à travers la campagne budgétaire. Les ARH sont créées dans chaque région. Au niveau de leur statut juridique, il s'agit d'un groupement d'intérêt public doté de la personnalité morale avec l'autonomie administrative et financière et est constituée entre l'Etat et l'Assurance Maladie. Ces agences sont placées sous la tutelle du ministre en charge de la santé et de la Sécurité Sociale et elles sont soumises au contrôle de la Cour des Comptes ainsi que de l'Inspection Générale des Affaires Sociales. Sur le plan de la gouvernance, on trouve une Commission exécutive qui délibère ou émet des avis sur la plupart des dossiers relevant des compétences de l'Agence. Les dossiers sont examinés dans le cadre de procédures précises par le directeur et la commission exécutive qui doivent consulter d'autres instances relevant du domaine de la santé. C'est le directeur de l'Agence qui préside la commission exécutive. Il est entouré d'une équipe restreinte et pour exercer ses missions, il s'appuie sur les services déconcentrés de l'Etat et les organismes d'Assurance-maladie. Un entretien avec un ancien directeur d'ARH¹⁵ a permis de montrer que dans les faits, les ARH ne dépendaient de personne car leur directeur ne sollicitait que très peu le ministre. Les ARH ont pour mission de définir et de mettre en œuvre la politique régionale de l'offre de soins hospitalière. Elles analysent et coordonnent l'activité des établissements de santé – qu'ils soient publics ou privés – et en déterminent les ressources. Enfin, elles ont pour

¹⁴ PINSON.G, « Politiques de déplacements urbains : mobilisations territoriales et recherche de cohérence dans l'action publique urbaine », *art.cit.*, p.122

¹⁵ Entretien avec D.COUDREAU, réalisé dans le cadre de la 3^e campagne d'archives orales du Comité d'histoire de la Sécurité Sociale (CHSS)

mission de contrôler la légalité des actes des hôpitaux publics, en planifier l'offre de soins et en répartir les moyens financiers. De ce fait, elles n'incarnaient pas la régionalisation de la santé. Il s'agissait plutôt d'une instance de déconcentration mais l'implantation du pouvoir central au niveau local n'était pas effective car il n'y avait pas d'objectifs définis, malgré la mise en œuvre des SROS (Schéma Régional d'Organisation Sanitaire). Il faut cependant noter que les ARH permettent à l'Etat, au prisme de la déconcentration, de maîtriser la politique hospitalière. Mais c'est ce dernier point qui pose problème et qui écourte la durée de vie des ARH¹⁶. En effet, la gestion de la seule politique hospitalière par les ARH pose très vite un problème de cohérence des politiques de santé.

Alors que les ARH n'avaient que pour objectif l'organisation de la politique hospitalière en région, les ambitions que fixe le législateur aux ARS sont bien plus conséquentes. Il s'agit en effet de regrouper l'ensemble des secteurs ambulatoire, hôpital, professions de santé, médico-social, prévention et promotion de la santé, veille et sécurité sanitaire dans une seule et même institution, à des fins de rationalisation de l'action publique. Notre travail s'intéresse ici uniquement à un seul de ces secteurs : celui de la régulation de l'offre ambulatoire.

L'expérience des ARH, donne à voir qu'en France, la régionalisation de la santé peine à se mettre en place et cela tient pour l'essentiel de la tradition fortement centralisatrice de l'Etat. C'est d'ailleurs ce que montre C.CLAVIER dans sa thèse¹⁷. En effet, selon elle « *Il subsiste donc une certaine ambiguïté de la régionalisation en France, le terme désignant à la fois le processus de déconcentration de la politique de santé sous la houlette des administrations de l'Etat, la participation des collectivités territoriales à ces politiques partenariales et une certaine décentralisation à l'initiative des collectivités territoriales.* »¹⁸. La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique renforce le caractère déconcentré de la régionalisation en matière de santé. Mais par la suite, la loi HPST tente de redonner du pouvoir aux régions avec la création des ARS.

Dans ce contexte, l'échelon régional s'est affirmé dans la mesure où il s'agit d'une échelle d'action cohérente, tant au niveau national qu'au niveau européen.

¹⁶ D'après nos entretiens réalisés dans le cadre de la campagne d'archives orales du CHSS

¹⁷ CLAVIER.C, « Le politique et la santé publique. Une comparaison transnationale de la territorialisation des politiques de santé publique (France, Danemark) », thèse de doctorat de Science Politique, soutenue le 6 juillet 2007, 553p

¹⁸ *ibid.*, p.185

L'Union Européenne ne considère par la région comme une entité « autonome » à l'instar des Etats. En revanche, l'Union Européenne mène une politique – notamment dans le domaine de la santé - qui tente de prendre en compte le territoire régional ainsi que sa population. En effet, depuis le traité de Lisbonne (2009), « *L'Union Européenne considère de plus en plus le territoire régional comme un échelon pertinent et nécessaire pour son intégration, l'un des principaux objectifs de l'Union Européenne étant de réduire les inégalités entre territoires* »¹⁹. Dans ce contexte, le territoire régional s'érige en échelon pertinent pour les actions dans le domaine de la santé au niveau de l'Union Européenne (on note par exemple l'existence d'une commission du développement régional au sein du Parlement Européen). De plus, la Commission Européenne met l'accent sur la notion « *d'accès équitable aux services de santé* »²⁰. En effet, pour les instances européennes, la santé est au cœur des préoccupations dans la mesure où elle est appréhendée comme un facteur de compétitivité et de développement régional. En dépit de son incitation au développement de l'échelon régional, l'Union Européenne veille au respect de la souveraineté des Etats. « *Pour autant, l'Union Européenne respectant les principes fondamentaux de son fonctionnement n'entend pas remettre en question les équilibres institutionnels interne de chaque Etat membre* »²¹. Il faut également souligner que les régions deviennent actrices de la politique menée par l'Union Européenne dans le domaine de la santé. En effet, depuis le traité de Maastricht (1992), l'Union Européenne accorde une place aux régions dans la construction communautaire. D'ailleurs pour appuyer cet élément, l'Union Européenne s'est dotée d'un Comité des Régions qui émet des avis lorsqu'il est consulté par la Commission, le Conseil ou encore le Parlement, ayant pour corollaire « de montrer aux institutions la nécessité d'associer les collectivités locales et des acteurs locaux et territoriaux à l'action au niveau européen, notamment dans la politique de santé au niveau des territoires »²². L'intégration européenne et le principe de subsidiarité qui en découle nécessite de fait une proximité avec les citoyens. Dans cette perspective, l'action régionale dans le domaine de la santé semble tout à fait en adéquation avec les principes fondateurs de l'Union.

¹⁹ ALAM.T, GURRUCHAGA.M, *Collectivités, territoires et santé, regards croisés sur les frontières de la santé*, L'Harmattan, 2015, p.220

²⁰ *ibid.*, p.220

²¹ *ibid.*, p.224

²² *ibid.*, p.226

Outre la question de l'intégration européenne, on l'a dit plus haut, la question régionale émerge depuis de nombreuses années dans le paysage politico-administratif français. En effet, cette notion de régionalisation dans le domaine de la santé apparaît dès les ordonnances Juppé de 1996 qui donnent naissance aux Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH). Pourtant déjà en germe lors de la publication des ordonnances, les ARS ne sont pas créées immédiatement²³.

²³ Des entretiens menés dans le cadre d'une campagne d'archives orales pour le Comité d'Histoire de la Sécurité Sociale ont permis de mettre en exergue cet élément notable, qui explique également l'échec des ARH. Pour être concis, nous allons ici considérer que les ARS n'ont pas vu le jour à cette époque en raison de l'agenda politique jouant plus en faveur de la création des ARH.

II. Démarche et méthode

1. Questionnement

Les différentes lectures menées jusqu'à présent ainsi qu'une enquête de terrain et quelques entretiens réalisés pour le CHSS, ont permis de nourrir un certain nombre de questions. Ce questionnement permettra de guider la recherche ainsi que les entretiens dont il sera le fil directeur. Notre travail de recherche s'attache en effet à étudier la régulation de l'offre de soins primaires dans les territoires sous-denses dans deux régions : Auvergne Rhône-Alpes et Bourgogne Franche-Comté.

Depuis 2009, les ARS sont les institutions clés de la régulation de l'offre en santé dans les territoires mais dans les faits, comment les ARS opèrent-elle une régulation sur l'ensemble de leur territoire ?

L'idée maîtresse qui a donné lieu à la création des ARS était qu'elles disposent d'une certaine autonomie leur permettant d'adapter les politiques nationales à la réalité qu'elles observent dans leur territoire. Dans ce contexte, on en vient à se demander quelle est leur marge de manœuvre – réelle ou supposée - quant à la répartition de l'offre en santé ? En effet, nous pourrions voir par la suite que l'autonomie des ARS est relative dans la mesure où elles sont des instances déconcentrées. A cela s'ajoute le fait qu'elles sont issues d'une fusion entre des services de l'Etat à laquelle vient s'ajouter l'Assurance-maladie par le biais des Unions Régionales des Caisses d'Assurance-maladie (URCAM) et des Caisses Régionales d'Assurance Maladie (CRAM). On peut alors se demander si nous pouvons parler d'étatisation de la santé et plus particulièrement de la régulation de l'offre de soins de premier recours ? Dans ce contexte, on peut s'interroger sur la manière dont les ARS s'approprient la régulation des soins de premier recours, entendus comme un secteur.

La loi HPST de 2009 les a dotées d'un vaste champ de compétences, fusionnant ainsi différents secteurs dans une seule et même institution, dans une logique de rationalisation de l'action publique, gage d'efficacité. On peut ainsi questionner s'il y a des secteurs où la régulation s'opère plus efficacement que d'autres ? Dans ce cas-là, quelles sont les raisons de ces phénomènes et quelles sont les solutions envisagées pour pallier aux difficultés rencontrées dans les autres secteurs ? L'intersectorialité voulue est-elle véritablement à

l'œuvre ou est-ce que finalement, la création des ARS n'a pas réactivé les clivages existants ?

Mais les ARS ne sont pas les seuls acteurs qui interviennent dans la régulation de l'offre de soins. En effet, les acteurs locaux semblent se saisir de la question – pour des raisons souvent électorales (pour les élus) mais également par amour de leur territoire dont ils déplorent la désertification et qu'ils voudraient redynamiser (avec la désertification médicale, c'est le risque de voir partir une partie de la population et donc un risque de fermeture des services publics et des commerces, faute de monde). Parmi les acteurs présents localement, il faut également mentionner les professionnels libéraux représentés depuis 2009 par les Unions Régionales des professionnels de Santé (URPS) mais également les antennes locales des syndicats professionnels. Aussi il semble pertinent de s'interroger sur les manières dont les acteurs locaux (élus, associations, usagers...) s'y prennent pour rendre leur territoire attractif. Les actions entreprises pour attirer les professionnels de la santé sont-elles pérennes ?

Il paraît également intéressant d'étudier les relations entretenues entre les différents acteurs et l'ARS et de se demander comment les acteurs des différents territoires jouent de leur influence pour être écoutés/pris en compte par l'ARS ? Ainsi cela revient à se demander quels sont les jeux d'acteurs qui sont à l'œuvre ?

Enfin, il semble pertinent de s'interroger sur le lien entre la démographie/géographie des territoires et les actions mises en œuvre. Autrement dit : les profils différents de chaque territoire ont-ils un impact sur le choix des actions à entreprendre ?

De ces différents questionnements en découle la problématique générale qui est au cœur de ce travail de recherche : Quelle est la capacité d'un territoire – à la fois multi-acteurs et multi-niveaux – et quels sont ses leviers d'action pour produire et mettre en œuvre une politique de régulation de l'offre de soins dans les zones sous-denses, dans un contexte d'érosion de la démographie médicale ?

Pour y répondre, notre travail s'articule autour en deux grandes parties traitant chacune d'un concept clés de notre recherche : celui du changement dans l'action publique et celui de la territorialisation. Chacune de ces parties se découpe en chapitres, eux-mêmes divisés en différentes sections. L'étude du changement au prisme des instruments nous donne à voir une transformation du système de santé dont l'étatisation progressive n'est plus à nier. Comme nous pourrons le voir dans le 1^{er} chapitre, elle s'opère à travers des instances

déconcentrées qui cadrent l'instrumentation définie au niveau national. Mais cette étatisation ne s'opère pas qu'à ce niveau. En effet, dans le chapitre 2 nous allons voir qu'elle s'opère également du côté de l'Assurance-maladie, avec là encore une instrumentation définie au niveau central par les instances étatiques et qui s'imposent aux caisses. Bien que l'Etat s'appuie sur les instruments pour asseoir son emprise, nous verrons tout au long du chapitre 3 que d'autres acteurs tentent de peser sur la définition de ces instruments et des modes d'organisation dans le chapitre 4.

Dans une seconde partie, nous présenterons une lecture plus fine de la production de l'action publique à l'échelle locale avec le travail de terrain que nous avons mené. Comme nous pourrons le voir dans le chapitre 5, la territorialisation ne profite pas toujours aux territoires dans la mesure où l'action publique peut parfois se traduire par un véritable échec. Mais le territoire est aussi porteur d'innovations. C'est ce que nous pourrons observer notamment dans le chapitre 6 à travers un exemple ciblé qui nous permet de voir comment un territoire local produit de l'action publique en se saisissant des leviers dont il dispose et en s'appuyant sur les acteurs présents.

2. Choix des terrains :

Le choix des terrains locaux s'est centré sur la région Auvergne-Rhône-Alpes (AURA), deuxième région française mais une région également très affectée par la désertification médicale et la région Bourgogne-Franche Comté (BFC), marquée par un fort caractère rural et également frappée de plein fouet par le même phénomène. Ces territoires étant très vastes, un resserrement s'impose. Notre recherche s'est donc attachée à cibler des territoires infra-régionaux « clés » que nous avons pu identifier au fil des recherches mais également lors de nos premiers entretiens. Ainsi, il nous est apparu important de cibler le département de l'Ain, berceau des MSP (Maisons de Santé Pluriprofessionnelles) mais également qui présente des initiatives importantes. C'est notamment ce que nous avons pu observer à la frontière suisse, qu'il s'agisse du Pays de Gex ou encore de la commune de Valserhône²⁴. La pertinence de ce département n'a fait aucun doute dans la mesure où il s'agit d'un territoire majoritairement rural avec quelques centres périurbains. A la différence d'autres départements de la région, l'Ain n'est pas marqué par une forte urbanisation, bien que celle-ci prenne de plus en plus d'ampleur. A cela s'ajoute le fait que ce département

²⁴ Au moment de notre enquête, la commune était encore appelée Bellegarde-sur-Valserine

présente une géographie particulière : une partie de son territoire se trouvant frontalière avec la Suisse, cette zone est attractive pour nombre de travailleurs. A cela s'ajoute l'enclavement d'une partie de son territoire marquée par une « barrière » naturelle, les montagnes du Bugey. Notre enquête a permis de voir que l'accès au premier recours est intrinsèquement lié à d'autres problématiques, celle de l'accessibilité de manière générale, qu'il s'agisse des transports routiers, ferroviaires etc... Au début de notre recherche, nous avons souhaité travailler sur le département du Rhône et sur les difficultés d'accès aux soins de premier recours dans cette zone. Notre enquête a permis de nourrir ce travail mais nous n'avons en revanche pas pu observer d'initiatives locales fortes à l'image du département de l'Ain. Le département du Rhône nous est apparu important dans la mesure où il s'agit d'un territoire au sein duquel l'urbanisation y est forte et qui rencontre de multiples difficultés en termes de régulation du premier recours. Là encore, nous avons pu voir que les difficultés d'accès aux soins sont directement corrélées avec les problématiques économiques ou encore linguistiques, pour les quartiers défavorisés.

Notre recherche en région AURA s'est donc axée plus finement sur deux départements, lesquels ont pu être encore affinés pour observer au plus près l'action publique.

S'agissant de la région BFC, nous avons choisi de nous borner à l'étude d'un seul territoire, celui du département de la Saône-et-Loire car notre enquête ne pouvait se focaliser sur l'ensemble de la région. Le choix de ce département a reposé sur le fait que l'initiative qu'il portait était unique en France au moment de notre enquête, c'est pourquoi il nous est apparu fondamental d'y consacrer un long moment dans notre travail.

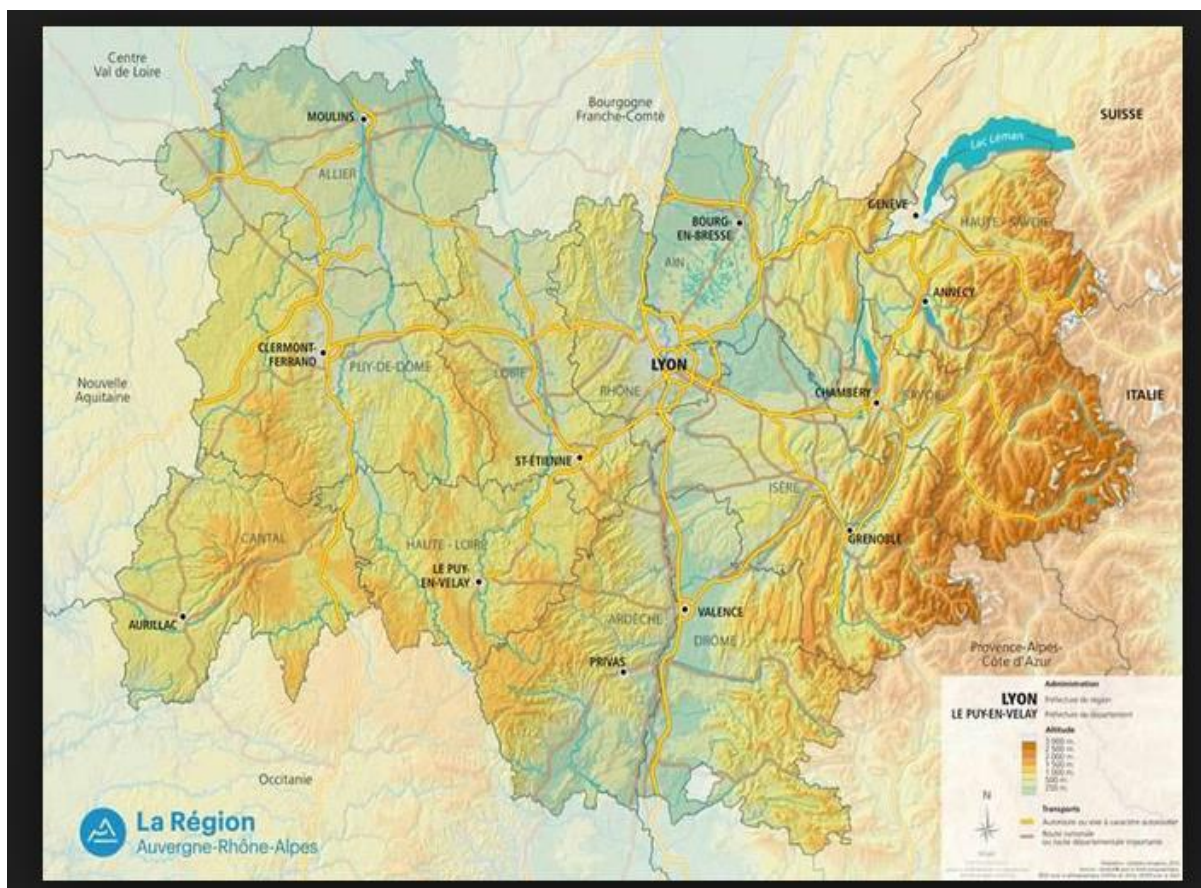
Nous avons donc choisi dans ce travail de nous centrer sur l'ultra local tant il nous est apparu important de saisir les initiatives porteuses d'action publique.

3. Présentation des terrains

A. La région AURA

1. Au niveau géographique

Titre : Cartographie de la région AURA



Source : www.auvergnerhonealpes.fr

Depuis la fusion des deux régions, la région AURA est devenue la première région européenne de montagne avec près de 80% de son territoire se situant en zone de montagne. Son territoire est étendu puisqu'avec environ 70 000 km², la région représente 13% du territoire métropolitain.

Les massifs montagneux sont répartis sur plusieurs zones de la région. A l'Ouest, le Massif Central est très largement composé de plateaux et de massifs montagneux ayant une altitude moyenne, comprise entre 500 et 1900 mètres. C'est notamment le cas pour le massif

des Monts Dore (1886 mètres) et des Monts du Cantal (1855 mètres). De plus, le territoire auvergnat est également largement marqué par un relief volcanique. Ce dernier crée inévitablement un enclavement - dans sa zone sud - par une barrière naturelle, ce qui a pour corollaire de limiter les échanges.

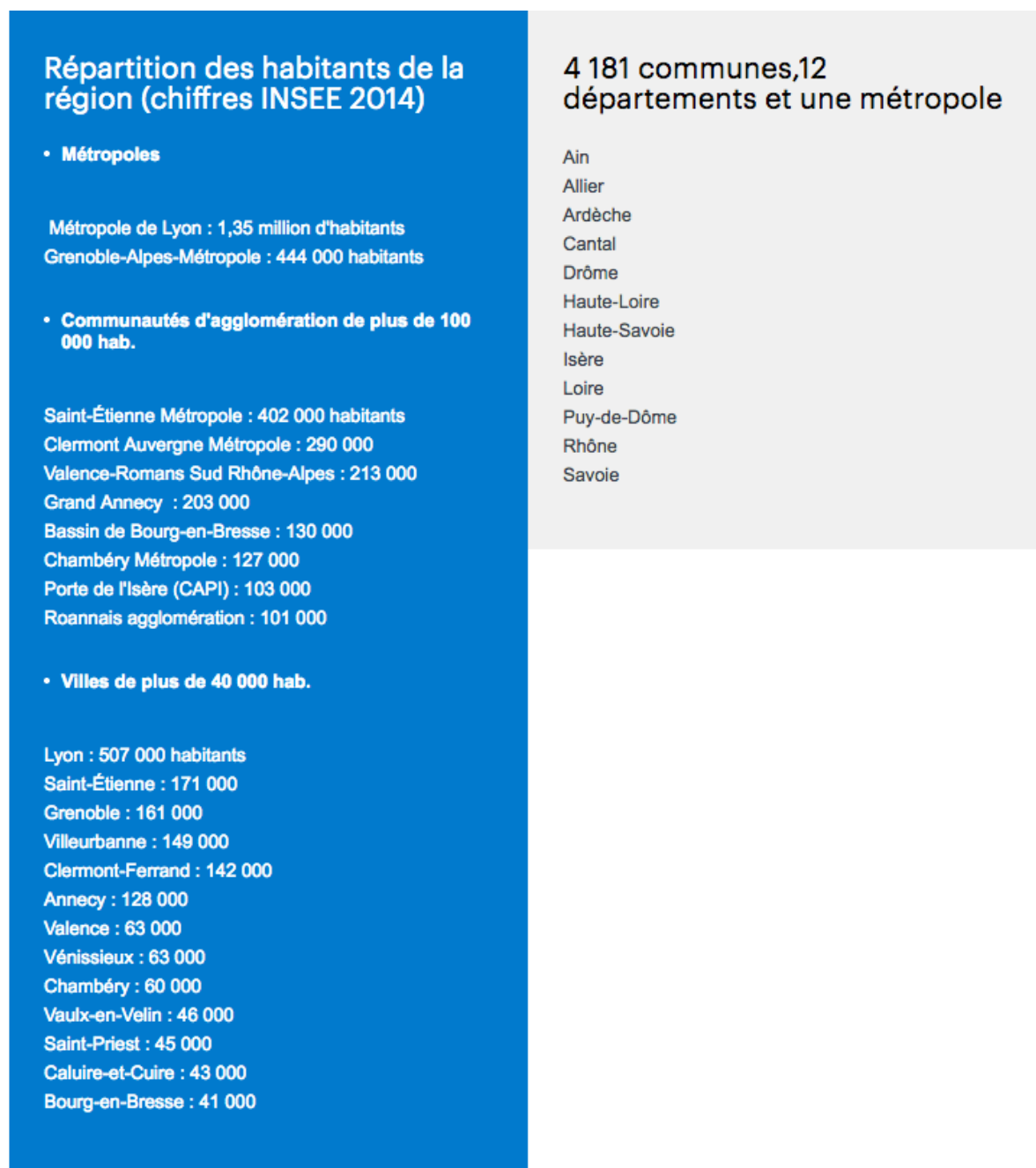
Au centre de la région, on trouve des massifs montagneux de faibles altitudes avec notamment les Monts du Lyonnais, de la Madeleine, du Forez et du Jura (Bugey). Enfin, l'Est de la région est marqué par les Alpes où l'altitude est plus importante, avec notamment le Mont-Blanc (4809 mètres).

En dehors des zones montagneuses on observe une zone traversante de la région, il s'agit de la vallée Saône-Rhône. A cela s'ajoute de nombreuses zones de plaines comme par exemple la Dombes, la plaine du Forez, les plaines de Limagne et du Bourbonnais (au Nord du Massif Central).

On peut classer le territoire rural en deux catégories : tout d'abord on observe une ruralité marquée par un déclin démographique et une population plus âgée. C'est notamment le cas dans le Massif Central. Ensuite un deuxième type de ruralité s'observe en Savoie et en Haute-Savoie. Ces derniers bénéficient du tourisme saisonnier et du dynamisme de l'agglomération de Genève, qui en font des territoires plus favorisés.

2. Au niveau démographique

Titre :



Source : www.auvergnerhonealpes.fr

Sur le plan démographique, on constate que la région AURA est relativement dense. Au 1er janvier 2018 elle est la 2e région de France la plus peuplée et représente 12.3% de la population française avec plus de 8 millions d'habitants pour l'ensemble de la région.

La population régionale est largement répartie en zone urbaine puisque 78% de la population y réside. Cette forte proportion se concentre essentiellement sur cinq grandes agglomérations :

- bassin²⁵ lyonnais
- bassin stéphanois
- agglomération²⁶ grenobloise
- genevois français
- aire clermontoise

A elle seule, l'aire urbaine²⁷ de Lyon concentre 29% de l'ensemble de la population régionale. Au-delà de ces grandes agglomérations on trouve d'autres agglomérations plus petites, réparties sur sept départements et qui comptent plus de 100 000 habitants, ainsi qu'une dizaine d'autres entre 50 000 et 100 000 habitants.

Comme nous venons de le voir plus haut, un tiers du territoire étant couvert par des zones montagneuses et rurales, la densité y est donc relativement faible.

On constate une fracture Est/Ouest. En effet, alors qu'à l'Ouest la plupart des bassins de vie perdent des habitants c'est l'inverse qui s'observe à l'Est. Les départements fortement marqués par ce phénomène sont l'Ardèche, la Drôme, la Loire, l'Ain, la Haute-Savoie et la Savoie. L'enjeu est alors de rendre ces territoires très attractifs. D'ailleurs, nous pourrions le voir par la suite, certains territoires tentent une mise en œuvre de mesures concrètes qui visent à redynamiser leur territoire, permettant ainsi de le rendre plus attractif. C'est notamment ce que nous pourrions voir dans le département de l'Ain où les tentatives de régulation de la santé permettent une certaine attractivité du territoire. Contrairement à l'Ouest, l'Est et le centre de la région bénéficient d'une certaine attractivité puisqu'on observe que ces zones gagnent des habitants. Ce phénomène s'explique largement par l'étalement urbain autour de Clermont-Ferrand et de Saint-Etienne.

²⁵ Selon l'INSEE, il s'agit du « plus petit territoire sur lequel les habitants ont accès aux équipements et services les plus courants »

²⁶ Selon l'INSEE, « La notion d'unité urbaine repose sur la continuité du bâti et le nombre d'habitants. [...] Si l'unité urbaine s'étend sur plusieurs communes, et si chacune de ces communes concentre plus de la moitié de sa population dans la zone de bâti continu, elle est dénommée agglomération multicommunale. »

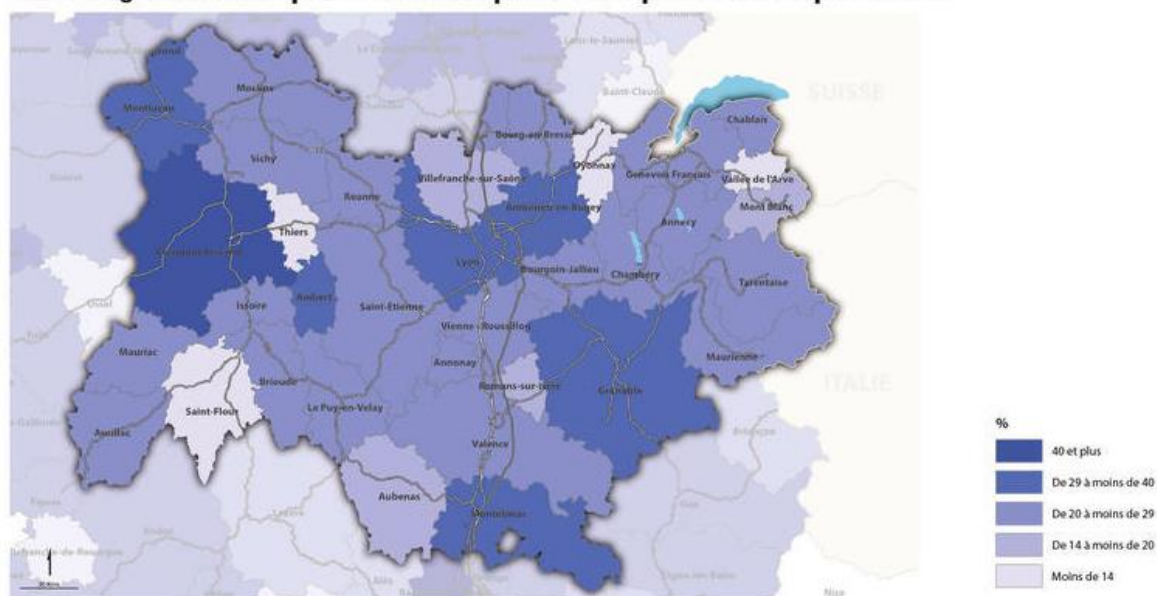
²⁷ Selon l'INSEE, il s'agit d'un « ensemble de communes, d'un seul tenant et sans enclave, constitué par un pôle urbain (unité urbaine) de plus de 10 000 emplois, et par des communes rurales ou unités urbaines (couronne périurbaine) dont au moins 40% de la population résidente ayant un emploi travaille dans le pôle ou dans des communes attirées par celui-ci »

3. Au niveau économique

Avec un Produit Intérieur Brut (PIB) de 2.4 milliards d'euros, la région AURA est la deuxième région économique de France mais c'est également la 8e région économique à l'échelle européenne. A elle seule, elle capte 11.4% de la richesse nationale et regroupe plus de 3.3 millions d'emplois (dont 86.5% sont des emplois salariés), ce qui représente 12% des emplois français. Dans cette région, les petites entreprises prennent une place importante, (notamment en Auvergne) puisque les sociétés de moins de 250 salariés représentent 99% des entreprises du territoire. Cependant la majeure partie des entreprises sont beaucoup plus petites, puisque la taille moyenne des entreprises régionales est de 14 salariés.

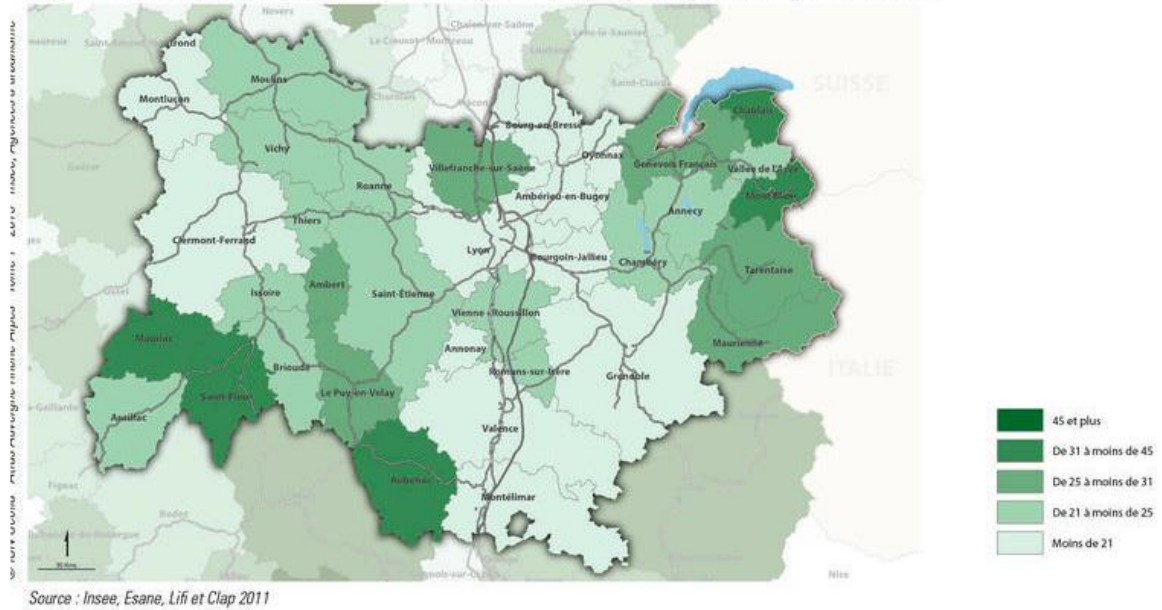
Titre : Cartographies des entreprises selon leur taille

Part des grandes entreprises dans l'emploi salarié par zone d'emploi en 2011



Source : Insee, Esane, Lifi et Clap 2011

Part des micro-entreprises dans l'emploi salarié par zone d'emploi en 2011



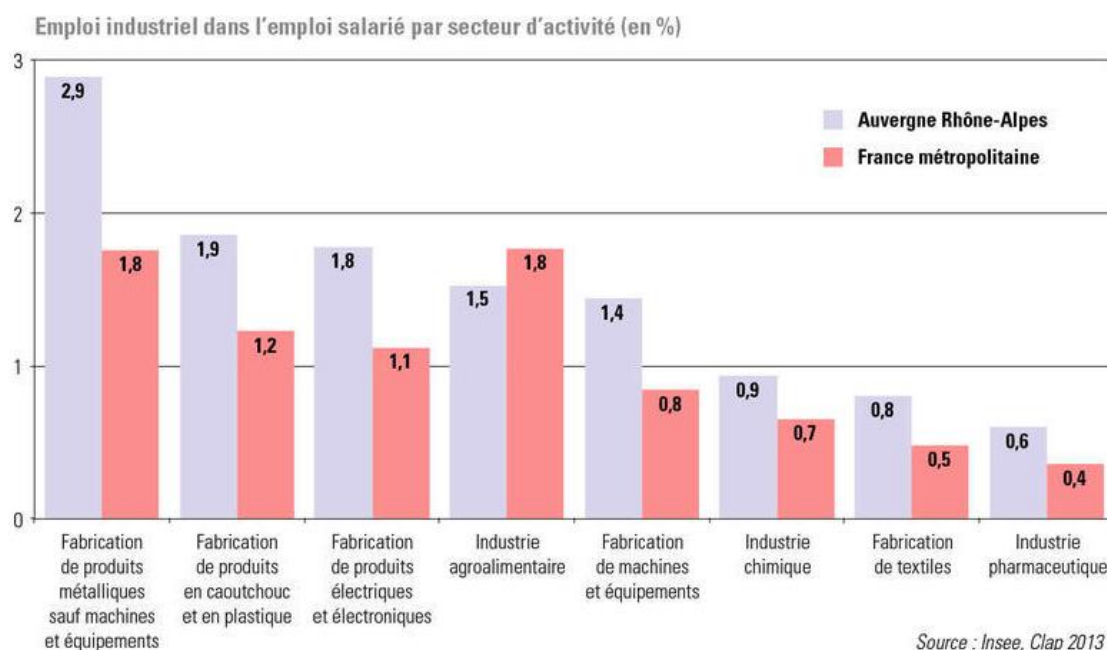
Part des PME dans l'emploi salarié par zone d'emploi en 2011



Source : <http://www.prefectures-regions.gouv.fr>

Fortement marquée par un tissu d'entreprises de petites tailles, la région AURA a également cette particularité que l'emploi industriel y est fortement développé et ce, dans huit secteurs d'activités.

Titre : Répartition de l'emploi industriel par secteur d'activité en région AURA



Source : <http://www.prefectures-regions.gouv.fr>

A ce tissu d'entreprises très dense, il faut ajouter un fort dynamisme agricole. En effet, la région AURA est la région agricole la plus diversifiée du pays avec notamment 20% des exploitations fruitières françaises. Néanmoins, l'élevage bovin reste prépondérant dans l'agriculture. Avec 62 700 exploitations agricoles sur plus de 2.9 millions d'hectares, la région AURA est également une importante région agricole.

Comme nous pouvons le constater, la région AURA présente de nombreux atouts. Mais il n'en demeure pas moins qu'elle se voit largement confrontée à la problématique de la désertification médicale.

B. La région BFC

1. Au niveau géographique

Titre : Cartographie de la région BFC



Source : www.france3-regions.francetvinfo.fr

La région BFC est une région de l'Est de la France marquée par une forte ruralité. Cela est d'autant plus vrai dans les départements de la Nièvre et de l'Ouest de la Côte-d'Or. Au niveau du relief, la région est dotée de trois massifs majeurs : les Vosges au Nord-Est de la région (sommet du Ballon d'Alsace, 1247 mètres), le Jura à l'Est (sommet du Crêt Pila, 1495 mètres ; Mont d'Or, 1463 mètres) et le Morvan à l'Ouest (sommet du Haut Folin, 910 mètres). La région possède de nombreuses plaines, notamment en Bourgogne ainsi que des plateaux.

La région BFC dispose de nombreuses rivières, lacs et étangs, tel que le lac de Vouglans par exemple.

La région BFC est également marquée par l'importance de la forêt qui représente 36% de la surface, notamment dans les massifs de résineux dans le Jura, les Vosges et dans le Morvan, ce qui en fait la région la plus boisée de France.

Cette région limitrophe de la région Ile-de-France et de la région AURA est également frontalière de la Suisse avec 230 km de frontière commune.

2. Au niveau démographique

La région est composée de trois systèmes urbains :

- la moitié Est (axe Rhin-Rhône) constitue la partie la plus densément peuplée de la région avec cinq agglomérations : Dijon, Besançon, Montbéliard, Belfort, Chalon-sur-Saône
- l'aire urbaine de Nevers : il s'agit d'une zone excentrée en raison de la barrière naturelle que constitue le Morvan
- le Nord-Ouest, le long de la vallée de l'Yonne, l'agglomération d'Auxerre et de Sens, zone excentrée de la région mais qui constitue le prolongement de l'aire d'influence de Paris.

Titre : Répartition de la population dans les 8 départements de la région BFC

Départements	Densité (hab/km ²) en 2013	Part de la population en commune peu dense en 2013	Part de la population en commune très peu dense en 2013
CÔTE-D'OR	61	34 %	14 %
DOUBS	102	36 %	9 %
JURA	52	53 %	17 %
NIÈVRE	31	38 %	28 %
HAUTE-SAÔNE	45	51 %	22 %
SAÔNE-ET-LOIRE	65	46 %	13 %
YONNE	46	50 %	20 %
TERRITOIRE DE BELFORT	238	31 %	2 %
BOURGOGNE-FRANCHE-COMTÉ	59	41 %	14 %
FRANCE MÉTROPOLITAINE	117	31 %	7 %

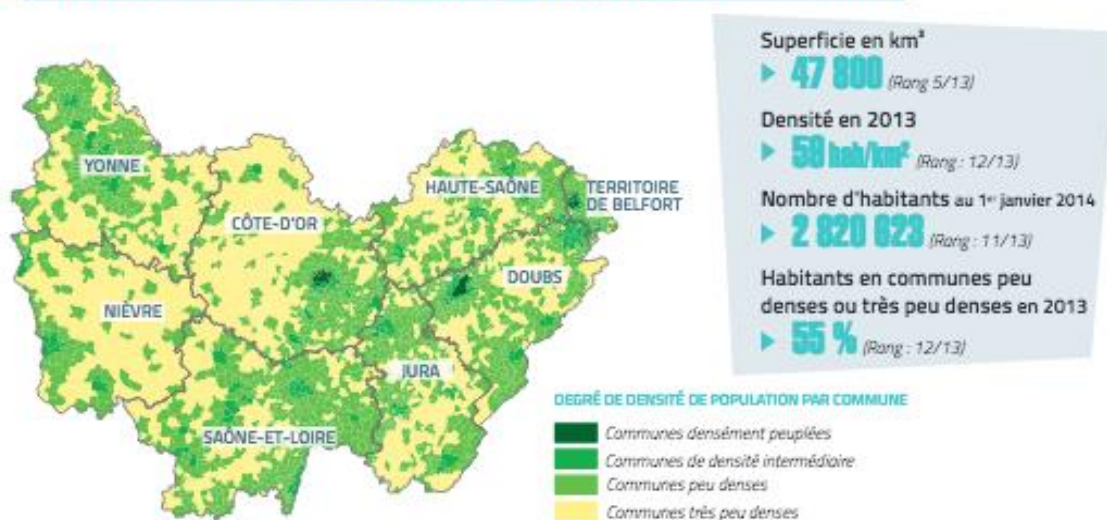
Source : INSEE / RP 2013 et grille de densité 2015

Source : <http://www.prefectures-regions.gouv.fr>

Au 1er janvier 2016, la région BFC se place au 11^e rang des régions les plus peuplées de France. Toutefois, on constate une fracture Est/Ouest relativement importante en termes de population. Alors que l'Est est dynamique et jeune, l'Ouest est marqué par un vieillissement important de la population et une densité assez faible.

Titre : Répartition de la population en région BFC

■ LES COMMUNES DE BOURGOGNE-FRANCHE-COMTÉ PAR DEGRÉ DE DENSITÉ



Source : INSEE / Grille communale de densité 2015. Conception : DRD/SCS BFC / Mission d'appui au Pilotage - avril 2017. Carte réalisée avec Cartes & Données - © Artique

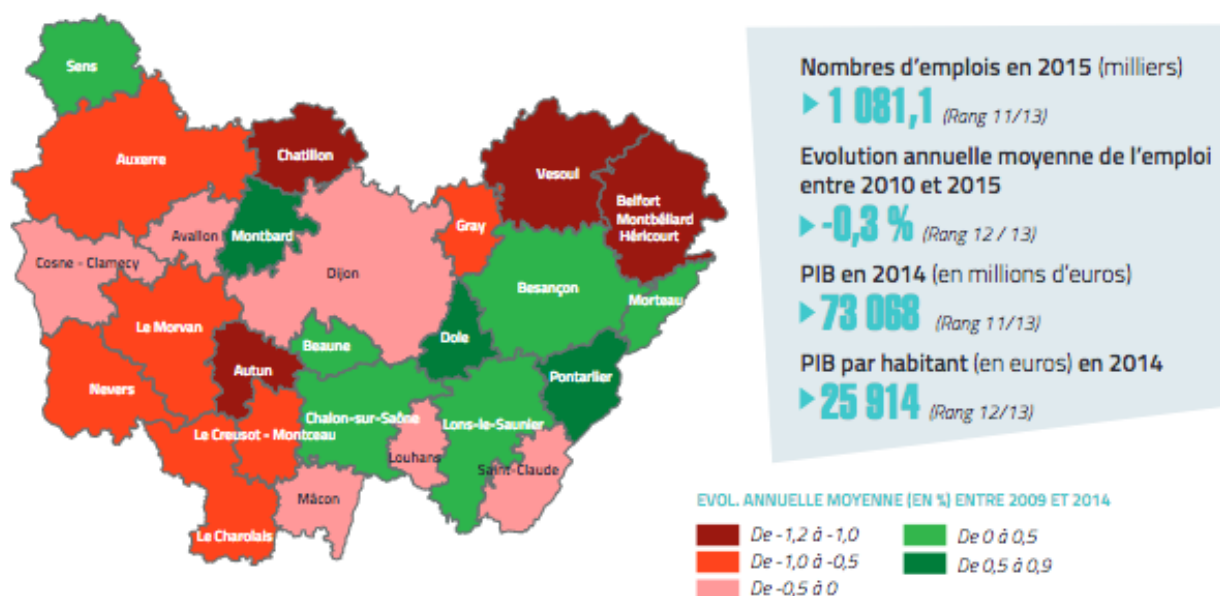
Source : <http://www.prefectures-regions.gouv.fr>

3. Au niveau économique

Sur le plan économique, BFC est la région la plus industrielle de France métropolitaine puisqu'elle représente 17% des emplois dans le secteur industriel. Ces derniers sont essentiellement localisés dans le Doubs (pour 20% des emplois), dans la Haute-Saône (pour 20,7% des emplois) et le Jura (pour 21,4% des emplois). De ce fait, il s'agit de la région dans laquelle la part des ouvriers est la plus importante avec 15,3% de la population active. Cette région est donc l'une des plus impactées par la baisse des emplois avec une baisse moyenne de 0,3% par an pour la période 2010-2015.

Titre : Evolution annuelle moyenne des emplois entre 2009 et 2014, par zone d'emploi en région BFC

■ ÉVOLUTION ANNUELLE MOYENNE DES EMPLOIS ENTRE 2009 ET 2014
PAR ZONE D'EMPLOI EN BOURGOGNE-FRANCHE-COMTÉ



Source : INSEE / estimations d'emploi 2009 et 2014. Conception : DRDJSCS BFC / Mission d'appui au Pilotage - mai 2017. Carte réalisée avec Cartes & Données - © Artique

Source : <http://www.prefectures-regions.gouv.fr>

Par ailleurs, son caractère fortement rural en fait également une région agricole largement basée sur la viticulture et l'élevage. Ce secteur d'activité représente 3,9% des emplois, en faisant ainsi la troisième région agricole derrière la Bretagne et la Nouvelle Aquitaine.

Enfin, le secteur tertiaire reste prédominant, à l'image du reste de la France, avec 73% des emplois de la région.

Titre : Répartition de l'emploi par secteur d'activité

Départements	Estimation d'emploi 2015 (p)	Évolution annuelle moyenne 2010-2015 en %	RÉPARTITION DE L'EMPLOI PAR SECTEUR D'ACTIVITÉ				
			Agriculture	Industrie	Construction	Tertiaire marchand	Tertiaire non marchand
CÔTE-D'OR	234 795	0,0	3,8 %	11,8 %	6,0 %	44,0 %	34,4 %
DOUBS	214 006	-0,3	2,3 %	20,0 %	5,5 %	38,4 %	33,8 %
JURA	95 931	-0,1	4,0 %	21,4 %	6,5 %	36,0 %	32,0 %
NIÈVRE	75 345	-0,7	5,9 %	13,4 %	5,5 %	38,7 %	36,5 %
HAUTE-SAÔNE	76 323	-0,8	4,7 %	20,7 %	6,2 %	33,6 %	34,7 %
SAÔNE-ET-LOIRE	208 655	-0,3	4,8 %	17,3 %	6,4 %	40,1 %	31,4 %
YONNE	122 674	-0,5	5,3 %	16,3 %	5,9 %	40,6 %	31,8 %
TERRITOIRE DE BELFORT	53 349	-0,9	0,7 %	17,0 %	4,9 %	41,3 %	36,1 %
BOURGOGNE-FRANCHE-COMTÉ	1 081 078	-0,3	3,9 %	16,9 %	5,9 %	39,8 %	33,5 %
FRANCE MÉTROPOLITAINE	26 741 016	0,3	2,4 %	12,2 %	6,1 %	48,2 %	31,1 %

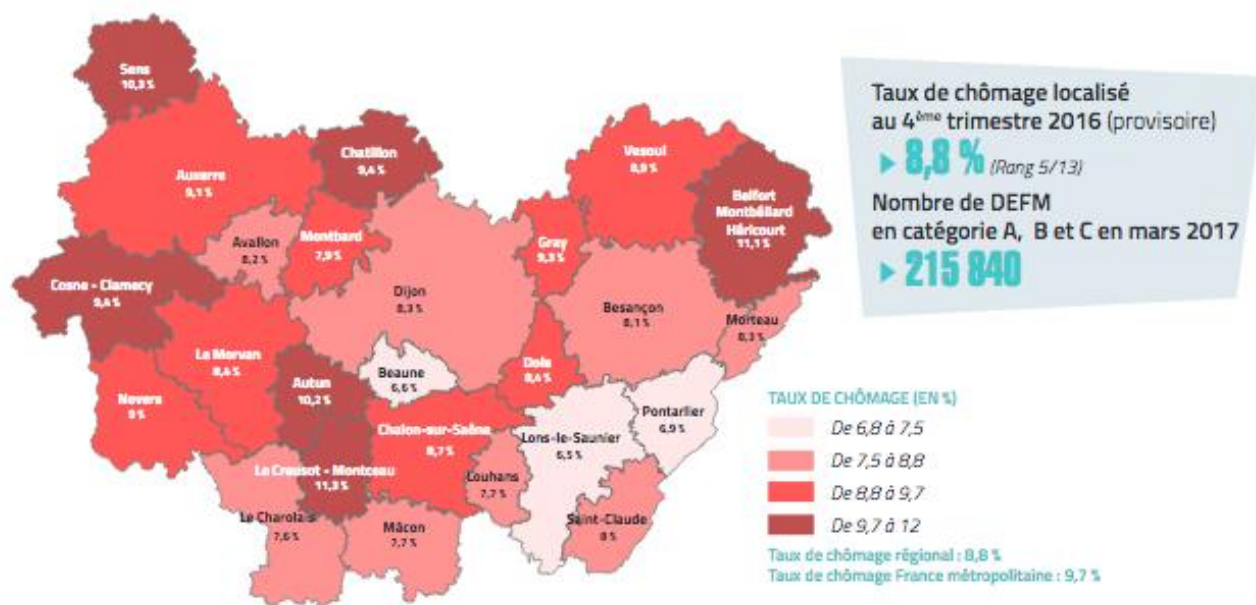
Source : INSEE / estimations d'emploi 2010 et 2015
(p) : provisoire

Source : <http://www.prefectures-regions.gouv.fr>

L'ensemble de ces secteurs d'activité représente 3,5% du PIB national avec un PIB de 25 914 euros par habitant, ce qui place la région BFC au 12e rang national. De ce fait, le taux de chômage est plus faible que la moyenne nationale (-0,9 point) avec un taux de 8,8%, plaçant la région BFC en cinquième position des régions ayant les plus faibles taux de chômage en France métropolitaine.

Titre : Taux de chômage localisé au 4^e trimestre 2016 dans les zones d'emploi de la région BFC

■ TAUX DE CHÔMAGE LOCALISÉ AU 4^{ÈME} TRIMESTRE 2016 (P) DANS LES ZONES D'EMPLOI DE BOURGOGNE-FRANCHE-COMTÉ



Source : INSEE / taux de chômage localisés et taux de chômage au sens du BIT. Conception : DRD/SCS BFC / Mission d'appui au pilotage - mai 2017.
 Carte réalisée avec Cartes & Données - © Artique
 (p) les données du dernier trimestre sont provisoires

Source : <http://www.prefectures-regions.gouv.fr>

Néanmoins, au niveau des revenus, la région présente de fortes disparités locales où l'on observe des revenus inférieurs de 300 euros par rapport à la moyenne nationale, ce qui la place à la septième position des régions françaises. Les revenus les plus importants sont localisés dans les grandes aires urbaines ainsi que dans les zones viticoles, sur l'axe Dijon-Mâcon ainsi que le long de la zone frontalière avec la Suisse. A l'inverse, on observe une pauvreté monétaire plus marquée dans le département de la Nièvre et dans le Territoire de Belfort. En effet, la région compte 13% de sa population vivant sous le seuil de pauvreté, ce qui représente 1,5 point de moins par rapport à la moyenne nationale. C'est ainsi la cinquième région la moins exposée à la pauvreté monétaire.

Titre : Tableau comparatif des données de cadrage de la région AURA et BFC

Catégories	Région AURA	Région BFC
Population au 1 ^{er} janvier 2016 (en milliers)	7 940,7	2 820,2
Part de la population française	11,9%	4,2%
Densité de population (habitants / km ²)	113,9	59
PIB régional en 2014 (en milliards d'euros)	244	73,1
Part dans le PIB de la France	11,4%	3,4%
Taux de pauvreté monétaire en 2014	12,7%	13,1%
Taux de chômage au 4 ^e trimestre 2016	8,6%	8,8%
Espérance de vie à la naissance (2018)	hommes : 80,4 ans femmes : 85,7 ans	hommes : 78,8 ans femmes : 84,9 ans
Nombre de médecins inscrits au tableau de l'ordre au 1 ^{er} janvier 2018 France : 296 755	35 057 <ul style="list-style-type: none"> • Ain : 1 587 • Allier : 1 287 • Ardèche : 1 061 • Cantal : 553 • Drôme : 2 043 • Haute Loire : 649 • Haute Savoie : 3 252 • Isère : 5 438 • Loire : 3 282 • Puy-De-Dôme : 3 118 • Rhône : 10 754 • Savoie : 2 033 	10 824 <ul style="list-style-type: none"> • Côte-d'Or : 2 628 • Doubs : 2 480 • Haute-Saône : 671 • Jura : 849 • Nièvre : 668 • Saône-et-Loire : 1 932 • Territoire de Belfort : 594 • Yonne : 1 002
Age moyen des médecins actifs réguliers France : 50,7 ans	49,4 ans	50,8 ans

Source : tableau réalisé par l'auteur à partir des données INSEE

4. La situation politique au regard de la santé

A. La région AURA

Les différents territoires étudiés présentent des différences notables quant à leur démographie et leur développement économique. Néanmoins, ils sont tous confrontés à une offre de soins de premier recours insuffisante, comme nous le verrons par la suite. Par-delà cette problématique commune il paraît intéressant d'observer les profils territoriaux de ces territoires. En effet, on constate que les situations complexes sont renforcées par des difficultés politiques importantes. En effet, des situations conflictuelles permettent d'expliquer la difficulté à mettre en place des solutions. On pourra alors affirmer que dans ces terrains d'enquête, les décisions prises correspondent aux moins mauvaises décisions, en tenant compte des différents acteurs et des interactions entre eux.

Les territoires peuvent en effet faire l'objet de nombreuses tensions entre plusieurs acteurs autour des questions de l'offre de soins de premier recours. L'exemple du département de l'Ain, et plus particulièrement la zone du Valromey (Bugey) est saisissante à cet égard. En effet, d'importantes tensions sont observables entre le haut et le bas Valromey. Cette zone, semble avoir érigée une barrière supplémentaire à celle déjà créée par la montagne. Ici, on peut relever des difficultés supplémentaires liées au fait que cette zone se situe sur un territoire rural. La ruralité est également marquée par une faible densité de population, comme nous pourrions le voir. De ce fait, les médecins sont très largement connus des différents habitants, au point d'être érigés en personnalités locales. Par ailleurs, lorsque des tensions sont observables entre les médecins et les élus, on constate des dysfonctionnements importants. Dans le cas de la MSP d'Artemare, des difficultés se sont faites sentir entre d'un côté un médecin, issu d'un autre village et de l'autre, le maire de la commune de départ.

Un entretien réalisé dans cette MSP²⁸ nous a permis d'apporter un éclairage sur une situation complexe et des rivalités entre les communes. Ces tensions sont exacerbées quand un médecin quitte un village pour aller s'installer dans un autre village avec des confrères. Alors même que cette organisation vise à assurer un plus grand confort tant pour les

²⁸ Entretien réalisé avec un Médecin en MSP, Fédération des Soins Primaires, MG France

médecins que pour leurs patients, on observe que cela engendre des mécontentements du côté des élus locaux. Il faut souligner que tous les élus locaux n'ont pas la même attitude face à cette situation, mais néanmoins ces situations conflictuelles existent. Elles ne sont pas le fait d'une mauvaise stratégie de la part de l' élu mais plutôt des pressions qu'ils subissent au quotidien de la part de leurs administrés qui sont en manque de médecin. Cela permet de renforcer l'idée d'une « *rationalité limitée* » de la part des acteurs, puisqu'ils ont une attitude qui tend à court-circuiter les médecins alors même qu'ils sont dans l'attente de ces derniers. En filigrane de cet extrait d'entretien, on peut également lire une opposition assez nette entre d'un côté la ruralité, ici symbolisée par des agriculteurs élus dans les villages et les médecins. On peut également en déduire que ces tensions locales sont marquées par une opposition de classe en toile de fond.

Par-delà les difficultés rencontrées dans les zones rurales, nous avons pu constater en amont de ce travail que la sous-densification médicale a également tendance à s'accroître dans les zones urbaines, et notamment les banlieues, comme nous pourrions le voir au fil de nos entretiens. Nous l'avons vu, les problématiques sont multiples et complexes mais à cela il faut également ajouter une difficulté d'ordre politique. En effet, ces quartiers regroupent une part importante de population défavorisées et la demande de soins y est très forte. Les situations individuelles de ces populations étant complexes, elles sont plus fragiles ce qui a pour corollaire d'impacter leur santé. Parmi cette population, nombreux sont ceux qui ont connu un parcours de migration et qui ne vivent pas dans de bonnes conditions. Par voie de conséquence, la demande en soins y est donc très forte. Ici la problématique du manque de médecins n'est pas seulement liée aux caractéristiques intrinsèques de ces populations. Il faut en effet se pencher sur une autre question qui est celle de l'immobilier. Dans ces zones, l'immobilier est en reconstruction. Le problème qui se pose actuellement quant à la venue de nouveaux médecins dans ces zones c'est qu'ils privilégient essentiellement l'exercice regroupé, pour les raisons que nous verrons plus loin. Pour ce faire, il est nécessaire de passer par un projet de construction d'un cabinet médical or le prix est très élevé. Bien que ces quartiers ne soient pas valorisés sur le plan de l'immobilier, le tarif d'une telle construction reste aussi élevé qu'ailleurs. De plus, au-delà du prix, un tel projet de construction nécessite une multitude de démarches administratives et aura les mêmes contraintes et obligations qu'un projet similaire dans un autre quartier. De plus, les subventions qui pourraient être accordées pour ce type de projet ne sont pas nécessairement accordées plus facilement que dans d'autres quartiers où la situation est moins problématique. Lors d'un entretien avec un

représentant de l'URPS, nous avons pu voir qu'en filigrane, il y avait eu une volonté politique de favoriser le développement de MSP dans les zones rurales qui apparaissaient comme très largement problématiques au regard de l'accès aux soins et que la question des zones urbaines défavorisées - pourtant étiquetées en politique de la ville - était restée en suspens. Aujourd'hui, nous pouvons voir que cette question fait l'objet d'une attention toute particulière par les politiques. Néanmoins, nos entretiens nous ont permis de montrer que s'il y avait une volonté politique affichée, elle n'était pas observable dans les actions menées. En effet, aucune aide supplémentaire n'est accordée pour la construction de cabinets dans ces zones.

La complexité de la situation est également renforcée par la difficulté à obtenir des aides supplémentaires dans ces zones ciblées. Un de nos entretiens nous a permis de montrer que la situation politique au regard de la santé est assez paradoxale dans Lyon notamment. En effet, la difficulté à trouver un médecin est grandissante, notamment dans les quartiers plus défavorisés de la ville. Toutefois aucune aide supplémentaire n'est octroyée pour favoriser la venue des médecins. Il semblerait même qu'un phénomène inverse soit observable : en effet lors de notre entretien il a été soulevé un problème en train d'émerger concernant les places de stationnement. En effet, les élus de la ville de Lyon et Villeurbanne sont pointés du doigt - notamment par les médecins - quant au vote de la fin de la gratuité des stationnements pour les médecins. On en vient alors à se poser la question de l'intérêt d'une telle mesure alors même que ces deux villes sont confrontées à la problématique de l'accès aux soins de premier recours.

Face à cette situation nous pouvons alors nous interroger sur l'effet délétère d'une telle mesure. La situation semble d'autant plus paradoxale que des élus de la ville de Lyon notamment sont également médecins.

De ce fait, nous pouvons nous interroger sur les raisons de telles mesures qui ont un effet dissuasif sur l'installation de nouveaux médecins. L'hypothèse soulevée par notre interlocuteur porte sur le cloisonnement très marqué entre les différents cabinets municipaux de ces grandes villes.

Cette situation s'explique notamment par l'existence d'une fragmentation très marquée de la décision publique à l'échelle de la commune. Chaque adjoint au maire a la charge d'un domaine mais ne semble pas communiquer avec les autres adjoints de la

commune. Ici, les politiques publiques ne semblent donc pas être transversales mais plutôt sectorielles et cela n'est pas sans poser de difficultés. Ce qui est encore plus saisissant c'est que dans ces grandes villes - comme Lyon par exemple - un certain nombre de quartiers sont inscrits dans la politique de la ville, dont la logique repose sur la transversalité des politiques publiques. On a donc un chevauchement des politiques et il semble y avoir une absence d'intégration de la question de l'offre de soins de premier recours dans ces zones. D'un côté il y a une politique transversale qui est menée dans le but de redynamiser ces zones et de l'autre, une politique sectorielle qui a un impact sur l'accès au stationnement. Nous n'avons pas pu rencontrer d'élus de la ville de Lyon notamment, mais nous pouvons toutefois formuler une hypothèse, au regard de ce que nous avons pu observer tout au long de nos recherches. Les médecins sont souvent perçus par les élus des communes comme une catégorie de la population relativement aisée, puisque leurs revenus d'environ 7 500 euros net mensuel sont largement supérieurs au revenu moyen (de 2 250 euros nets mensuel par individu). On peut alors supposer que sur le point de la gratuité des places de stationnement pour les médecins, la question n'a pas été soulevée au regard des ressources de ces derniers, dans un contexte de baisse des dotations publiques vers les collectivités territoriales. Cependant, en raison du fort cloisonnement entre les différents services de la mairie, nous pouvons également supposer que la question n'ait pas été soulevée simplement parce que l'élus en charge de l'urbanisme et du stationnement, n'a pas la gestion de la santé et n'a donc pas pensé au cas particulier des médecins.

Dans ce contexte, nous comprenons mieux les difficultés que peuvent connaître les professionnels de santé quant à leur installation en zone urbaine. Les politiques menées en ce sens dans les grandes villes apparaissent relativement complexes, voire parfois inexistantes et les aides octroyées pour la construction de cabinets ne sont sans doute pas perçus comme de priorités, les médecins étant essentiellement libéraux, il paraît donc "normal" pour nombre d'élus qu'ils financent eux-mêmes leur cabinet. Cette problématique n'est pas seulement présente dans les grandes villes comme à Lyon, nous l'avons également observé dans des villes beaucoup plus petites, comme c'est le cas dans la ville d'Ambérieu-en-Bugey, où aucune facilité - ne serait-ce qu'administrative - n'a été faite pour la construction d'une MSP.

Finalement, ces entretiens nous amènent à nous demander si ce ne sont pas les élus de communes rurales qui se saisissent plus de cette question en tentant d'y apporter des

réponses concrètes plutôt que ceux des villes de taille plus importante. Sur ce point, nous pouvons y apporter quelques éléments de réponse. D'une part, parce que les élus des grandes villes sont souvent des professionnels de la politique ce qui induit en général une prise de distance plus marquée que ce qui peut s'observer dans les petites communes, ou les villages. De plus les grandes villes sont marquées par un éloignement plus net entre les habitants et leurs élus. Cette prise de distance, liée notamment à l'espace de ces villes semble avoir pour conséquence un investissement moins grand sur ces questions. De plus, nous pouvons aussi souligner que les grandes villes sont confrontées à de nombreuses problématiques et on assiste donc à une hiérarchisation des problèmes publics. Nous pouvons alors mieux saisir le fait que la santé ne soit pas l'enjeu majeur de ces grandes villes, contrairement aux communes rurales notamment. En effet, dans ces dernières, la proximité entre le maire et les habitants de la commune est d'autant plus importante, que le territoire est petit. En plus de cette proximité, il y a l'importance de la question. En effet, l'accès aux soins semble un enjeu majeur dans ces villages où bien souvent la disparition du médecin signifie une absence de soins pour une population toujours plus importante. En trame de fond, les difficultés d'accès aux soins de premier recours peuvent souvent marquer le début d'un processus de déclin du village. Ces communes sont d'ailleurs souvent impactées par un départ progressif des services publics (fermeture de classes, voire d'écoles, fermeture des bureaux de poste) ainsi que des commerces. Ainsi la présence d'un médecin sur la commune - ou à proximité - est souvent un des enjeux majeurs pour la survie de ces communes rurales. Cette question est d'ailleurs souvent un enjeu de réélection du maire et la satisfaction de celle-ci est recherchée par tous les moyens. Nous pourrions d'ailleurs le voir dans notre chapitre 5, cette volonté d'offrir des soins de premier recours aux administrés de la commune est si perçue comme vitale qu'elle peut parfois conduire à des projets dantesques qui s'avèrent être malheureusement, de véritables échecs.

En dehors de l'enjeu de la réélection du maire, il faut également souligner un réel attachement de celui-ci pour sa commune et une volonté de la voir prospérer. Nombreux sont les maires de ces communes rurales qui sont également agriculteurs, ou retraités et qui ne sont donc pas des professionnels de la politique comme nous pouvons l'observer dans les villes plus importantes. Ces "profanes" de la politique sont souvent caractérisés par un dévouement sans faille pour leur municipalité et leur manque de compétence politique est compensée par leur volontarisme à toute épreuve. C'est cela qui permet souvent de voir naître des initiatives locales et qui peut expliquer la résolution de problème dans ces

territoires. L'idée ici n'est pas d'opposer les villes et les campagnes en pointant du doigt un manque d'implication des élus, mais bien de montrer qu'il y a un déplacement de la perception des problèmes publics locaux, que l'on se trouve dans une ville ou à la campagne. La taille de la commune et ses caractéristiques géographiques semblent bien être des facteurs explicatifs de la hiérarchisation des problèmes publics à l'échelle locale.

B. La région BFC

A l'instar de la région AURA, nos recherches ont révélées une situation similaire en région BFC. En effet, la région BFC est caractérisée par une diminution de l'offre de soins de premier recours. Le phénomène touche les communes urbaines autant que rurales. Une baisse significative s'est en effet faite ressentir dans le département de la Côte-d'Or, alors même que le chef-lieu du département est Dijon, qui est le centre urbain le plus important de la région avec 155 114 habitants, soit environ 4 fois moins que la ville de Lyon pour la région AURA.

Si l'offre de soins de premier recours reste fragile sur le département de la Côte-D'Or et de Dijon, il nous faut tout de même souligner que ces difficultés sont moindres au regard des situations observées sur les autres territoires de la région. En effet, Dijon continue d'attirer la plupart des nouveaux médecins. Néanmoins certaines zones attirent de nouveaux médecins car des stages sont proposés aux étudiants en médecine. Ces stages se déroulant souvent dans des maisons de santé, l'attrait pour ces zones semble logique. En effet, les maisons de santé dont le fonctionnement est relativement fluide, n'ont pas de difficulté à capter de nouveaux médecins, comme nous pourrions le voir dans de nombreuses zones.

Ici, la situation est marquée par des différences à l'échelle infra-régionale. C'est notamment le cas du département de la Côte-d'Or qui se démarque un peu des autres départements de l'ancienne région Bourgogne. Globalement, il faut noter que l'ensemble de la région n'attire pas de nouvelles installations. Tandis que certaines régions peuvent compter sur une géographie plus propice à l'essor démographique, à l'image des zones littorales ou montagneuses, ici l'attrait est moindre. D'ailleurs, l'implantation des professionnels de santé reste en adéquation avec l'essor démographique local. En effet, la population Bourguignonne

est stagnante depuis quelques années, et l'absence de dynamisme démographique n'est pas propice aux nouvelles installations de professionnels de santé.

En revanche, il faut noter un paradoxe assez notable sur ces territoires de l'ancienne région Bourgogne. Si l'installation de médecins est relativement difficile dans ces territoires, nous pouvons constater que le phénomène est inverse s'agissant des auxiliaires médicaux. Les demandes d'installation d'infirmiers et de masseurs-kinésithérapeutes sont en forte hausse. La présence de plusieurs instituts de formation dans le département de la Côte-d'Or en est l'une des principales causes. La connaissance du territoire et les réseaux qui sont tissés pendant les études, favorisent une installation locale. C'est dans ce contexte que ce département tire son épingle du jeu au regard des autres départements de l'ancienne région. En revanche sur le plan des médecins, nous pouvons voir que la situation reste délicate.

S'agissant des autres départements de l'ancienne région Bourgogne, la situation a toujours été sensible et le phénomène de désertification n'a pas inversé la tendance, bien au contraire. Un de nos entretiens nous a d'ailleurs éclairé sur la situation. En effet, dans le département de l'Yonne, l'un des problèmes majeurs repose sur le fait que depuis très longtemps, il n'y a pas d'organisation professionnelle à l'œuvre, en raison notamment de l'étendue de ce département. Ce phénomène est notamment problématique concernant les gardes, qui n'ont jamais pu être organisées dans ce contexte. De plus la base des médecins a toujours été très insuffisante depuis plusieurs décennies. A l'exception de quelques grandes villes telles que Sens ou Auxerre, nous pouvons voir que le département de l'Yonne est très largement sous-densifié. A l'image de l'Yonne, le département de la Nièvre souffre d'un manque important de médecins. En effet, la plupart se concentrent sur la commune de Nevers, laissant le reste du département en manque de médecins.

Notre enquête nous a permis de voir que des solutions ont été proposées afin d'apporter une réponse à ces territoires. Néanmoins, nous pouvons constater qu'elles n'ont pas été opérantes et que la situation est restée à son point de départ.

Des entretiens menés auprès de membres de l'ARS Bourgogne Franche-Comté (BFC) nous donnent à voir une lecture très pessimiste de la situation qui est pourtant plus nuancée dans le discours des instances administratives. Néanmoins, la situation locale semble nécessiter une attention toute particulière face à un problème qui prend de l'ampleur et qui fait aujourd'hui l'objet d'une attention plus importante de la part de l'Etat et de ses instances déconcentrées. Bien que le problème ne soit pas nouveau dans ces départements, il

n'en demeure pas moins que la prise de conscience et le regain d'intérêt est pourtant très récent.

Au niveau local, les professionnels de terrain relatent des situations très tendues. Elles s'observent dans de nombreux territoires, comme nous avons pu le voir pour le département de l'Ain et du Rhône. Des membres des ARS nous confirmaient d'ailleurs recevoir régulièrement des appels de personnes en pleurs ou encore des courriers de personnes en détresse car ils ne trouvent pas de médecin traitant.

Au-delà de l'aspect de médecin traitant, c'est la gestion des consultations non programmées en dehors des horaires d'ouverture des cabinets. A l'image de la Saône-et-Loire, d'autres départements sont confrontés à une disparition progressive des tours de garde.

Pour le moment, les instances régulatrices ne semblent pas trouver d'issues pérennes à ces situations qui s'aggravent au fil du temps. Les ARS s'appuient très largement sur les acteurs locaux, professionnels de la santé et élus qui s'érigent en véritables partenaires. On assiste à un glissement progressif vers une gestion concertée des problématiques locales. La complexité des situations rend nécessaire un travail de concert entre tous les acteurs, alors même que c'est l'ARS qui est l'instance de régulation. Comme nous avons pu le voir précédemment avec l'exemple des politiques sociales [HASSENTEUFEL, PALIER, 1998], les territoires sont de plus en plus associés à l'élaboration des politiques locales, en même temps que l'on assiste à une « *re-centralisation* ». Cela s'observe également dans le cas de la régulation de l'offre de soins de premier recours puisque, si les territoires font preuve d'initiatives, on constate que les ARS – instrument de la centralisation – sont belles et bien présentes et procèdent à une forme d'animation territoriale, en agissant de concert avec une multitude d'acteurs sur le territoire régional. Cependant face à des questions pour lesquelles aucune réponse n'a pu être réellement apportée, force est de constater que des partenariats tacites se mettent à l'œuvre. Néanmoins, cette situation partenariale ne satisfait pas l'intégralité des acteurs de terrain. En effet, la régulation doit être faite par l'ARS et nos entretiens ont pu montrer que certains acteurs ne souhaitent pas intervenir dans cette régulation qui n'est pas dans leur champ de compétences. Nous pouvons donc mettre en exergue deux catégories d'acteurs : ceux qui collaborent avec les institutions afin de tenter d'apporter une réponse alors que d'autres ne souhaitent pas la collaboration - s'opposant parfois à l'ARS notamment - au motif que cette tâche ne leur incombe pas.

5. Méthodologie de l'enquête :

Comme dans toute enquête en sciences sociales, et pour effectuer une recherche au plus près de la réalité du terrain, il paraît essentiel de réaliser une série d'entretiens. Dans chaque territoire et pour chaque catégorie, un guide d'entretien a été élaboré dans le but de pouvoir repérer des points de convergence et/ou de divergence entre les différentes configurations territoriales. Cela nous a permis de répondre à l'ensemble du questionnement. Le choix des personnes interrogées s'est effectué en fonction de l'importance qu'elles ont au sein du territoire et à l'échelle régionale. Ainsi l'échantillon est composé de représentants des usagers (au sein de la CRSA), d'élus locaux, de membres des ARS et enfin, de professionnels de santé ciblés (au sein de maisons de santé dans les zones désertiques, responsables de dispositifs innovants pour lutter contre la désertification...). La constitution de l'échantillon s'est faite en fonction des territoires sélectionnés mais également après avoir fait un entretien exploratoire pendant lequel des noms ont été évoqués. Par ailleurs, d'autres entretiens nous ont été suggérés tout au long de notre enquête, permettant ainsi d'enrichir largement notre propos.

Pour ce travail de recherche, 26 entretiens semi-directifs ont été réalisés. La plupart l'ont été en face-à-face mais pour d'autres, les entretiens ont été menés par téléphone. Dans ce dernier cas cela s'explique par un certain éloignement géographique des acteurs à interroger (Dijon, Chambéry, Saint Etienne...) ou par leur manque de disponibilité pour un entretien en face-à-face. Ces entretiens ont tous été enregistrés puis retranscrits afin de nourrir l'écriture de ce travail. En raison de l'hétérogénéité des catégories d'acteurs ainsi que leurs disponibilités variables, la durée des entretiens varie également. En effet, pour obtenir des entretiens avec les acteurs, nous les avons sollicités par mail, parfois plusieurs fois et parfois nous avons également dû les relancer par téléphone. Lors de ces échanges, en amont des entretiens, nous avons tenté de demander une durée d'une heure environ pour le déroulement de l'entretien, dans l'espoir parfois de pouvoir déborder un peu sur le temps. Pour certains acteurs cela a été possible mais cela ne fut pas le cas pour tous, notamment lors des entretiens téléphoniques. Globalement l'ensemble des acteurs interrogés étaient plutôt réceptifs à la demande et se sont même montrés intéressés par un retour sur ce travail après sa soutenance.

Qu'ils aient été menés par téléphone ou en face-à-face, ces entretiens reposaient sur un guide d'entretien commun. Celui-ci a été élaboré de concert avec F-X.SCHWEYER dans le cadre d'un projet ANR-DFG « RegMedProv ». Ce guide a cependant dû être adapté selon l'acteur interrogé mais également en fonction du temps qui nous était accordé.

Les entretiens ont été menés sur deux périodes : entre novembre 2016 et mai 2017 puis entre novembre 2017 et mai 2018. En amont de ce travail, des entretiens ont servi de manière « exploratoire » afin de nous orienter dans notre recherche. Il s'agit d'entretiens menés dans le cadre d'une campagne d'archives orales réalisées pour le compte du Comité d'Histoire de la Sécurité Sociale entre septembre 2015 et février 2017. Cette campagne a notamment permis de rencontrer des présidents de chambre à la Cour des Comptes, mais également d'anciens directeurs d'ARH, puis d'ARS. Certains entretiens n'ont pu être mentionnés pour cette recherche en raison du caractère confidentiel des propos recueillis. En effet, ce travail d'archives orales était soumis à cession des droits d'auteur mais également – dans quelques cas – à une stricte confidentialité pour une durée d'au moins dix ans. Néanmoins, ils ont permis d'orienter ce travail.

Notre recherche a été confrontée à de nombreuses difficultés : la première a été celle de trouver les interlocuteurs à interroger. Pour ce faire, une recherche s'est imposée mais également de nombreux échanges avec P.HASSENTEUFEL et F-X.SCHWEYER. A cela s'est également ajouté des Workshop qui ont été réalisés à Paris ou Berlin dans le cadre du projet RegMedProv qui ont également permis de suggérer des contacts, ou des types d'acteurs. Une fois la liste des personnes à interroger établie, une autre difficulté a été de les contacter comme nous venons de le voir. Certains acteurs ont été particulièrement difficiles à contacter, c'est notamment le cas des directeurs de CPAM mais une collaboration antérieure avec le Comité Rhône-Alpes d'Histoire de la Sécurité Sociale et sa présidente, E.NALLET a facilité les échanges.

Enfin, un dernier type de difficultés doit ici être mentionné : il s'agit ici de difficultés d'ordre personnelles liées au statut de doctorant et plus particulièrement de doctorant salarié. Mener un travail de thèse en parallèle d'un emploi à temps plein ne fut pas chose aisée, d'autant plus s'agissant de trouver des disponibilités en journée pour réaliser des entretiens. A cela s'ajoute un isolement géographique, parfois lourd à gérer et de nombreuses phases de doutes et de remise en question.

Partie 1 : Quand les instruments sont au service du jacobinisme, vers un changement dans l'action publique ?

Notre travail de recherche nous amène à nous questionner sur deux notions fondamentales dans l'analyse des politiques publiques. En effet, l'étude de la régulation de l'offre de soins de premier recours nous conduit à introduire deux concepts clés : d'une part celui de l'*instrument d'action publique* et, d'autre part, celui du *changement*.

Selon P.LASCOUMES et P.LE GALES, un instrument d'action publique « [...] constitue 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. »²⁹. S'agissant du changement, P.MULLER identifie la présence du changement lorsque l'on en constate trois :

- « - un changement des objectifs des politiques et, plus généralement, des cadres normatifs qui orientent l'action publique ;
- un changement des instruments qui permettent de concrétiser et de mettre en mouvement l'action publique dans un domaine ;
- un changement des cadres institutionnels qui structurent l'action publique dans le domaine concerné ».³⁰

Ce qui nous intéresse ici c'est à la fois d'étudier ces deux concepts mais également de voir les liens qui existent entre les deux et de savoir comment l'un interagit sur l'autre. Comme le souligne P.HASSENTEUFEL, « [...] c'est bien le changement qui atteste le mieux de cette capacité d'action du politique. »³¹.

Cette partie est donc l'occasion de questionner le rôle des instruments dans l'analyse des politiques publiques ainsi que celui du changement. Enfin, il convient de voir en quoi - et comment - un instrument produit ou non du changement. Dans notre recherche, il apparaît donc pertinent de s'intéresser à l'interaction des instruments et la production du changement,

²⁹ LASCOUMES.P, LE GALES.P in BOUSSAGUET.L (dir.), *Dictionnaire des politiques publiques*, Presses de Sciences Po, 2^e ed., p.269

³⁰ MULLER.P, « Esquisse d'une théorie du changement dans l'action publique. Structures, acteurs et cadres cognitifs », RFSP, vol.55, n°1, février 2005, p. 157

³¹ HASSENTEUFEL.P, *Sociologie Politique : l'action publique*, Armand Colin, 2011, p,243

aboutissant à une régulation de l'offre de soins de premier recours. Mais avant tout, il nous semble important de faire un cadrage théorique de ces deux notions.

Analyser le changement au prisme des instruments nous semble particulièrement intéressant dans le domaine de la santé puisque les politiques de santé publique offrent un terrain propice à l'analyse des mutations des modes d'intervention de l'*Etat en action* [JOBERT, MULLER, 1987]. En effet, les politiques de santé publique constituent un pré-carré dont l'Etat tente de conserver le leadership depuis la fin de la seconde Guerre Mondiale³² [GURRUCHAGA, ALAM, 2015, p.338]. Face à ce renforcement de l'Etat dans ce domaine qui lui tient à cœur, on constate dans le même temps que le changement s'opère sous une forme différente. En effet, la pluralité d'acteurs évoluant dans le domaine de la santé a laissé la place au développement d'une gouvernance multi-niveaux [MARKS, 1996; HOGHE, 1995], ou comme le qualifie R.PASQUIER, d'un "néorégionalisme" qui fleurit en Europe de l'Ouest³³.

Pour saisir cette dynamique du changement caractéristique d'une gouvernance multi-niveaux il faut se tourner du côté des agences et plus particulièrement dans notre objet d'étude, les ARS. Depuis plusieurs décennies, les agences foisonnent dans le domaine de la santé. Cette logique n'a pas épargné l'échelle régionale. La particularité de ces agences étant ici qu'elles ne sont pas indépendantes et sont des instruments de la déconcentration. Si le modèle de l'agence séduit autant c'est parce qu'il incarne l'image de la modernité. Comme le montre D.TABUTEAU³⁴ ce type d'organisation connaît un réel engouement depuis la *Food and drug administration* américaine et les *Centers for disease Control and Prevention*. Bien que le modèle leur préexistait en France depuis le décret-loi du 28 juin 1793 créant des "agences de secours" visant à distribuer les secours de la nation aux plus nécessiteux, celles-ci tombent en désuétude jusqu'au XXe siècle. C'est en effet à partir de ce moment qu'elles se développent en France dans le but de venir "au secours des administrations sanitaires". L'explosion des agences a consacré la montée en puissance des régions dans le système de la santé : tout d'abord avec la création des SROS (Schéma Régional d'Organisation Sanitaire) qui amorcent la première étape d'un long processus de changement prisme de la

³² ALAM.T, GURRUCHAGA.M, *Collectivités, territoires et santé, regards croisés sur les frontières de la santé*, L'Harmattan, 2015, 410 p.

³³ PASQUIER.P, *Le pouvoir régional. Mobilisations, décentralisation et gouvernance en France*, Presses de Sciences Po, p.30

³⁴ TABUTEAU.D, « Les pouvoirs de la santé : la complexité d'un système en quête de régulation. », Presses de Sciences Po, Les Tribunes de la santé, 2013/4 n° 41, pp. 37-55

déconcentration. Ensuite, la création des ARH (Agences Régionales d'Hospitalisation) a entériné la régulation étatique à travers l'option régionale, renforcé par la création des URCAM (Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie) et des CRS (Centres Régionaux de Santé). La création des ARS le 1^{er} avril 2010 met fin aux dispositifs existants³⁵ et marque ainsi l'aboutissement du processus de changement, amorcé quelques années plus tôt. Avec les ARS, non seulement l'organisation administrative est simplifiée mais le pouvoir de l'Etat s'en voit également renforcé.

S'agissant du changement, il est marqué par un renouvellement constant des instruments d'action publique. Comme le montrent P.LASCOUMES et P.LE GALES³⁶ la modification permanente des instruments de l'action publique a pour principal intérêt d'obliger les acteurs à s'adapter continuellement. Ainsi, les instruments permettent de révéler les comportements des acteurs, qui vont alors devenir plus prévisibles et vont être plus visibles. Dans l'analyse des politiques publiques, l'instrumentation a une orientation fonctionnaliste avec quatre caractéristiques. Tout d'abord, l'action publique est conçue comme une démarche technique et politique de résolution des problèmes grâce aux instruments. Ensuite, les instruments sont considérés comme étant disponibles et ne posent seulement des questions qu'en termes de meilleure adéquation possible aux objectifs retenus. De plus, ces instruments sont considérés comme étant efficaces, c'est-à-dire qu'ils sont pertinents et leurs effets sont évaluables. Ainsi au prisme des instruments, c'est finalement le changement qui peut être observé. Enfin, les instruments constituent souvent une réponse face aux carences des outils classiques³⁷. Néanmoins, il est important de souligner que les instruments sont spécifiques et ne sont pas neutres. De plus, ils ne sont pas non plus inertes, c'est-à-dire qu'ils ont une capacité d'action propre. A force d'utilisation, ils peuvent produire des effets "*originaux et parfois inattendus*"³⁸. Les deux auteurs montrent que les effets provoqués par les instruments sont de trois ordres. Tout d'abord, "*l'instrument crée des effets d'inertie qui rendent possibles une résistance à des pressions extérieures*"³⁹ ce qui signifie que les instruments permettent à des acteurs - souvent hétérogènes - de se retrouver sur des questions et de travailler ensemble parce que ces instruments permettent une "*problématisation*". Ensuite, "*l'instrument est également producteur d'une représentation*

³⁵ article 129 de la loi HPST

³⁶ LASCOUMES.P, LE GALES.P, *Gouverner par les instruments*, Presses de Sciences Po, 2005, 370 p.

³⁷ *ibid.*, p.15

³⁸ *ibid.*, p.31

³⁹ *ibid.*, p.31

spécifique de l'enjeu qu'il traite"⁴⁰. Ainsi l'instrument donne une vision d'une problématique spécifique. Enfin, "*l'instrument induit une problématisation particulière de l'enjeu, dans la mesure où il hiérarchise des variables et peut aller jusqu'à induire un système explicatif*"⁴¹. Comme nous le montre les auteurs, étudier la régulation de l'offre de soins à travers la notion d'instrument permet d'avoir un regard complémentaire sur l'organisation, mais également les représentations ainsi que les jeux d'acteurs à l'œuvre et qui sont des angles d'étude dominants dans l'analyse de l'action publique.

Instruments et normes

P.LASCOUMES et P.LE GALES nous montrent toutefois que l'on peut établir une hiérarchie à l'intérieur des instruments. Pour O.BORRAZ⁴², la norme constitue un instrument, qui est toutefois dépolitisé. Selon la définition de l'ISO⁴³, la norme est un "*document établi par consensus, qui fournit pour des usages communs et répétés, des règles, des lignes directrices ou des caractéristiques pour des activités ou leurs résultats, garantissant un niveau d'ordre optimal dans un contexte donné*"⁴⁴. Les normes constituent donc des instruments d'action publique car elles portent en elle "*une forme condensée de savoir sur le pouvoir social [...] et produisent des effets spécifiques indépendants des objectifs poursuivis [...]*"⁴⁵. Parce qu'elles présentent deux caractéristiques, O.BORRAZ nous montre que les normes sont bel et bien une catégorie d'acteurs à part entière. En premier lieu parce qu'elles émanent de rapports de force dans la société civile entre des acteurs économiques ou entre des acteurs économiques et des ONG. La deuxième caractéristique repose sur la légitimité des normes qui sont à la fois liées à une rationalité démocratique en raison de leur dimension négociée entre les acteurs et à la rationalité scientifique et technique, qui permet de neutraliser leur signification politique.

Ce type d'instrument présente divers intérêts : déjà parce que la norme permet une "re-régulation" c'est-à-dire que ces normes constituent une catégorie de "*soft law*" notamment parce qu'elles viennent en complément de la réglementation. Ensuite, parce que la norme

⁴⁰ LASCOUMES.P, LE GALES.P, *Gouverner par les instruments*, p.32

⁴¹ *ibid.*, p.33

⁴² BORRAZ.O, in. LASCOUMES.P, LE GALES.P, *Gouverner par les instruments*, op. cit.

⁴³ International Organization for Standardization

⁴⁴ BORRAZ.O, in. LASCOUMES.P, LE GALES.P, *Gouverner par les instruments*, op.cit., p.123

⁴⁵ *ibid.*, p.125

met en lumière le mythe de la dépolitisation de l'action publique montrée par B.JOBERT [JOBERT, 2003]. En effet, il montre la tendance des autorités politiques à déléguer à des organismes privés, l'édiction de règles. C'est notamment ce que l'on peut observer du côté des CPAM dont les conventions reposent sur l'édiction de normes qui permettent le déclenchement d'aides à destination des professionnels de santé. Il ne s'agit pas forcément des lois mais pour autant, elles peuvent être contraignantes. C'est ce que l'on constate s'agissant des conventions passées avec les professionnels de santé en fonction du type de zone dans laquelle ils sont installés. Les termes de "*démocratie technologique*" [HAWKINS, 2000] et de "*diplomatie des techniques*" [COCHOY, 2000] sont d'ailleurs employés pour renforcer cette idée de dépolitisation de la normalisation. Souvent au cœur de conflits, la définition des normes permet d'amorcer un processus de négociation. C'est ce que l'on peut observer au niveau des conventions qui sont adoptées : elles sont véritablement le fruit de négociation entre les acteurs. Cette définition des normes permet alors d'engager un véritable processus de régulation. Les normes occupent une place de choix tant dans le processus de construction de l'Union Européenne que dans les recompositions de l'Etat dans ses modalités d'intervention.

Comme nous venons de le voir et comme nous le verrons plus loin dans notre travail de recherche, les normes constituent l'aboutissement d'un consensus entre les différents acteurs. Elles reposent sur des données scientifiques et techniques fournies par des savoirs experts et leur application est volontaire. Néanmoins, les normes ne sont pas la résultante d'un processus pacifié au sein duquel tous les acteurs disposeraient des mêmes ressources.

Instruments et action publique

En matière de politique de santé, le caractère "négocié" de nombreuses mesures prises nous amène à côtoyer le modèle de "*corégulation*" [LASCOUMES, LE GALES, 2015]. Cette dernière allie mesures législatives ou réglementaires qui ont un caractère contraignant à des mesures prises par les différents acteurs concernés à partir de leur expérience de terrain. C'est ce que nous pouvons observer en matière de régulation de l'offre de soins de premier recours puisque les mesures prises résultent la plupart du temps d'une négociation entre des acteurs de terrain (professionnels de santé, usagers, syndicats...) couplé à des mesures législatives ou réglementaires émanant des institutions publiques (ministère, ARS, collectivités locales...) ou privées (CPAM). Cela vient d'ailleurs renforcer

la thèse de B.JOBERT selon laquelle *“Un nouveau mode de production de l’action publique fondée non plus tant sur l’imposition de normes forgées par des acteurs étatiques, mais par une transaction systématisée entre les différentes parties concernées par l’action [...] La légitimité n’est plus recherchée dans la conformité de l’action à des valeurs centrales, mais bon fonctionnement des procédures réglant l’interaction”*⁴⁶.

S’agissant des instruments d’action publique, ils possèdent chacun leur propre logique. En effet, ils évoluent chacun sur le long terme avant d’atteindre ce que D.LORRAIN appelle une *“forme stabilisée”*⁴⁷. Cependant, D.LORRAIN, ajoute que l’instrument n’a pas d’existence propre dans l’action. Il s’inscrit en réalité dans un dispositif beaucoup plus large qui vise à le compléter et le conforter. C’est d’ailleurs ce qu’il appelle les *“Pilotes invisibles de l’action publique”*. On peut par exemple citer le zonage, que nous verrons par la suite. Le système étant si complexe qu’il entraîne une perte de sens de ce qui a pourtant permis d’élaborer les instruments. Ces pilotes - dont le nombre est croissant - assistent l’acteur. Ils participent à rendre les acteurs plus efficaces et organisent les échanges qui reposent sur des principes acceptés par tous, alors même que les intérêts sont souvent divergents. Ces “pilotes” sont un gage d’une plus grande efficacité mais ils participent à la dépolitisation des questions en les rendant plus naturelles. Comme le montre les auteurs, ces “pilotes” acquièrent une autonomie pour devenir ce qu’ils appellent des “pilotes automatiques”. Ainsi, les *“choix qu’ils portent et les solutions qui en découlent finissent par devenir naturels. On est dans le sentier de dépendance.”*⁴⁸

S’agissant des instruments, on peut observer qu’ils se placent sur deux axes. Tout d’abord sur l’axe des niveaux d’action. Ensuite sur l’axe du temps. Ces instruments prennent une ampleur grandissante dans l’action publique, expliquant ainsi une baisse du pouvoir des politiques. On observe alors un affaiblissement de leur marge de manœuvre. C’est d’ailleurs ce que D.LORRAIN pointe : *“Avec le développement de la règle, la multiplication des automates et des formats d’information, des pans entiers de l’action finissent par échapper aux acteurs politiques”*⁴⁹. Sur ce dernier point, il explique qu’alors qu’auparavant les acteurs politiques disposaient d’un pouvoir important car ils étaient en lien direct avec les problèmes des individus. Aujourd’hui, la donne a changé et les acteurs politiques restent toujours à

⁴⁶ BORRAZ.O, in. LASCOUMES.P, LE GALES.P, *Gouverner par les instruments, op.cit.*,p. 148

⁴⁷ LORRAIN.D, in. LASCOUMES.P, LE GALES.P, *Gouverner par les instruments, op.cit.*, p.170

⁴⁸ *ibid.*, p.188

⁴⁹ *ibid.*, p.194

l'écoute des individus et se contentent désormais de les orienter vers ce qu'il appelle un dispositif "*ad hoc*". Ce changement situationnel présente un intérêt notable car il est source d'une plus grande efficacité mais il a toutefois perdu en proximité entre les représentants politiques et les individus.

Pour G.PINSON, il existe un présupposé selon lequel les instruments ne peuvent rien nous apprendre sur l'action publique. Leur fonction n'a pour finalité que de masquer "*l'inertie des dispositifs d'action publique derrière le clinquant des nouveaux labels ou bien cacher des transformations plus profondes relatives aux objectifs même des politiques publiques*"⁵⁰.

Il observe de plus une concurrence entre les territoires. A cela s'ajoute une recomposition des politiques territoriales de l'Etat qui provoque un contexte incertain dans lequel les acteurs agissent.

Finalement, il constate que dans la plupart des cas, "*[...] les instruments sont désignés par les acteurs eux-mêmes comme des facteurs secondaires, des dimensions anodines, alors qu'ils peuvent avoir une puissance autonome de transformation non seulement des modes opératoires mais également des contenus des politiques publiques, et qu'ils peuvent même être porteurs d'une théorie des rapports Etat-Société*"⁵¹. En matière de politiques urbaines, G.PINSON s'attache à montrer que les projets s'articulent autour de valeurs : la nécessité d'anticiper; la nécessité d'intégrer l'incertitude; l'ouverture au contexte; l'injonction au consensus; la décentralisation de l'action; l'attention portée au processus et enfin l'attention portée à l'identité des acteurs. Dans le champ des politiques de régulation de l'offre de soins de premier recours et de la panoplie des instruments qui est utilisée, nous pouvons constater des similitudes avec les politiques urbaines. Comme nous pourrions le voir tout au long de notre travail, l'anticipation s'avère être une nécessité dans un contexte où l'offre de soins ne cesse de décliner alors même que la demande augmente. L'anticipation est une des clés de la résolution de problème. L'incertitude est également une des valeurs importantes car même si la prospective a pour objectif de réduire cette incertitude, elle ne peut être nulle et c'est un aspect important qu'il faut prendre en compte. L'incertitude repose par exemple sur l'attractivité du territoire pour les professionnels de santé, malgré les mécanismes incitatifs mis en place. S'agissant de l'ouverture au contexte, on peut ici constater que selon la sensibilité qu'ont les élus locaux notamment à la question de l'offre de soins, des

⁵⁰ PINSON.G, in. LASCOUMES.P, LE GALES.P, *Gouverner par les instruments, op.cit.*, p.199

⁵¹ *ibid.*, p.219

mécanismes incitatifs seront plus propices à y être développés. On constate également qu'un consensus doit être trouvé entre les différents acteurs afin de mettre en œuvre la politique la plus cohérente possible. Néanmoins malgré l'intérêt commun manifeste que constitue l'offre de soins de premier recours, nous pouvons constater que le consensus n'est pas toujours possible. Si dans le cadre des politiques de santé, on assiste à une ouverture progressive à la décentralisation, on remarque néanmoins que paradoxalement, dans le même temps le mécanisme de déconcentration se renforce. Donc sur ce point, nous pouvons noter une divergence avec l'étude de G.PINSON. Il en paraît de même pour l'attention portée au processus. Ici nous n'avons pas observé que les moyens de mise en œuvre du processus de régulation de l'offre de soins faisaient l'objet d'une attention particulière. En revanche, s'agissant du dernier point, sur l'attention portée à l'identité des acteurs, nous constatons que cette valeur est importante. Néanmoins, nous pourrions le voir plus loin, elle diffère largement en fonction du type d'acteurs.

Instruments et changement

Etudier le changement sans étudier les instruments ne fait pas sens, tant les deux sont intrinsèquement liés. A travers son étude sur la politique des retraites, B.PALIER⁵² montre que les instruments constituent des "traceurs" du changement. Il identifie d'ailleurs un processus commun se déroulant en quatre étapes. Tout d'abord, il y a un diagnostic de la situation qui va remettre en cause les instruments choisis dans le passé. C'est seulement après avoir remis en cause les manières de faire précédentes que l'on peut introduire de nouveaux instruments. Dans un deuxième temps, il identifie une étape durant laquelle des solutions vont être élaborées en s'opposant aux pratiques passées. En effet, les nouveaux instruments ainsi élaborés, le sont par opposition aux instruments passés afin de ne plus commettre, ce qu'il qualifie "d'erreurs du passé" et donc pour répondre aux problèmes actuels. Sur ce point, nous pouvons évoquer la question du zonage que nous verrons dans notre premier chapitre, qui incarne bien cette remise en question d'une méthodologie qui ne faisait plus sens et d'un besoin de renouveau. Ce nouvel instrument ainsi créé est présenté comme incarnant un renouveau dans les manières de concevoir le zonage. A partir de là, de nouvelles mesures consensuelles vont être adoptées, bien qu'ambigües et parfois

⁵² PALIER.B, in. LASCOUMES.P, LE GALES.P, *Gouverner par les instruments, op.cit.*, p.227

contradictoires. En effet, la plupart des acteurs vont parvenir à se mettre d'accord sur ces nouvelles mesures, néanmoins, leurs raisons sont souvent différentes. Enfin, la quatrième et dernière étape constitue un développement incrémental lié à des transformations cumulatives. En effet, B.PALIER observe que les nouvelles manières de faire sont introduites "à la marge" du système. Toutefois, portant une logique propre qui est différente des manières traditionnelles de faire et de penser, leur développement est progressif mais devient néanmoins important. Ainsi les instruments vont véhiculer une "*nouvelle logique au sein du système*".⁵³

Dans son ouvrage, R.EPSTEIN⁵⁴ - reprenant les travaux de P.LASCOUMES et P.LE GALES - montre que les instruments d'action publique déterminent partiellement la façon dont les acteurs vont se comporter. Ils créent des incertitudes sur les effets des rapports de force et conduisent à privilégier certains acteurs et intérêts alors que d'autres seront écartés. Ils vont alors contraindre les acteurs, leur offrir des ressources et diffuser une représentation des problèmes. On peut alors dire que les acteurs sociaux et politiques disposent de capacités d'action très différentes selon les instruments qui sont sélectionnés. Une fois les instruments choisis, ils ouvrent de nouvelles perspectives d'utilisation et d'interprétation qui deviennent imprévues et difficiles à contrôler pour les entrepreneurs politiques et qui nourrissent une dynamique d'institutionnalisation.

Pour conclure notre propos nous pouvons reprendre les travaux de P.LASCOUMES et P.LE GALES qui s'attachent à montrer que l'innovation instrumentale permet la recomposition de l'Etat [LASCOUMES, LE GALES, 2015]. En effet, selon ces derniers, chaque nouvel instrument sera accompagné par des justifications. D'une part, le geste politique c'est-à-dire la volonté de produire un effet symbolique. On peut notamment citer à cet effet, la suppression du *numerus clausus* mais également les différents types de contrats utilisés pour attirer les jeunes médecins (PTMG notamment). Ensuite, on trouve la recherche d'efficacité à travers l'adoption d'un nouvel instrument qui s'érige en solution à l'échec des précédents instruments. On peut alors citer ici le zonage dont la refonte de la méthodologie avait pour but de corriger l'inefficacité de l'ancien. Enfin, la rationalité de ce nouvel instrument est à la fois matérielle mais elle est également axiologique comme le montre les

⁵³ PALIER.B, in. LASCOUMES.P, LE GALES.P, *Gouverner par les instruments, op.cit.*, p.227

⁵⁴ EPSTEIN.R, *La rénovation urbaine : démolition-reconstruction de l'Etat*, Paris, presses de Sciences Po, coll. « Sciences Po Gouvernances », 2013, 377 p.

auteurs : elle porte sur un ensemble de valeurs permettant un renouvellement - ou un enrichissement - de l'action publique. Cela permet alors à de nouveaux acteurs d'apparaître pour conduire les politiques publiques, qu'ils soient profanes ou spécialistes.

La recomposition de l'Etat passe alors par des ressources qui s'avèrent centrales pour le Gouvernement. C'est d'ailleurs ce que montre C.HOOD dans son ouvrage *The Tools of Government* [HOOD, 1986]. Selon ce dernier, il existerait quatre types de ressources centrales pour le Gouvernement. Tout d'abord, ce qu'il appelle la "modalité", c'est-à-dire la capacité pour les gouvernements d'opérer au centre de toutes sortes de réseaux d'information. En deuxième lieu on trouve "l'autorité" qui est définie en termes de coercition et de légitimité, ensuite il y a les "ressources financières" et enfin le quatrième type de ressource concerne "l'organisation" qui correspond à la capacité d'action directe.

Enfin, pour D.LORRAIN, l'action collective, le mouvement et le changement restent largement conditionnés et structurés par les instruments de l'action publique qui sont souvent invisibles. C'est donc pour cela que les instruments d'action publique sont perpétuellement réinventés.

Dans cette première partie nous allons voir que les instruments sont au service d'une recentralisation de la santé. La production des instruments est en effet édictée par le centre et s'applique à l'ensemble du territoire. Cela contribue à la production d'un changement dans l'action publique. Dans cette perspective notre première partie s'articule autour de quatre chapitres. Dans le premier chapitre nous allons voir que l'Etat opère une étatisation du système de santé. Cela s'observe notamment avec les ARS et les préfets qui sont l'incarnation de l'Etat dans les territoires. Ensuite cette étatisation est renforcée par l'instrumentation, décidée au niveau central. C'est notamment le cas du zonage qui pose la question de son adéquation avec les réalités locales.

Après avoir vu l'étatisation du système de santé nous allons voir dans un deuxième chapitre que l'étatisation s'opère également du côté de l'Assurance-maladie. En effet, l'Etat affirme sa puissance et marque ainsi la fin d'un long combat entre l'Etat et l'Assurance-maladie. Là encore, les instruments se mettent au service de l'action publique centralisée. Ici les instruments sont décidés par l'Etat et mis en œuvre par l'Assurance-maladie à travers ses CPAM. Dans ce chapitre nous verrons que l'Etat a fait le choix d'instruments incitatifs afin d'attirer de nouveaux médecins dans les territoires déficitaires. Si l'Assurance-maladie est placée en premier plan dans l'attribution des différentes aides, celle-ci est néanmoins soumise à l'Etat qui décide des instruments.

Dans notre troisième chapitre nous allons voir que des acteurs émergent et montrent leur capacité d'action. Ici nous allons nous concentrer sur les professionnels de santé – les médecins plus précisément – et nous allons voir qu'ils disposent d'une capacité d'action leur permettant d'influer sur les instruments. Bien que divisés en plusieurs catégories, ces médecins parviennent tout de même à faire entendre leur voix et à influencer sur les politiques. Enfin, notre quatrième chapitre aura pour objectif de montrer que les nouveaux modes d'organisation professionnelle contribuent au changement en matière de régulation d'offre de soins de premier recours.

Ces quatre chapitres vont nous permettre de montrer que les instruments génèrent du changement avant d'étudier dans une seconde partie, leur déclinaison à l'échelle locale.

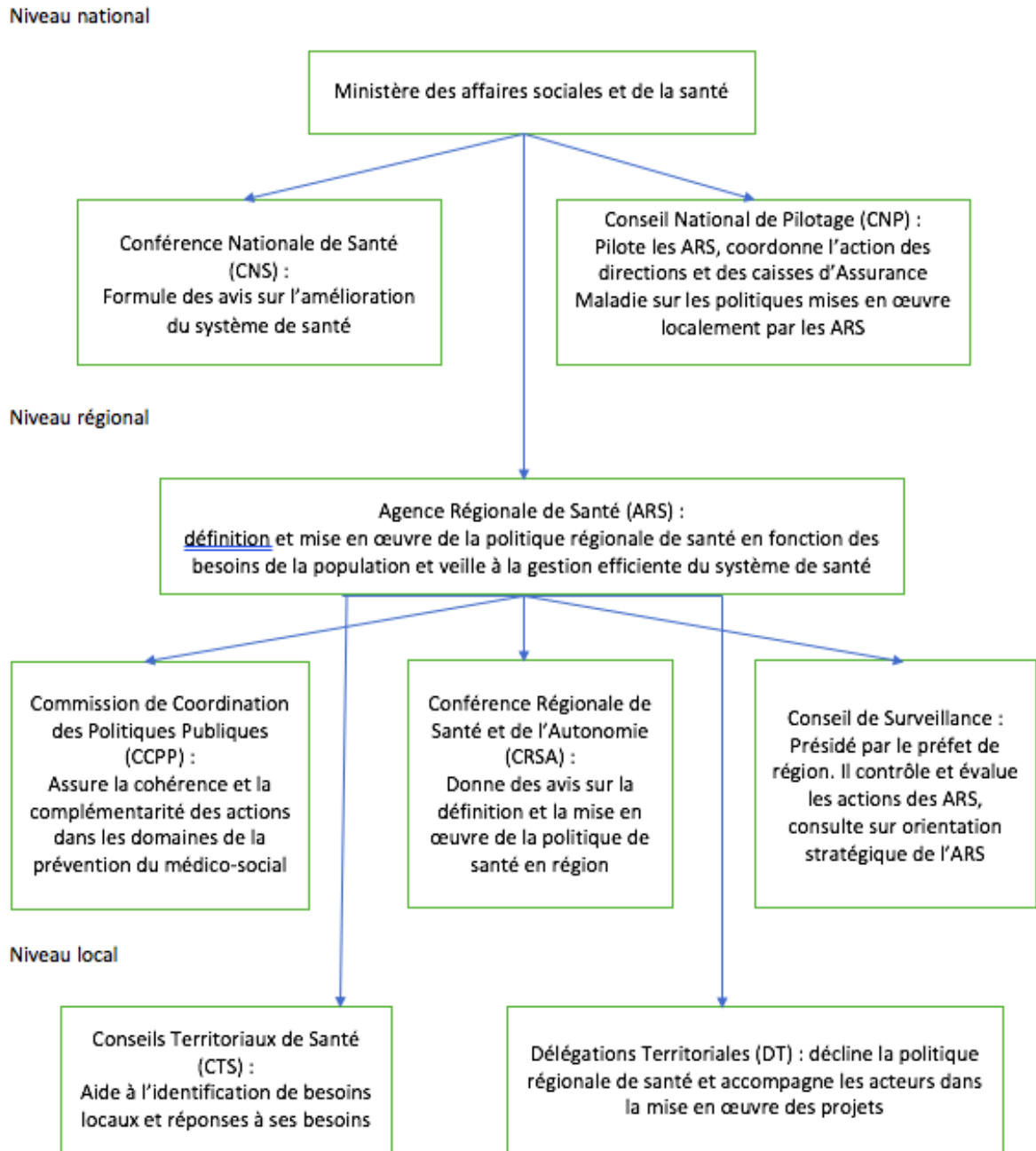
Chapitre 1 : L'étatisation du système de santé

Dans ce chapitre, nous allons nous attacher à montrer que l'instrument se met au service de l'Etat pour renforcer son rôle. Alors que pendant longtemps l'instrumentation en santé se focalisait sur l'hôpital par la production d'instruments de régulation, le premier recours entre depuis quelques temps dans la même logique. En effet, traditionnellement l'ambition régulatrice se concentrait sur la politique hospitalière sur l'ensemble du territoire. S.FLEURET montre d'ailleurs comment l'hôpital public « [...] est conduit à jouer un rôle central dans les recompositions territoriales de l'offre de soins à l'échelle de la ville »⁵⁵. La création des ARH intervient en effet dans cette logique de réorganiser l'offre de soins autour d'une coopération inter-établissements, aboutissant ainsi à la signature de conventions, de mises en réseaux mais également de transferts d'activités, de fusions avec pour corollaire la fermeture de certains hôpitaux locaux [FLEURET, 2003]. Avec la mise à l'agenda de la question de la pénurie de l'offre de soins de premier recours dans certains territoires et face à la montée en puissance de cette problématique, la régulation par les instances nationales s'est imposée. D'une tradition d'action hospitalière nous passons depuis quelques temps à une régulation dans le premier recours. Pour ce faire, il a fallu inventer de nouveaux outils en prenant en compte de nouveaux acteurs, comme nous le verrons tout au long de ce travail. Au cours de cette première partie, il s'agira de voir que ce renforcement s'opère également à travers la mise en place d'institutions déconcentrées dont les marges de manœuvre théoriques sont en réalité très limitées. Ce chapitre a pour objectif de montrer que ces administrations déconcentrées font preuve d'une certaine *dépendance au sentier* [FRINAULT, 2009] en ce qu'elles répercutent les directives nationales sans se saisir de la marge de manœuvre dont elles sont théoriquement dotées car les institutions publiques centrales ont développé des instruments qui procèdent à un véritable contrôle de ces institutions. Ainsi, là encore un changement dans l'action publique est à l'œuvre mais il s'opère plutôt du côté d'une recentralisation des politiques de santé. Cela s'observe d'ailleurs très nettement avec la fin d'une rivalité entre l'Assurance-maladie et l'Etat dans lequel le second l'emporte en exerçant un contrôle très fort sur la première que nous allons voir dans le chapitre suivant. Le schéma qui suit nous permet de nous rendre compte de

⁵⁵ FLEURET.S, « Recomposition du paysage sanitaire : quand les exigences territoriales rejoignent les enjeux de santé », Santé et Territoires, vol.78/3, 2003, p.239

manière plus limpide de cette étatisation du système de santé qui est à l'œuvre depuis quelques années.

Titre : L'organisation sanitaire en France selon les niveaux territoriaux



Source : schéma élaboré par l'auteur

Ce schéma a pour objectif de montrer l'organisation du paysage sanitaire en fonction des différents niveaux territoriaux. Ainsi comme nous pouvons le constater, celle-ci est plutôt conçue selon un modèle de type « top-down », comme l'a notamment montré B.PALIER avec l'exemple des politiques sociales [PALIER, 1998]. Comme nous pouvons

le voir, les professionnels de santé et les élus locaux sont présents. Cela se traduit par une représentation au sein de la CRSA pour les premiers et par le siège au sein du Conseil de surveillance de l'ARS, pour les seconds. L'ARS a également en charge l'offre de soins ambulatoire.

Dans ce chapitre, nous allons tenter de présenter les acteurs publics qui œuvrent à la régulation de l'offre de soins de premier recours. Ces derniers occupent une place importante, venant ainsi confirmer la thèse d'un retour en force de l'Etat dans les processus d'élaboration des politiques publiques. Ainsi avec la question de la régulation de l'offre de soins de premier recours, on voit bien que l'Etat reste le garant de la santé des individus à travers ses institutions publiques qui en sont les émissaires. Concrètement, cela se manifeste avec l'essor des agences, en l'occurrence ici, les ARS. D.TABUTEAU⁵⁶ montre que cette profusion des agences à laquelle nous assistons depuis quelques années est liée à la perception qu'ont les instances politiques de celles-ci. En effet, l'agence est perçue comme un instrument de la modernité. D'ailleurs ici, l'auteur nous rappelle que ce modernisme incarné par les agences s'inspire du modèle américain avec la "*Food and drug administration*" ainsi que les "*Centers for Disease Control and Prevention*". Si cette importation étasunienne semble récente, il ne faut tout de même pas oublier que la notion d'agence trouve son fondement bien avant, dans le climat post-révolutionnaire français. C'est en effet suite à la publication du décret-loi de la Convention du 28 juin 1793 que des "*agences de secours*" émergent en France. Ces administrations constituaient davantage des commissions administratives distribuant les secours de la nation aux plus nécessiteux. Plus tard, au XXe siècle, le recours aux agences s'effectue de nouveau dans le but d'apporter une aide aux administrations sanitaires. Par la suite, on assiste à une explosion des agences, entraînant de fait la montée en puissance de la région dans le domaine de la santé. On peut ainsi citer les différentes étapes dans ce processus. La première est d'ailleurs marquée par la création des SROS (Schéma Régional d'Organisation Sanitaire) qui constituaient un instrument de mise en œuvre du PRS (Projet Régional de Santé) regroupant l'évaluation des besoins de santé, de l'offre de soins et déterminant les orientations stratégiques pour chaque région dans le domaine de la santé publique. Ainsi on retrouvait dans les SROS le renforcement de l'offre de soins de premier recours notamment. Par la suite, la création des ARH (Agence Régionale d'Hospitalisation) marque d'ailleurs ce que D.TABUTEAU

⁵⁶ TABUTEAU.D, « Les pouvoirs de la santé : la complexité d'un système en quête de régulation. », Presses de Sciences Po, Les Tribunes de la santé, 2013/4 n° 41, pp. 37-55

appelle “*l’option régionale des ambitions régulatrices de l’Etat*”⁵⁷. En 2004, la création de GRSP (Groupement Régional de Service Public) ainsi que des MRS (Missions Régionales de Santé), renforce cette volonté pour l’Etat de contrôler la santé. La création des ARS en 2009 en constitue d’ailleurs l’affirmation d’une assise étatique en matière de politique de santé. Cela permet d’asseoir le pouvoir de l’Etat et simplifie l’organisation administrative : leur création met ainsi fin aux ARH, GRSP, URCAM, MRS, DDASS et DRASS⁵⁸.

L’objectif de ce chapitre est ici de montrer l’étatisation du système de santé qui nous permettra par la suite de mieux saisir les difficultés à l’échelle locale, la centralisation ne permettant pas de résoudre tous les problèmes des territoires en matière de premier recours à l’image de ce que nous avons pu constater avec la crise de la COVID 19 comme nous en parlerons brièvement par la suite.

Afin d’aborder ce chapitre nous allons tout d’abord nous attacher à montrer dans une première section que localement, les administrations que sont les ARS et le préfet, affirment une *dépendance au sentier* qui permet un contrôle plus fort de la santé par l’Etat central. Ensuite, nous montrerons dans une deuxième section que ce contrôle exercé par le centre au prisme du zonage comme principal instrument d’action publique, porte en lui de nombreuses limites. Dans un premier temps la question se pose de l’adéquation du zonage, défini au niveau central, avec les réalités locales. Dans un deuxième temps, cet instrument engendre des enjeux porteurs de tensions.

⁵⁷ TABUTEAU.D, « Les pouvoirs de la santé : la complexité d’un système en quête de régulation. », Presses de Sciences Po, Les Tribunes de la santé, 2013/4 n° 41, p.40

⁵⁸ art. 129 de la loi HPST

Section 1 : Les administrations locales ou l'affirmation d'une dépendance au sentier

En matière de politiques de santé - plus précisément d'organisation sanitaire - la compétence est essentiellement dévolue aux administrations déconcentrées.

A partir des années 90, l'existence d'un lien de causalité entre la transformation de l'Etat, l'accélération de l'intégration européenne et l'émergence de nouveaux acteurs territoriaux est une hypothèse qui gagne du terrain. Si notre objet d'étude nous montre qu'il incombe largement à l'Etat de l'organiser, force est de constater que la problématique est beaucoup plus complexe que cela et surtout, que le rôle de l'Etat s'est considérablement transformé. En effet, comme le montre R.PASQUIER⁵⁹, l'intégration européenne constitue une véritable structure d'opportunités qui va doter les différents acteurs régionaux des ressources à la fois politiques mais également économiques, renforçant ainsi leurs positions par rapport aux administrations centrales. On observe alors une gouvernance multi-niveaux qui incarne ce changement [MARKS, 1996; HOOGHE, 1995] et/ou ce que R.PASQUIER qualifie de "néorégionalisme en Europe de l'Ouest"⁶⁰. Toutefois, dans le domaine de la santé, l'échelon régional est uniquement représenté ici par les institutions déconcentrées, l'ARS et le préfet, le Conseil Régional n'ayant que peu voix au chapitre⁶¹.

A. Les ARS

Instances de déconcentration, elles voient le jour avec la loi HPST. Comme le montrent M.GURRUCHAGA et T.ALAM⁶², ces dernières ont remis l'Etat au centre en le consacrant comme le régulateur principal et, par voie de conséquence, ont fait de l'échelon régional, un niveau pertinent d'action publique dans le domaine de la santé. Néanmoins, il est important de mentionner que la loi HPST ne marque pas une transformation radicale dans la manière de concevoir les politiques de santé, elle s'inscrit cependant dans une série de réformes visant à remettre l'Etat au centre des politiques de santé. Néanmoins, ce qu'il faut

⁵⁹ PASQUIER.P, *Le pouvoir régional. Mobilisations, décentralisation et gouvernance en France*, Presses de Sciences Po, 2012, 386 p.

⁶⁰ *ibid.*, p.30

⁶¹ ceci fera l'objet d'une explication en deuxième partie de ce travail

⁶² ALAM.T, GURRUCHAGA.M, *Collectivités, territoires et santé, regards croisés sur les frontières de la santé*, op.cit.

souligner, c'est que la loi HPST affiche clairement la volonté de procéder à un décloisonnement de l'action publique et de territorialiser – à l'aide du PRS – ainsi que d'adapter les politiques nationales aux spécificités locales.

Au départ présentées comme des institutions disposant d'une certaine autonomie, la réalité est beaucoup plus nuancée. F.PIERRU et Ch.ROLLAND montrent les difficultés rencontrées par les ARS qui, d'un côté doivent réaliser des missions de service public, tout en ayant des contraintes très fortes sur le plan matériel et humain liées à la Révision Générale des Politiques Publiques (RGPP), [PIERRU, ROLLAND, 2013, p.414]. Présentée par les auteurs comme une « *autonomie de façade* », la mainmise de l'Etat s'exerce même au niveau de la gestion des budgets alloués aux ARS. En effet, « *les ARS reçoivent en novembre une pré-notification des crédits pour l'année suivante de manière à bâtir leur budget mais, sur ce budget, une partie des crédits est gelée pour être éventuellement dégelée en fin d'année. Au final et au total, l'autonomie des ARS en matière financière est des plus limitée* »⁶³.

Si la question de l'autonomie des ARS a souvent été posée et mise sur le devant de la scène, l'affirmation de son caractère déconcentré en a été la réponse. En effet, en 2012, le Conseil d'Etat affirme que les directeurs d'ARS sont soumis au pouvoir hiérarchique des ministres compétents. Cela permet donc de mettre un terme à l'idée selon laquelle la santé se régionaliserait au prisme de la création des ARS. On peut d'ailleurs citer à ce sujet, F.PIERRU⁶⁴ qui montre que la régionalisation est en réalité un « *trompe-l'œil* » avec un texte final qui fait glisser les missions des ARS vers une mission de réalisation et d'orchestration de la politique nationale de santé. Ainsi, elles ont donc un fonctionnement d'administration déconcentrée. Il faut cependant souligner que les ARS disposent d'une marge de manœuvre dont elles se saisissent à travers la rédaction et l'adoption du Projet Régional de Santé (PRS). Il s'agit là d'un document propre à chacune des régions qui repose sur une contractualisation entre l'ARS d'une part, et l'ensemble des acteurs et établissements de la région, d'autre part. Outil de planification et de programmation des moyens, le PRS a pour objectif de décliner la Stratégie Nationale de Santé pour une durée limitée et selon un budget défini. Le PRS constitue alors le principal instrument de régulation de l'ensemble de la santé en région. Sa

⁶³ ROLLAND.Ch, PIERRU.F, « Les Agences Régionales de Santé deux ans après : une autonomie de façade », Santé Publique, 2013/4, vol.25, p.415

⁶⁴ PIERRU.F, « La santé en fusions. L'accouchement des Agences Régionales de Santé au forceps institutionnel », communication au XIe Congrès de l'AFSP, Strasbourg, 1^e septembre 2011

rédaction permet de définir la stratégie de l'ARS et traduit alors de son autonomie dans la mesure où les choix qui auront été arbitrés dans chaque PRS diffèrent d'une ARS à l'autre. Il nous faut donc nuancer le propos de l'absence d'autonomie des ARS : certes elles sont des instances de déconcentration mais qui disposent d'une marge de manœuvre dont la principale traduction se trouve dans le PRS.

Ce qui est paradoxal avec la création des ARS, c'est qu'elles sont placées sous la tutelle de l'Etat dans la mesure où ce sont des établissements publics administratifs ayant pour principale mission de décliner, dans les régions, les politiques nationales. Là où réside le paradoxe c'est que certaines modalités de mise en œuvre des missions sont floues et ambiguës. De plus, la confusion pouvait résider dans le fait que, depuis le décret du 29 avril 2004, l'échelon régional est renforcé au détriment de l'échelon départemental. Toutefois il faut ici insister sur le fait que le renforcement de l'échelon régional se fait dans le cadre d'une administration déconcentrée, contrairement à d'autres types de politiques.

L'ARS est incarnée par son directeur général (DG ARS), lequel se retrouve très souvent contraint dans tous ses actes. On peut d'ailleurs citer M.GURRUCHAGA et T.ALAM qui qualifient le poste de DG ARS, d'emploi « *précaire* », la précarité résidant dans le simple fait qu'ils sont révocables chaque semaine en conseil des Ministres. Si c'est une possibilité, on observe toutefois une certaine stabilité au sein des DG ARS. En revanche, en tant que représentant d'une administration déconcentrée, ce dernier est soumis à un contrôle hiérarchique qui s'effectue par le secrétaire général du ministère en charge de la santé, selon les principes du *New Public Management*. L'évaluation porte sur les critères préalablement définis dans les CPOM⁶⁵ qui sont passés entre l'ARS et le CNP. Elle s'effectue donc autour des missions des ARS et se décline en objectifs opérationnels qui sont quantifiés par des indicateurs nationaux ou régionaux. Alors que le poste de DG ARS laissait présager des compétences étendues, en réalité son pouvoir est très contraint. On peut alors dire que « *les règles d'autonomie sont ensevelies sous les règles de contrôle* »⁶⁶.

S'agissant du DG ARS, son rôle revêt une ambiguïté dans la mesure où il agit à la fois comme un représentant de l'Etat mais également comme un directeur d'établissement

⁶⁵ Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens

⁶⁶ ROLLAND.Ch, PIERRU.F, « Les Agences Régionales de Santé deux ans après : une autonomie de façade », *art. cit.*, p.416

public distinct de l'Etat. Pour appuyer le caractère déconcentré de l'ARS, on peut ajouter que leur création avait – au départ – pour objectif de conduire à une régionalisation des enveloppes budgétaires. Pourtant, l'ONDAM a été conservé, affirmant ainsi – à travers cet instrument de maîtrise budgétaire – la prééminence de l'Etat.

Ainsi, la loi HPST affiche donc l'ambition de décloisonner l'action publique par la fusion – au sein des ARS – des organisations sectorielles. Néanmoins, il faut relativiser car comme le souligne M.GURRUCHAGA « [...] l'objectif réformateur est mis à mal par les contraintes quotidiennes tant organisationnelles que budgétaires. A bien des égards, les ARS font figure de régulateur "attrape-tout", mais aussi de "redistributeur désargenté" »⁶⁷. Sur ce point, nous pouvons d'ailleurs ajouter des baisses budgétaires contraignants les ARS à baisser leurs effectifs. A partir de là on observe des « arrangements », relevant d'une forme de « bricolage » institutionnel dans la création des équipes. On observe alors la présence de différents statuts au sein des ARS, ce qui engendre de nombreuses difficultés et des difficultés de management et de gestion en interne. A cela il faut ajouter un renforcement des procédures au sein de l'ensemble des ARS ainsi qu'un contrôle hiérarchique fort, entraînant ainsi une baisse d'efficacité dans le travail.

Il est prévu par la loi que dans chaque département, une Délégation Départementale (DD) soit créée. Celle-ci doit se charger de la mise en œuvre sur son territoire, de la politique qui a été arrêtée au niveau régional. Ici, la difficulté réside dans le fait qu'il n'y a pas de précision sur les relations entre l'ARS et ses DD. Cela entraîne, par voie de conséquence, une multiplication des régulations au sein de ces deux niveaux. La menace qui pèse sur ce mode de fonctionnement est ce que les auteurs appellent une « *crise bureaucratique* » voit le jour au sein de cette instance déconcentrée. Sur ce point, on peut d'ailleurs parler « *d'isomorphisme aussi bien coercitif que mimétique* » [POWELL, DI MAGFIO, 1983]. Quelle que soit l'ARS, il faut également rappeler que son mode de fonctionnement est intrinsèquement lié à la personnalité de son directeur général⁶⁸. Néanmoins, il semble que le trait commun à l'ensemble des ARS soit qu'au quotidien on ne puisse pas réellement parler de territorialisation dans les modes de fonctionnement. On peut alors en conclure qu'un fossé se creuse entre la théorie sur l'autonomie des ARS et la réalité, qui est bien plus contrastée.

⁶⁷ ALAM.T, GURRUCHAGA.M, *Collectivités, territoires et santé, regards croisés sur les frontières de la santé*, op.cit., p. 34

⁶⁸ on peut ici faire référence aux idéaux-types weberiens

C'est sans doute une des conséquences de la loi HPST qui puise sur deux répertoires d'action distincts : d'un côté celui de l'administration territoriale de la santé et de la planification sanitaire, et de l'autre, celui du *New Public Management*. La « *duplicité fonctionnelle* » du DG ARS qui oscille entre d'un côté un rôle de « préfet sanitaire » [GURRUCHAGA, ALAM, 2015] et de l'autre celui de directeur d'une agence sanitaire illustre bien ce propos⁶⁹.

Néanmoins, en consacrant les ARS, la loi HPST voulait mettre un terme à l'ancien conflit opposant l'Etat à l'Assurance Maladie en étatisant cette dernière. A travers ses réseaux, le directeur général de l'UNCAM (Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie) a pu mettre un terme à cette volonté de fusion au sein d'une agence nationale de la santé, rattachée au ministère. Finalement, nous pouvons constater que cette réforme est l'aboutissement d'un compromis entre deux institutions rivales issues de conceptions antagonistes.

Au cœur des ARS, on constate une reproduction des institutions dissoutes liées à un phénomène de « *dépendance au sentier* » comme l'a montré P. PIERSON, ce qui empêche de fait un renouvellement de l'organisation. D'ailleurs, cela peut s'observer par la seule lecture de l'organigramme des ARS mais également ce que nous avons pu constater lors d'entretiens réalisés avant cette recherche. La socialisation professionnelle des agents a, en effet, favorisé la reproduction de l'organisation et la sectorisation de l'action publique.

La loi HPST consacre ainsi les ARS comme pivot de l'organisation sanitaire avec notamment l'article L1431-2 du code de la santé publique et l'article 118 de la loi HPST. Ces deux textes érigent les ARS en instance régulatrice de l'offre de soins dans les espaces régionaux et infra régionaux. De ce fait, le législateur a prévu des pouvoirs étendus au DG ARS. Le DG ARS peut demander aux directeurs des établissements publics de santé, la création d'un GCS (Groupement de Coopération Sanitaire). En l'absence d'une réponse positive de la part des établissements, le DG ARS peut prendre des « mesures appropriées » qui peuvent passer par des restrictions de dotation financière des établissements. En dehors des établissements publics, le DG ARS dispose de compétences sur les établissements privés dans la mesure où c'est lui qui délivre les autorisations d'ouvertures de services dans ces établissements. Ainsi, il dispose d'un moyen de pression sur le secteur privé. La création des GSP est donc ici implicite néanmoins, le DG disposant d'un pouvoir de coercition, les

⁶⁹ ALAM.T, GURRUCHAGA.M, *Collectivités, territoires et santé, regards croisés sur les frontières de la santé*, op.cit.p.70.

établissements n'ont d'autres choix que d'accéder à la demande. Néanmoins, il faut garder à l'esprit que, dans les faits, les moyens de l'ARS restent faibles, même si les budgets alloués par le Fonds d'Intervention Régional (FIR) sont pour une grande partie consacrés au soutien des établissements hospitaliers.

Ce qui est paradoxal dans le fonctionnement de l'ARS, c'est qu'il tend à y avoir une forme de décentralisation avec la CRSA dans la mesure où différents types d'acteurs locaux sont représentés mais également les commissions spécialisées et les commissions de coordination des politiques publiques. Ce mode de fonctionnement offre ainsi la possibilité d'adapter l'action de l'ARS à la réalité observée localement. Néanmoins, cette dualité permet également d'expliquer des formes de tensions, tant en interne qu'en externe. De plus, il faut noter qu'avec la loi HPST, les ARS ont récupéré le secteur médico-social, ce qui peut générer des tensions entre elles et les conseils départementaux.

Nous pouvons le voir, l'ARS en tant qu'instance régulatrice régionale ne voit pas sa tâche facilitée dans la mesure où elle porte en elle les germes d'un paradoxe qui peut générer des tensions et des difficultés de fonctionnement. Si la région n'est pas considérée par les institutions européennes comme une entité autonome à l'image de ce que peuvent être les Etats, l'UE tient en revanche compte de la région et de la politique qu'elle mène afin de construire sa politique. C'est notamment ce qui s'observe actuellement dans le domaine de la santé, comme le montrent M.GURRUCHAGA et T.ALAM. En effet, l'UE considère de plus en plus l'échelon régional comme pertinent et surtout nécessaire pour son intégration. D'ailleurs pour renforcer cette idée, on peut évoquer l'existence d'une commission du développement régional au sein du Parlement européen. De plus, la commission européenne insiste sur la notion « *d'accès équitable aux services de santé* », venant ainsi renforcer les orientations politiques nationales. A cela il faut ajouter que la santé est au cœur des politiques de cohésion car elle est considérée comme un facteur de compétitivité et de développement régional. Dans cette perspective, l'Union Européenne maîtrise la politique régionale puisque cela relève du domaine de compétences de la commission européenne. Pour ce faire, deux mécanismes sont à l'œuvre : d'une part les fonds structurels et d'autre part, la coopération interrégionale. Néanmoins, forte de cette compétence, l'UE continue de respecter les principes fondamentaux liés à son mode de fonctionnement et de ce fait ne remet pas en cause les équilibres institutionnels de ses états membres. Ainsi, par ce mécanisme, les régions deviennent actrices de la politique sanitaire menée par l'UE déjà depuis le traité de

Maastricht. Elle accorde donc une place aux régions dans la construction européenne en ce qu'elles constituent de véritables partenaires pour les Etats membres, et donc pour l'UE. Néanmoins, ici la « régionalisation de la santé » est à considérer au prisme de la déconcentration, puisque, depuis 2004, l'Etat a affirmé que l'action publique en matière de santé en France lui incombe. De ce fait, si l'essor régional est plébiscité par les institutions communautaires, celle-ci se fait au travers de ces instances déconcentrées, avec toutefois cette dualité au sein des ARS qui permet une expression citoyenne et locale par le biais de la CRSA notamment. En revanche, l'aspect décentralisé de la santé sur le territoire régional, s'il est prévu par les dispositifs législatifs, on constate néanmoins qu'elle est à relativiser, d'une part parce que les ARS souhaitent conserver leur légitimité à réguler la politique de santé publique et d'autre part, parce que les collectivités territoriales craignent qu'une décentralisation de la santé n'engendre par la suite un désengagement de l'Etat.

A travers les ARS, nous pouvons constater que les politiques de santé publique offrent un terrain propice à l'analyse des mutations de modes d'intervention de l'Etat en action, dans un secteur où il a souhaité amplifier son leadership organisé après la seconde guerre mondiale et la mise en cohérence du système de santé. Il faut néanmoins garder à l'esprit que les ARS sont des institutions récentes et donc il est possible que les effets initialement attendus de cette réforme n'aient pas tous été atteints.

La création des ARS permet donc de repenser le rôle de l'Etat, qui apparait de plus en plus différencié selon P.LASCOUMES et P.LE GALES⁷⁰. En effet, l'Etat apparait aujourd'hui comme une intrication entre des agences, des organisations et un ensemble de règles qui sont négociées entre des acteurs de plus en plus nombreux. Ainsi, on assiste à ce que les auteurs considèrent comme du bricolage « *de l'enchevêtrement de réseaux, de l'aléatoire, une multiplication d'acteurs, des finalités multiples, de l'hétérogénéité, de la transversalité des problèmes, des changements d'échelles des territoires de référence* »⁷¹. Ils ajoutent également que l'Etat a perdu de son monopole et qu'il est ainsi moins au centre des processus politiques. C'est finalement ce que l'on peut observer s'agissant des ARS. Si au départ de notre recherche nous avons formulé l'hypothèse selon laquelle l'ARS était l'acteur central de la politique de régulation de l'offre de soins, notre travail d'enquête et nos recherches nous ont permis de montrer que l'ARS n'est finalement qu'une institution parmi

⁷⁰ LASCOUMES.P, LE GALES.P, *Gouverner par les instruments, op.cit.*

⁷¹ *ibid.*, p.23

les autres et qu'elle fait l'objet de nombreuses pressions : d'une part, parce qu'elle est l'incarnation de l'Etat, duquel elle dépend et, d'autre part, parce qu'elle est l'interlocutrice des différents acteurs locaux. Ainsi elle est héritière d'un modèle « *top-down* » alors que les problèmes publics dans le domaine de l'offre de soins de premier recours notamment, relèvent d'un modèle de type « *bottom-up* ». Dans ce contexte, nous pouvons mieux saisir le paradoxe de cette institution qui semble être prise en étau entre des catégories d'acteurs bien distinctes.

Avec la transformation de l'Etat, on assiste à l'émergence d'un paradigme de la « *nouvelle gouvernance négociée* » [LASCOUMES, LE GALES, 2015]. Ce paradigme est lié à la multiplication du nombre des acteurs comme nous pourrons le voir par la suite dans notre travail. De ce fait, les politiques publiques sont moins hiérarchisées et moins organisées dans des secteurs délimités ou structurés par des groupes d'intérêts puissants. Nous pourrons d'ailleurs voir par la suite que les médecins en constituent un qu'il ne faut pas négliger. On assiste donc à un renouvellement des instruments d'action publique. La modification permanente des instruments présente l'intérêt d'obliger les acteurs à s'adapter sans cesse. Les instruments d'action publique permettent de révéler les comportements des acteurs qui vont alors devenir plus visibles mais également plus prévisibles. En ce qui concerne notre objet d'étude nous pouvons voir que les acteurs font preuve d'une capacité d'adaptation relativement importante. Toutefois, il faut noter que leur degré d'adaptabilité est fonction du type d'acteur. Ainsi on constate que l'ARS ne s'adapte que difficilement aux besoins locaux en raison de son caractère déconcentré, ce qui n'est pas le cas des acteurs locaux, les collectivités notamment qui disposent d'une marge de manœuvre offerte par les lois de décentralisation. C'est également le cas du côté des professionnels de santé. Ainsi, les différents instruments que nous allons voir, vont permettre de rendre plus visibles les acteurs présents sur la scène des politiques de régulation de l'offre de soins de premier recours.

Les travaux sur l'instrumentation des politiques publiques ont une orientation fonctionnaliste qui présente quatre caractéristiques : tout d'abord, l'action publique est conçue comme une réponse à un problème à travers des instruments, dans une démarche politico-technique. Ensuite, les instruments sont « à disposition » et ne posent de question qu'en terme d'une meilleure adéquation possible par rapport aux objectifs retenus. En troisième caractéristique on trouve l'efficacité des instruments c'est-à-dire la pertinence des

instruments et leur évaluation qui produit des effets. Enfin, la dernière caractéristique est la recherche de nouveaux instruments alors que les outils classiques ont montré leurs limites [LASCOUMES, LE GALES, 2015]. Toutefois, il ne faut pas perdre de vue le fait que les instruments ont une spécificité et ne sont donc pas neutres et ne sont pas non plus inertes. Comme les auteurs le montrent, les instruments « [...] *détiennent une force d'action propre. Au fur et à mesure de leur usage, ils tendent à produire des effets originaux et parfois inattendus.* »⁷². Ainsi ces instruments produisent des effets, on peut les regrouper selon trois types. Parce qu'ils créent des effets d'inertie, une résistance aux pressions extérieures est rendue possible. Ils permettent donc de problématiser ce qui va offrir aux acteurs la possibilité de se réunir autour de questions et de travailler ensemble, alors même qu'ils sont hétérogènes. Le deuxième effet de ces instruments est qu'ils génèrent une représentation spécifique de l'enjeu dont ils doivent se charger. Le troisième et dernier effet est que l'instrument va procéder à une hiérarchisation des variables et apporter une explication en problématisant de manière particulière l'enjeu [LASCOUMES, LE GALES, 2015].

Si les ARS sont des instances déconcentrées, nous l'avons vu, la loi HPST leur offre une marge de manœuvre qui, bien que fortement contrainte, participe de cette dualité qui peut nous faire penser que l'ARS est également un instrument de décentralisation. Selon S.LE BOULER⁷³, trois modèles ont été identifiés en matière de décentralisation en santé. Tout d'abord, le modèle dit de la « délégation » qui repose sur la délégation par le niveau central au niveau intermédiaire. Nous pouvons donc alors évoquer le modèle principal/agent dans lequel les ARS s'inscrivent largement. Ensuite, il identifie le modèle interactif qui repose sur la concertation et la négociation entre les acteurs au niveau territorial. Cela pose toutefois le problème d'une interférence du niveau central dans les affaires locales. Enfin, le modèle démocratique qui favorise la délibération. Si le fonctionnement de l'ARS repose largement sur le premier modèle, il faut cependant souligner que dans les territoires, nous observons une certaine instabilité des services de santé de l'Etat. Nous pouvons d'ailleurs compléter cette idée par le fait que l'ARS n'est finalement devenue qu'un acteur parmi d'autres et que sa légitimité est souvent mise à mal par les autres acteurs. A cela s'ajoute les

⁷² LASCOUMES.P, LE GALES.P, *Gouverner par les instruments, op.cit.*, p.31

⁷³ LE BOULER.S, « Régions et santé. Un contenu diversifié pour les agences régionales de santé », 2006/3, n°12, pp.37-43

contraintes que font peser le niveau central sur cette institution et qui entrave largement sa marge de manœuvre.

Toutefois, en matière de régulation, l'ARS a un rôle central dans la mesure où c'est à elle qu'incombe la tâche de veiller au respect de la permanence des soins. En effet, parmi les missions de l'ARS, on retrouve la régulation de l'offre de santé qui s'exerce à la fois dans le secteur ambulatoire mais également hospitalier et médico-social. L'objectif est ainsi de faciliter l'accès aux soins de premier recours, de fournir des autorisations et de contractualiser avec l'ensemble des établissements sanitaires et médico-sociaux afin que l'offre disponible corresponde aux besoins identifiés localement. Enfin, l'ARS a pour but d'assurer la qualité mais également la sécurité de la prise en charge des usagers, tout en maîtrisant les coûts. A cet effet, le DG ARS a pour mission de communiquer au préfet de département les informations qui lui permettent d'éventuelles réquisitions pour la mise en œuvre de la permanence des soins. A cela s'ajoute la question de la continuité des soins avec comme ligne directrice l'idée que le malade doit pouvoir se faire soigner peu importe les circonstances. A ce sujet, le conseil départemental de l'ordre des médecins veille au respect de l'obligation de la continuité des soins et en informe ainsi le DG ARS. D'ailleurs, c'est au nom de ces principes que le DG ARS peut désigner les personnes qui en sont chargées lorsqu'une mission de service public n'est pas assurée sur un territoire de santé.

Selon l'article L.6141-1 du code de la Santé Publique, les établissements publics de santé sont des personnes morales de droit public dotées de l'autonomie administrative et financière. Cependant, ils demeurent placés sous le contrôle de l'Etat, et donc de l'ARS.

En dépit des compétences dévolues aux ARS, les services déconcentrés de l'Etat semblent sortir perdants des réformes administratives actuelles. Dans ces conditions R.EPSTEIN⁷⁴, en reprenant les travaux de Ch.E.LINDBLOM [LINDBLOM, 1979], montre que les changements politiques de grande ampleur sont presque impossibles à réaliser. Avec les lois de décentralisation, une large partie des compétences ont été transférées vers les collectivités territoriales. Avec la mise en œuvre de la LOLF, ces administrations ont finalement vu leur pouvoir décroître, contrairement à l'esprit initial de la loi. De plus ce phénomène est largement renforcé par l'agencification centrale. Il s'agit en outre d'une «

⁷⁴ EPSTEIN.R, *La rénovation urbaine : démolition-reconstruction de l'Etat*, Paris, presses de Sciences Po, coll. « Sciences Po Gouvernances », 2013, 377 p.

désagrégation » c'est-à-dire que l'agence est séparée du cœur de l'appareil administratif ministériel qui lui confère une autonomie que n'ont pas les administrations en matière d'utilisation des crédits de recrutement du personnel notamment. Les formes des agences diffèrent entre les pays, selon leur tradition administrative. Néanmoins, ce mécanisme présente des caractéristiques communes comme nous le rappelle R.EPSTEIN. Tout d'abord, une agence est une organisation dont les statuts sont définis par la loi ou par règlements. Ensuite, elle est désagrégée au niveau fonctionnel de l'appareil administratif du ministère dont elle dépend. Elle bénéficie également d'une certaine autonomie, comme nous avons pu le voir, alors que les autres administrations n'en bénéficient pas. Les liens qui sont entretenus avec le ministère permettent aux ministres de peser sur les budgets et les principaux objectifs opérationnels de l'organisation. Ensuite, le statut de l'agence n'est pas totalement indépendant de son ministère. Enfin, l'agence n'est pas une entreprise commerciale. Cependant, ce qu'il faut noter, c'est que cette notion d'agence n'existe pas en droit public français. Cela a donc pour conséquence de regrouper sous cette appellation, différentes structures aux statuts juridiques, aux missions et aux fonctionnements différents. Bien que cette notion soit vaste, le Conseil d'Etat, dans son rapport annuel en 2012, définit l'agence comme un « *organisme autonome, exerçant une responsabilité structurante, dans la mise en œuvre d'une politique nationale* »⁷⁵.

En France, l'agencification est importante pour l'Etat français qui rompt avec son organisation historique. L'agencification participe de l'éclatement de l'appareil administratif en unités spécialisées et différenciées qui sont dotées d'une capacité d'action autonome. Dans le cas des ARS, leur création avait pour but d'organiser un regroupement entre plusieurs services administratifs, pour une plus grande cohérence des politiques menées. Comme nous le montrent Ph.BEZES et P.LE LIDEC⁷⁶, les ARS résultent notamment d'une volonté d'agir sur la « division du travail étatique » qui constitue ce que les auteurs considèrent comme un « mode de spécialisation des organisations publiques ». Cette conception de la division du travail au sein de la sphère étatique n'est pas nouvelle, en effet, déjà E.DURKHEIM puis M.WEBER, par la suite montraient que les bureaucraties étaient construites sur des principes de spécialisation qui sont à la fois stables et réguliers. Dans leur article, Ph.BEZES et P.LE LIDEC insistent sur le fait que les interventions sur la division

⁷⁵ EPSTEIN.R, *La rénovation urbaine : démolition-reconstruction de l'Etat*, op.cit., p.220

⁷⁶ BEZES.Ph, LE LIDEC.P, « Politiques de l'organisation. Les nouvelles divisions du travail étatique », RFSP, 2016/3, vol.66, pp.407-433

du travail au sein des bureaucraties s'intensifient. Elles s'observent de deux manières qui sont souvent opposées : d'une part, la création d'agences et, d'autre part, les fusions⁷⁷. Ces phénomènes qui apparaissent dès les années 1980 sont perçus comme une forme de rationalisation de l'organisation. D'après ces auteurs, trois formes d'agences peuvent être observées. En premier lieu il faut parler des agences qui sont le résultat d'une transformation de direction de ministère. Dans ce cas elles constituent des instances exécutantes qui sont placées sous la tutelle du ministère qui en a la charge. Elles ont pour objectif la mise en œuvre des politiques publiques et disposent d'une autonomie au niveau de la gestion des personnes et des budgets. En deuxième lieu on trouve les agences indépendantes de régulation qui ont pour objectif de réguler un secteur de politique publique. Il s'agit là des AAI (Agences Administratives Indépendantes). Enfin, la dernière forme d'agence est caractérisée par la prise en charge de politiques publiques très variées et structurent un domaine spécifique mais dont les fonctions sont très diverses.

Les agences permettent d'institutionnaliser certains choix et orientations de politiques publiques en les inscrivant dans la continuité. Ainsi, les agences protègent de toute logique électorale. A côté de cette agencification est souvent opposée la fusion. Elle émerge à partir des années 2000 dans le but de participer « [...] d'un mouvement global de réforme que ces auteurs baptisent « *post new public management* » ou « *gouvernement intégré* » »⁷⁸. Ces fusions présentent des avantages tels que les économies d'échelle qu'elles permettent et parce qu'elles sont « *supposées favoriser la prise en charge de problèmes publics inédits, souvent aggravés par les logiques de spécialisation, qui génèrent des effets de fragmentation et de fonctionnement en silos* »⁷⁹. Ainsi, les fusions sont perçues comme permettant de remettre de la transversalité. Les ARS, bien qu'elles soient conçues comme étant des agences, portent également en elles des traces de fusion [BEZES, LE LIDEC, 2016]. La création de ces ARS entraîne d'ailleurs deux réorientations dans les politiques de santé : d'un côté on observe une montée en puissance d'une conception gestionnaire des politiques de santé qui s'articule autour de la notion de « gestion du risque » et de l'autre, on assiste à une valorisation de certaines spécialités médicales [PIERRU, ROLLAND, 2013].

⁷⁷BEZES, Ph, LE LIDEC, P, « Politiques de l'organisation. Les nouvelles divisions du travail étatique », *art. cit.*, p.412

⁷⁸ *ibid.*, p.415

⁷⁹ *ibid.*, p.417

Comme nous venons de le voir, si la fusion est un mécanisme qui se développe largement, elle porte toutefois une part de difficultés [BEZES, LE LIDEC, 2016]. Ce phénomène est d'ailleurs souligné par d'autres auteurs qui observent des difficultés liées à la fusion avec la création des ARS [PIERRU, ROLLAND, 2016]. La création des ARS a en effet orchestré une fusion de plusieurs secteurs au sein d'une même instance, dans un but de rationalisation de l'action publique. Or, en réalité les choses ne sont pas aussi simples dans la mesure où on assiste à une volonté de reprise en main de ce que les auteurs qualifient de « gouvernement sectoriel ». Alors que l'on peut considérer le système de santé sous trois « pôles » caractérisés d'une part, par la régulation qui s'opère essentiellement par l'Etat, d'autre part, par un pôle orienté sur le financement à travers la sécurité sociale et les différents organismes de protection complémentaire, et enfin, par un pôle de production des soins qui concerne l'ensemble des professionnels et établissements permettant de dispenser des soins [PIERRU, ROLLAND, 2016]. Dans ce contexte, on comprend mieux que la logique de fusion qui se trouve développée avec la création des ARS génère des tensions. En effet, l'ARS devient alors une « [...] arène politique dans laquelle les forces centrifuges l'emportent sur les forces centripètes »⁸⁰. Cette volonté de rationalisation au prisme de la fusion au sein des ARS contribue finalement à une fragmentation de l'Etat qui s'en trouve ainsi affaiblit.

Pour autant, l'agencification est confrontée à de nombreuses difficultés. Dans de nombreux pays européens où le phénomène est similaire, des risques apparaissent : avec la multiplication des agences, c'est la fragmentation des structures gouvernementales qui en devient la conséquence. Cette agencification a pour effet pervers de compliquer la production de la transversalité dans l'action de l'Etat en accroissant de fait, les coûts de coordination pour la production de services intégrés. Ensuite, le contrôle du pouvoir politique sur les agences est moins fréquent. De plus, ces agences ont tendance à servir davantage les intérêts des spécialistes qui les composent ou qu'elles représentent, que le public auquel elles sont pourtant destinées. R.EPSTEIN [EPSTEIN, 2013] ajoute également qu'elles peuvent faciliter une forme de corruption ou la distribution d'émolument démesurés à quelques-uns.

⁸⁰ ROLLAND.Ch, PIERRU.F, « Bringing the health care state back in. Les embarras politiques d'une intégration par fusion : le cas des Agences Régionales de Santé », RFSP, 2016/3/ vol.66, pp.483-506

Avec ces différentes réformes, on assiste au déclin des services déconcentrés de l'Etat au niveau local [POLLITT, 2005]. Ces effets pervers ont d'ailleurs été soulignés par différents rapports établis par la Cour des Comptes mais également le Conseil d'Etat et l'Inspection Générale des Finances qui ont montré que la fragmentation administrative de ces entités qui ont la charge du pilotage et de la mise en œuvre des politiques publiques pouvait produire des doublons et générer des coûts de coordination plus élevés que dans une administration intégrée. Les effets sont identiques sur le terrain de l'efficacité.

Le pouvoir de ces agences est fonction de la liberté dont disposent les acteurs dans les transactions avec les autres. C'est cela qui va déterminer la prévisibilité de leur comportement pour négocier et donc de leur capacité à tirer un avantage particulier des ressources qu'ils détiennent [FRIEDBERG, 1993].

Les agences, importées des Etats-Unis, sont appréhendées comme une réponse à un problème public. Elles sont d'ailleurs reconnues dans les traités européens comme des modèles d'expertise, dès les années 1990 puis réformée par la Commission Européenne en 1997. Elles vont d'ailleurs se voir consacrer des principes d'indépendance, de transparence, d'excellence de l'expertise et de séparation entre l'évaluation et la gestion du risque⁸¹. Les différents scandales sanitaires tels que l'affaire du sang contaminé montrent les défaillances du système et réaffirme le rôle de l'Etat dans les politiques publiques de santé. Par la suite, la crise de la vache folle provoque un « renforcement des structures de veille et de sécurité sanitaire ». Ces crises pointent du doigt les carences du système qui oblige à de nombreuses transformations. C'est dans ce contexte que les agences apparaissent comme la réponse idéale à un problème public : celui des crises sanitaires.

Les agences permettent ainsi de renforcer la santé publique face aux cliniques ou à l'alliance entre la médecine et les sciences fondamentales, et ce depuis la fin des années 1950. Plus tard, les moyens des agences sont en hausse ce qui leur permet de recruter des professionnels de santé avec une formation ou une expertise en santé publique. L'essor de la santé publique a constitué, pour la médecine, une ouverture vers de nouveaux secteurs. Les agences sont marquées par l'influence de l'analyse néo-managériale, ce qui implique qu'elles doivent répondre aux objectifs fixés par le « nouveau service public » : efficacité,

⁸¹ BENAMOUZIG.D, BESANCON.J « Administrer un monde incertain : les nouvelles bureaucraties techniques. Le cas des agences sanitaires en France », Sociologie du travail, 2005, n°47, pp.301-322

réactivité, flexibilité financière, meilleur service aux usagers... La santé en est une parfaite illustration. F.PIERRU [PIERRU, 2010] montre en effet que la réforme opère une centralisation ainsi qu'une verticalisation du processus de décision à travers « *une chaîne de commandement hiérarchique qui va du ministre au chef d'établissement en passant par ce super-préfet sanitaire qu'est le directeur de l'Agence Régionale de Santé, travaillant main dans la main avec le préfet de région qui retrouve, à l'occasion de cette réforme, une place dans la régulation du système de santé* »⁸².

Ainsi les agences sont appréhendées comme un instrument de modernisation de l'administration. Elles permettent une modification du paysage de la santé publique. Néanmoins, comme le montre P.BIRNBAUM, ces transformations affaiblissent les pouvoirs établis et favorisent des acteurs périphériques. Il parle ainsi d'une « dédifférenciation » de l'Etat. Cela permet à de nouveaux groupes sociaux de pénétrer au sein de l'administration. Ainsi, une pluralité d'acteurs aux intérêts divergents participe à la décision. C'est ce que l'on observe avec le développement des ARS comme nous avons pu le montrer. Il faut tout de même ajouter que ces agences font écho à la logique libérale qui imprègne l'Etat de manière générale. Elles incarnent un mécanisme de réforme globale de l'administration, sous l'influence de l'économie de la dérégulation, du *Public Choice* et du *New Public Management* comme le montre Ph.BEZES. Sur ce dernier point, il faut notamment préciser qu'il introduit une volonté de responsabiliser les fonctionnaires à travers la notion « *d'accountability* » [MULLER, 2015]. Cela s'observe notamment depuis la mise en place de la LOLF (Loi d'Orientation aux Lois de Finance) du 1^{er} août 2001 à partir de laquelle les budgets seront désormais déclinés en missions et en programmes.

Parce qu'elles sont perçues comme des formes non stabilisées mises en œuvre de manière progressive et sans stratégie d'ensemble, on observe d'importantes divergences entre les différentes ARS. D.BENAMOUIZIG et J.BESANCON [BENAMOUIZIG, BESANCON, 2005] montrent qu'il y a une diversité dans les missions, les prérogatives et les modes d'organisation et de leur fonctionnement. Paradoxalement, les agences donnent naissance à ce que l'on appelle des « *bureaucraties de second rang* » alors même qu'on cherchait à lutter contre le phénomène bureaucratique en les créant. On parle alors également de « *bureaucratie par les marges* » car très vite, les agences sont devenues des organismes démocratiques.

⁸² PIERRU.F, « Napoléon au pays du New Public Management. L'exemple de la « déconcentration » de la politique de santé », *Savoir/Agir*, 2010, n°11, p.35

Alors que les agences avaient pour vocation de rendre les politiques de santé claires et d'en rapprocher le citoyen, leur succès est aujourd'hui à nuancer. En effet, la volonté de transparence qui imprègne toute l'administration entraîne des procédures de contrôle qui vont alourdir davantage les agences qui provoquent un mécanisme de bureaucratisation très prononcé. Cela constitue donc un paradoxe puisque l'origine même de la création des agences avait pour vocation d'endiguer le phénomène bureaucratique pour plus de clarté. Toutefois, il faut reconnaître une certaine efficacité des agences qui font preuve d'une très grande réactivité et d'une adaptation à l'évolution du paysage de la santé. C'est tout l'enjeu des ARS.

B. Le Préfet

Le basculement des politiques nationales au profit d'une gestion déconcentrée de la santé par les régions a introduit une complexité dans les rapports entre le préfet de région et l'ARH, puis l'ARS. Avec la création des ARH, la répartition des tâches entre les instances déconcentrées en charge de la santé et le préfet devient complexe et la création des ARH n'a pas permis de clarifier la situation, bien au contraire. Avec les ARH on assiste à ce que E.COUTY⁸³ considère comme une forme d'opacité au niveau de "*l'organisation territoriale du système de santé, déjà rendu peu lisible par la décentralisation.*"⁸⁴. Cette complexité repose sur le fait que le directeur de l'ARH est nommé par décret, en conseil des ministres. C'est à lui qu'incombe la direction de l'agence et il préside - avec voix prépondérante - la commission exécutive. Cette dernière constitue l'organe de délibération de l'ARH et c'est au directeur qu'incombe la préparation ainsi que l'exécution des délibérations. Dans ce contexte, la difficulté qui affaiblit le préfet (de région) est que celui-ci ne peut pas être le directeur de l'ARH. De ce fait, le directeur de l'ARH n'est pas soumis à l'autorité du préfet de région. A partir de là, on comprend mieux l'usage du terme de "préfet sanitaire" ou de "hyper préfet" pour qualifier le directeur de l'ARH, bien que cette appellation soit aujourd'hui plutôt datée. A cela, s'ajoute le fait que la création des ARH a dépossédé le préfet d'une partie de ses compétences sanitaires. En effet, depuis leur création, les ARH se dotent de compétences régionales initialement dévolues au préfet de région. Ces nouvelles compétences sont de trois ordres : tout d'abord des compétences normatives avec

⁸³ COUTY.E (dir.), KOUCHNER.C, LAUDE.A, TABUTEAU.D, *La loi HPST regards sur la réforme du système de santé*, Presses de l'EHESP, 2009, 395 p.

⁸⁴ *ibid.*, p.365

l'établissement de la carte sanitaire ainsi que du SROS par l'ARH. Ensuite, elles disposent de compétences en matière administrative puisque ce sont elles désormais qui délivrent les autorisations de création, d'extension, de transformation ou de regroupement des établissements de santé ainsi que leur suspension et suppression. Leurs compétences permettent aussi la création d'établissements de santé autres que nationaux. Enfin, le dernier type de compétence est celui qui concerne les nominations puisqu'il incombe désormais à l'ARH le renouvellement des chefs de service ou de département des établissements [COUTY, 2009]. Ces compétences autrefois dévolues au préfet de région, sont désormais confiées au directeur de l'ARH. Aussi nous voyons là une perte des compétences du préfet de région dans le champ sanitaire. Toutefois, l'ARH n'empiète pas uniquement sur le terrain du préfet de région. En effet, le préfet de département est également concerné par cette nouvelle organisation puisque la création des ARH leur fait perdre cinq prérogatives. Tout d'abord, la tutelle qui était autrefois exercée par les préfets de départements sur les délibérations des établissements publics de santé et privés participant au service hospitalier est désormais confiée aux ARH qui fixent également les tarifs des prestations. Les préfets de département perdent également la compétence en matière de création de syndicats interhospitaliers, la conclusion des contrats de concession pour l'exécution du service public hospitalier et enfin, l'autorisation des cliniques ouvertes dans les centres hospitaliers [COUTY, 2009,p.366].

Néanmoins, il faut souligner que le préfet ne perd pas l'intégralité de ses compétences en matière de santé puisqu'il conserve la maîtrise dans le secteur non hospitalier et médico-social. Cette nouvelle répartition des compétences générées par la création des ARH n'est donc pas sans poser de difficultés et sans engendrer une certaine opacité dans les rapports entre ces deux institutions.

La loi du 9 août 2004⁸⁵ “[...] opère une distribution de compétences nouvelles à l'échelon régional, première étape de la reconquête des préfets, sans pour autant modifier et clarifier la répartition des compétences entre l'ARH et le représentant de l'Etat.”⁸⁶. A cela vient s'ajouter le fait qu'il incombe au préfet de mettre en œuvre la politique de l'Etat dans la région dans le champ de la santé publique, en tenant compte des compétences de l'ARH. Ainsi, on assiste bien à une complexité dans la répartition des tâches entre le préfet de région

⁸⁵ loi n°2004-809 du 9 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales

⁸⁶ COUTY.E (dir.), KOUCHNER.C, LAUDE.A, TABUTEAU.D, *La loi HPST regards sur la réforme du système de santé*, op.cit., p.366

et le directeur de l'ARH, mais aussi avec le préfet de département. La lisibilité est alors très floue et la création des ARS par la suite a tenté d'y apporter un éclaircissement.

Sur le plan organisationnel, la création des ARS permet de regrouper au sein d'une même institution, sept organismes existants⁸⁷. Cela permet à l'ARS de gérer la santé sur le territoire régional. Néanmoins, comme nous avons pu le voir dans la partie précédente, son autonomie n'est que relative. En effet, dès la nomination du directeur général de l'ARS, il reçoit une lettre de mission dans laquelle est précisée ses objectifs qui sont ensuite repris dans un contrat pluriannuel qui est signé avec les ministres de tutelle. A l'image du préfet, l'ARS incarne bien le principe de déconcentration. Toutefois, il faut nuancer puisque les ARS disposent, comme nous l'avons vu, d'une autonomie financière ainsi que de la personnalité juridique. Néanmoins, nous pouvons constater qu'il y a une reprise en main par l'Etat avec la lettre de mission que nous venons de voir et la mise en place du conseil de surveillance, qui est une assemblée délibérante dont la présidence est confiée au préfet. Alors qu'avant les missions étaient détenues par la commission exécutive des ARH, elles le sont désormais par le directeur de l'ARS. Aussi on peut observer que le préfet de région n'a pas récupéré ces compétences. Il s'agit en outre de l'autorisation de création, d'extension, de regroupement ou de conversion des établissements de santé et des contrats conclus avec les établissements de santé⁸⁸.

Le préfet de région n'a pas pu retrouver ses prérogatives antérieures avec la création des ARS. Au contraire, elles viennent confirmer un resserrement de ses prérogatives. Dans la même logique, les ARS dépossèdent également les préfets de départements dans la mesure où il incombe au directeur de l'ARS d'arrêter le schéma d'organisation médico-sociale (SROMS)⁸⁹ et où il autorise la création d'établissements qui bénéficient d'un financement de l'assurance maladie⁹⁰. Si la création des ARS est venue apporter une clarification quant à la répartition des tâches avec les préfets et l'Etat, nous pouvons toutefois constater que cela n'est pas totalement aboutie dans la mesure où certaines zones d'ombre persistent.

⁸⁷ les ARS marquent la fusion - au sein de chaque région - de l'ARH, la DRASS, les DDASS, l'URCAM, le GRSP, la MRS et la CRAM. On passe ainsi d'une agence de taille restreinte à une administration beaucoup plus importante

⁸⁸ art. L.1432-2 du Code de la Santé Publique (CSP)

⁸⁹ art. L.1434-12 du CSP

⁹⁰ art. L313-3 du CSP

La création des ARH puis des ARS a affaibli les compétences du préfet en matière de santé puisqu'ils ont vu certaines de leurs compétences transférées vers ces instances sanitaires régionales. Néanmoins, le préfet conserve la compétence de la gestion des crises sanitaires et qu'il préside le conseil de surveillance de l'ARS. Il garde également des compétences en matière de permanence des soins mais également en matière de santé-environnement. On peut en revanche constater que son rôle s'est amoindri au fil du temps.

Comme nous venons de le voir dans la première partie de ce chapitre, nous assistons à un renforcement du rôle de l'Etat qui s'opère à travers l'ARS et le préfet. Si la création de l'ARS semble marquer un affaiblissement du rôle du préfet en matière sanitaire, nous pouvons toutefois constater qu'il s'opère au profit d'une instance déconcentrée, donc représentant l'Etat. Cette évolution du rôle du préfet en matière de santé permet également de procéder à une séparation des compétences, pour plus de rationalité. Aussi la création de l'ARS permet de regrouper l'ensemble des secteurs sanitaires et médico-social dans une seule et même instance, pour plus de clarté et de lisibilité. Alors si l'on observe un affaiblissement du préfet, il se fait au nom de la simplification et de la rationalisation de l'action publique. Quoi qu'il en soit, cette transformation permet à l'Etat de se renforcer en érigeant, dans chaque région, des instances qui agissent en son nom. Aussi, la création des ARS permet un retour de l'Etat dans la mesure où, nous l'avons vu, les ARS ne se saisissent que très peu de leur marge de manœuvre - restreinte - pour adapter leurs politiques nationales aux réalités locales. C'est d'ailleurs sans doute ce qui permet d'expliquer que de nombreuses catégories d'acteurs agissent en marge de l'Etat en produisant de l'action publique locale avec des mécanismes très divers, comme nous pourrions le voir par la suite dans la deuxième partie de ce travail. Nous venons ici de voir que l'Etat affirme son autorité à travers deux instances de déconcentration, nous allons désormais montrer que ce phénomène se traduit de manière opérationnelle par le recours à l'instrumentation à travers le zonage. Ici, l'instrument se met au service de l'étatisation du système de santé, mais il n'est pas « pacifique » en ce sens qu'il peut être générateur de tensions au niveau local.

Section 2 : Les limites de l'instrumentation, l'épineuse question du zonage

La reprise en main de la santé par l'Etat s'opère au prisme de l'instrumentation. Dans cette perspective, le zonage est un des instruments utilisés par les autorités administratives pour réguler l'offre de soins de premier recours sur le territoire. Il s'agit en outre de « cartographier le niveau d'offre médicale actuellement disponible dans les territoires. »⁹¹. Le dernier zonage est celui datant de 2018, comme nous allons le voir plus loin dans cette deuxième partie. Le précédent relevait d'une logique différente. En effet, contrairement à ce qui est à l'œuvre actuellement, le précédent zonage reposait sur une logique liée à la démographie. De plus, alors qu'auparavant la cartographie du zonage était déterminée par les ARS elles-mêmes, elle est désormais établie au niveau national, pour plus de cohérence et d'égalité entre les territoires.

« Du coup, le paradigme, il change un tout petit peu parce que l'approche n'est plus liée à la démographie, rapportée à un pourcentage par rapport à une population. Le paradigme, ça va être la démographie médicale - il faut aussi s'interroger sur le paramédical -, liée à une consommation d'actes de soins. »⁹²

Dans cet extrait d'entretien nous pouvons constater que la philosophie du zonage actuel diverge avec la précédente. De ce fait, le zonage ne va pas être appréhendé de la même manière en fonction des acteurs. La précédente classification a été considérée comme obsolète, préférant un nouveau mode de quadrillage du territoire, plus en phase avec les besoins locaux. De ce fait une nouvelle définition a été adoptée et une méthodologie de cartographie a été élaborée. Toutefois, ce basculement idéologique qui fait le choix de s'adapter aux modes de vie des individus n'est pas sans conséquences puisqu'il génère des changements de classification dans certains territoires, entraînant ainsi localement des difficultés.

⁹¹ https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/system/files/2020-01/20191029_ARS_ARA_Zonage_Med_Gen.pdf

⁹² extrait d'entretien avec la DD ARS Rhône et Métropole de Lyon

« Donc, du coup, ça bouge un peu le prisme et, à mon avis, ça va avoir un petit sujet : c'est que, dans les zones très denses, du coup, changer de dénominateur et, du coup, la consommation de soins, elle aurait tendance à monter. Les zones à fortes densités vont être plus facilement considérées comme normalement dotées alors que, rapporté à la population présente et à ses caractéristiques, ce n'est pas forcément vrai. Du coup, voilà, on va avoir un petit sujet, mais il faudra regarder les cartes. Les deux projections que l'on a, justement, sur la périphérie lyonnaise, m'inquiètent. On voit bien que, par exemple, sur Villeurbanne, ces zones-là, périphériques, le péri urbain, où on a encore assez de médecins - quand je dis assez c'est au regard de ceux qui n'en ont plus -, ces zones qui étaient considérées comme « sous dotées », deviennent rosées - pas rouge. Donc, du coup, on va avoir un tout petit sujet. »⁹³

Dans cette deuxième partie, nous allons voir que l'instrumentation permet de renforcer l'idée d'une étatisation du système de santé. Dans un premier temps, nous allons nous attacher à questionner la nouvelle définition et méthodologie du zonage pour ensuite voir quels en sont les enjeux. Nous verrons ainsi que l'instrumentation n'est pas neutre et qu'elle peut générer des tensions.

A. Une classification plus en phase avec la réalité ?

Dans cette partie, nous allons voir que le zonage est un instrument au service de l'action publique centrale puisque sa définition prend corps au niveau national et s'applique à l'ensemble des territoires. L'objectif de ce zonage est d'identifier les besoins en matière d'offre de soins de premier recours au sein d'un territoire. Des niveaux de densité médicale sont alors définis et c'est à partir de là que va être défini l'ensemble du dispositif d'aides mis en place par les institutions publiques au niveau national et local. Ce nouveau zonage est issu d'une remise en cause du précédent, qui présentait de nombreuses limites et pour lesquelles de vives critiques étaient apparues. Ainsi pour coller au plus à la réalité, une nouvelle méthode de cartographie du territoire est apparue. Elle se veut plus en adéquation

⁹³ extrait d'entretien avec la DD ARS Rhône et Métropole de Lyon

avec la réalité, en introduisant la notion de “bassin de vie”. Cette nouvelle manière d’appréhender la répartition de l’offre de soins de premier recours a mis du temps à émerger et à être rendue publique. Comme nous le verrons dans le deuxième point de cette partie, l’apparition d’un zonage n’est pas sans générer quelques difficultés entre les territoires dans la mesure où il peut faire basculer quelques zones géographiques de « sous-denses » à « normales ». Aussi nous venons de le voir, cette nouvelle définition à partir de laquelle s’articule l’ensemble des mécanismes d’aides a mis du temps à voir le jour. Nous pouvons sans doute ici formuler l’hypothèse que le zonage intervenait en même temps que les élections - présidentielles⁹⁴ puis législatives⁹⁵ - et que, dans ce contexte, la temporalité n’était pas la plus opportune pour un dévoilement d’un instrument potentiellement générateur de tensions, dans un contexte politique incertain. Cette redéfinition du territoire, si elle a peiné à voir le jour, s’est dotée d’une conception nouvelle de l’organisation du premier recours, en prenant en compte l’individu dans sa globalité et donc dans ses déplacements. Aussi cette notion de “bassin de vie” que nous pourrions voir, se veut plutôt novatrice dans la mesure où elle ne considère pas les habitants d’un territoire comme des individus inertes, mais bien des acteurs dynamiques. On peut y voir là une évolution qui va de pair avec le basculement de l’individu de “malade” à “usager du système de santé”. Ainsi, nous pouvons constater ici que l’instrument se met au service de l’idéologie à partir de laquelle se développe l’action publique.

Dans cette première partie, nous allons donc tout d’abord voir quelle est la définition qui est apportée au zonage puis la méthodologie employée pour qualifier l’ensemble des territoires.

1. Définition du zonage

Le zonage permet d’apporter un éclairage sur le niveau d’offre de soins sur un territoire, en le cartographiant. Il a été défini selon trois niveaux, ouvrant droit à des aides spécifiques selon la situation territoriale.

⁹⁴ 23 avril et 7 mai 2017

⁹⁵ 11 juin et 18 juin 2017

Titre :

LE ZONAGE, DÉFINITION

Qu'est-ce que le zonage ?

Le zonage permet de cartographier le niveau d'offre médicale actuellement disponible dans les territoires. Trois niveaux de zone permettent de graduer le niveau d'aides qui peuvent être accordées par l'ARS et l'Assurance maladie : aides à l'installation, contractuelles et conventionnelles et les exonérations fiscales.

Ces mesures restent cependant uniquement incitatives, les professionnels de santé libéraux disposant de la pleine liberté d'installation.

Source : https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/system/files/2020-01/20191029_ARS_ARA_Zonage_Med_Gen.pdf

L'entrée en vigueur de ce nouveau zonage a eu lieu au 1^{er} mai 2018 pour une durée de trois ans maximum. Il est issu du Plan d'accès aux soins lancé par la ministre de la santé, A.BUZYN⁹⁶. Des évaluations sont prévues afin de s'adapter aux évolutions des situations locales. Il est ainsi prévu qu'elles fassent l'objet de concertations avec les différents acteurs locaux ainsi qu'avec les représentants des usagers. Ces concertations feront également l'objet de la publication d'arrêtés.

Ce nouveau zonage concerne, d'une part, les médecins généralistes libéraux, mais d'autres part, des professions paramédicales telles que les orthophonistes, les masseurs-kinésithérapeutes, les sages-femmes, les infirmiers et les chirurgiens-dentistes.

Contrairement à ce qui a été fait jusqu'à présent, la méthodologie proposée est nationale, avec cependant une petite marge locale, permettant une adaptation. Néanmoins, la majeure partie de la démarche aura une unité, gage d'une plus grande cohérence au niveau

⁹⁶ https://www.ars.sante.fr/system/files/2017-10/2017-10-13_DP%20Plan%20Renforcer%20l%27acc%C3%A8s%20territorial%20aux%20soins.pdf

national. Il présente l'avantage d'élargir les zones éligibles passant de 7 à 18% de la population.

2. Méthodologie employée

Du point de vue législatif, le nouveau zonage repose sur deux textes : le décret n°2017-632 du 25 avril 2017⁹⁷ et l'arrêté du 13 novembre 2017⁹⁸. A partir de là, trois catégories de territoires sont définies pour permettre une classification graduée du niveau d'accès aux soins du territoire à partir de laquelle seront définies les aides financières qui pourront être allouées :

- **les Zones d'Intervention Prioritaire (ZIP)** : il s'agit des territoires les plus impactés par le manque de médecins. Ils sont éligibles à l'ensemble des aides de l'ARS et de l'Assurance Maladie et bénéficient d'exonérations fiscales.
- **les Zones d'Action Complémentaire (ZAC)** : il s'agit de zones moins impactées que les ZIP. Néanmoins, des moyens sont mis en œuvre pour éviter une détérioration de la situation
- **les Zones de Vigilance (ZV)** : il s'agit des zones dans lesquelles la médecine générale libérale n'est pas en difficulté actuellement de manière immédiate mais qui nécessitent qu'une attention particulière soit portée sur le moyen terme

Afin d'établir ce zonage, une cartographie a été faite en deux phases : tout d'abord le ministère a élaboré une définition permettant de déterminer les ZIP sur l'ensemble du territoire. Pour ce faire, le ministère s'est appuyé sur la définition des *bassins de vie* définis par l'INSEE avec une cartographie intitulée "Territoire de Vie-Santé" qui fonde sa classification sur le quotidien de la population, autour de pôles d'attractivités qui desservent la population aux alentours. Ensuite, le ministère s'appuie sur l'Accessibilité Potentielle Localisée (APL), un indicateur développé par la DREES afin de classer les territoires. Cette APL va prendre en compte d'une part, l'activité de chaque praticien (nombre de consultations ou visites) mais également le délai d'attente pour obtenir un rendez-vous et enfin le recours aux soins par les habitants - en fonction de leur classe d'âge - pour prendre en compte les besoins spécifiques.

⁹⁷ "relatif aux conditions de détermination des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés d'accès aux soins ou dans lesquelles le niveau de l'offre est particulièrement élevé."

⁹⁸ "relatif à la méthodologie applicable à la profession de médecin pour la détermination des zones prévues au 1° de l'article L.1434-4 du code de la santé publique."

L'extrait suivant permet de montrer les critères retenus pour la classification des différentes zones. On voit ainsi que des choix ont été opérés mais qu'il en résulte de fait des limites, notamment dans les territoires sous-denses et peu peuplés comme c'est le cas notamment en Saône-et-Loire, comme nous avons pu le constater lors de nos différents entretiens.

Extrait de l'annexe à l'arrêté du 13 novembre 2017 (modifié par arrêté du 31 décembre 2019-art.1) :

1. Les zones dans lesquelles l'indicateur APL est inférieur à 2,5 consultations par an par habitant, en tenant compte de l'offre des médecins généralistes âgés de 65 ans ou moins, constituent la sélection nationale. Elles sont obligatoirement sélectionnées par l'agence régionale de santé (zones A) pour faire partie des zones d'intervention prioritaire et sont identifiées par l'arrêté prévu au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique.

2. Les zones dans lesquelles l'indicateur APL est compris entre 2,5 et 4 consultations par an par habitant, en tenant compte de l'offre des médecins généralistes âgés de 65 ans ou moins, constituent le vivier.

Au sein de ce vivier, le directeur général de l'agence régionale de santé détermine deux types de zones qui sont également identifiées par l'arrêté prévu au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique.

2a. sélection additionnelle des zones d'intervention prioritaire, dans le respect du pourcentage de population indiqué dans le tableau ci-après. Pour la sélection de ces zones (zones B), dans le respect de l'article R. 1434-41 du code de la santé publique, le directeur général de l'agence régionale de santé peut retenir des indicateurs complémentaires à l'indicateur APL. Les indicateurs complémentaires peuvent être par exemple :

-la part de la population en Affection de Longue Durée (ALD) ;

-la proportion de médecins exerçant en secteur 1 ;

-le taux d'hospitalisations potentiellement évitables.

Les zones A et B constituent les zones d'intervention prioritaire.

Elles sont éligibles à toutes les mesures et aides à l'installation des médecins prévues par la réglementation.

2b. sélection des zones d'action complémentaire, constituées de tout ou une partie du vivier restant une fois les zones B sélectionnées.

La méthodologie ainsi retenue peut se résumer dans le tableau présenté par la méthodologie nationale. On peut ainsi observer que la définition des territoires prioritaires relève d'une sélection nationale (pour les zones A), auquel vient s'ajouter une sélection régionale définie par l'ARS (pour les zones B). Les zones B sont sélectionnées parmi un « vivier ». Enfin, on trouve les zones d'action complémentaires qui sont également définies à partir de ce « vivier ». Cette méthodologie s'effectue à partir de l'Accessibilité potentielle localisée (APL).

APL de la zone < 2,5C/an/hab.	2,5 < APL de la zone < 4C/an/hab.		
	Sélection nationale	Vivier	
Qualificatif	Zone d'intervention prioritaire (A) (sélection nationale)	Zone d'intervention prioritaire (B) (sélection additionnelle par l'agence régionale de santé)	Zones d'action complémentaire (tout ou partie du reste du vivier, sur décision de l'agence régionale de santé)
Mesures applicables en application du 1° de l'article L. 1434-4 du CSP	Zones éligibles aux aides conventionnelles, prises en application des articles L. 162-14-1 et L. 162-32-1 du code de la sécurité sociale, aux aides de l'article L. 162-5-19 et du b du 2° du I de l'article D. 162-30 du code de la sécurité sociale, aux aides prévues aux articles L. 632-6 du code de l'éducation , L. 1511-8 du code général des collectivités territoriales , 151 ter du code général des impôts , L. 1435-4-2, L. 1435-5-1 à L. 1435-5-4 du code de la santé publique, au dispositif prévu à l'article 2 de l'arrêté du 22 décembre 2017 fixant le seuil d'affiliation au régime des prestations complémentaires de vieillesse des médecins libéraux prévu à l' article L. 645-1 du code de la sécurité sociale .		Zones éligibles aux aides du b du 2° du I de l'article D. 162-30 du code de la sécurité sociale, aux aides pré-citées du code de l'éducation, du code général des collectivités territoriales, du code de la santé publique et au dispositif prévu par l'arrêté précité.

Source : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000036021089/>

La deuxième phase repose sur une sélection complémentaire de zones, établie par chaque ARS. Cela a pour objectif de coller au plus près de la réalité de terrain. Ainsi sont prises en compte des spécificités telles que les zones de montagne pour lesquelles les temps d'accès sont plus longs, une sélection des quartiers prioritaires identifiés politique de la ville, lorsque l'offre de soins est disponible dans les communes environnantes, ainsi que les déplacements possibles par les habitants.

En région AURA, la priorisation des territoires s'est faite à partir de plusieurs critères :

- *“territoires dépourvus de toute offre libérale de premier recours et de tout lieu de soins, notamment avec les établissements de santé,*
- *territoires pour lesquels les médecins généralistes ont informé leur départ ou cessation d'activité à court et moyen terme,*
- *territoires où aucune structure d'exercice regroupée n'est implantée*

- territoires non éligibles au dispositif de “zone de revitalisation rurale”
- territoires avec une accessibilité réduite et à forte précarité”⁹⁹

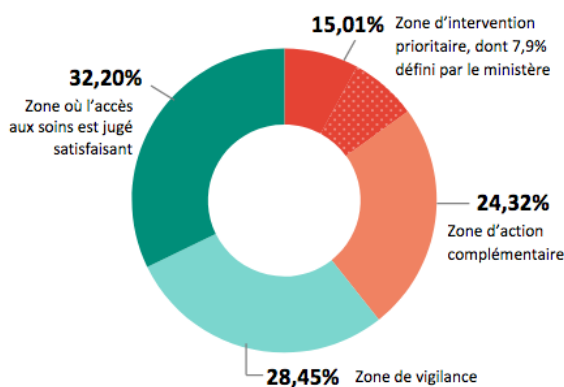
Titre :

LA RÉPARTITION DES TERRITOIRES DE LA RÉGION AUVERGNE-RHÔNE-ALPES SELON LE ZONAGE

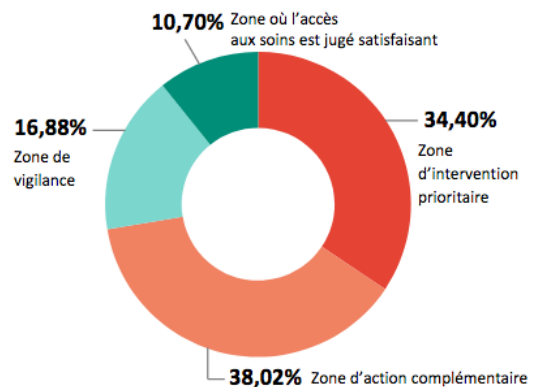
Les territoires de la région Auvergne-Rhône-Alpes bénéficiant du maximum d'aides passent désormais de **9,75 %** des habitants (anciennement zones fragiles) à **15,01 %** des habitants (+5 pts), soit **34,40%** du territoire couvert.

	En termes populationnel		En termes de superficie ³	
ZIP - Zone d'intervention prioritaire	1 666 305 habitants	15,01%	29 387 km ²	34,40%
ZAC - Zone d'action complémentaire	1 886 715 habitants	24,32%	32 452 km ²	38,02%
ZV - Zone de vigilance	2 206 912 habitants	28,45%	14 415 km ²	16,88%
Hors zonage	2 497 663 habitants	32,20%	9 194 km ²	10,70%

Répartition du zonage en termes populationnel



Répartition du zonage en termes de superficie



Source : Zonage médecine générale, présentation de la méthodologie et du classement des territoires, Direction offre de soins, octobre 2018, ARS AURA

Comme nous venons de le voir plus haut, les différentes catégories du zonage permettent d'ouvrir le droit à des aides et des exonérations, qui varient en fonction de la classification.

⁹⁹ Zonage médecine générale, présentation de la méthodologie et du classement des territoires, Direction offre de soins, octobre 2018, ARS AURA

Titre :

LES AIDES DISPONIBLES

Tableau des aides disponibles selon la classification du territoire	ZIP	ZAC	ZV	Hors zonage
Aides financées par l'assurance maladie				
Contrats aide CAIM - COSCOM - COTRAM	X			
CSTM ⁴			X	X
Aides financées par l'agence régionale de santé				
Contrats aides CESP - PTMG - PTMA - PTMR - PIAS ⁵	X	X		
Praticien hospitalier en établissement public, en ESPIC ou dans un organisme mutualiste avec activité ambulatoire, en Centre de santé	X	X		
Rémunération pour l'établissement de certificats de décès :				
>> établis en journée	X	X		
>> établis dans le cadre de la permanence des soins ambulatoires	X	X	X	X
Financement d'équipement radiologie/traumatologie en cabinets de montagne	X	X	X	X
Dispositifs du Plan d'accès aux soins : financement de de 10 000 € à 50 000 € sur la mise en place et l'équipement de la structure MSP ⁶ , CDS, CPTS	X	X	X	X
Exonération fiscale pour de la permanence des soins ambulatoires	X			
Aides complémentaires du conseil régional				
Aides complémentaires des conseils départementaux				
Aides complémentaires institutionnelles (FNADT – DETR⁷)				

Source : Zonage médecine générale, présentation de la méthodologie et du classement des territoires, Direction offre de soins, octobre 2018, ARS AURA

Cette partie nous a permis de poser les bases qui permettent ensuite d'apporter un soutien aux territoires en difficultés. Ce zonage est l'instrument qui conditionne l'ensemble des aides proposées par les institutions publiques. En dehors de cela, d'autres aides peuvent être proposées, de manière sporadique d'un territoire à l'autre en fonction des capacités d'action des acteurs locaux et de leurs ressources. Nous pourrions notamment le voir par la suite de notre développement. Cet instrument n'est pas "pacifique" puisqu'en changeant le mode de raisonnement, il induit un changement de découpage du territoire, faisant passer quelques localités, d'une situation critique à une situation plus acceptable et donc peut engendrer une suppression des aides, là où pourtant les tensions semblent fortes. Les pressions subies par les élus locaux notamment, ainsi que les professionnels de santé face à une demande qui explose, peuvent générer des tensions avec le passage vers ce nouveau mode de cartographie territoriale. Aussi nous allons nous questionner sur ce point.

B. Les nouveaux enjeux du zonage : un instrument générateur de tensions ?

Le zonage tel qu'il est défini actuellement, redessine pour partie la cartographie des territoires.

Bien qu'il semble présenter de nombreux intérêts, il n'en reste pas moins générateur de tensions et peut engendrer des situations locales complexes en provoquant un changement de catégorie de certains territoires. Comme nous pouvons le voir ci-dessous, le législateur a « plafonné » le pourcentage de la population du territoire pouvant être classée en zone déficitaire¹⁰⁰ en raison des coûts liés aux aides que cela induit. De ce fait, on imagine bien les tensions que ce zonage peut générer.

C'est à partir des critères montrés plus haut, que vont être définis la part de la population classée en Zones A et B, comme nous pouvons le voir dans le tableau ci-dessous. De cette classification découleront les aides.

¹⁰⁰ Arrêté du 13 novembre 2017 relatif à la méthodologie applicable à la profession de médecin pour la détermination des zones prévues au 1° de l'article L.1434-4 du Code de la Santé Publique

Titre : Répartition du zonage an niveau national :

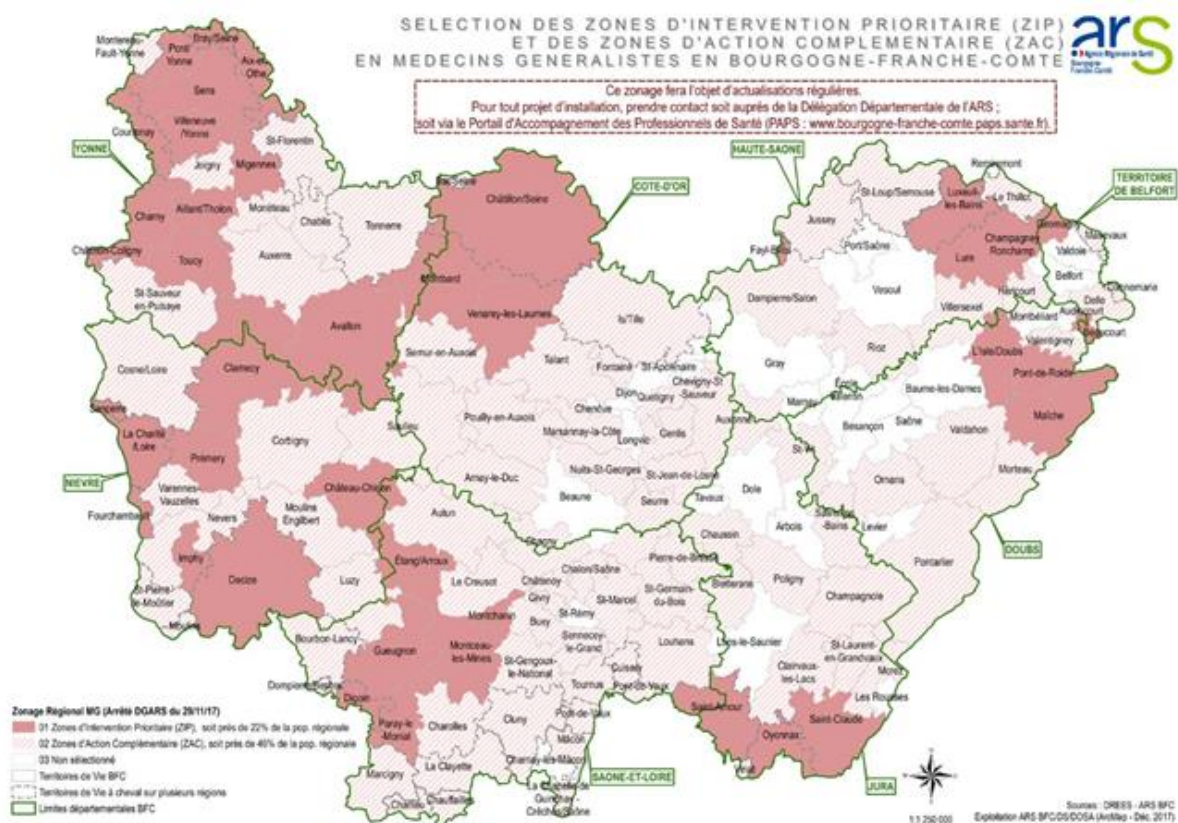
Région	Zones d'intervention prioritaire		
	Part de la population régionale résidant dans les zones A (sélection nationale) En %	Part de la population régionale dans les zones B (sélection additionnelle à choisir parmi le vivier) En %	Total (Zones A + B) En %
Auvergne-Rhône-Alpes	7,9	7,2	15,1
Bourgogne-Franche-Comté	6,3	15,6	21,9
Bretagne	1,1	8,9	10,0
Centre-Val de Loire	18,9	20,9	39,8
Corse	8,1	3,8	11,9
Grand Est	1,7	7	8,7
Guadeloupe	33,1	16,2	49,3
Guyane	100,0	-	100,0
Hauts-de-France	2,4	5,9	8,3
Ile-de-France	14,6	22,1	36,7
La Réunion	1,5	8,2	9,7
Martinique	45,0	10,7	55,7
Mayotte	100,0	-	100,0
Normandie	4,6	18,5	23,1
Nouvelle-Aquitaine	2,0	8,8	10,8
Occitanie	1,7	4,5	6,2
Pays de la Loire	5,0	13,2	18,2
Provence-Alpes-Côte d'Azur	1,2	2,6	3,8
France entière (arrondi à l'unité)	7	11	18

Source : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000036021089/>

Ce tableau nous permet de voir que pour les deux régions sur lesquelles notre travail de recherche s'est porté, un pourcentage de la population a été défini. Ainsi le choix des zones et les aides qui en découlent dépendent de ce seuil à ne pas dépasser. A partir de là en

découle la cartographie des territoires régionaux et infra régionaux. Pour la région BFC, et plus particulièrement le département de la Saône-et-Loire, cela abouti à la carte suivante :

Titre : Cartographie du nouveau zonage de la région Bourgogne-Franche-Comté

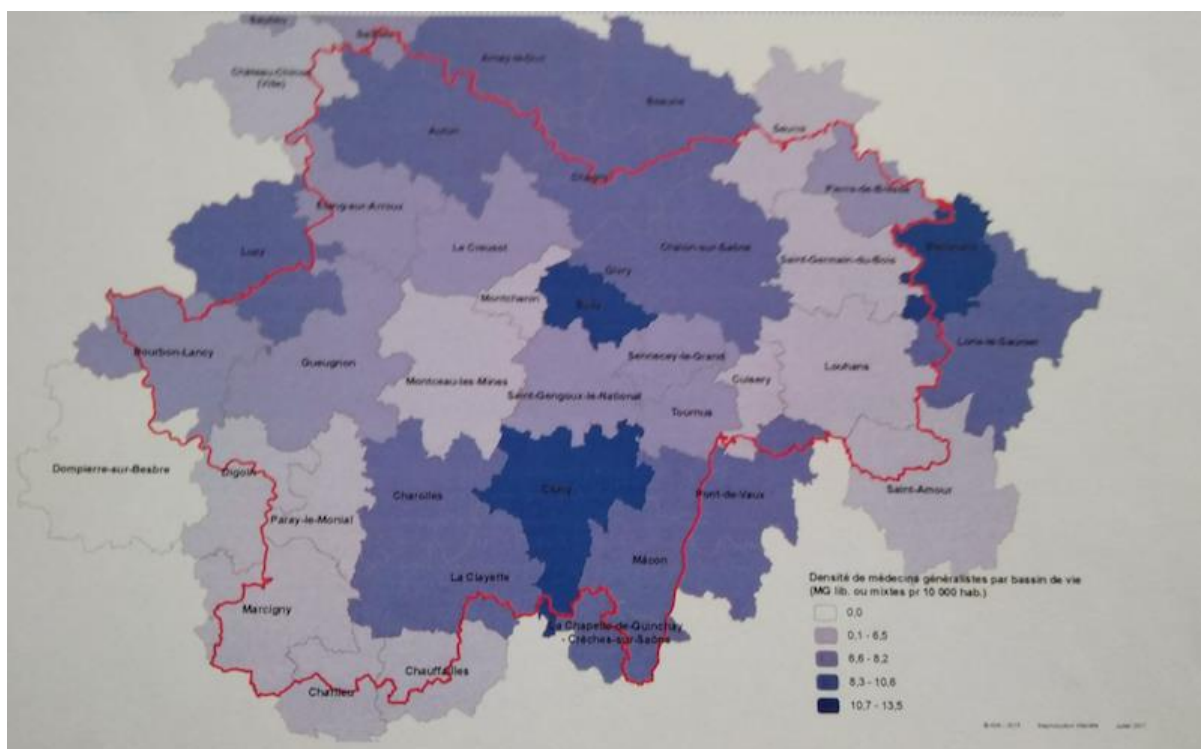


Source : bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr

Cette carte permet de montrer les tensions qui existent sur le département au niveau de l'offre de soins de premier recours. Ici, la majeure partie du territoire se trouve dans les deux premières catégories. Cela signifie alors que la situation au regard de l'offre est très tendue mais cela signifie également qu'un panel d'aides est proposé aux professionnels s'installant sur le territoire. Néanmoins, on voit bien que seulement une partie du territoire se trouve dans la première catégorie (Zones A et B), puisque la méthodologie nationale de zonage impose – pour la région BFC- un maximum de 21,9% de la population en Zone d'Intervention Prioritaire.

La région BFC apparaît ici moins impactée que ne peut l'être la région AURA, comme nous le verrons par la suite. En regardant de plus près, notamment en Saône-et-Loire, nous pouvons constater que ce département est moins impacté que ce qui nous a été pourtant présenté et confirmé par différents indicateurs. En effet, la région BFC est la quatrième région ayant une densité médicale faible. A l'échelle infra-régionale, c'est d'ailleurs l'ancienne région Bourgogne qui est la plus touchée avec une situation délicate dans le département de la Saône-et-Loire notamment. Pour ce dernier, au 1er janvier 2016, il y avait 635 médecins généralistes - qu'ils soient libéraux ou salariés - soit une densité de 110.4/100 000 habitants contre 125.6 pour la région et 132.1 pour la France. De plus, les projections prévoient encore une chute brutale du nombre de médecins dans les années à venir, au regard du nombre de départ de médecins depuis 2007 (-11% sur la période 2007-2016), non compensés par de nouvelles installations. A cela il faut également ajouter un facteur "âge" très prégnant dans ce département, puisque l'on constate un vieillissement très marqué des médecins (les plus de 60 ans représentent 35% de l'ensemble des médecins généralistes du département). Dans ce contexte, on comprend mieux les inquiétudes qui ont pu être nourries avant la publication du nouveau zonage. Nous ne pouvons pas savoir si le paramètre du nouveau Centre De Santé Départemental (CSDS) a été intégré dans ce nouveau zonage, puisque le CSDS a ouvert ses portes au 1er janvier 2018 alors que la carte du nouveau zonage est antérieure. Nous pouvons donc supposer que le CSDS n'a pas pu être pris en compte dans le zonage, ce qui tendrait à améliorer la situation. Néanmoins, ce qu'il nous faut souligner c'est que sans ce CSDS, il est probable que la situation dans le département se serait aggravée au regard des difficultés engendrées par ce type de classification. On peut donc y voir dans la politique menée par le département, un moyen d'atténuer des tensions à l'échelle locale.

Titre : Densité des médecins généralistes en Saône-et-Loire (données 2015)



Source : Conseil départemental de Saône-et-Loire

Sur cette carte antérieure au nouveau zonage, on constate que ce département est fortement impacté par le manque de médecins sur son territoire. Avec le nouveau zonage, la problématique est beaucoup moins limpide. Nous pouvons donc nous interroger sur les effets bénéfiques de ce nouveau zonage quant à la requalification de certaines zones, autrefois considérées comme fragiles, donnant ainsi droit à un panel d'aides et d'exonérations et aujourd'hui considérées comme des zones d'actions complémentaires, ouvrant droit à des aides, mais bien moins nombreuses.

Cet exemple nous amène à montrer que peuvent émerger des tensions au niveau des différents territoires ainsi qu'entre les acteurs quant au passage d'une catégorie à l'autre avec ce nouveau zonage. En effet, avant la publication de cette nouvelle classification, c'était justement une des craintes de nombreux interlocuteurs, créant parfois un effet d'aubaine pour les médecins dans le choix de leur installation et des situations chaotiques dans des communes qui se trouveraient sans médecin parce qu'ils seraient sortis des zones ouvrant droit à des aides.

Titre : Cartographie du nouveau zonage de la Métropole de Lyon



Source : auvergne-rhone-alpes.paps.sante.fr

En région AURA nous pouvons constater les mêmes difficultés qu'en BFC. La publication du nouveau zonage va favoriser certains territoires en matière d'obtention d'aides, alors que d'autres vont se retrouver en situation difficile, soit de manière immédiate, soit dans le temps.

L'hypothèse développée ici est que la méthodologie employée pour déterminer ce nouveau zonage ne reflète pas toujours la réalité et que, si pour certains territoires le zonage va être favorable, pour d'autres en revanche les choses vont être toutes autres, pouvant

générer ainsi des tensions importantes entre les départements mais également au niveau des communes.

A travers ces cartes, nous pouvons constater que le département de l'Ain tire son épingle du jeu puisqu'une importante partie du territoire est en ZIP ou en ZAC. En revanche, dans le département du Rhône, la tendance est beaucoup moins flagrante. Par exemple, il est ressorti de nos entretiens que les zones urbaines - avec la métropole lyonnaise comme figure de proue - sont les grandes perdantes de cette nouvelle classification. Aussi, des voix commencent déjà à s'élever dans les communes qui sont sorties du zonage. Cette situation va engendrer des mobilisations d'élus qui vont varier en fonction de la personnalité de chacun des acteurs.

« Après, ils se mobilisent à des degrés divers. Là où vous avez des élus qui ont une sensibilité médicale ou paramédicale - et il y en a - la tension est plus forte, c'est-à-dire qu'ils sont plus soucieux de la chose. Là où vous avez des communes qui n'ont pas cette approche-là, il n'y a pas énormément de pression. [...]. Voilà, en fait, c'est très, très variable ; ce n'est pas forcément des montées fortes, c'est des inquiétudes. »¹⁰¹

Ce nouveau zonage présente des enjeux semblables à l'ancien. En effet, pour des raisons économiques incontestables, l'ensemble des territoires déficitaires ne peut bénéficier des aides. Il est donc prévu que seulement une partie du département soit considérée comme une zone déficitaire.

« [...]sur le zonage, le national nous contraints parce qu'il dit : « Vous ne pouvez pas avoir plus de 21% de votre population qui est dans des zones déficitaires », ben ça, c'est national. Pourquoi c'est comme ça ? Parce que derrière, il y a un enjeu financier ! Derrière, vous ouvrez

¹⁰¹ extrait d'entretien avec la DD ARS Rhône et Métropole de Lyon

droit à des aides financières, conventionnelles, des exonérations fiscales, ça a un coût. »¹⁰²

Dans le cas de la Saône-et-Loire, mais plus largement, dans l'ensemble des territoires étudiés, nous pouvons comprendre que cette classification des territoires ne peut être totalement en phase avec la réalité de terrain. En effet, des zones déficitaires peuvent se retrouver catégorisées comme étant moins impactées car l'ensemble des bassins de vie composants les départements ne peuvent se retrouver déficitaires. Si l'on s'en réfère à la classification, seule 21.9% maximum de la population régionale peut être considérée comme étant en zone déficitaire. Si l'on fait le parallèle avec nos recherches et nos différents entretiens, nous pouvons constater que la réalité est bien différente. Dans la mesure où cette classification débouche sur un panel d'aides, on peut aisément comprendre pourquoi le zonage impose un pourcentage maximum. Les ressources de la Sécurité Sociale étant déjà fragiles, une classification en zone déficitaire d'une population d'un territoire étendu, en impacterait considérablement ses dépenses.

Le nouveau zonage s'est fait attendre pendant plusieurs mois, en raison des négociations qui ont eu lieu entre les différentes parties prenantes : les services de l'Etat, les caisses de Sécurité Sociales, le Conseil de l'ordre... Cette méthodologie a donc donné lieu à de nombreux débats entre les acteurs. Un entretien mené auprès d'une Caisse de Sécurité Sociale laisse à penser que ces débats ont pu être source de tensions entre les différents acteurs, car la méthodologie ne fait pas l'unanimité.

« On a été associés au niveau de la caisse primaire, par l'ARS, avec le Conseil de l'Ordre, une première fois l'année dernière, au mois d'avril, au mois de mai, sur une première version du zonage auquel on a apporté plusieurs remarques. Et au mois de novembre ou décembre, on nous a resoumis un zonage - c'est pour les médecins - auquel on a répondu dans un sens plutôt favorable. On était très réservés sur le premier zonage. Le deuxième zonage, c'était moins pire que le premier, on va dire. Et vu la méthodologie, de toute façon, qui est assez restrictive,

¹⁰² extrait d'entretien avec la DD ARS Saône-et-Loire

pour nous, le zonage convenait à peu près, mais sachant qu'on trouve quand même que la méthodologie est perfectible, on va dire. »¹⁰³

Cet extrait d'entretien met en lumière les limites de ce zonage défini au niveau national mais qui peut générer localement des difficultés. Si globalement la méthodologie paraît satisfaire le plus grand nombre, ce nouveau zonage semble déjà poser un certain nombre de difficultés notamment au niveau des médecins. C'est particulièrement le cas dans les zones qui ne sont plus éligibles depuis le changement de méthodologie. Un entretien mené auprès d'une CPAM nous confirme que la situation peut être localement très difficile. Déjà, en 2015 lorsque le zonage a évolué des difficultés se sont fait sentir. Des médecins qui bénéficiaient d'aides avec un précédent zonage n'ont pu renouveler leur contrat, la classification ayant sorti leur commune d'exercice du zonage. La situation semble donc se répéter au fil des zonages et cela crée des difficultés - voire des tensions - auprès des professionnels de santé déjà installés. En effet, ces aides représentent une aide financière non négligeable pour les professionnels de santé et leur disparition suite à une reclassification de leur commune d'exercice, peut entraîner des situations critiques. Des échanges informels menés avec différents interlocuteurs ont d'ailleurs mis en lumière le fait que certains médecins étaient amenés à déplacer leur cabinet de commune - allant parfois dans le village voisin - afin de continuer à percevoir ces aides, rendant la situation presque ubuesque.

« Les jeunes praticiens sont des homo œconomicus, ils calculent ! Et forcément, ça migre avec ces zonages qui sont à dimensions variables. Evidemment, c'est tous les cinq ans, mais, quand même, ça rend les gens, en tout cas, toutes les communes un peu nerveuses. »¹⁰⁴

Pour certains médecins, installés dans des zones déficitaires, les aides octroyées font l'effet d'une rente. Ainsi nous saisissons mieux les enjeux sous-jacents lors d'un changement de classification. On peut alors comprendre que dans cette perspective, certains acteurs sur les territoires vivent mal la situation. Lors d'un de nos entretiens, la comparaison de la

¹⁰³ extrait d'entretien avec le département régulation, CPAM de la Drôme

¹⁰⁴ extrait d'entretien avec un médecin en MSP, facilitateur MSP

situation a été faite avec celle de la politique de la ville où une situation analogue a pu être observée.

« [...] moi, du côté médical, j'ai vu des trucs épouvantables. J'ai vu des médecins qui abandonnaient leur cabinet pour passer de l'autre côté de la rue pour être en zone franche et ne plus payer d'impôts donc, des gens qui gagnaient quand même des grosses sommes d'argent, tout à coup, la nation leur en filait plus pour qu'ils changent de rue. [...] Pour moi, le zonage, c'est exactement de la même manière. Ça a provoqué des effets d'opportunité. [...] On crée des situations de rente, on crée des situations d'opportunité qui coûtent une fortune à l'Etat et qui ne sont pas du tout bien utilisées. »¹⁰⁵

Cet extrait d'entretien souligne ce qui peut s'apparenter à des comportements opportunistes de certains médecins. On peut alors mettre en avant les limites du zonage décidé au niveau national dans la mesure où les acteurs peuvent utiliser la cartographie dans le but d'obtenir des aides qui prendront l'aspect d'une rente.

En dépit des difficultés que nous venons de souligner, force est de constater que ce nouveau zonage est plus large dans la mesure où il intègre une partie de la population plus importante qu'auparavant. En effet, les précédents zonages ne devaient pas être supérieurs à 10% de la population nationale. Bien que cette méthode ne convienne pas à tous les acteurs, il n'en demeure pas moins qu'elle a le mérite de présenter une unité méthodologique pour l'ensemble du territoire national. Alors qu'auparavant les méthodologies se définissaient dans chaque région, aujourd'hui c'est l'unité méthodologique qui a pris le pas sur les particularismes - et les rapports de force - locaux. Tout l'enjeu de cette nouvelle méthodologie de classification était d'apporter plus de cohérence et de lisibilité, contrairement à ce qui avait été fait jusque-là.

¹⁰⁵ extrait d'entretien avec un médecin fondateur d'une MSP, facilitateur MSP 01, FFMPs

*« Mais le problème c'est qu'on a plus été sur le fait de servir un peu chaque département quels que soient les résultats bruts de la méthodologie. Du coup, dans l'Ain, ça ne reflétait pas forcément la réalité. »*¹⁰⁶

Cette cohérence et cette unité dans la méthodologie provoque - par voie de conséquence - quelques anomalies, qui sont cependant pleinement assumées par les institutions publiques. En effet, l'unité ne semble pas faire de place aux particularismes, laissant entrevoir des difficultés sporadiques. C'est notamment le cas dans la région AURA.

*« Sur les douze départements, il y a deux grosses anomalies, deux choses pas normales qui ressortent, mais moi, j'estime que c'est normal que l'on traite de la même manière, qu'une méthodologie nationale s'applique et qu'on traite de la même manière la Picardie et PACA. Même si oui, il y a quelques incohérences, on est d'accord, notamment sur des territoires vastes sur lesquels il y a des densités très éloignées. Nos grosses anomalies chez nous, c'est le Cantal et l'Arc alpin. Mais globalement, pour moi, ni sur le Rhône, ni sur l'Ain, ni sur l'Isère, la Loire... Ce qui ressort est à peu près cohérent. »*¹⁰⁷

Si ces "anomalies" sont connues, elles semblent également assumées, ne laissant pas entrevoir de solution apportée à ces situations. Si l'on prend le cas du Cantal et de l'Arc Alpin, ces territoires sont vastes sur le plan géographique et sont caractérisés par la présence de montagnes. La population y est moins présente que dans les territoires urbains et de ce fait, cela peut engendrer des difficultés, s'agissant notamment de pouvoir se rendre chez le médecin. Aussi, il conviendra donc d'observer l'évolution dans ces deux territoires dans les années à venir. Nous pouvons cependant formuler deux hypothèses. La première est que les acteurs locaux se saisiront de la problématique et tenteront - dans une temporalité plus ou moins proche - d'y apporter une réponse, à l'instar du Pays de Gex ou du département de la

¹⁰⁶ extrait d'entretien avec le service offre de soins de premier recours DD ARS de l'Ain

¹⁰⁷ extrait d'entretien avec la direction pilotage opérationnel et premier recours / service premier recours ARS AURA

Saône-et-Loire. La deuxième hypothèse que nous pouvons formuler, c'est que l'augmentation annoncée du *numerus clausus* va profiter également aux territoires déficitaires. Cette deuxième hypothèse est bien plus aléatoire que la première puisque ce n'est pas le nombre des médecins qui est mis en avant dans ces questions de densité médicale dans les territoires défavorisés, mais bien un ensemble de facteurs (économiques, sociaux...) qui font que ces territoires n'attirent pas la profession. De plus une telle mesure n'aura d'impact que sur une temporalité plus lointaine, correspondant à la durée de formation des médecins.

Le nouveau zonage, s'il est générateur de tensions et de situations pouvant être vécues comme des injustices, apparaît cependant comme un instrument permettant une rationalisation de l'action publique. Il met ainsi un terme aux particularismes induits par les différentes méthodologies régionales, à l'œuvre depuis plusieurs années. Il a aussi pour effet de redonner une place à l'Etat, en le replaçant au cœur de la géographie sanitaire. Bien qu'il ne satisfasse pas l'ensemble des acteurs, il a toutefois le mérite de s'adapter aux évolutions de la population. En cela, il semble plus en phase avec la réalité. Pour l'instant seules quelques situations complexes - présentées comme étant "à la marge" - sont connues. Ce nouveau zonage étant très récent, il convient alors d'en observer son évolution et ses conséquences dans les mois à venir. Bien entendu, actuellement la méthodologie idéale n'existe pas et l'ensemble des acteurs doit se contenter d'en adopter une qui présente le moins d'inégalités et d'incohérences. Pour l'instant ce zonage est présenté comme répondant aux problèmes soulevés par les zonages antérieurs. L'évolution de la situation permettra de montrer si cela est réellement le cas.

Conclusion du chapitre 1 :

Tout au long de ce chapitre nous avons pu voir que l'Etat retrouve sa place et s'érige au cœur des politiques de santé publique. Cela ne se fait pas de manière directe, mais à travers des instances déconcentrées, l'ARS et les préfetures comme nous avons pu le voir. L'Etat a profité de la nécessité de faire évoluer les ARH pour reprendre en main la santé en créant les ARS. Bien que la déconcentration ne soit pas totale et qu'elle oscille parfois vers la décentralisation, faisant ainsi émerger le concept de "*déconcentration*", nous pouvons tout de même souligner le fait que les ARS incarnent une reprise en main de la santé par l'Etat. Ainsi les ARS deviennent-elles des instruments de la puissance publique, au même titre que le préfet. En effet, comme nous avons pu le voir, les politiques qui sont mises en œuvre au niveau local s'inscrivent dans la continuité de la politique nationale et on peut même souligner l'existence d'une *dépendance au sentier* de ces administrations. Néanmoins, il faut tout de même souligner qu'une certaine souplesse d'action leur est concédée. Elle s'opère notamment au prisme de la contractualisation et de l'animation territoriale, comme nous avons pu le voir. Elle dépend cependant de la personnalité et de la volonté du DG ARS.

Le recours au zonage illustre pleinement la tentation centralisatrice de l'Etat. Ici, l'instrument se met au service de la philosophie jacobine. Dans les chapitres qui suivront nous tenterons d'illustrer ce propos en montrant la volonté de l'Etat de garder le champ de la santé, et par voie de conséquence, l'organisation du premier recours, comme un enjeu de préoccupation centrale. A travers la santé, l'Etat réaffirme sa toute puissance et montre ainsi qu'il n'a pas disparu, qu'il est toujours "en action". Dans cette perspective, l'instrument se met au service de la centralisation puisqu'il est défini par les instances publiques nationales et qu'il s'applique à l'ensemble du territoire national. Là encore, bien que sur le principe une marge de manœuvre soit concédée par ce zonage aux territoires, nous constatons cependant que la réalité est beaucoup plus incertaine puisque les actions diverses que nous pourrons observer tout au long de notre travail d'enquête nous ont permis de voir que c'est en dehors des dispositifs étatiques que les territoires agissent. L'instrumentation centrale évolue à côté d'instruments définis localement.

Le zonage est donc apparu aux instances centrales comme l'instrument le plus efficace pour permettre le changement. Bien entendu, le zonage n'est pas le seul instrument mais il nous sert ici d'exemple pour montrer les effets de l'instrumentation. Toutefois nous avons pu voir que sa définition n'est pas neutre et c'est d'ailleurs ce qui nous a permis de formuler les hypothèses concernant son retard de diffusion. En effet, l'instrument n'est pas neutre par essence, en ce sens qu'il ne peut contenter tout le monde. Il permet ainsi de promouvoir des gagnants et des perdants, comme nous avons pu le voir dans ce chapitre avec certains territoires qui se voient davantage favorisés alors que d'autres semblent se trouver désormais dans des situations très complexes. A cela s'ajoute les comportements des acteurs – des médecins dans le cas présent – qui sont influencés par les évolutions des instruments. Dans ce contexte nous pouvons voir que l'instrument n'est pas parfait car il ne peut satisfaire l'ensemble des territoires. Dans la mesure où il est pris par des acteurs, nous pouvons alors insister sur le fait que l'instrument constitue la “moins mauvaise décision” dans une perspective de rationalité limitée des acteurs. En écho à H.SIMON, les acteurs ne disposent pas de l'ensemble des connaissances et prennent donc la décision qu'ils estiment être la meilleure possible au regard des connaissances dont ils disposent. Les institutions publiques centrales n'échappent pas à cette logique car elles ne peuvent détenir l'ensemble des savoirs relatifs à la question de l'offre de soins de premier recours sur la totalité du territoire national. Certes le zonage a été fait à partir de nombreuses données de terrain, par des organismes spécialisés¹⁰⁸, mais il faut garder à l'esprit que la volonté de l'Etat était de constituer un instrument qui s'applique à tous. Cela oblige donc la création d'un instrument qui soit une “moyenne” des difficultés et enjeux relevés dans l'ensemble du territoire. En ce sens, l'instrument est donc un objet d'arbitrage, en ayant conscience qu'il entraînera des difficultés dans certains territoires. D'ailleurs, comme nous avons pu le voir, les difficultés qui deviennent même des “tensions” sont pleinement assumées par les instances centrales.

Dans ce chapitre nous avons donc tenté de montrer les limites de l'instrumentation puisqu'il n'est pas possible de définir un instrument qui résolve l'ensemble des difficultés rencontrées par les territoires. De plus, la définition du zonage qui s'applique à l'ensemble du territoire national permet d'affirmer le caractère stato-centré de la santé et renforce ainsi la position de l'Etat.

¹⁰⁸ DREES, services des ARS notamment

Chapitre 2 : L'étatisation progressive de l'Assurance-maladie

La protection sociale¹⁰⁹ est une notion contemporaine qui prend corps en France à partir de la Révolution française. Sous l'Ancien Régime, les protections reposaient essentiellement sur la solidarité familiale et également sur les corporations. La suppression de ces dernières lors de la Révolution française se fait au profit d'un droit à l'assistance de chacun, fourni par la société. Au fil du temps les droits sociaux se développent au profit des travailleurs. On peut notamment citer la loi du 9 avril 1898 qui met en place une protection des accidents du travail dans laquelle l'employeur doit assurer réparation du préjudice. D'autres lois interviennent par la suite dans cette logique de protection des individus jusqu'à la création de la sécurité sociale par l'ordonnance du 4 octobre 1945. La protection sociale a pour vocation de protéger les individus contre des risques sociaux identifiés. A l'origine, quatre risques sont identifiés, dont la maladie fait partie. Le risque social, défini comme un évènement plus ou moins prévisible ayant une incidence sur la situation économique des individus et qui est reconnue et pris en charge par la société. Ces éléments affectent l'existence des personnes soit parce qu'ils réduisent – ou suppriment – leur capacité de gain, soit parce qu'ils accroissent les charges supportées. Historiquement, ces risques étaient pris en charge par la famille et/ou par l'Eglise. Progressivement, on assiste à un transfert du risque de ces institutions vers l'Etat et le système de protection sociale. Les risques sociaux identifiés concernent tout d'abord la santé, la vieillesse, la famille et enfin l'emploi (qui viendra plus tard avec le développement de l'assurance chômage). En France, la protection sociale est organisée selon quatre niveaux : d'une part la sécurité sociale (dont nous allons parler tout au long de ce chapitre) qui fournit une couverture de base aux différents risques. Ensuite, on trouve les régimes « complémentaires », l'assurance chômage et l'aide sociale.

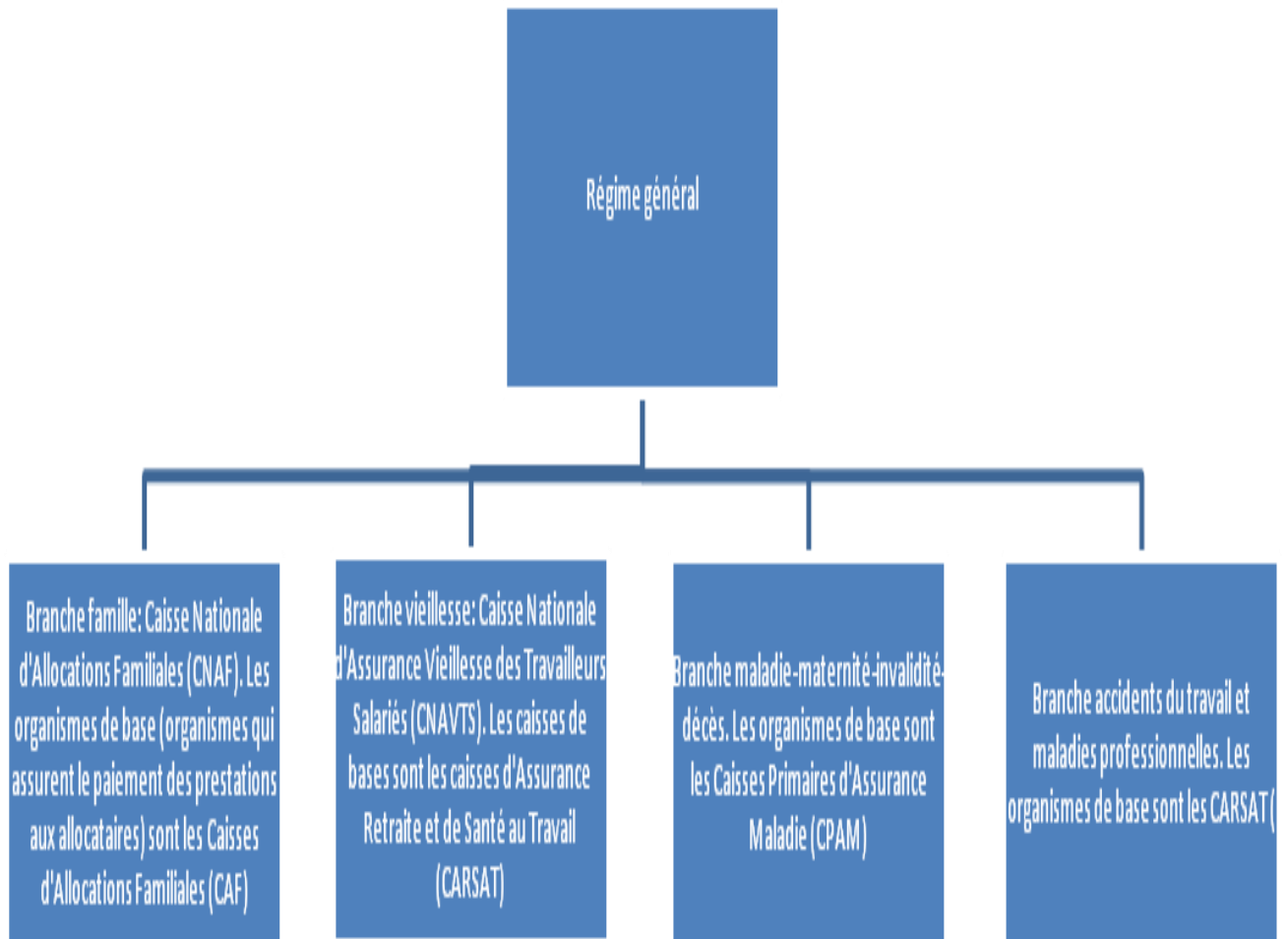
La sécurité sociale se décompose en différents régimes. Lors de sa création en 1945, on souhaite une unification des régimes mais cela se heurte au maintien de régimes spéciaux et autonomes qui évoluent à côté du régime général. En effet, la sécurité sociale est organisée en différents régimes selon les catégories socioprofessionnelles.

¹⁰⁹ Il s'agit de tous les mécanismes institutionnels, publics ou privés, qui prennent la forme d'un système de prévoyance collective ou mettent en œuvre un principe de solidarité sociale, et qui couvrent les charges résultant pour les individus ou les ménages de l'apparition ou de l'existence de certains risques ou besoins sociaux identifiés (santé, vieillesse, famille...).

Sur le plan du financement, il est assuré dans le cadre d'une Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) qui est adoptée chaque année par le Parlement. La LFSS a été introduite le 22 février 1996 à l'issue d'une révision constitutionnelle. Cela marque un tournant dans le financement de la sécurité sociale puisque, face à une montée en puissance des dépenses de santé, on décide alors d'en maîtriser les coûts. Les conditions générales de l'équilibre financier prévisionnel de la Sécurité sociale y sont déterminées et les objectifs de dépenses de tous les régimes obligatoires de base y sont fixés. Le vote de la LFSS chaque année par les instances démocratiques nationales, permet d'appuyer la thèse d'une reprise en main progressive de l'Etat sur la sécurité sociale et donc sur l'Assurance-maladie comme nous allons tenter de le montrer au fil de ce chapitre.

Pour appuyer cette idée, il faut regarder du côté de l'organisation administrative de la sécurité sociale et plus précisément, sur l'organisation du régime général, qui est le plus important à l'échelle nationale. Il se découpe en branches, qui ont été distinguées en 1967 au sein de quatre réseaux qui sont pilotés par trois caisses nationales.

Titre : Organisation du régime général



Source : schéma élaboré par l'auteur

Un réseau de recouvrement assure la collecte des cotisations (URSSAF) et la redistribution des recettes (ACOSS) destinées au financement des prestations des quatre branches.

La sécurité sociale a un statut particulier puisque ses organismes sont de droit privé à but non lucratif à forme mutualiste, chargés d'une mission de service public. Ces établissements ont ainsi la personnalité juridique, des budgets propres et ont des conseils d'administration. Ils sont composés à parité des représentants des salariés et des employeurs qui sont désignés par les organisations syndicales. Les attributions des caisses de base portent sur l'action sociale dans le champ des différents risques et la gestion administrative de la caisse. Cela concerne les caisses locales, mais pour les caisses nationales, les choses diffèrent puisqu'il s'agit d'établissements publics à caractère administratif. Ces dernières

n'ont donc pas le même statut que les caisses locales. Il faut également ajouter que les caisses nationales n'ont aucun pouvoir hiérarchique sur les caisses locales mais sont en revanche appelées à encadrer et à contrôler l'action des organismes de base.

En instaurant la sécurité sociale par la loi, elle devient un monopole légal et revêt un caractère obligatoire. Ainsi l'Etat exerce une tutelle technique et budgétaire sur les organismes nationaux et un contrôle de légalité sur les organismes locaux. Il définit aussi les niveaux de cotisations et de prestations. Cette tutelle de l'Etat est finalement la contrepartie de la mission de service public confiée aux organismes de sécurité sociale.

Notre travail sur la régulation du premier recours nous a conduit à nous intéresser plus particulièrement à l'Assurance-maladie, branche qui prend une place importante au sein de la sécurité sociale. Au niveau de son organisation, l'Assurance-maladie est pilotée au niveau national par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM). Localement l'Assurance-maladie repose sur 101 Caisses Primaires d'Assurance Maladie (CPAM) et 4 Caisses Générales de Sécurité Sociale (CGSS) dans les départements d'Outre-Mer. Ces caisses locales sont chargées de verser les prestations de la branche maladie.

Sur le plan de la gouvernance, le directeur général de la CNAM est nommé par le Gouvernement et assure également la direction générale de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam). Bien qu'autonomes, les CPAM deviennent désormais plus contraintes. Depuis la réforme de l'Assurance-maladie en 2004, les directeurs des CPAM et les agents comptables sont nommés par le directeur de la CNAM. De plus, ce dernier a pour mission d'organiser et de piloter l'ensemble du réseau d'Assurance-maladie. Ensuite, c'est à lui qu'il incombe de négocier avec l'Etat les conventions d'objectifs et de gestion (COG) mais également au niveau local avec les CPAM, les contrats pluriannuels de gestion (CPG) qui découlent des COG. De plus, celui-ci est également compétent en matière de suspension ou d'annulation de décision du Conseil de la CNAM ou d'une CPAM si la décision prise n'est pas conforme aux engagements pris dans le cadre de la COG ou d'un CPG. A travers cette réforme de 2004 et l'extension des pouvoirs du directeur qui en découle, on voit bien un retour en force de l'Etat dans le contrôle de l'Assurance-maladie. Nommé pour cinq ans par le Gouvernement, on voit bien que le directeur de la CNAM est intrinsèquement lié à l'Etat ce qui permet de venir appuyer la thèse d'une étatisation de l'Assurance-maladie. A cela s'ajoute le vote de la LFSS chaque année par le Parlement dans lequel est fixé l'Objectif

National d'Assurance Maladie (ONDAM), venant ainsi renforcer davantage le contrôle des instances étatiques sur l'Assurance-maladie.

Nous pouvons voir que l'Etat reprend progressivement le contrôle de l'Assurance-maladie alors même que les caisses locales avaient été créées dans le but d'être autonomes. Cela semble mettre un terme à une dualité historique entre l'Etat et la sécurité sociale comme nous allons le voir dans un premier temps. Pour confirmer notre propos nous verrons ensuite que les aides à l'installation attribuées par les CPAM ne sont finalement qu'une instrumentation orchestrée au niveau central.

Section 1 : L'affirmation de la puissance étatique face à l'assurance maladie : la fin d'un long combat ?

Finally, the only margin of manoeuvre that CPAMs really have is based on the promotion of these different devices and the support of professionals in the contractualisation, as we have seen in chapter 2. Moreover, within the CPAMs, there are delegates of the Health Insurance who go to meet doctors and teams to inform them about the different possible aids and accompany them in their démarches. Outside of this aspect, in the measure where all contracts are negotiated at the national level, the local funds have no latitude in their actions. Nevertheless, since they are actors on the ground, the CPAMs report to the national level their data and recommendations in relation to what they observe at the local level. Then, the conventions are negotiated between the director of the national fund and the national partners. Once the negotiation is done at the national level, it is validated and the CPAMs will have only a restricted margin of manoeuvre, which will vary from one fund to another.

For example, in the case of zoning, the Health Insurance has had no decision-making role, only a consultative role. In this context, the Health Insurance and its local funds are only consultative partners.

Social Security finances health establishments. In fact, since the ordinance of May 2, 2005, a new governance emerges as well as activity poles. Moreover, the LFSS¹¹⁰ creates the T2A¹¹¹ as well as the OQN¹¹² (for private establishments with a profit motive). As a result, this is extended to public and private establishments with a non-profit motive between 2004 and 2008. The T2A applies in full since 2005 for private establishments with a profit motive [BONNICI, 2013]. Social security also intervenes in the control of health expenses with the ONDAM¹¹³. Regulation by social security also operates in a conventional manner with signed conventions for five years, between the CNAM¹¹⁴

¹¹⁰ Loi de Financement de la Sécurité Sociale

¹¹¹ Tarification A l'Activité

¹¹² Objectif National Quantifié

¹¹³ Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie

¹¹⁴ Caisse Nationale d'Assurance Maladie

et les organisations syndicales de médecins généralistes et spécialistes. De plus, la sécurité sociale participe également à la régulation de l'offre de soins de premier recours avec divers instruments.

Si la Sécurité Sociale a pour tâche de participer à la régulation du premier recours, nous pouvons constater que la médecine de ville oppose nombre de résistances¹¹⁵. Le système conventionnel conclu entre les médecins et les caisses de sécurité sociale trouve sa source dans l'échec précédent des conventions départementales instituées en 1945 puis renouvelées en 1960. En effet, les syndicats médicaux ont obtenu la mise en place, par la loi du 13 juillet 1971, d'un système conventionnel ayant pour vocation d'organiser la médecine de ville. Par cela, le Parlement a concédé aux syndicats médicaux et aux caisses d'assurance maladie, une délégation de pouvoir en ce qu'elles ont la capacité à définir les règles applicables à l'installation des professionnels, ainsi qu'à la fixation de leurs tarifs et à la gestion des relations avec les assurés sociaux. Pour ce faire, les syndicats des professions de santé négocient des conventions avec les caisses d'assurance maladie réunies au sein de l'UNCAM¹¹⁶. Chaque profession de la médecine de ville signe une convention avec les caisses. Ce contrat est rendu applicable à l'ensemble des professionnels concernés mais également aux assurés sociaux. Si sur le principe les négociations s'opèrent entre ces deux types d'acteurs, D.TABUTEAU souligne toutefois que le Gouvernement n'est jamais éloigné de ces négociations.

Avec ce mécanisme conventionnel, on peut voir émerger des difficultés avec les ARS. En effet, ces dernières ayant la tâche d'organiser et de réguler les services de santé sur le territoire régional, elle se heurtent au système conventionnel.

Si la sécurité sociale conserve une assise importante, on peut tout de même souligner que son influence tend à être amoindrie avec le vote chaque année de la LFSS qui affirme la prééminence politique et juridique de l'Etat. Sur ce point, D.TABUTEAU soulève une question, celle de l'unification des compétences du ministère de la santé ainsi que de l'UNCAM.

¹¹⁵ TABUTEAU.D, « Les pouvoirs de la santé : la complexité d'un système en quête de régulation. », Presses de Sciences Po, Les Tribunes de la santé, 2013/4 n° 41, pp. 37-55

¹¹⁶ Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie

Les caisses de sécurité sociale ont un rôle également de promotion des territoires en ce qu'elles agissent par des actions concertées avec l'ARS et les syndicats de professionnels de santé.

« Oui. Avec l'Agence Régionale de Santé, le Conseil de l'Ordre, l'URPS des médecins, on essaie de faire connaître, en tout cas, aux futurs médecins, les conditions d'exercice dans le monde libéral pour essayer de capter un certain nombre d'étudiants en médecine pour qu'ils aillent en médecine générale et qu'ils exercent en libéral. Concrètement, il y a des réunions collectives, des séminaires auprès des étudiants. Il y a des soirées organisées aussi par le Conseil de l'Ordre pour mieux faire connaître l'exercice libéral et essayer de lever les freins à l'installation. Ça s'inscrit, d'ailleurs, dans une démarche plus globale qui est portée par le gouvernement, de développer un guichet unique pour les professionnels de santé, et en particulier vers les médecins pour simplifier au maximum les procédures pour s'installer, notamment en libéral. »¹¹⁷

Ces coopérations entre les différents acteurs permettent ainsi de mener une action concertée et pertinente. L'objectif de ces actions concertées a pour vocation de susciter des désirs d'installation sur les territoires. L'idée est ici d'inciter pour générer des envies auprès des jeunes médecins notamment. Bien que n'émanant pas de l'Etat, nous pouvons constater que ces institutions agissent dans la logique des transformations de l'Etat, qui se veut « incitateur ».

Les CPAM travaillent de concert avec l'ARS dans le but de promouvoir l'exercice coordonné, notamment au sein des MSP. L'objectif affiché est le développement de cette forme d'exercice. Cela intervient d'ailleurs dans la lignée de la politique nationale.

¹¹⁷ extrait d'entretien avec la direction de la CPAM de la Côte-d'Or

« On a des objectifs de développer cette forme d'exercice qui paraît plébiscitée par les jeunes professionnels et puis parfois par les plus anciens aussi, de pouvoir travailler en groupe, ne plus être isolé seul dans son cabinet de campagne. »¹¹⁸

Les CPAM fournissent une aide aux professionnels qui le souhaitent dans le montage de leur société en MSP et pour bénéficier des divers financements qui rémunèrent l'exercice coordonné. Toutefois cet accompagnement se limite aux seules volontés des professionnels de santé, qui varie d'un territoire à l'autre. C'est notamment ce que l'on observe en région BFC.

« Mais ils n'ont pas envie d'aller sur un exercice regroupé dans un même immeuble ou une même maison de santé. Donc, on essaie au maximum de s'adapter et d'accompagner les volontés qui émergent sur le territoire. »¹¹⁹

Conscientes de ces difficultés, les CPAM tentent d'accomplir leur tâche au mieux et d'accompagner les professionnels de santé dans leurs démarches.

« On essaie d'accompagner tous les projets puisque l'ambition, c'est que toutes les MSP, notamment les non labellisées, on puisse les aider à constituer pleinement leur projet de santé et à évoluer vers des maisons de santé au sens labellisé, et qui ne sont d'ailleurs plus labellisées par les ARS mais par l'assurance maladie dans le cadre de l'accord conventionnel interprofessionnel : l'ACI, depuis avril 2017. C'est vrai que ceux qui s'appellent maisons de santé mais qui sont juste un projet immobilier où il y a trois médecins, une infirmière, en pleine ville comme à Dijon, c'est sûr que c'est pas nos priorités

¹¹⁸ extrait d'entretien avec la direction de la CPAM de la Côte-d'Or

¹¹⁹ extrait d'entretien avec la direction de la CPAM de la Côte-d'Or

d'accompagnement. On va d'abord sur les territoires où il y a des tensions démographiques. »¹²⁰

Les CPAM ont donc pour mission de donner le label aux MSP depuis l'ACI (Accord Conventionnel Interprofessionnel relatif aux structures de santé pluri-professionnelles) du 20 avril 2017. Cette contractualisation entre les professionnels de santé et les CPAM permet aux premiers de bénéficier de rémunérations spécifiques. Cette convention engage de fait les professionnels à respecter trois exigences : le renforcement de l'accès aux soins ; le travail en équipe coordonnée et le développement d'un système d'information. Ces rémunérations ne concernent que l'exercice pluri-professionnel dans deux types de structures : les MSP d'un côté et les CDS, de l'autre. Pour les premières, obligation est faite aux professionnels implantés dans la structure de se constituer en SISA (Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires). Pour les seconds, ils doivent opter pour l'un des deux types de contrat : celui relatif aux structures de santé pluri-professionnelles ou celui de l'accord national des centres de santé¹²¹.

Pour éviter toute confusion et tensions avec les ARS, les CPAM tentent de mener un travail de coordination. L'enjeu de cette coopération est de montrer aux professionnels de santé qu'ils sont entourés par un véritable réseau de partenaires qui va leur permettre de monter leur structure (SISA), leur permettant d'atteindre les indicateurs qui génèrent une rémunération financière de la part de l'Assurance Maladie. Sur ce dernier point, des indicateurs ont été fixés. Seule leur atteinte permet le déclenchement d'une rémunération¹²². Ils sont de divers ordres mais peuvent être regroupés en trois catégories : les indicateurs « prérequis socles » qui sont obligatoires pour déclencher les rémunérations de la CPAM ; les indicateurs « socles » et enfin les indicateurs « optionnels » dont l'atteinte est ici facultative. Dans cette première catégorie, on retrouve notamment les horaires d'ouverture, de 8h à 20h, le samedi matin et pendant les vacances scolaires ; l'organisation des soins non programmés ; la coordination ou encore le système d'information... A ces indicateurs, on attribue des points¹²³, ce sont ces derniers qui permettent une rémunération. L'ACI succède

¹²⁰ extrait d'entretien avec la direction de la CPAM de la Côte-d'Or

¹²¹ source : ameli.fr

¹²² https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/400387/document/annexe_5_fiches_indicateurs_aci.pdf

¹²³ actuellement 1 point = 7 euros

au règlement arbitral de 2015 mais il reste toutefois dans sa droite ligne. L'ACI est toutefois marquée par une évolution des indicateurs par rapport à ceux précédemment établis.

Afin d'atteindre ces objectifs, il est apparu nécessaire que les interlocuteurs des professionnels de santé soient clairement identifiés.

« Nous, l'assurance maladie, la CNAM, la Caisse nationale a demandé, il me semble en tout début 2017, que chaque CPAM se dote d'un référent qui soit identifié, parce que c'est important pour les acteurs sur un territoire, de savoir qu'ils ont un interlocuteur ARS, un interlocuteur assurance maladie, qu'ils sont accompagnés. »¹²⁴

Ici, l'accompagnement se concrétise de plusieurs manières comme l'aide à la constitution de leur dossier, l'échange entre le référent de l'Assurance Maladie et le coordinateur des structures.

« Voilà. Par exemple, la référente de l'assurance maladie va échanger avec le coordinateur des maisons de santé pour lire leurs protocoles, les faire évoluer s'il y a besoin, leur proposer des nouveaux thèmes de travail en commun, les aider à formaliser des choses qu'ils font naturellement mais qu'ils n'ont pas encore formalisées sous forme de protocole. En fait, on va prendre tous les indicateurs qui permettent une rémunération pour les aider à maximiser leur fonctionnement et, du coup, à maximiser, au final, leurs rémunérations. »¹²⁵

Ici nous voyons que l'Assurance Maladie tente de mener un travail de terrain en étroite collaboration avec les structures. L'enjeu étant de contribuer au développement de ces structures afin de créer l'engouement et de susciter de l'intérêt auprès d'autres professionnels qui ne sont pas encore intégrés dans ces modes d'organisation. En effet, nous avons pu le voir, la création d'une MSP est extrêmement chronophage pour les professionnels de santé

¹²⁴ extrait d'entretien avec la direction de la CPAM de la Côte-d'Or

¹²⁵ extrait d'entretien avec la direction de la CPAM de la Côte-d'Or

qui n'y voient pas toujours un intérêt. En effet, si de nombreux acteurs tendent à dire que ce mode d'organisation est largement plébiscité du côté des médecins, force est de constater que la réalité est beaucoup plus contrastée. Si les professionnels de santé peuvent en effet être intéressés par ce mode de fonctionnement, nous constatons toutefois qu'il s'agit souvent de médecins plus jeunes – c'est ce qui est ressorti de nos entretiens – qui veulent intégrer des structures déjà constituées. C'est souvent parce que la procédure de mise en œuvre d'une MSP est complexe que beaucoup présentent des réticences. De ce fait, l'action sur le terrain de la part CPAM permet de tempérer la complexité des démarches et permet d'apporter un véritable soutien aux professionnels afin de les inciter à créer ces structures.

« Nous, ce qu'on va organiser en lien avec l'ARS, c'est des réunions de présentation du statut de SISA. [...] On a exposé les principes. Après, si les professionnels de santé veulent aller plus loin dans l'accompagnement, ce n'est pas nous qui allons entrer plus dans le détail, on n'a pas les compétences juridiques, pour pouvoir les accompagner au mieux. Nous, on s'organise pour qu'ils aient l'information, pour démythifier le dossier, pour qu'ils n'aient pas peur de ce que ça puisse représenter mais ensuite, on laisse les personnes compétentes le faire. »¹²⁶

Si l'aide n'est pas purement technique et juridique, on constate en revanche que l'Assurance Maladie, à travers ses CPAM, se donne une visibilité et s'érige en véritable partenaire des professionnels de santé.

En Côte-d'Or, la CPAM a dégagé un emploi à temps plein d'un collaborateur dont la mission est d'accompagner les MSP, CDS et l'ensemble de l'exercice coordonné. Globalement sur ce territoire l'exercice coordonné est perçu comme une réussite. Néanmoins, il faut garder à l'esprit que les CPAM – tout comme les ARS – ont pour mission de veiller à l'atteinte de l'objectif gouvernemental de créer 1000 MSP entre 2017 et 2022 ce qui nécessite de développer des mécanismes incitatifs auprès des professionnels.

¹²⁶ extrait d'entretien avec la direction de la CPAM de la Côte-d'Or

Si les CPAM n'ont pas de capacité à réguler l'offre de soins de premier recours, il faut tout de même préciser qu'elles ont pour mission de trouver un médecin traitant aux patients qui n'en ont pas.

« On a une mission explicite qui nous est confiée sur le fait de trouver un médecin traitant. C'est inscrit dans la nouvelle convention médicale de 2016. »¹²⁷

Dans ce domaine, l'action des CPAM se manifeste à travers les commissions paritaires dans lesquelles les CPAM doivent présenter, une fois par an, l'activité de conciliation. L'objectif ici est de permettre aux assurés d'être accompagnés dans leur démarche de recherche d'un médecin traitant. Dans le département de la Drôme, la CPAM met à disposition la liste des professionnels de santé récemment installés sur le territoire. Le conciliateur a pour mission de contacter l'assuré lorsque celui-ci en fait la demande. Ils échangent sur les difficultés de ce dernier à trouver un médecin et les démarches qu'il a déjà effectué. Ensuite, le conciliateur donne les coordonnées des médecins récemment installés. Pour ces derniers, la CPAM considère qu'ils sont toujours susceptibles de prendre des nouveaux patients. L'idée ici c'est que ce soit l'assuré qui effectue lui-même ces démarches. En revanche, selon le degré d'autonomie de l'assuré, le conciliateur peut se charger d'effectuer les démarches à sa place. Néanmoins, cette solution ne fonctionne pas à chaque fois au regard de la démographie médicale. Dans ce cas, il est possible pour la CPAM de faire le lien avec le Conseil de l'Ordre.

« Dans les faits, on ne le fait pas, parce que, pour l'instant, on a quand même résolu, à chaque fois, à trouver des solutions aux situations. Et, de toute façon, le Conseil de l'Ordre reste aussi un petit peu démuni par rapport à la problématique. »¹²⁸

¹²⁷ extrait d'entretien avec le département régulation, CPAM de la Drôme

¹²⁸ extrait d'entretien avec le département régulation, CPAM de la Drôme

Cet extrait d'entretien nous montre que la CPAM n'a que peu de capacités d'actions sur le terrain, notamment pour venir en aide aux usagers. La difficulté étant, qu'il n'y a pas assez de professionnels – en équivalent temps plein – sur ces territoires et que la CPAM (ni même l'ARS), n'a aucun pouvoir de coercition sur les professionnels de santé.

En dehors de ces mécanismes, les CPAM ont été associées – pour consultation – au nouveau zonage. On peut donc y voir une forme de participation à la régulation qui, malgré tout, reste modeste et tend à réaffirmer le pouvoir de l'Etat sur l'Assurance Maladie.

« Mes collègues de l'ARS vous le diront mieux que moi parce que nous, on est dans la boucle. C'est-à-dire qu'on est consultés pour l'élaboration et après, on est prévenus une fois que c'est publié. Donc on a pas du tout la main. [...] Par contre, après le zonage s'impose à nous et va conditionner toutes les nouvelles aides conventionnelles. Pour le coup, on a peu de pouvoir de décision mais, par contre, on est très impactés. »¹²⁹

Une fois le zonage publié, il s'impose aux CPAM et il conditionne ainsi les différentes aides conventionnelles. Nous pouvons ainsi constater que le pouvoir détenu par les caisses est relativement mince dans la mesure où ils n'ont pas le pouvoir de décision. En revanche, ils figurent en première ligne dans la mise en œuvre de ces instruments. Ce zonage impacte largement le mode de fonctionnement des caisses de plus la difficulté est ici que les caisses n'ont qu'un seul type de zone donnant droit à des aides alors que les ARS en ont deux.

« En fait, l'ARS, il y a deux types de zones qui ouvrent droit à ces aides alors que nous, il n'y a qu'un seul type de zone qui est le critère le plus restrictif. Pour le coup, on est très impactés par le zonage. »¹³⁰

Face à ces difficultés, les caisses ont la possibilité de faire des remontées au niveau régional, via les DCGDR (Directions de la Coordination de la Gestion du Risque). Ces

¹²⁹ extrait d'entretien avec le département régulation, CPAM de la Drôme

¹³⁰ extrait d'entretien avec le département régulation, CPAM de la Drôme

instances permettent une coordination des CPAM à l'échelle de la région. Créées en 2006, elles sont présentes dans chacune des régions et ont vu leur rôle s'accroître depuis la création des ARS. Elles ont pour mission de coordonner le travail en matière de maîtrise des dépenses de santé des organismes d'Assurance Maladie présents en région. Elles centralisent les différentes actions des organismes en région qu'elles transmettent aux ARS afin de vérifier l'adéquation avec les objectifs régionaux. Les CPAM font remonter leurs différentes remarques, d'une part à l'ARS de la région et d'autre part à la DCGDR qui fait une remontée au niveau national. Ici, la difficulté semble être que les CPAM n'ont pas de retour concernant la remontée qui a été faite.

La première partie de ce chapitre nous a permis de montrer que l'Etat affirme progressivement sa puissance sur l'Assurance-maladie, marquant ainsi la fin d'une dualité forte entre ces deux entités. Bien qu'autonome au niveau local, nous avons pu voir que la réalité est bien différente dans la mesure où l'ensemble des règles sont édictées au niveau national. De plus, le vote par le Parlement du financement de la sécurité sociale, semble entériner cette étatisation puisque le financement devient désormais fléché. La latitude dévolue aux caisses de sécurité sociale s'affine peu à peu. C'est notamment ce que nous allons voir dans la deuxième partie de ce chapitre avec les instruments incitatifs proposés par les caisses. Ces aides à l'installation, si elles sont octroyées par les CPAM, n'en demeurent pas moins décidées au niveau central. Cela vient encore renforcer ce que nous avons vu dans cette première partie. L'utilisation de ces instruments a pour objectif d'attirer de jeunes médecins dans les territoires sous-denses. Toutefois, nous verrons qu'elles n'atteignent que partiellement leurs objectifs. Le pilotage s'effectue par les CPAM qui s'érigent ainsi en véritable chef d'orchestre de l'instrumentation incitative. A travers ce mécanisme, les CPAM se mettent alors au service de l'Etat.

Section 2 : Instrumenter par l'incitation. Le cas des aides à l'installation

Les aides à l'installation sont définies au niveau national (critère d'attribution, montants...) et sont distribuées localement par les CPAM. Ces aides se présentent sous différentes formes et leur variété a pour objectif de toucher le plus grand nombre de médecins afin de susciter une envie d'installation dans les zones sous-denses. On peut alors mentionner notamment les contrats qui ont pour but de « stabiliser » une situation professionnelle afin d'inciter les jeunes médecins à s'installer. En effet, une installation en zone sous-dense peut avoir un caractère anxiogène pour le jeune médecin et ces contrats leur offrent la garantie d'une rémunération ainsi qu'une protection sociale. Bien entendu, si l'objectif affiché est de susciter de nouvelles installations, nous verrons qu'il n'est pas pleinement atteint car de nombreuses réticences perdurent au sein de la profession.

En distribuant les aides et en accompagnant les professionnels de santé, les CPAM deviennent les chevilles ouvrières de l'Etat, lui permettant ainsi de confirmer sa puissance dans le domaine de la santé. Cette deuxième partie sera alors l'occasion de finir notre démonstration sur l'étatisation progressive de l'Assurance-maladie.

A. Les contrats : un gage d'attractivité des jeunes médecins ?

La France est le pays avec la densité la plus élevée des pays de l'OCDE. Néanmoins, elle fait partie de ceux où la répartition est la plus inégale. Cela met en évidence la nécessité d'une régulation de l'offre de soins de premier recours. Dans cette perspective, l'Etat se tourne vers la mise en place de mécanismes "incitatifs" avec deux types de mesures : les "incitations-encouragements" et les "incitations-pénalités". Les incitations financières constituent l'instrument principal pour lutter contre les zones sous-denses. Ce choix pour ce type d'instrument apparaît dès 2004 avec la mise en place de primes à l'installation par la CNAM. Ce choix est réaffirmé en 2012 (puis 2015) avec le Pacte Territoire santé de M.TOURAINE [HASSENTEUFEL, SCHWEYER, GERLINGER, REITER, 2020]. Le

choix de l'incitation s'explique « [...] notamment par l'opposition des syndicats de médecins libéraux aux mesures restreignant la liberté d'installation dans les territoires sur-dotés »¹³¹. Pour tenter de surmonter ces difficultés quatre types d'aides sont offertes aux professionnels de santé. Tout d'abord, il y a des aides matérielles avec par exemple la mise à dispositions de logements et de locaux pour les professionnels. Ensuite, il y a les aides financières, caractérisées par des sommes forfaitaires ou une majoration à l'acte par exemple. En fonction d'un zonage préalablement défini, on trouve également des exonérations fiscales. Enfin, on trouve des mesures dérogatoires telles que des cabinets secondaires, l'établissement d'un moratoire sur le médecin traitant ou encore la souscription auprès des CPAM.

A cela s'ajoute des aides de l'Etat, des collectivités locales et des caisses d'Assurance Maladie. En premier lieu, s'agissant des aides de l'Etat, une classification en ZRR¹³² permet de déclencher différents dispositifs d'aides. Pour les étudiants en médecine (à partir de la 2e année) et les internes, des CESP¹³³ sont proposés depuis la loi HPST¹³⁴. D'un montant de 1 200 euros par mois, cette allocation engage ses bénéficiaires à choisir une spécialité sous-représentée ou alors à s'installer dans une zone sous-dense pour une durée de deux ans minimum et au moins équivalente à la durée de l'allocation. En parallèle, la signature d'un CESP permet un accompagnement de l'étudiant ou de l'interne en médecine tout au long de sa formation ainsi que d'un soutien au moment de l'installation. Il vient en complément des autres dispositifs d'aide émanant des collectivités et de l'Etat dans le but de stimuler la densité médicale sur les territoires où elle est faible.

Pour les jeunes médecins installés depuis moins d'un an, des PTMG¹³⁵ sont proposés. Ils apportent une garantie financière pour une durée maximale de deux ans, permettant ainsi une installation plus aisée dans ces territoires sous-denses. Cette aide est à destination des médecins s'installant pour la première fois, soit en tant que libéral ou en tant que collaborateur. Ce contrat est conclu entre le professionnel de santé et l'ARS dans lequel le médecin s'engage à implanter au moins une partie de son activité dans une ZIP ou dans une

¹³¹ P.HASSEUTEUFEL, F.X.SCHWEYER, T.GERLINGER, R.REITER, « Les « déserts médicaux » comme leviers de la réorganisation des soins primaires, une comparaison entre la France et l'Allemagne », RFAS, 2020/1, p.45

¹³² Zone de Revitalisation Rurale

¹³³ Contrat d'Engagement de Service Public

¹³⁴ article 46 de la loi HPST

¹³⁵ Praticien Territorial de Médecine Générale

ZAC, en respectant les tarifs opposables. En contrepartie, il dispose de la garantie d'un niveau de rémunération de 6 900 euros brut par mois ainsi que d'une couverture sociale. Ce contrat se conclut initialement pour un an et il est ainsi renouvelable une fois. Le complément de revenu s'adresse alors à tous les signataires d'un PTMG si leur activité ne leur permet pas d'atteindre ce plafond mensuel. Toutefois, pour pouvoir en bénéficier, il faut que le médecin réalise un minimum de 165 consultations mensuelles correspondants à un chiffre d'affaire de 3 975 euros brut¹³⁶. Avec ce contrat, leur protection sociale se trouve étendue : elle est assurée après 3 mois d'activité en ayant réalisé le minimum des consultations. Le médecin se trouve alors protégé en cas d'arrêt maladie : un complément de rémunération de 1 552,50 euros brut est maintenu pour 3 mois en cas d'arrêt de travail de plus de sept jours. Dans le cas d'un congés maternité, un complément de 3 105 euros brut est versé au médecin pendant toute la durée de ce congé, en plus des revenus de remplacement. La signature d'un PTMG contraint le médecin à respecter des obligations. En effet, cette signature est assujettie à l'obligation de pratiquer les tarifs opposables du secteur 1. A cela s'ajoute des engagements qui peuvent être individualisés comme par exemple la participation à la PDSA¹³⁷ ou encore des actions de prévention, par exemple. Pour bénéficier de ce complément de revenu, le médecin déclare à l'ARS chaque mois le nombre de consultations qu'il a réalisé et les honoraires qui ont été perçus. Après 6 mois de contrat, cette déclaration s'effectue tous les 3 mois. Cela permet alors d'effectuer un suivi des professionnels de santé qui s'installent. Une résiliation du contrat est possible à tout moment après un préavis de 2 mois. Des aides sont également octroyées aux médecins déjà installés. En effet, depuis le 1er janvier 2004, une exonération d'impôt sur les sociétés ou sur les revenus pendant 5 ans est offerte aux professionnels de santé libéraux qui ont créé leur ZRR. Enfin, pour ceux qui se situent en zone déficitaires et/ou en ZRR, des exonérations fiscales sont accordées pour la PDSA. Elles sont cependant plafonnées pour les médecins généralistes. En revanche, tous les professionnels de santé sont également exonérés de la CET¹³⁸.

S'agissant des collectivités locales, il y a des aides en faveur des professionnels de santé déjà installés d'une part, et des étudiants en médecine, d'autre part. En effet, pour ceux qui sont déjà installés, les collectivités octroient des aides à l'investissement, mettent des

¹³⁶ pour des consultations à 23 euros

¹³⁷ Permanence Des Soins Ambulatoires

¹³⁸ Contribution Economique Territoriale, qui remplace la taxe professionnelle

locaux à disposition... Mais elles s'adressent aussi aux étudiants en médecine avec notamment des indemnités pour les études¹³⁹, de déplacement et de logement.

Enfin, comme nous le verrons par la suite, l'Assurance Maladie propose également des aides par conventions.

Ces types de contrats ont pour avantages d'offrir une sécurité aux praticiens afin de les inciter à s'installer dans ces zones. C'est d'ailleurs ce que nous avons pu constater lors de l'un de nos entretiens au sein d'une MSP. Dans la MSP d'Artemare, dans le Bugey, deux PTMG ont été proposés : l'un à une jeune médecin venant de s'installer, l'autre à un médecin anglais.

« Et pas pour les débuts d'installation où il y a des journées où on travaille avec cinq, dix patients et on ne peut pas se sortir de salaire sur un mois, ben ça rééquilibre un petit peu une stabilité de salaire quand même. Le PTMG est intéressant pour ça. »¹⁴⁰

Le PTMG séduit les médecins et les incite à l'installation dans les zones sous-denses en leur apportant une certaine sécurité matérielle et financière. Ce contrat joue moins un rôle de complément de revenus qu'un rôle sécuritaire. En effet, la durée du complément des PTMG n'est que de quelques mois.

Médecin : *« Pour moi c'était une sécurité. Et même après, en dehors, c'est une sécurité aussi de se dire que s'il y a un mois, on ne sait pas pourquoi, sur le début, ils veulent tous voir le même médecin, nous on travaille un jour sur deux avec Philippe, ils veulent tous voir Philippe, ils ne veulent pas me voir, que je ne me retrouve pas, travaillant déjà à mi-temps, avec rien à la fin du mois. Ce qui n'arrive pas, mais... [...] Ce n'est pas des sommes pharamineuses mais, ils jouent le jeu et même s'il manque rien du tout... Après, c'est intéressant aussi parce qu'on*

¹³⁹ telles que les aides qui sont versées par le Conseil Départemental de l'Ain, par exemple

¹⁴⁰ extrait d'entretien avec un médecin en MSP, Fédération des Soins Primaires, MG France

doit faire un retour d'activité etc. et pour savoir nous-mêmes comment évolue notre activité sur le premier mois, c'est bien, tous les mois de devoir donner un petit peu un récapitulatif. »¹⁴¹

L'intérêt que présente ce type de contrat réside dans l'accompagnement qui est offert aux professionnels de santé et qui renforce le caractère sécuritaire du dispositif.

Doctorante : « *Il y a une évaluation qui est faite ?* »

Médecin: *On a juste à donner combien on a gagné, le nombre de consultations dans le mois, à la fin du mois, pour qu'ils calculent si notre activité a été...[...] Je me dois à un minimum de consultations mais par contre entre ce minimum et la rémunération minimale, ils complètent. Et c'est adapté en fonction de si on travaille entre quatre et six demi-journées, si c'est huit ou huit et plus et dans ce cas-là, ce n'est pas les mêmes compléments. Ce n'est pas la même hauteur. »¹⁴²*

Les CPAM versent des aides à l'installation de professionnels de santé pour les inciter à venir dans ces zones sous-dotées. Ces aides, sont prévues au niveau national, dans le cadre d'une convention. La convention précédente, celle de 2011 a présenté ses limites. Toutefois, elle proposait deux types d'aides : « l'option démographie » et « l'option santé solidarité territoire ». Cette dernière mesure prévoyait des vacations de médecins dans des zones sous-dotées au moins vingt jours par an. Mais cette mesure n'avait que peu d'écho à l'échelle nationale. Pour le département de la Drôme par exemple, il n'y avait aucun médecin qui faisait ces vacations. En revanche dans ce département la première mesure était à l'œuvre. Il s'agissait en outre, pour les médecins installés en zone fragile, soit pour une nouvelle installation soit de médecins déjà installés, en échange de leur engagement pour assurer la permanence des soins et organiser la continuité de l'activité (pendant les

¹⁴¹ extrait d'entretien avec un médecin en MSP, Fédération des Soins Primaires, MG France

¹⁴² extrait d'entretien avec un médecin en MSP, Fédération des Soins Primaires, MG France, propos d'une de ses collaboratrices qui est bénéficiaire d'un PTMG

périodes de congés par exemple), ils percevaient une aide avec une partie forfaitaire et une autre partie au prorata de l'activité réalisée. Dans ce cas-là, la mesure était plutôt efficace pour ce département avec un vingtaine d'adhérents. Depuis la nouvelle convention de 2016, ces deux types de contrats font place à quatre nouvelles formes.

Tout d'abord, on trouve le « contrat solidarité territoriale » qui ressemble à l'ancienne « option solidarité » à la différence que ce dispositif prévoit plus de souplesse puisque le nombre de vacances est abaissé à 10 jours par an. L'aide est revalorisée avec une majoration de 10% des honoraires facturés par le médecin pendant cette période de vacation. Les frais de déplacement sont également pris en charge au regard de l'éloignement avec son cabinet principal, sans limitation de distance.

Ces mesures incitatives permettent de répondre aux objectifs fixés. Néanmoins, force est de constater qu'il n'y a pas de remède "miracle" dans la mesure où malgré la pluralité des mécanismes incitatifs, la problématique persiste. Par ailleurs, il faut également noter que les mesures incitatives et/ou coercitives prises dans d'autres pays à l'image des limitations d'installations en zone sur-dotées (Allemagne par exemple) ne sont pas non plus totalement efficaces puisque cette problématique est également prégnante. Aussi, d'autres pistes sont à explorer. Il faut également prendre en compte d'autres aspects que le simple champ médical. En effet, l'aménagement du territoire qui passe par les services publics, la culture, l'éducation, les transports et la mobilité sont autant de facteurs déterminants qui permettent de rendre ces territoires attractifs pour les professionnels de santé. Ainsi le simple aspect médical ne peut être appréhendé dans les mécanismes incitatifs tant il est intrinsèquement lié à d'autres facteurs. Par exemple, depuis quelques années, une des pistes qui est amenée à se développer est celle de la télémédecine¹⁴³. Cette dernière a été impulsée sous la présidence de N.SARKOZY lors de ses vœux au personnel de santé à Strasbourg en janvier 2009. Par la suite, la télémédecine se voit consacrée par la loi HPST qui en donne une définition légale et qui l'introduit dans le Code de la Santé Publique. La télémédecine est appréhendée comme une des solutions permettant d'apporter une réponse au manque de médecins dans certains territoires. Elle passe par l'Assurance-maladie, quant à la prise en charge de sa rémunération. L'ambition politique est d'inciter financièrement les médecins à faire de la télémédecine.

¹⁴³ PARIZEL.E, MARREL.Ph, WALLSTEIN.R, « La télémédecine en question. », S.E.R., Études, 2013/11, Tome 419, pp. 461-472

« La télémédecine est une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Elle met en rapport, entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels figure nécessairement un professionnel médical et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient.

Elle permet d'établir un diagnostic, d'assurer, pour un patient à risque, un suivi à visée préventive ou un suivi post-thérapeutique, de requérir un avis spécialisé, de préparer une décision thérapeutique, de prescrire des produits, de prescrire ou de réaliser des prestations ou des actes, ou d'effectuer une surveillance de l'état des patients.

La définition des actes de télémédecine ainsi que leurs conditions de mise en œuvre et de prise en charge financière sont fixées par décret, en tenant compte des déficiences de l'offre de soins dues à l'insularité et l'enclavement géographique. »¹⁴⁴

La télémédecine fait son apparition en France dans les années 1990 sous l'impulsion de médecins hospitaliers¹⁴⁵. En 1989, l'Institut Européen de télémédecine voit le jour. Il est créé dans le but de mettre en lien l'hôpital de Toulouse avec les différents établissements de la région Midi-Pyrénées. A.MATHIEU-FRITZ et G.GAGLIO [A.MATHIEU-FRITZ, G.GAGLIO, 2018] montrent que la télémédecine entraîne une évolution des pratiques avec l'émergence de nouveaux modes de coopérations interprofessionnelles. En effet, cette pratique engendre inévitablement une remise en cause de certaines frontières « *de leur champ traditionnel d'intervention* »¹⁴⁶. Ici il faut noter la notion de « réorganisation » qui nous semble importante dans le cas de la télémédecine. Cela signifie en effet qu'elle prend effectivement corps dans des organisations déjà existantes. Les auteurs soulignent alors des

¹⁴⁴ art. L6316-1 du Code de Santé Publique

¹⁴⁵ MATHIEU-FRITZ.A, GAGLIO.G, « Les pratiques médicales et soignants à distance. La télémédecine en actes. », La Découverte, Réseaux, 2018/1, n°207, pp.9-24

¹⁴⁶ MATHIEU-FRITZ.A, GAGLIO.G, « A la recherche des configurations sociotechniques de la télémédecine. Revue de la littérature des travaux de sciences sociales », La Découverte, Réseaux, 2018/1, n°207, p.29

« transformations substantielles des activités et des relations entre professionnels » ce qui peut générer ce que les auteurs qualifient de « tensions » lorsqu'il y a une « réallocation des ressources ». En effet, A.MATHIEU-FRITZ et G.GAGLIO montrent que dans la plupart des cas, « on ne fait pas appel à une nouvelle équipe pour prendre en charge le fonctionnement des dispositifs de télémedecine, ce sont les équipes existantes et les acteurs des soins en exercice qui se voient confier cette tâche – laquelle ajoute une nouvelle dimension à leur rôle professionnel et à leur responsabilité [BARLOW, BAYER et CURRY, 2003] »¹⁴⁷.

La télémedecine s'articule autour de cinq actes définis par décret¹⁴⁸. Par la suite, une littérature technique est venue encadrer cette pratique afin de s'assurer de la qualité des soins et de garantir la sécurité pour les patients et les professionnels de santé. Le Gouvernement voit dans la télémedecine un instrument efficace de lutte contre les zones sous-dotées. De plus, avec la généralisation de l'accès à Internet sur l'ensemble du territoire métropolitain les concepts de "télésanté" ou de "e-santé" ("eHealth" dans les pays Anglo-saxons) émergent et séduisent de plus en plus, par les intérêts qu'ils offrent, dans les zones où l'offre de soins est fragile. Le Ministère en charge de la santé a d'ailleurs précisé le texte de loi en apportant une définition de la télémedecine.

*« La télémedecine est une pratique médicale qui met en rapport entre eux, par la voie des nouvelles technologies : soit le patient et un ou plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels au moins un professionnel médical. Elle permet : (i) d'établir un diagnostic; (ii) d'assurer, pour un patient à risque, un suivi dans le cadre de la prévention ou un suivi post-thérapeutique; (iii) de requérir un avis spécialisé; (iv) de préparer une décision thérapeutique; (v) de prescrire des produits, de prescrire ou de réaliser des prestations ou des actes; (vi) d'effectuer une surveillance de l'état des patients. »*¹⁴⁹

¹⁴⁷ MATHIEU-FRITZ.A, GAGLIO.G, *art. cit.*, p.32

¹⁴⁸ décret n°2010-1229 du 19 octobre 2010

¹⁴⁹ PARIZEL.E, MARREL.Ph, WALLSTEIN.R, « La télémedecine en question. », *art.cit.*, p.463

La télémédecine s'articule donc autour de cinq actes :

- **la téléconsultation** : il s'agit de la consultation à distance entre un patient et un médecin. Le premier pouvant être assisté par un professionnel de santé. Lors de la consultation, ils vont fournir les informations afin que le médecin puisse poser un diagnostic
- **la téléexpertise** : il s'agit de la sollicitation à distance par un médecin de l'avis d'un ou plusieurs de ses confrères afin de recueillir des informations médicales qui vont permettre la prise en charge d'un patient
- **la télésurveillance médicale** : il s'agit de la surveillance et de l'interprétation à distance par un médecin des paramètres médicaux d'un patient
- **la téléassistance médicale** : il s'agit de l'assistance à distance d'un médecin à un autre professionnel de santé pendant qu'il réalise un acte sur un patient
- **la régulation médicale** : il s'agit de l'établissement par téléphone d'un premier diagnostic par des médecins des centres d'urgence dans le but de déterminer et déclencher la réponse la mieux adaptée à la nature de l'appel

Titre : Les cinq actes de télémédecine

Vous avez dit télémédecine ?

Une activité médicale qui respecte entièrement vos droits

Dans le cadre d'un acte de télémédecine, tous vos droits en tant que patient ainsi que la déontologie médicale sont respectés. Vos données médicales restent confidentielles.

De nombreux bénéfices pour votre santé

Accès rapide aux médecins spécialistes
Confort de vie
Proximité
Des soins de qualité
Prise en charge personnalisée

Téléconsultation

Patient seul ou accompagné d'un professionnel de santé

MEDECIN

Réalise le diagnostic / la consultation à distance

Dossier médical du patient

Téléexpertise

Vous consultez un médecin qui a besoin d'un avis spécialisé sur votre prise en charge

MEDECIN

MEDECIN

Donne un avis d'expert

Télesurveillance

MEDECIN

MEDECIN

INFIRMIERE

Recueil automatique ou par vous-même de données sur votre état de santé et sur le dispositif de recueil et transmission de ces données

Interprète les données Met en place une prise en charge adaptée

Téléassistance

MEDECIN

MEDECIN

Réalise un acte technique...

avec l'aide de son confrère

Régulation médicale

MEDECIN CENTRE 15

Réalise un premier diagnostic de l'état du patient Oriente le patient vers la prise en charge la plus adaptée

Votre médecin s'engage pour votre santé au quotidien. Demandez-lui conseil !

Scannez moi pour en savoir plus !

Source : solidarites-sante.gouv.fr

A la suite du décret de 2010, l'Etat a mis en place une "stratégie nationale de déploiement de la télémédecine" animée par la DGOS avec un comité de pilotage dans lequel on retrouve d'autres représentants institutionnels et les représentants des usagers. Cela a abouti, en mars 2011, à l'identification par le comité de cinq chantiers prioritaires pour faciliter le déploiement de la télémédecine en France :

1. permanence des soins en imagerie médicale
2. prise en charge des AVC
3. santé des personnes détenues
4. prise en charge d'une maladie chronique
5. soins en structure médico-sociale ou en hospitalisation à domicile

Ces pratiques sont largement plébiscitées par les politiques mais elles présentent cependant des difficultés, notamment en ce qui concerne la rémunération des actes.

Si la télémédecine semble présenter de nombreux atouts, il faut cependant souligner le fait que de nombreux projets sont un échec [A.MATHIEU-FRITZ, G.GAGLIO, 2018]. En effet, la création d'un projet de télémédecine dans des équipes existantes et la réorganisation qu'elle impose, peut être source de conflits comme nous avons pu le voir plus haut. Ainsi, la télémédecine procède d'une division du travail médical et paramédical ce qui provoque ce que les auteurs qualifient de « bouleversement ». De plus, les auteurs soulignent l'apparition de mécanismes de « délégation » produits par la réorganisation pour la mise en place de la télémédecine.

Un autre obstacle de la télémédecine qui est également mis en évidence est le délitement de la relation entre le médecin et son patient, qu'implique le développement de la télémédecine. Ici, il ne s'agit pas d'avancer l'idée d'une forme de médecine « au rabais » induite par la télémédecine mais plutôt de montrer que la relation à distance est moins qualitative qu'une relation en face à face. Le patient ayant plus tendance à se confier à son médecin lorsqu'il est en face de lui. De ce fait, la télémédecine semble éluder la question de la dimension psychologique et relationnelle d'une consultation en face à face.

En dépit de ces nombreuses difficultés, la télémédecine est une voie vers laquelle semblent vouloir tendre les pouvoirs publics. En effet, en octobre 2017, le rapport de J.PISANI-FERRY est remis à E.PHILIPPE - alors Premier Ministre - qui donnera lieu par la suite à un « Grand Plan d'Investissement 2018-2022 ». L'objectif est d'accompagner au déploiement de la télémédecine en consacrant une enveloppe budgétaire de 50 millions d'euros pour l'ensemble des équipements numériques pour le développement de la télémédecine. Le 13 octobre de cette même année, 18 millions d'euros sont accordés avec pour objectif d'avoir le matériel nécessaire pour assurer le service dans tous les territoires d'ici 2020. Bien que la politique gouvernementale semble globalement volontariste, le développement de la télémédecine est jugé décevant.

Ces différentes aides, ainsi que les contrats qui sont proposés permettent néanmoins d'attirer des médecins dans les territoires où les besoins sont importants. Néanmoins, cela ne semble pas être une solution « miracle » dans la mesure où les aides ne sont pas perçues comme extrêmement intéressantes par de nombreux médecins. Dans une logique de calcul « coût-bénéfices », le coût semble parfois plus important que les bénéfices réels que pourraient obtenir les médecins. Dans ce contexte, les CPAM s'érigent en véritables interlocuteurs des médecins concernant l'ensemble de l'instrumentation.

B. Les CPAM comme chef d'orchestre de l'instrumentation incitative

L'Assurance Maladie, à travers ses CPAM¹⁵⁰ est un des acteurs incontournables dans la régulation de l'offre de soins de premier recours. En effet, à travers leur rôle de financeur, elles participent largement à favoriser l'installation des médecins dans les zones sous-denses. Néanmoins, ces aides sont encadrées au niveau national et les CPAM n'ont finalement qu'une marge de manœuvre très limitée, comme nous pourrions le voir plus loin.

L'attribution des aides par les CPAM ne se fait que de manière conventionnelle, c'est-à-dire par la signature de contrats entre d'un côté les professionnels de santé et de l'autre, les caisses - avec souvent aussi l'ARS. Actuellement, quatre types de contrats peuvent être proposés aux médecins qui souhaitent s'installer ou pour ceux qui sont déjà installés. Ces contrats sont soumis à des obligations qui engagent pour une durée minimale les médecins signataires.

En premier lieu, le CAIM¹⁵¹ qui est une aide à l'installation sous forme de somme forfaitaire, versée en deux fois. D'un montant de 50 000 euros - pour quatre journées de travail hebdomadaire, la moitié de cette somme est versée au moment de l'installation, le reste l'étant un an après. Comme son nom l'indique, il s'agit d'une aide versée pour l'installation d'un médecin dans une zone fragile. Pour pouvoir obtenir cette aide, trois conditions sont nécessaires. En premier lieu, l'installation doit donc se faire dans une zone sous-dense. Cela concerne le médecin qui effectue une première installation ou tout simplement celui qui procède à une nouvelle installation en libéral dans une zone identifiée comme étant déficitaire. Ensuite, la deuxième condition est que le médecin doit exercer son activité libérale conventionnée en secteur 1¹⁵². Enfin, la dernière condition est que ce médecin doit exercer en groupe et non de manière isolée. Cet exercice regroupé peut se faire de différentes manières, soit au travers d'un CPTS¹⁵³ ou d'une EPS¹⁵⁴ ou encore en exercice regroupé médical ou pluriprofessionnel.

¹⁵⁰ Caisse Primaire d'Assurance Maladie

¹⁵¹ Contrat d'Aide à l'Installation des Médecins

¹⁵² elle peut être également exercée en secteur 2 mais il faut que le médecin adhère aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM) qui est un dispositif de l'Assurance-maladie proposé aux médecins qui exercent en secteur 2 dans le but de faciliter l'accès aux soins par une limitation ou une suppression de leur dépassements d'honoraires.

¹⁵³ Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

¹⁵⁴ Equipe de Soins Primaires

Titre : Engagements du médecin signataire du CAIM

Engagements du médecin	
Type d'engagement	Engagements
Socle	S'installer dans la zone et y exercer en libéral, pendant une durée de 5 ans, en secteur 1 ou en secteur 2 CAS (OPTAM ou OPTAM-CO à partir de 2017), en groupe, en communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) ou en équipe de soins primaires (EPS) avec signature d'un projet de santé avec l'ARS Exercer une activité libérale partielle ou à temps plein (au minimum égale à 2,5 jours par semaine) Participer au dispositif de permanence des soins ambulatoires sur le territoire (sauf dérogation accordée par le CDOM)*
Optionnel	Réaliser une partie de son activité libérale au sein d'un hôpital de proximité (attester par la seule production du contrat d'activité libérale conclu avec la structure)

Source : https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/FICHE_CAIM_01.pdf

La possibilité est toutefois offerte aux médecins de travailler moins que les quatre journées par semaine. Toutefois, le montant de l'aide versée par la CPAM en sera réduit :

- 43 750 euros pour 3.5 j/semaine
- 37 500 euros pour 3 j/semaine
- 31 250 euros pour 2 j/semaine

Comme nous pouvons le constater, les sommes versées par les CPAM sont relativement importantes et, même si elles décroissent à mesure que baisse le temps de travail, elles demeurent toujours intéressantes pour le médecin qui souhaite s'installer dans ces zones fragiles. A cela il faut ajouter une aide provenant des ARS dans les zones les plus déficitaires qui viennent compléter le CAIM. De ce fait, les montants forfaitaires peuvent s'élever jusqu'à :

- 60 000 euros pour 4 j/semaine
- 52 500 euros pour 3.5 j/semaine
- 45 000 euros pour 3 j/semaine
- 37 500 euros pour 2 j/semaine

En signant ce contrat, le médecin s'engage pour une durée de 5 ans - alors que dans la précédente convention l'engagement n'était que de 3 ans - et doit respecter certaines obligations. En effet, l'exercice doit s'effectuer dans la zone sous-dotée de l'installation du médecin. Cela peut concerner notamment les médecins qui effectueraient des visites à domicile. Obligation leur est ainsi faite de dispenser les soins dans la zone d'installation. Cependant, ils ont tout de même la possibilité d'effectuer des soins en dehors de cette zone, dans la limite d'un seuil à ne pas dépasser. Cette aide engage donc le médecin pour une durée de cinq ans mais il lui est cependant possible de quitter son cabinet avant, moyennant le prorata de la somme "trop-perçue". Le médecin signataire du CAIM peut également effectuer des heures dans un hôpital de proximité. Dans ce cas-là, une majoration de 2 500 euros est versée par l'Assurance Maladie. Toutefois là encore des conditions sont à remplir par le médecin. Dans ce cadre-là, en plus de l'obligation d'installation de cinq ans, l'activité libérale doit s'effectuer au minimum 2.5 jours par semaine dans son cabinet. Sauf dérogation donnée par le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins, le médecin doit participer à la permanence des soins et doit également exercer une partie de son activité libérale dans un hôpital de proximité.

Le deuxième type de contrat qui est proposé par les CPAM est le COSCOM¹⁵⁵. L'objectif de ce contrat est de favoriser la prise en charge coordonnée des patients par les médecins. D'une durée de trois ans, la volonté est ici clairement affichée de développer l'exercice regroupé. Les médecins sont d'ailleurs largement incités à s'impliquer dans la formation des futurs diplômés au sein des cabinets libéraux. Là encore, ce contrat propose un exercice également au sein de l'hôpital de proximité. L'adhésion au COSCOM doit également répondre à plusieurs exigences fixées par l'Assurance Maladie. S'il va de soi que l'exercice doit s'effectuer dans une zone sous-dense, il faut là encore que l'activité - libérale - soit conventionnée en secteur 1 (ou 2 dans la mesure où la pratique tarifaire est maîtrisée). Enfin, le médecin doit être inséré - comme pour le CAIM - dans une CPTS, dans une EPS ou tout simplement exercer en groupe. Le montant du COSCOM est de 5 000 euros par an avec une majoration annuelle de 1 250 euros en cas d'exercice dans l'hôpital de proximité. A cela peut s'ajouter une somme mensuelle de 300 euros pour le médecin accueillant un stagiaire à temps plein dans le cadre de l'internat de médecine. Là encore, une majoration de l'aide par l'ARS de la région est possible. Cette somme peut ainsi aller jusqu'à 6 000 euros par an auxquels vont s'ajouter jusqu'à 1 500 euros par an en cas d'exercice à l'hôpital

¹⁵⁵ Contrat de Stabilisation et de Coordinations des Médecins

et une aide mensuelle allant jusqu'à 360 euros pour l'accueil d'un stagiaire à temps plein. Comme dans le cadre du CAIM, une rupture anticipée du contrat donne lieu à un remboursement des sommes trop-perçues. Ce contrat semble être beaucoup moins attractif que le CAIM, comme nous avons pu le constater lors de notre entretien avec le directeur de la CPAM de la Loire.

« Celui-là n'a pas trop fonctionné... En tout cas, en ce qui concerne la Loire, c'est pas là-dessus qu'on a le plus de... je dirai que le gros de la troupe, ça a été le contrat d'aide à l'installation, le COSCOM¹⁵⁶ fonctionne moins bien. On n'a pas eu de demande. »¹⁵⁷

Si l'Assurance Maladie se veut incitatrice pour favoriser l'installation dans les zones sous-denses en proposant des aides à destination des professionnels de santé, on constate cependant que leur succès n'est que partiel. Notre entretien avec le directeur de la CPAM de la Loire nous permet de pointer les limites de ces dispositifs. Certes les aides financières ont pour objectifs d'inciter les professionnels à s'installer dans ces zones, toutefois ces aides, ne sont pas déterminantes dans le choix de l'installation des médecins.

« [...] un jeune, il ne va pas venir s'installer parce que vous lui filez 50 000 euros. [...] Ce n'est pas ça le problème. Il y va parce qu'il a une attache ou qu'il veut vivre à la campagne pendant quelques années, etc. et donc, il touche 50 000 euros mais on ne lui aurait pas donné 50 000, il serait venu quand même ou il ne serait pas venu de toute façon. Vous voyez ce que je veux dire ? Ça n'incite pas les gens à s'installer ces trucs-là. C'est vraiment des effets d'opportunité. »¹⁵⁸

¹⁵⁶ COSCOM : Contrat de Stabilisation et de Coordination pour les Médecins

¹⁵⁷ extrait d'entretien avec le Pôle gestion du risque, CPAM de la Loire

¹⁵⁸ extrait d'entretien avec un médecin fondateur d'une MSP, facilitateur MSP 01, FFMP

En effet, le médecin ne choisit pas de s'installer dans une zone sous dense parce qu'une aide à l'installation est à la clé. En effet, ces installations relèvent souvent d'un choix de vie de la part du médecin qui a - la plupart du temps - une famille et donc une telle installation est multi-factorielle et ne peut se réduire à l'obtention d'une aide, qu'elle soit versée par l'Assurance Maladie ou par les ARS. En effet, pour qu'une telle installation puisse avoir lieu, il faut un emploi pour le conjoint de ce médecin, des écoles ou des modes de garde pour les enfants... Autant de facteurs qui ne peuvent se résumer simplement à une aide à l'installation. Plus que d'inciter les médecins à venir s'installer dans ces zones, ces aides financières finissent de convaincre ceux qui avaient déjà pour projet de s'y installer.

« L'aide financière, ça va faciliter celui qui a envie, celui qui peut se dire : oui, mais ça risque d'être plus compliqué de démarrer dans une zone comme celle-là. Eh bien, voilà, ça va peut-être l'inciter à franchir le cap mais je dirai que c'est fait depuis... C'est pour inciter les médecins et les aider dans la démarche. [...] je crois que les gens qui font cette démarche, c'est vraiment une démarche qui les intéresse et ils n'ont pas l'intention de quitter la zone dans les mois qui ont suivi. »¹⁵⁹

Finalement ce qu'il faut y voir c'est que ces installations sont le résultat d'un véritable projet de vie de la part du médecin et que ces aides n'ont que pour finalité de le conforter dans ses choix. L'incitation d'un tel mécanisme est donc plus opérante pour ceux qui souhaitaient s'installer dans ces zones que pour les autres. On peut donc alors questionner la pertinence de tels instruments.

Le troisième type de contrat proposé est le COTRAM¹⁶⁰. Il s'agit d'un nouveau type de contrat dont l'objectif est de soutenir les médecins dans les zones fragiles afin de préparer leur cessation d'activité. Le but est d'accompagner un médecin nouvellement installé et préparer ainsi la cessation d'activité de celui qu'il va remplacer. Ce contrat s'adresse aux médecins de plus de 60 ans exerçant en secteur 1 ou 2 dans une zone sous-dense. Ce dernier doit accueillir au sein de son cabinet un médecin de moins de 50 ans exerçant également une

¹⁵⁹ extrait d'entretien avec le pôle gestion du risque, CPAM de la Loire

¹⁶⁰ Contrat de Transition pour les Médecins

activité libérale conventionnée. Celui-ci doit s'installer dans la même zone ou l'être depuis moins d'un an. Ce contrat donne lieu à une aide annuelle qui représente 10% des honoraires perçus par le médecin sur une année pour les actes réalisés en zone sous-dense. Cette aide est cependant plafonnée à 20 000 euros par an. Là encore, une majoration de l'aide par l'ARS peut avoir lieu. Dans ce cas présent, l'aide représentera un maximum de 12% des honoraires, plafonnée à 24 000 euros par an. En contrepartie de cette aide, le médecin qui souhaite cesser son activité doit accompagner son confrère qui vient de s'installer pour une durée de 3 ans pour toutes les démarches qui sont liées à son installation, à la gestion de son cabinet ainsi qu'à la prise en charge de ses patients. Là encore, un remboursement du trop-perçu est exigé en cas de rupture anticipée du contrat. Ce contrat présente un intérêt notable pour les médecins qui souhaitent cesser leur activité. En effet, actuellement il est difficile pour un médecin de quitter leur cabinet, faute de repreneur et l'accompagnement de ce dernier constitue bien souvent un investissement conséquent de la part du médecin. Dans ce contexte-là, l'Assurance Maladie a proposé cette aide afin d'encourager les médecins à l'accompagnement des repreneurs. Ces contrats sont tripartites, ils sont signés entre le médecin, la CPAM et l'ARS. Il faut d'ailleurs noter l'intervention de l'ARS dans ces contrats qui n'y prenaient pas part lors de la précédente convention. L'accompagnement d'un nouveau médecin étant coûteuse en temps, notamment, il est apparu pertinent d'apporter une compensation financière aux médecins qui souhaitent quitter leur cabinet.

Enfin, ce panel d'aides est complété par un dernier type de contrat : le CSTM¹⁶¹. Il s'agit d'une aide contractuelle de trois ans (renouvelable) permettant l'exercice ponctuel de médecins dans des zones sous-denses. Là encore, plusieurs conditions sont à remplir afin de pouvoir contractualiser avec la CPAM. Tout d'abord, le médecin ne doit pas déjà se trouver dans une zone sous-dense pour pouvoir en bénéficier. Ensuite, son activité doit être libérale et conventionnée, qu'elle soit en secteur 1 ou 2. Enfin, l'exercice dans ces zones doit être équivalente à au moins 10 jours par an. Cette aide incitative repose sur un versement de 25% des honoraires annuels perçus dans ces zones, dans une limite de 50 000 euros par an. De plus, les frais de déplacement dans ces zones peuvent être pris en charge. Là encore, l'ARS peut procéder à une majoration. Dans ce cas présent, la majoration ne sera plus de 25% mais de 27%, limité à 60 000 euros par an. Comme pour les autres formes de contrat, la rupture anticipée engendre un remboursement de la part du médecin.

¹⁶¹ Contrat de Solidarité Territoriale Médecin

Ce dernier type de contrat présente de nombreux intérêts pour les médecins dans la mesure où l'exercice en zone sous-dense ne s'effectue pas obligatoirement dans la même zone. De plus, la possibilité leur est offerte de contractualiser avec un confrère dans une de ces zones (pour un remplacement par exemple) ou avec une collectivité. Dans les départements marqués par de fortes disparités territoriales, l'intérêt de cette aide est notable puisqu'il va permettre d'inciter les médecins à venir ponctuellement dans les zones déficitaires. L'intérêt en est d'ailleurs renforcé avec le remboursement des frais de déplacement, élément qui était absent de la précédente convention.

« C'est vrai que si un médecin de Saint-Étienne va exercer dans une zone fragile au nord du département, puisque chez nous, dans le département, c'est plutôt le nord de la Loire qui est aujourd'hui un petit peu en difficulté en matière de démographie médicale. Il n'y a pas loin de 70 km, voire un peu plus s'il monte tout au nord du département. Il y a une prise en charge des frais de déplacement. »¹⁶²

Dans le département de la Loire, mais également au niveau national, ce dispositif ne semble pas séduire les médecins. En effet, comme nous avons pu le voir, les médecins qui exercent en cabinet n'ont aucune difficulté à se constituer une patientèle. La difficulté que présente ce type de contrat c'est qu'il reste chronophage pour le médecin qui se verrait donc dans l'obligation de quitter son cabinet pendant au moins dix jours. Bien qu'il y ait une indemnisation des frais de déplacement, ces derniers ne sont pas l'élément qui va déclencher une envie de signer ce type de contrat.

« Ce n'est pas propre au département, ce n'est pas un dispositif qui avait rencontré un grand succès auprès de la profession. »¹⁶³

¹⁶² extrait d'entretien avec le pôle gestion du risque, CPAM de la Loire

¹⁶³ extrait d'entretien avec le pôle gestion du risque, CPAM de la Loire

Ces quatre types d'aides ne se cumulent pas, aussi cela suppose que les médecins soient informés et choisissent celui pour lequel ils souhaitent adhérer. Une difficulté qui est rencontrée par les CPAM c'est qu'elles ne disposent pas de fonds propres à l'échelle locale. A la différence des ARS qui disposent d'une marge de manœuvre, les CPAM ne l'ont pas, ce qui ne leur permet pas d'adapter les dispositifs aux besoins locaux. Cependant, les pistes de travail s'orientent pour accorder une certaine autonomie aux CPAM dans certains cas.

« On devrait retrouver des disponibilités sur des fonds gérés localement par les caisses primaires, mais on sera plus sur des actions d'innovation en matière de prévention, d'accompagnement de santé. Je ne pense pas qu'on sera sur cette thématique de démographie médicale. »¹⁶⁴

En plus des aides contractuelles qui sont proposées aux médecins libéraux, les CPAM proposent des aides aux MSP et CDS. Des aides sont notamment octroyées pour la création de CDS en zones sous-denses. En venant compléter les aides précédentes, nous pouvons constater que l'accent est largement mis sur l'exercice regroupé. Il s'agit là d'un réel choix politique mené au niveau national. Dans tous les cas, le rôle des CPAM est essentiellement d'accompagner les médecins mais elles n'ont pas vocation à imposer un mode d'exercice aux médecins.

« Nous, on ne peut pas créer des centres de santé. L'objectif, ce n'est pas, on ne se substitue pas aux acteurs de terrain qui créent, mais on peut faciliter, aider dans la démarche, accompagner une démarche locale pour que ça aboutisse. »¹⁶⁵

¹⁶⁴ extrait d'entretien avec le pôle gestion du risque, CPAM de la Loire

¹⁶⁵ extrait d'entretien avec le pôle gestion du risque, CPAM de la Loire

Conclusion du chapitre 2 :

En même temps que l'Etat recentralise la santé avec ces institutions, il réaffirme sa puissance auprès de l'Assurance-maladie. Alors que depuis longtemps il y avait un clivage très marqué entre ces deux entités, désormais l'Etat prend l'ascendant sur l'Assurance-maladie qu'il contrôle au prisme de l'édiction de règles. Par ce mécanisme, l'Assurance-maladie perd de son autonomie puisque les caisses dépendent des instruments définis au niveau national par les instances étatiques et édictés par la loi. Les dispositifs d'aides et les mécanismes de conventionnement avec les professionnels de santé en sont un bel exemple. En effet, des lois sont venues encadrer les différentes aides à l'installation proposées par les CPAM, comme nous avons pu le voir plus haut. A leur ancien rôle de contrôle et d'inspection, les CPAM ont désormais celui d'accompagner les professionnels de santé.

Dans ce chapitre nous avons pu voir que l'instrumentation ne s'opère pas que du côté du découpage territorial *via* le zonage. Elle s'effectue en effet à travers un panel d'incitations dont le but est - comme leur nom l'indique - d'inciter les professionnels de santé à exercer dans les territoires identifiés comme sous-denses par le zonage. Ces différents dispositifs sont principalement orchestrés par les CPAM à partir de règles édictées au niveau central. Comme nous l'avons vu dans notre premier chapitre, ces instruments sont l'occasion pour l'Etat d'affirmer sa puissance. Ainsi ces aides que nous venons de présenter sont déclenchées à partir du zonage que nous avons vu lors du précédent chapitre. L'ensemble de ces dispositifs contribue au changement puisqu'ils produisent des effets. Toutefois ils ne sont pas positifs en ce sens que nous observons des effets pervers. Comme pour le zonage qui engendre des effets d'aubaine pour certains territoires, les aides à l'installation n'échappent pas à cette logique. En effet, puisqu'elles sont assujetties au zonage, elles peuvent générer des flux de professionnels de santé entre les territoires au gré des évolutions des dispositifs d'aide. Il convient de rappeler que la rationalité de l'*homo œconomicus* peut le pousser à aller dans les zones qui bénéficient de ces dispositifs d'aides à l'intérieur du territoire dans lequel on voulait s'installer. En effet, nous avons pu le voir, le zonage peut entraîner des situations inégalitaires d'une commune à l'autre. Il est donc possible que certains professionnels de santé soient tentés de quitter une commune qui ne bénéficie pas - ou plus - des aides liées au nouveau zonage, au profit d'une commune voisine qui en bénéficie

désormais. Nous pouvons de plus supposer que la chose est des plus aisées dans la mesure où les élus locaux accueillent à bras ouverts les nouvelles installations.

Tout comme dans notre premier chapitre, nous avons pu voir que l'instrumentation est source de changement, qu'il soit positif - dans le sens d'une meilleure répartition des professionnels de santé sur l'ensemble du territoire - ou bien négatif avec les effets pervers que nous avons pu voir plus haut, force est de constater qu'un changement s'opère grâce aux instruments. Les instruments consacrent ici le renforcement de l'Etat que nous pouvons observer localement à travers l'ARS et le préfet.

Ainsi nous assistons à un paradoxe : alors que l'Etat affichait la volonté d'une plus grande proximité des acteurs publics avec les territoires pour répondre aux problèmes de manière plus localisée et donc plus pertinente, il a dans le même temps recentralisé les compétences en édictant règles et normes qui s'imposent aux instances locales, qu'il s'agisse des ARS, des préfets ou encore des CPAM.

Fort de ce constat, de nouveaux acteurs émergent hors des institutions et montrent leur capacité d'action. En effet, les professionnels de santé tentent de peser de tout leur poids pour influencer sur les instruments.

Chapitre 3 : L'influence des professionnels de Santé sur les instruments dans un contexte de fragmentation de la profession

Ce chapitre est l'occasion de s'intéresser à une catégorie d'acteurs qui est parvenue – au fil du temps – à peser dans l'action publique au point d'influer sur la production des instruments. Plus précisément, nous pouvons découper cette catégorie d'acteurs en trois groupes. Tout d'abord, nous pouvons citer les médecins dont la représentation se fait pour l'essentiel par leurs syndicats – eux-mêmes divisés [HASSENTEUFEL, 2015, 2019]. Ensuite, on retrouve la médecine universitaire dont l'aura est très importante quant à la formation des étudiants de médecine et au devenir des futurs médecins. Enfin, on retrouve la fédération, anciennement FFMPS, devenue AVEC Santé donc le rôle d'entrepreneur politique est important, lui permettant de peser sur la scène publique. Ces trois catégories d'acteurs, appartenant pourtant à la même profession, ne sont pour autant pas nécessairement en accord entre eux, comme nous pourrions le voir tout au long de ce chapitre. En effet, nous assistons à une corporation qui n'est pas pacifiée en ce sens où les divergences d'intérêts sont très fortes. A la traditionnelle opposition entre médecine de ville et hospitalière, il faut désormais également compter sur un troisième acteur qui est sur le devant de la scène depuis quelques années, la fédération. Au fil du temps elle a su trouver des soutiens de taille et une écoute très forte auprès des décideurs politiques [VEZINAT, 2019], ce qui rend davantage plus complexe la définition puis l'élaboration de politiques publiques en matière de régulation de l'offre de soin de premier recours.

Les professionnels de santé, par leur capacité d'action, ont permis d'influer sur les décisions publiques avec notamment la création de différentes lois. On peut notamment citer, la loi HPST mais également la loi de modernisation du système de santé de 2016, la loi « Ma santé 2022 » ainsi que deux négociations conventionnelles en 2011 et 2016. Le syndicalisme chez les médecins a permis une visibilité plus importante ce qui a donné lieu à des évolutions législatives autour de l'exercice médical. A la suite de la loi HPST, le syndicat « Bloc » voit le jour en 2009. De fortes mobilisations des différents syndicats médicaux émergent suite aux propositions de réformes qui sont faites [HASSENTEUFEL, 2019]. Les médecins disposent en effet d'une forte capacité de défense de leurs intérêts à travers leurs syndicats. Néanmoins, il faut noter que les syndicats perdent en puissance depuis quelques temps. Comme le montre P. HASSENTEUFEL [HASSENTEUFEL, 2019], cela s'explique tout

d'abord par la réorganisation du système de santé qui s'opère depuis le Plan Juppé, qui renforce le rôle de l'Etat, comme nous avons d'ailleurs pu le montrer dans nos chapitres précédents. Comme cela peut s'observer dans l'ensemble du champ syndical, celui des médecins n'en est pas exempt et on assiste alors à un étiolement de la légitimité syndicale marquée par une baisse des votes. Enfin, P.HASSENTEUFEL identifie un troisième élément qui est celui de la concurrence. En effet, les organisations professionnelles fleurissent avec notamment la création d'organisations de jeunes médecins et il faut également ajouter le rôle du conseil de l'ordre.

Face à une catégorie d'acteurs déjà fragmentée nous retrouvons la médecine hospitalière et universitaire dont il est souvent reproché une résistance au changement face à des évolutions qui paraissent pourtant nécessaires. Nous verrons d'ailleurs par la suite que cet immobilisme universitaire n'est pas sans poser de difficultés à l'ensemble des professionnels mais également aux autres acteurs puisque beaucoup reprochent à la formation de ne pas tenir compte des évolutions de la démographie médicale et de ne pas susciter d'engouement pour l'exercice en zone sous-dotée.

Enfin, la fédération semble aujourd'hui être un acteur dont la capacité d'action lui permet de prendre la parole sur la scène publique et d'influer sur la décision publique, comme nous pourrions le voir à la fin de ce chapitre.

Comme le souligne F.PIERRU [PIERRU, 2015] « *Un « système de santé » est moins une mécanique devant être régulée de façon harmonieuse car scientifique (vieille utopie saint-simonienne) qu'une arène politique dans laquelle s'affrontent des intérêts, des rationalités et des finalités concurrentes sinon contradictoires.* »¹⁶⁶.

¹⁶⁶ PIERRU.F, « Les conséquences électorales des conflits de la santé : mythe ou réalité ? », Les tribunes de la santé, 2015/1, n°46, pp.65-76

Section 1 : Les médecins et leurs syndicats

Contrairement à d'autres professions telles que les infirmières, les médecins ne sont pas assujettis à une obligation d'installation. De ce fait, celle-ci peut se faire de manière « sauvage », sans tenir compte des réels besoins locaux.

« Les jeunes praticiens sont des homo œconomicus, ils calculent ! Et forcément, ça migre avec ces zonages qui sont à dimensions variables. Evidemment, c'est tous les cinq ans, mais, quand même, ça rend les gens, en tout cas, toutes les communes un peu nerveuses. »¹⁶⁷

Cependant, avec les différentes aides à l'installation dans les zones fragiles, les médecins sont largement incités à s'installer sur ces territoires identifiés. Cela crée cependant des effets pervers. En effet, comme nous venons de le voir, ces aides à l'installation peuvent créer de véritables effets d'aubaine pour les médecins et générer des tensions locales potentiellement complexes. Comme nous l'avons évoqué, le passage d'un zonage à l'autre a provoqué des difficultés dans certains territoires qui sont sortis des zones fragiles. A l'inverse, pour d'autres, ce zonage a été plus favorable. On peut donc ponctuellement assister à des migrations de médecins au gré des zonages.

Les difficultés que l'on peut constater au niveau de la répartition des médecins ne sont pas régulées par les organisations syndicales. Alors qu'on pourrait penser que celles-ci fédèrent les médecins et favorisent une organisation de ces professionnels au sein du territoire, il semble pourtant que ce ne soit pas le cas. De plus, ce qu'il faut noter c'est qu'il existe plusieurs organisations syndicales entre les organisations de professionnels de santé et les organisations sur les modes d'exercices à l'image des fédérations. Aussi le paysage syndical est complexe et fragmenté [HASSENTEUFEL, 2010]¹⁶⁸, ce qui ne facilite pas le développement d'une réponse cohérente au niveau de l'organisation du premier recours.

¹⁶⁷ extrait d'entretien avec un médecin en MSP, facilitateur MSP 71

¹⁶⁸ HASSENTEUFEL.P, « La difficile affirmation d'un syndicalisme spécifique aux généralistes », in BLOY.G, SCHWEYER.F.X (dir.), *Singuliers généralistes. Sociologie de la Médecine générale.*, 2010, Presses de Sciences Po, coll. Métier Santé Social, pp.403-418

« Je suis Directeur médical de la Fédération régionale, actuellement en Bourgogne. Je ne représente pas tant de monde que ça. C'est-à-dire qu'on représente ce qu'on appelle l'exercice coordonné dans la région. On parle au nom de 45 structures MSP et d'une dizaine de groupements de professionnels de santé, donc, c'est 10 à 12% du tissu professionnel sur les territoires. Donc, on n'est pas légitimes pour parler au nom de tous. »¹⁶⁹

La question de la légitimité de ces organisations syndicales est donc posée dans la mesure où elles ne représentent parfois qu'une petite partie des professionnels locaux. En région BFC, nous avons pu constater que le nombre de MSP est plus restreint qu'en région AURA, de même qu'à l'intérieur de chaque département nous pouvons voir des différences sur les modes d'exercice. En effet, si le modèle des MSP semble plébiscité dans le département de l'Ain, ce n'est pas la même chose dans d'autres départements. Aussi la fédération n'aura pas le même rôle en fonction du territoire.

Ce qu'il faut également préciser, c'est qu'on assiste parfois à des tensions entre ces différentes organisations syndicales. Dans le département du Rhône par exemple, la présidence des URPS était auparavant détenue par le syndicat le BLOC, une organisation intersyndicale de médecins spécialistes, chirurgiens libéraux, anesthésistes et obstétriciens. Actuellement, le BLOC se retrouve mis à l'écart par les autres organisations syndicales parce qu'il ne détient plus la présidence de l'URPS. Des alliances et ententes sont donc à l'œuvre entre les différentes organisations. Face à des moyens qui se délitent, on assiste à des accrochages entre les différentes spécialités médicales. Chacune essayant de tirer le plus d'avantages. Cette situation complexe est d'ailleurs à mettre en avant pour comprendre les difficultés d'entente, qui peuvent ainsi générer des tensions dans la volonté de réguler l'offre de soins de premier recours.

¹⁶⁹ extrait d'entretien avec un médecin en MSP, facilitateur MSP 71

« On a réussi grâce à une menace de plainte à obtenir quand même un poste à l'URPS AURA mais on n'est pas décisionnaires. On est mis de côté, on est ostracisés. Je le considère comme ça. »¹⁷⁰

A travers cet extrait d'entretien nous pouvons voir que les tensions peuvent être très fortes et peuvent largement freiner toute tentative de consensus.

Les URPS Médecins (Unions Régionales des professionnels de Santé, médecins libéraux) sont des organisations créées à la suite de la loi HPST. Elles succèdent, dans chaque région, aux anciennes URML (Unions Régionales des Médecins Libéraux). Leurs missions sont définies dans le décret n°2010-585 du 2 juin 2010. Leurs missions sont de divers ordres :

- préparation et mise en œuvre du PRS
- analyse des besoins en matière de santé et d'offre de soins pour élaborer le SROS
- organisation de l'exercice professionnel en matière de permanence des soins, de continuité des soins et des nouveaux modes d'exercice
- actions menées dans le domaine des soins, de la prévention, de la veille sanitaire, de la gestion des crises sanitaires, de la promotion de la santé et de l'éducation thérapeutique
- mise en œuvre des CPOM avec les réseaux de santé, CDS, MSP et PSP ou des contrats qui ont pour objet l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins
- déploiement et utilisation des systèmes de communication et d'information partagés
- mise en œuvre du développement professionnel continu¹⁷¹.

Les missions dévolues aux URPS ont donc un caractère relativement important et c'est pourquoi nous pouvons observer des tensions pour la présidence des URPS au sein des différentes organisations syndicales. Au niveau de leur organisation interne, elles sont composées d'une présidence et d'un bureau. C'est à elle qu'incombe la tâche de répartir les budgets sur trois collèges (pour les URPS médecins) : le collège 1 représente les médecins généralistes ; le 2, les spécialistes de plateaux techniques lourds (anesthésistes, chirurgiens, obstétriciens) et le collège 3, qui regroupe les autres spécialistes. Il existe cependant des

¹⁷⁰ extrait d'entretien avec un élu URPS, membre de la commission « Régulation de l'offre de soins »

¹⁷¹ source : <http://www.urps-med-aura.fr/urps-medecins/missions/27>

tensions et des rapports de force entre ces différents collèges. Ainsi, le rapport de force a permis aux collèges 1 et 3 de faire disparaître le collège 2 lors de la prochaine mandature.

« Il n'y aura plus que deux collèges alors que ce collège 2 servait en fait à montrer des problématiques spécifiques des blocs opératoires et des plateaux techniques lourds. »¹⁷²

Aujourd'hui, force est de constater que l'essentiel des moyens est mis en faveur des médecins généralistes. Cela s'explique au regard de leur nombre : en effet, au sein des URPS, le nombre d'élus est représentatif et proportionnel par rapport au nombre de professionnels en activité. Cela représente globalement la moitié des budgets.

Ces conflits entre les différents syndicats ne sont pas nouveaux, bien au contraire. Historiquement, les médecins ont créé plusieurs syndicats et les jeux de pouvoir étant, on assiste à des clivages à l'intérieur de cette profession. A cela s'ajoute ce que l'on peut qualifier de rancœurs interprofessionnelles entre les médecins et les autres professions médicales. Bien qu'elles ne soient pas mesurables, ces tensions existent et sont vécues comme telle par les acteurs. A cela s'ajoute des conflits entre les différentes spécialités.

« Il y a déjà des problèmes en termes de recrutement où certaines spécialités mangent dans la même assiette. Pour une même maladie vous pouvez avoir des traitements qui peuvent être faits par différentes spécialités donc, il y a déjà des concurrences sur certains actes, notamment dans l'activité libérale mais également dans le public [...] »¹⁷³

Au-delà de ces éléments, on peut également citer des rancœurs bien plus profondes, liées notamment aux écarts de rémunérations entre les spécialités. En effet, pour certains médecins, il y a un sentiment de « déclassement social », ils se sentent mal considérés au

¹⁷² extrait d'entretien avec un Elu URPS, membre de la commission « Régulation de l'offre de soins »

¹⁷³ extrait d'entretien avec un Elu URPS, membre de la commission « Régulation de l'offre de soins »

regard d'autres spécialités dont les consultations sont mieux valorisées en termes de rémunération. Malgré une tentative d'alignement des différentes spécialités au même plan avec la création de la médecine spécialiste en médecine générale, il n'en demeure pas moins que des écarts de rémunération entre les différents types de consultations persistent, contribuant ainsi à faire perdurer les tensions. De ce fait, cela s'en ressent largement dans les votes.

Titre : Revenus des médecins libéraux en 2015

TABLEAU 3
Le revenu libéral en 2015

	Niveau de revenu libéral			Évolution 2014-2015 en euros constants (en %)		
	Ensemble	Secteur 1	Secteur 2	Ensemble	Secteur 1	Secteur 2
Omnipraticiens	83 200	84 500	69 400	1,1	1,2	-0,4
Anesthésistes	193 300	171 400	222 500	2,0	1,2	2,0
Cardiologues	136 400	137 000	133 900	3,6	3,5	3,8
Chirurgien-ne-s	160 800	114 200	171 100	4,1	4,6	3,8
Dermatologues	83 500	79 400	89 300	1,1	1,4	0,8
Gastro-entérologues	120 300	114 500	129 000	2,5	3,1	1,5
Gynécologues	92 400	72 100	106 600	-0,6	-0,6	-0,9
Ophthalmologues	168 000	130 100	195 800	3,8	2,6	4,2
Oto-rhino-laryngologistes	107 900	103 600	110 700	3,1	4,9	2,0
Pédiatres	73 300	69 200	81 000	-2,5	-2,6	-2,7
Pneumologues	106 300	110 100	89 700	4,7	5,3	2,1
Psychiatres et neuropsychiatres	72 900	73 000	72 700	0,4	0,7	-0,1
Radiologues	201 000	197 200	221 400	4,9	5,2	2,8
Rhumatologues	88 400	90 300	86 200	-0,4	1,4	-2,5
Stomatologues	136 100	119 400	155 700	3,4	1,6	4,7
Autres spécialistes	110 200	122 800	86 700	6,8	8,1	3,9
Ensemble des spécialistes	129 800	122 300	139 600	3,4	3,7	2,8
Ensemble des médecins	105 100	97 900	126 700	2,4	2,2	3,0

Champ • France, médecins conventionnés, âgés de 70 ans ou moins, installés avant 2015, ayant déclaré au moins un euro d'honoraires en 2015 et un euro de revenu libéral.
Sources • CARMF 2014 et 2015 ; INSEE-DGFIP-CNAMTS 2014, exploitation DREES.

Source : https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er_1022.pdf

« Comme ces médecins sont plus nombreux, dans les votes, leurs voix, même s'ils se sentent un peu floués, leur vote peut être très puissant. Et certains des syndicats – notamment je pense à MG France– qui sont quand même certainement politisés au même titre que le BLOC. Le

BLOC est considéré comme un syndicat de droite ; là MG France lui, est plutôt à l'inverse considéré comme un syndicat de gauche [...] »¹⁷⁴

A cela s'ajoute des connivences supposées entre certains syndicats et les instances gouvernementales, qui génèrent davantage de conflits. C'est notamment ce que nous avons pu voir lors d'un de nos entretiens.

« [...] on les a [MG France] souvent accusés d'avoir pactisé avec le ministère c'est-à-dire qu'ils ont été parfois facilitateurs de l'application de certaines réformes qui finalement allaient à l'encontre des droits des médecins mais c'est ce qu'on reproche. Notamment, moi, j'ai découvert lors de mon premier mandat que finalement quand les syndicats médicaux signent la convention, ils touchent des émoluments mais qui sont des sommes très, très importantes qui peuvent même parfois représenter plusieurs millions d'euros. Ce n'est pas une caisse noire, ce n'est pas des salaires, c'est finalement... ce n'est pas en dédommagement – je ne sais pas comment on pourrait appeler ça mais ça reste quand même relativement douteux. »¹⁷⁵

A travers cet extrait d'entretien, nous pouvons mieux saisir les jeux d'acteurs qui entrent en ligne de compte dans les négociations au sein des URPS. Ainsi, alors même que les acteurs d'un même corps devraient être relativement soudés pour peser de tout leur poids dans les instances nationales, on constate que c'est la logique d'intérêts, des particularismes professionnels qui prédomine. Aussi, nous pouvons mieux saisir pourquoi il semble y avoir une forme d'inertie au sein des URPS, qui ne semble pas jouer à la faveur de la régulation de l'offre de soins de premier recours, dans la région AURA, au moins.

¹⁷⁴ extrait d'entretien avec un Elu URPS, membre de la commission « Régulation de l'offre de soins »

¹⁷⁵ extrait d'entretien avec un Elu URPS, membre de la commission « Régulation de l'offre de soins »

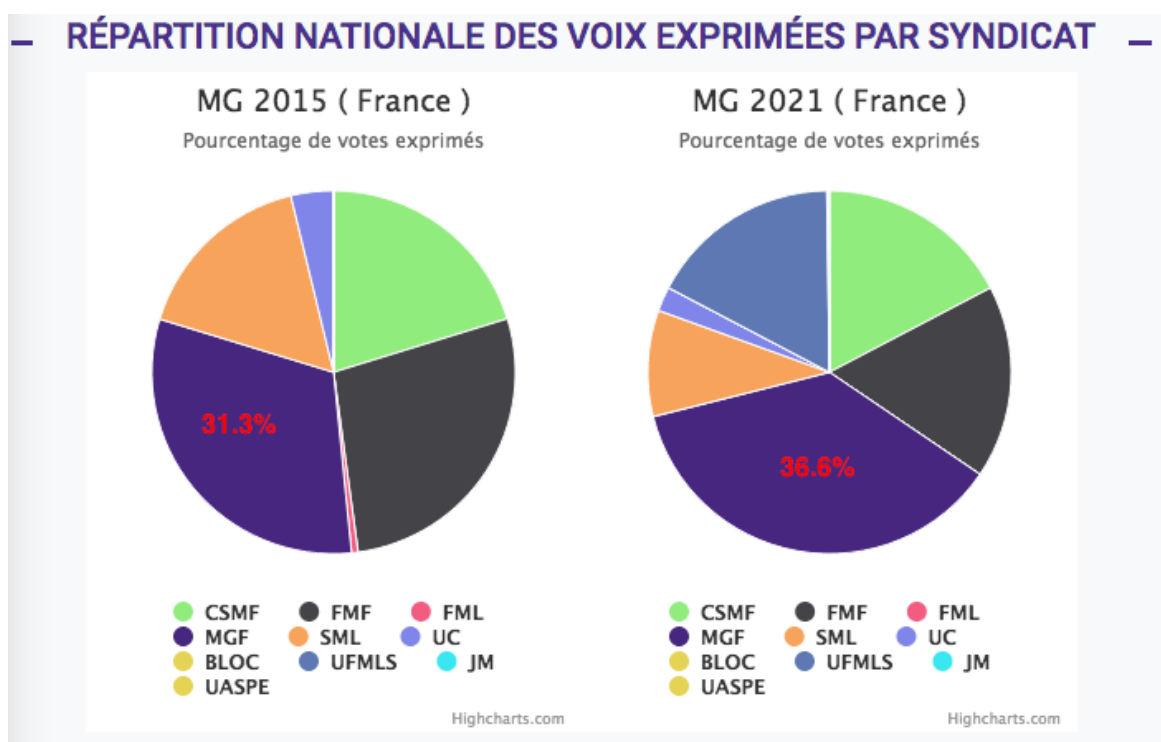
A cela il faut ajouter que les instances nationales semblent jouer de ces tensions entre les instances syndicales à travers des mécanismes incitatifs. En effet, la signature des conventions donne droit à des subventions.

« Oui, en fait, si vous signez la convention, vous touchez une partie de ce fonds et qui n'est pas déductible. Et ça, ça questionne. Ça questionne. Nous, on avait refusé il y a cinq ans de signer la convention – on ne reconnaissait pas la convention médicale – et donc, pendant cinq ans, déjà on a fait la politique de la chaise vide et en même temps, on n'a pas touché cette subvention donc, le syndicat peut être moribond parce qu'il a beaucoup moins de puissance après pour se faire connaître. Certains syndicats étant tellement anciens, ayant tellement de frais, de charges, ils ne peuvent pas s'en passer donc, ils signent. C'est un petit peu la carotte qui fait qu'on amadoue... je pense que ces techniques sont des techniques que l'on retrouve dans d'autres catégories socioprofessionnelles, à mon avis »¹⁷⁶.

Comme nous pouvons le voir, MG France est actuellement le syndicat majoritaire. Son influence au niveau national est en progression, comme en témoigne le graphique ci-dessous. Alors qu'en 2015, les votes pour MG France aux élections nationales représentent 31.3% des suffrages exprimés, en 2021, ils sont 36.6%.

¹⁷⁶ extrait d'entretien avec un Elu URPS, membre de la commission « Régulation de l'offre de soins »

Titre :



Source : <https://www.mgfrance.org/urps-2021/national/global>

En revanche à l'échelle départementale, il n'a pas d'influence en tant que tel. Comme le montre P.HASSENTEUFEL [HASSENTEUFEL, 2010], c'est notamment la création d'un syndicalisme spécifique aux médecins généralistes qui aboutit à la création de la médecine générale en 1986. Il montre en effet comment la création de MG France se fait sur une double logique à la fois une opposition à la médecine libérale et une volonté d'affirmer la spécificité de la médecine générale. D'ailleurs, le premier syndicat de médecine générale, le SMG en 1975 se constitue comme une alternative au sein de la profession médicale [HASSENTEUFEL, 2010]. Cette volonté de mieux percevoir la médecine générale se poursuit ensuite avec la création de l'Union Syndicale de la Médecine en 1979 avec pour objectif une meilleure valorisation universitaire [HASSENTEUFEL, 2010].

« Actuellement, MG France avance au niveau national, mais avance très peu au niveau départemental. Ce n'est pas la mission ; au niveau départemental, on a des adhérents mais on ne fait rien avancer spécialement. On défend nos confrères lors des commissions paritaires locales, des choses comme ça. Après il y a quelques années, on avait quand même construit certaines choses avec MG France localement,

mais la majorité des choses sont construites au niveau national, c'est la reconnaissance de la spécialité de médecine générale, la reconnaissance de la fonction universitaire des médecins généralistes. Tout ça ce sont des gains nationaux mais qui retombent localement »¹⁷⁷

La Fédération des Soins Primaires (FSP) est présidée actuellement par Ph.MARISSAL, médecin généraliste à la MSP d'Artemare, dans le Bugey (01). On peut d'ailleurs noter la ferveur de ce département et son caractère de leader quant au développement des soins primaires, puisque c'est également de ce département que vient le FFMSP. D'ailleurs, il faut noter que ces fédérations ont été mises en place par des confrères qui, outre une proximité géographique de leur lieu d'exercice nouaient également des relations amicales ce qui permet d'expliquer l'engouement qu'ont pu avoir les acteurs de ce territoire, quant au développement de nouvelles manières d'exercer la médecine, tout en tentant d'apporter une réponse à la problématique de la désertification médicale.

La FSP se dote de plusieurs missions¹⁷⁸ :

- « fédérer les initiatives régionales et nationales en faveur de l'organisation des soins primaires
- représenter et donner une visibilité aux soins primaires
- de contribuer à l'organisation et à la coordination du champ ambulatoire du système de santé afin de répondre aux besoins de santé de la population
- d'être une force de propositions vis-à-vis des décideurs et lors des négociations touchant à l'organisation des soins »

« La Fédération des Soins Primaires, ce n'est pas un outil pour construire. C'est un outil pour rendre visible ce qui n'est pas visible. Donc, c'est un outil qui sert aux différentes professions qui sont dedans pour se dire ensemble : « Et maintenant comment l'on porte ensemble ce que l'on fait au point de vue des ministères ». Donc, le ministère a très bien compris qu'il faut avoir un interlocuteur unique pour représenter les professions de terrain. C'est pour ça qu'on a beaucoup

¹⁷⁷ extrait d'entretien avec un médecin en MSP, Fédération des Soins Primaires, MG France

¹⁷⁸ source : www.soinsprimaires.fr

de gens qui veulent nous rejoindre, pas de kinés pour le moment, pas de dentistes. C'est les seuls qu'on n'a pas, parce que bon, ils n'ont pas tout à fait bien compris. On a donc des salariés qui sont dans les centres de santé, on a des étudiants, on a les différentes professions, y compris les autres syndicats de médecins si ça les intéresse. Donc, on travaille tous ensemble pour essayer d'avancer et on a pour mission, souvent, de collecter ce que fait le terrain, pour montrer que le terrain est innovant, que le terrain est créatif, que le terrain fait plein de choses mais que personne ne le sait parce que personne ne le dit ! Donc, on a besoin de beaucoup de relais de terrain pour arriver à dire cela. »¹⁷⁹

Finalement la FSP tente de peser sur les institutions publiques afin d'orienter les politiques en faveur des professionnels de santé de terrain.

« Nous notre but, ce n'est pas ça ; c'est d'être au niveau national, comme la FHF, comme la FHP une force de lobbying. Le but c'est vraiment d'être une forme de lobbying, présente sur les discussions qui se font sur une politique de santé de la France. »¹⁸⁰

Autre instance représentative des médecins, le Conseil de l'Ordre. Il s'agit d'une organisation de droit privé chargée d'accomplir une mission de service public. L'existence de l'Ordre des médecins n'est pas une nouveauté dans la mesure où on trouve des premières bribes dès la seconde moitié du XIX^e siècle avec les « conseils médicaux »¹⁸¹. Après la création d'un Ordre en 1928, un « Conseil supérieur des médecins » est instauré par le Gouvernement de Vichy pour prendre sa forme actuelle le 24 septembre 1945. A la suite de cette création, un code de déontologie est rédigé en 1947. La loi de 2002 fait évoluer les missions de l'Ordre en créant notamment des conseils régionaux de l'Ordre dont la base est constituée de conseils départementaux. Le Conseil de l'Ordre a vocation à réguler la déontologie des médecins. Mais sa mission va au-delà puisqu'il a vocation à accompagner

¹⁷⁹ extrait d'entretien avec un médecin en MSP, Fédération des Soins Primaires, MG France

¹⁸⁰ extrait d'entretien avec un médecin en MSP, Fédération des Soins Primaires, MG France

¹⁸¹ <https://www.conseil-national.medecin.fr/lordre-medecins/linstitution-ordinale/missions>

les médecins, tant du point de vue déontologique qu'au niveau de leur aide à l'installation. Bien que tourné vers les médecins, l'Ordre a aussi pour objectif de préserver la relation entre les médecins et les patients. Au niveau de son organisation, l'Ordre se compose d'une institution nationale et des antennes locales. A sa tête, on trouve des membres élus pour un mandat de six ans. A la différence des syndicats que nous venons de voir plus haut, l'Ordre est une institution qui rassemble l'ensemble des médecins du territoire. Ainsi chacun des médecins est électeur mais également éligible. Outre son appui aux médecins, l'Ordre agit également auprès des pouvoirs publics en assurant une présence auprès des différentes instances de décisions : ministère, ARS, HAS...

Comme nous venons de le voir, l'Ordre a pour mission de réguler et d'assurer le respect de la déontologie des médecins. En revanche il n'a pas réellement de pouvoir coercitif à l'égard des professionnels de santé. C'est notamment ce que nous pouvons voir dans l'extrait suivant au sujet de l'organisation et la régulation du dispositif de gardes.

« L'Ordre essaie de travailler en collaboration, mais on n'est pas des cerbères, on n'est pas des gens qui tapent sur les doigts. On dit : il faut trouver une solution, on vous aide à trouver une solution. Donc, on va sur le secteur avec le médecin pour le soutenir en disant : voilà, c'est un secteur qui est défaillant. »¹⁸²

Le Conseil de l'Ordre tente de faciliter le dialogue entre d'un côté les médecins, et de l'autre, les autorités administratives chargées de faire respecter la régulation. L'Ordre s'impose alors tel un médiateur entre ces différents acteurs. Toutefois, dans les faits nous pouvons constater que cette tâche est difficile, notamment s'agissant des gardes. Alors même que l'Ordre est chargée d'assurer la continuité des soins, dans les faits il semble parfois difficile d'obliger les médecins à effectuer des gardes.

¹⁸² extrait d'entretien avec le conseil départemental de l'Ordre des médecins 69

« On est un médiateur entre le procureur et les médecins, mais on a quand même une responsabilité qui est difficile à prendre, puisqu'on ne peut pas obliger quelqu'un de faire la garde. Mais on a la responsabilité de tout mettre en œuvre pour.

C'est pour ça qu'on dit que l'Ordre est responsable de la permanence des soins. Le rendre responsable de la permanence des soins, ce n'est pas un souci. Après, dans la pratique, comment responsabiliser un médecin qui ne veut pas faire la garde ? Par exemple, un médecin est malade, il se fait remplacer, le remplaçant ne veut pas faire la garde, il ne veut pas faire ses gardes... ? On n'a que notre sens de persuasion... et c'est un problème, ça. C'est vraiment un problème. »¹⁸³

En matière de régulation de l'offre de soins de premier recours, on constate que les capacités d'action de l'Ordre sont restreintes.

« C'est-à-dire qu'on affiche, à l'Ordre, où il y a des postes mais il faut bien comprendre qu'on ne va pas demander à quelqu'un de s'installer dans un endroit où il n'a pas envie de s'installer. Il est libéral, il va assumer toutes les contraintes du libéral, on n'a pas à lui donner un, poids supplémentaire, ce n'est pas le but. Il faut que le médecin qui va dans une zone en difficulté... Il faut voir si ça correspond pour lui, parce que, à quoi ça sert de mettre quelqu'un dans une zone en difficulté s'il part au bout de six mois parce qu'il n'y arrive pas, il déprime ? [...]

Vous savez, tous les pays ont essayé d'obliger les gens à aller quelque part. Quand c'est financé, on leur donne de l'argent et quand ils ont eu l'argent, au bout de trois ans, ils s'en vont et tout est à refaire. Nous, ce qu'on veut, c'est que les gens s'incrument dans les territoires. Donc, le

¹⁸³ extrait d'entretien avec le conseil départemental de l'Ordre des médecins 69

seul moyen, à mon avis... c'est un moyen qui est tenté aujourd'hui et qui peut marcher, c'est qu'il y ait plus de stages dans les zones en difficulté et que les médecins soient bien reçus dans ces zones. C'est-à-dire qu'on puisse le loger quand il fait son stage d'externe. Et quand il fait son stage d'interne chez le généraliste, il puisse avoir des conditions décentes d'accueil en tant que stagiaire, pour pouvoir découvrir le coin correctement. »¹⁸⁴

A travers cet extrait d'entretien nous pouvons voir que le Conseil de l'Ordre n'a qu'un pouvoir limité. En effet, dans ce contexte, l'Ordre affiche clairement son rôle de Conseil. Il s'inscrit dans la logique d'une incitation des médecins qui ne passerait pas nécessairement pas une incitation financière. En effet, comme nous avons pu le voir plus haut dans notre développement, les aides ne sont pas nécessairement l'élément déclencheur des installations. L'incitation doit donc se faire autrement, notamment au niveau du cadre de vie et de travail, comme nous venons de le voir dans l'extrait ci-dessus.

Ce travail de dialogue s'articule également avec les facultés de médecine. En effet, le Conseil de l'Ordre n'a pas la possibilité de dialoguer directement avec les étudiants en médecine puisqu'ils ne sont pas encore inscrits à l'Ordre. En revanche, il peut dialoguer avec les facultés de médecine puisque ce sont des confrères inscrits à l'Ordre. Nous allons le voir dans la deuxième partie de ce chapitre, la position des facultés de médecine est très complexe s'agissant de la régulation du premier recours dans les territoires sous-denses.

« Pour revenir au problème des territoires, il faudrait que la faculté ait conscience qu'elle doit envoyer des gens se former chez le médecin généraliste. Mais elle n'a pas confiance dans les stages dans la ville, elle pense qu'ils ne vont pas être bien formés. Donc, ça ne l'intéresse pas. La faculté ne se préoccupe pas de ça. »¹⁸⁵

¹⁸⁴ extrait d'entretien avec le conseil départemental de l'Ordre des médecins 69

¹⁸⁵ extrait d'entretien avec le conseil départemental de l'Ordre des médecins 69

L'Ordre tente d'entreprendre un travail de médiation entre les différents acteurs afin de permettre de trouver des solutions dans les zones sous-denses. Un des leviers qui a été clairement identifié par l'Ordre est le fait de proposer des stages aux étudiants de médecine dans ces zones afin de leur faire connaître ces territoires et de susciter des installations potentielles. Ainsi l'Ordre tente d'influer dans ce sens les différents acteurs. Mais là encore les difficultés sont importantes au regard du nombre d'acteurs participants à la régulation.

« Oui. Par exemple, dans l'Ain, c'est ce qui s'est fait. On a eu des étudiants qui étaient mal logés, qu'on connaissait, tout simplement...j'ai dit : « c'est quoi ce bazar ? » Donc, le Président du Département de l'Ain en a parlé au responsable départemental de la santé, parce que de président à président, vous avez plus facilement des contacts. Il est rentré en contact avec lui et il est allé voir comment ça se passait. Il appelait les médecins, il essayait d'aider... Mais on a eu, aussi, dans le même département, un retour de bâton, je dirais, de l'ARS, qui s'est dit : « ah bon, il y a des problèmes ? » et qui a installé une maison médicale avec des médecins sans en parler aux médecins qui étaient installés, en désorganisant la responsabilité locale, avec des médecins qui étaient installés, qui faisaient les gardes et astreintes. Et l'ARS a créé, de toutes pièces, un cabinet médical en mettant des jeunes avec des contrats de santé publique bien rémunérés. On a dit : « attendez, c'est quoi ça ? » Il y a la faculté, l'Ordre des médecins, et il y a un troisième intervenant qui est l'ARS qui distribue les postes d'internes et qui est responsable, elle aussi, vis-à-vis de l'État de l'organisation du territoire.

Et tout notre travail, ça va être de travailler avec l'ARS pour qu'on ait des actions concertées. On arrive à le faire, ça dépend beaucoup des personnes. Mais par exemple, à l'Ordre départemental des médecins, le médecin inspecteur de l'ARS, qui est chargé du territoire, de la mise en

place de la permanence des soins sur le territoire, est invité à tous les conseils départementaux. »¹⁸⁶

A travers cet extrait d'entretien, nous pouvons voir que l'Ordre s'érige comme un acteur qui tente d'agir en faveur d'une meilleure régulation de l'offre de soins de premier recours. En revanche, face à la multiplication des acteurs, l'Ordre se voit confronté à de nombreuses difficultés, n'ayant aucun pouvoir de coercition. Ici, nous sommes bien en présence d'un acteur disposant d'une capacité d'action, mais dans un paysage fragmenté, celle-ci se trouve largement amoindrie.

Dans cette première partie nous avons pu voir l'importance que prennent les médecins à travers leur représentation syndicale. Ils tentent de peser sur la décision publique afin de faire entendre leur voix. Nous remarquons toutefois que ce paysage syndical est relativement divisé par des luttes d'intérêts entre ces différentes institutions représentatives. De plus, il est également confronté à un affaiblissement important lié à une baisse du nombre d'adhésions. A cela s'ajoute également le Conseil de l'Ordre, instance de représentation des médecins qui tente également de peser dans le champ décisionnel. Nous pouvons ainsi donc voir que ce premier type d'acteur n'est finalement pas unifié, bien au contraire. Dans cette situation, l'influence sur les instruments paraît moins limpide. A cela s'ajoute une deuxième catégorie d'acteurs dont l'importance est de taille : la faculté de médecine.

¹⁸⁶ extrait d'entretien avec le conseil départemental de l'Ordre des médecins 69

Section 2 : La faculté de médecine ou la résistance au changement : une toute puissance déconnectée des réalités locales ?

Le cursus des études de médecine est pour l'essentiel, hospitalo-centré. Le décret du 16 mai 1997 allonge le troisième cycle de médecine générale avec la création d'un cinquième semestre. Cela intervient suite à la publication de la directive européenne de 1993 sur l'harmonisation des études médicales [BLOY, SCHWEYER, 2010]. Ce semestre est ainsi consacré à la médecine de ville, avec un stage en cabinet, alors que les autres semestres sont dédiés à des stages en milieu hospitalier. Cela a pour corollaire de générer des difficultés entre les professionnels de terrains et les universitaires, à plus forte raison en médecine générale. Cela impacte immédiatement les territoires, et notamment les territoires les plus éloignés des facultés, par méconnaissance. La promotion de ces territoires passe tout d'abord par les stages qui sont proposés aux étudiants. Là encore on peut noter des initiatives locales. Si les externes en médecine perçoivent une rémunération pour les stages effectués, certains territoires peuvent attribuer des aides supplémentaires pour les inciter à venir dans leur territoire. Ces stages s'effectuent lors du deuxième cycle de la formation, permettant de valider le DFASM (Diplôme de Formation Approfondie en Sciences Médicales), qui équivaut au grade de Master, depuis la réforme LMD (Licence – Master – Doctorat). Ces stages s'effectuent en cabinet médical, en MSP ou CDS. Les objectifs de ces stages sont de plusieurs ordres : tout d'abord, ils visent à présenter la place du médecin généraliste au sein du système de santé ; à le familiariser avec la démarche clinique en médecine générale ; à lui permettre d'appréhender la relation entre le médecin et les patients ; à le familiariser avec la prévention et aux questions de santé publique ; appréhender la notion de prise en charge globale du patient en lien avec l'ensemble des professionnels et enfin de le familiariser avec les modalités d'exercice et de gestion en structure ambulatoire.

« Donc, aujourd'hui, les externes sont mobilisés pour venir dans nos structures, dans nos équipes, mais ce qu'il faut revoir, c'est la formation inter professionnelle au sein des formations initiales. Et c'est là où il y a un gros travail à faire. Aujourd'hui, on fait quelques séminaires inter pro, dans les deuxièmes cycles mais ça reste anecdotique et, en tout cas,

il n'y a pas de véritable volonté au sein des UFR - ... si on dit encore ça... je ne sais pas... Unité de Formation... »¹⁸⁷

Aujourd'hui, en matière de médecine générale, ce modèle hospitalo-centré semble remis en question par certains médecins. Ces derniers évoquent ses limites au regard de la formation des jeunes médecins qui ne sont pas préparés à ce mode d'exercice. Selon leurs dires, l'Université ne semble pas évoluer selon la même temporalité que la profession de médecin généraliste. Cela peut ainsi générer de fortes tensions entre les médecins et les universités. De plus cela contribue à figer dans le marbre un mode de pensée.

« [...] le Doyen de la fac de médecine, il reste médecin, dans les IFSI, on reste infirmiers, on se méfie des médecins. Vous voyez, il y a encore un gros, gros travail à faire pour construire un leadership partagé dans les professions. Et c'est là où le bât blesse. C'est qu'au bout du bout, les professionnels arrivent avec toujours les mêmes pensées professionnelles, c'est-à-dire : un système médico centré et hospitalo centré. On n'arrive pas vraiment, à bouger encore le mammoth ; c'est-à-dire, ce qui a été construit en 58 par la Loi Debré. »¹⁸⁸

Ces stages sont rendus obligatoires depuis 1997 pour l'internat et depuis 2006 pour l'externat. Ils s'effectuent auprès d'un médecin libéral agréé par l'ARS sur proposition des facultés de médecine. Pour pouvoir être maître de stage, le médecin doit avoir exercé au moins un an, pour recevoir un externe et trois ans, pour accueillir un interne.

La difficulté concernant ces différents types de stages réside dans l'organisation administrative de la faculté. En effet, les offres de stages sont gérées par les facultés de médecine dont on reproche à son administration une certaine inertie, en raison d'un manque de personnel.

¹⁸⁷ extrait d'entretien avec un médecin en MSP, facilitateur MSP 71

¹⁸⁸ extrait d'entretien avec un médecin en MSP, facilitateur MSP 71

« Il y a une communication qui se fait ; il faut qu'on porte beaucoup de choses nous-mêmes, c'est un peu chaotique. La fac elle-même, ce n'est pas quelque chose de très administré, donc, ça change, ça bouge, il n'y a pas de secrétaire, ils oublient de nous donner ci, ils oublient de nous inviter à ça, ils ont oublié de nous dire que... Bon, ils sont assez intéressés par contre aux financements qu'on peut amener sur certaines choses. Bon. C'est une bataille, ce n'est pas simple et puis les autres départements sont aussi dans la boucle, hein. Mais on avait quand même une relation assez privilégiée avec la Fac de médecine générale de Lyon : ça ne se passe pas trop mal mais il y a des aléas. »¹⁸⁹

Néanmoins, si le dialogue entre les facultés et les médecins peut paraître complexe par le statut occupé par les praticiens hospitaliers au sein des Universités, en revanche, il semble être plus fluide entre ces dernières et les administrations et collectivités.

« Oui, on a des contacts réguliers à chaque fois, par rapport à leur installation, comment on peut faciliter leur installation. C'est d'ailleurs là où on a vu que les internes, les médecins, les jeunes nous disent : « On n'est pas opposés à aller travailler en milieu rural. Par contre ce qu'on veut, c'est du clef en mains, pas de contraintes ». Ils disent : « On ne peut pas avoir la même pratique que nos aînés. Nous, rester dans notre cabinet, jusqu'à vingt-deux heures, il n'y a pas moyen. Si c'est pour faire ça, on n'y va pas. ». En milieu rural, la structuration et les maisons de santé, c'est quelque chose qui fonctionne bien parce que, du coup, ils arrivent dans un cadre où ce n'est pas du clef en main mais presque. Pour un peu que les élus, si le projet est en train de se monter, se raccrochent. Les élus sont en général très impliqués en milieu rural donc, ils comprennent l'importance d'avoir ces structures-là. Aujourd'hui, si on faisait une étude, je pense qu'on serait impressionnés de voir le nombre de jeunes médecins ; il y en a qui régulièrement nous appellent en nous disant : « Est-ce que vous pouvez nous donner la liste

¹⁸⁹ extrait d'entretien avec la direction solidarités, Conseil départemental de l'Ain

des maisons de santé qui sont en projet parce qu'on aimerait intégrer une structure ». On a tout ce type d'éléments donc, je pense qu'il n'y a pas d'opposition. En fait, ce qu'ils veulent, c'est du clef en main et ils sont de plus en plus intéressés par le modèle salarié. »¹⁹⁰

Ce sont donc ces contacts privilégiés qui permettent de remplir les stages et d'attirer de jeunes médecins dans ces zones sous-dotées. A cela s'ajoute des actions supplémentaires de la part de certaines collectivités pour attirer les stagiaires, puisque le principal vivier de recrutement des médecins dans ces territoires désertiques se trouve justement chez ces stagiaires. Dans l'Ain, le Conseil Départemental tente d'inciter les étudiants à venir en stage dans le département (la faculté de médecine étant éloignée du département). Le montant de l'aide financière varie entre 200 et 600 euros par mois, selon l'éloignement du lieu de stage par rapport à la faculté de médecine (de Lyon). Plus précisément, cette aide mensuelle est de 400 euros pour un stage qui se situe entre 50 et 100km de Lyon. Ce stage est indemnisé à hauteur de 600 euros par mois pour tout stage se déroulant à plus de 100 km de Lyon. L'objectif de cette aide est de compenser les frais de déplacements des internes pour se rendre sur leur lieu de stage, les incitant ainsi à aller dans ces zones éloignées de la faculté. Cette aide est donc à destination des étudiants de médecine générale, internes, qui réalisent leur stage en SASPAS ou chez un praticien, dans le département de l'Ain. En revanche, cette aide ne se cumule pas avec les aides accordées par le conseil régional ou encore l'ARS. Chaque année, le département propose cette aide à environ cinquante-cinq internes de médecine générale. Le développement des stages en médecine générale est un instrument qui fonctionne relativement bien et permet notamment d'attirer de jeunes médecins dans des zones sous-dotées. Il repose cependant sur un vivier de maîtres de stage, indispensable à la réalisation des stages.

Sur le plan de la rémunération de base, les stagiaires sont salariés du centre hospitalier auquel est rattachée la faculté. Le montant mensuel du stage est de 100 euros en quatrième année, 200 euros en cinquième année et 250 euros en sixième année. A cela s'ajoute des gardes dont chacune est rémunérée 26 euros. En revanche, pour les stages d'internat, la rémunération annuelle est de 16 000 euros la première année, 18 200 euros la deuxième et

¹⁹⁰ extrait d'entretien avec la direction pilotage opérationnel et premier recours / service premier recours
ARS AURA

25 300 la troisième. Les gardes sont rémunérées à hauteur de 130 euros. A cela viennent s'ajouter des indemnités de logement, de nourriture et de déplacement en cas d'éloignement du lieu du stage par rapport à la faculté.

Une des principales critiques de nos interlocuteurs à l'encontre des facultés de médecine est leur caractère déconnecté de la réalité de terrain, lié justement à cet hospitalo-centrisme. De ce fait, on assiste à un clivage très net entre d'un côté la médecine enseignée et exercée dans le cadre universitaire et, de l'autre, la médecine de terrain, et plus particulièrement ici, la médecine générale. Cela génère de profondes tensions entre les praticiens hospitaliers enseignant en faculté de médecine et certains médecins généralistes qui exercent en cabinet, à l'image de certains que nous avons pu rencontrer.

« A mon avis, ça, c'est une preuve d'une espèce d'enfermement de l'université sur une course à une espèce de pseudo formation qualitative qui n'en est pas une parce que la preuve, c'est ce que je disais tout à l'heure, les jeunes arrivent, c'est des sachants mais en dehors de ça, ils ne savent rien ni dans le savoir être ni dans le savoir-faire. Je suis très critique sur l'université. Très, très critique parce que je trouve que la révolution n'a pas eu lieu. [...] Moi, je suis intervenu quand j'étais président de la fédération, il doit y avoir deux ans, à la conférence des Doyens. Ils m'ont demandé de venir intervenir et ils m'ont dit : « les jeunes médecins que vous recevez dans les maisons de santé, est-ce que vous êtes contents ? » Je leur ai dit : « super content, ils savent tout sur tout. C'est génial ». Alors, ils ont bien compris, ils m'ont dit : « mais encore ? » Et je leur ai dit ce que je viens de dire : « les types, ce ne sont pas des professionnels, ce sont des savants. Ce ne sont pas des pros ». Et c'est un vrai souci, ça. »¹⁹¹

Cet extrait d'entretien met en opposition la médecine exercée en cabinet et celle de l'hôpital. D'après notre interlocuteur, la pratique de la médecine en cabinet médical n'est

¹⁹¹ extrait d'entretien avec un médecin fondateur d'une MSP, facilitateur MSP 01, FFMPs

pas enseignée au sein de l'Université. Finalement, elle s'apprendrait sur le terrain lors des stages. Ici, le principal reproche que nous avons pu constater repose donc sur cette formation, certes de qualité, mais déconnectée de la réalité de terrain ce qui peut créer des difficultés d'une part dans la prise en charge des patients, d'autre part dans la qualité de vie au travail de ces nouveaux médecins.

« Quand tu rentres en médecine, tu es l'élite de la nation, tu es omnipotent et omniscient et on est élevés comme ça dans les facultés quand même, hein ! Et on nous dit qu'on est l'autorité et le pouvoir.

A partir de là, quand on commence à nous présenter des modèles comme les infirmières Asalée, qui sont un modèle d'infirmières cliniciennes, qui s'occupent d'éducation thérapeutique, de santé publique, ou quand on commence à vous parler d'infirmières, de pratiques avancées, quand on commence à vous parler de l'article 51 de la délégation de tâches, forcément, certains de nos confrères, ça les pique et ça les gratte. »¹⁹²

D'après les propos de notre interlocuteur, ce serait la qualité de la formation qui est impactée. Plus que les enseignements en eux-mêmes, il semble que ce soit la philosophie de la formation qui soit remise en question. En effet, avec les ECN (Epreuves Classantes Nationales) à l'issue de la 6^e année, c'est plus une course à l'examen qui s'engage qu'une véritable vocation de la part des futurs médecins généralistes. Si la médecine générale n'est pas la spécialité la plus prisée lors de ces ECN, il faut tout de même tempérer les propos qui vont suivre car pour nombre d'étudiants en médecine, l'exercice de la médecine générale reste une vocation et non un choix par dépit. En témoigne le choix de la major de promotion 2021 pour la médecine générale.

¹⁹² extrait d'entretien avec un médecin en MSP, facilitateur MSP 71

« De toute façon, la formation, elle est biaisée parce qu'elle ne vise que l'examen de classement national. Ça veut dire qu'au bout de six ans d'études, vous faites passer dans une turbine des gens qui vont devenir ana-path, qui vont être sur des microscopes toute la journée, que des radiologues qui vont faire de l'imagerie toute la journée, que des gens qui vont être psychiatres, qui ne vont s'intéresser qu'à l'âme des gens ; il y a ceux qui vont être généralistes, ceux qui vont être urgentistes... ça n'a pas de sens cette histoire, ça n'a plus de sens : tout le monde le sait. »¹⁹³

Titre : Carte des facultés de médecine en région AURA



Source : google maps

¹⁹³ extrait d'entretien avec un médecin fondateur d'une MSP, facilitateur MSP 01, FFMPs

Titre : Carte des facultés de médecine région BFC



Source : google maps

Pour faire connaître les territoires éloignés des facultés, les collectivités tentent d'œuvrer à leur promotion. En effet, un des leviers mobilisables est de permettre aux étudiants en médecine de connaître ces zones et de présenter un intérêt notable. C'est en effet ce que nous pouvons voir dans le Pays de Gex, l'un des territoires les plus reculés de l'Ain comme nous avons pu le voir. Ici, la communauté de communes tente de réfléchir de manière collective à la prise en charge de ces stagiaires afin de faciliter leur venue. L'aide financière accordée par le département n'est en effet pas suffisante pour susciter des envies de stage dans cette zone. En effet, le Pays de Gex est marqué par son relief montagneux et son éloignement de la gare et de l'autoroute. En dehors de l'aspect financier lié au frais de transport, c'est surtout la problématique du temps de trajet qui est ici en jeu. De plus, rappelons aussi ici que le pays de Gex se trouve dans le département de l'Ain, et si cette communauté de commune dépend de l'hôpital du CHANGE pour les soins, en ce qui concerne les stages en médecine générale, cette zone dépend de la faculté de médecine de Lyon. C'est donc là toute la difficulté d'attirer les stagiaires. De plus, la proximité avec la Suisse génère une inflation importante sur le prix de l'immobilier, et donc par voie de conséquence, sur le prix des loyers, d'autant plus que l'attrait pour l'emploi en Suisse engendre une pression importante sur les logements disponibles. Aussi il paraît difficile pour ces stagiaires de se loger dans cette zone. Fort de ce constat, la communauté de commune semble prendre cette question à bras le corps et tente d'apporter une réponse afin de permettre la venue des stagiaires et donc susciter des envies d'installation de ces futurs médecins par la suite.

« L'idée, c'est que déjà, ne serait-ce que le Pays de Gex, que les étudiants en aient entendu parler ou voient le titre une seule fois dans leur vie à la fac de Lyon parce qu'après, peut-être qu'ils n'entendront plus jamais parler. Mais sur les médecins, sur le logement des médecins, les élus sont en train de comprendre qu'ils sont en concurrence pour une ressource rare avec d'autres territoires sur le territoire national, voire international. C'est ça, en fait. C'est juste ça. C'est : qu'est-ce qu'on leur offre pour qu'ils viennent chez nous ? »¹⁹⁴

¹⁹⁴ extrait d'entretien avec la Communauté de Communes du Pays de Gex

Pour pallier ces difficultés, des MSP universitaires (MSPU) ont été introduites par l'arrêté du 18 octobre 2017¹⁹⁵. Dans son article 1^e, l'arrêté prévoit qu'un centre de santé (pluriprofessionnel) ou une MSP puisse conclure une convention avec l'ARS et un « établissement public à caractère scientifique, culturel et professionnel comportant une unité de formation et de recherche de médecine »¹⁹⁶. L'objectif est « le développement de la formation et de la recherche en soins primaires ». L'établissement de cette convention ne peut se faire que sous certaines conditions : qu'il y ait des praticiens maîtres de stage, que de la recherche en soins primaires soit réalisée au sein de la MSPU et qu'il y ait au moins un enseignant titulaire universitaire de la médecine générale ainsi qu'un chef de clinique de médecine générale ou un ancien chef de clinique de médecine générale exerçant son activité de soins dans la structure (art.3).

Comme nous venons de le voir tout au long de cette seconde partie la faculté de médecine s'impose comme un acteur qui tente de résister au changement. En effet, les évolutions de la situation médicale depuis ces dernières années ne semblent pas avoir impacté la médecine universitaire et on assiste à une certaine forme d'inertie dans la formation. C'est en tout cas ce qui est reproché par nombre de médecins de cabinet, notamment les cabinets éloignés qui notent une dichotomie entre la formation universitaire et la réalité en cabinet, notamment dans les zones sous-denses. Face à ce constat, d'autres acteurs tentent d'influer sur l'Université et de faire évoluer les enseignements en prenant en compte cette nouvelle manière de « faire de la médecine ». C'est notamment le cas de la fédération, qui tente d'importer son concept au sein des universités pour attirer de jeunes médecins.

¹⁹⁵ Arrêté du 18 octobre 2017 fixant les modalités de fonctionnement, d'organisation et d'évaluation des centres de santé pluriprofessionnels universitaires et des maisons de santé pluriprofessionnelles universitaires

¹⁹⁶ article 1^e de l'arrêté du 18 octobre 2017 et articles L.6323-1 et L.6323-3

Section 3 : De la FFMPS à AVEC Santé : un entrepreneur de politiques publiques ayant pris le *leadership*

La Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé (FFMPS) est une association à but non lucratif ¹⁹⁷ fondée en 2008 par des professionnels de santé libéraux afin de promouvoir la pratique de l'exercice coordonné. Dès le début de sa création, l'objectif affiché est de développer l'exercice coordonné des soins primaires sur l'ensemble du territoire. Par-delà la volonté de regrouper les médecins, il y a celle d'améliorer l'accessibilité et la qualité des soins. Au moment de sa création, la FFMPS se dote de plusieurs missions¹⁹⁸ :

- la représentation des maisons et des pôles de santé,
- le soutien au développement des structures
- la participation à l'élaboration et à la mise en place d'action de santé publique pluridisciplinaires
- assurer une représentation et faire des propositions auprès des institutions publiques

A travers ses différentes missions, la FFMPS tente de représenter les professionnels de santé ayant fait le choix de l'exercice coordonné. Ainsi, cette fédération va tenter de peser dans les débats publics afin de faire reconnaître l'exercice coordonné comme la nouvelle voie à suivre. La fédération va très vite parvenir à ses fins puisqu'aujourd'hui les différentes aides octroyées sont à destination de l'exercice regroupé. Cette mise en avant a pu se faire par l'intermédiaire de la fédération mais il est important de noter l'importance du leadership que peuvent prendre les individus pour porter une cause. En effet, la fédération a longtemps été incarnée par un médecin qui s'est démarqué par son leadership au niveau national.

« [...] quand j'ai pris ce dossier-là, il y a sept ans, huit ans maintenant, je ne pensais pas qu'on allait arriver à convaincre les politiques comme

¹⁹⁷ loi 1901

¹⁹⁸ <https://www.femas-hdf.fr>

ça. Et puis, je me suis tapé je ne sais pas combien, vous ne pouvez pas imaginer, le nombre de tribunes et comme je ne suis pas trop mauvais, je fais un peu le clown. Je suis un peu le clown sur la tribune... En sept ans, je me suis tapé, mais vous ne pouvez pas imaginer, un nombre de tribunes, de travaux, de commissions. Je me suis retrouvé au Comité des Sages tellement j'avais montré ma bobine à faire le clown partout, je me suis retrouvé à la conférence générale de santé, dans des tas de trucs comme ça et partout, j'ai fait comme Georges Marchais dans le temps, une espèce de monomaniaque qui répète tout le temps la même chose qu'au bout d'un moment, même du côté de la politique au ministère, les gens ont fini par se laisser convaincre. »¹⁹⁹

A travers des personnalités qui ont su prendre le leadership, nous pouvons constater que la fédération s'est hissée au rang d' « *entrepreneur de cause* » [VEZINAT, 2019], au sens d'un « *acteur extérieur aux institutions mais porteur d'un problème public, voire médiatique, cherchant à imposer sa prise en charge aux acteurs institutionnels.* »²⁰⁰ ce qui lui a permis d'avoir une écoute importante au niveau national et faire reconnaître sa vision comme celle qu'il faut développer. C'est donc la volonté de certains acteurs qui a permis à la fédération de voir se développer l'exercice coordonné, soutenu et encouragé par l'Etat à travers des dispositifs d'aide à l'installation, comme nous avons pu le voir.

Dans le but d'accomplir ses différentes missions, la fédération a plusieurs modalités d'action :

- organiser des visites de MSP pour les différents acteurs
- proposer un conseil et une expertise
- communiquer lors de rassemblements professionnels par exemple (congrès, colloques...) dans le but d'apporter une expertise professionnelle
- développer le partenariat avec les instances régionales (ARS, URPS, Conseil Régional)
- réfléchir et intervenir sur l'immobilier en urbain : travailler avec la Caisse des

¹⁹⁹ extrait d'entretien avec un médecin fondateur d'une MSP, facilitateur MSP 01, FFMPs

²⁰⁰ VEZINAT.N, *Vers une médecine collaborative. Politique des maisons de santé pluri-professionnelles en France*, PUF, 2019, pp.45-46

Dépôts et Consignation pour réfléchir aux capacités de développement des maisons de santé dans les espaces urbains

- représenter les maisons et les pôles de santé lors de la Conférence Nationale de Santé...²⁰¹

Ces exemples nous permettent de montrer le champ d'action de la fédération qui devient l'interlocuteur privilégié des acteurs institutionnels notamment. Parlant d'une seule et unique voie, elle permet à l'ensemble des acteurs de l'exercice coordonné, d'être représentés et d'obtenir des dispositifs d'aides pour la création et le fonctionnement de leur structure. Si aujourd'hui de nombreux moyens sont mis pour le développement de l'exercice regroupé c'est bien que la fédération a su imposer son leadership, contrairement à d'autres organisations professionnelles, qui plaident notamment pour d'autres formes d'exercice - l'exercice coordonné n'étant pas le seul mode plébiscité par les médecins. N.VEZINAT montre notamment comment la ministre de la santé de l'époque, Marisol TOURAINE, trouve dans la FFMPS un allié de taille et lui demande « [...] d'affronter l'autre camp de la « profession » - celui attaché au paiement à l'acte et à l'exercice individuel qui régule – et de ne pas la laisser effectuer le travail de promotion de nouveaux modes d'organisation des soins primaires ambulatoires. Ce faisant, elle fixe les conditions d'un soutien mutuel entre la puissance publique et la Fédération des maisons de santé. »²⁰². Ce soutien mutuel qui s'opère entre la FFMPS et le ministère de la santé, permet un essor de ce mode d'exercice.

La FFMPS regroupe vingt-et-une fédérations régionales et sa présidence a longtemps été détenue par P.DE HAAS. Depuis le 8 décembre 2016 la présidence est désormais détenue par P.GENDRY. Le succès de la fédération doit être souligné puisqu'elle a accompagné la création de 1200 maison de santé dont 800 ayant signé l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI)²⁰³. Dans le but de poursuivre le développement de l'exercice coordonné et de développer les soins primaires, la fédération change de nom et devient "AVECsanté"²⁰⁴.

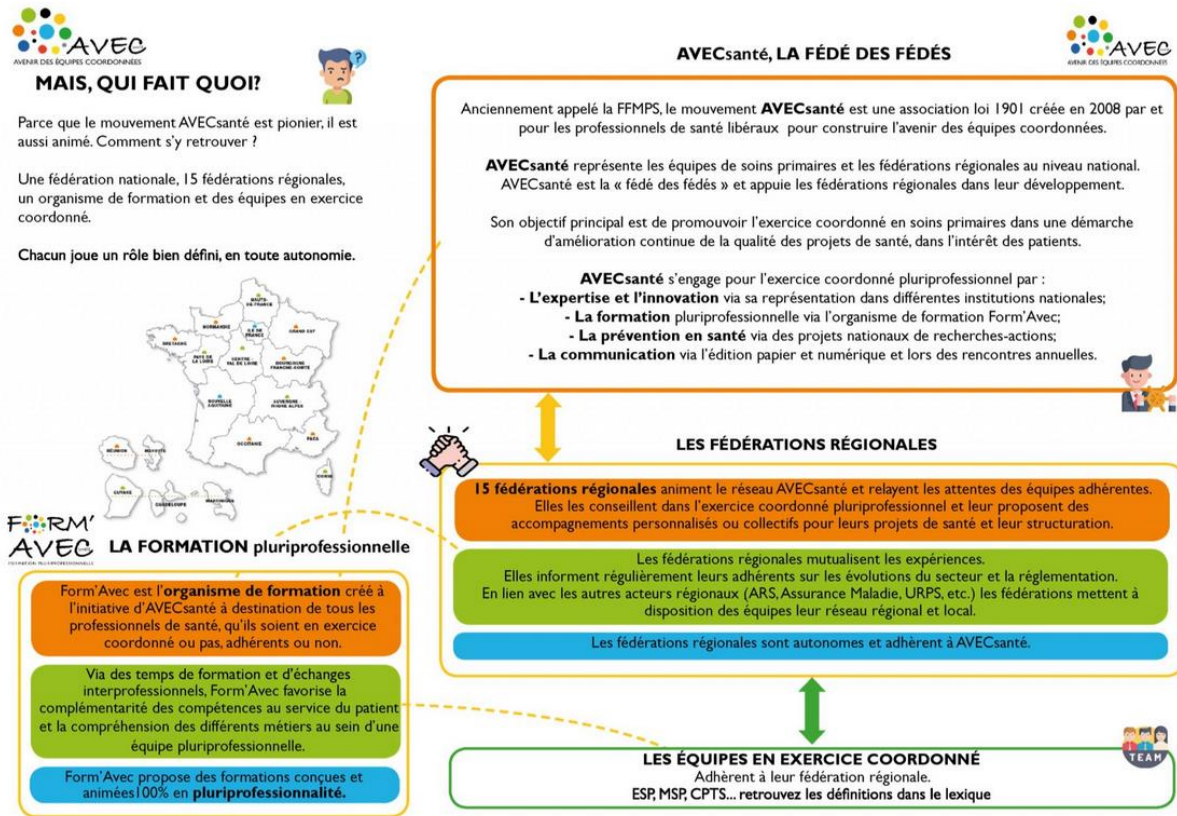
²⁰¹ <https://www.femas-hdf.fr>

²⁰² VEZINAT.N, *Vers une médecine collaborative. Politique des maisons de santé pluri-professionnelles en France, op.cit.*, p.11

²⁰³ www.lequotidiendumedecin.fr

²⁰⁴ Avenir des équipes coordonnées et des territoires

Titre : Présentation de Avec Santé



Source : www.avecsante.fr

Le changement d'appellation marque la volonté de donner un nouveau souffle à la fédération et de renforcer son rayonnement afin de peser davantage sur la scène publique. L'objectif clairement affiché par cette fédération renouvelée est d'imposer l'exercice coordonné comme le seul mode d'exercice pertinent, pour la médecine moderne. Ici, les MSP ne sont pas le seul mode d'exercice prôné, mais c'est bien l'exercice coordonné sous toutes ses formes qui est plébiscité. Là encore, il s'agit bien d'une fédération qui repose sur une volonté d'adhésion des professionnels. La fédération intervient en appui à ces professionnels qui y ont adhéré mais elle n'est en rien coercitive.

Les actions de AVEC Santé sont en outre la représentation des MSP, dans le même objectif qu'avec la FFMPs. Elle assure également la représentation des CPTS et tente de faciliter l'ensemble des projets. Avec cette nouvelle appellation, la fédération étend son champ d'action et se veut plus active quant à sa fonction de représentation auprès des institutions. Leur leitmotiv est le renforcement de l'exercice coordonné et de la coopération entre les différents professionnels de santé dans le but de renforcer l'accès aux soins et leurs

qualités sur l'ensemble du territoire national.

A la lumière des différentes politiques mises en œuvre ces dernières années en faveur de l'exercice coordonné, nous pouvons constater que la fédération a su user de ses capacités d'action et influencer dans cette direction. Depuis son renouvellement, au prisme de AVECSanté, la volonté semble de poursuivre et d'intensifier cette logique, en l'étendant notamment à l'ensemble des formes d'exercice coordonné, qu'il se fasse au sein d'une même structure ou à l'échelle d'un territoire, comme dans le cas des CPTS.

Le travail mené par la fédération nous amène à faire un détour par la notion "d'entrepreneur politique". Il s'agit d'une expression qui prend corps dans les sciences économiques avec des travaux menés par A.WAGNER, qui viennent critiquer ceux de M.OLSON dans les années 1960 sur le paradoxe de l'action collective. L'idée soutenue par M.OLSON dans ce qu'il qualifie de "paradoxe" est en somme que *"le cas des très petits groupes mis à part, à moins de mesures coercitives ou de quelque autre disposition particulière les incitant à agir dans leur intérêt commun, des individus raisonnables et intéressés ne s'emploieront pas volontairement à défendre les intérêts du groupe"* [OLSON, 1965,1978, p.22]. A.WAGNER se montre critique à l'égard de cette théorie puisqu'il souligne le fait qu'il y aura toujours un (ou plusieurs) entrepreneur(s) politique(s) pour assumer les coûts de l'action collective, permettant la réalisation des intérêts de la collectivité. L'idée développée ici est que l'entrepreneur politique est un individu (ou un groupe) qui pense pouvoir tirer profit d'une situation - pour lui-même - et qui décide d'assumer les coûts de sa mise en place [JONES, 1978]. Il va donc se mobiliser et utiliser ses ressources, qui profiteront certes à la collectivité, mais qui lui apporteront d'abord et avant tout un profit personnel. F.FACCHINI²⁰⁵ montre que l'entrepreneur politique présente deux facettes d'un côté il est un réformateur qui propose une réforme institutionnelle dont le bénéfice profitera à l'ensemble du groupe, de l'autre il est un chercheur de profit politique dont la motivation repose uniquement sur le fait de capter un gain privé de nature redistributive. De là naît une troisième facette de l'entrepreneur politique : celle d'un individu saisissant dans l'action publique un moyen d'enrichissement. Il montre ainsi que la richesse créée ne réside pas dans le simple fait des transferts publics mais également dans l'obtention d'une *"rémunération en contrepartie d'un mandat ou d'une fonction politique"*.

²⁰⁵ FACCHINI.F, « L'entrepreneur politique et son territoire », *Revue d'Économie Régionale & Urbaine*, 2006/2 (juillet), pp. 263-280

*Les professionnels de la politique identifient ainsi une opportunité de profit dans le fait de pouvoir vivre de la politique.*²⁰⁶

Cette théorie est relativement critique à l'égard de l'entrepreneur politique puisqu'elle avance l'idée qu'il détruit plus de richesses qu'il n'en crée au travers des réformes. Cette critique tient en trois arguments. Le premier, c'est que la recherche de profit collectif est moins profitable que la recherche d'un profit personnel. Ensuite, la réforme est limitée car l'entrepreneur, dans sa volonté d'y trouver une forme d'enrichissement, va tenter de limiter la concurrence politique. De ce fait, il va s'évertuer à protéger sa position de monopole dans le but de pérenniser son profit. Enfin, le dernier argument consiste à avancer l'idée que la recherche des profits collectifs sera moins importante que la recherche de profit de prédation dans la mesure où les bénéfiques sont moins perceptibles et peuvent se voir sur le long terme, contrairement aux coûts de la réforme.

Nos observations sur le rôle de la fédération nous amènent à penser qu'elle a agi telle un entrepreneur de politique. Comme nous venons de le voir, la volonté de quelques-uns a permis une mobilisation forte d'un petit groupe qui a su tirer profit des actions menées et dont les bénéfiques ont également servi de manière plus large à l'ensemble des médecins et professionnels de santé souhaitant adhérer à cette démarche. Plus encore, nous avons pu constater qu'aujourd'hui la majeure partie des aides octroyées par les institutions publiques et les caisses de sécurité sociale sont à destination des structures d'exercice regroupé. C'est donc la mobilisation d'un petit groupe qui a permis de créer la fédération et qu'elle a agi telle un entrepreneur politique, incarnée par la figure emblématique de son président de l'époque afin de porter leur vision et d'en tirer les bénéfiques. Nous pouvons d'ailleurs ajouter sur ce dernier point que les bénéfiques ne sont pas uniquement liés au fait qu'ils ont pu ensuite créer leur structure d'exercice regroupé, mais plus encore, qu'ils ont par la suite pu monter des cabinets privés d'aide à la création et au fonctionnement de ces structures. La création de « coopératives » telles que FACILIMED ou encore ESPAGE atteste bien de ce rôle d'entrepreneur politique qu'a joué l'ancien président de la fédération²⁰⁷. A cela s'ajoute plusieurs entretiens avec des professionnels de santé locaux - du département de l'Ain - qui soulignent l'absence de coopération et d'aide de la part de ce (ou ces leaders) au sein de la fédération, lorsque le modèle de la MSP a été développé et "labellisé" par les autorités

²⁰⁶ Facchini.F, « L'entrepreneur politique et son territoire », *art.cit.*, p.266

²⁰⁷ ces entreprises privées ont finalement fait faillite

publiques, donnant droit à un panel d'aides. On voit donc bien que la volonté de promouvoir l'exercice regroupé repose plus sur le fait de dégager un profit pour quelques individus, que d'une réelle défense de l'intérêt collectif, même si le résultat profite tout de même à l'ensemble des professionnels adhérent à ce mode de fonctionnement. Nous pouvons également ajouter qu'avec le renouvellement de la fédération et son extension, l'ambition est de renforcer son rôle d'entrepreneur politique afin d'imposer cette vision de l'exercice médical à l'ensemble du territoire : « Emmanuel Macron veut la fin de l'exercice isolé en 2022, rappelle le Dr Gendry. Prenons-le au mot ! Notre ambition est que dans 10 ans, chaque Français puisse avoir accès à une équipe coordonnée en soins primaires partout où il se trouve. »²⁰⁸.

« On est dans des métiers qui sont complexes et techniques. On ne peut pas imaginer que ça continue à faire de l'artisanat. »²⁰⁹

Consciente de l'évolution nécessaire de la médecine imposée par l'évolution démographique et sociétale, la médecine évolue et les pratiques qui en découlent doivent également évoluer. C'est dans cette perspective que la fédération renouvelée prend tout son sens.

L'aura qu'à aujourd'hui la fédération est pour une grande partie imputable à la personnalité de ce médecin.

« Moi, j'ai passé huit ans au bureau de MG France. Et puis, fin du 20^{ème} siècle, au début des années 2000, on s'est dit : "c'est bon, on a fait notre job". On avait fait beaucoup progresser la cause de la médecine générale. On avait obtenu des départements universitaires en médecine générale. On avait une convention spécifique à la médecine générale. On était reconnus donc, tout ce pour quoi on s'était battus – on avait

²⁰⁸ Tranthimy.L, "La Fédération des maisons de santé mise sur l'exercice pluripro en équipes... et change de nom", www.lequotidiendumedecin.fr, article consulté le 5/05/2020

²⁰⁹ extrait d'entretien avec un médecin fondateur d'une MSP, facilitateur MSP 01, FFMPs

créé le syndicat MG France en 86 – et au bout de 15/20 ans, on avait obtenu pratiquement tout ce qu'on avait. »²¹⁰

Ces années de syndicalisme au sein de MG France lui ont donné les ressources nécessaires pour pouvoir poursuivre dans la voie syndicale afin de développer un autre pan de l'exercice médical, celui de l'exercice coordonné.

« Donc, on est un certain nombre à être retournés chez nous pour bosser. Et en retournant chez nous pour bosser, on s'est rendu compte qu'on avait vachement amélioré notre reconnaissance et notre condition mais qu'en fait, ce n'était pas que ça, que maintenant, il fallait s'occuper des soins primaires. Et donc, on est un certain nombre à avoir créé des structures. On s'est réunis à Paris, on était une petite dizaine. On s'est dit : « il faut leur donner un nom ». Alors, maison médicale, ça n'allait pas parce que ça existait déjà ; maison de santé, ça nous gênait parce que la santé, ça fait un peu la prison à Paris, mais on a pris ça : maison de santé. Quelques mois plus tard qu'on ait fait ça, j'ai rencontré un vieux sénateur auvergnat qui s'appelait Juilhard, qui a fait un rapport de démographie à l'époque et ça l'a botté ce nom-là et avant la fin de l'année, c'était dans la loi. Et c'est comme ça que ça s'est appelé maison de santé. Et pour le coup, on s'est dit : « mais c'est bon, là, il faut qu'on enclenche ce système-là » et on a créé une fédération nationale [...]. »²¹¹

La fédération a donc été créée par quelques médecins fortement imprégnés par le syndicalisme. C'est d'ailleurs cette empreinte forte qui permet de comprendre l'essor de la fédération et des maisons de santé sur l'ensemble du territoire, et tout particulièrement dans le département de l'Ain.

²¹⁰ extrait d'entretien avec un médecin fondateur d'une MSP, facilitateur MSP 01, FFMPs

²¹¹ extrait d'entretien avec un médecin fondateur d'une MSP, facilitateur MSP 01, FFMPs

« Donc, je suis allé revoir Michel et je lui ai dit : « il faut faire de la politique ». Mais Michel dit : « moi, je ne sais pas faire ». C'est là que j'ai pris la présidence de la fédération et que j'ai mené pendant sept ans tout ce job pour faire bouger des règlements, les lois, les décrets, tout ça, sur les aspects des maisons de santé, aspects juridiques, aspects par tâche, comme j'ai dit tout à l'heure mais aussi tous les aspects nouveaux modes de rémunération, etc. J'ai laissé ça au mois de décembre. Ça a été repris par un médecin de la Mayenne. »²¹²

Afin de renforcer son assise locale et nationale, la fédération développe son rôle de facilitateur. L'objectif affiché par AVECsanté n'est pas de faire l'ensemble du travail des professionnels de santé dans la construction de leur structure, mais plutôt de leur fournir un appui méthodologique notamment afin d'apporter un éclaircissement à l'ensemble des démarches administratives à faire. Ce rôle de facilitation s'articule en deux niveaux.

Le premier niveau consiste en la promotion et l'accompagnement des professionnels de santé souhaitant créer une MSP. Dans ce cadre, AVECsanté n'est pas l'unique interlocuteur qui accompagne les professionnels de santé, puisque ce travail est également réalisé par les ARS et les CPAM.

Le deuxième niveau consiste en un accompagnement plus régulier de la structure en fonctionnement, à l'image des cabinets privés dont nous avons pu parler précédemment. Aussi la fédération se veut au plus près de l'accompagnement des structures et des professionnels de santé.

²¹² extrait d'entretien avec un médecin fondateur d'une MSP, facilitateur MSP 01, FFMPS

Conclusion du chapitre 3 :

A travers ces trois catégories d'acteurs que nous venons d'étudier, il nous apparaît que le changement est bel et bien à l'œuvre. Néanmoins ces acteurs non étatiques permettent de souligner que cela n'est pas exclusivement l'apanage de l'Etat. En effet, dans ce chapitre, nous avons pu voir que l'ensemble de ces acteurs influent - de manière directe ou indirecte - sur les instruments ce qui, permet un changement dans l'action publique. Ainsi ces acteurs évoluent en marge de l'Etat et tentent d'user de toutes leurs ressources pour parvenir à leurs fins. Les ressources dont ils disposent étant inégales, nous pouvons donc constater des différences dans l'influence qu'elles ont sur les institutions centrales notamment. En revanche il semble que la fédération soit un acteur qui a pu tirer son épingle du jeu grâce à l'implication d'individus qui sont parvenus à s'ériger en véritables leaders. En revanche nous avons pu constater que le changement ne peut se produire que lorsque les acteurs sont volontaires. C'est notamment ce que nous avons pu constater en étudiant les facultés de médecine puisque l'essentiel des reproches qui leur sont adressés concernent leur inertie totale quant à l'évolution de la formation de médecine, ne voulant pas s'adapter aux problématiques actuelles et aux évolutions des pratiques. Cette déconnexion des facultés de médecine illustre pleinement cette résistance au changement. Aussi, s'il ne peut s'opérer qu'avec des acteurs faisant preuve de volontarisme, il est mis à mal lorsque des acteurs ne le souhaitent pas. Sur ce point, si nous avons vu que l'Etat n'est pas le seul initiateur du changement, nous pouvons toutefois souligner qu'il fait preuve de volontarisme quant à l'évolution des soins de premier recours. De plus nous venons également de souligner le fait qu'en parallèle, d'autres acteurs interviennent pour tenter d'influer sur l'Etat et les instruments, nous pouvons sans doute y voir là, non pas un affaiblissement de l'Etat qui se laisserait pénétrer par une multitude d'acteurs, mais plutôt une évolution du rôle de l'Etat qui est désormais "accompagnateur".

Face aux théories développant un retrait du l'Etat et son impuissance à gérer les problèmes, nous voyons que s'agissant des politiques de santé, et plus particulièrement de l'offre de soins de premier recours, l'Etat n'est pas absent, mais concède une place à la montée en puissance de nouveaux acteurs qui peuvent ainsi l'accompagner dans la mise en œuvre de l'action publique. Cette place qui leur est concédée, même si elle le fut de manière implicite n'a été possible que parce que les institutions centrales leur ont laissé la possibilité. Nous

pouvons étayer notre propos avec le fait que l'instrumentation reste contrôlée par les centres et ce phénomène s'est vu renforcer avec la création des ARS.

Si les professionnels de santé constituent une catégorie d'acteurs qui interviennent dans l'évolution de l'action publique par l'influence qu'ils exercent [VEZINAT, 2019], nous venons de le voir ils ne constituent pas une seule et unique catégorie puisque nous observons des sous-catégories, ayant elles-mêmes des ramifications. Il semble néanmoins qu'une partie des professionnels de santé soit parvenue à imposer sa vision du monde et à influencer plus que les autres sur les instruments, il s'agit de la fédération avec sa mise en avant des nouveaux modes d'organisation de l'exercice professionnel du premier recours. D'ailleurs, au niveau régional on assiste à un partenariat entre l'ARS d'un côté, et la fédération régionale, de l'autre. Ce partenariat s'opère par le biais d'un CPOM. Cela permet ainsi à la fédération de promouvoir l'exercice coordonné en région, comme nous allons le voir dans le chapitre suivant.

Chapitre 4 : L'instrumentation à l'épreuve du feu : le changement au prisme des nouveaux modes d'organisation

L'exercice coordonné se présente sous des formes diverses. Il est géré par une fédération dans chacune des régions : la FemasAURA²¹³ pour la région AURA et la FeMaSCO²¹⁴ pour la région BFC.

Ces deux fédérations sont des associations de loi 1901 qui regroupent plusieurs missions. La FemasAURA regroupe 7 missions :

- la promotion des maisons de santé au sein de l'organisation des soins
- la représentation des maisons de santé à l'échelle de la région
- l'aide à la mise en place de maisons de santé ou toute autre organisation regroupant des professionnels de santé
- l'aide et le soutien des professionnels de santé dans l'organisation et la gestion des affaires inhérentes à la structure (organisation, gestion, management, maîtrise de stage, évaluation...)
- l'établissement de propositions auprès des pouvoirs publics et des acteurs institutionnels pour la prise en charge des soins de premier recours de la population régionale
- la participation dans l'élaboration et la mise en place d'actions de santé publiques mélangeant plusieurs disciplines (mise en place de programmes de prévention par exemple)
- la mutualisation des moyens et des services pour les maisons de santé

Concernant la FeMaSCO-BFC, elle est le résultat de la fusion de deux fédérations : la FéMaSaC²¹⁵ et la FEMAGISB²¹⁶. L'objectif principal de cette nouvelle fédération est d'accompagner l'ensemble des équipes d'exercice coordonné en région BFC.

S'agissant des missions de la fédération, bien qu'elles soient sensiblement similaires à la FemasAURA, sont au nombre de six :

²¹³ Fédération Régionale des Maisons de Santé en Auvergne Rhône-Alpes

²¹⁴ Fédération des Maisons de Santé et de l'exercice coordonné

²¹⁵ Fédération des Maisons de Santé Comtoises

²¹⁶ Fédération des Maisons et Groupements Interprofessionnels de Santé Bourguignons

- l'accompagnement des équipes de professionnels des structures d'exercice coordonné
- l'accompagnement des projets en constitution
- le développement des actions de santé publique
- la contribution à l'amélioration de la qualité
- l'accompagnement autour du système d'information et des nouvelles technologies
- la promotion de l'exercice coordonné, la formation des équipes de professionnels et l'animation de l'ensemble du réseau d'adhérent

Ces deux fédérations travaillent en collaboration avec les ARS, notamment dans la signature d'un CPOM (Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens). Il s'agit de la contractualisation entre les ARS et le ministère des affaires sociales et de la santé d'une part, et entre les ARS et les établissements de santé et les fédérations, d'autre part. A cela s'ajoute différents partenaires institutionnels et professionnels de santé publique. Ces deux fédérations appartiennent à la FFMPS²¹⁷. Elles répondent toutes deux aux missions de service public telles que définies aux articles L6112-1 et suivants du Code de la Santé Publique.

MSP et PSP²¹⁸ bénéficient d'un soutien financier pour la coordination de leur action ainsi que la prévention et l'éducation à la santé. Cela est défini dans un cahier des charges fixé par la DGOS²¹⁹. Ces deux structures sont représentées au sein de la CNS²²⁰, qui est un lieu d'expression des différents acteurs du système de santé autour des questions de santé. Cette représentation s'effectue au sein du Collège n°7 qui est celui des "Offreurs des services de santé" qui est composé de 26 membres dont un représentant des maisons et des pôles de santé. Ce dernier est désigné sur proposition de l'organisation qui représente ces structures. Ici, il s'agit donc des fédérations.

Au niveau régional, ces structures sont représentées au sein de la CRSA²²¹. Cette dernière a la capacité de faire des propositions au DG ARS concernant l'élaboration, la mise

²¹⁷ Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé, qui regroupe les quinze fédérations régionales

²¹⁸ Pôles de Santé Pluriprofessionnels

²¹⁹ Direction Générale de l'Offre de Soins

²²⁰ Conférence Nationale de Santé

²²¹ Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie

en œuvre ainsi que l'évaluation de la politique de santé en région. Elle a également pour mission d'émettre un avis sur le PRS²²². Au sein de la CRSA, la représentation des MSP et PSP s'effectue également dans le collège des "offreurs des services de santé". Celui-ci est désigné par la DG ARS parmi les responsables des MSP, CDS et PSP qui se situent dans la région.

Article D1432-31 du Code la Santé Publique :

"[...] La conférence régionale de la santé et de l'autonomie peut, en outre, constituer des groupes de travail permanents. Ces groupes réunissent des membres de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie et des personnes choisies en raison de leur compétence ou de leur qualification au regard des questions pour lesquelles ils ont été constitués. Ils peuvent recueillir tous avis utiles dans les domaines dont ils sont chargés."

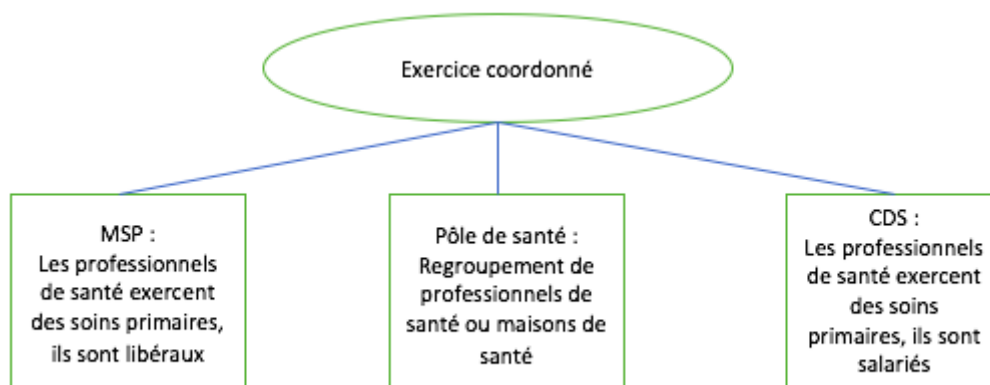
L'exercice coordonné présente sous différentes formes²²³ :

- les MSP
- les Pôles de santé
- CDS

²²² Projet Régional de Santé

²²³ A cela s'ajoutent les ESP (Equipes de Soins Primaires) depuis 2016. « Constituées autour de médecins généralistes de premier recours, les équipes de soins primaires contribuent à la structuration du parcours de santé des patients en coordination avec les acteurs du premier recours, dans une optique de prise en charge des besoins de soins non programmés et de coordination des soins. Ces équipes permettent de contribuer fortement à structurer le parcours de santé notamment pour les patients atteints de maladies chroniques, les personnes en situation de précarité sociale et les personnes en situation de handicap et de perte d'autonomie. » (source : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche_11-ps.pdf)

Titre : Les formes d'exercice coordonné²²⁴ :



Source : schéma élaboré par l'auteur

Dans ce chapitre nous allons voir que le changement dans l'action publique se fait par le biais de nouveaux modes d'organisation. Les instruments sont ici source de changement. Cette nouvelle façon d'exercer la médecine opère un tournant idéologique dans la mesure où l'exercice médical est désormais envisagé de manière collective et coordonnée. Chaque nouvel instrument est créé dans cet objectif, qu'il s'agisse de la MSP, que nous verrons dans un premier temps, ou alors des pôles de santé, CDS et réseaux de soins que nous verrons ensuite. D'ailleurs, il faut souligner que cette volonté est désormais clairement affichée au niveau national, notamment par le Président de la République. Ces nouveaux modes d'organisation sont ainsi créés et présentés comme étant source de changement et permettraient d'apporter une réponse – au moins partielle – à la désertification.

²²⁴ Ainsi que les ESP depuis 2016, comme mentionné plus haut

Section 1 : Les MSP : un mode d'organisation qui apporte une réponse partielle au déficit d'offre de soins

Les maisons de santé sont inscrites pour la première fois dans la LFSS²²⁵ en 2007. Elles ont ensuite fait l'objet d'une évolution législative avec la loi HPST en 2009 dans l'article 39 puis l'article 2 de la loi du 10 août 2011 relative au partage de l'information médicale [VEZINAT, 2019]. Enfin, elles subiront une nouvelle évolution législative en 2016 avec la loi relative à la modernisation du système de santé. On peut ainsi souligner que la notion est récente et que sa définition n'est pas figée, mais s'adapte aux évolutions de la société comme en témoigne les évolutions législatives depuis 2007.

Définition des maisons de santé

Article L6323-3 du Code de Santé Publique

“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 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.”

²²⁵ Loi de Financement de la Sécurité Sociale

Une maison de santé est donc une structure composée de professionnels de santé regroupés autour d'un projet de santé et exerçant des soins de premier recours. Comme le montre N.VEZINAT dans son ouvrage [VEZINAT, 2019] on peut observer deux types de MSP. Tout d'abord, une MSP qualifiée de « *monosite* » (ou « dans les murs ») au sein de laquelle tous les professionnels composant la structure sont regroupés dans un seul et même lieu. Le deuxième type de MSP est qualifié de « *multisite* » (ou « hors les murs ») c'est-à-dire que les soignants de la MSP sont déployés sur un territoire donné mais ne sont pas nécessairement toujours ensemble « physiquement ». Les raisons de ce deuxième mode de fonctionnement sont diverses : il peut s'agir d'une implantation des professionnels de santé sur le territoire antérieure à la création de la MSP ou tout simplement d'un agrandissement d'une MSP de type « *monosite* » qui ne peut pas étendre les murs du site principal et donc oblige les professionnels à s'installer ailleurs. Mais cela peut aussi être pour une simple raison stratégique : cela permet notamment de mieux quadriller le territoire.

A l'origine, la création des MSP ne faisait l'objet d'aucune "labellisation", ce qui permettait à l'ensemble de ces structures de porter l'appellation de MSP. En revanche aujourd'hui, pour être reconnu comme telle par les ARS, elles doivent avoir été "labellisées". Ce label est assujéti au respect d'un cahier des charges relativement strict établi par la DGOS²²⁶. Dans cette perspective, une MSP doit donc être composée à minima de 2 médecins ainsi que d'un professionnel du paramédical, réunis autour d'un projet de santé pour l'ensemble de sa patientèle. A travers ce mécanisme de « labellisation », les MSP deviennent ainsi un « instrument d'action publique »²²⁷.

Avec les MSP, on assiste à une évolution notable dans les pratiques professionnelles des médecins et des paramédicaux dans l'exercice des soins de premier recours. En effet, comme le montre N.VEZINAT [2019]²²⁸, « *En France, le statut libéral de la médecine, qui structure en profondeur le système de santé [HASSENTEUFEL, 1997] a conduit les médecins français à résister aux tentatives de socialisation de l'offre de*

²²⁶ Direction Générale de l'Offre de Soins qui a pour mission d'élaborer et d'assurer la mise en œuvre des politiques publiques. Elle participe également à la mise en œuvre des orientations de la Stratégie Nationale de Santé.

²²⁷ SCHWEYER.F.X, « Les médecins avec l'Etat pour former la coordination des maisons de santé pluriprofessionnelles : entre instrumentation et professionnalisation », Journal de Gestion et d'Economie de la Santé, 2019/1, n°1, pp.33-53

²²⁸ VEZINAT.N, « L'horizon d'un travail collégial dans les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles », in. DUBET.F, *Les mutations du travail*, La Découverte, « Recherches », 2019, pp.117-134

soins [ARLIAUD, 1987] »²²⁹. Dans cet ouvrage, elle montre comment les politiques publiques « *utilisent des modes de régulation indirects, qui incitent ces acteurs privés à agir dans le sens voulu sans pour autant remettre en cause les principes de la médecine libérale.* »²³⁰. Cet ouvrage s'attache ainsi à montrer comment les MSP, à travers leur représentation régionale et nationale, permettent une régulation et une réorganisation des soins primaires en associant l'Etat et ces acteurs.

En plus de cela, c'est une évolution de la philosophie de la pratique médicale qui imprègne ces nouvelles structures. C'est à travers elles que peuvent émerger de nouvelles pratiques de soins telles que la continuité des soins, l'éducation thérapeutique, la prévention... dans une perspective de santé publique organisée de manière plus cohérente sur tout un territoire. En ce sens, on peut citer ce que N.VEZINAT qualifie de « [...] *rupture avec la polarisation entre médecine libéral et médecine sociale* »²³¹. En effet, ces structures de soins tentent d'attirer les patients. Ayant contractualisés avec les ARS, à travers la signature d'un CPOM²³² et/ou d'un accord conventionnel interprofessionnel avec les CPAM, les MSP permettent d'éviter certaines hospitalisations grâce à leur caractère pluri-professionnel. Elles sont notamment dotées d'une existence juridique propre, de missions d'intérêts général et elles échangent avec les entités bureaucratiques (ARS, CPAM...).

Avec la loi Touraine du 26 janvier 2016²³³, l'objectif est de garantir l'accès aux soins de qualité pour tous. Cette loi se décline en plusieurs axes desquels découlent des mesures. Nous pouvons notamment citer l'axe 2 « Innover pour mieux soigner en proximité » avec la mesure 8 qui renforce le médecin traitant en prévoyant de « développer une médecine de proximité autour du médecin traitant ». On peut également citer la mesure 11 de cet axe dont l'objectif est « d'élargir les compétences de certaines professions de santé ». Cette loi a ainsi pour objectif de recentrer le système de santé sur les soins de proximité. C'est notamment ce que nous pouvons observer avec la mise en place d'ESP²³⁴ organisées autour des

²²⁹ VEZINAT.N, « L'horizon d'un travail collégial dans les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles », *art.cit.*, p.118

²³⁰ VEZINAT.N, *Vers une médecine collaborative. Politique des maisons de santé pluri-professionnelles en France, op.cit.*, p.26

²³¹ *ibid.*, p.119

²³² Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

²³³ Loi de modernisation de notre système de santé

²³⁴ Equipe de Soins Primaires

médecins généralistes et la constitution de CPTS²³⁵. Ces deux mesures s’ancrent pleinement dans la continuité des mesures prises dans le cadre du « pacte territoire Santé 2 ». Il s’agissait en effet d’un plan gouvernemental de lutte contre les déserts médicaux qui consistait en une aide financière ponctuelle aux porteurs de projets territoriaux des professionnels de santé. Depuis 2012, le Pacte Territoire Santé met en place des actions dans le but d’inciter les médecins à s’installer en zone déficitaire.

La loi de 2016 prévoit également un renforcement du rôle de certains praticiens, c’est notamment le cas pour les infirmiers cliniciens ou les infirmiers de pratique avancée.

Pour aller plus loin dans la lutte contre les « déserts médicaux », la loi du 24 juillet 2019²³⁶ met en œuvre des mesures présentées par la ministre lors du discours du 18 septembre 2018 (plan « Ma santé 2022 »). Cette loi prévoit en effet la suppression du *numerus clausus* et a pour objectif de mieux structurer l’offre de soins sur le territoire. Dans cette perspective d’une meilleure organisation de l’offre de soins, la loi encourage au développement de projet de santé sur le territoire. A cela il faut ajouter que dans le plan « Ma Santé 2022 », l’exercice isolé est clairement affiché comme devant devenir l’exception à l’horizon 2022. A cela il faut également ajouter la création d’une fonction « d’assistant médical » auquel il incombera les tâches administratives et médicales : accueil des patients, recueil des données et constantes et informations sur l’état de santé des patients, vérification des vaccins et dépistages, mise à jour des dossiers et gestion de l’aval de la consultation. L’objectif est d’arriver à 4 000 assistants médicaux en activité en 2022.

Ce plan prévoit également la création d’un collectif de soins au service des patients au sein duquel l’ensemble des professionnels de santé doit s’organiser pour garantir l’accès à un médecin traitant. Cela se traduit notamment par la création de CPTS et de 400 postes de médecins généralistes à exercice partagé entre la ville et l’hôpital dans les territoires prioritaires. Dans ce plan, on cherche également à libérer du temps médical afin de répondre au problème d’accès aux soins.

Si l’exercice coordonné reste encore minoritaire en France [SCHWEYER, VEZINAT, 2019]²³⁷, le modèle de la MSP est un modèle qui est attractif pour de nombreux

²³⁵ Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

²³⁶ Loi relative à l’organisation et à la transformation du système de santé

²³⁷ SCHWEYER.F.X, VEZINAT.N, « Ecologie des maisons de santé pluri-professionnelles : une gouvernance multi-niveaux », *Journal de Gestion et d’Economie de la santé*, 2019/1, n°1, pp.3-10

jeunes médecins. On peut notamment mentionner le passage de 235 MSP en 2012 à 950 en 2018 [SCHWEYER, VEZINAT, 2019]. La répartition des MSP est néanmoins très inégale sur le territoire car elle est conditionnée par la volonté des professionnels de créer une structure d'exercice regroupé ainsi que d'un professionnel qui incarne un véritable rôle de leader. N.VEZINAT montre l'existence de rapports de force au sein des MSP au sein desquelles les médecins ont le dernier mot [VEZINAT, 2019]. En effet, le rapport de force joue en leur faveur dans la mesure où les paramédicaux ont nécessairement besoin de la présence de médecins pour que la structure reste une MSP. En revanche, elle constate que les rapports de force directs entre ces différents professionnels de santé sont rares. Elle observe en effet que « *Le mécanisme qui permet d'intervenir renvoie à un « régime de contrôle latéral », c'est-à-dire qu'il se fonde sur une « discipline sociale qui aide les membres à coopérer, c'est-à-dire à échanger, à se mettre mutuellement sous pression, à se surveiller, à se sanctionner et à contrôler leurs jeux de statut » [LAZEGA, 1999,p. 664] »²³⁸. Il faut également souligner que l'importance de l'implantation des MSP sur un territoire est corrélée au rôle de l'ARS. Or les ARS offrent un soutien inégal en fonction du secteur géographique [VEZINAT, 2019]. Cela peut notamment s'expliquer par le fait que « *la direction de l'ARS peut émaner de la médecine de ville ou des hôpitaux, les hospitaliers soutenant selon eux moins que les autres le développement des maisons de santé »²³⁹. Il faut ici souligner l'importance du rôle de l'ARS qui marque ainsi un bouleversement dans les pratiques de l'exercice de la médecine libérale. En collaborant avec les professionnels de la MSP, l'ARS influe sur l'orientation que les premières vont prendre. Cela s'opère au prisme de l'identification des besoins de santé mais également par le financement de cabinet d'études. En filigrane, c'est l'Etat qui est présent dans la gestion des MSP. On peut qualifier ce mode de fonctionnement de « gouvernement à distance » [VEZINAT, 2019]. On voit alors bien en quoi les MSP constituent un instrument de régulation de l'offre de soins de premier recours utilisé par l'Etat et ses services déconcentrés. C'est d'ailleurs ce que souligne N.VEZINAT dans son ouvrage [VEZINAT, 2019, p.158] : « *Ce discours, en partie démagogique, illustre bien l'instrumentalisation croisée à l'œuvre : les maisons de santé apparaissent autant comme un instrument des politiques publiques de santé menées par le ministère en vue de garantir une certaine offre de soins qu'une dynamique professionnelle d'extension progressive d'un « territoire professionnel ».* ». Toutefois, cette forme de**

²³⁸ VEZINAT.N, *Vers une médecine collaborative. Politique des maisons de santé pluri-professionnelles en France, op. cit., p.131*

²³⁹ *ibid., p.161*

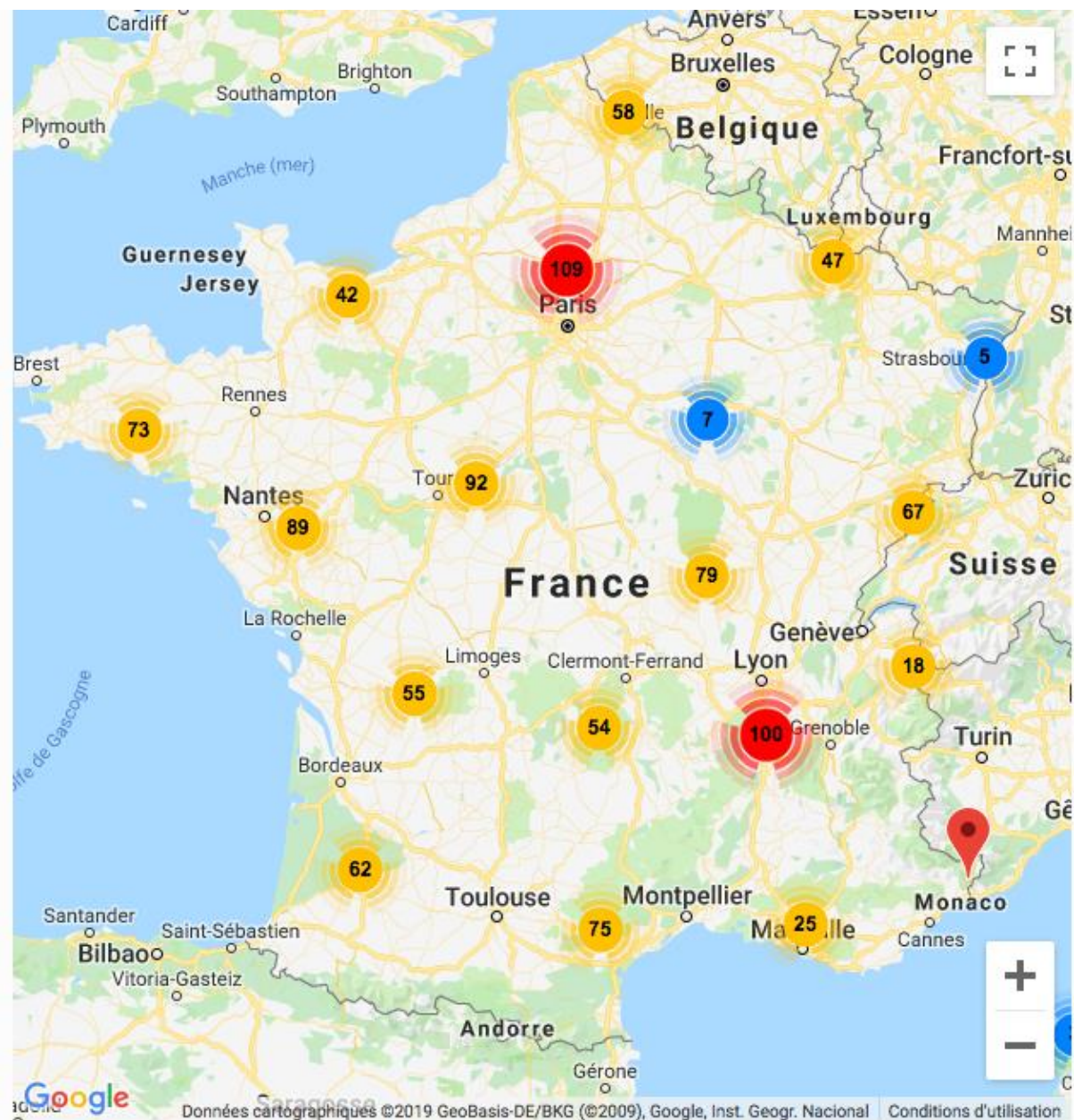
contrôle opérée par l'ARS constitue une certaine « *atteinte* » à l'autonomie des généralistes [SCHWEYER, 2019]²⁴⁰

L'organisation de la coordination fonctionne autour de différents outils tels qu'un protocole d'exercice, des réunions de concertation régulières, un dossier électronique partagé... L'ensemble de ces outils permet d'assurer la continuité des soins, d'accompagner les patients qui présentent des situations complexes... La Haute Autorité de Santé a d'ailleurs fourni un appui technique aux MSP, à la demande de la fédération, en élaborant des protocoles de soins primaires, ce qui a une fonction de « guide ».

Avec l'essor des MSP, le métier de “coordinateur d'équipe de santé” voit le jour.

²⁴⁰ SCHWEYER.F.X, « Les médecins avec l'Etat pour former la coordination des maisons de santé pluriprofessionnelles : entre instrumentation et professionnalisation », *art.cit.*, pp.33-53

Titre : Carte d'implantation des MSP en France²⁴¹



Source : data.gouv.fr

Source : ma-msp.com

Ce mode d'exercice coordonné est largement mis en avant dans les politiques nationales car il présente de nombreux atouts. Le premier d'entre eux est que les MSP permettent une meilleure répartition de l'offre de soins sur le territoire. En effet, elles sont présentées comme permettant de répondre - partiellement - à la problématique de la

²⁴¹ les différentes couleurs utilisées permettent de mettre en avant l'importance de l'implantation ou non des MSP (rouge : plus forte implantation, bleu : plus faible implantation et orange : implantation moyenne)

désertification médicale. Deuxième atout de ce mode d'exercice, c'est qu'il permet de lutter contre l'isolement dont souffrent de nombreux médecins, pouvant aller jusqu'à des situations de "burn-out" comme on peut l'entendre régulièrement dans les médias. En effet, l'exercice coordonné permet une meilleure articulation entre la vie professionnelle et la vie privée. C'est d'ailleurs auprès des jeunes médecins que ce mode d'exercice est le plus plébiscité.

Néanmoins, exercer en MSP n'est pas une chose anodine dans la mesure où elle opère ce que C.FOURNIER²⁴² qualifie de « choc culturel ». Il est marqué par un travail pluri-professionnel que l'on observe à quatre niveaux. Tout d'abord le premier niveau consiste en un travail lié aux prises en charge individuelles des patients ou actions de santé auprès de la patientèle de la MSP ou de la population du territoire. Le deuxième niveau concerne les échanges et les accords préalables entre professionnels et des formations pluriprofessionnelles. Le troisième niveau correspond au travail entre les différents professionnels sur la gestion du fonctionnement de la MSP qui passe notamment par la réalisation d'un projet de santé et la contractualisation entre ARS et CPAM. Enfin, le quatrième et dernier niveau concerne la participation à l'organisation des soins primaires à l'échelle du territoire en collaboration avec d'autres acteurs tels que les élus, l'ARS, les CPAM.

A.FRAUQUETTE²⁴³ identifie notamment deux types de régions en matière de création de MSP. Tout d'abord, il identifie celles qu'il qualifie de "suiveuses" qui renforcent la vision du modèle de la MSP tel qu'il est porté par l'Etat. Ces régions défendent ce modèle au prisme de trois arguments centraux. En premier lieu, il y a une dépendance technique des services de l'ARS. Ensuite on assiste à un manque de volonté politique pour procéder à des formes nouvelles. Enfin, leur troisième argument repose sur le fait que le pouvoir de l'Etat dans le domaine de la santé est inévitable dans la mesure où c'est lui qui permet aux MSP d'être labellisées avec le déclenchement notamment des subventions. Ensuite, le deuxième type de région observé est celles qu'il qualifie "d'affirmées". Ces régions, beaucoup moins nombreuses que les premières se fondent sur une diversité de répertoires d'action afin

²⁴² FOURNIER.C, « Quel avenir pour l'organisation des soins primaires en France ? », Synthèse du séminaire pluridisciplinaire coordonné par la chaire santé de Sciences Po, H.BERGERON (dir.) et A.MOYAL

²⁴³ FRAUQUETTE.A, in GURRUCHAGA.M, ALAM.T, *collectivités territoires et santé, regards croisés sur les frontières de la santé, op. cit.*

d'imposer leur vision. Les arguments sont ici nombreux. Pour leur assurer une existence, elles vont financer des acteurs externes afin de porter leur projet.

Dans l'Ain, le modèle de la MSP est un modèle très attractif. En effet, l'un des fondateurs de la FFMPS²⁴⁴ est également le fondateur d'une des premières MSP du département de l'Ain, la MSP de Pont d'Ain.

Cette MSP qui fait figure d'exemple, à un mode d'organisation qui semble largement repris dans de nombreuses autres MSP. Dans cette structure, il y a quatre cabinets pour cinq médecins titulaires. Sur le plan administratif, les membres de la MSP sont regroupés dans une SISA²⁴⁵ ainsi que dans une SCM²⁴⁶. A cela s'ajoute un médecin remplaçant permanent (mais qui n'a pas le statut de collaboratrice). En plus de cela, il y a un médecin remplaçant qui vient deux jours par semaine ainsi qu'un étudiant en internat de médecine en stage SASPAS²⁴⁷, présent 3 jours par semaine dans la MSP. Au total on compte huit médecins sur la structure.

Concernant le temps disponible pour les soins, les consultations ont lieu du lundi au samedi avec une amplitude horaire de 8h à 18h (voire plus tard) du lundi au vendredi et de 8h à 12h le samedi. L'idée de départ lors de la création de cette MSP était de pouvoir offrir une qualité de soins avec une amplitude horaire importante pour les patients, tout en permettant aux professionnels de santé de trouver un équilibre entre leur vie professionnelle et leur vie privée.

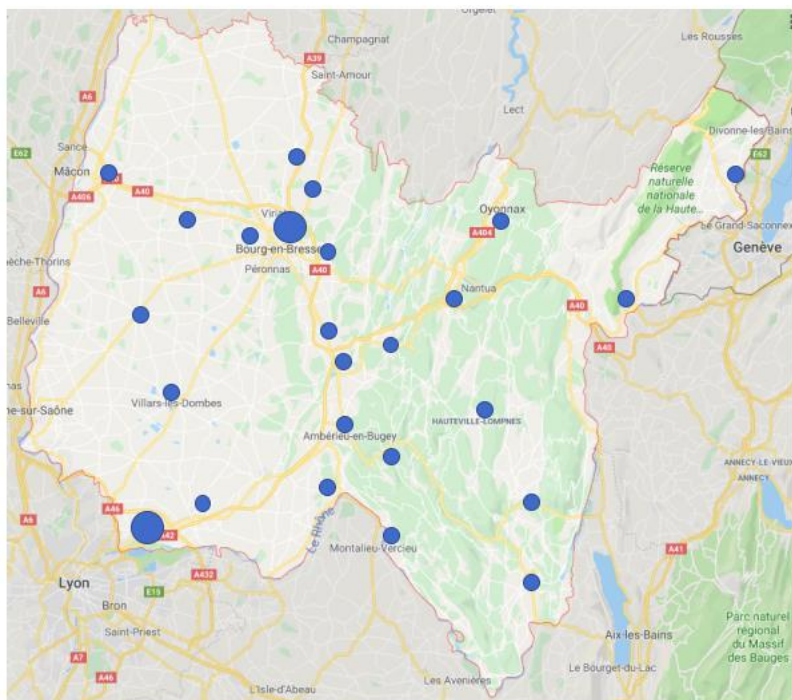
²⁴⁴ Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé

²⁴⁵ Société Interprofessionnelles de Soins Ambulatoires

²⁴⁶ Société Civile de Moyens

²⁴⁷ Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoire Supervisé, d'une durée de 6 mois

Titre : Carte de l'implantation des MSP dans le département de l'Ain²⁴⁸



Liste des communes dans lesquelles sont implantées des MSP:

- Ambérieu-en-Bugey
- Artemare
- Bâgé-le-Châtel
- Beynost
- Bourg-en-Bresse (2)
- Châtillon-sur-Chalaronne / Neuville-les-Dames
- Collonges
- Dagneux
- Hauteville-Lompnes
- Lagnieu
- Marboz
- Mézériat
- Miribel
- Saint-Martin-du-Fresne
- Pont-d'Ain
- Serrières-de-Briord
- Saint-Etienne-du-Bois
- Saint-Rambert-en-Bugey
- Oyonnax
- Ceyzériat
- Tossiat
- Belley
- Saint-Maurice-de-Beynost
- Versonnex
- Saint-Denis-les-Bourgs
- Villars-les-Dombes
- Poncin

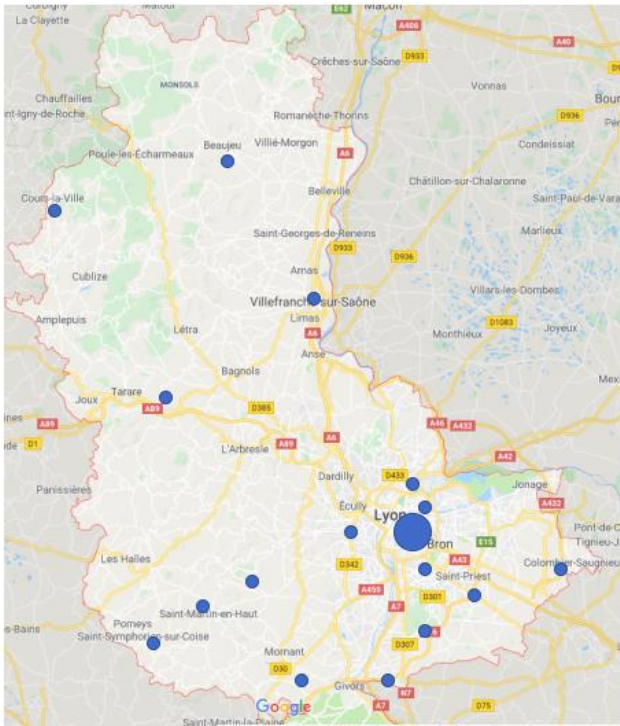
La région AURA compte 214 MSP en fonctionnement actuellement, contre 100 pour la région BFC.

A l'échelle infra-régionale, le département du Rhône compte 1,882 million d'habitants en 2019 pour 20 MSP actuellement en fonctionnement alors que pour le département de l'Ain, il y a 28 MSP pour une population de 653 688, toujours en 2019²⁴⁹. Pour le département de la Saône-et-Loire, les MSP sont au nombre de 15 pour une population de 549 763 habitants.

²⁴⁸ cette carte et la suivante sont réalisées par l'auteur

²⁴⁹ source INSEE

Titre : Carte de l'implantation des MSP dans le département du Rhône

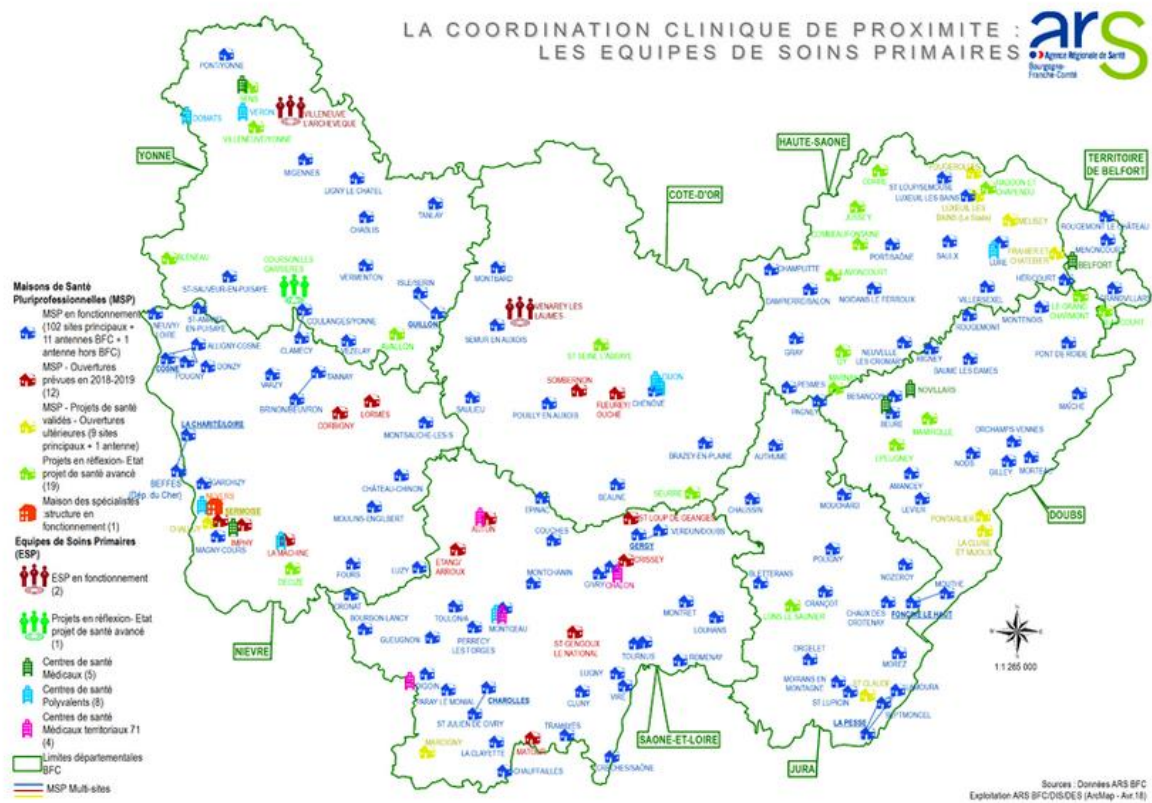


Liste des communes dans lesquelles sont implantées des MSP :

- Beaujeu
- Cours-la-Ville
- Lyon Etats-Unis
- Mermoz
- Saint-Martin-en-Haut
- Saint-Symphorien sur Coise
- Tassin-la-Demi-Lune
- Thurin
- Vénissieux
- Colombier-Saugnieu
- Pontcharra-sur-Turdine
- Saint-Priest
- Condrieu
- Villeurbanne
- Marennes
- Saint-Andéol le Château
- Rillieux-la-Pape
- Lyon Guillotière
- Lyon Jean Jaurès
- Villefranche-sur-Saône

Au regard de ces deux cartes, on constate que les MSP sont inégalement réparties sur le territoire. Cela est nettement plus marqué dans le département du Rhône où l'engouement pour ce type de structure s'observe essentiellement dans la moitié sud du département, là où l'urbanisation et le phénomène de "banlieue" est plus important. En revanche, dans le département de l'Ain, les MSP sont plus également réparties. D'ailleurs, entre ces deux départements, le ratio joue nettement en faveur du département de l'Ain.

Titre : Carte d'implantation des MSP en BFC



Source : www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr

En région BFC, et plus particulièrement dans le département de la Saône-et-Loire, la répartition des MSP semble globalement homogène.

Comme pour le département de l'Ain, la Saône-et-Loire revêt un caractère essentiellement rural ou périurbain qui diffère sensiblement avec le département du Rhône.

L'augmentation puis la disparition future du *numerus clausus* pourrait faire penser qu'une solution a été trouvée pour palier à ce manque de médecins sur l'ensemble du territoire national. Néanmoins, à la suite de notre entretien avec ce médecin, la situation et l'opportunité qu'offrent les MSP ne permet de régler que partiellement cette problématique.

« Ce n'est même pas sûr parce que la plupart des jeunes comme on les voit ici, ils travaillent tous à mi-temps. Ils sont à trois jours par semaine. Il y en a quelques-uns qui bossent plus mais la plupart, c'est trois jours

par semaine soit parce qu'ils ont d'autres activités, loisirs, famille, etc., soit parce qu'ils ont un poste quelque part. Nous ici, sur les trois jeunes qui bossent, ils sont tous les trois, trois jours. Donc, ce n'est pas sûr que l'augmentation des médecins... ce qu'il faut, c'est augmenter la productivité. »²⁵⁰

Nous avons pu le voir, les jeunes médecins baignent très largement dans cette nouvelle conception de la médecine, celle qui leur permet de mieux articuler leur vie privée et leur vie professionnelle. Néanmoins, cela a pour effet de diminuer le temps de consultation disponible pour les usagers. Pour pallier cette problématique, il faut donc que ces nouveaux modes d'exercice reposent sur une organisation plus efficiente qui permette d'augmenter la productivité des médecins. C'est vers cette logique que se développent les MSP. A l'image de celle de Pont d'Ain, la recherche de l'efficacité reste la clé du développement de la MSP. Dans un premier temps, les professionnels ont tenté de rationaliser l'ensemble des consultations. A de nombreuses consultations, les professionnels ont préféré développer l'éducation des patients, notamment pour ceux souffrant de maladies chroniques. L'accueil téléphonique s'est développé pour répondre aux patients afin de limiter les consultations. Les renouvellements d'ordonnance se font sans recevoir les patients en consultation (pour ceux qui n'en ont pas besoin). La fédération, à travers son ancien président, a montré qu'un médecin généraliste en MSP a la capacité de suivre autant de patients que trois médecins généralistes qui exerceraient de manière isolée, grâce à l'organisation des MSP et au personnel non médical présent au sein de l'organisation tel qu'un secrétariat, un coordonnateur... Cela a été présenté sous l'appellation éponyme de l'ancien président de la fédération, « équation Pierre de Haas » [VEZINAT, 2019].

« On fait beaucoup de réponses téléphoniques, beaucoup de gens trouvent des ordonnances au secrétariat sans consultation sur parfois, des renouvellements, des choses assez banales. Les gens qui ont le rhume des foins depuis des années, pas besoin de quinze minutes pour

²⁵⁰ extrait d'entretien avec un médecin fondateur d'une MSP, facilitateur MSP 01, FFMP

leur dire « ah, vous avez encore le rhume des foins cette année ». Ils savent, ils envoient un mail ou ils passent un coup de fil, ils passent le lendemain, ils ont une ordonnance d'antihistaminique à l'accueil, on n'a pas besoin de consulter pour ça. C'est un mode de travail qui est différent sauf qu'il faut sortir le professionnel de santé de la crainte de ne pas gagner assez, ces choses-là. »²⁵¹

Inciter les professionnels de santé, et plus fortement, les médecins à se regrouper et travailler ensemble n'est pas une chose aisée. En effet, face à l'essor des maladies chroniques, de l'augmentation importante du nombre de patients et la complexité de l'exercice, l'exercice coordonné semble être une solution. La difficulté réside largement dans le fait de convaincre les professionnels d'adopter ces pratiques et de s'installer dans ce type de structure. Face à cette nécessité, le modèle des MSP se heurte à de nombreux professionnels de santé. En effet, si l'on se place du point de vue du médecin, l'intérêt d'une telle structure n'est pas limpide. Actuellement les médecins n'ont aucune difficulté à se constituer une patientèle - et donc des revenus importants - bien au contraire. De plus, nombre d'entre eux sont à quelques années de la retraite donc un changement radical dans les pratiques ne présente pas nécessairement d'intérêt personnel. Dans ces circonstances, comme nous l'a été évoqué lors de l'un de nos entretiens, l'intérêt général n'est pas toujours prédominant face aux intérêts particuliers. Dans la mesure où il y a un principe de liberté d'installation, aucune obligation d'implantation dans ce type de structure ne peut leur être faite.

« C'est le système de santé qui aboutit à ça. On a laissé des gens dans une espèce de ce que je vous disais tout à l'heure, dans une espèce de... complètement gâtés par le système et tout à coup, vous leur dites : « il

²⁵¹ extrait d'entretien avec un médecin fondateur d'une MSP, facilitateur MSP 01, FFMPs

faut aller changer », ils ne veulent pas. S'ils ne veulent pas nous, on se retire. »²⁵²

Dans les territoires ruraux notamment, nombreux sont les élus locaux qui souhaitent créer ce type de structure qui leur permettrait de répondre aux enjeux locaux. Néanmoins ce mode d'organisation, bien que florissant, n'en demeure pas moins encore complexe à mettre en œuvre et ne séduit qu'une petite partie des médecins. De ce fait, il est souvent complexe d'arriver à trouver des professionnels à mettre dans ces structures, alors même que la demande des élus est importante. A partir de là s'instaure un dialogue avec les élus locaux et l'ARS.

« Donc, on dit à l'ARS : « allez-y, faites un centre de santé » Et l'ARS fait un centre de santé : ça marche ou ça ne marche pas. »²⁵³

Conscients de cette difficulté, une structure privée²⁵⁴ propose la création - et la gestion - de MSP. Elle a la capacité d'attirer de jeunes médecins en leur présentant les différents intérêts d'une telle structure. Cette société bénéficie d'une expérience de terrain ainsi que d'un carnet d'adresse permettant de recruter de jeunes professionnels. L'idée de cette société est d'inciter le plus grand nombre de professionnels à s'installer dans une structure d'exercice coordonné. Dans la mesure où il est difficile de faire changer les pratiques des professionnels de santé, l'objectif affiché ici est de faire évoluer les choix et préférences des usagers en les incitant à se tourner vers ce type de structure. La patientèle d'un médecin fonctionnant comme un marché économique entre l'offre et la demande, l'idée est ici de susciter une forte demande de la part des patients pour des structures d'exercice coordonné.

²⁵² extrait d'entretien avec un médecin fondateur d'une MSP, facilitateur MSP 01, FFMPs

²⁵³ extrait d'entretien avec un médecin fondateur d'une MSP, facilitateur MSP 01, FFMPs

²⁵⁴ Espage, société liquidée depuis le 6 février 2019

« Les patients vont comprendre au bout d'un moment que ce n'est pas le bon service et ils vont se rapprocher des unités de soins primaires qu'on va créer qui vont bien mieux répondre en termes d'accessibilité et de qualité des soins. Sauf qu'aujourd'hui, on a pris beaucoup de retard. C'est un problème de maturité, moi, ça fait vingt ans que j'attends ça. »²⁵⁵

Comme on peut le voir dans l'extrait de l'entretien ci-dessus, nous constatons que la création de telles structures n'a pu avoir lieu, notamment en raison d'un manque de maturité de ce projet. Néanmoins, l'évolution des mentalités et des pratiques ainsi que l'effet "pyramide des âges"²⁵⁶ semble constituer la temporalité propice à l'essor de ce projet.

« Aujourd'hui, je sais que c'est possible et en plus, aujourd'hui, je pense que c'est possible parce que toute ma génération va disparaître et que les jeunes arrivent donc, c'est le moment où il faut lancer. »²⁵⁷

A travers cet extrait d'entretien, on constate que la société Espage a saisi l'opportunité pour développer un modèle en latence depuis plusieurs décennies.

« Et [médecin], ça fait des années qu'il me dit : « ben alors, quand est-ce que tu industrialises ton système de Pont-d'Ain ? » Et je dis : « ce n'est pas mûr, ce n'est pas mûr ». Et là, je pense que c'est mûr. Là, on est en train de lancer, on a quatre premières maisons de santé avec qui on va signer et on est parti, parce que je suis allé chercher un manager,

²⁵⁵ extrait d'entretien avec un médecin fondateur d'une MSP, facilitateur MSP 01, FFMPS

²⁵⁶ la population des médecins étant vieillissante, une importante part de leur effectif va partir à la retraite dans les années à venir, laissant place à de jeunes médecins

²⁵⁷ extrait d'entretien avec un médecin fondateur d'une MSP, facilitateur MSP 01, FFMPS

un financier, un mec de l'immobilier et à tous les quatre, on lance cette opération-là et peut-être que c'est ça. »²⁵⁸

De cette démarche, on constate qu'un véritable marché économique est en plein essor. On voit d'ailleurs là comment des acteurs - professionnels de terrain - ont su se saisir des opportunités offertes par une problématique locale et nationale pour développer une entreprise commerciale.

« Et très vite si ça marche, on aura des concurrents qui vont se développer, peut-être les mutuelles, peut-être les sociétés de consultants qui vont se transformer, etc. mais je pense que d'ici quelques années, on proposera de créer des unités de soins primaires et de les piloter, de les gérer, pas de les piloter parce que c'est des professionnels qui garderont la gouvernance à la différence des hôpitaux. Les professionnels ne gouvernent plus rien dans les hôpitaux et là, on va leur proposer de faire la gouvernance médicale de leur territoire, de les aider, de les accompagner. »²⁵⁹

L'objectif de cette société est de transformer en profondeur les pratiques et les modes d'exercice des professionnels de santé, en développant ainsi une forme d'industrialisation de la médecine. Les acteurs proposent ici une alternative permettant d'offrir une qualité de soins aux patients, tout en conservant le mode d'exercice libéral, cher à de nombreux professionnels de santé. L'essor de cette société fut néanmoins de courte durée puisqu'elle a été liquidée en 2019. Sur ce point, nous pouvons formuler des hypothèses : dans un premier temps, le coût pour les structures de prendre cette société qui peut freiner à plus ou moins long terme les professionnels des MSP, notamment celles en fonctionnement depuis plusieurs années. Une deuxième hypothèse est qu'avec le travail opéré par les ARS qui viennent en soutien aux MSP, le recours à ce type de société ne fait plus sens.

²⁵⁸ extrait d'entretien avec un médecin fondateur d'une MSP, facilitateur MSP 01, FFMPs

²⁵⁹ extrait d'entretien avec un médecin fondateur d'une MSP, facilitateur MSP 01, FFMPs

Si l'engouement pour ce type de structure ne fait aucun doute, certains professionnels ne souhaitent pas s'y inscrire. On constate toutefois que chez les jeunes médecins, l'installation isolée est boudée au profit d'une installation groupée, dans une MSP ou tout autre type de structure.

« Ceux qui s'installent en isolé, franchement maintenant, il doit y avoir un par an mais pas plus. C'est tous soit en groupe donc, en cabinet de groupe mais pas forcément en travail coordonné mais en tout cas, en groupe, soit en MSP. Et tous les jeunes qu'on rencontre parce que tous les six mois, on rencontre les internes qui passent en stage dans le département et on fait un peu un débriefing, tous ils expriment qu'ils ont envie de bosser en groupe. »²⁶⁰

Pour ceux qui décident malgré tout de s'installer de manière isolée, on constate cependant une évolution de leur mode d'exercice. Par exemple, certains médecins installés de manière isolée le sont simplement "physiquement". Dans les faits, ils sont rattachés à un projet de MSP, ce qui leur permet de ne pas être isolé dans leur pratique.

Si le modèle de la MSP est très largement séducteur pour les jeunes médecins, par la qualité de travail qu'elle procure ainsi que les divers autres avantages, il n'en demeure pas moins que les installations des médecins dans les MSP n'a lieu que dans les zones géographiques où il y a une dynamique professionnelle existante.

« On voit que les jeunes là où ils viennent, c'est là où il y a une dynamique professionnelle, qu'il y a déjà un groupe en place et c'est là où ils vont être attirés et de préférence effectivement sur le modèle MSP. Après, il y a des cabinets de groupe qui fonctionnent quand même comme des MSP mais qui ne se sont pas fait reconnaître. C'est vraiment

²⁶⁰ extrait d'entretien avec le service offre de soins de premier recours DD ARS de l'Ain

la dynamique avec les autres médecins et avec les paramédicaux. Et ça, c'est vrai que dans le département, pour le coup, on est un des départements pionniers sur les MSP grâce à [nom du médecin]. »²⁶¹

L'argument principal pour attirer les jeunes médecins c'est la présence d'une MSP sur le territoire. En effet, ce sont ces dernières qui, par leur fonctionnement et leur dynamique, attirent les jeunes médecins. En revanche, la création d'une MSP par ces derniers est souvent un frein au regard de l'importance des procédures administratives que demandent une telle mise en œuvre. Comme nous avons pu le voir, le département de l'Ain sort du lot en matière de création de MSP puisque c'est le lieu de création des premières MSP en France.

« On avait deux MSP un peu avant-gardistes qui étaient Pont-d'Ain et Ambérieu-en-Bugey et c'est vrai qu'après, ça a essaimé autour, d'autant plus qu'il y a un très bon partenariat dans le 01, entre l'ARS et la Fédé des Maisons de santé qui est assez efficace et donc, on va porter sur le territoire, rencontrer les professionnels pour leur expliquer l'intérêt d'exercer comme ça. Et c'est vrai que le discours de la Fédé est juste central parce qu'eux, ils vont parler concrètement avec leurs confrères : « Là, pour la famille on vous appelle dix fois par jour pour régler le traitement des patients sous anticoagulants. Si vous protocolisez, du coup, vous ne serez plus dérangé par l'infirmière et ce sera beaucoup plus sécurisé pour elle et pour le patient ». Avec des choses concrètes comme ça, les équipes, ça les intéresse. »²⁶²

Ce type de structure ne suscite de l'intérêt auprès des jeunes médecins que dans les zones où des stages sont offerts aux jeunes internes. D'ailleurs, souvent ces derniers souhaitent intégrer une MSP dans laquelle ils ont été en stage. Ce mode d'exercice présente

²⁶¹ extrait d'entretien avec le service offre de soins de premier recours DD ARS de l'Ain

²⁶² extrait d'entretien avec le service offre de soins de premier recours DD ARS de l'Ain

donc de nombreux intérêts et, dans la mesure où il fonctionne comme une entreprise - même si les médecins sont ici libéraux - l'ambiance de travail participe très largement à l'engouement qu'ils peuvent avoir pour ces dernières.

« Les jeunes qui sont passés en stage là-dessus, sur ces structures, ça leur donne envie de s'installer et ça, c'est vraiment le point, nous, qu'on a identifié, sur lequel on peut agir en tout cas, c'est la maîtrise de stage... »²⁶³

Un des leviers d'action qui a pu être identifié pour attirer de nouveaux médecins dans ces territoires sous-denses, c'est notamment de développer les offres de stage sur le territoire. Puisque les étudiants de médecine qui font des stages à l'intérieur d'une MSP souhaitent souvent s'y installer, l'enjeu est ici de développer l'offre de stage afin de pouvoir recruter par la suite de nouveaux médecins et/ou remplaçants.

« On avait 66 maîtres de stage dans le département ce qui était plutôt pas mal par rapport à la moyenne. [...] On a organisé un séminaire aussi qui a été plutôt un succès parce qu'on a eu une vingtaine de médecins qui sont venus dont sept se sont directement inscrits à la formation : plutôt pas mal. Et on a fait une enquête qui était très intéressante pour le coup auprès justement des médecins MSU, Maîtres de Stage Universitaires pour pouvoir mesurer justement l'impact de la maîtrise de stage et ce qu'il était intéressant de constater c'est que le fait d'être maître de stage leur a permis de trouver un remplaçant régulier ou occasionnel pour trois quarts d'entre eux. On n'a pas fait de distinction, on a pris tous les maîtres de stage, on n'a pas regardé avec l'ancienneté. Il y en a qui venaient d'être labellisés maître de stage. Et il y en a un tiers qui a trouvé même un associé ou un

²⁶³ extrait d'entretien avec le service offre de soins de premier recours DD ARS de l'Ain

collaborateur parmi leurs stagiaires. Ça, c'est des données qui pour le coup : ça parle aux professionnels. Là, c'est objectif. »²⁶⁴

Cet extrait d'entretien nous montre qu'un levier d'action peut être trouvé et que l'on peut influencer largement dessus pour le développer. C'est la stratégie que semble avoir adopté l'ARS et pour l'instant les résultats semblent probants. Néanmoins, on constate des différences importantes à l'échelle infra-régionale. En effet, comme nous avons pu le voir, le modèle des MSP séduit dans une plus large mesure, les territoires ruraux. Si l'on compare deux départements d'une même région, l'Ain et le Rhône, la ruralité nettement plus marquée dans l'Ain explique largement le développement des MSP au contraire du département du Rhône. En effet, dans le Rhône, l'urbanisation plus prononcée est propice à une montée de l'individualisme des professionnels de santé. De ce fait, on observe davantage de difficultés à faire émerger des projets d'exercice collectif qui émanent des professionnels de terrain, alors que dans le département de l'Ain qui est largement dominé par son caractère rural, les mentalités des professionnels de santé sont plus ouvertes à l'exercice coordonné, d'autant plus que la fédération et les premières MSP ont joué un rôle de moteur à leur essor sur tout le territoire départemental.

« On était l'autre fois à la MSP de Joyeuse en Ardèche, c'est pareil, il n'y a que des jeunes. Il y a de nouveau des Internes qui sont venus en stage, qui veulent s'installer, ils ont refusé, les anciens, parce qu'ils ont assez de monde. Donc, les gens reviennent au milieu rural. Je pense que c'était avant ; avant les gens ne voulaient pas aller dans le rural maintenant ils ont compris et je pense que l'exercice regroupé y aide beaucoup. Mais vous allez en Ardèche dans les structures de maisons

²⁶⁴ extrait d'entretien avec le service offre de soins de premier recours DD ARS de l'Ain

de santé, la moyenne d'âge a nettement baissé. C'est beaucoup des jeunes générations. »²⁶⁵

Comme on peut le voir dans l'extrait d'entretien ci-dessus, on constate que le milieu rural est l'un des facteurs explicatifs de l'essor des MSP. En effet, le département de l'Ardèche est largement marqué par son caractère rural. C'est donc bien l'existence de MSP déjà en place qui attire de nouveaux médecins dans ces territoires. Bien que n'étant pas une solution "miracle" à la redensification médicale, les MSP apportent une réponse importante à cette problématique. Elles permettent notamment de maintenir l'offre dans ces territoires. Néanmoins, là encore, il faut insister sur le fait que pour attirer de nouveaux médecins, les MSP doivent déjà exister. La difficulté réside alors dans le fait de créer des structures avec des professionnels déjà en exercice sur le territoire.

A cela il faut ajouter le fait que pour continuer à attirer de nouveaux médecins, il faut également développer l'attractivité des territoires. C'est un des leviers d'action que tentent de promouvoir les départements. Ces jeunes médecins qui arrivent dans ces territoires le font parce que le mode d'exercice leur permet de concilier une vie professionnelle et une vie privée. L'articulation des deux leur permet de trouver un confort de vie mais cela implique donc qu'ils puissent mener une vie privée confortable dans un cadre de vie agréable. Pour cela, il faut que les instances territoriales mettent en avant la promotion de leur territoire.

« Pour arriver à attirer des jeunes professionnels, je pense qu'il faut qu'on arrive à développer notre attractivité médicale, en lien avec les hôpitaux du département, avec la capacité de bien travailler entre médecins dans le département. Je pense que c'est vraiment des atouts qu'on peut jouer et qui intéressent. Ce ne sera pas seulement le poulet de Bresse mais ça peut être ce type de démarches qui peut les intéresser. »²⁶⁶

²⁶⁵ extrait d'entretien avec la direction pilotage opérationnel et premier recours / service premier recours
ARS AURA

²⁶⁶ extrait d'entretien avec la direction solidarités, Conseil départemental de l'Ain

Comme nous pouvons le voir ici, c'est donc un ensemble de facteurs qui permettent d'attirer de nouveaux médecins qui s'installeront de manière pérenne.

Bien que le modèle de la MSP séduise bon nombre de médecins, nous avons pu voir qu'il n'est pas le seul modèle que souhaitent intégrer les nouvelles générations. En effet, le modèle de la MSP repose sur l'exercice libéral, ce qui implique la gestion administrative et financière de l'activité des médecins par eux-mêmes. Face à l'accroissement des démarches administratives toujours plus chronophages (dossiers affections longue durée, personnes handicapées...) et à la difficulté d'une gestion comptable des cabinets, de nombreux professionnels de santé choisissent d'opter pour le mode d'exercice salarié tel qu'on le retrouve dans les CDS.

Section 2 : Pôles de santé, CDS, réseaux de soins et CPTS

Contrairement à une MSP, un pôle de santé regroupe plusieurs structures et professionnels. Ainsi il s'agit d'une organisation plus vaste regroupant plusieurs organisations de soins de diverses formes au sein d'un même territoire.

Définition des pôles de santé

Article L6323-4

“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 établissements de santé, des établissements et des services médico-sociaux, des groupements de coopération sanitaire et des groupements de coopération sociale et médico-sociale.”

Concernant les CDS, le fonctionnement est tout autre, ainsi que le principe de fonctionnement de cette structure. A la différence de la MSP ou du pôle de santé où les professionnels de santé exercent en libéral, le mode d'exercice du CDS repose sur le salariat. C'est la philosophie de l'exercice des soins qui est totalement différente entre le CDS et les autres formes d'exercice regroupé. Pour autant, comme le souligne O.SAINT-LARY, la création des CDS induit un certain paradoxe dans la mesure où elle repose sur le salariat des médecins mais le paiement s'effectue toujours à l'acte [SAINT-LARY, 2015]²⁶⁷.

Néanmoins, le mode de fonctionnement s'avère extrêmement complexe à mettre en œuvre. La réalisation d'une telle structure nécessite un investissement financier conséquent,

²⁶⁷ SAINT LARY.O et al, « Modes de rémunération des médecins généralistes : quelles conséquences ? », 2015, vol.26, n°119, pp.52-61

pour la construction du bâtiment, mais également pour la rémunération des personnels. A cela s'ajoute l'épineuse question du recrutement de ces professionnels. En effet, cette question pose un problème de taille dans un contexte de désertification médicale.

Le modèle du CDS séduit de plus en plus les professionnels de santé par les avantages qu'il procure. Les CDS ont été développés après la Seconde Guerre Mondiale dans un climat social fort et cela s'est développé jusqu'aux Trente Glorieuses où le modèle libéral a très largement pris le dessus. Le modèle du CDS trouve cependant son origine dans les dispensaires. Bien que cela ne soit pas indiqué comme tel, ils sont cependant à rapprocher, comme le montre E.VIGNERON [2015]. « *Finally, ce n'est pas avant 1991, sous la forme exacte de « centres de santé » et, pas avant 1960 sous des formes approchées, que l'on trouve mention des centres de santé dans le droit français. Cependant, la filiation en droit des centres de santé avec les dispensaires d'hygiène sociale est tout à fait nette, les premiers textes se contentant d'une substitution de mots* »²⁶⁸. Aujourd'hui, les CDS connaissent un regain d'intérêt notamment du côté des jeunes médecins [SAINT LARY et alii, 2015]²⁶⁹. En effet, ces jeunes médecins ont souvent eu l'occasion d'effectuer un stage dans ce type de structure qui leur montre un certain nombre d'avantages. Ce type de structure a le mérite de disposer d'un plateau technique, de s'occuper de la gestion administrative et surtout, offre une garantie salariale. Les médecins étant salariés au sein des CDS, ils perçoivent le même salaire tous les mois. A cela s'ajoute que le temps de travail est de 35 heures hebdomadaire, contre beaucoup plus pour les libéraux. Alors que la durée de travail hebdomadaire des médecins dépend de nombreux facteurs, tels que la densité médicale sur le territoire d'exercice ou le caractère rural ou urbain ou encore la présence d'une vie familiale [SCHWEYER, BLOY, 2010], le CDS peut présenter des avantages notables. Il faut également souligner que la part du travail administratif des médecins – auquel ils ne sont souvent pas formés – est extrêmement chronophage pour les médecins [SCHWEYER, BLOY, 2010] qui peuvent alors se tourner plus facilement vers un mode d'exercice qui les soulage de cette tâche.

²⁶⁸ VIGNERON.E, Les centres de santé une géographie rétrospective, FEHAP, 2015, 249 p.

²⁶⁹ SAINT LARY.O et al, « Modes de rémunération des médecins généralistes : quelles conséquences ? », *art.cit.*, pp.52-61

Les centres de santé en ARA

Auvergne-Rhône-Alpes est une région comptant de 208 centres de santé

- 44 sont des centres de santé pluridisciplinaires (CDP)
 - 9 en Auvergne et 35 en Rhône-Alpes
 - 3 sont en cours de création
- 9 sont des centres de santé médicaux (CDS)
 - 2 en Auvergne et 7 en Rhône-Alpes
 - 2 sont en cours de création
- 81 sont des centres de santé dentaires (CSD)
 - Auvergne 14 + Rhône-Alpes 67
 - Un certain nombre sont en cours de création
- 72 sont des centres de soins infirmiers (CSI)
 - 10 en Auvergne + 62 en Rhône-Alpes
 - 3 CSI en cours de passage en pluridisciplinaire = 3
 - Au sein d'une MSP = 3

Source : www.centres-sante-auvergnerrhonealpes.org

Titre : Carte des CDS en région BFC



Source : www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr

S’agissant des réseaux de santé²⁷⁰, la notion trouve sa définition dans la loi du 4 mars 2002²⁷¹. Selon la loi, « les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique. Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations ». Cette définition permet de nous donner les bases du fonctionnement du réseau de santé. A travers ce mode d'organisation, on affiche clairement la volonté d'inciter la collaboration des différents professionnels de santé entre eux. En effet, l'idée est de lutter contre une forme d'isolement des professionnels de santé. La mise en réseau constitue ainsi une alternative à celles que nous avons vu précédemment.

²⁷⁰ Aujourd'hui ils sont regroupés en PTA (Plateforme Territoriale d'Appui) puis d'ici juillet 2022 l'ensemble des dispositifs seront regroupés dans un DAC (Dispositif d'Aide à la Coordination)

²⁷¹ Droit des malades et qualité du système de santé

La loi précise que chacun des réseaux doit mettre en place « démarche d'amélioration de la qualité des pratiques, s'appuyant notamment sur des référentiels, des protocoles de prise en charge et des actions de formation destinées aux professionnels et intervenants du réseau, notamment bénévoles, avec l'objectif d'une prise en charge globale de la personne »²⁷².

Pour F-X.SCHWEYER, « L'émergence des réseaux de soins peut être analysée comme un processus structuré selon 3 axes : [1] la coordination des soins sur le terrain, avec des activités de travail mobilisant différents professionnels de santé ; [2] la négociation d'aménagements réglementaires et financiers ; [3] le débat à propos d'une doctrine de pilotage à partir d'expérimentations diverses et de rapports officiels »²⁷³ [G.BLOY, F-X.SCHWEYER, 2010]. Le fonctionnement du réseau repose sur une charte dans laquelle sont définis les engagements des parties prenantes. On y trouve également les référentiels ainsi que les protocoles de prise en charge. Ce mode de fonctionnement repose ainsi sur une évaluation, lui permettant éventuellement de devenir un organisme agréé. La création d'un réseau présente de nombreux avantages, tant pour les professionnels de santé insérés dans le réseau que les patients qui bénéficient ainsi d'une prise en charge complète et d'une expertise médicale.

²⁷² décret du 17 décembre 2002, art. D.766-1-2

²⁷³ SCHWEYER.F.X, « L'outil qui cache la réforme, les généralistes dans les réseaux de santé », in, BLOY.G, SCHWEYER.F.X (dir.), *Singuliers généralistes. Sociologie de la Médecine générale*, op. cit., p.285

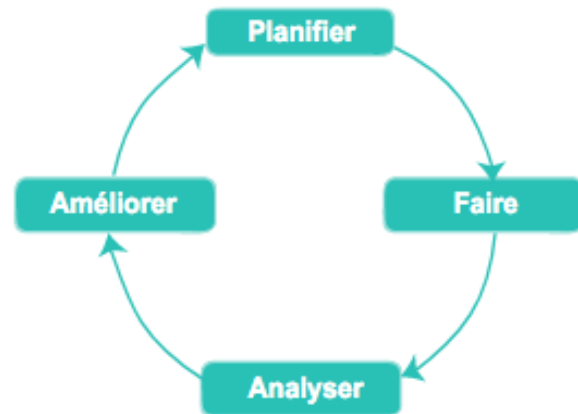
Le modèle du réseau fonctionne sur 4 étapes :

1. **Planifier** et programmer l'inclusion du patient.

2. **Faire** : appliquer le protocole de soins et engager la prise en charge, c'est l'étape principale de mise en œuvre de la démarche.

3. **Analyser** les résultats de l'intervention des professionnels.

4. **Améliorer** : c'est l'étape **essentielle** d'appropriation des messages, au cours de laquelle les médecins s'efforcent d'améliorer leurs pratiques de manière à **réduire les écarts** observés à l'étape précédente.



Source : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-08/reseaux_de_sante.pdf

Actuellement, les réseaux de santé sont nombreux. Ils permettent une meilleure qualité de prise en charge des patients. Ils constituent un « *espace de transformation des normes professionnelles* » [G.BLOY, F-X.SCHWEYER, 2010, p.290]. Parmi ceux-ci, on peut citer l'existence de réseaux diabète ou de cardiologie.

Conclusion du chapitre 4 :

Dans ce chapitre nous avons pu voir que l'évolution de la médecine a influencé les modes d'organisation de l'exercice professionnel. C'est notamment ce que nous avons montré dans notre chapitre 4 puisque les acteurs ont tenté d'influer sur les instruments et que les dispositifs d'aides aux MSP, CDS, Pôles de santé et CPTS²⁷⁴ en sont le résultat. Nous avons notamment montré le rôle important qu'ont les acteurs professionnels dans l'appropriation, ou le rejet des instruments. Dans ce chapitre, nous avons souligné le fait que l'instrument n'est pas neutre, puisqu'il constitue une prise de partie, relevant d'un choix idéologique, celui de l'exercice coordonné. Ici, l'idéologie est clairement affichée dans le discours politique, notamment dans le discours présidentiel comme nous avons pu le voir plus haut. Nous pouvons également constater que l'instrument n'est pas parfait en ce sens que l'ensemble de ces modes d'organisation ne satisfait pas tous les professionnels de santé, dans la mesure où l'exercice coordonné reste minoritaire. Chaque modèle présente ses limites et c'est pour cela que les aides portent sur différentes formes de coopérations professionnelles comme nous venons de le voir. Bien qu'imparfaits, ces nouveaux modes d'organisation sont le résultat d'une instrumentation et nous pouvons le constater, qui génère du changement.

Ces nouveaux instruments permettent de changer profondément la conception de la médecine libérale dans son mode d'organisation. Ils tentent en effet de faire évoluer la pratique mais pas d'effacer la philosophie de cette dernière. Plus précisément, on ne remet pas en cause l'exercice libéral à travers ces instruments, mais on veut faire évoluer les pratiques afin de lutter contre l'isolement des médecins, qui reste une des causes identifiées de la désertification médicale. Ils permettent également une prise en charge plus complète des patients, face au développement des maladies chroniques, à l'allongement de l'espérance de vie... La coopération professionnelle induite par les différentes formes d'organisation que nous avons présentées permet de créer du lien entre les professionnels et une évolution des compétences et des pratiques. De plus ces instruments permettent aux ARS de lutter contre la désertification médicale.

²⁷⁴ Communautés Professionnelles Territoriales de Santé, créées en 2016

Conclusion de la partie 1 :

A travers ces quatre chapitres nous avons tenté de montrer que les instruments génèrent du changement dans l'action publique. En matière de santé et à plus forte raison dans la régulation du premier recours, c'est l'Etat qui est producteur des instruments. Qu'ils soient produits de son initiative ou de celle d'acteurs professionnels notamment, nous pouvons voir que les instruments permettent le déploiement des politiques publiques ainsi qu'une recentralisation de la santé. Nous l'avons vu, comme point de départ il y a le zonage dont la définition est produite par les instances centrales et s'appliquent à l'ensemble du territoire national. Ainsi cet instrument se met bel et bien au service du jacobinisme étatique; mais cela n'exclut pas un changement dans l'action publique, bien au contraire. Néanmoins la production des instruments au niveau central, si elle est source de changement, génère de fortes tensions au niveau local. En effet, dans notre premier chapitre nous avons pu montrer que l'utilisation du zonage comme point de départ de l'ensemble des aides disponibles pour les territoires en difficulté créait des difficultés dans certains territoires. Ce phénomène s'est d'ailleurs accentué avec la publication d'un nouveau zonage, faisant basculer certains territoires en difficulté dans une situation où ils ne l'étaient plus et donc les privant de toute possibilité de recevoir des aides. Si pour certains territoires la situation s'est avérée très complexe, pour d'autres au contraire, la publication d'un nouveau zonage leur a été bénéfique. C'est notamment ce que nous avons pu voir avec le département de l'Ain. De la même manière ce nouveau zonage a créé des effets d'opportunités pour certains professionnels de santé qui ont pu saisir l'occasion pour s'installer dans une localité proche de leur ancien lieu d'installation mais les rendant éligibles aux aides. Bien que cela ne soit pas légion sur l'ensemble du territoire et auprès de l'ensemble des professionnels de santé, il nous est toutefois apparu important de le préciser, dans la mesure où des difficultés locales peuvent apparaître et engendrer des mécanismes d'action publique très localisées et produites par des acteurs auquel on ne s'attendait pas de prime abord (communes, communautés de communes...).

Comme nous venons de l'évoquer, c'est le zonage qui détermine les aides qui peuvent être allouées au territoire selon le niveau de densité du premier recours. Aussi dans le deuxième chapitre nous avons pu voir que l'instrument se met au service de l'incitation pour favoriser les installations de professionnels du premier recours. Il se

décline en un panel d'aides à destination des professionnels de santé qui sont versées en fonction de la zone d'installation. Ces aides peuvent être de différentes natures et passent par une forme de contractualisation avec les instances publiques locales, les ARS et les CPAM. Ces dispositifs contractuels apportent une sécurité matérielle et financière aux médecins souhaitant s'installer dans des zones en difficulté. Ces contrats ont souvent vocation à attirer de jeunes médecins afin d'assurer une pérennité de l'offre de soins. Toutefois nous avons pu constater que les aides ne sont pas nécessairement l'élément déterminant pour une installation dans ces territoires. En effet l'aspect financier vient souvent après d'autres aspects, notamment le cadre de vie et les possibilités d'emploi pour le conjoint. Ces dispositifs ne semblent pas convaincre les professionnels qui avaient pour projet de s'installer dans d'autres zones, moins sinistrées au niveau de l'offre de soins, notamment. Toutefois, pour les professionnels qui souhaitent s'installer dans ces zones, la contractualisation et les aides qui en découlent permettent de sécuriser les bénéficiaires et favorise leur installation de manière durable. A travers cette contractualisation c'est le rôle des CPAM qui est renforcé puisqu'elles constituent un véritable point d'appui des professionnels de santé. Toutefois elles sont contraintes par les règles édictées par le centre.

Dans notre premier chapitre nous avons mis en avant que la création des ARS avait marqué une réaffirmation du rôle de l'Etat en matière de santé, et donc de régulation du premier recours puisqu'elles ne sont pas dotées d'une capacité de définition des politiques de santé à l'échelle régionale mais déclinent les politiques nationales au niveau du territoire régional, même si elles élaborent le PRS et déterminent les priorités régionales. Si la création des ARS a dépossédé le préfet d'une partie de ses prérogatives le but était pour l'Etat de regrouper l'ensemble du secteur sanitaire et médico-social au sein d'une seule et même instance pour une plus grande efficacité. Cela lui a également permis d'exercer un contrôle plus fort sur la politique de santé dans son ensemble. Bien que les ARS disposent d'une marge de manœuvre, celle-ci est en réalité beaucoup plus limitée et les instances ne s'en saisissent que peu en raison du statut relativement précaire du DG ARS, révocable à tout moment en conseil des ministres. Par ailleurs, cette réaffirmation de la puissance publique et de la volonté centralisatrice des politiques de santé se traduit également par une supériorité affichée de l'Etat sur l'Assurance Maladie, comme nous l'avons vu dans le chapitre 2. Alors que ces deux instances étaient animées par un conflit de longue date, aujourd'hui il semble qu'il soit plus à la faveur de l'Etat,

comme en témoigne le fait que les CPAM ne soient aujourd'hui que des distributeurs des aides décidées au niveau central par l'Etat et le ministère de la santé. Nous venons de dire plus haut que les CPAM avaient un rôle renforcé en ce qu'elles sont les partenaires incontournables des professionnels de santé à travers la contractualisation permettant des dispositifs d'aides mais par ce mécanisme, elles sont finalement reléguées à de simples fonctions d'exécution et ne disposent pas de marge de manœuvre, à l'instar des ARS. Par ce mécanisme, l'Assurance Maladie se met donc au service de l'Etat.

Notre troisième chapitre a permis de montrer que l'Etat n'est pas le seul acteur qui intervient dans la régulation du premier recours et qui produit donc un changement dans l'action publique. En effet, nous avons pu observer que d'autres acteurs, non étatiques, interviennent en tentant d'influer sur la définition et la production des instruments qui vont générer le changement. Dans ce chapitre nous nous sommes donc penchés sur l'étude des professionnels de santé dont nous avons pu différencier trois catégories. Nous avons pu constater que ces catégories d'acteurs ne sont pas unifiées en ce sens que nous avons pu observer des dissensions entre certains groupes d'acteurs. C'est notamment le cas du côté du champ syndical où l'on a pu constater des désaccords profonds entre différents syndicats professionnels qui ne permettent pas toujours d'influencer l'action publique et donc de produire du changement. Contrairement à la FFMPs, devenue AVECsanté qui semble parler d'une voix unifiée et qui se saisit de l'ensemble de ses ressources pour peser sur la définition des instruments. Nous pouvons ainsi souligner que la fédération a longtemps mis en avant le modèle de l'exercice regroupé, à travers les MSP et a fait porter sa voix afin de faire basculer la décision publique dans ce sens. D'ailleurs la fédération a véritablement réussi à imposer sa vision de l'exercice médical au point que l'essentiel des aides soient dévolues à l'exercice regroupé, MSP ou aux autres formes. Agissant tel un lobby la fédération est même parvenue à faire qu'au sommet de l'Etat, c'est-à-dire au niveau du Président de la République, la volonté soit de ne faire que de l'exercice coordonné dans les années à venir. Ainsi nous pouvons voir que les acteurs jouent de leur influence sur la production des instruments et que ces derniers sont le produit d'une idéologie et d'une vision du monde qu'ont les acteurs qui les portent. Ces instruments génèrent du changement dans la mesure où ils sont portés par des acteurs qui l'impulse. Sur la question des MSP nous pouvons d'ailleurs souligner l'importance de *leaders* au sein de la fédération qui ont véritablement réussi à se faire entendre. Toutefois, le changement ne pouvant se produire

que lorsque les acteurs sont volontaires, nous constatons alors qu'il existe des réfractaires au changement. C'est notamment le cas de ce dernier acteur professionnel, celui des facultés de médecine qui semblent rester ancrées dans des pratiques historiquement datées et qui ne tiennent pas véritablement compte des transformations des modes d'exercice en médecine de ville. Mais cela fait plus largement écho à une remise en cause de la formation universitaire, largement hospitalo-centrée par opposition à la médecine de ville, alors même qu'elle constitue un vivier important de recrutement de médecins généralistes. Ainsi nous pouvons donc noter que l'instrument n'est parfois pas opérant lorsque les acteurs y résistent.

Enfin, dans le chapitre 4, nous avons tenté de montrer comment l'instrument peut produire du changement de manière concrète, lorsqu'il est mis en œuvre. Nous avons pu l'observer par l'étude des nouveaux modes d'organisation professionnelle. En effet, l'essentiel des moyens sont mis sur ces nouveaux modes d'exercice comme nous avons pu le voir. Si dans le discours de nombreux acteurs, avec pour figure de proue, la fédération les MSP sont la solution pour répondre à la problématique de la répartition inégale des professionnels du premier recours dans les territoires, nous pouvons voir qu'elle n'est pas forcément le choix de l'ensemble des professionnels de santé, notamment parce qu'elle revêt un caractère contraignant et qu'elle oblige l'ensemble des professionnels du premier recours à repenser leurs pratiques. Si le discours se tourne donc vers une volonté de développer ce mode d'exercice, nous avons pu le voir qu'en réalité sur le terrain, les avis sont partagés. Bien que la fédération a longtemps mis l'accent sur le développement des MSP, il ne s'agit pas là du seul mode d'exercice coordonné. Fondés sur des idéologies différentes, nous avons également les pôles de santé, les réseaux de soins et les CDS. Puisque la volonté de l'Etat est d'orienter les pratiques vers un exercice regroupé, plusieurs modes de fonctionnement ont été développés. En effet, le modèle de la MSP nécessite que la médecine soit exercée en libéral. Or les pratiques actuelles des jeunes médecins notamment se tournent également vers l'exercice salarié, c'est ce que l'on peut observer au sein des CDS, dans lesquelles les contraintes administratives sont fortement allégées. Quoi qu'il en soit l'ensemble de ces modes d'organisation impulsés par les instruments, constitue une nouvelle façon de concevoir le premier recours et sont source de changement.

Si l'instrumentation est produite à l'échelle nationale, nous allons voir qu'elle se heurte à la territorialisation avec une intrication d'échelles d'action. Si les mises en œuvre au niveau national semblent porter leur fruit et générer du changement, les territoires locaux apportent des réponses locales diverses mais adaptées aux réalités de terrain. Là où le national ignore des problématiques localisées, le territoire apporte une réponse qui semble plus pertinente et appropriée. Bien que ces différents niveaux de gouvernance ne produisent pas toutes une action publique marquée de succès, nous allons tout de même voir que le territoire peut apporter - de manière originale - une réponse lorsque l'Etat semble avoir échoué.

Partie 2 : La territorialisation du premier recours

Dans le cadre de cette seconde partie, nous sommes amenés à appréhender différentes notions, complémentaires de ce que nous avons pu voir précédemment. Si dans notre première partie nous avons tenté de montrer que la production d'instruments était productrice de changements, nous avons également montré que celui-ci n'intervient qu'à une échelle territoriale plus restreinte. Aussi il nous apparaît pertinent de questionner ces territoires. Cela nous conduit alors à nous intéresser à la notion de territoire et de **territorialisation**. De là se posera également la question de la **gouvernance** de ces territoires. Dans cette seconde partie, il sera aussi l'occasion de voir que tous les territoires n'ont pas la même capacité d'action, dans le domaine de la santé.

D'après A.J.ARNAUD, V.SIMOULIN²⁷⁵, le concept de gouvernance territoriale correspond à un ensemble de situations dans lesquelles des acteurs divers tels que les autorités publiques, les associations, les citoyens et les acteurs privés coopèrent. Ces acteurs ne sont pas ordonnés par une hiérarchie et leur coopération repose sur la construction, la gestion ou tout simplement la représentation de territoires. Cette gouvernance territoriale a pour objet l'organisation ou plus largement, la réorganisation de l'action publique au sein des échelles territoriales infranationales. La représentation de ces territoires implique inévitablement une participation accrue de l'ensemble des acteurs dans le processus politique et dans les décisions. C'est dans ce contexte qu'émerge la notion "*d'empowerment*" qui qualifie en outre l'appropriation de la gouvernance territoriale par les acteurs. Cela implique également une nouvelle forme de coopération avec des acteurs qui ne sont pas rompus aux pratiques de gouvernement.

Ici, nous pouvons faire un lien avec notre première partie sur les instruments. En effet, la gouvernance territoriale permet une maîtrise des instruments, dont nous avons pu voir qu'ils étaient complexes notamment en raison de leur technicité et du fait que les acteurs

²⁷⁵ ARNAUD.A.J., SIMOULIN.V in, R.PASQUIER, S.GUIGNER, A.COLE, *Dictionnaire des politiques territoriales*, Presses de Sciences Po, 2011, 584 p.

veulent rester dans le cadre d'une gouvernance territoriale dépolitisée. D'ailleurs sur ce point, nous pouvons rappeler notre première partie dans laquelle nous avons tenté de montrer que c'est avant tout une forme d'intérêt général lié à un besoin impérieux de soigner la population impulsant la volonté de produire du changement, qui l'a emporté sur les particularismes liés aux idées politiques notamment.

Cependant, comme nous le montrent ces deux auteurs, la gouvernance territoriale fait l'objet de nombreux débats dont le point commun est de questionner le bon niveau de gestion territoriale. Les auteurs nous rappellent ainsi que deux écoles se font face. D'un côté il y a ceux qui pensent que ce "bon" niveau se trouve du côté des communes qui entrent en concurrence entre elles dans le cadre du "*public choice*". De l'autre, il y a ceux qui insistent sur la nécessité du passage à une autre échelle territoriale, le "*rescaling*" qui met l'accent sur l'échelle métropolitaine ou régionale [BRENNER, 2004]. L'argument avancé par cette deuxième école repose sur le fait que le développement communautaire implique "*en outre que ce débat sur la gouvernance territoriale ne correspond pas seulement à une interrogation sur les moyens à adopter pour mieux faire coopérer les niveaux national et local, mais aussi ceux-ci avec le niveau communautaire, point auquel la gouvernance territoriale n'est plus seulement locale mais devient "multiniveaux" ou "polycentrique" "*".²⁷⁶

Notre terrain d'enquête nous a permis de voir qu'il n'y a pas d'échelle d'action plus pertinente que d'autres, car à différents niveaux nous pouvons constater la production d'une action publique efficace, permettant de répondre - au moins en partie - à des besoins locaux. En revanche, notre travail a permis de montrer que la bonne échelle se trouve au niveau infra-régional. Ici, nous pouvons alors apporter une nuance au strict cloisonnement des deux écoles puisque nous constatons une gouvernance multi-niveau à l'œuvre mais elle s'opère davantage au niveau infrarégional. Pour preuve, la régionalisation de la santé qui a longtemps été souhaitée n'a jamais été effective, puisque la création des ARS n'a permis que de réaffirmer sa mainmise sur la santé au prisme de la déconcentration et non de la décentralisation comme cela a été longtemps espéré. Mais plus que de questionner la « bonne échelle », nous nous intéressons ici à la manière dont les territoires produisent de l'action. Ces interactions diffèrent en fonction des acteurs et des caractéristiques dont ils disposent. C'est plutôt à ce niveau là que réside l'enjeu de la territorialisation dans notre objet d'étude.

²⁷⁶ PASQUIER.R, GUIGNER.S, COLE.A, *Dictionnaire des politiques territoriales, op.cit., p.267*

La notion de territoire nous amène à nous arrêter sur sa construction. En effet, cette notion n'est pas singulière, pour se construire, le territoire doit s'appréhender comme un acteur collectif. Comme le montrent A.J.ARNAUD, V.SIMOULIN²⁷⁷ la gouvernance territoriale n'est pas neutre dans la mesure où elle doit composer avec des luttes d'intérêts entre des acteurs divers, dont les enjeux idéologiques divergent souvent. Ces auteurs montrent d'ailleurs que cette gouvernance est bien plus souvent le résultat de politiques initialement plus ambitieuses mais qui, n'ont pu être menées à leur terme faute de consensus. Aussi cette construction s'opère au gré des luttes d'intérêts et ses évolutions ne résultent finalement que de la victoire d'un groupe (ou d'une idéologie) sur un autre.

Si l'ensemble des acteurs sont en compétition il n'en demeure pas moins qu'ils s'accordent tous sur le fait de rendre leur territoire compétitif. On s'interroge alors sur la "taille" de ce territoire. Si auparavant la difficulté était de trouver une forme d'équilibre entre d'un côté le niveau national et de l'autre, le niveau local, aujourd'hui il n'est plus. En effet, la difficulté réside désormais sur le choix d'une échelle d'action infranationale et son articulation avec le niveau national. La focale s'est donc déplacée puisque maintenant on questionne plutôt le local et ses différentes déclinaisons allant du régional jusqu'au quartier. Ces interrogations ne sont pas à dissocier des réformes successives sur les collectivités territoriales. Elles ne sont d'ailleurs permises que par ces dernières. L'autonomisation progressive qu'elles ont connue leur permettent de s'ériger en échelle d'action pertinentes dont l'efficacité des politiques mises en œuvre est parfois plus palpable qu'au niveau national.

La notion de territorialisation émerge avec les réformes des collectivités territoriales des années 1980. Toutefois elle n'émerge véritablement que dans les années 1990. P.DURAN montre que la crise de l'Etat-Providence entraîne un changement d'idéologie en ce qui concerne la gestion publique avec les lois de décentralisation dès 1982. Ce n'est plus la logique de réalisation, mais la culture du résultat qui prédomine désormais et les lois des années 1980 vont d'ailleurs confirmer ce changement idéologique. Cela s'observe d'ailleurs dans notre objet d'étude puisque nombre des acteurs politiques locaux sont désormais élus pour leur capacité à répondre à ces problématiques. Si la question de l'offre de soins de

²⁷⁷ ARNAUD.A.J, SIMOULIN.V, in, PASQUIER.R, GUIGNER.S, COLE.A, *Dictionnaire des politiques territoriales*, op. cit.

premier recours dans les territoires locaux n'est pas l'unique élément qui suscite une élection, elle n'en demeure pas moins un des éléments centraux actuellement.

Si le changement idéologique est un des éléments permettant de comprendre la territorialisation, il faut également voir que celle-ci permet de contextualiser l'action publique. En effet, pour qu'une politique soit efficace - puisque c'est l'objectif recherché depuis les années 1990 - les acteurs doivent avoir une bonne connaissance des espaces territoriaux. C'est dans ces territoires que les problèmes publics prennent corps et c'est donc ici qu'il faut apporter une réponse. Pour P.DURAN, *"[...] il faut comprendre la territorialisation de l'action publique comme un effort de spatialisation synonyme de contextualisation. Tout problème s'enracine bien évidemment dans un territoire, mais on le sait, les échelles de territoire peuvent considérablement varier selon la nature des enjeux concernés. Contextualiser un problème revient à mettre au jour quelles en sont les dimensions constitutives, lesquelles peuvent souvent l'enraciner dans des espaces et des échelles bien plus vastes que la seule inscription physique dans un territoire strictement localisé."*²⁷⁸. A travers ces propos, nous pouvons ainsi voir la pertinence de l'étude de la territorialisation dans le cas de notre sujet. P.DURAN insiste sur la complexité des configurations territoriales ainsi que leurs spécificités en raison d'une multitude d'acteurs et d'enjeux, comme nous avons pu le montrer. Apporter une réponse à un problème - et donc agir dans un territoire - ne peut se faire de manière uniforme comme ce que propose la gestion administrative. La standardisation des procédures de gestion des affaires publiques telle qu'elle est proposée par l'administration centrale est finalement peu opérante face aux situations locales qui diffèrent d'une zone à l'autre. C'est d'ailleurs ce qui nous permet d'expliquer en partie que la régulation de l'offre de soins de premier recours, ne peut se faire par les seules ARS qui, comme nous avons pu le voir, n'ont qu'une autonomie limitée et doivent donc se contenter de mettre en œuvre des procédures standardisées et uniformes. Leurs actions ne sont donc pas opérantes lorsqu'elles ne sont pas combinées avec des initiatives locales, comme nous pourrons le voir tout au long de cette partie. Aussi P.DURAN explique-t-il que les solutions proposées par les territoires ne seront pas homogènes. Comme nous allons le voir tout au long de cette deuxième partie, nos recherches nous ont conduit à observer des réponses très variables en fonction des territoires : les échelles d'action sont différentes, les problématiques également et les réponses apportées varient d'un territoire à

²⁷⁸ DURAN.P in, PASQUIER.R, GUIGNER.S, COLE.A, *Dictionnaire des politiques territoriales, op. cit.*, p.477

l'autre. Comme le souligne P.DURAN, *“Ainsi convient-il “d’encastrent” les solutions pratiques dans les spécificités d’un ordre local.”*²⁷⁹

Toutefois, si elles ne sont pas parfaites, elles permettent de répondre au moins en partie aux problématiques. Cela nous permet donc d’en déduire qu’il y a autant de solutions, que de territoires. Néanmoins, une parfaite connaissance du territoire est un prérequis nécessaire avant toute tentative de réponse.

Enfin, toujours selon P.DURAN, le territoire peut également s’appréhender comme un espace de gestion des problèmes. Comme nous venons de le voir et comme nous le verrons plus en détail au fil de cette deuxième partie, les territoires sont divers en raison de leurs caractéristiques géographiques, sociales-démographiques etc... mais ils sont également divers en raison des acteurs présents qui varient d’un territoire à l’autre. De ce fait, les solutions ne peuvent être identiques. Il note alors que *“[...] les arrangements institutionnels peuvent conduire à des configurations variables, d’abord parce que juridiquement les possibilités de coopération sont multiples, et ensuite parce que le nombre des coopérants n’est effectivement jamais totalement fixé et relève donc très largement de la volonté des acteurs.”*²⁸⁰. C’est ce que nous allons voir à travers l’exemple du CDSD Mâconnais et de la Communauté de Communes du Pays de Gex où les réponses apportées diffèrent parce que les coopérations se fondent sur des bases juridiques diverses et reposent sur des volontés d’acteurs multiples. Cela s’explique par le fait qu’actuellement on assiste à une superposition de territoires institutionnalisés qui sont différenciés avec des territoires de gestion qui ne sont pas déterminés. Si le territoire de gestion politique est fermé et déterminé, le territoire de gestion des problèmes publics est, quant à lui, ouvert et indéterminé. On peut ici citer l’exemple du Pays de Gex dans l’Ain et son lien avec l’offre de soins Suisse à travers l’hôpital de Genève ou encore celle de la Haute-Savoie avec l’hôpital d’Annecy.

Si notre travail de recherche nous a conduit à parler de la territorialisation, il va également nous mener à questionner le concept de **gouvernance**. Apparu en économie institutionnelle, ce concept a pour objectif de montrer les échanges qui s’opèrent au sein des grandes firmes. La gouvernance permet de mieux saisir les transformations que connaît l’action publique. C’est notamment ce qu’a montré P.LE GALES en expliquant que la gouvernance permet l’identification de la fragmentation mais également son incohérence et met l’accent sur la coordination - horizontale et verticale - de l’action publique. A travers la

²⁷⁹ DURAN.P in, PASQUIER.R, GUIGNER.S, COLE.A, *Dictionnaire des politiques territoriales, op. cit.*, p.478

²⁸⁰ *ibid.*, p.479

gouvernance, c'est la capacité des actions et les stratégies à l'œuvre que l'on peut appréhender. Ainsi parler de gouvernance, c'est étudier les capacités de négociation des acteurs entre eux. Toutefois, l'analyse sous l'angle de la gouvernance qui nous entraîne sur l'étude des relations entre des acteurs divers au sein d'un territoire, ne doit pas évincer de notre analyse la verticalité des relations au sein de l'action publique. Si nos recherches nous ont amenées à observer la mise en œuvre de mécanismes d'action publique opérants à l'échelle locale, il n'en demeure pas moins que l'Etat reste présent, ne serait-ce déjà que dans l'édiction de normes législatives qui cadrent l'action publique. Dans notre objet d'étude sa présence se manifeste par la régulation mise en place par le Ministère de la Santé et ses instances déconcentrées à travers la création d'instruments. L'horizontalité des relations que l'on observe avec l'étude de la gouvernance ne peut être à l'œuvre que dans le cadre qui est fixé par l'Etat - ou qui n'est pas interdit, comme nous pouvons le voir dans le cas de l'exemple de la Saône-et-Loire.

Malgré la décentralisation, l'Etat continue de jouer un rôle dans la gouvernance territoriale. Bien qu'il ne soit pas étudié en tant que tel, ici l'Etat n'est pas absent de notre travail dans la mesure où il cadre les capacités d'action des territoires que nous avons étudiés. Bien que nous ayons montré dans notre première partie que la capacité des ARS, instances déconcentrées de l'Etat s'en trouve limitée, nous avons souligné le fait que c'est leur capacité d'agir, et donc d'adapter leur action aux réalités observées localement qui est peu opérante, justement parce que les règles édictées au niveau central contraignent fortement leur autonomie.

Chapitre 5 : La production de l'action publique locale : une situation contrastée

Dans ce chapitre, nous allons montrer que la territorialisation revêt un caractère paradoxal. En effet comme nous pourrons le voir tout au long du chapitre, les acteurs territoriaux peuvent être capables de produire de l'action publique. En revanche, là où certains territoires parviennent à apporter une réponse aux enjeux locaux, d'autres connaissent cependant de véritables échecs. Nos terrains d'enquête nous ont mené à observer des territoires qui semblent abandonnés par les politiques nationales. Ainsi, ils sont contraints de s'adapter et de trouver des solutions en marge des mécanismes étatiques. Les trois premières parties de ce chapitre vont s'attacher à mettre en lumière la capacité dont les acteurs locaux font preuve pour produire de l'action publique. Nous allons voir que ces acteurs sont multiples, et ne sont pas toujours ceux auxquels nous aurions pu penser de prime abord. Comme nous pourrons le voir, cette partie sera l'occasion de montrer l'importance des acteurs locaux qui parviennent à produire de l'action publique la plus adaptée aux problématiques locales et qui varient selon le type d'acteurs et les ressources dont ils disposent. Nous allons donc étudier deux cas concrets d'action publique locale. Ici, notre travail se concentre au niveau infra départemental. Dans un premier temps, nous allons voir le cas du pays de Gex qui, marqué par de nombreuses difficultés, dont la principale est son enclavement entre la montagne et la Suisse, l'isole totalement du reste du territoire et qui parvient à attirer des médecins par les différentes actions qui sont menées par les élus de la communauté de communes. Le deuxième exemple se trouve à quelques kilomètres du précédent, à Bellegarde-sur-Valserine (Valserhône). Ici c'est un médecin qui tente de trouver une solution dans un contexte difficile, face à des difficultés importantes des élus et à ce qui semble être un silence de l'administration sanitaire. Enfin, une troisième partie de ce chapitre nous montrera que professionnels de santé et élus ne sont pas les seuls à se mobiliser pour tenter d'apporter des réponses. En effet les usagers, qui sont les premiers impactés par le manque de médecins sur le territoire tentent avec les faibles ressources dont ils disposent d'influer sur la production de l'action publique. Nous allons voir que contrairement aux deux précédents types d'acteurs, l'influence des usagers s'en trouve très restreinte.

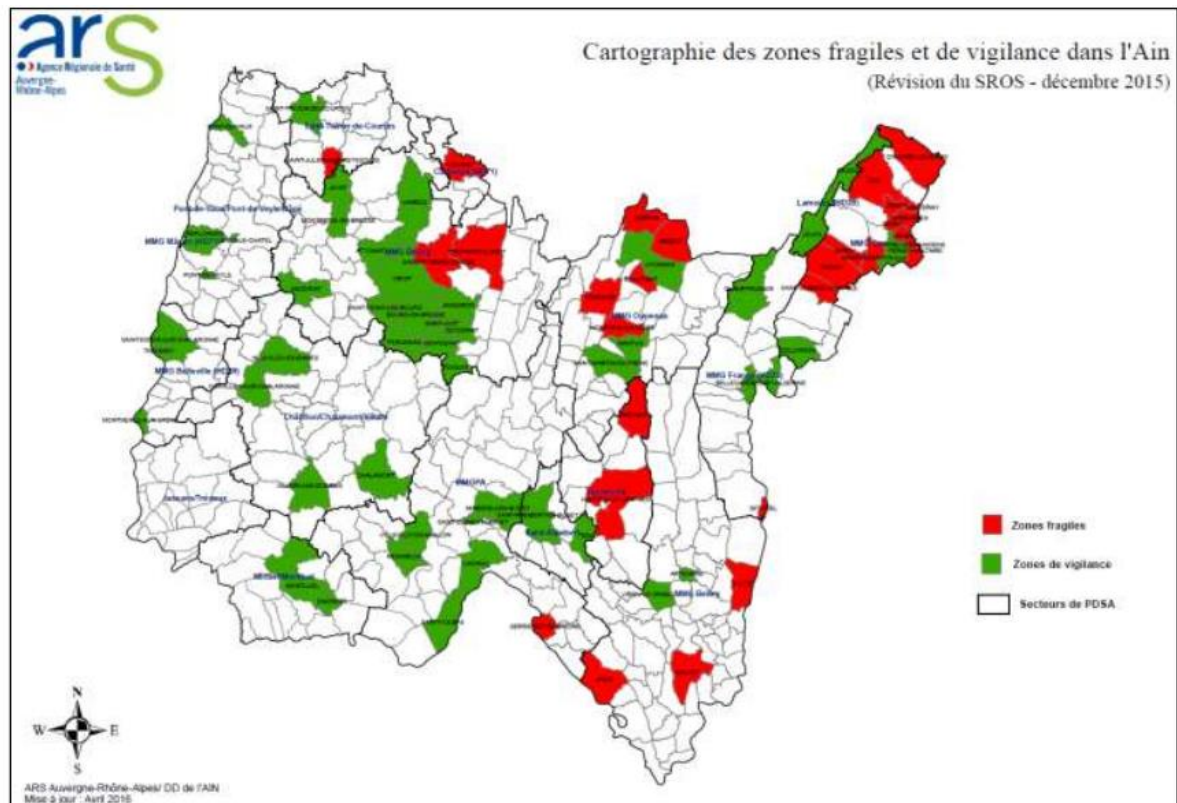
Dans ce chapitre il est question de la notion de paradoxe de la territorialisation. Le premier pan de ce paradoxe était de montrer que la territorialisation peut engendrer de

l'action publique qui apporte une réponse – même partielle – à une problématique locale. Le deuxième pan de ce paradoxe consiste donc à montrer que l'action publique locale peut présenter des limites, comme nous pourrons le voir en deuxième partie de ce chapitre. En effet, la gouvernance locale est parfois frappée d'un certain manque d'expertise des élus locaux pris en étau entre des usagers désireux de pouvoir accéder aux soins alors que les territoires sont empreints à la désertification. Face à cela des sociétés commerciales tentent de tirer leur épingle du jeu en vendant des MSP « clés en main ». Comme nous pourrons le voir, la réalité est bien moins simple que cela et ces projets – souvent très coûteux- avortent la plupart du temps.

En matière de régulation de l'offre de soins de premier recours, nos terrains d'enquête nous amènent à considérer que certains territoires semblent être oubliés par les politiques nationales. C'est dans ce contexte qu'on observe la capacité qu'ont certains acteurs à se saisir de leur marge de manœuvre afin de produire de l'action publique. Celle-ci s'en trouve ultra localisée et adaptée à la réalité de terrain. Dans cette première partie du chapitre nous allons donc étudier la production de l'action publique à l'échelle locale à travers des exemples différents, portés par des acteurs divers. Dans un premier temps, il s'agira d'étudier l'action des élus de la Communauté de Communes du pays de Gex là où de fortes tensions sont présentes. Non loin de ce premier terrain, nous nous pencherons sur la vallée de la Valserine avec une tentative de réponse à la problématique de l'offre de soins par un professionnel de santé. Enfin, nous verrons une troisième catégorie d'acteurs, les usagers, qui tentent d'influer sur les politiques publiques et de mettre en œuvre des mécanismes de régulation. Mais cette dernière catégorie d'acteurs ne dispose pas de l'ensemble des ressources lui permettant une action concrète.

Section 1 : La production de l'action publique à l'échelle infra-départementale : l'exemple du pays de Gex

Titre :



Source : <https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/> - Schéma d'amélioration de l'accessibilité des services publics, diagnostic, janvier 2017

A travers l'exemple que nous allons voir à présent, nous pouvons constater que l'infra-local peut être producteur d'action publique. En effet, dans cet exemple, nous pourrions voir que cette mobilisation est née d'une volonté forte de la part des élus.

Ici, la situation est assez particulière, compte tenu de sa grande proximité avec un territoire étranger : la Suisse. Le pays de Gex est en effet enclavé entre les montagnes du Bugey et la Suisse. Aussi pour se faire soigner, il est souvent plus simple - et surtout plus rapide - d'aller du côté Suisse (environ 10 minutes en voiture de Genève) que du côté de la France, car cela signifie souvent qu'il faille passer les cols de montagne. Fort de la proximité immédiate avec la Suisse et de l'attractivité économique de ce pays, les populations y sont toujours plus nombreuses. En effet, une part importante de la population du Pays de Gex

travaille sur Genève et donc est plus facilement enclin à se faire soigner en Suisse, même si là encore, l'accès aux soins est également complexe.

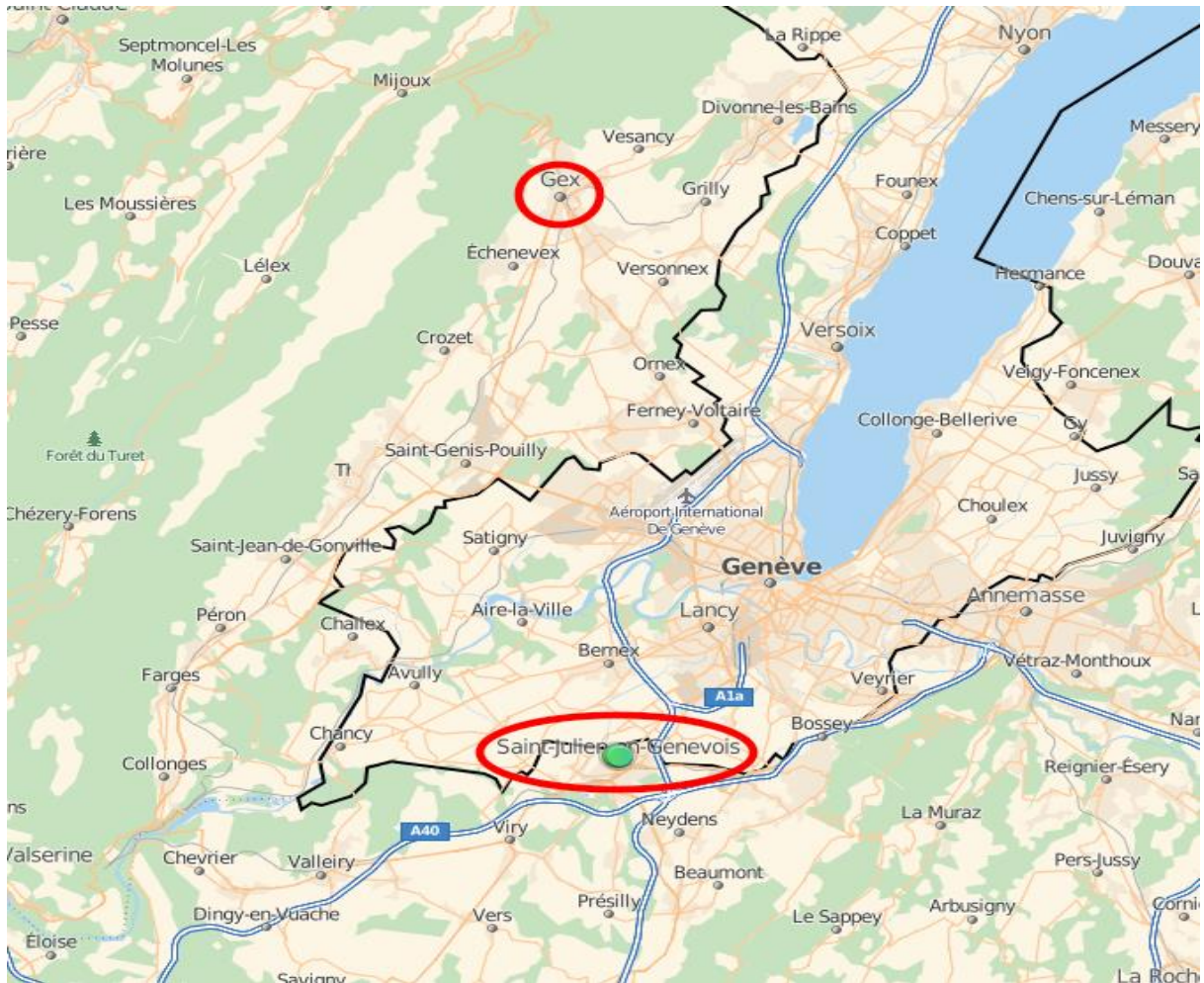
L'accès aux soins est notamment problématique lorsqu'il s'agit d'aller aux urgences puisque l'hôpital dont dépend ce territoire (situé dans l'Ain) est celui de Saint Julien en Genevois (Haute Savoie), situé à une heure de route en voiture, ou trente minutes en passant par la Suisse. Ici nous pouvons donc nous étonner que l'hôpital de référence de ce territoire se situe d'une part dans un autre département, et d'autre part, que la population soit contrainte de passer la frontière pour accéder plus rapidement à l'hôpital.

En effet, dans le Pays de Gex, l'hôpital de référence est celui du CHANGE, le centre hospitalier Annecy-Genevois, situé à Annecy et à Saint-Julien-en-Genevois.

L'accès à l'hôpital, depuis le Pays de Gex, se fait plus rapidement lorsque l'on passe par la Suisse où l'accès se fait en trente minutes environ, lorsque la circulation est fluide. En revanche, aux heures d'affluence, le temps d'accès atteint facilement les deux heures. L'accès à l'hôpital le plus proche est donc conditionné d'une part à la circulation et, d'autre part, à un territoire étranger. De plus, on constate également que la prise en charge à l'hôpital s'effectue sur un autre département.

Pour se faire soigner en restant dans le département de l'Ain, c'est l'hôpital d'Oyonnax qui est le plus proche grâce à l'accès par l'autoroute. Toutefois, la durée du trajet en période de trafic fluide est d'environ une heure et quinze minutes. C'est pourquoi l'hôpital de référence est celui du CHANGE, alors même qu'il est situé sur le département de Haute-Savoie.

Titre : Carte de la zone franco-suisse :



Source : mappy.fr

Cette carte met en lumière une difficulté rencontrée par la population locale quant à l'accessibilité des soins. Mais elle pointe également ce qui semble être une incohérence de la politique d'offre de soins sur le territoire. La géographie complexe de cette zone impose un découpage de la carte sanitaire qui ne correspond pas avec les entités administratives classiques. Pour autant comme les populations ont besoin d'accéder rapidement à un service d'urgences, on les dirige donc vers le centre hospitalier le plus proche sur le territoire national. Ici, ce qui rend la situation complexe c'est qu'un centre hospitalier de pointe se trouve de l'autre côté de la frontière mais qu'il dépend d'un pays extra-communautaire.

En matière de protection sociale, le statut des travailleurs frontaliers est de deux ordres : si le travailleur frontalier travaille en France, dans ce cas, le système de protection sociale dont il relève est le système d'assurance maladie français. Si le travailleur français

travaille en Suisse, la situation est différente. En effet, ces derniers ont un délai de trois mois à compter de leur prise d'emploi en Suisse ou de leur domiciliation en France pour exercer leur "droit d'option". Le droit d'option est la possibilité pour les ressortissants communautaires travaillant en Suisse de choisir l'affiliation à l'Assurance Maladie française (CMU frontalier) ou suisse (LaMal frontalier).

Pour ceux qui optent pour la LaMal frontalier, ils peuvent bénéficier indifféremment de soins en Suisse et en France. Dans ce cas, un formulaire (E106) doit être rempli pour les soins dispensés en France. Pour ceux qui en font le choix la CMU frontalier propose aux travailleurs frontaliers une couverture de soins équivalente au Régime Général d'Assurance-maladie. Ils peuvent également bénéficier des soins suisses, sous certaines conditions. En effet, il est possible pour les frontaliers sous le régime de la CMU frontalier, d'opter pour un médecin traitant en Suisse mais également se faire soigner dans un établissement de santé suisse qui sera pris en charge par l'Assurance Maladie, sur la base des tarifs français.

A l'inverse d'Etats frontaliers faisant partis de l'Union Européenne, ici il n'y a pas de véritable accord bilatéral permettant à l'ensemble de la population de se faire soigner dans les mêmes conditions, pouvant même exclure des soins une partie de la population. Cet entretien nous a permis de mettre en lumière le fait que là encore, c'est la logique d'intérêt qui prédomine et imprègne ce territoire puisqu'il s'agit d'une volonté politique de ne pas développer ce type d'accord.

D'après notre entretien à la Communauté de Commune du Pays de Gex, cette proximité avec un centre de soins de pointe auquel n'a pas accès la population, peut générer des tensions au niveau local. Alors qu'une coopération franco-allemande est à l'œuvre entre Strasbourg et Fribourg, il n'en existe pas de ce type entre la France et la Suisse. Ce qui est pointé du doigt par nos interlocuteurs, c'est une volonté politique de ne pas créer un tel mécanisme. D'ailleurs, ce que l'on retrouve en filigrane, c'est une volonté de rentabiliser le CHANGE, ce qui évince inéluctablement toute coopération franco-suisse dans ce domaine.

Une des hypothèses que nous pouvons d'ailleurs formuler quant au refus du directeur de la délégation départementale de l'Ain de nous rencontrer est justement cette zone d'ombre autour de l'organisation de l'offre de soins dans le Pays de Gex, venant appuyer la thèse

selon laquelle certains territoires sont “abandonnés” par l’Etat et ses instances déconcentrées.

Les propos tenus lors de notre entretien avec la Communauté de Communes du Pays de Gex nous permettent de nous rendre compte que la situation actuelle est le résultat de choix politiques. En effet, le centre hospitalier d’Annecy ayant la volonté de devenir un important pôle hospitalier avec des équipements de pointe, au regard de la population qu’il peut toucher, d’importants investissements ont été faits. C’est donc pour cela que la volonté politico-administrative n’est pas au développement d’accords avec la Suisse. On peut alors supposer une logique d’acteurs très forte entre d’un côté la direction de l’hôpital d’Annecy, et de l’autre, les acteurs politico-administratifs locaux et surtout nationaux. Cet exemple tend à mettre en lumière les limites du New Public Management qu’induit cette logique comptable. Puisque l’offre de soins proposant des techniques de pointe est présente sur le territoire national à une trentaine de kilomètres du Pays de Gex, cette structure doit être rentabilisée. En dépit du temps d’accès à cette structure, les choix politiques se sont tournés vers cet hôpital haut savoyard, plutôt que vers une coopération franco-suisse. Ce fonctionnement est mal perçu à l’échelle locale par une population et des élus qui ont l’impression d’être sciemment oubliés, au motif qu’ils sont économiquement plus favorisés que le moyenne du département.

« Ils sont sur Bourg, pour eux, le Pays de Gex est un territoire nanti où il y a des gros salaires : c’est bon, ils vont bien gérer leur truc. C’est incroyable de les entendre parler [la délégation départementale de l’ARS de l’Ain] – moi, je ne suis pas du Pays de Gex, je m’en fiche – mais de les entendre parler, je me dis : "ouaouh ! Ils ont vraiment un nombre de préjugés qui est très important" »²⁸¹

²⁸¹ Dans cette partie, tous les extraits d’entretiens sont ceux menés avec la Communauté de Communes du Pays de Gex

A titre indicatif, voici quelques données économiques comparatives :

Revenus	Villars-les-Dombes (01443)
Nombre de ménages fiscaux en 2015	1 939
Part des ménages fiscaux imposés en 2015, en %	57,8
Médiane du revenu disponible par unité de consommation en 2015, en euros	22 265
Taux de pauvreté en 2015, en %	7,2

Avertissement : Pour des raisons de secret statistique, certains indicateurs peuvent ne pas être renseignés. A cause de l'absence de données de certains DOM, le niveau France n'est pas disponible (voir les données niveau France métropolitaine).

Sources : Insee-DGFIP-Cnaf-Cnav-Ccmsa, Fichier localisé social et fiscal en géographie au 01/01/2016

Revenus	CC du Pays de Gex (240100750)
Nombre de ménages fiscaux en 2015	32 045
Part des ménages fiscaux imposés en 2015, en %	54,4
Médiane du revenu disponible par unité de consommation en 2015, en euros	34 377
Taux de pauvreté en 2015, en %	12,7

Avertissement : Pour des raisons de secret statistique, certains indicateurs peuvent ne pas être renseignés. A cause de l'absence de données de certains DOM, le niveau France n'est pas disponible (voir les données niveau France métropolitaine).

Sources : Insee-DGFIP-Cnaf-Cnav-Ccmsa, Fichier localisé social et fiscal en géographie au 01/01/2016

Revenus	Bourg-en-Bresse (01053)
Nombre de ménages fiscaux en 2015	18 630
Part des ménages fiscaux imposés en 2015, en %	50,0
Médiane du revenu disponible par unité de consommation en 2015, en euros	18 166
Taux de pauvreté en 2015, en %	21,6

Avertissement : Pour des raisons de secret statistique, certains indicateurs peuvent ne pas être renseignés. A cause de l'absence de données de certains DOM, le niveau France n'est pas disponible (voir les données niveau France métropolitaine).

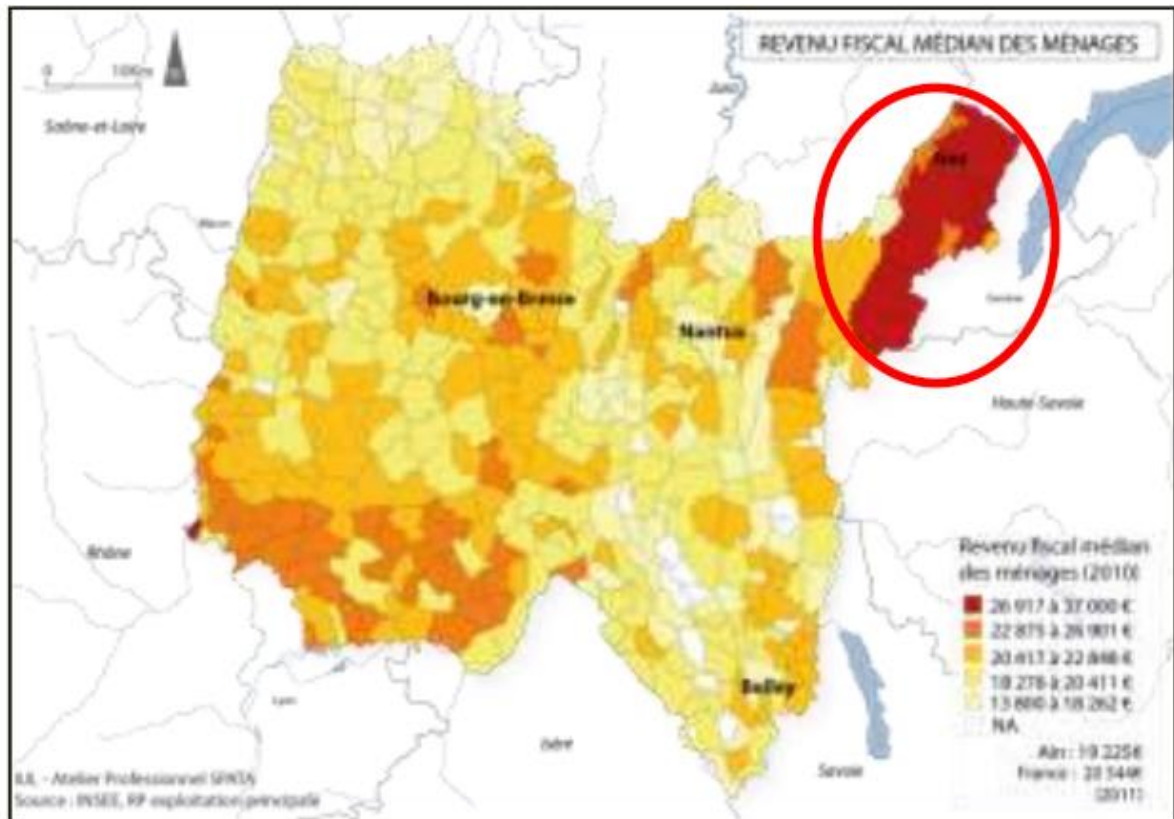
Sources : Insee-DGFIP-Cnaf-Cnav-Ccmsa, Fichier localisé social et fiscal en géographie au 01/01/2016

Revenus	Ambérieu-en-Bugey (01004)
Nombre de ménages fiscaux en 2015	6 216
Part des ménages fiscaux imposés en 2015, en %	53,3
Médiane du revenu disponible par unité de consommation en 2015, en euros	19 735
Taux de pauvreté en 2015, en %	17,2

Avertissement : Pour des raisons de secret statistique, certains indicateurs peuvent ne pas être renseignés. A cause de l'absence de données de certains DOM, le niveau France n'est pas disponible (voir les données niveau France métropolitaine).

Sources : Insee-DGFIP-Cnaf-Cnav-Ccmsa, Fichier localisé social et fiscal en géographie au 01/01/2016

Titre : Revenu fiscal médian des ménages :



Source : <http://www.ain.gouv.fr/> - schéma d'Amélioration de l'Accessibilité des Services au Public, département de l'Ain, diagnostic de janvier 2017

Cette problématique de l'accès aux soins hospitaliers n'est pas la seule difficulté que rencontre la population, puisque cela a un impact direct sur l'offre de soins et notamment l'implantation de médecins généralistes dans ce territoire.

En effet, l'hôpital de référence dont dépend le Pays de Gex est celui d'Annecy qui forme des internes venus de la faculté de médecine de Grenoble. Le Pays de Gex se situe dans l'Ain, département qui est alimenté par des internes en médecine générale de la faculté de Lyon. On peut alors comprendre la difficulté à attirer des médecins dans ce territoire. Ici la problématique n'est pas forcément l'éloignement puisqu'un centre névralgique international - Genève - se trouve à proximité de ce territoire. La difficulté est ici plutôt une méconnaissance de ce territoire, puisque n'étant pas alimenté en stagiaire de médecine générale. A cela il faut ajouter un problème d'accessibilité sur ce territoire : l'absence de

transport en commun et de gare oblige nécessairement d'avoir une voiture, ce qui engendre de fait, des frais supplémentaires.

« On le ressent sur les internes qui font leur stage ici, localement, qui doivent retourner toutes les semaines à Lyon, ils sont obligés d'avoir une voiture. Ils ne peuvent pas compter sur les transports en commun si ce n'est d'y passer la journée donc, ça leur donne une difficulté supplémentaire qui fait que, nous, ça nous donne aussi une difficulté supplémentaire pour avoir des internes qui un jour peut-être auraient envie de venir ici. Ça contribue au fait qu'on ne vienne pas chez nous. Alors que c'est beau chez nous même quand il neige. »

Conscients de cette difficulté, les élus locaux ont mis en place des dispositifs incitatifs pour faire connaître leur territoire aux internes, futurs généralistes libéraux. Une sorte “d'opération séduction” est alors à l'œuvre pour faire venir des généralistes.

« Alors, oui, il y a beaucoup de choses enfin, il y a des choses qui sont faites. Des communes mettent pas à disposition, louent mais à loyer comme la commune de Ferney. [...] Très bas. En fait, ils ne payent que les charges par mois. Ça, ils ont au moins deux appartements là-dessus. Il va y en avoir pour cette année deux autres qui vont être dispo pour des trucs comme ça. On donne une aide financière en plus de celle du département pour justement les aider – parce que l'aide du département qu'ils ont c'est bouffé dans les frais de déplacement... »

La question du logement pour les internes est un élément central de leur venue sur ce territoire. La proximité avec Genève et l'attractivité économique que cela suscite a un impact direct sur le prix des logements qui, d'une part se raréfient et, d'autres part, voient les prix des loyers augmenter considérablement. De ce fait, cette aide financière et matérielle - par la mise à disposition d'un appartement - permet d'accueillir des internes et de tenter de les

convaincre de rester par la suite grâce à l'attractivité du territoire. Ce qui est intéressant sur ce territoire, c'est la capacité des élus à se saisir de ces questions et à réagir en parallèle de ce qui est fait au niveau national pour répondre à une difficulté fortement marquée sur ce territoire.

« Donc, nous, la communauté de communes a décidé de faire cette aide-là pour voir et c'est très apprécié. On les accueille en début de stage – ça fait deux fois qu'on le fait – en rencontre informelle pour faire connaissance, déjà pour savoir aussi après ce qui leur manque, ce dont ils ont besoin. On crée un poste de coordinateur santé, c'est une femme, coordinatrice santé qui est l'interlocuteur pour quel que soit le sujet des internes et même maintenant les médecins commencent à faire appel à elle par rapport aux remplaçants, par rapport au logement. En fait, le coin, ce n'est pas parce qu'on va faire un stage à Ornex qu'on a besoin d'être logé à Ornex mais ils ne connaissent pas les villages alentour, ils ne connaissent pas la distance qu'il y a donc, Mme Dufrenel est là aussi pour les aider. C'est un investissement d'un poste temps complet uniquement pour travailler sur cette problématique ; enfin, problématique des médecins donc, les élus dans tous les sens. »

Dans cet extrait, nous pouvons voir que c'est à l'échelle infra-locale - ici une communauté de communes - que se produit une action publique visant à réguler les soins de premier recours sur le territoire. Le territoire peut donc être producteur d'action publique et se saisit de ses différents leviers pour mettre en œuvre une politique publique. C'est donc cette gouvernance territoriale qui a la capacité d'apporter une réponse à une situation locale complexe, alors même que le niveau national, dont relève la politique de santé, en est incapable. Nous pouvons même pousser notre analyse plus loin en affirmant que le territoire est capable de produire une action publique là où l'Etat a échoué, contribuant même à complexifier davantage la situation, comme nous avons pu le voir plus haut. Ainsi, l'implication des élus locaux permet de combler les carences de l'Etat.

Néanmoins, il faut souligner un élément important : ici la mise en œuvre d'une action publique à l'échelle locale n'est possible que parce que le contexte y est favorable. En effet, la proximité avec la Suisse engendre un effet d'aubaine économique pour la population frontalière, ce qui n'est pas sans impacter les collectivités locales, telles que la communauté de commune du Pays de Gex qui bénéficie alors d'une bonne santé économique, lui permettant ainsi de lever des fonds pour pallier les carences de l'Etat. De ce fait, ce que nous observons sur ce territoire ne peut se produire que pour cette raison, la mise en place de ce type de politique étant relativement coûteuse.

Com.Com: « [...] Entre ce qu'on met pour la com, les aides, plus le poste, franchement, on ne doit pas être loin des 100 000 euros annuels

Doctorante : *Ça vous fait vraiment un gros budget*

Com.Com: *Pour accompagner. Là, on n'a pas embauché de médecin...*

Com.Com: *Il y a ça, plus on a fait appel à un cabinet de recrutement pour débaucher des médecins, en fait, sur le territoire national. »*

Les sommes levées par la collectivité pour répondre en partie à la problématique locale sont relativement importantes. Cet exemple traduit bien de la capacité des élus à mettre en œuvre de l'action publique. Cette expérience qui ne semble pouvoir se produire que dans ce territoire en raison de dispositions économiques favorables appuie la thèse développée en analyse des politiques publiques selon laquelle l'action publique est fragmentée.

Ce qu'il nous faut toutefois souligner ici, c'est que la politique qui est menée dans ce territoire n'est pour l'instant pas totalement réalisée puisque les contrats avec les médecins ne sont pas encore signés. Pour le moment, la dépense engagée par la communauté de

communes ne concerne que le poste de coordinatrice de santé qui consiste à accueillir les internes afin de leur faciliter les stages mais elle s'occupe également des médecins déjà en poste, notamment pour leur venir en aide pour la recherche de remplaçants. A ce poste il faut ajouter ensuite une participation de deux autres personnes qui consacrent une partie de leur temps plein pour aider la coordinatrice dans sa tâche mais également pour s'occuper de la communication dans les universités, faire des affiches, ... Nous pouvons donc mesurer l'importance de la dépense engagée pour tenter de suppléer l'Etat.

Ce qu'il serait intéressant d'étudier par la suite c'est l'évaluation de ce dispositif. L'argent déployé a-t-il permis de répondre au déficit d'offre de soins de premier recours ? Pour le moment le dispositif est à son commencement donc l'évaluation n'est pas possible en l'état. Néanmoins, il faudrait voir d'ici quelques années si les anciens internes venus en stage dans les communes du Pays de Gex ont été séduits par la qualité de vie offerte par ce territoire au point de susciter des installations.

Doctorante : « *Arrivez-vous à faire en sorte que ces internes aient envie de rester au moins quelque temps ?* »

Com.Com : *Là, on n'en est qu'au début. C'est la deuxième année qu'on le fait. Ils n'ont pas fini, ils ne sont pas médecin. C'est vrai que la dernière tournée qu'on a eue là, ils étaient quatre. Ils sont venus tous les quatre à cette rencontre... ce n'est pas obligé. C'est vrai que pour toucher l'argent, il y a une convention à signer et qu'on leur donne à ce moment-là, c'est un moyen d'attirer, mais bon ! En discutant avec eux, c'est vrai que si on enlève la problématique logement, en fait trouver un logement, on ne parle même pas de prix, là, ils disent : « c'est une région qui est agréable à habiter » ... Enfin, ils voient les côtés positifs. On est quand même proche d'une grande ville. Genève, d'accord, c'est en Suisse, mais pour vivre, enfin comme vit un jeune et tout, il y a ce qu'il faut. Le sportif, c'est bon, il peut s'en mettre plein les pattes, il y a tout ce qu'il faut. L'hôpital du CHANGE, d'accord, Annecy, c'est un peu loin mais ils ne sont pas... c'est notre hôpital de référence, il y a*

quand même des interactions donc, là, pareil, notre coordinatrice santé est là aussi pour faciliter les liens entre l'hôpital du CHANGE et nous parce qu'en tant qu'étudiant à Lyon, ils ne connaissent pas. Annecy, c'est Haute-Savoie, c'est Grenoble. »

Que le dispositif mis en place soit une réussite ou non, il nous faut tout de même souligner la capacité d'initiative et le volontarisme politique dont font preuve les élus de la communauté de commune du Pays de Gex. Quelle qu'en soit l'issue, le territoire aura tenté d'apporter une réponse la plus en adéquation possible avec les réalités locales. Cela montre bien que le territoire est capable de se saisir des problématiques pour ensuite produire une action publique au plus près de la réalité. Dans notre territoire d'étude, nous pouvons donc affirmer que le territoire est bel et bien capable de produire de l'action publique. En parallèle de cette capacité d'action dont font preuve les territoires, ils se heurtent à des obstacles administratifs importants. Ceux-ci ne sont pas contournables puisqu'ils ont un caractère légal. De ce fait, les territoires sont contraints de s'adapter et d'agir en tenant compte de ces dispositifs.

Si nous regardons de plus près l'organisation sanitaire locale nous remarquons que la superposition des échelles locales et surtout, le rattachement de ce territoire, tantôt dans un département, tantôt dans l'autre engendre certaines incohérences qui impactent inévitablement l'organisation du paysage sanitaire. En effet, le Pays de Gex est rattaché à l'hôpital d'Annecy, en Haute-Savoie. En revanche, s'agissant du service de SAMU, il est rattaché à celui de l'Ain. Nous pouvons donc noter une incohérence importante puisque pour un même domaine - celui des urgences - deux dispositifs qui travaillent théoriquement ensemble sont mis à l'œuvre mais ceux-ci sont dans deux départements différents. Nous pouvons donc imaginer les difficultés que cela entraîne et nous questionner sur la prise en charge des patients.

Com.Com : « *C'est là où ça a vraiment fait ressortir quand on a appris que c'était là que c'était déclenché mais que ça passait toujours par le*

01 et qu'entre les deux, si ça se passe bien, tant mieux mais s'il y a le moindre cafouillage, c'est une demi-heure, une heure de retard sur l'intervention et dans certains cas, c'est fatal. Alors, surtout l'ARS ne veut surtout pas entendre dire que ça crée des réels problèmes, des accidents, du sur danger pour les gens mais ça existe quand même.

Doctorante : Pourquoi font-ils barrière ?

Com.Com. : *Ils sont rémunérés à l'appel. S'ils déclenchent quelque chose, les SAMU sont aussi en partie rémunérés par l'ARS au nombre, pas d'interventions, mais de déclenchements qu'ils font. »*

Cet extrait d'entretien nous permet là encore de mesurer les limites de l'organisation sanitaire. Le maillage administratif classique se heurte aux barrières naturelles que constituent notamment les chaînes de montagne. Ici il semblerait donc pertinent de lever les clivages administratifs pour une organisation au plus proche de la réalité locale. Néanmoins, les principes chers à l'Etat ne font pas fi des particularismes induits par la géographie.

Un autre moyen qui est utilisé pour inciter les médecins à venir s'installer dans le Pays de Gex consiste en un effort financier sur les prix des loyers. En effet, tout comme pour le cas de Bellegarde-sur-Valserine que nous allons voir après, le Pays de Gex connaît une hausse importante du prix de l'immobilier, la forte demande créée par l'attractivité de Genève ayant eu un effet d'aubaine sur les logements, l'inflation du prix des logements est donc importante. Cela n'est donc pas sans influencer le prix des cabinets médicaux. Cet élément vient se surajouter aux difficultés évoquées plus haut et constitue un frein notable. Pour impulser des installations dans ce territoire, certains élus ont donc fait le choix d'intervenir sur le prix du foncier. Là encore, il s'agit là d'une marge de manœuvre importante des élus locaux qui permettent la production d'une politique publique à l'échelle locale.

Com.Com 2: « Ça, c'est au niveau des communes qu'il y a quelques efforts qui sont faits sur le logement qui sont en train d'être faits. Il y a aussi un verrou psychologique qui existe encore, qui s'ouvre un petit peu mais qui existe encore sur le fait de dire : « on va faire un effort pour des gens qui sont quand même dans le haut du panier social » ...

Com.Com 1: Mais d'un autre côté, c'est des gens qui vont servir à toutes les couches de la population. Si on n'a plus de médecin...

Com.Com 2: C'est ça qui est en train de sauter, en fait. Les élus sont en train de se dire : « ok ! C'est quand même embêtant, c'est même assez choquant mais en même temps la santé... »

Cet argument nous avons pu le retrouver lors de nos autres entretiens. En effet, les médecins généralistes constituent une catégorie de la population relativement aisée et il paraît parfois aberrant de leur concéder des aides alors même que le reste de la population connaît des difficultés économiques. Dans certains territoires de notre enquête, comme en centre-ville de Lyon, c'est d'ailleurs entre autres pour cela que les médecins quittent petit à petit la ville. Ici, le problème étant tellement complexe en raison d'une multitude de facteurs que nous venons de montrer, qu'il paraît crucial de mener une politique de loyers accessibles pour les médecins. Conscients du problème, nombre d'élus tentent d'y accéder néanmoins, les mentalités restent encore parfois difficiles à faire évoluer. Mais avec la raréfaction de la ressource, une mise en concurrence est à l'œuvre et les territoires doivent ruser d'ingéniosité pour attirer les médecins.

« [...] Mais sur les médecins, sur le logement des médecins, les élus sont en train de comprendre qu'ils sont en concurrence pour une ressource rare avec d'autres territoires sur le territoire national, voire international. C'est ça, en fait. C'est juste ça. C'est : qu'est-ce qu'on leur offre pour qu'ils viennent chez nous ? »

Les élus ruraux des territoires reculés semblent l'avoir compris et initient donc des mécanismes incitatifs, ce qui n'est pas encore le cas dans les grandes villes, qui prennent sans doute moins la mesure du problème, bénéficiant encore d'une certaine attractivité liée à l'urbain. Mais pour autant la situation fait que la tendance pourrait être inversée dans les années à venir. La question du logement est donc un enjeu majeur pour l'attractivité des jeunes médecins, d'autant que les exigences des propriétaires les contraignent souvent à se tourner vers d'autres localités moins onéreuses et moins complexes sur le plan administratif. Le problème étant qu'une fois installé dans une commune, bien souvent le médecin y reste - dans la mesure où il s'y plaît. Dans ce contexte, il s'agit de capter les jeunes médecins et faire en sorte qu'ils s'y installent. C'est là tout l'enjeu de la politique menée en faveur du logement dans ce territoire.

« [...] Le médecin qui arrive ici, qui est jeune, qui arrive ici, pour se loger dans le privé, on leur demande deux ans d'exercice, ici. C'est un peu comme si vous aviez une caution, un truc comme ça. Donc, dans le privé, ils n'arrivent pas à trouver alors qu'ils ont les moyens de payer et dans le social, ils ont des salaires, des revenus qui sont trop importants. C'est là où c'est la prise de conscience de certaines communes, c'est dire : « nous, on va bloquer quand même des logements sociaux haut niveau » – parce qu'on a pas mal de logements sociaux dans les plus chers... pour loger un médecin qui paiera son loyer. Et le jour où il aura la capacité d'aller dans le privé... »

Un autre axe sur lequel cette communauté de communes cherche à intervenir concerne les procédures administratives liées à la profession médicale. En effet, un médecin doit remplir des formalités administratives toujours plus importantes, comme nous avons pu le voir dans un chapitre précédent de notre travail. Or, ce temps consacré à remplir ces documents est du temps en moins pour réaliser des consultations. De ce fait, les médecins sont contraints, soit d'allonger leur temps de travail, déjà relativement conséquent, soit écourter leurs journées de consultation pour satisfaire les exigences administratives. Le problème se pose alors lorsque la zone est sous-dotée en médecins et que la pression de la

population se révèle être de plus en plus forte. Aussi, cela constitue un des éléments explicatifs du manque d'attrait des médecins pour ce territoire, qui n'est pas propre uniquement au Pays de Gex, comme nous pourrions le voir tout au long de ce chapitre. L'idée qui se développe alors ici c'est de dégager du temps consacré aux formalités administratives pour qu'il soit redéployé en temps purement médical. Cette démarche qui peut nous paraître évidente n'est pas si simple à mettre en œuvre puisqu'elle est relativement coûteuse et que la question de qui prend en charge la dépense est tout naturellement posée. Là encore la communauté de commune use de ses leviers d'action afin de proposer des postes administratifs qui permettent de décharger les médecins de ces formalités administratives si chronophages. Mais cette politique constitue une charge financière importante pour la collectivité et décharge les médecins d'une partie des tâches qui leur incombent, sans amputer sur leurs revenus. Cela peut ainsi constituer un certain nombre de problèmes d'ordre moral pour nombre d'élus, et sans doute la population. Mais la question est ici d'opérer un calcul économique "coût-avantages" afin de savoir s'il est plus coûteux d'embaucher du personnel administratif que ne procurerait les avantages d'une augmentation du temps médical. La communauté de commune est alors confrontée à des choix politiques importants et ils doivent prendre la mesure du problème. Là encore nous pouvons y voir une logique électorale forte dans la mesure où les élus axent une partie de leur politique et de leur budget sur la santé de la population et donc sur la satisfaction des besoins de leurs électeurs. Le bien public que constitue la santé devient également un enjeu de satisfaction électorale conséquent.

Com.Com 1: « [...] Ce qui gêne aussi les médecins, je pense que c'est quel que soit le territoire en France, c'est la paperasserie qu'ils sont obligés de faire maintenant. On a très peu de médecins ici qui ont un secrétariat. Il n'y a vraiment que ceux qui se sont regroupés à plusieurs sans être en maison de santé ni rien, qui se paient le luxe d'une personne qui fait l'accueil, qui répond au téléphone et qui va faire un peu de paperasse et tout. Ça, c'était une autre des pistes sur lesquelles on travaille avec Monsieur Hartmann, c'est de faire intégrer aux élus qu'une aide administrative en finançant des postes administratifs, un poste administratif pour plusieurs médecins, ça pourrait être un moyen

d'alléger, que leur temps de travail ne soit uniquement pour de la consultation. Donc, même avec un même médecin, s'il a moins de paperasses, il prendra deux ou trois patients de plus par jour. S'il gagne une heure...

Com.Com 2: *Là, c'est vraiment embrayer sur le concept de libération de temps médical qui commence à grossir*

Com.Com 1: *Amortir le temps disponible d'un médecin : il faut qu'il soit le plus possible dans sa pratique médicale »*

Il s'agit donc là d'un véritable enjeu pour le territoire. Si cela peut être réalisé, nous pouvons penser que la réponse sera apportée et que la demande de la population sera satisfaite. Ainsi, le territoire se rendra plus attractif pour les médecins qui bénéficieront de conditions d'exercice idéales : un paysage de carte postale avec toutes les joies que procurent la montagne, à proximité d'une grande ville internationale et un retour aux sources de la médecine avec des médecins qui pourront consacrer l'essentiel de leur temps à soigner des patients et non à remplir des documents administratifs. Cela leur permettant de travailler moins, tout en soignant plus, ce qui est au cœur des préoccupations des jeunes médecins notamment, comme nous avons pu le voir.

Aussi ces territoires reculés usent de tous les leviers d'action dont ils disposent pour rendre leur territoire attractif. Le premier levier étant d'abord la communication, pour faire connaître ces communes, inconnues de la plupart des étudiants de médecine.

Section 2 : Quand la gouvernance locale reste inerte : les « oubliés » de la santé, entre adaptation et innovation à Bellegarde-sur-Valserine

Alors que le modèle des MSP monte en puissance au point de s'ériger depuis quelques années comme le *main stream* de l'exercice coordonné en santé, des voix se lèvent et s'opposent farouchement à ce modèle.

Notre enquête nous a mené à observer une pratique tout à fait innovante dans un territoire reculé²⁸². En effet, la commune de Bellegarde-sur-Valserine, se trouve dans la vallée de la Valserine en plein cœur du Bugey, non loin de la frontière Suisse. Cette commune est marquée par un fort éloignement - notamment géographique. De ce fait, elle souffre depuis peu, d'un manque de médecins.

« Il y a avait déjà pas mal de médecins qui étaient partis de Bellegarde. Il y a dix ans, on était seize médecins ; à l'heure actuelle, on est plus que huit ! Euh, sept, parce qu'il y en a un qui s'est mis à la retraite et qui travaille un peu, donc on est plus que sept. Pour un bassin de vingt mille habitants. Et la population ne fait que s'accroître parce que comme on est frontaliers avec la Suisse, ça fait un appel de population et ça construit dans tous les sens. Le Pays de Gex, c'est une horreur. Nous, là, il y a encore 90 logements qui se construisent ; il paraît qu'il y en a 90, on ne sera pas plus de médecins. 90 logements, ça veut dire 90 familles, je ne sais pas où ils vont aller, il y a déjà une partie de la population qui n'a pas de médecin traitant. »

La situation à Bellegarde-sur-Valserine tourne très rapidement au scénario catastrophe avec une pénurie de médecins qui se fait très vite ressentir. Les choses s'annonçant de plus en plus critiques, il est devenu impératif de s'adapter pour faire face à un problème double : la pénurie du nombre de médecins dans un contexte d'accroissement

²⁸² Ici, tous les extraits d'entretiens sont ceux menés avec un médecin salariant une infirmière, MG 01

de la population.

En effet, l'attractivité du territoire n'est pas la même selon que l'on se place du côté des médecins ou de celui de la population : les premiers sont peu enclins à venir s'installer dans la commune (et ses alentours) en raison de son trop grand éloignement géographique des centres d'activités, mais également en raison de la hausse du prix de l'immobilier, qui impacte le prix des loyers des cabinets. En effet, la proximité avec la Suisse engendre un exode de travailleurs français vers la Suisse (notamment Genève) et crée une forte demande de logements dans cette zone. C'est d'ailleurs la même problématique que nous avons pu constater dans le pays de Gex, les deux zones étant proches l'une de l'autre.

Dans ce contexte, la pression qui pèse sur les médecins devient de plus en plus importante au point d'être parfois très mal vécue par certains d'entre eux. C'est le cas notamment dans notre objet d'étude où un médecin partant à la retraite, la pression s'est alors reportée sur les deux médecins qui restaient. Devenant ainsi insupportable, on assiste à une situation chaotique, lorsque le deuxième médecin décide alors de quitter le cabinet de manière soudaine et brutale.

Alors que les deux médecins parviennent à se mettre d'accord sur un mode d'organisation commun pour faire tourner le cabinet malgré le départ du troisième, l'une des deux vit mal cette situation et craint une surcharge de travail qu'elle ne pourra supporter face à cette situation qui ne lui paraît pas tenable, elle craque et décide de quitter le cabinet. Nous n'avons pas rencontré ce médecin mais nous pouvons formuler plusieurs hypothèses sur cette situation. La première engendrée par le mode d'exercice des médecins dont l'exercice libéral se résumait à l'exercice individuel et isolé du médecin, quand bien même celui-ci exerçait dans un cabinet avec d'autres confrères. Ce mode de fonctionnement, s'il existe toujours, tend néanmoins à s'estomper au profit d'un exercice coordonné. S'il est de plus en plus intégré par les jeunes médecins, il reste encore à apprivoiser pour nombre de médecins plus anciens, dont certains le rejettent d'ailleurs. La deuxième hypothèse que nous pouvons formuler concerne plutôt la santé de ce médecin. Nombre de médecins sont aujourd'hui confrontés à des situations de *burn out* face à l'augmentation de la pression qui pèse sur eux devant la raréfaction de la profession. Que ce médecin soit confronté à cette situation ou qu'elle ait eu peur de la vivre, cette hypothèse nous paraît expliquer - au moins en partie - la situation. Finalement, nous pouvons postuler que cette situation est survenue par un bouleversement des pratiques qui n'était pas intégré et/ou souhaité en raison d'un apprentissage différencié de l'exercice durant les études de médecine et d'une surcharge de

travail qui a généré une situation d'étouffement chez ce médecin qui a préféré quitter le cabinet afin de préserver sa santé et son confort de vie. Cette situation pointe du doigt la tension qui pèse sur la profession.

Ici, on se rend bien compte, qu'à un moment donné, la pression étant tellement forte pour les médecins généralistes face à une demande des patients toujours plus grande, qu'elle en devient intenable au point que les médecins préfèrent arrêter. Bien entendu, la situation n'est pas unique à ce cabinet qui comportait trois médecins, passés en peu de temps à un seul médecin puisque cette commune passe de 16 à 7 médecins. Mais cet exemple est cependant révélateur d'une problématique complexe dans un territoire qui semble délaissé par les autorités publiques.

« Donc, elle n'a pas voulu assumer, donc je me suis retrouvée toute seule et je me suis dit, ce que je t'ai dit tout à l'heure, c'est : ou je m'en allais en courant ou je trouvais une solution. [...] Je me suis dit : « Ça ne va pas le faire, il faut vraiment que je trouve une solution » »

Dans ce contexte, il apparaît comme vital de s'organiser autrement pour pouvoir répondre - tant bien que mal - à la demande de soins de la population. C'est alors que se développe une pratique innovante née de la volonté de faire plus avec moins de ressources, une mise en abîme de la notion d'efficience.

Cette pratique innovante découle de l'observation d'une pratique similaire auprès d'un confrère quelques années en arrière. Mais elle traduit surtout la prise de conscience de la nécessité de s'organiser pour offrir des soins à la population tout en conservant une qualité de vie "décente". Cette pratique révèle avant tout un véritable engagement de la part de ce médecin qui loin de la logique corporatiste, privilégie d'abord la qualité des soins offerts. Elle suppose donc un partage de la patientèle qui n'est pas monnaie courante dans ce domaine (pour preuve notamment le faible nombre d'infirmières ASALEE).

« [...] il y a des gens, des mères avec des gamins, elles pleuraient devant ma porte, elles pleuraient. »

Avec le départ des médecins, la situation devient rapidement très complexe puisqu'un nombre important de patients se retrouve sans médecin. Avec deux départs dans le cabinet qui ne sont pas compensés par des arrivées, deux patientèles se retrouvent seules et se reportent sur le dernier médecin. La pression est donc beaucoup plus forte pour notre interlocutrice qui doit trouver un moyen de s'organiser afin de continuer à exercer dans des conditions acceptables pour son bien-être.

On voit bien là que l'accès aux soins est une priorité chez ce médecin qui s'astreint à repenser sa pratique plutôt que de laisser des personnes sans médecin. C'est donc dans ce contexte que s'est développée une forme innovante de l'exercice de la médecine, inspiré d'une observation chez un confrère des années plus tôt. Le principe est simple mais il nécessite de repenser totalement les pratiques et de s'organiser pour permettre efficacité et rentabilité pour le médecin. Il s'agit en outre de salarier une infirmière pendant quelques heures par jour afin de dégager du temps purement médical pour le médecin.

« [...] Il y a très longtemps, j'avais vu un médecin en Ardèche qui travaillait avec sa femme qui était infirmière et ça m'avait déjà donné des idées, ça. Et moi, j'avais dans ma patientèle, une infirmière, avec qui il y a au moins trois ou quatre ans avant, j'avais parlé en disant : « Tu vois, moi j'aimerais bien travailler avec toi et si j'avais de la place et si vraiment je me retrouvais à devoir augmenter mon temps médical de travail, et ben, je t'embaucherais bien ». Et donc, j'ai pensé tout de suite à elle. Elle était infirmière scolaire, je lui ai dit : « Est-ce que tu es O.K. ? On tente le coup, il y a tout à inventer, ton poste... Tout à inventer, pas tout, pas ce que moi j'ai à faire, mais toi, tu as à inventer ton poste et on va chercher une solution ». Elle m'a dit : « Je vais prendre une dispo ». Bien sûr, je lui ai dit : « Écoute, j'accepte de te payer comme il faut parce que je pense que ce que je vais te demander ça va te demander de l'énergie, de l'inventivité, donc moi je veux que ça te satisfasse. Elle habitait dans le coin alors qu'elle était infirmière dans un établissement sur le pays de Gex, donc ça la rapprochait... »

Ici la démarche est facilitée par une relation de proximité entre deux personnes qui préexistait à la nécessité de s'organiser. Néanmoins cet élément facilitateur ne retire en rien du volontarisme de ce médecin qui avait décidé de s'organiser d'une manière ou d'une autre. On voit donc là l'importance de l'échange entre les professionnels de santé, qui permet d'importer des pratiques tout en les adaptant aux problématiques locales et aux moyens disponibles. Aussi le médecin doit-il faire preuve d'inventivité lorsqu'il se retrouve en situation délicate et que son engagement vis à vis de sa patientèle est fort. Ici il faut bien insister sur la personnalité de ce médecin qui fait du soin un véritable objet de militantisme. C'est d'ailleurs cela qui a permis une telle adaptation et une remise en question de sa pratique. On constate donc que sans volonté de changement de la part de cet acteur et sans un contexte favorable (la ressource disponible : la présence d'une infirmière dans sa patientèle), cela n'aurait sans doute pas été possible. Néanmoins, cette pratique originale de la médecine permet de soigner une patientèle beaucoup plus grande, absorbant ainsi celle de ses confrères.

Avec le plan Hôpital, présenté par A.BUZY, émerge la notion d'assistant médical qui ressemble fortement à cette pratique. Il sera donc intéressant d'en observer l'évolution par la suite.

« Moi je n'avais qu'un seul cabinet, donc il m'a réorganisé mon deuxième cabinet parce que fonctionner avec une infirmière - ça aussi c'est très important - il faut avoir de l'espace. Si tu n'as qu'un cabinet, ça ne sert à rien. Il faut de la place. Donc, quand moi je vois ces maisons de santé qui pleuvent de partout et où ils envisagent un médecin, un cabinet, ça va pas. Ça va pas. Dans ces maisons de santé, souvent les loyers sont chers, donc le médecin, il dit : « Oh ben non, mille euros de loyer d'un cabinet, je ne peux pas avoir deux pièces ! ». Il faut deux pièces d'examen ; tu n'as pas besoin d'avoir des grandes pièces comme moi j'ai, j'ai grand. Mais tu peux organiser différemment. »

Le cabinet comporte trois salles de consultations (à l'origine, une pour chacun des médecins), une salle d'attente et un accueil à l'entrée.

Titre :

Plan du cabinet de F.GUILLEMOT, BELLEGARDE-SUR-VALSERINE



(Représentation non contractuelle)

Source : schéma élaboré par l'auteur

Sur ses temps de présence, l'infirmière accueille le patient, prend les différentes constantes qu'elle renseigne (tension, poids, taille...) et interroge le patient sur la raison de sa visite. Elle s'occupe ensuite de la partie administrative avec notamment la prise de la carte vitale. Le médecin intervient ensuite pour effectuer la consultation médicale. Pendant que le médecin ausculte un patient, l'infirmière installe un autre patient dans un deuxième cabinet et effectue la première partie de la consultation. Lorsqu'elle a fini, le médecin arrive. Cela permet au premier patient de s'habiller tranquillement pendant qu'un deuxième patient est ausculté. Une fois le premier patient sorti, elle perçoit les honoraires, puis le processus recommence avec un autre patient et ainsi de suite.

Pour l'instant, seules deux salles de consultation sont optimisées, c'est-à-dire équipées à l'identique, pour recevoir les patients, sans qu'il n'y ait de flottement entre les patients. Cette rationalisation de l'espace disponible permet de faire un gain de temps considérable. La troisième salle doit également être aménagée afin de développer davantage la rationalisation du cabinet car quelques flottements persistent encore.

Ici nous pouvons constater que l'organisation très stricte est un gage d'efficacité et permet de résoudre en partie la pénurie de médecins. Ce procédé qui semble industrialisé n'en demeure pas moins très humanisé, puisqu'il est pensé pour offrir toujours plus de qualité de soins aux patients. Néanmoins nous pouvons aussi constater qu'au départ les choses

pouvaient être mal engagées en raison des difficultés économiques liées à ce mode de fonctionnement. Salarier une infirmière implique inévitablement que le médecin en devienne l'employeur et donc cela engendre des coûts liés à son salaire et aux cotisations patronales. Dans un système qui n'est pas prévu pour cela, le médecin se voit ainsi amputé d'une partie de ses revenus pour payer une personne qu'il emploie. Dans ce cas présent, la qualification nécessaire de l'employé nécessite une rémunération plus importante que celle qui est traditionnellement de rigueur pour les secrétaires des cabinets médicaux, puisqu'il s'agit là d'une infirmière. A cela s'ajoute les frais de fonctionnement plus "classiques" d'un cabinet médical : le secrétariat. Alors qu'aucune aide n'est allouée pour ce type de fonctionnement, il paraît complexe de rentabiliser ce mode de fonctionnement, à moins que tout n'ait été pensé pour finalement être "rentable" malgré tout.

Ici la notion de "rentabilité" économique est relative, dans la mesure où d'autres professions, notamment les commerçants, ont également recours à l'embauche de collaborateurs pour mener à bien leur activité. Néanmoins, concernant la profession médicale, la chose paraît anodine. Déjà, les médecins doivent s'acquitter d'un secrétariat, ce qui représente souvent un coût important sur lequel beaucoup de médecins font l'économie. On peut par exemple citer un secrétariat embauché à temps partiel, un secrétariat téléphonique (très économique)²⁸³, une prise de rendez-vous sur internet via des plateformes (Doctolib, par exemple). Le poste d'une infirmière, embauchée directement par un médecin, représente un coût d'autant plus important qu'il s'agit d'un emploi qualifié qui nécessite une rémunération à la hauteur des qualifications.

Pour le médecin, la notion de "rentabilité" est de deux ordres : tout d'abord, la formation universitaire du médecin le forme essentiellement sur la pratique médicale. Il n'est bien souvent pas assez préparé à l'exercice libéral, tel que le paiement des diverses taxes et impôts qui incombent à une entreprise²⁸⁴. De ce fait, il semble ancré dans l'esprit de nombre de médecins que les actes effectués constituent leur rémunération et que toute somme dépensée, ampute d'autant sa rémunération. Ensuite, parce que, contrairement à un commerçant ou à un médecin conventionné en secteur 2, la plupart des généralistes sont

²⁸³ Notre interlocutrice utilise un secrétariat téléphonique, lui coûtant entre 700 et 1000 euros par mois en fonction du nombre d'appel reçus pour un secrétariat toute la journée. Ce qui est plus économique que l'emploi à temps plein d'une secrétaire présente au cabinet.

²⁸⁴ C'est d'ailleurs souvent l'argument qui ressort dans nos différents entretiens concernant l'engouement pour les structures d'exercice coordonné ou salarié.

conventionnés en secteur 1 et donc leurs honoraires ne sont pas fixés par eux-mêmes. Leurs honoraires, ne peuvent donc être calculés en intégrant ces dépenses comme pourraient le faire d'autres professions. Ainsi, la notion de "rentabilité" de ce modèle, ne peut prendre tout son sens, que si l'organisation de la pratique est rationalisée, soit pour permettre au médecin d'effectuer moins d'heures et de lui assurer un certain confort de vie, soit lui permettre d'effectuer davantage de consultations et donc d'augmenter son chiffre d'affaires.

« J'avais dit que je la payais dix-huit euros net de l'heure, je ne m'étais pas du tout rendue compte qu'avec les charges machin, ça augmentait... Tu sais, les médecins, ils ne sont pas très financiers en règle générale et moi je ne le suis pas du tout, moi, c'est au pif, alors, je lui ai dit que dix-huit euros ça me paraît honnête. »

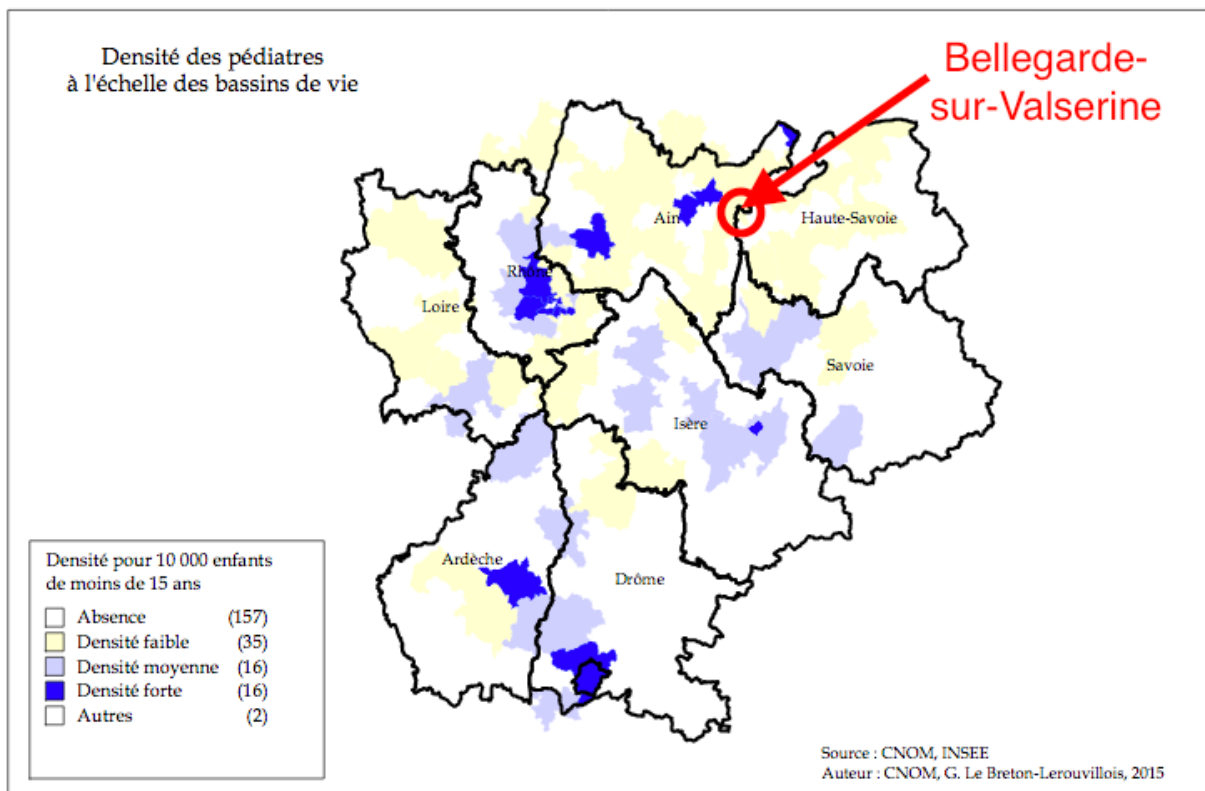
Néanmoins cette nouvelle manière de procéder semble "rentable". Bien qu'un audit doive être réalisé, la rentabilité se mesure tout d'abord sur le gain de temps du médecin alors même que la durée totale de consultation pour le patient s'allonge. Ensuite, un autre paramètre qui doit être pris en compte est la qualité de service qui est offert au patient. Les dossiers sont tenus à jour et le professionnel de santé prend alors tout son rôle de "pivot" de la santé du patient, en témoigne les différents actes de prévention qui sont faits en fonction des patients.

« Parce qu'en fait, l'infirmière travaille avec moi. Donc, tous les matins - je ne travaille plus le samedi matin, le week-end, il n'y a personne qui travaille : samedi, dimanche, c'est fermé - le lundi matin, le mardi matin, le jeudi matin et le vendredi matin, l'infirmière, elle est avec moi à sept heures, jusqu'à midi, midi et quart. Donc, le matin, par exemple, hier lundi matin, j'ai fini à midi vingt, on avait vu trente personnes. Moi, j'étais arrivée à six heures et demie. Marie, elle est arrivée à sept heures moins le quart. Et nous, les gens, ils sont vus correctement. Je n'ai plus un dossier qui est mal tenu parce que l'infirmière arrive, elle accueille le patient, elle ouvre le dossier et elle regarde... C'est elle qui fait la

prévention, c'est-à-dire qu'elle va regarder ce qui... Toute la gestion du dossier : une femme, si elle a eu ses frottis, sa mammo. Quand est-ce qu'elle a eu une analyse de sang pour la dernière fois, un diabétique s'il a vu son cardio, l'ophtalmo. Le bébé, elle a ouvert le carnet de santé. Alors un bébé, là, elle nous gagne énormément de temps. Maintenant, je vais parler du travail de l'infirmière. Un bébé, tu as vu que j'avais des plages dédiées à la pédiatrie, le matin, parce que je veux voir les bébés avec l'infirmière parce que moi, ça m'économise un temps, tu as vu Clément, le temps que ça peut m'économiser ? »

Cette qualité de soins prend tout son sens lorsqu'il s'agit de consultations pédiatriques. Il s'agit en effet d'une spécialité très fortement impactée par le manque de médecins, cela est donc d'autant plus le cas dans ces zones déjà sinistrées.

Titre : Densité et variation des effectifs des médecins spécialistes en pédiatrie à l'échelle des bassins de vie



Source : La démographie médicale en région Rhône-Alpes, situation en 2015, J.F.RAULT (dir.), G.LE BRETON-LEROUVILLOIS

De ce fait, les consultations pédiatriques sont souvent assurées par les généralistes. L'accroissement du temps médical lié à ce mode de fonctionnement permet alors d'assurer un meilleur suivi pour les enfants et d'éviter notamment la survenue de problèmes de santé plus importants. Dans ce contexte on peut donc parler d'un système "gagnant-gagnant", tant pour les patients, que pour le médecin.

Médecin : « Voilà, alors elle accueille le bébé, elle ouvre le carnet de santé, elle regarde les vaccinations, elle regarde si le dossier informatique est bien renseigné. Après, elle va déshabiller le bébé avec la maman, elle va causer avec la maman. Et elle, elle a un abord très particulier avec la maman. Elle va causer alimentation, nuit, si la maman ça va psychologiquement etc. Elle a pesé le bébé, mesuré la taille, le périmètre crânien. Elle a tout mis sur le carnet, elle a fait des courbes de croissance, ça c'est très important. Et moi, quand j'arrive, elle me dit : « Tiens, ça c'est la visite du quatrième mois. J'ai vu, là, il y a une petite cassure de courbe de croissance. La maman me dit qu'elle allaite et que ça ne va pas bien le soir... Donc, « O.K. Tu n'as pas remarqué autre chose ? ». O.K. l'infirmière, elle s'en va et moi je reprends le truc. Comme la maman a déjà posé des choses chez l'infirmière, ça a pu réactiver plein de mécanismes qui font qu'elle va se souvenir d'autre chose et qu'elle va me dire des choses plus percutantes qu'elle n'a peut-être pas dit à l'infirmière. Moi pendant ce temps, j'examine, je fais mon boulot de médecin. Quatrième mois, il y a deux vaccins, Marie, l'infirmière, elle a préparé les deux injections, elle a collé les petites étiquettes dans le carnet et moi, je n'ai pas à y remettre le nez.

Doctorante : *Elle ne fait pas les vaccins, par contre ?*

Médecin : *Ah non. Alors, on s'est entendues : les deux premières séries de vaccin, c'est-à-dire deux et quatre mois, c'est moi qui les fais. Même*

le onzième et le douzième, c'est moi qui les fais. Et à six ans, c'est elle qui fait, tout le reste, elle fait. Puis des fois... Mais en général, c'est moi qui fait jusqu'au vingt-quatrième mois. Donc, moi, ça m'a coûté dix minutes mais ça a coûté aussi dix minutes de l'infirmière. Donc, la maman et le bébé ont été très largement pris en charge parce qu'ils ont eu une consultation qui a... Et en plus comme on a deux cabinets, moi quand je laisse la maman, par exemple s'il y avait une ordonnance de vaccin systématique, c'est l'infirmière qui... Tout ce qui est systématique et qui est dans le protocole, c'est l'infirmière qui le sort, tu vois. Moi, si le bébé avait un petit peu mal au ventre ou qu'il avait un problème de nuit et que je veux donner une thérapeutique particulière, je fais mon ordonnance. Et souvent, je vais passer la carte et prendre la consultation, le paiement, mais c'est peut-être aussi l'infirmière, si ça bourre beaucoup, c'est l'infirmière qui va revenir passer la carte et prendre le paiement. Toutes les tâches ingrates, passer les cartes, on le fait à deux. »

Bien entendu, l'intérêt que représente une telle organisation ne concerne pas que les consultations pédiatriques. Cela concerne également les consultations en gériatrie, dont on sait que les patients sont plus souvent polypathologiques et les temps de consultations sont nécessairement plus longs. Cela se fait ressentir notamment dans les phases d'habillage et de déshabillage des patients âgés. L'utilisation de plusieurs cabinets permet ainsi de laisser le patient s'habiller tranquillement sans que cela ne prenne du temps au médecin. Le gain de temps devient alors assez important lorsque l'on additionne l'ensemble des patients. Aussi cela représente une qualité de soins et de traitement pour le patient et ensuite une qualité de travail pour le médecin, qui n'est pas contraint de "bousculer" son patient afin qu'il se presse. Par-delà le gain économique, il faut aussi prendre en compte la qualité de travail du médecin et celle de la prise en charge de ses patients, l'un et l'autre agissant comme un cercle vertueux, tant on sait maintenant que cette qualité est primordiale pour la poursuite de l'exercice du médecin. En effet, il faut rappeler que dans notre cas d'étude l'autre médecin est parti justement parce qu'elle craignait que ses conditions de travail ne soient catastrophiques. Finalement là, les conditions de travail semblent acceptables, du moins par rapport à la vision du médecin que nous avons rencontré.

Ici, l'équilibre entre la vie professionnelle et la vie familiale semble avoir été trouvé. C'est d'ailleurs un point très important sur lequel ce médecin a souhaité insister.

« Moi, par la force des choses, j'en prends parce que je travaille tellement dans la semaine que - j'y reviendrai après, on n'a pas de remplaçant - mais j'ai mon ex-collègue qui vient me remplacer, donc il me fait une semaine tous les deux, trois mois. Oui, tous les deux mois, il me fait une semaine, en gros. »

Outre l'aspect "qualité de vie" pour le médecin et "qualité de soins" pour les patients, cette pratique permet d'éviter des passages aux urgences de nombre de patients. Il faut rappeler ici que l'hôpital se trouve relativement loin en raison du relief de cette zone et donc l'accessibilité reste complexe. De plus, pour de nombreux actes, un passage par les urgences n'est pas toujours nécessaire. Fort de ce constat, ce médecin a donc développé un système d'urgences à son cabinet et pratique donc toute une série d'actes évitant ainsi de se déplacer à l'hôpital lorsque cela n'est pas nécessaire. Cela permet alors une forme de régulation au niveau du service d'urgence qui n'est pas négligeable.

« Je dois être, je ne sais pas, en médecin traitant, sans compter les enfants, je dois être à deux ou trois mille. Je ne sais pas ce que c'est la moyenne d'activité d'un médecin. Et je peux t'assurer que moi, mes patients ils sont... En plus, avec notre système d'urgence, il y a peu de choses qui passent à l'as. Comme moi j'aime bien travailler le matin, que Marie est là, Marie va repérer des gens qui ne sont pas bien dans la salle d'attente, elle les fait rentrer avant. S'il y a un problème urinaire, elle va faire une bandelette urinaire. S'il y a une douleur thoracique, elle va faire un électro. Si c'est un gamin qui n'arrive pas à respirer, elle va faire une spirométrie. Tu te rends compte... Si j'avais de l'argent, mais je ne vois pas pourquoi je me grèverais mon budget, mais j'achèterais un appareil à spirométrie pour faire de la spirométrie, parce qu'elle pourrait m'aider à le faire ça. Mais ça coûte trop cher.

Elle fait les électro. Pareil, s'il y a une douleur thoracique, on la gère super bien. Elle fait l'électro, il y a un problème, je vais avoir un avis cardio très vite ou je l'envoie à l'hôpital ou... »

A travers cet exemple, on prend bien la mesure de l'importance du rôle du médecin traitant qui est au cœur du système de santé.

A cela s'ajoute une problématique importante liée à l'implantation d'un centre de santé sur la commune mais qui rencontre un certain nombre de problèmes : difficultés liées au départ du financeur du CDS et à la reprise du financement de manière temporaire par l'hôpital du CHANGE.

Titre : Répartition de l'offre de soins de premier recours sur la commune de Valsershône



Source : google maps

« C'est une arnaque de première ! Et moi, je n'ai même pas le temps de faire un courrier à l'ARS mais c'est un scandale, parce que c'est fermé très régulièrement, alors que c'est l'hôpital de Saint Julien qui est venu

s'installer ici, via des urgentistes qui ont décidé de faire de la médecine générale, qui font du gringue aux patients en leur disant : " Signez des feuilles de médecin traitant". Tu sais, tu as un forfait de cinq euros par an quand tu as signé un médecin traitant. Donc, ils n'arrêtent pas de faire signer des médecins traitants, donc des gens qu'on avait comme médecin traitant, on ne les a plus mais on n'est même pas au courant... Enfin bref, peu importe, ce n'est pas grave. Mais surtout, ils sont fermés très, très régulièrement. Ils sont censés être un pôle de santé, sauf que le samedi, c'est toujours fermé, que à 18 heures, c'est fermé et que quand tu imposes par exemple au pôle de santé de Ferney, parce que je connais bien Rachel Guérin qui a monté le truc, on leur impose qu'il y ait un médecin jusqu'à vingt heures, le samedi, de huit heures à midi, tout ça, et ben, ils arrêtent, je crois qu'ils arrêtent le pôle de santé parce que c'est trop de contraintes, pour rien ! Même pas pour la gloire, pour remplir des papiers, des statistiques à l'ARS. C'est pour ça que moi, maintenant, on vient me dire : " Vous êtes O.K. pour faire un pôle de santé ? ", je dis : " Ah ben, non ! " »

Ici on se rend bien compte de l'ampleur du problème. Les infrastructures sont là, elles sont techniquement capables de répondre à la problématique de la raréfaction de la ressource médicale mais pour autant en l'état cela n'est pas possible. On comprend alors que cela puisse constituer un épineux problème et des sources de tensions au sein de la commune entre, d'un côté les généralistes libéraux et de l'autre, les médecins de ce CDS. Mais ce qui apparaît ici bien plus inquiétant c'est le contournement des règles édictées par la Sécurité Sociale s'agissant du médecin traitant. Aussi, on peut penser que dans cette commune (et par voie de conséquence dans les communes alentours), les individus trouvent globalement un médecin traitant, mais là un autre problème est à pointer : celui de la possibilité de consulter ce dit médecin traitant. La question est alors de savoir si les patients ayant pour médecin traitant un généraliste du CDS, peuvent effectivement consulter et se faire soigner par ce médecin ou bien sont-ils obligés d'aller consulter un autre généraliste en raison des difficultés rencontrées par ce CDS. D'après notre interlocutrice, c'est bien de cette difficulté qu'il s'agit. On peut donc soulever une forme de détournement des médecins du CDS du rôle de médecin traitant, au motif que des subventions sont accordées. Mais l'objet de notre

recherche n'est pas de dénoncer un fonctionnement dont nous n'avons pas de preuve ni données factuelles pour étayer notre propos. Il s'agit plutôt de comprendre une situation complexe dans un territoire qui accumule des difficultés (enclavement géographique, accroissement de la population, départ de médecins...). Ainsi on saisit mieux les difficultés rencontrées localement par la population dont la demande de soins s'accroît et celles rencontrées par les généralistes qui subissent une pression toujours plus importante.

Médecin : « Ils n'avaient qu'à réfléchir avant ! [...] l'hôpital d'Annecy-Saint Julien, c'est des gens qui ne sont pas honnêtes. Ils pensaient pouvoir venir faire leur marché à Bellegarde. Non, mais c'est ça ! Parce qu'il faut bien voir, nous on est sous-doté au niveau hospitalisation, dans l'Ain. C'est l'hôpital d'Oyonnax, Bourg, Nantua c'est fermé. Par contre, c'est nous qui alimentons Saint Julien. Il n'y a que les bellegardiens et le Pays de Gex qui vont sur Saint Julien. Saint Julien c'est en Haute Savoie. Trente kilomètres.

Doctorante : *Et Oyonnax, c'est distant de combien ?*

Médecin : Quarante. C'est Saint Julien, nous. Mais si tu enlèves Bellegarde et le Pays de Gex, Saint Julien, ils ferment. Parce qu'il y a le CHAL d'Annemasse qui est une structure toute neuve et super bien et surtout il y a un énorme « Hôpital privé des Deux Savoies » à Annemasse, où il y a pléthore de chirurgiens, de médecins et tout ça. Il y a donc l'hôpital d'Annecy, il y a la Clinique Générale d'Annecy qui maintenant a des urgences et qui essaye d'augmenter son volume de travail. Il y a la clinique d'Argonay, à Annecy. Donc, il y a beaucoup d'offre. Donc, à Annecy, ils se sont dit : « Oh, là là ! On va shooter la médecine générale de Bellegarde et on va envoyer nos médecins qui nous adresseront les patients, à nous ». Alors, je ne dis pas qu'on ne travaille pas avec Annecy et Saint Julien, mais pas avec tous.

Doctorante : *C'est vraiment du clientélisme, alors ?*

Médecin : *Mais c'est du clientélisme, complètement ! Et ça, ça a été bien mené. Alors, je t'ai dit que je n'avais pas les mêmes avis politiques que le maire de Bellegarde, mais en même temps, ce n'est pas le maire que je charge le plus parce que le maire, il a des concitoyens qui n'ont pas de médecin traitant : c'est un scandale ! En 2017, tu n'as pas de médecin : c'est un scandale. »*

A travers ces propos nous constatons que les enjeux locaux sont pleinement ancrés dans une logique d'intérêts. Nous pouvons aussi constater que de cette logique dépend la santé de toute une population. Bien entendu une fois de plus les propos de notre interlocutrice ne peuvent être pris pour argent comptant, néanmoins ce phénomène qui est dénoncé - et qui semble être globalement problématique au regard de ce que nous avons pu soulever lors de nos autres entretiens - pose questions. Tout d'abord parce qu'il semble remettre en cause les principes afférents au serment d'Hippocrate et ensuite parce qu'il incarne une dérive de la politique de régulation de l'offre de soins et la logique comptable qu'elle induit. Le patient n'est donc plus soigné parce qu'il en a besoin, mais parce que cela permet de remplir les effectifs. Cette marchandisation des soins de premiers recours telle qu'elle nous est présentée ici, est assez déroutante car elle ne correspond pas aux évolutions voulues par le système de santé.

Ce qui paraît le plus étonnant dans ce territoire, c'est que la population n'a pas de difficultés à se faire soigner par manque de moyens financiers. Bien au contraire, beaucoup travaillant en Suisse, le niveau de vie y est globalement supérieur au reste de la population aindinoise par exemple (pour preuve notamment, l'augmentation du prix de l'immobilier). Mais le problème est bien plus complexe comme nous avons pu le montrer. En revanche, il semble être largement éludé par les différents acteurs lorsque nous évoquons ce cas.

« Ils n'en ont rien à foutre. Je ne vais pas dire, quand même, qu'ils ne sont pas conscients du problème mais ils ont d'autres chats à fouetter et ma foi, il n'y a pas plus de morts qu'avant et puis les gens ils n'ont

qu'à se démerder, ils n'ont qu'à accepter de payer pour se faire soigner. Non mais, je ne pense pas qu'il y ait des médecins qui demandent des dessous de table, mais ça va venir. Un de ces quatre, si ça continue comme ça, ça viendra. »

Face à ces propos, nous pouvons en venir à nous étonner de l'impuissance, ou de l'inaction des instances régulatrices du premier recours, ou même que les élus locaux s'en emparent et témoignent de leur capacité à produire de l'action publique sur une échelle infra-locale. Pour autant, force est de constater que cela n'est pas le cas, sans doute pouvons-nous soupçonner un conflit politique qui permettrait d'expliquer l'absence de prise de positions des élus locaux. Néanmoins, cette situation vient contester la rationalité des acteurs, et montre ainsi, comme l'ont souligné JC.THEONIG et P.DURAN, les acteurs font preuve d'une rationalité limitée.

La question que nous pouvons d'emblée nous poser est que certes, les élus et les administratifs semblent se terrer dans un certain mutisme, mais qu'en est-il du syndicalisme ? Ce médecin que nous sommes allés rencontrer est syndiqué auprès du syndicat ayant la plus grande influence, MG France. Aussi il semble légitime que la situation qu'il dénonce soit défendue par son syndicat. Mais c'est là que le malaise s'installe : aucun soutien ne semble avoir lieu de ce côté là non plus.

« Mon syndicat... Tu vois, par exemple, ce que je reproche, enfin, je ne reproche pas mais je vais leur dire quand même. Toi, tu fais ton étude avec ton mec parisien. Mon syndicat a essayé de faire une enquête. Il y a [nom du médecin], un médecin nouvellement retraitée qui est très active dans le syndicat MG France. Elle me téléphone un mercredi à midi et demi, j'étais en visite sur un parking. Elle me dit : « Ah [médecin], on est chez [autre médecin] à Bourg, pour voir son fonctionnement : « Est-ce que tu es là avec ton infirmière, est-ce qu'on peut venir ? ». Je lui dis : « Désolée [médecin], mais le mercredi après-midi, je fais mes visites, l'infirmière ne travaille pas le mercredi. Il faut venir une autre fois. Un matin pour voir comment ça fonctionne », je ne l'ai jamais réentendue, elle ne m'a jamais rappelée. Alors que le truc

de Bourg capote mais par contre, [autre médecin] sait bien faire dans la communication et à la dernière ou avant dernière grande messe syndicale qu'on a fait, à Grenoble, son associé est venu présenter un truc en disant : « C'est trop bien ». Et c'est vrai. Mais moi, tout le monde dans mon syndicat sait comment je travaille. Mais personne... Ce qui aurait été intéressant, c'est ce que moi je vais faire... Mais après, je me demande pourquoi je me fais chier, finalement. C'est parce que j'ai envie de clore un truc. J'aime bien finir ce que j'ai entrepris. Quelqu'un aurait pu me dire : « On vient faire un audit pour voir comment vous fonctionnez ». Surtout que moi, je n'invente rien, hein ! Je ne pense pas pouvoir poser un brevet pour mon truc, hein ! (Elle rit) Parce qu'en Suisse, ils fonctionnent comme ça. Eux, ils ont des assistantes, qui n'ont pas du tout la qualification des infirmières et qui font des prises de sang, parce que le médecin généraliste, en Suisse lit des lames, il fait de la petite bio. Oui, ça varie les plaisirs, mais tu vois, je n'ai rien inventé, j'ai réfléchi avec des trucs qui existent déjà. »

Enfin, l'absence de réel engagement politique de ce médecin permet d'expliquer - en partie - le manque d'écho de son mode de fonctionnement et permet de comprendre pourquoi c'est celui de Bourg-en-Bresse, qui est pour le moins mis à mal, qui fait davantage parler de lui. Là encore nous voyons bien que l'engagement, qu'il soit politique ou syndical, est un paramètre important, y compris dans le domaine de la santé, et un gage d'une aura plus importante pour se faire entendre. L'importance de la personnalité d'un acteur dans la diffusion et la prise en compte de sa parole. Si le cabinet de Bourg-en-Bresse arrive à être mis en avant c'est bien parce que les membres de ce cabinet portent leur parole au niveau du syndicat MG France. Dans le cas du cabinet de Bellegarde-sur-Valserine, le médecin que nous avons rencontré ne porte pas sa parole au niveau du syndicat. En effet, d'après notre entretien mais également d'autres entretiens, la plupart des acteurs connaissent le mode de fonctionnement du cabinet de Bellegarde-sur-Valserine. Cependant, c'est bien celui de Bourg-en-Bresse qui fait parler de lui. Ainsi, on peut donc affirmer que c'est la capacité des acteurs à faire parler d'eux qui permet une médiatisation. Il s'opère donc une forme de concurrence entre les acteurs. On peut supposer que dans un contexte où les subventions éventuellement disponibles sont minces, une concurrence entre les acteurs, pourtant de la

même corporation, est inévitable. Ce qui est ici intéressant, c'est la capacité d'un acteur à rebondir et à transformer la réalité. D'une situation économiquement instable, le cabinet de Bourg-en-Bresse est toutefois connu comme étant la référence d'un tel modèle. Le médecin de Bellegarde-sur-Valsérine est non seulement isolé, mais ne semble pas avoir le temps et l'énergie nécessaire pour plaider sa cause, tant au niveau des instances politiques que syndicales. Son mode de fonctionnement est donc supplanté par un fonctionnement similaire, dans une autre commune en raison d'une plus grande disponibilité des acteurs. Nous pouvons alors soulever qu'une forme de concurrence s'installe dans la mise en avant sur la scène publique de problèmes locaux.

L'offre de soins de premier recours devient alors un secteur concurrentiel, au même titre que les autres. Pour ce qui est un bien immatériel, la santé semble bel et bien se mercantiliser.

Certes ce problème est relativement isolé, mais pour autant, la santé est un droit pour l'ensemble de la population. Il faut cependant souligner que certains choisissent de se faire soigner en Suisse afin de pouvoir être pris en charge par un médecin.

Doctorante : « *Est-ce que, à cause de cette pénurie, certaines personnes se font soigner en Suisse ?* »

Médecin : *Oui, oui, les gens qui peuvent. Par exemple, il y a un centre de dermatologie qui a ouvert à Genève, à côté de la gare Cornavin : il y a dix dermatos français qui sont allés s'installer là-bas. Ils font une grâce aux Français, ils leur font des feuilles de sécu et ils ne leur demandent que 90 euros par consultation. Parce que les Suisses, ils payent 110 ou 120 francs, quoi. »²⁸⁵*

Ici on mesure bien l'ampleur du problème : faute de médecin, de nombreux frontaliers (qui sont à la CMU frontalière) franchissent la frontière pour se faire soigner.

²⁸⁵ Des tarifs préférentiels sont appliqués par certains médecins français exerçant en Suisse sur les consultations de patients français. Néanmoins le coût des consultations reste beaucoup plus élevé que celui pratiqué en France, ce qui engendre un reste à charge très important pour les français.

Cela engendre inévitablement un coût financier supplémentaire (puisque le remboursement ne se fera que sur la base des tarifs français pour les bénéficiaires de la CMU frontalier) et traduit de l'inefficacité des politiques publiques quant à la régulation de l'offre de soins de premier recours.

Section 3 : Les usagers : une petite voix qui tente d’être entendue

“*La doxa de la Santé place le patient, l’usager, le citoyen, la personne au centre de l’organisation sanitaire*”²⁸⁶. Aujourd’hui, l’usager est devenu un acteur incontournable des politiques de santé à travers le concept de démocratie sanitaire. Il s’agit, en outre, d’associer l’usager à l’action en santé. Dans cette perspective, la région - par le biais des ARS- est le terrain privilégié de l’essor de la démocratie sanitaire. Dans cette partie, nous allons alors nous interroger sur la place des usagers et la prise en compte de leur parole. Pour tenter d’y répondre, il nous apparaît tout d’abord intéressant de nous pencher sur la notion de démocratie sanitaire qu’elle implique, pour ensuite étudier sa mise en œuvre à l’échelle de l’ARS et tenter de voir sa déclinaison à l’échelle locale et son impact sur l’action publique.

1. *La démocratie sanitaire : une rupture idéologique*

L’expression des usagers est un concept plutôt nouveau. Consacré par la loi HPST, cela marque une véritable rupture idéologique. Si aujourd’hui, le consensus semble être fait autour de la région, cette dernière, n’a pas toujours fait sens en tant qu’échelle d’action pertinente. C’est notamment ce que nous pouvons constater tout au long de ce travail de recherche.

La Révolution avait confié aux municipalités la charge de l’action sanitaire [TABUTEAU, 2010]. Ce phénomène a été d’ailleurs renforcé par l’essor de l’hygiénisme au XIXe siècle. L’Etat n’intervenait ainsi qu’en dernier recours, lorsque les communes ne pouvaient le faire ou pour se prémunir contre les épidémies. L’Etat ne sera véritablement présent qu’à partir de la seconde moitié du XXe siècle où il va mettre en place une politique d’organisation du système de soins à travers notamment la planification hospitalière. L’Etat se renforçant, il va alors apparaître comme évident de développer l’échelon régional afin d’en assurer l’assise en matière d’action sanitaire, comme nous avons pu le montrer. “*La région apparaît ainsi comme l’instrument privilégié de l’affirmation de l’Etat dans la régulation et le pilotage du système de santé. Elle lui a permis de s’organiser sans remettre en cause directement les compétences d’autres acteurs, héritées de l’histoire, notamment la présidence des conseils d’administration des hôpitaux par les maires et le rôle prééminent des caisses d’assurance maladie et des syndicats médicaux dans le système conventionnel issu du “Yalta de la*

²⁸⁶ D.CARRE, “Démocratie sanitaire”, blogs.mediapart.fr, 22 avril 2014, article consulté le 5 mai 2014

médecine de ville” de 1971” [TABUTEAU, 2010, p.83]. Ainsi la région s’est élevée peu à peu comme une échelle d’action pertinente, bien que nous ayons pu montrer que cela n’est pas toujours le cas et que la région est appréhendée uniquement sous son aspect déconcentré et non pas en tant qu’instance décentralisée, comme nous le verrons plus loin dans notre travail.

Le principe de la démocratie sanitaire a été initié par deux lois successives. La première, du 2 janvier 2002 porte sur la rénovation de l’action sociale et médico-sociale. La seconde, du 4 mars 2002 porte sur les droits des malades et la qualité du système de santé. Il s’agit de mettre au centre des préoccupations l’usager, en lui reconnaissant des droits, aussi bien individuels que collectifs. Ce principe permet l’expression directe de l’usager ou par le biais de ses représentants. Par la suite, la loi HPST, renforce les outils de démocratie sanitaire et crée de nouvelles instances.

La démocratie sanitaire est née d’une forte demande de la part des usagers. Cette demande s’est affirmée à la suite de crises sanitaires majeures. Le développement du SIDA dans les années 1980 marque l’avènement d’un besoin d’expression. Cette maladie, qui est encore inconnue des professionnels de santé, place le malade et le médecin sur un pied d’égalité. Ainsi de nouveaux profils de patients émergent. Ils réclament désormais que les informations fournies par les médecins soient claires et compréhensibles. Cette maladie a également une forte incidence sur l’aspect social de la vie du patient à laquelle il va falloir tenter de trouver des solutions. A partir de ce moment-là, des associations militantes vont se constituer, à l’instar d’AIDES en 1984. Elles vont permettre *“[...] dès le milieu des années 1990 une montée en généralité sous la forme d’une revendication à la démocratie sanitaire élargissant à tous les malades les avancées obtenues pour les malades du SIDA”*²⁸⁷. D’autres crises sanitaires interviennent ensuite, renforçant ainsi l’influence et l’aura de ces associations désireuses de s’émanciper de l’emprise du corps médical. A partir de ce moment, ces auteurs pointent du doigt un “déficit démocratique” émergent avec des associations qui revendiquent et réclament une reconnaissance en tant qu’interlocuteurs des pouvoirs publics. Elles tentent d’obtenir des droits pour les usagers du système de santé. Mais la mise en place d’une démocratie sanitaire en France est délicate car il est complexe de définir les critères

²⁸⁷ C.COMPAGNON, V.GHADI, “Pour l’an II de la démocratie sanitaire”, rapport à la Ministre des affaires sociales et de la santé, 14 février 2014, p.88

sur lesquels va reposer la représentativité des usagers. Ainsi, force est de constater que la mise en place d'une démocratie sanitaire s'est faite sur le temps long et a nécessité un fort volontarisme de la part des associations, contraignant ainsi les pouvoirs publics à légiférer dans ce sens, pour aboutir aux lois citées en amont.

Comme nous venons de le dire, cette expression peut se faire à travers les représentants des usagers. En effet, *“Les associations, régulièrement déclarées, ayant une activité dans le domaine de la qualité de la santé et de la prise en charge des malades peuvent faire l'objet d'un agrément par l'autorité administrative compétente soit au niveau régional, soit au niveau national”*²⁸⁸. Les usagers ne sont alors représentés que par ces associations agréées. Ces dernières se sont regroupées dans un collectif : le Collectif Interassociatif sur la Santé (CISS). Devant l'ampleur des difficultés auxquelles sont confrontés les usagers, le rôle du CISS, fondé en 1996, est contraint de s'adapter, comme de nombreux acteurs que nous avons pu voir et que nous allons voir tout au long de ce travail. Ainsi, le 21 mars 2017, le CISS se transforme et devient l'Union nationale des associations agréées du système de santé (Unaass). Cette organisation nationale prévoit une déclinaison territoriale, dans le but de travailler en étroite collaboration avec les ARS. Alors que le CISS ne regroupait qu'un peu plus de quarante associations, l'Unaass compte actuellement 72 associations membres. L'objectif de cette instance, renouvelée, est de permettre une représentation des usagers plus importante. En effet, l'utilisateur est désormais au cœur des politiques de santé.

2. Un tournant dans les politiques de santé : l'utilisateur au cœur du dispositif

*“Le malade ne doit plus être considéré uniquement comme une personne souffrante ; sa compétence et son expérience vis-à-vis de sa maladie doivent être reconnues. Lui seul peut dire ce qu'il ressent, ce qu'il est capable d'accepter. C'est en ce sens qu'ont été reconnus aux usagers du système de santé des droits individuels et collectifs ; la loi du 4 mars 2002 a notamment affirmé ou réaffirmé un droit à l'information, au consentement éclairé, à l'accès direct à son dossier médical mais également un droit à la représentation des intérêts des usagers”*²⁸⁹.

²⁸⁸ extrait de l'article L.1114-1 du CSP

²⁸⁹ L'organisation du système de santé en région PACA, “La démocratie sanitaire et le droit des usagers dans l'organisation de la santé”, communiqué de presse pour la journée d'information du 15 novembre 2012, www.unaf.fr, consulté le 5 mai 2014

Alors qu'auparavant le malade était considéré comme un être passif, soumis à l'autorité médicale, il est désormais acteur de ses soins, usager du système de santé, placé au cœur du dispositif. Les politiques de santé visent ainsi à faire du patient un "*acteur de sa santé*"²⁹⁰. Avec la démocratie sanitaire, un tournant est marqué dans l'esprit des organisateurs du système de santé. En substance, il s'agit de faire participer usagers et professionnels de santé à la définition des politiques de santé. Cette participation s'effectue au prisme de la représentation à travers deux instances : d'une part, dans la Conférence Nationale de Santé, qui est composée des représentants des usagers du système de santé. Chaque année, elle établit un rapport sur le respect des droits des usagers du système de santé. D'autre part, au niveau régional, la représentation s'effectue au sein des Conférences Régionales de Santé et de l'Autonomie (CRSA). Celles-ci se composent de l'ensemble des acteurs qui forment le système de santé, aussi bien les usagers que les professionnels de santé par exemple. Ainsi, la participation des usagers peut s'effectuer à l'échelle locale dans la mesure où elle permet un grand débat public autour des questions de santé. La CRSA est composée de différents collèges. L'ensemble comprend cent membres dont seulement seize sont des usagers. Une remarque peut d'emblée être faite : le collège des usagers est celui dans lequel la participation est la plus forte. Ensuite, une autre remarque est que le collège des usagers serait le seul à se réunir afin d'élaborer une politique commune des usagers. Néanmoins, si au départ ces réunions étaient régulières, il faut tout de même noter qu'elles le sont beaucoup moins. Elles offrent cependant une liberté d'expression importante à chaque représentant. Ces réunions permettent dès lors l'émergence de décisions concertées entre tous les membres du collège, lui offrant de fait un poids important au sein de la CRSA.

Les CRSA préexistent à l'élaboration de la loi HPST de 2009 puisqu'elles ont été créées par l'ordonnance du 24 avril 1996. La loi du 4 mars 2002 les remplace par les conseils régionaux de santé pour finalement revenir sur les CRSA avec la loi du 9 août 2004. L'objectif majeur des CRSA est d'assurer la représentation de l'ensemble des acteurs qui composent le système de santé et contribuent également au développement de la démocratie sanitaire.

D'après les textes législatifs, les CRSA viennent s'annexer aux ARS. Ces CRSA sont placées au même niveau que les commissions de coordination de politiques publiques de santé, telles

²⁹⁰ S.CANNASSE, "Démocratie sanitaire : pour une démocratie participative", novembre 2008, pp.1-5

qu'elles sont prévues par la deuxième partie de l'article. L'article L.1432-4 définit la composition et les compétences des CRSA. Elles sont réparties par collège.

La CRSA se compose de différents organes. Tout d'abord on trouve une assemblée plénière regroupant les membres des huit collèges ainsi que les organes consultatifs. Vient ensuite une commission permanente qui exerce l'ensemble des attributions de la Conférence en dehors des séances de l'assemblée plénière. Elle prépare l'avis qui est rendu par la conférence sur le plan stratégique régional de santé et rend également un rapport annuel d'activité et formule un avis lorsque la consultation de la conférence implique l'avis de plus de deux commissions spécialisées et prépare des éléments soumis au débat public. Ensuite quatre commissions spécialisées viennent s'ajouter à la composition de la CRSA : la commission spécialisée de la prévention qui rend un avis sur le projet régional de prévention qu'elle suit et évalue; la commission spécialisée de l'organisation des soins qui rend un avis sur le projet régional d'organisation des soins hospitaliers et ambulatoire; la commission spécialisée pour la prise en charge et l'accompagnement médico-social qui rend un avis sur le projet régional de l'organisation médico-sociale. Dernière commission spécialisée, celle sur les droits des usagers du système de santé qui rend un rapport avec les autres commissions sur l'évaluation des conditions d'application et de respect des droits des usagers, de l'égalité d'accès aux services de santé et de la qualité des prises en charge dans les domaines sanitaires et médico-social.

La loi prévoit ainsi une représentation des différents acteurs du système de santé tels que “[...] *les collectivités territoriales, les usagers et associations œuvrant dans les domaines de compétence de l'agence régionale de santé, les conférences de territoire, les organisations représentatives des salariés, des employeurs et des professions indépendantes, les professionnels du système de santé, les organismes gestionnaires des établissements et services de santé et médico-sociaux, les organismes de protection sociale*”²⁹¹. Les CRSA ont la compétence pour faire des propositions sur l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des politiques de santé à l'échelle régionale. De même, elles sont consultées pour donner un avis sur le Projet Régional de Santé (PRS). Il s'agit de la stratégie globale de santé des ARS. Il définit les priorités de santé de chaque région ainsi que les différents objectifs en matière de prévention, de la qualité et de l'efficacité des prises

²⁹¹ Art. L.1432-4 du CSP

en charge mais également en termes d'accessibilité à l'ensemble des services de l'action sanitaire.

L'utilisateur du système de santé est aussi présent au sein de la CRSA à travers ses représentants. Cette expression permet une évaluation des droits des usagers et des personnes malades et la manière dont ces droits sont respectés et appliqués. La CRSA peut décider notamment d'organiser des débats publics sur les questions de santé qu'elle souhaite et ses avis sont rendus publics. Sur le plan des moyens financiers, la CRSA ne dispose pas de budget propre, elle dépend de l'ARS qui lui attribue un budget de fonctionnement. La CRSA est donc une instance importante du paysage sanitaire à l'échelle régionale, mais qui reste subordonnée à l'ARS. En effet, *“Le directeur de l'ARS doit ainsi rendre compte, au moins une fois par an, de la mise en œuvre de la politique régionale de santé et l'informer des suites données à ses avis. Il reste que les principales décisions de l'agence ne lui sont pas soumises et que les conférences régionales de la santé de l'autonomie ne paraissent pas dotées de prérogatives leur permettant de jouer pleinement leur rôle d'instance privilégiée de la démocratie sanitaire”*²⁹². Des entretiens menés précédemment ont permis de montrer que, de manière générale, les travaux menés par la CRSA sont écoutés par l'ARS et que les avis semblent être pris en compte. Concernant la commission des droits des usagers, un rapport est transmis à l'ARS.

Il faut toutefois soulever un élément qui peut freiner le bon fonctionnement de la CRSA et par là-même, de la démocratie sanitaire. Comme nous avons pu le voir plus haut, la CRSA ne dispose pas de budget propre, à ce titre, elle est subordonnée aux financements de l'ARS, pouvant ainsi contraindre les modalités d'expression. L'entretien a permis de soulever ce problème important : toute action que souhaite mener la CRSA nécessite l'aval de l'ARS, lorsque les moyens financiers sont nécessaires. Le 17 février 2014, un forum organisé par la CRSA a eu lieu à Lyon. La législation prévoit la tenue de ces forums mais là encore une difficulté se présente puisque cet événement est soumis à l'octroi d'un budget par l'ARS. Dans ce contexte, il ne peut avoir lieu qu'avec l'approbation de l'ARS. On peut également ajouter que ce problème d'absence de financement va plus loin : c'est le cas lorsque la CRSA souhaite mettre en place des enquêtes. Par exemple, le rapport sur les droits

²⁹² COUTY.E, KOUCHNER.C, LAUDE.A, TABUTEAU.D, *La loi HPST, regard sur la réforme sur système de santé*, op.cit., p.338

des usagers existait avant la création de l'ARS puisqu'il était réalisé dans le cadre de la Conférence Régionale de Santé (CRS). Toutefois, ce rapport n'existait que dans le domaine sanitaire. Au moment de la création de l'ARS, la CRSA a témoigné sa volonté de mettre l'accent sur le droit des usagers dans les établissements médico-sociaux. Pour se faire, la CRSA a souhaité mettre en place une enquête auprès des établissements. Très vite, un problème s'est posé puisque la région Rhône Alpes, à l'époque, comptait huit mille établissements. Si les documents propres à la réalisation d'une enquête étaient faisables par la CRSA, la diffusion dans les établissements, la restitution et l'analyse n'étaient pas possible en raison de l'absence de financement. Dans ce contexte, un travail de concert avec l'ARS était impératif. Pour cette enquête, la collaboration s'est bien déroulée mais cela ne signifie pas que ce bon déroulement se reproduise à l'identique par la suite. Il faut donc noter l'importance du volontarisme de l'ARS à l'époque.

La configuration actuelle prévue par la loi présente ainsi une limite, que n'envisageait pas la création des ARS en 2009. Néanmoins, force est de constater que les ARS tentent d'accéder aux demandes de la CRSA afin d'assurer la démocratie sanitaire qui est une finalité poursuivie à l'échelle nationale.

Au niveau national, la représentation des usagers se fait à travers différentes instances :

- la Conférence Nationale de Santé (CNS) : il s'agit d'un organisme consultatif placé sous la tutelle du ministère en charge de la santé. Son objectif est de permettre l'expression des acteurs du système de santé sur les politiques de santé et de favoriser le dialogue entre ces différents acteurs (usagers, professionnels de santé, politiques...)
- la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) : créée en 2006 à la suite de la loi du 11 février 2005 sur l'égalité des droits et des chances des personnes handicapées. Elle vise à garantir l'égalité des personnes handicapées et finance les aides.
- le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM) : il contribue depuis 2003 à la connaissance des différents enjeux et les évolutions possibles du système d'Assurance Maladie.

- la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) : elle place le médecin traitant au cœur du dispositif de soins. Elle est mise au centre du système de soins.
- les agences sanitaires : elles sont placées sous la tutelle du ministère en charge de la santé et elles ont diverses prérogatives dans tous les domaines de la santé.

En parallèle de ces instances nationales, l'expression des usagers se développe dans d'autres instances, au niveau régional :

- le Conseil de Surveillance de l'Agence Régionale de Santé : trois représentants d'associations de patients, de personnes handicapées et de personnes âgées siègent dans cette instance²⁹³.
- les commissions régionales de coordination de santé publique : elles coordonnent, participent à la recherche d'action et aident au financement.
- les conférences de territoires : elles sont des instances présentes dans chaque territoire de santé. Elles *“contribuent à mettre en cohérence les projets territoriaux sanitaires avec le projet régional de santé et les programmes nationaux de santé publique. Elles [peuvent] faire toute proposition au directeur général de l'agence régionale de santé sur l'élaboration, la mise en œuvre, l'évaluation et la révision du projet régional de santé”*²⁹⁴.

Enfin, l'expression des usagers se développe dans les établissements de santé à travers diverses instances :

- le Conseil de Surveillance (CS) : dans les établissements publics de santé, l'objectif est de procéder à une délibération au moins une fois par an concernant la politique de l'établissement sur les droits des usagers et sur la qualité d'accueil et leur prise en charge. Il établit un rapport qui est présenté par la commission des relations avec les usagers et la qualité de la prise en charge. Ce rapport est transmis à la CRSA et à l'ARS qui ont la charge de synthétiser l'ensemble de ces documents.
- le Comité de Lutte contre la Douleur (CLUD) qui participe à améliorer la prise en charge de la douleur.

²⁹³ Art. D.1432-14 du CSP

²⁹⁴ CISS Rhône Alpes, dernière consultation le 18 mai 2014, www.cissra.org

- le Comité de Lutte contre les infections Nosocomiales (CLIN) qui met en place un dispositif de lutte et de surveillance contre les infections nosocomiales.
- le Comité Liaison en Alimentation et Nutrition (CLAN) : qui mène des recherches sur les questions alimentaires et de nutrition.
- la Commission des Usagers (CDU) : elle permet aux usagers de participer à la vie des établissements de santé et veille au respect des droits des usagers.

La participation des usagers, si elle est une innovation récente, n'en demeure pas moins complexe à mettre en place. En effet, si l'établissement de critères de représentativité a été difficile à élaborer, la participation demande une forte disponibilité des usagers ainsi qu'une compétence de la part de ces derniers. Etre un représentant d'usagers est une activité strictement bénévole, ce qui implique inévitablement d'avoir du temps libre pour assister aux différentes séances. Celui qui exerce une activité salariée à temps plein est donc très peu disponible pour assister à l'ensemble des réunions qu'implique la représentation. Aussi, cela exclut de fait une partie des individus alors même que les représentants des professionnels de santé, par exemple, exercent la représentation au titre de leur activité professionnelle et donc ce temps est inclus dans leur temps de travail. Si pour les représentants des usagers, le temps consacré pour la CRSA est une activité bénévole, il n'en va pas de même pour les autres collègues, à l'image de celui des offreurs de services pour lesquels la présence à la CRSA fait partie de leur temps de travail. C'est le cas par exemple pour un directeur d'hôpital. Ainsi, pour les représentants des usagers, la présence se fait sur le temps libre, ou parce qu'ils sont à la retraite. Cela contraint alors largement les possibilités de représentation des usagers.

La représentation pose aussi la question de la compétence des usagers. Ce point n'est pas propre au principe de la démocratie sanitaire, il est inhérent à l'ensemble des principes démocratiques qui développent la participation citoyenne. A l'image de la démocratie participative, la compétence fait l'objet de nombreux débats. Si elle peut être supposée pour la démocratie participative, la démocratie sanitaire nécessite, quant à elle, un certain nombre de savoirs spécifiques qu'il est important de maîtriser pour assurer la meilleure représentation possible des usagers. Sur ce point, il convient tout d'abord de rappeler que ne peuvent être représentants des usagers, que des membres issus d'associations agréées, ce qui suppose donc la détention d'un minimum d'informations dans le domaine de la santé. Ensuite, pour pallier le manque de technicité, l'Unaass propose des formations à destination des représentants des

usagers au cours desquelles un thème spécifique est abordé, permettant ainsi le développement d'un savoir technique.

Les représentants des usagers et leurs suppléants au sein des CDU sont choisis par le directeur de l'ARS. Ce choix s'opère à la suite d'une proposition effectuée par les associations agréées²⁹⁵. *“Toutefois, lorsque les personnes siégeant en qualité de représentants des usagers au sein du conseil de surveillance ou de l'instance habilitée à cet effet dans l'établissement considéré demandent à siéger à ce titre au sein de la commission, le directeur général de l'agence est dispensé de solliciter de telles propositions”*²⁹⁶. Il faut également noter qu'aucun texte ne précise la forme juridique de la désignation des représentants des usagers. Malgré cela, il paraît évident que cette désignation soit notifiée par écrit par le directeur de l'ARS. Ainsi, force est de constater que la fonction de représentant est encore peu précisée par les textes juridiques. De ce fait, on observe des stratégies internes au sein de ces structures représentatives pour influencer sur la nomination des représentants.

Dans le rapport remis à la ministre de l'époque, Marisol Touraine, le 14 février 2014, il est fait mention d'un besoin de développer la démocratie sanitaire. Il est proposé par les auteurs du rapport²⁹⁷ d'introduire une étape supplémentaire : celle d'une concertation obligatoire. *“Il s'agit d'une étape supplémentaire qui passe par la mise en œuvre de mécanismes de concertation obligatoire aux différents niveaux d'intervention en santé tant dans les établissements que sur un territoire donné”*²⁹⁸. Cette concertation permet d'associer l'ensemble des savoirs, y compris des savoirs des usagers. C'est donc ainsi la reconnaissance d'un savoir des usagers, autrefois considérés comme profanes. A travers ces propositions, se manifeste la volonté de renforcer la capacité d'expression des usagers. Ce mécanisme permettrait également aux usagers de développer une connaissance beaucoup plus forte des thématiques de l'action sanitaire, permettant ainsi de compléter l'action de formation de l'Unaass. Il convient néanmoins de préciser que la formation d'une expertise chez les usagers ne peut s'établir que dans le temps. Pour autant, il est apparu pertinent pour les auteurs de ce

²⁹⁵ Art. R.1112-83 alinéa 1 du CSP

²⁹⁶ Art. R.1112-83 alinéa 2 du CSP

²⁹⁷ COMPAGNON.C, GHADI.V, “Pour l'an II de la démocratie sanitaire”, rapport à la Ministre des affaires sociales et de la santé, 14 février 2014, 258 p.

²⁹⁸ *ibid.*, p.25

rapport, d'attirer l'attention de la Ministre de l'époque sur le besoin de légiférer dans ce sens, condition *sine qua non* de l'essor de la démocratie sanitaire.

3. Un impact sur l'action publique contrasté

Comme nous venons de le voir, la représentation des usagers s'opère dans les différents niveaux et champs de la santé. Qu'elle s'effectue au niveau national ou local, nous pouvons constater que les usagers peinent malgré tout à se faire entendre. Si leur parole est écoutée, dans les faits leurs revendications ont du mal à aboutir. Au niveau régional au sein des ARS, les usagers ont bel et bien une place, en revanche nous avons pu voir que la capacité d'action des ARS s'en trouve largement restreinte en raison du caractère fortement centralisé du champ sanitaire. Au niveau infra-régional, les usagers tentent également de peser de toutes leurs forces sur les mécanismes d'action publique mis en œuvre. Ils semblent alors agir en dehors des institutions prévues en tentant d'influer sur les élus locaux.

Notre travail d'enquête nous a mené à la rencontre de représentants d'usagers dans le département de l'Ain. Nous avons pu le voir, ce département est marqué par une forte ruralité. Sa proximité géographique avec deux centres urbains et pôles économiques importants, que sont la ville de Lyon et celle de Genève en font une zone propice aux nouvelles installations résidentielles. En effet, si l'on regarde du simple côté de l'agglomération lyonnaise, les prix de l'immobilier ne cessent d'augmenter. La campagne aindinoise offre donc une certaine accessibilité et génère un accroissement de la population, qui n'est pas compensé par une augmentation du nombre de médecins.

« Il y a beaucoup de jeunes qui arrivent dans nos villages et les médecins sont saturés, ils disent : « On ne prend plus de patients ! ». Alors, il faut qu'ils trouvent un médecin. Et ça, c'est vraiment compliqué parce qu'ils ont tous une patientèle débordante, et : " On ne prend plus personne ". »²⁹⁹

²⁹⁹ extrait d'entretien avec l'UDAF 01 et le CTS 01

Face à l'accroissement de la population dans ces zones rurales, on assiste donc à des situations de pénurie d'offre de soins de premier recours. Dans ce contexte, c'est le "système D" qui prévaut pour que l'ensemble des usagers puissent trouver à se soigner. Les gens sont donc amenés à faire de nombreux kilomètres afin de pouvoir trouver un médecin pour les soigner. On peut également citer la présence de maisons médicales de garde, mais là encore, elles ne sont pas présentes partout et il faut donc se déplacer.

UDAF : « *On a des médecins régulateurs qui entendent les patients, qui conseillent mais après il dit : « Ben oui, voilà, vous avez un médecin de garde, soit à Vilar, soit à Saint Trivier. Quand c'est un jeune couple, pour un enfant, on prend la voiture, on l'emmène. Quand c'est une personne âgée...*

CTS : *Ça se complique !* »³⁰⁰

Ce système de "bricolage" peut fonctionner lorsqu'il s'agit de personnes valides et véhiculée, or cela n'est pas toujours le cas dans les campagnes et les difficultés sont donc notables pour les personnes qui ne peuvent se déplacer chez le médecin.

Ainsi l'ensemble de la pression repose sur quelques médecins qui sont installés dans ces zones et qui, pour répondre aux besoins du plus grand nombre, ne disposent plus d'assez de temps par patient. On assiste donc à une forme d'industrialisation de la médecine de ville qui s'opère au détriment du patient ainsi que des conditions de travail du médecin.

« Et puis avant, aller chez le généraliste, on pouvait parler de nos problèmes en général. Aujourd'hui, il ne faut pas rester plus d'un quart d'heure, hein ! Parce qu'au bout d'un quart d'heure, il se lève et puis il

³⁰⁰ extrait d'entretien avec l'UDAF 01 et le CTS 01

ouvre la porte que vous soyez habillé ou pas habillé ! Eh oui, parce que ça suit derrière. On comprend ! »³⁰¹

Dans les zones rurales, ce qu'il faut également ajouter c'est que les médecins sont souvent âgés et le plus souvent ils ne trouvent pas de remplaçant. Dans ce contexte, les usagers constituent une catégorie d'acteurs qui tentent d'agir, avec leurs capacités d'action afin de palier à la situation. Aussi des mécanismes de solidarité se développent mais également des démarches pour trouver des médecins qui viendraient s'installer sur leur territoire.

« Alors, en tant qu'usagers – je parle de mon secteur, chez moi – on s'est bougés, voyant que notre médecin allait partir, on a dit : « On va essayer de monter une maison médicale pluridisciplinaire ». Alors on a travaillé, travaillé, travaillé et puis l'ARS nous a dit : « Vous êtes trop près de Châtillon, on ne vous donne rien. On donne tout à Châtillon, vous vous débrouillez avec ». Bon, on sait bien qu'il faut une répartition, que l'argent n'est pas extensible non plus. Donc, on a créé notre maison multidisciplinaire qui dépend de Châtillon, qui est une succursale de Châtillon. Alors, dans cette maison multidisciplinaire, il y a la pharmacie, le médecin, l'infirmière, les kinés et l'aide à domicile. Et au-dessus, pour rentabiliser, ils ont fait un étage d'appartements. »³⁰²

Cet extrait d'entretien nous montre les difficultés auxquelles sont confrontés les usagers. Nous pouvons d'ailleurs voir là que ces difficultés ne concernent pas seulement les usagers puisque d'autres entretiens, menés auprès de professionnels de santé notamment, nous avaient permis de voir les lourdeurs administratives et les difficultés générées par le zonage. Ici, nous pouvons constater que nous sommes pleinement dans la situation engendrée par le zonage : les aides ne sont possibles que dans les zones définies

³⁰¹ extrait d'entretien avec l'UDAF 01 et le CTS 01

³⁰² extrait d'entretien avec l'UDAF 01 et le CTS 01

et ne sont accordées que lorsque l'offre de santé n'est pas suffisante. Ici, l'existence d'une offre jugée suffisante à quelques kilomètres de cette commune ne donne pas droit à des aides pour la création d'une maison médicale. Dans ce contexte, il convient donc pour les usagers, soit de se satisfaire de l'offre présente, soit de s'organiser pour créer une offre adaptée.

« Les professionnels de santé existaient. Alors, on a pris notre bâton de pèlerin, on est allés tous les démarcher et puis après ça a été une action commune.

Ils étaient dans le village, oui, tous dispersés, oui, oui. La kiné, elle y faisait en bas de chez elle, elle avait son cabinet en sous-sol de sa maison. Les infirmières, elles avaient un local qui était loin d'être le grand luxe. La pharmacie, tout de suite, nous a dit : « Non, non. Moi, je suis bien où je suis, je ne vais pas avec vous, non, non ! ». On a dit : « Ben tant pis, on démarre ». Et puis, ce n'était pas encore commencé et elle a dit : « Ah, finalement, je vais peut-être me raccrocher et comme ça, je serai chez moi, j'achèterai ». Donc après, elle est venue.

Le médecin, il y avait des marches pour monter dans son cabinet donc, ça a motivé son déplacement. La kiné, qui arrivait aussi en fin de carrière, si elle voulait passer, pas vendre son cabinet, ce n'est pas bien vendable, mais enfin bref, trouver un successeur, elle en souhaitait quand même pas qu'il vienne travailler chez elle ! Donc, c'était bien. Et puis de fil en aiguille, comme ça, après, ça a été une action collective. Et des usagers, entre autres l'association, et les professionnels. »³⁰³

Ici, la mobilisation des usagers n'a pas permis de créer une offre de soins supplémentaire, mais elle a en revanche permis de restructurer l'offre de soins existante et

³⁰³ extrait d'entretien avec l'UDAF 01 et le CTS 01

de la centraliser. L'idée est alors de créer une dynamique autour de l'offre de soins qui puisse inciter à de nouvelles installations sur ce territoire. L'exercice isolé, on l'a vu n'est pas une chose aisée, d'autant plus dans ces zones rurales où l'éloignement géographique freine les installations. Si l'exercice coordonné ne satisfait pas tous les professionnels de santé en raison des lourdeurs administratives qui sont engendrées par ce mécanisme, mais également des contraintes fortes en termes d'horaires etc..., d'autres alternatives peuvent être trouvées. Cette réorganisation de l'offre de soins sur le territoire est donc un projet sur le long terme et peut ainsi générer de nouvelles installations dans le futur puisqu'une dynamique aura été créée. Ainsi, nous pouvons donc saisir l'action des usagers, même si cela présente de nombreuses difficultés.

« Vous allez chez le médecin, vous sortez, vous êtes à la pharmacie. Si vous avez une prise de sang, vous avez l'infirmière. Tout est... On n'appelle pas ça une « maison médicale » parce qu'ils ne veulent pas, mais c'est quand même le regroupement de tous les professionnels de santé. »³⁰⁴

A travers cet extrait d'entretien nous voyons bien que les usagers tentent de se saisir des ressources dont ils disposent afin de produire de l'action publique. Ici les usagers font preuve d'une réelle capacité d'adaptation et d'initiative pour résoudre une problématique qui les impacte directement. Toutefois, nous pouvons également constater qu'ils ne disposent que de peu de leviers et donc de ce fait leur capacité d'action s'en trouve largement diminuée. Toutefois, il faut également noter que les usagers peuvent peser lourdement auprès des élus locaux comme nous pourrons le voir plus loin dans notre développement. En effet, l'enjeu électoral est une véritable arme pour les usagers qui peuvent ainsi rallier les élus à leur cause, même si les décisions prises par ces derniers ne sont pas toujours efficaces, comme nous pourrons le constater.

Par-delà notre enquête, nous pouvons voir que la participation des usagers s'exprime également au plus près des lieux de production des soins. En effet, des exemples de participation citoyenne s'observent au sein même des MSP. C'est notamment ce qu'a

³⁰⁴ extrait d'entretien avec l'UDAF 01 et le CTS 01

montré J.CACHARD³⁰⁵ dans son travail de thèse auprès de 9 MSP. Elle part tout d'abord d'un constat : celui de l'absence de prise en compte des usagers lors de la rédaction du projet de santé, outils sans lequel la labellisation de la MSP ne peut être obtenue. Parfois on assiste à la réalisation d'un questionnaire de satisfaction mais aucune autre démarche n'est prévue. Certaines MSP tentent d'associer les usagers à leur fonctionnement, dans des formes diverses. Ces MSP sont qualifiées de « participatives de proximité ». Elles se démarquent ainsi des « autres » MSP par l'implication des usagers. En effet, dans certaines MSP des réunions avec des patients sont mises en place dans le but d'échanger sur des problématiques rencontrées localement ou parfois ils peuvent être consultés pour avis. Dans ce contexte-là J.CACHARD montre comment les usagers peuvent utiliser les professionnels de santé des MSP comme relais pour faire remonter leurs doléances auprès des élus lors de ces temps d'échange.

Plusieurs pratiques participatives au sein des MSP sont observées au sein de ces MSP [CACHARD, 2020]. Il faut noter qu'au sein de ces MSP « participatives de proximité » au moins une des pratiques est observée. La participation peut s'opérer tout d'abord à travers l'organisation de portes ouvertes. Elles permettent d'informer les usagers sur l'ensemble des activités de la MSP ou tout simplement de transmettre les différentes recommandations de santé publique. Ensuite, cette participation peut également prendre la forme de groupes de travail mixtes professionnels de santé/patients. Il s'agit là de travailler de concert avec les patients sur le développement d'outils de prévention notamment. La troisième forme qui est identifiée repose sur des ateliers santé mis en place en collaboration avec les patients. Enfin, elle identifie également l'organisation de débats.

L'association des usagers au sein de ces MSP ne s'observe pas dans l'ensemble des MSP du territoire, il s'agit d'une démarche volontariste des professionnels de la MSP d'impliquer davantage les patients. J.CACHARD identifie plusieurs types de motivation des professionnels de santé dans ces MSP. En premier lieu, on peut mentionner ceux qui sont engagés dans la réduction des inégalités de santé. Ensuite, il y a des professionnels de santé qui considèrent les usagers comme un levier permettant de réformer l'organisation des soins primaires. Enfin, cela permet également une amélioration des pratiques. Ce travail de recherche permet de mettre en lumière l'importance des usagers en dehors des espaces institutionnalisés tels que les CRSA. Cela implique néanmoins une forme de volontarisme de la part des professionnels de santé qui reconnaissent alors aux usagers l'existence de

³⁰⁵ CACHARD.J, « Développer des démarches participatives dans les maisons de santé pluriprofessionnelles : quels enseignements tirer des expériences menées en quartier populaire ? », RFAS, 2020/1, pp.143-165

compétences en matière de santé. Ils ne sont alors plus considérés comme des « profanes ». C'est d'ailleurs ce que nous montre J.CACHARD : « *Reconnaître des savoirs spécifiques aux usagers permettait de développer des « modalités thérapeutiques nouvelles » et de gagner en « efficacité et en maturité » [...], pour enrichir les protocoles de soins existants par exemple* »³⁰⁶. Toutefois, il faut noter que le développement d'une expertise de la part des usagers nécessite d'une part leur formation, et dans cet objectif l'ARS apporte son soutien car cela rentre dans le cadre de la démocratie sanitaire. D'autre part, il faut accompagner la mise en place de la participation par le recrutement de « patients-usagers ». Si la participation des usagers au sein des MSP nécessite un volontarisme de la part des professionnels de santé, il faut également noter qu'elle induit nécessairement une implication de la part de ces usagers. « *Des actions sont rendues possibles par l'implication d'habitants bénévoles qui endossent ce rôle de tiers facilitateurs pour soutenir la création ou le maintien de services de proximité, tels qu'un laboratoire d'analyse médicale et un guichet d'Assurance-maladie* »³⁰⁷. Malgré le volontarisme qui imprègne les MSP et les usagers quant à la participation de ces derniers, il faut toutefois souligner qu'elle ne s'opère pas toujours paisiblement. J.CACHARD nous montre que des situations conflictuelles peuvent voir le jour en raison de difficultés d'entente entre ces deux catégories d'acteurs. Parfois la participation peut être perçue comme une édicition de règles trop contraignantes pour les professionnels ou comme leur imposant une manière de travailler, voire des pratiques qui sont contraires aux règles de déontologie [CACHARD, 2020].

La participation citoyenne est à l'œuvre à différents niveaux et nous pouvons voir qu'elle peut produire un changement là où on ne l'attendait pas initialement comme nous venons de le voir. Toutefois, dans ce contexte il faut noter que la participation des usagers ne peut être à l'œuvre que dans la mesure où les deux catégories d'acteurs sont volontaires pour la développer : les uns étant contraint de remettre en cause leurs pratiques en lien avec des convictions, les autres prenant du temps pour s'investir. Ainsi cela nécessite pour l'ensemble des acteurs de partager un ensemble de valeurs communes, mais cela nécessite également pour les usagers de développer des compétences. Toutefois, cette participation est à nuancer comme nous l'explique J.CACHARD : « *Malgré la place conférée aux usagers dans la Stratégie Nationale de Santé, on peut douter de la réussite d'un virage*

³⁰⁶ CACHARD.J, « Développer des démarches participatives dans les maisons de santé pluriprofessionnelles : quels enseignements tirer des expériences menées en quartier populaire ? », *art.cit.*, p.153

³⁰⁷ *ibid.*, p.157

participatif à l'échelle des MSP sans que soient mises en place les conditions rendant possible et productive la concertation entre les acteurs, afin de lever les nombreux freins actuels, corporatistes et structurels »³⁰⁸.

Dans cette première partie nous venons de voir que la territorialisation permet aux acteurs locaux d'agir. Leur capacité d'action est variable selon le type d'acteur. En effet, elle est intrinsèquement liée aux ressources dont ils disposent. Ainsi nous pouvons voir que la communauté de communes du pays de Gex dispose d'importantes ressources qu'elle peut mettre à profit pour apporter une réponse localisée à la problématique de l'insuffisance d'offre de soins. Au contraire, à travers l'exemple de Bellegarde-sur-Valserine, nous pouvons voir qu'un seul acteur ne dispose que de peu de capacités d'action et de ce fait ne peut apporter une réponse que très partiellement à sa propre échelle. Néanmoins, nous pouvons constater qu'un seul acteur est capable de mobiliser le peu de ressources dont il dispose pour agir. Enfin, nous avons pu constater que certains acteurs peinent à se faire entendre et ont du mal à intervenir sur l'action publique, il s'agit des usagers. Néanmoins, leur parole est entendue par les élus locaux, ce qui les force à se mobiliser pour apporter une réponse, même partielle. Si les acteurs parviennent à se saisir des ressources dont ils disposent pour agir et permettre la production de l'action publique, nous pouvons toutefois souligner que la gouvernance locale présente des limites, c'est notamment ce que nous allons observer avec les créations "sauvages" de MSP qui sont de véritables échecs pour les acteurs locaux.

³⁰⁸ CACHARD.J, « Développer des démarches participatives dans les maisons de santé pluriprofessionnelles : quels enseignements tirer des expériences menées en quartier populaire ? », *art.cit.*, p.163

Section 4 : Les limites de la gouvernance locale : le cas des MSP “fantômes” (non labellisées)

Comme nous avons pu le voir lors du précédent chapitre, la MSP est un modèle qui a su convaincre bon nombre de médecins dans le département de l’Ain. Mais ils ne sont pas les seuls à être convaincus par ce modèle. En effet, l’engouement qu’il suscite dépasse bien souvent le simple cadre des médecins. La pression subie par les élus locaux les incite souvent à développer des initiatives locales, à l’image de ce que nous venons tout juste de voir. Malheureusement, la rationalité des acteurs étant limitée aux connaissances dont ils disposent, nous pouvons voir que ces initiatives peuvent constituer un véritable échec.

« [...] Il n’y a pas de maison de santé à Chalamont. Parce que les gens, ils appellent maison de santé à partir du moment où il y a un maire qui a voulu faire un truc et qui a fait des murs mais ce n’est pas ça. La définition réglementaire et législative d’une maison de santé, c’est des personnes. Ce ne sont pas des murs. »³⁰⁹

Notre enquête dans le département de l’Ain nous a permis de nous rendre compte que ce modèle si porteur séduit les élus, souvent en premier lieu, au point que parfois, ils décident de créer ce type de structure, sans même avoir pensé à l’élément pivot de ce dispositif : le recrutement de médecins. A travers plusieurs entretiens, nous avons pu constater qu’un des exemples les plus flagrants d’une telle démarche se situe à Chalamont, un village à moins de trente minutes de Pont d’Ain et d’Ambérieu-en-Bugey, là où l’on trouve les MSP motrices du département et au niveau national. Malgré plusieurs relances, nous n’avons pu rencontrer un élu local, tant de la commune ou de la communauté de communes. L’hypothèse la plus probable est que le sujet est sensible. Pour preuve, lors de nos différents entretiens, cet épisode a été évoqué de manière fugace et le sujet semblait tabou. Il nous faut donc revenir sur cet échec pour comprendre que le local, s’il peut être producteur d’action publique

³⁰⁹ extrait d’entretien avec un médecin fondateur d’une MSP, facilitateur MSP 01, FFMPs

innovante et permettant de répondre - au moins partiellement - à un problème, peut aussi proposer des solutions inefficaces et coûteuses pour la collectivité.

Doctorante : « *Qu'est-ce qui explique qu'il y ait des échecs de ces créations sans médecin qui vienne ?*

Médecin : *C'est un échec tout simplement parce que ça, on le sait : moi, j'ai travaillé avec ma société là-dessus. On a essayé de répondre à des appels d'offre de gens qui font de l'immobilier. Ils nous ont dit « il y a des opportunités ». On a essayé pendant quelque temps. On est allé sur les territoires en réunissant les professionnels, en tentant de les sensibiliser. Ça ne marche jamais. C'est que ça n'est pas le mur qui fait l'équipe. C'est l'équipe qui ensuite va chercher des murs donc, c'est les professionnels qu'il faut convaincre. Á Chalamont, il est super, le maire, il est génial ce type. Et en plus, il est en cheville avec son conseiller général qui est aussi super. Ils étaient vraiment géniaux tous les deux sauf qu'ils ont fait un truc génial mais à aucun moment, ils ne se sont préoccupés de savoir si les professionnels étaient dans cette dynamique. Pour eux, ils avaient une image de la médecine qui était probablement des gens intellectuels, intelligents, dynamiques, qui veulent le bien public, etc., mais ils sont tombés sur des gens qui n'étaient pas du tout dans cette perspective, qui étaient soit nombrilistes, soit c'était leur problématique à eux qui passait avant la problématique publique et donc, c'est sûr que ça s'est mal fini. Enfin, pas trop, trop mal fini parce qu'ils ont un très beau bâtiment et qu'ils ont tout de même récupéré une dermato... je crois qu'il y a même un médecin qui vient maintenant ? »³¹⁰*

Cet extrait d'entretien met en lumière la faiblesse de la ressource dont peut être parfois doté un élu local. L'initiative était pourtant louable puisqu'elle proposait d'investir

³¹⁰ extrait d'entretien avec un médecin fondateur d'une MSP, facilitateur MSP 01, FFMPs

lourdement dans une structure afin d'offrir une qualité de service à la population. Des promoteurs immobiliers surfent d'ailleurs sur la tendance et se jouent des difficultés rencontrées à l'échelle locale pour proposer des projets ambitieux et surtout onéreux. La démarche de l'élu local présente pourtant l'intérêt de répondre à une demande de la population : se faire soigner en milieu rural. Offrir des locaux neufs et agréables était donc une partie de la réponse, l'autre partie étant le recrutement de médecins. Mais la création d'un bâtiment neuf et moderne ne suffit pas à lui seul pour faire venir des médecins. Le problème est à prendre dans le sens inverse : il faut d'abord recruter des médecins puis ensuite penser la création d'un site moderne et performant, afin de soigner au mieux la population locale.

« [...] Et donc, si les professionnels n'ont pas envie de faire, ça ne se fera pas ou ça se fera sans eux en allant chercher des jeunes. Mais dans un village comme Chalamont, vous n'imaginez pas qu'on aille chercher deux ou trois jeunes à la faculté pour aller les installer contre les trois médecins existants exerçant déjà depuis des années sur le village. Les jeunes, ils vont dire : « attends, galérer, me faire des ennemis localement, ce n'est pas possible ». C'est là où la responsabilité du politique, elle est importante [...] »³¹¹

La problématique du recrutement semble toutefois bien plus complexe qu'il n'y paraît et c'est sans doute ce qui n'avait pas été anticipé par les élus locaux dans le cadre de Chalamont. En concédant une lourde part de son budget à la création d'un projet de MSP, la municipalité n'avait pas anticipé un tel échec. Pour qu'un projet d'une telle ampleur soit couronné de succès il faut qu'une équipe de médecins décident de travailler ensemble et de s'associer autour d'un projet commun, afin de créer une MSP. Mais cette logique ne peut intervenir que si un diagnostic local est établi et si l'on tient également compte des spécificités de la profession médicale. La difficulté rencontrée par Chalamont en matière de recrutement est la même pour tous les territoires ruraux, mais pourtant certaines communes

³¹¹ extrait d'entretien avec un médecin fondateur d'une MSP, facilitateur MSP 01, FFMPs

arrivent à créer des MSP qui fonctionnent à l'image de plusieurs MSP que nous sommes allés voir dans le département. C'est donc bien sur le recrutement d'une équipe de professionnels qui souhaitent travailler ensemble qu'il faut se pencher et non pas un recrutement de médecins isolés. Puisque l'exercice médical est essentiellement libéral, il faut que ces médecins aient envie de travailler ensemble autour d'un projet commun. Et cela ne peut être suscité par la "fabrication" d'une équipe afin de remplir une MSP.

Doctorante : « [...] À Chalamont, un peu pareil : une jolie maison et pas de médecin ! Donc, ce n'était plus une maison...

Médecin : *C'est pareil ! Les mairies construisent sans se poser la question s'il y a un projet de santé derrière. À Culoz, ça fait des années, et comme à Belley, ça fait un moment que ça végète, qu'il ne se passe rien, parce qu'il n'y a pas de leader ! Il y aura peut-être des locaux, mais il n'y a pas de leader, il n'y a personne qui mène tout ça. »³¹²*

C'est bien du volontarisme de plusieurs médecins et du leadership d'un ou de plusieurs membres que dépend la création d'une telle structure. Ce sont ces personnalités fortes qui vont permettre aux acteurs de s'associer pour créer ensemble une MSP efficace dans le sens où les médecins auront été d'accord pour travailler ensemble et pour faire tourner la structure. Aussi, c'est bien sur le rôle de "leader" que semble reposer toute l'armature d'une MSP. C'est d'ailleurs ce que nous avons pu mettre en lumière lors de nos entretiens dans les MSP et que nous avons évoqué plus en détail dans le chapitre 3.

L'exemple de Chalamont, s'il en est l'un des plus marquants n'en est pas le seul. Cependant d'autres expériences "ratées" ne sont pas présentées comme cela. Dans le village de Priay on trouve également une tentative de MSP, devenu pôle de santé dans lequel sont regroupés 3 médecins généralistes, des dentistes, des infirmières et une pharmacie. Ce

³¹² extrait d'entretien avec un médecin en MSP, Fédération des Soins Primaires, MG France

regroupement de plusieurs professionnels de santé au sein d'un même espace pourrait nous laisser penser qu'une mise en cohérence, qu'un travail autour d'un projet commun est à l'œuvre. Néanmoins force est de constater qu'un travail de concert n'existe pas au sein de ce pôle de santé et que c'est l'exercice libéral isolé qui prédomine dans cette organisation. Ici, il n'y a pas de projet de santé, mais toutefois la présence de ces professionnels sur un même espace présente des avantages considérables en termes d'accessibilité pour les usagers.

« [...] C'est une fausse maison de santé, là, par contre, parce qu'ils travaillaient très peu en collaboration mais par contre, ils ont intégré une troisième. Mais je ne sais pas si le médecin ne va pas partir à la retraite donc, ils ne seront à nouveau que deux. Ils n'arrivaient pas bien à travailler. Nous, on voyait plein de gens venir de Priay parce que quand il y en avait un qui n'était pas là, l'autre n'assumait pas. Ce n'était pas une vraie, vraie maison de santé. »³¹³

On pourrait penser que la petite taille de la commune est un facteur explicatif du succès des MSP et que de ce fait, un village avec peu d'habitants expliquerait un échec d'initiatives de MSP. Cela permet alors d'expliquer l'échec cuisant sur la commune de Chalamont ou le demi-échec sur la commune de Priay. Néanmoins, un entretien nous a permis de contester cette hypothèse.

Doctorante : *« [...] Les noms que vous citez, ce sont aussi des villes qui sont un petit peu plus importantes. Priay, c'est un petit village, je ne sais plus combien il y a d'habitants mais ce n'est que des petits villages alentour*

Médecin : *Vous avez aussi Tossiat qui marche bien et là, ils sont trois toubibs. Je ne pense pas que ça tienne au nombre de patients parce que*

³¹³ extrait d'entretien avec un médecin fondateur d'une MSP, facilitateur MSP 01, FFMPs

c'est toujours des retombées. Ça tombe à deux choses, d'abord le nombre de professionnels. Ici, on a quatre cabinets de médecine générale, on travaille à huit toubibs. Ça veut dire qu'on offre une accessibilité importante. Et puis, deuxième élément, ça tient à la volonté des professionnels de bosser ensemble ou de ne pas bosser ensemble, d'être centrés sur eux ou d'être centrés sur la patientèle. Vous parliez d'ici, comment ça fonctionne ? »³¹⁴

Dans certains cas, les médecins profitent d'effets de ces créations de structures comme un effet d'aubaine, leur permettant de s'installer à moindre frais, sur le compte de la collectivité. Ces initiatives sont également décriées car elles représentent un coût important pour la collectivité mais en plus, n'ont pas les effets escomptés car ne sont pas reconnues par l'ARS comme des MSP. C'est le cas notamment dans le Haut-Bugey, non loin de la commune d'Artemare, là où une MSP en fonctionnement existe.

« [...] L'Italienne, à part être aidée par la mairie, je ne suis pas sûr qu'elle ait eu grand-chose et Bouliac, je pense qu'il n'a rien eu de particulier si ce n'est qu'il a réussi à se faire faire un joli bocal par la mairie et qui est marqué « Maison de santé » alors qu'il est tout seul dedans et donc ce n'est sûrement pas une Maison de santé puisqu'il faut au moins deux médecins. »³¹⁵

ARS : *« [...] C'est tout à fait ça, moi j'avais accompagné pas mal de projets sur le département du Rhône avec Céline Didier, de la Fédération et j'ai le souvenir assez flagrant d'un élu qui dit : « Moi, c'est simple : je VEUX ma MSP comme j'ai ma caserne de gendarmerie ». Voilà, c'était... Mais sans concerter avec les professionnels. On lui a expliqué que, de toute façon, ça ne servait à rien et que nous on*

³¹⁴ extrait d'entretien avec un médecin fondateur d'une MSP, facilitateur MSP 01, FFMPs

³¹⁵ extrait d'entretien avec un médecin en MSP, Fédération des Soins Primaires, MG France

n'accompagnait pas ce type de projet si ça ne partait pas de l'initiative locale. Après, s'il a envie de faire sa maison de santé sans aides, sans accompagnement de l'Agence et puis qu'elle soit vide... On a aujourd'hui des structures où on sait que c'est assimilé à des maisons de santé, mais qui n'ont pas de projet de santé, qui ne sont pas labellisées ARS.

Doctorante : *Certaines n'ont pas de médecins, même à Chalamont qui a ...une jolie maison de santé et en fait, c'est un cabinet paramédical... ?*

ARS : *Voilà, c'est ça ! Et après vous avez des... Quand on avait lancé le dispositif PTMG, on avait fait une grosse campagne de com. On avait écrit à tous les maires ruraux et ils nous appelaient en disant : « Bonjour ! ... ». On avait l'impression qu'ils demandaient leur baguette de pain ! « Bonjour, je suis maire de la commune Tartempion et je voudrais un PTMG, s'il vous plaît ! ». C'était vraiment ça ! C'était... pas caricatural, c'était... C'est, après, comment aussi... ils... quelle ampleur...la relation qu'ils ont avec la santé, comment ils envisagent les choses. Il y en a qui ne comprenaient pas pourquoi on n'impose pas aux médecins de venir à tel endroit. Il y a des communes où on savait pertinemment qu'il n'y aurait pas assez d'activité pour le médecin. Quand vous êtes dans une commune de cinq cents habitants et que vous avez plein de petites communes de cinquante, cent habitants à côté, ben, le médecin, il ne peut peut-être pas vivre non plus, donc, on ne va pas...*

Et puis les maires ne comprennent pas, il y a des choses... Il faut quand même un minimum de passion aussi, donc... Il y a des territoires où on sait que... Quand vous avez que des moutons et des vaches au fin fond de l'Ardèche, à Coucouron, des choses comme ça, où la densité de population, ou dans le Cantal, au mètre carré, est énorme C'est très,

*très compliqué. Après, c'est un choix de vie, c'est qu'est-ce qu'on fait pour la population. »*³¹⁶

Doctorante : « [...] *Et quant aux territoires qui, comme à Chalamont, ont... Les territoires avec une MSP sans médecin, comment pouvez-vous intervenir sur ce problème ?*

Conseil Départemental : *De manière... Il y a eu ce loupé effectivement à Chalamont, en plus avec des aides européennes et régionales qui ont dû faire un effet d'aubaine. Je pense que c'est un des exemples qui a marqué le département, c'est vrai que la plupart des élus des intercommunalités, elles ne se sont plus après lancées derrière en pensant que c'est le local qui allait faire venir des médecins. Donc, on est partis de cette idée d'étude, de travail commun, de dynamique locale intégrée. C'est vrai que même avec cette dimension-là on n'y arrive pas toujours, alors si on fait des locaux et qu'on se dit que les médecins vont venir... »*³¹⁷

« [...] *Parce que certaines personnes ont des projets qui ne sont pas viables puisqu'une MSP avec un médecin généraliste et une auxiliaire, ce n'est pas une MSP. »*³¹⁸

³¹⁶ extrait d'entretien avec la direction pilotage opérationnel et premier recours / service premier recours
ARS AURA

³¹⁷ extrait d'entretien avec la Direction solidarités, Conseil départemental de l'Ain

³¹⁸ extrait d'entretien avec la direction accès aux droits et aux soins CPAM du Rhône

Conclusion du chapitre 5 :

Dans ce chapitre nous venons de montrer que les différents niveaux de gouvernance permettent d'apporter une réponse très localisée et adaptée aux problématiques locales s'agissant de l'offre de soins de premier recours. Dans notre objet d'étude nous pouvons voir que la territorialisation porte en elle un paradoxe puisque nous avons pu constater que les territoires parviennent à se saisir de leurs ressources pour permettre une action publique efficace, car au plus près de la réalité de terrain. En revanche, nous avons également pu voir que la territorialisation n'est pas toujours couronnée de succès et qu'en cas d'échecs, la situation peut être extrêmement problématique pour les territoires. En effet, lorsque le territoire semble oublié des instances centrales, nous constatons qu'il tente d'user de tous ses leviers d'action, avec tous les acteurs qu'il peut mobiliser afin de trouver une solution. Parfois, l'action ne s'opère pas du côté des élus mais plutôt à l'initiative d'un ou plusieurs individus, professionnels et/ou usagers. Si les ressources entre les territoires sont inégales c'est d'une part parce que les acteurs présents ne sont pas les mêmes. En effet, si les catégories d'acteurs mobilisables sont les mêmes, les personnes diffèrent et avec cela, leur volontarisme diverge d'un territoire à l'autre. Entre logique électorale et véritable goût pour l'intérêt général, les actions des élus locaux ne sont pas toutes dirigées dans le même sens. A cela s'ajoute d'autres catégories d'acteurs qui tentent d'influer sur les politiques locales, comme nous avons pu le voir tout au long du chapitre. C'est notamment le cas des usagers qui tentent, malgré de nombreuses difficultés, d'être écoutés. Là encore, l'action des usagers est variable d'un territoire à l'autre, de même que leur prise en compte par les élus locaux et les organisations professionnelles. Dans cette perspective, nous pouvons dire que la *multi-level governance* s'illustre par sa complexité. Cela engendre d'ailleurs des difficultés, c'est notamment ce que nous venons de voir avec les MSP qui sont créées par les collectivités et qui peinent à recruter des médecins car la démarche a été faite à l'opposé du schéma classique.

Si le local est capable de produire une action publique efficace, nous pouvons toutefois souligner le fait que la réussite n'est pas systématique, bien au contraire. Nous allons maintenant questionner l'échelle d'action pertinente en matière de production d'action publique s'agissant de la régulation du premier recours.

Chapitre 6 : Gouverner le territoire : la production de l'action publique à l'échelle locale

La *multi-level governance* pose la question de la « bonne » échelle d'action. Ainsi lorsque l'on parle de « territoire », il convient de s'interroger sur l'échelle d'action la plus pertinente. Dans notre précédent chapitre, nous avons montré que le local est source de production d'action publique. Mais là encore, nous ne pouvons pas établir de règle générale dans la mesure où nous avons pu voir que la réussite de l'action publique n'était pas nécessairement conditionnée à une échelle territoriale, mais plutôt à la mobilisation des ressources disponibles par les acteurs. Très vite la question n'a pas été de savoir quelle était la « bonne » échelle, mais plutôt de voir comment les acteurs produisent de l'action publique aux différentes échelles.

Si dans notre précédent chapitre nous avons pu montrer les paradoxes induits par la territorialisation, dans ce chapitre nous allons tenter de montrer que certaines échelles d'action peuvent être plus propices à la production de l'action publique.

Dans un premier temps, notre travail va tenter de montrer que le local permet d'apporter des réponses efficaces, là où le niveau central échoue. Nous allons ainsi voir que le département, territoire historiquement proactif, se montre particulièrement innovant. Ensuite, nous verrons qu'à l'échelle infra-départementale, c'est-à-dire au niveau communal et intercommunal, les élus locaux tentent de trouver des solutions afin de satisfaire les administrés, œuvrant à la fois au nom de l'intérêt général mais également dans une logique clientéliste. Enfin, nous verrons que l'action publique dans le domaine de la régulation de l'offre de soins de premier recours reste cantonnée au local, comme nous pouvons le constater avec les conseils régionaux qui semblent les grands perdants de la territorialisation en santé, bien que le contexte sanitaire actuel paraisse changer la donne. Enfin, la deuxième partie de notre chapitre s'attachera à montrer que le local peut être source de production d'action publique, avec notamment l'exemple du Centre De Santé Départemental, de Saône-et-Loire.

Section 1 : Réguler l'offre de soins de premier recours : la territorialisation portée par les collectivités territoriales

Dans cette première partie, nous allons voir qu'il n'y a pas de « bonne » échelle d'action mais que les collectivités territoriales ont un rôle clef. En effet, en matière de santé, la production de l'action publique n'est pas forcément là où on l'attendrait. Nous allons voir dans un premier temps, que le département semble profiter de son aura historique pour montrer sa pertinence. Ensuite, nous verrons qu'au niveau infra-départemental, les élus locaux se mobilisent, même si les intérêts ne sont pas toujours ceux auxquels on penserait. Enfin, nous verrons que le conseil régional est très peu présent dans ce secteur.

A. Le département, une échelle d'action historiquement pertinente

En matière de santé, le département se divise en deux entités : d'un côté le Conseil Départemental, de l'autre une Délégation Départementale de l'ARS dans chaque département.

F.JABOT et P.LONCLE³¹⁹ montrent qu'avec les premières lois de décentralisation, le département se voit doter de compétences en matière de santé publique. Ils ont d'ailleurs pu y développer des politiques de santé assez ambitieuses. Cependant, avec la loi de santé publique du 13 août 2004, de nombreuses compétences en santé sont recentralisées au profit d'une extension de leurs compétences dans le domaine social. Or, depuis les années 1970, c'est le département qui pilote les politiques publiques sur ce territoire. Il devient alors une échelle d'action privilégiée pour apporter une réponse aux besoins des citoyens³²⁰. En dehors de sa compétence en tant que collectivité locale, une délégation de l'ARS a cours dans chaque département. Cette délégation départementale a pour objectif de traiter l'ensemble du champ en matière de santé et va travailler avec les différentes directions départementales en lien avec la santé. W.KAMEL montre les éléments nouveaux apportés par la nouvelle réforme : *“Une des modalités innovantes de la réforme de l'administration de l'Etat dans le département a trait à la mise en œuvre d'un principe de modularité. Ce principe permet [...] de rechercher sans a priori l'organisation territoriale la plus pertinente dans chaque*

³¹⁹ JABOT.F, LONCLE.P, « Dimensions territoriales des politiques de santé publique et influences sur les métiers », Santé Publique, 2007/HS, vol.19, pp.21-35

³²⁰ KAMEL.W, “Le futur visage de l'Etat dans le département : une réorganisation resserrée et modulaire des services déconcentrés”, Revue française d'administration publique, 2009/3, n°131, pp.595-600

département” c’est à dire de configurer, autant que faire se peut, les services étatiques en référence aux caractéristiques dans chaque département ne devrait plus être la règle. Il est à souligner que cette possibilité n’a été expressément permise qu’au préfet de département.”³²¹

Aujourd’hui, malgré une montée en puissance de l’intercommunalité, l’échelon départemental conserve son assise, comme nous le montre d’ailleurs P.ALLIES³²². Toutefois, face à la multiplication des échelles territoriales, ces dernières peuvent être mises à mal. En effet, la réforme managériale qu’a souhaité impulser la décentralisation depuis 1982, avait pour but de réduire le circuit décisionnel afin de rapprocher les décideurs de leurs administrés. Ainsi, cette réforme “[...] reposait sur le postulat d’une déterritorialisation et fonctionnalisation des collectivités locales. Le dépassement du morcellement était attendu comme un effet quasi-naturel de tels processus.”³²³

1. Le Conseil Départemental

Comme l’exemple du CDSD porté par le département de la Saône-et-Loire va nous le montrer dans la suite de cette partie, nous pouvons voir que le département est un échelon territorial relativement fort. Il est d’ailleurs qualifié de « *bras armé de l’Etat sur les territoires* » [FRINAULT, 2009, p.133]. Comme nous le montre P.ALLIES [ALLIES, 2011], malgré les progrès importants réalisés par l’intercommunalité, le département continue de garder son assise. C’est notamment ce que nous avons pu observer lors de notre travail de terrain avec l’étude de deux cas différents, opérants dans les deux cas mais avec néanmoins une efficacité plus perceptible du côté du département avec la mise en place d’un CDS dont l’assise est départementale, département qui est d’ailleurs le porteur - et le financeur - du projet. Comme nous pourrons le voir avec l’exemple de ce CDS, le département fait preuve d’une forte capacité d’action dans la mesure où il a la capacité de mobiliser et d’exploiter des ressources locales spécifiques à son territoire³²⁴. En effet, le département constitue une échelle d’action dont la taille permet aux élus de prendre

³²¹ KAMEL.W, “Le futur visage de l’Etat dans le département : une réorganisation resserrée et modulaire des services déconcentrés”, *art.cit.*, p.599

³²² ALLIES.P, « Les spécificités de l’organisation territoriale française », *Pour*, 2011/2, n°209-210, pp.129-133

³²³ *ibid.*, p.131

³²⁴ LEROUX.I, « Gouvernance territoriale et jeux de négociation. Pour une grille d’analyse fondée sur le paradigme stratégique. », *Négociations*, 2006/2, n°6, pp.83-98

connaissance de l'ensemble des ressources de manière plus aisée qu'une échelle plus importante telle que la région. Bien entendu, cette connaissance du territoire est moins nette que celle des échelles plus petites, telles que les intercommunalités ou les communes, néanmoins, les ressources dont disposent les départements sont bien plus conséquentes que ces dernières. C'est notamment ce que nous avons pu observer dans le cas du CSDS où les sommes et les compétences techniques mobilisées n'ont pu avoir lieu que parce que l'échelle territoriale était suffisamment grande pour le permettre.

Outre le CSDS dont nous verrons les modalités plus en détail dans la deuxième partie de ce chapitre, nous pouvons souligner que le département est également présent sous une autre forme. En effet, en Saône-et-Loire d'autres mécanismes interviennent pour susciter de nouvelles installations et générer ainsi un dynamisme important au niveau de l'offre de soins. Conscient de l'importance des frais supportés par les médecins qui souhaitent s'installer, le conseil départemental propose un panel d'aides pour alléger les charges supportées par les professionnels de santé. On peut ainsi mentionner l'existence de chèques installation. Introduit en mars 2013 par le dispositif "installeunmedecin.com", ils ont pour objectif de faciliter le recrutement ainsi que l'installation des professionnels de santé dans le département. Ce dispositif s'adresse aux étudiants en médecine mais également aux professionnels de santé et aux collectivités infra-départementales.

« L'idée du département, au démarrage, c'était de pouvoir proposer un dispositif assez complet et de ne pas faire des aides ponctuelles. Il a été décidé de mettre en place un dispositif en deux volets - moi, je dis plutôt trois volets - avec des mesures financières, un volet plus méthodologique d'accompagnement des acteurs locaux et puis un troisième volet où je mets toute la partie communication, promotion du territoire et puis partenariat.

Sur la partie financière, on a des dispositifs pour les étudiants en médecine, avec des systèmes de bourses d'études, pour les internes en médecine générale, avec, derrière, une contrepartie à s'installer sur le territoire départemental.

On a un système de bourses pour les beaucoup plus jeunes, c'est-à-dire à partir de la deuxième année de médecine où là, nous, on a voulu inscrire plutôt ça sur une entrée un peu sociale, puisque notre idée, c'était de pouvoir aider des jeunes un peu de milieu modeste à poursuivre leurs études. Donc, ça, c'est soumis à conditions de ressources. Et, depuis 2016, on cible les quartiers prioritaires Politique de la Ville. Là, derrière, on ne demande pas de contrepartie d'installation puisqu'on est plutôt sur une dimension sociale, solidarité. Ça rentre plutôt sur cet aspect-là.

On a des mesures financières pour les professionnels de santé eux-mêmes. On a ce qu'on appelle un « chèque installation ». C'est un coup de pouce au démarrage, pour financer leur matériel à usage professionnel : le bureau, le matériel informatique, tout ce qu'ils peuvent avoir besoin pour s'équiper. Là, on a la possibilité d'aider les médecins généralistes, les masseurs kinés, les dentistes, les ophtalmos et les psychiatres. On va dire qu'on a pris ces cinq professions parce que c'est les pires du pire en Saône et Loire. Là, idem, on a une contrepartie d'installation d'une durée de trois ans sur le territoire et on aide seulement les professionnels pour lesquels c'est la première installation en libéral dans le département.

Et puis, ensuite, on a tout notre volet d'aides plutôt dédiées aux collectivités locales, avec une ligne pour les collectivités qui font appel à ce qu'on appelle les chasseurs de tête. C'est une subvention, en fait, à la commune.

Et après, c'est tout le volet plutôt locaux médicaux, où là - c'est assez classique -, comme tous les départements, on intervient sur l'investissement immobilier, maisons de santé pluri disciplinaires et

cabinets de groupes locaux médicaux. Nous, c'est un peu plus vaste que les seules maisons de santé pluridisciplinaires, au sens de l'ARS. »³²⁵

Cet extrait d'entretien permet de mettre en lumière une véritable politique volontariste de la part du conseil départemental. En effet, la santé - et la démographie médicale - ne fait pas partie des compétences obligatoires du département. En revanche, en tant qu'entité élue, la démographie médicale et sa régulation sont au cœur des préoccupations du département et des élus communaux et intercommunaux, dans une logique de développement et de promotion du territoire. Dans cette perspective, le conseil départemental propose un dispositif d'aide qui s'inscrit dans la logique de la solidarité territoriale.

Ces aides offertes par le département partent d'un constat très alarmant de la situation sanitaire sur le territoire. En effet, les densités départementales se révèlent inférieures à la moyenne régionale mais également nationale.

Titre : Tableau comparatif de la densité médicale

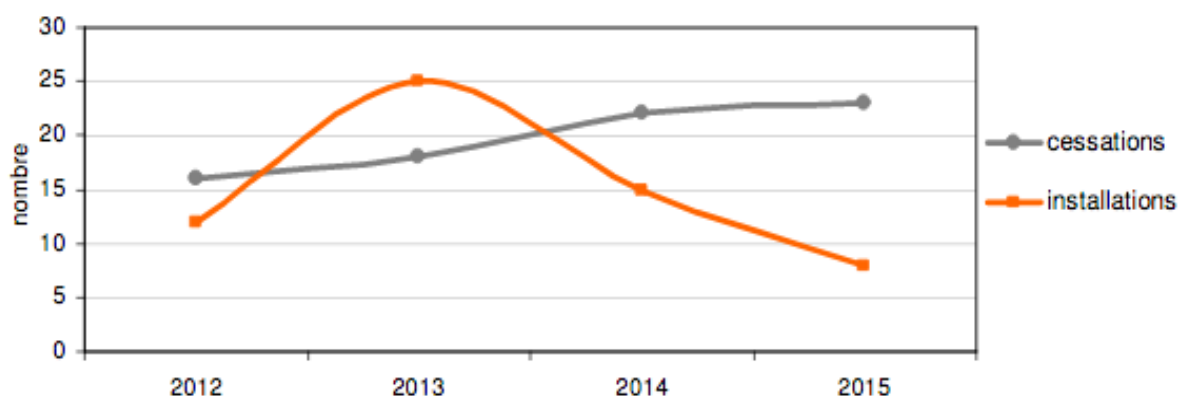
Densité pour 100 000 habitants (exercice libéral ou mixte)	Saône-et-Loire	Bourgo gne	France
Médecins généralistes	89	95	106
Médecins spécialistes	66	73	94
Chirurgiens dentistes	45	45	57
Masseurs kinésithérapeutes	68	76	97
Infirmiers	155	135	154

Source statiss 2014

La lecture de ce tableau permet de rendre compte de la situation difficile du département en matière d'offre de soins de premier recours. Plus spécifiquement, s'agissant des médecins généralistes, le constat de la diminution des installations face à l'augmentation des départs est sans appel.

³²⁵ extrait d'entretien avec la mission SIM 71 « Soutien aux Installations Médicales en Saône-et-Loire », Conseil départemental de Saône-et-Loire

Titre : Départs et installations de médecins généralistes en Saône-et-Loire sur la période 2012-2015



Source : www.conseil71.ordre.medecin.fr

Devant une courbe des départs qui explose alors que celle des installations décroît, la nécessité d'intervenir s'est fait sentir. C'est donc dans ce contexte que le dispositif a été mis en œuvre. L'enjeu est alors de tenter d'enrayer le mécanisme en proposant des aides, qui viendrait s'ajouter à celles déjà proposées par l'ARS.

En complément de ce dispositif, le département a mis en place un interlocuteur unique, à destination des bénéficiaires. Il s'agit de la mission Soutien aux Installations Médicales de Saône-et-Loire (SIM 71).

« Et ensuite, on a un deuxième volet qui est ce qu'on appelle la mission SIM71 : Soutien aux Installations Médicales en Saône et Loire. Là, c'est plutôt pour accompagner à la fois les professionnels de santé qui ont un projet d'installation, les collectivités locales qui recherchent des professionnels de santé ou qui ont des projets de maison de santé. Donc, là, moi, l'idée, c'était qu'il y a une chargée de mission qui soit à disposition pour répondre à toutes leurs questions. Après, ça peut être assez vaste, ça peut être un accompagnement sur les démarches administratives pour un généraliste qui veut s'installer, comme une orientation d'une mairie qui veut monter une maison de santé pluri disciplinaire, de faire le lien avec les différentes parties prenantes, des choses comme ça.

Et puis, le troisième volet, là, c'est plutôt dédié à la promotion du territoire, à la communication. Là, on essaie d'être actifs sur des salons dédiés aux médecins généralistes, d'être présents à la faculté de médecine, de faire un peu des sessions d'accueil de jeunes, etc. »³²⁶

Le département propose donc un dispositif d'aide visant à favoriser l'installation à travers des aides financières, mais il intervient également en tant que soutien technique. Son intervention s'effectue à différents niveaux : qu'il s'agisse des étudiants en médecine, des professionnels de santé ou même des collectivités locales. A cela il faut ajouter un travail en partenariat avec l'ARS, à travers sa direction départementale.

« Il y a des chèques-installation aussi. Donc, c'est une petite somme d'argent pour permettre l'installation, acheter du matériel etc.

Le Conseil Départemental finance aussi des cabinets de recrutement, qu'on appelle « des chasseurs de tête ». Par exemple, le Conseil Départemental, en lien avec le Pays du Charolais-Brionnais, a financé un cabinet de recrutement pour essayer de recruter des médecins, notamment pour Digoin et puis... Il y avait deux ou trois sites prioritaires sur ce territoire-là. Donc, là, en général, c'est des candidats, en général, étrangers, les chasseurs de têtes. Donc là, on a des expériences très variables : des très bonnes expériences et des très mauvaises expériences. Les très bonnes expériences, c'est qu'on a dans le département des médecins étrangers qui se sont installés il y a déjà quelques années, qui ont réussi à faire sans problème une clientèle, qui ont été acceptés et voilà, les choses se passent bien. Et puis on a un exemple assez catastrophique, pas plus tard qu'il y a deux mois justement avec ce cabinet de recrutement financé Conseil départemental et Pays du Charolais-Brionnais, d'une médecin bulgare,

³²⁶ extrait d'entretien avec la mission SIM 71 « Soutien aux Installations Médicales en Saône-et-Loire », Conseil départemental de Saône-et-Loire

qui est venue à Digoin, qui a pris son poste et qui est repartie le lendemain, parce qu'elle s'est aperçu que le mode d'exercice à la française ne lui allait pas du tout. Alors, ce que j'ai appris à cette occasion-là, c'est qu'effectivement dans certains pays étrangers, les médecins sont habitués à travailler en binôme avec une infirmière. L'exercice français est très particulier, quand même, pour quelqu'un qui n'est pas forcément préparé... Donc, elle est repartie. Elle est repartie. Donc, ça c'est la cata parce qu'il y a un cabinet qui a été financé. La Mairie, la Ville de Digoin a mis là aussi beaucoup. Parce que là, c'est pareil, les villes essayent de dérouler le tapis rouge, ils aident à la recherche du logement, voire ils financent certains loyers. Après, c'est un peu la course à l'échalote, maintenant, il faut le dire ! Et pas que pour les étrangers d'ailleurs, pour les jeunes professionnels français, ils savent très bien qu'il y a des tas de territoires en difficulté, que les collectivités sont prêtes à mettre de l'argent pour... Enfin, c'est au plus offrant, pour récupérer un médecin ! Ça je trouve que c'est relativement malsain : sur un département, ça peut conduire à des situations...

Mais après, la situation est ce qu'elle est et on voit bien...

Donc, il a plusieurs choses qui peuvent faire... Il y a un attirail assez large de mesures mais on reste sur des mesures incitatives. »³²⁷

Cette collaboration du département et de la DD ARS permet de mieux déployer les moyens afin de garantir leur efficacité. En effet, un travail en partenariat permet de ne pas dépenser les fonds deux fois pour la même chose, par deux instances différentes. Ce qui ne semble pas s'opérer en région entre l'ARS et le conseil régional semble pourtant s'opérer à l'échelle départementale.

³²⁷ extrait d'entretien avec la DD ARS Saône-et-Loire

Dans le département de l'Ain, nous avons également pu constater la mise en place d'aides afin de tenter de redynamiser le territoire au niveau de l'offre de soins de premier recours. Tout d'abord, le département de l'Ain rencontre les internes en médecine qui viennent dans le département. Le département travaille également en collaboration avec la fédération (AVECsanté) dans l'objectif d'apporter un soutien ainsi qu'un conseil aux territoires.

« Voilà, nous, on a une convention avec la Fédération, de partenariat, notamment pour amener du soutien, du conseil aux territoires qui veulent s'engager dans la démarche et la pousser le plus loin possible. On a beaucoup travaillé sur l'idée que... Dans une première étape, on a financé beaucoup d'études pour que les praticiens, les élus locaux, la société civile, sur un territoire, puissent vraiment analyser la situation et puissent monter des projets qui soient les leurs. »³²⁸

Cette initiative du département offre une liberté à l'ensemble des acteurs infra-départementaux afin qu'ils s'en saisissent et développe la réponse qui leur parait la plus adaptée à leur situation locale ainsi qu'aux volontés des acteurs concernés. Ici le département agit plutôt comme un "partenaire" des acteurs locaux. Le travail avec la fédération permet de mobiliser deux catégories d'acteurs. D'un côté le conseil départemental, en tant que collectivité locale a la capacité de mobiliser les élus locaux de son département, de l'autre, la fédération peut mobiliser les professionnels de santé. Cette alliance entre ces deux types d'acteurs permet une communication plus efficiente car elle permet une mise en relation des acteurs entre eux.

« Voilà, donc notre souci, c'est de mener les deux, et en tant que département, on avait plus de capacités à mobiliser les élus et eux, la Fédération, en tant que praticiens, a plus de facilités à mobiliser les praticiens, oui. Globalement, ça c'est une démarche qui ne résout pas

³²⁸ extrait d'entretien avec la direction solidarités, Conseil départemental de l'Ain

tout, loin s'en faut, mais qui permet d'avancer sur les deux plans, je pense, sur l'évolution des pratiques de soins et puis sur la capacité à intégrer des nouveaux professionnels. Force est de constater, quand même, que ça marche. Et que les nouveaux professionnels, dans notre parcours pour les attirer, ils viennent en stage, découvrent une autre pratique, voient des collègues, une ambiance de travail, une manière de travailler qui peut être porteuse et puis donner envie de s'installer. »³²⁹

Cette mise en relation n'est pas le seul dispositif proposé par le département. En effet, il offre une bourse pour les étudiants qui viennent en stage sur son territoire départemental. Cette aide financière permet de supporter les dépenses générées par une venue dans l'Ain. A la suite de ce stage, le département rencontre l'ensemble des étudiants afin de sonder leurs projets futurs.

« Tous ceux qui viennent en stage dans l'Ain, on leur accorde cette aide financière, et ensuite, à la fin de leur période, on les rencontre, pour avoir un échange autour d'une discussion puis ensuite, d'un petit pot. C'est vrai que ça nous permet aussi de bien mesurer leurs attentes ; elles sont quand même assez diversifiées. Il y a le souhait de travailler en collectif, il n'y a pas forcément le souhait de s'installer très vite tout seul. »³³⁰

De ces échanges entre le conseil départemental et les étudiants, il en ressort que le modèle proposé par les MSP est souvent celui sur lequel l'attention des étudiants est portée. Comme nous avons pu le voir plus haut dans notre développement, les MSP ne constituent pas un modèle qui satisfasse l'ensemble des professionnels de santé. En revanche, dans le département de l'Ain, grâce aux fondateurs de ce concept et à des MSP emblématiques, le modèle bénéficie d'une bonne aura et donc incite de nombreux jeunes médecins à s'y installer. La forte présence des MSP sur le territoire départemental permet

³²⁹ extrait d'entretien avec la direction solidarités, Conseil départemental de l'Ain

³³⁰ extrait d'entretien avec la direction solidarités, Conseil départemental de l'Ain

au plus grand nombre d'étudiants venant dans l'Ain de faire leur stage en MSP. L'expérience du stage étant souvent positive, le modèle de la MSP semble séduire un nombre important d'étudiants. De plus, l'association entre la fédération et le département, renforce ce mécanisme de "séduction" des étudiants. Néanmoins, le modèle des MSP n'est pas le seul modèle vers lequel se tourne le département de l'Ain. En effet pendant longtemps il a été le seul sur lequel se sont concentrés l'essentiel des moyens. Toutefois, grâce au développement du CDS en Saône-et-Loire, la focale s'est déplacée. En effet, pendant longtemps l'attention s'est portée sur les MSP parce qu'il ressortait de nombreux entretiens avec les étudiants en médecine des craintes qu'ils nourrissaient quant à l'installation et à l'exercice isolé. Ainsi, s'installer dans une structure déjà en place et avec d'autres professionnels de santé permettait de lutter contre l'isolement des médecins et offrait donc un cadre de travail plus propice à l'épanouissement de ces jeunes médecins. Or, aujourd'hui la volonté des jeunes médecins n'est plus nécessairement celle d'une installation en MSP car ce mode d'organisation nécessite une installation en libéral. La peur que peut provoquer l'exercice libéral quant à la certaine instabilité financière pousse de nombreux médecins à opter pour un exercice salarié. Aussi le modèle du CDS apporte une réponse à cette peur de l'exercice libéral. D'ailleurs, comme nous avons pu le voir, l'évolution de la FFMPS vers AVEC Santé, traduit bien cette évolution de la perception de l'exercice médical chez de nombreux médecins. Le modèle du CDS que nous allons voir par la suite semble donc faire des émules puisque d'autres départements s'intéressent à ce mode d'organisation. Nous pouvons d'ailleurs souligner que le département de l'Ain et celui de Saône-et-Loire sont frontaliers, ce qui facilite une éventuelle coopération quant au transfert du modèle du CDS dans le département de l'Ain.

« Aujourd'hui, on a une autre interrogation qui est celle du salariat. Au départ, on était un peu interrogatifs sur ce sujet-là, mais force est de constater qu'il y a un certain nombre de jeunes praticiens, parfois de plus anciens, qui voudraient sortir de la pratique libérale pour aller vers le salariat. [...] À Bourg, il y a une réflexion aussi pour un centre de Santé. Il y a nos collègues, pas très loin de la Saône et Loire qui ont ouvert un centre de santé départemental, forcément, ça nous interroge. On voit que l'évolution, ça produit, cette situation, elle est à la fois le produit et elle produit des évolutions des pratiques médicales et je pense

que bon, moi qui avais connu des centres de santé, il y a une vingtaine d'années, dans une vision un peu communautaire de la santé, qui avaient pour la plupart tous fait faillite parce qu'ils avaient des gros déficits, on retrouve un renouveau des centres de santé dans une logique complètement différente. »³³¹

Cet extrait d'entretien met en lumière les évolutions des modes de pensées des collectivités locales - ici le département - qui tentent de se réinventer afin d'apporter une réponse au problème. On peut notamment faire référence à T.FRINAULT qui évoque la notion de « *bricolage* » pour parler du travail du département [FRINAULT, 2009]. Ici le département semble avoir pris conscience qu'aucune solution "miracle" n'existe mais en proposant différents modes d'action, le département espère permettre de résoudre la majeure partie du problème. Il se fait donc ce que R.LAFORE et N.BLANCHARD appelle le « *département-providence* » [FRINAULT, 2009]. Dans son travail sur la dépendance³³², T.FRINAULT montre comment le département parvient à élargir ses compétences, comme nous pouvons l'observer dans le cadre de notre travail. A travers ces deux exemples, nous voyons clairement que le département tente d'instaurer une dynamique professionnelle sur son territoire, avec la conviction que c'est à partir de cette dynamique que les nouvelles installations se feront. Nous voyons bien que le département est une échelle d'action qui permet de produire de l'action publique, une action publique localisée et qui tente de coller au plus près des besoins de la population et de répondre aux mieux aux attentes des professionnels. Les solutions qui sont ici proposées sont alors l'émanation d'une forme de compromis afin de satisfaire les attentes de l'ensemble des catégories d'acteurs. Dans cette perspective, nous pouvons constater des disparités dans les modalités d'action et les solutions proposées. C'est notamment ce qu'explique T.FRINAULT au sujet de la dépendance : « *Dès lors que l'Etat concédait volontairement une grande autonomie aux territoires locaux pour s'approprier des outils d'action relativement standards, il était logique que ceux-ci en fassent des usages forts contrastés* »³³³.

³³¹ extrait d'entretien avec la direction solidarités, Conseil départemental de l'Ain

³³² FRINAULT.T, *La dépendance, un nouveau défi pour l'action publique*, PUR, 2009, 240p.

³³³ FRINAULT.T, *La dépendance, un nouveau défi pour l'action publique*, op. cit., p.226

2. La Délégation Départementale de l'ARS

Dans chaque région, les ARS sont présentes à l'échelle infra-régionale à travers des Délégations Départementales (DD ARS). Chacune d'elle est pilotée par un directeur dont la mission est la représentation - sur le territoire départemental - de l'ARS. L'enjeu est ici de créer une plus grande proximité entre les services de l'ARS et le terrain. L'objectif est de permettre un dialogue entre les services locaux (préfet, conseil départemental...) et l'instance centrale (l'ARS). Les directeurs de ces DD ARS sont des membres sur cabinet de direction de l'ARS. Afin de se rendre compte de la place des DD ARS au sein de l'ensemble de l'ARS, nous allons voir les organigrammes de nos deux régions.

Titre : Organigramme de l'ARS BFC



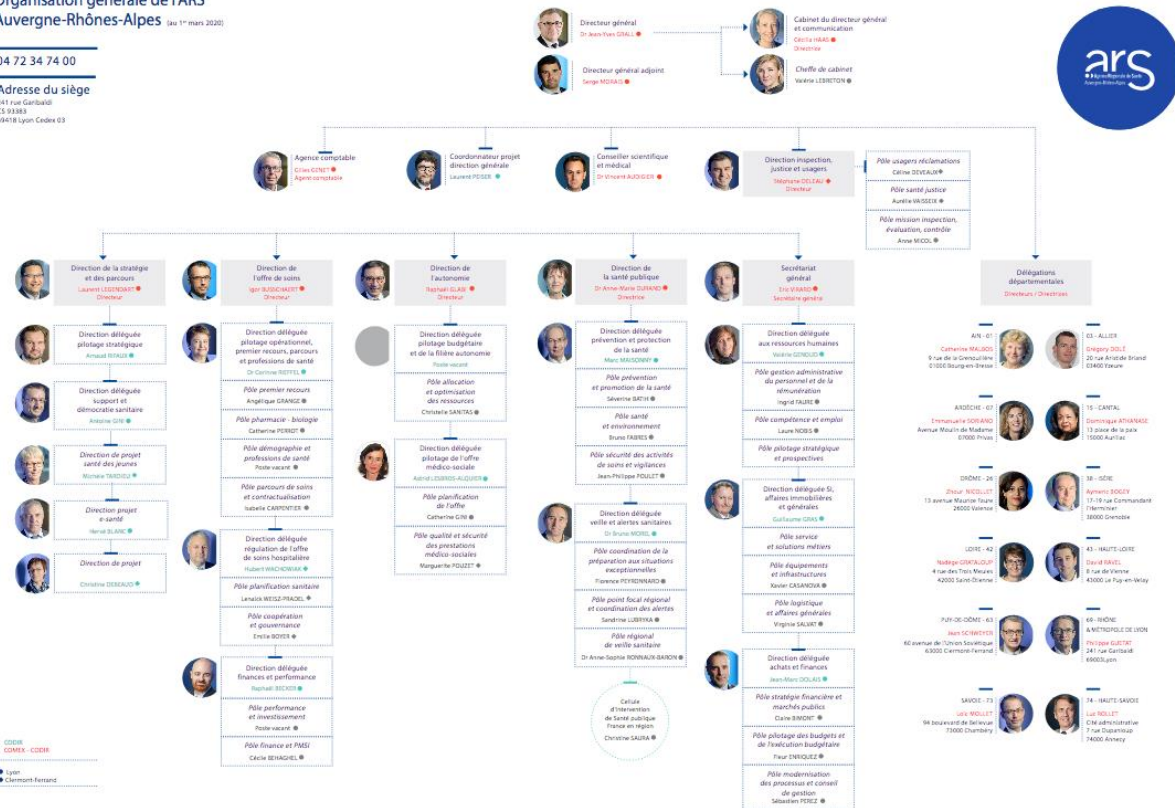
Source : www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr

Titre : Organigramme de l'ARS AURA

Organisation générale de l'ARS
Auvergne-Rhône-Alpes (au 1^{er} mars 2020)

04 72 34 74 00

Adresse du siège
241 rue Garibaldi
CS 93383
69418 Lyon, Cedex 03



Source : www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr

A travers ces organigrammes, nous pouvons voir que les DD ARS sont placées sous la tutelle du DG ARS. Chaque DD ARS dispose d'une équipe lui permettant de mettre en œuvre l'ensemble de ses missions. Ces délégations permettent une meilleure connaissance des réalités locales pour une adaptation de la politique nationale par les ARS, au plus près des besoins locaux. L'intérêt est alors que les DD ARS aient la capacité de dresser un constat de la situation par le dialogue qu'elles mènent avec les acteurs locaux.

« [...] on va vers quelque chose d'assez catastrophique, si on n'arrive pas à inverser la tendance entre les départs à la retraite et les arrivées, les nouvelles installations. Très clairement, parce qu'on a un déséquilibre massif de par notre pyramide des âges : on a à peu près 30% de nos médecins qui ont plus de soixante ans, et puis un peu plus de 50% qui ont plus de cinquante-cinq ans. Alors un médecin, il

travaille au moins jusqu'à 65 ans, voire 67 ans, voire quelquefois plus. Mais quand même, quand on dit plus de 60 ans, ça a quand même du sens. Quand on dit : « 30% des médecins ont plus de 60 ans, en Saône et Loire », donc on est dans une pyramide qui nous est très défavorable et ce qu'on constate, parce qu'on suit ça en lien avec le Conseil de l'Ordre, c'est que le nombre d'installations chaque année ne compense pas le nombre de départs. On est dans quelque chose qui est en train de s'inverser très négativement, même si on a eu en 2013 une lueur d'espoir parce que justement le nombre d'installations avait été supérieur au nombre de départs. Mais voyez, c'était en 2013, ça date déjà un petit peu. Et puis voilà, il y avait une conjugaison peut-être un peu favorable cette année-là mais on n'est plus du tout dans ces configurations-là depuis 2014. À chaque fois, on a un gros déficit ; on est là-dedans. Les chiffres parlent d'eux-mêmes. »³³⁴

La plus grande proximité qu'offrent les DD ARS permet des échanges facilités avec les différents interlocuteurs, comme le Conseil de l'Ordre par exemple. La présence d'un moins grand nombre d'acteurs permis par cette échelle plus restreinte semble propice au dialogue avec les acteurs de terrains et permet de faire émerger les besoins.

« On commence à avoir des zones - je pense à toute la périphérie la plus pauvre de Lyon, 8^{ème} par exemple, Mermoz, États-Unis - où on a des vrais sujets de densité médicale. Vaulx, Saint-Priest, enfin, toutes les zones difficiles, jugées comme difficiles ; on a des problèmes de densité d'offres de soins, médicales et paramédicales, du coup c'est les deux. [...] Et, nous, on n'est pas encore, complètement, porteurs du sujet, parce que, moi, je ne sais pas très bien qui pilote aujourd'hui la démographie médicale, et qui est responsable de l'implantation. Il

³³⁴ extrait d'entretien avec la DD ARS Saône-et-Loire

faudrait un peu trier dans tout ça, un jour où le législateur aura un grand courage. »³³⁵

A travers cet extrait d'entretien, nous pouvons voir que la proximité dont bénéficie les DD ARS ne permet pas nécessairement de mettre en œuvre une réponse aux besoins, dans la mesure où leur capacité à se saisir de ces questions n'est pour le moment pas totalement effective.

« Mais c'est un plus, et puis dans les facteurs intéressants dans ce département de Saône et Loire, c'est le dispositif du Conseil Départemental : « Installe un médecin.com ». C'est-à-dire que le département de Saône et Loire, depuis quelques années, a mis en place, réserve une enveloppe chaque année, pour aussi des bourses. Alors, on travaille en lien parce qu'on essaye de faire en sorte que celui qui a la bourse du Conseil Départemental n'ai pas aussi notre... On essaye de travailler bien en phase là-dessus. »³³⁶

L'intérêt des DD ARS c'est justement cette proximité territoriale qui facilite le dialogue avec les différents acteurs locaux. Ainsi à travers cet extrait d'entretien nous pouvons voir que dans une logique d'efficience, le dialogue doit impérativement s'installer afin de ne pas dépenser les moyens financiers en faisant des "doublons" avec les collectivités locales. En effet, tout au long de ce chapitre, nous pouvons voir que le département est une échelle d'action historiquement pertinente et que cela est toujours d'actualité au regard des dispositions qui sont prises. Comme nous pourrions le voir par la suite dans ce chapitre, la gestion de la question de la régulation du premier recours au niveau régional ne se fait qu'à travers les ARS. En revanche, au niveau départemental, nous pouvons constater que deux instances sont à l'œuvre : le conseil départemental et la DD ARS. Donc nous constatons que d'un côté, la régulation s'opère au prisme de la déconcentration et de l'autre, au prisme de la décentralisation. Cet extrait d'entretien met

³³⁵ extrait d'entretien avec la DD ARS Rhône et Métropole de Lyon

³³⁶ extrait d'entretien avec la DD ARS Saône-et-Loire

en lumière une collaboration de ces deux instances, ce qui montre bien que décentralisation et déconcentration ne sont pas antinomiques, mais bien qu'ils puissent agir de concert afin de permettre une plus grande efficacité de l'action publique.

B. Les élus locaux : entre volonté d'œuvrer pour l'intérêt général et clientélisme politique

Les élus locaux - dans leur globalité - sont au cœur de notre travail de recherche. L'évolution de l'action publique locale n'est pas déterminée uniquement par la volonté politique des acteurs locaux, ni même par la capacité qu'ils ont à imposer une forme de *leadership* dans l'objectif de résoudre ce qu'ils ont identifié comme "problèmes", qu'ils soient économiques ou sociaux. Ce n'est pas non plus leur résistance à des règles étatiques, ni même leur soumission qui va permettre de déterminer l'évolution de l'action publique locale³³⁷. Dans notre travail de recherche, nous nous écartons largement de la piste "partisane" car nous pouvons constater que l'enjeu de la régulation de l'offre de soins de premier recours va bien au-delà de cette logique. C'est pourquoi tout au long de notre travail, nous ne nous sommes pas penchés sur le profil politique des élus que nous avons pu rencontrer, tant cette dimension ne nous a pas paru déterminante. Ainsi, la question des soins de premiers recours transcende les clivages politiques et sont désormais affaire de "management" à l'échelle locale [PAYRE, 2003].

De nombreux travaux de sciences sociales sur l'intercommunalité s'attachent à étudier l'élaboration des réformes mais également sur leur inégale mise en œuvre. Notre travail de recherche nous a notamment permis de voir comment une intercommunalité a la capacité de se mobiliser afin de créer de l'action publique adaptée à ses problématiques locales en mobilisant les ressources disponibles pour lui assurer un bon fonctionnement. Nous pouvons aussi voir que certaines intercommunalités, ou agglomérations observent les mises en œuvre d'autres collectivités locales - telles que les départements - pour tenter de reproduire l'action publique à une échelle plus petite. Ici les questions de santé semblent au-dessus de toute logique partisane. Néanmoins nous pouvons penser que si les mises en œuvre locales diffèrent d'un territoire à l'autre, c'est également parce que dans les ressources

³³⁷ ANQUETIN.V, "Production des politiques publiques et mobilisation électorale. Pour une sociologie politique des politiques publiques mises en œuvre à Strasbourg (1989-2001)", in, FAURE.A, NEGRIER.E, *Les politiques publiques à l'épreuve de l'action locale. Critiques de la territorialisation*, op.cit., p.184

disponibles, la vision politique de la “bonne solution” à mettre en place, entre en ligne de compte, fût-elle de manière consciente ou non. Dans les mises en œuvre locale, on peut également soulever une forme de défiance vis-à-vis des institutions étatiques puisque ces territoires développent des projets en marge de l’ARS notamment. Ici le local opère d’abord une réflexion sur les possibilités d’action publique, il se saisit de ses capacités d’action et de ses ressources disponibles puis ensuite il informe l’ARS. Bien entendu les projets peuvent bénéficier d’un accompagnement de la part de l’ARS et ne sont pas mis à mal par cette dernière mais nous constatons que les élus locaux qui disposent de capacités suffisantes pour produire de l’action publique locale, le font en marge des institutions sanitaires déconcentrées. Cela permet alors d’expliquer les différences observables d’un territoire à l’autre et de la diversité des échelles territoriales au sein desquelles se produit l’action. D’ailleurs pour étayer notre propos nous pouvons faire un détour par les théories néo-institutionnalistes³³⁸. Selon ces analyses, l’institution comporte un paradoxe dans la mesure où, pour pouvoir continuer à agir, elle doit apparaître comme inerte. Aussi c’est sans doute ce que l’on peut observer dans le cas de la santé entre les ARS et les territoires locaux.

Si nous avons pu observer une plus grande autonomie des collectivités locales dans le domaine de la santé, renforçant ainsi le rôle de l’ élu local, nous avons vu également que la santé n’était pas véritablement un enjeu de luttes partisanes (même si les mises en œuvre locales qui divergent d’un territoire à l’autre peuvent émerger d’idéologie différentes). On passe alors d’une “*régulation croisée*” [DURAN, THOENIG, 1996] vers un système davantage marqué par la décentralisation qui entraîne une dépolitisation croissante des politiques locales³³⁹. Finalement, les recherches sur la gouvernance locale [RHODES, 1997, LE GALES, 1998] montrent que la politique locale est autonome et les actions mises en place sont significatives pour toutes les questions relatives à la vie locale, mais on constate qu’elle répond “[...] à des formes d’organisation politique radicalement distinctes de la vie politique nationale”³⁴⁰. En outre, l’exemple de la santé et plus particulièrement de l’offre de soins de premier recours illustre bien cette différence entre la politique locale et nationale.

³³⁸ DESAGE.F, “Faut-il que ‘rien ne change’ pour que les intercommunalités changent ? Portée et limites des théories néo-institutionnalistes. Le cas de la communauté urbaine de Lille (1964-2003).”, in FAURE.A, NEGRIER.E, *op cit*.

³³⁹ DUPOIRIER.E, FOUCAULT.M, FRANCOIS.A, GROSSMAN.E, SAUGER.N : “Une politique publique locale sans politique ? Analyse empirique de la gestion des équipements sportifs par les villes moyennes françaises.”, in FAURE.A, NEGRIER.E, *op cit*.

³⁴⁰ *ibid.*, p.238

C. Le conseil régional : le grand perdant de la territorialisation ?

Si la région est présente tout au long de notre travail, c'est uniquement sous l'angle des ARS qu'elle est abordée. En effet, le Conseil Régional n'est pas présent dans nos recherches ainsi que dans nos entretiens. Dans les faits, les conseils régionaux ne sont pas totalement absents dans le domaine de la santé néanmoins leur présence n'est que très limitée. C'est ce que montre notamment D.TABUTEAU³⁴¹ en soulignant leur quasi-absence. Si les conseils régionaux avaient un siège au sein des ARH (art. L.6115-7 du code de la Santé Publique), ils n'ont aujourd'hui que des représentants au sein des conseils de surveillance des ARS, reconnus par décret (art. D.1432-3). Cette différence législative n'est pas qu'une histoire de sémantique, bien au contraire cela tend à souligner le fait que les conseils régionaux se sont vus vider de leurs compétences et de leur capacité d'action - même si celle-ci était limitée - depuis la création des ARS. Cela vient d'ailleurs renforcer le fait que la création des ARS a consacré un retour en force de l'Etat. Certes, nous avons tenté de montrer les difficultés auxquelles il est confronté à travers ses ARS et l'impuissance dont il peut faire preuve parfois quant à la résolution de problèmes. Néanmoins, notre travail a tenté de montrer depuis le début, que l'Etat n'est pas dans l'inaction, mais les capacités d'action ont toutefois changé d'échelle, passant du niveau national au niveau local. Nous avons d'ailleurs même pu voir que c'est parfois à la plus petite échelle d'action que les réponses apportées sont les plus pertinentes. Quoi qu'il en soit, même si les lois de décentralisation dotent, depuis les années 1980, les collectivités territoriales de compétences de plus en plus étendues et, bien que l'Union Européenne tende à privilégier l'échelon régional comme échelle ayant du sens dans sa capacité d'action, nous pouvons voir ici que la France n'a pas opté pour ce scénario. En matière de régulation de l'offre de soins de premier recours, l'échelon régional ne fait sens que dans une lecture déconcentrée de l'action publique, au profit des échelles infra-régionales dont nous avons pu voir qu'elles pouvaient mener des actions relativement offensives afin d'apporter des réponses, même partielles. La création des ARS a en effet réaffirmé la régulation du système de santé comme étant une fonction régaliennne de l'Etat qui est donc aux antipodes de la logique décentralisatrice née à partir du début des années 1980.

³⁴¹ TABUTEAU.D, "Les pouvoirs de la santé : la complexité d'un système en quête de régulation", Presses de Sciences Po, 2013/4, n°41, pp.37-55

Fort de ce constat, nous n'avons pas tenté d'investiguer davantage du côté de la région, en tant qu'instance décentralisée.

Pourtant, il est nécessaire de rappeler l'importance de la région dans l'ensemble des politiques publiques, impulsée par la coopération européenne. En effet, l'Union Européenne (UE) accompagne largement la politique régionale en matière de santé³⁴². Toutefois, la région n'est pas considérée par les instances européennes comme une "entité autonome" à l'image des Etats. Néanmoins, comme le montrent M.GURRUCHAGA et T.ALAM [GURRUCHAGA, ALAM, 2015], elle tient compte du territoire régional et de la politique régionale afin de construire sa politique communautaire, dans le domaine de la santé notamment. En effet, depuis le traité de Lisbonne en 2009, la cohésion territoriale est un nouvel objectif de l'UE. La région est de plus en plus considérée comme un échelon pertinent et nécessaire à l'intégration européenne. De plus, cela intervient pleinement dans la logique de lutte contre les inégalités territoriales développée par l'UE. Nous pouvons d'ailleurs noter l'existence d'une commission du développement régional au sein du Parlement Européen. Au niveau communautaire, la Commission Européenne insiste sur la notion "*d'accès équitable aux services de santé*"³⁴³. La santé est en effet au cœur des politiques de cohésion puisqu'elle est considérée comme un facteur de compétitivité économique et de développement régional. Cet encouragement communautaire à la régionalisation en matière de santé participe également du fait que les régions deviennent actrices de la politique menée par l'UE. Pour ce faire, deux mécanismes sont à l'œuvre : tout d'abord, les fonds structurels et la coopération interrégionale. Sur ce dernier point, nous pouvons mentionner que cette coopération entre les régions, de l'UE doit se développer dans le domaine de la santé. Nous pouvons notamment mentionner l'hôpital de Cerdagne pour lequel deux régions de deux pays européens coopèrent (France/Espagne). Pour autant, les principes de l'UE visent au respect des Etats et elle ne procède pas à une remise en question des équilibres institutionnels existants dans chacun des états membres. C'est donc dans ce contexte là que nous assistons à une situation particulière en France, dans laquelle la régionalisation de la santé ne se fait que dans le cadre de la déconcentration (bien qu'elle soit à tempérer, comme nous avons pu le voir dans notre première partie). Le Conseil Régional n'est donc que très peu présent dans ce domaine. En revanche, à l'échelle européenne, le Comité européen des régions (Cdr) émet

³⁴² ALAM.T, GURRUCHAGA.M, *Collectivités, territoires et santé. Regards croisés sur les frontières de la santé*, L'HARMATTAN, 2015, 410 p.

³⁴³ SAISON-DESMARS.J, "La nouvelle répartition des pouvoirs au sein de la réforme de l'administration territoriale de l'Etat", *Revue Lamy des collectivités territoriales*, n°58, 2010, p.45 et suivantes

des avis lorsqu'il est consulté par la Commission Européenne. Il s'agit d'un organe consultatif européen qui se compose de représentants élus au niveaux local et régional des 27 états membres. Il émet des avis sur la législation européenne dans les domaines qui concernent directement les régions et les villes. La consultation de la Cdr s'opère notamment lorsqu'il y a une volonté de la part des institutions communautaires d'élaborer des propositions législatives. Le principe de subsidiarité qui est au fondement de l'UE consacre l'idée de proximité avec les citoyens. C'est donc dans cette logique que l'incitation à la régionalisation prend tout son sens. Bien que la France n'ait pas opté pour une régionalisation de la santé qui passerait par une décentralisation des compétences dans ce domaine vers les Conseils régionaux, nous pouvons tout de même souligner que cette volonté de proximité est l'un des arguments avancés pour la création des ARH et plus encore avec celle des ARS.

A cela s'ajoute la politique menée par l'OMS, notamment dans le cadre du "Plan Europe 2020" qui s'articule pleinement avec la logique de territorialisation. Mais en France, nous l'avons vu, cette régionalisation de la santé n'est pas décentralisée et léguée au Conseil Régional. Selon les termes de F.PIERRU³⁴⁴, en France la régionalisation de la santé est en "trompe-l'œil" puisqu'elle ne prend corps qu'au travers des ARS et qu'à l'intérieur de celles-ci leur capacité d'action s'en trouve largement contrainte.

Bien que depuis le décret du 29 avril 2004, l'échelon régional se renforce au détriment de l'échelon départemental, nous pouvons constater que ce phénomène n'est pas opérant en matière de santé puisque l'échelon régional - en tant qu'instance décentralisée - n'a que peu de compétences dans ce domaine au regard du département.

³⁴⁴ Pierru.F, « Le difficile accouchement des ARS au forceps institutionnel », in Castaing.C (dir.), *Quelle territorialisation des politiques de santé ?*, Paris, Editions hospitalières, 2012, 200 p.

Section 2 : Quand le département se fait providence : l'exemple du CDS de Saône-et-Loire :

Notre enquête nous a mené sur l'étude d'une expérience unique en France qui a lieu dans le département de la Saône-et-Loire. Pour la première fois, le territoire - ici le conseil départemental - se saisit de la problématique de la faible densité médicale et tente d'y apporter une réponse à travers un Centre de Santé Départemental (CDS). Il nous est donc apparu pertinent de nous pencher sur l'étude de ce dispositif innovant.

Le département de Saône-et-Loire s'est saisi de l'épineuse question de la baisse constante du nombre de médecins sur le territoire. Le 22 juin 2017, le département annonce, lors de son Assemblée, la création d'un centre de santé qui prend pour échelle géographique, l'ensemble du département. Ce projet est alors présenté comme disposant de nombreux avantages pour les professionnels de santé car il offre la possibilité d'un exercice regroupé, un allègement des tâches administratives qui incombent aux médecins³⁴⁵, le statut de salarié et une diversification des activités exercées par les médecins. Ce CDS a été impulsé par le département à partir d'un diagnostic sur la situation du territoire. En effet, la région BFC est la quatrième région ayant la plus faible densité. Mais à l'échelle infra-régionale les situations restent très contrastées et on remarque que cette problématique impacte plus fortement les départements de l'ancienne région Bourgogne que ceux de la Franche-Comté. Le département de Saône-et-Loire n'est pas exempt de cette logique, bien au contraire. En effet, sur ce territoire, la densité de médecins généralistes est inférieure aux densités nationales et régionales³⁴⁶. Par-delà la faiblesse de la densité, ce qui inquiète le département est l'augmentation des cessations d'activités dans les années à venir et qui ne seront pas compensées par de nouvelles installations sur le territoire.

« [...] j'ai essayé de faire un diagnostic concernant cette problématique-là, à mon arrivée à partir de mai-juin 2015. J'ai deux

³⁴⁵ Nous avons vu plus haut que ces tâches administratives pèsent lourdement sur le quotidien des médecins et freinent souvent leur installation dans les zones sous-denses en raison d'une surcharge de travail liée à l'importance de la patientèle

³⁴⁶ Au 1^{er} janvier 2016, la densité est de 110.4 médecins pour 100 000 habitants contre 125.6 en région BFC et 132.1 au niveau national

chiffres : il y a 840 médecins généralistes en Saône-et-Loire, salariés ou pas, c'est-à-dire hospitaliers ou sur le privé. Et surtout, d'ici trois ou quatre ans, il y en a 50% qui sont en âge de prendre la retraite. La Saône-et-Loire, c'est la population la plus importante de la nouvelle région Bourgogne Franche Comté, mais avec une moyenne d'âge élevée. »³⁴⁷

De ce constat est né l'idée d'un CDS à l'échelle départementale. Le département œuvre donc là au nom du principe de subsidiarité dans le cadre de la loi NOTRe³⁴⁸ (Nouvelle Organisation Territoriale de la République). En effet, cette loi permet aux collectivités d'intervenir au nom du principe de solidarité territoriale. Dans notre cas, cela se caractérise par un soutien aux installations des professionnels de santé dans les territoires qui sont déficitaires. Ce projet de CDS est en parfaite adéquation avec les besoins infra-locaux puisque cela s'inscrit dans les Contrats Locaux de Santé (CLS), dont l'objectif est principalement de renforcer les soins de proximité.

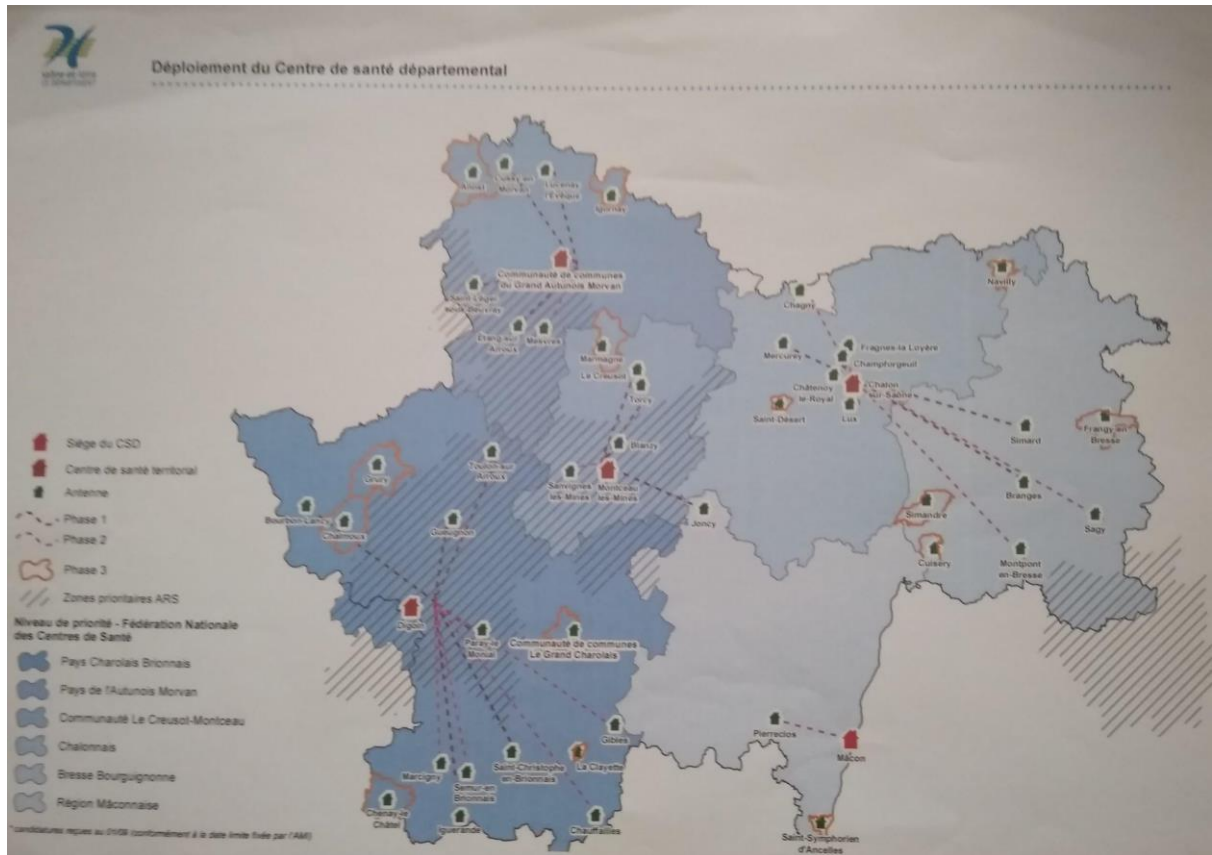
« [...] Fort de ce constat, j'ai regardé ce que la loi me permettait ou m'interdisait et je me suis engouffré dans le Centre départemental de santé, qui n'existe nulle part ailleurs en France, à l'échelle d'un département. La loi ne me l'autorise pas mais elle ne me l'interdisait pas. Donc, je me suis engouffré dedans.

C'est créé, j'ai organisé ma carte, et voilà. Et surtout, les installations, je ne vais pas contre la liberté d'installation des médecins, parce que je suis assez contre ça. Et je ne vais pas en concurrence sur le libéral, parce que ça serait complètement aberrant et surtout, non constructif. Je viens en complément. »

³⁴⁷ Tous les extraits présents dans cette partie sont issus de l'entretien mené avec le Conseil Départemental de Saône-et-Loire

³⁴⁸ loi du 7 août 2015

Titre : Carte de l'implantation du CSDS



Source : conseil départemental de l'Ain

Les CLS sont créés par la loi HPST et introduisent ainsi une forme de « *construction locale de la santé* [FLEURET, 2015] »³⁴⁹. Cela marque une nette évolution des acteurs locaux au niveau de leur vision ainsi que de leur posture. Les CLS permettent ainsi une appropriation par ces acteurs locaux des questions de santé à l'image du CSDS. La notion de proximité induite par la mise en place des CLS permet de questionner le « bon » niveau de proximité. Comme le souligne S.FLEURET, « [...] *c'est au niveau local que se tissent les liens étroits entre des problématiques communes qu'ils rencontrent.* »³⁵⁰.

Concernant le fonctionnement de ce CSDS, il est identique aux autres CDS en ce qu'il est régi également par l'article L 6323-1 du Code de la Santé Publique et le décret n°2010-895 du 30 juillet 2010 sur les centres de santé. Tout comme les CDS, le CSDS doit

³⁴⁹ FLEURET.S, « Les contrats locaux de santé : un (timide) pas de plus vers une construction locale de la santé ? », Sciences Sociales et Santé, vol.34, n°2, juin 2016, p.110

³⁵⁰ *ibid.*, p.113

transmettre un projet de santé et un règlement intérieur à l'ARS, comme prévu par la loi HPST. Ce CSDS est présenté comme ayant de nombreux intérêts pour l'ensemble des acteurs. D'une part, pour la population car il permet la réduction des inégalités sociales et facilite l'accès aux soins dans ce territoire très largement déficitaire. D'autre part, pour les pouvoirs publics car il permet une modernisation du territoire en matière d'offre de soins. Enfin, pour les médecins, il offre l'opportunité d'un exercice regroupé, salarié, d'une coordination en équipe, améliorant ainsi nettement la qualité des conditions de travail. De plus, il permet une prise en charge globale et rationnelle du patient.

« [...] C'est pour ça que je suis parti sur ce principe de médecin salarié qui semble répondre à une aspiration de nombreuses personnes, pas tout le monde, mais en tout cas, il y a un pôle de médecins que ça intéresse.

Ça, c'est la définition très schématique : je fais un contrat de trois ans, s'il a envie de rester, il reste, s'il n'a pas envie de rester mais qu'il s'installe en libéral, il s'installe en libéral, il aura sa patientèle, déjà, bien sûr, dans le lieu où il exerçait. Voilà, d'une manière très, très résumée, puisque, en fait, c'est une très grosse entreprise que j'ai mise en route. On ira bien au-delà du simple recrutement de médecin puisque le médecin vient faire la médecine et nous, on s'occupe de tout le reste. Toutes les autres questions administratives, on s'en occupe, lui ne fait que de la consultation. En fait, je reviens aux fondamentaux : le médecin, ce pourquoi il était formé, finalement, il ne fera que ça, il ne s'occupe plus du reste. Et donc, son temps avec le patient est consacré à 100% aux problématiques du patient et non plus les problématiques de l'administration, qui l'entourent. Ça, c'est le modèle départemental. »

Ce projet ne peut bien entendu pas se concrétiser d'un seul tenant c'est pourquoi il doit l'être par étape. Conscient que l'urgence est de se concentrer sur la médecine générale,

dans un premier temps, le CSDS va consacrer sa première phase à l'organisation de la médecine générale en son sein.

Concrètement, le projet est pensé pour fonctionner d'une manière assez innovante par rapport au modèle classique des CDS. Puisqu'ici il s'agit d'un CDS à l'échelle départementale, et donc sur un territoire relativement vaste, l'exercice ne peut s'effectuer sur un seul site. Ce CSDS a donc pour principale caractéristique - en plus d'être portée par une collectivité locale- d'être multi sites. Un siège central est défini à Mâcon et plusieurs antennes sont ensuite définies dans le but d'offrir à la population une diversité de lieux de consultations afin de quadriller l'ensemble du territoire. Ces différentes antennes constituent des "pôles territoriaux" et des "antennes associées". Un premier déploiement s'est effectué en janvier 2018, pour continuer de se développer par la suite.

Les pôles territoriaux vont être implantés sur une commune perçue comme un pôle de services sur un bassin de vie. Il s'agit là d'une structure qui a vocation à être pérenne et fixe. A ce titre, ils seront au cœur du projet puisque c'est à ces pôles territoriaux que seront rattachés les antennes. Le périmètre géographique de ces pôles est donc prévu pour être plus vaste que celui des antennes. De ce fait, les besoins financiers et en matériels générés par ces pôles seront plus conséquents que pour les antennes. Au contraire, l'antenne est conçue pour se développer dans les communes largement déficitaires sur le plan de l'offre de soins de premier recours et a donc pour objectif de pallier les carences induites par le manque de médecins. L'objectif est ici d'offrir aux populations locales des consultations de médecine générale. Les antennes ont vocation à toucher toute la population, mais essentiellement les usagers qui n'ont pas la possibilité de se rendre sur les pôles territoriaux. Aussi ces antennes accueilleront un médecin généraliste avec toutefois une amplitude horaire beaucoup moins importante que ce qui est prévu dans les pôles, puisque l'objectif est d'assurer une présence médicale - minimale - essentiellement pour les personnes qui n'ont pas la possibilité de se déplacer. A la différence des pôles, l'antenne n'a pas vocation à être pérenne et figée. Elle est plutôt conçue comme une structure temporaire et ambulante qui permet de pallier provisoirement un déficit de médecins sur ces territoires. L'objectif étant que des installations aient lieu à termes. Cela renforce d'ailleurs le caractère subsidiaire de ce projet.

« [...] Les pôles, c'est : une permanence de soins, c'est-à-dire, tout le temps un médecin et un secrétariat. Après, les antennes, ça va être en fonction du nombre de médecins que j'aurai. Et voilà tous les lieux qui ont été définis, c'est-à-dire : les communes qui me mettent à disposition un vrai cabinet médical, ou il y en avait un avant. Et ils attendent que je puisse y mettre un médecin, une journée, deux jours, trois jours... »

L'idée, pour répondre à la première urgence, c'est d'avoir, déjà, trente médecins, dans un premier temps, équivalent temps plein. Et quand j'aurais mes trente médecins, j'adapterai en fonction. Parce que s'il y a des projets libéraux, je ne vais pas venir en concurrence. Soit je vais plus loin, soit je m'arrête. Je vais m'adapter. »

Cet extrait d'entretien met en lumière un élément intéressant sur lequel il convient de se pencher. En effet, ici le discours tenu par l' élu est celui d'un entrepreneur, non pas au sens des politiques publiques, mais bien au sens premier du terme, emprunté à la logique économique et commerciale, d'un chef d'entreprise. Ainsi, c'est à la figure du "patron" d'une entreprise que cet extrait fait écho. A l'image d'un chef d'entreprise, cet élu paraît soucieux des différents enjeux afférents à une telle organisation. Plus loin, nous verrons que le président du conseil départemental de Saône-et-Loire a d'ailleurs établi des projections comptables avec un plan de financement afin de déterminer la "rentabilité" économique d'une telle organisation. En chef d'entreprise, il souhaite en assurer la pérennité. Ici, l'analyse discursive prend tout son sens : il revendique la paternité de ce modèle dont il semble le seul à l'avoir pensé et théorisé. Est alors éludée, la participation - supposée - d'une équipe dans l'élaboration de ce CDS. Ensuite, cet élu semble en faire un enjeu central de son mandat : un succès constituerait alors un véritable tremplin politique, pour une carrière au niveau national par exemple alors qu'un échec pourrait venir lourdement entacher sa carrière. Le pari semble ici risqué. Néanmoins, le discours porté par cet élu ne laisse aucune place au doute ainsi qu'à un échec éventuel.

Cette personnalisation du CDS est renforcée avec l'utilisation très fréquente de la première personne dans le discours, faisant penser que ce "Je" et le CDS ne font qu'un.

En revanche, un élément qui nous semble intéressant à souligner, c'est la confrontation entre deux visions : d'un côté celui de l' élu, technocrate, incarnant la figure du "patron" et, de l'autre, les médecins. Bien que ce modèle implique une salarisation des médecins - qui seraient donc volontaires - on constate cependant que la vision portée par cet élu sur le CDSO implique une relation hiérarchique forte entre lui et les médecins recrutés. L'idée, si elle semble louable dans l'intention, paraît cependant peu opérante dans les faits, au regard des caractéristiques de la profession. Envisager qu'un élu devienne ordonnateur de médecins quant à leur emploi du temps notamment, paraît alors délicat à mettre en œuvre.

Il conviendra alors d'observer si ce modèle va présenter des différences entre le projet initial et sa mise en œuvre concrète dans les années à venir.

Ce projet ambitieux et novateur ne peut en revanche pas voir le jour si des médecins ne s'y installent pas. Par conséquent, le recrutement de médecins y est donc l'élément central du projet. Afin de rendre les postes attractifs pour les médecins, le département offre la possibilité d'un exercice mixte alternant le libéral et le salariat dans ce CDSO.

« [...] Effectivement, je suis l'employeur du médecin. La grille des salaires de la collectivité territoriale n'est pas assez attractive et je ne souhaitais pas que ce soit celle-ci qui soit employée pour les médecins. Ma référence financière est la grille hospitalière, parce qu'elle correspond plus à l'exercice de cette fonction-là.

Donc, effectivement, je suis son employeur, mais ça s'arrête là. »

La question de la rémunération de ces médecins constitue une zone d'ombre. Ces derniers sont employés par une collectivité territoriale, il paraît donc évident que la grille de rémunération soit celle de la fonction publique territoriale. Néanmoins, jugeant que celle-ci n'est pas assez attractive, le président du conseil départemental se base sur la grille indiciaire de la fonction publique hospitalière. Cependant, il apparaît assez complexe de fonctionner de la sorte dans la mesure où le conseil départemental est soumis aux règles du droit et qu'il ne peut donc pas s'en affranchir comme il le souhaite.

Titre :

Grille indiciaire du grade Médecin de 1ère classe

A Médecin territorial Vérifié le 03/01/2019		Médecin de 1ère classe		
Echelon	Indice Brut	Indice majoré	Durée	Salaire brut
1	813	667	2 ans	3 125,58 €
2	862	705	2 ans	3 303,65 €
3	912	743	2 ans	3 481,72 €
4	977	792	2 ans	3 711,33 €
5	1027	830	3 ans	3 889,40 €
6	HEA		1 an	4 147,13 €
	HEA2		1 an	4 311,14 €
	HEA3			4 531,39 €

Source : emploi-collectivites.fr

Titre :

Grille indiciaire du grade Médecin de 2e classe

A Médecin territorial Vérifié le 03/01/2019		Médecin de 2e classe		
Echelon	Indice Brut	Indice majoré	Durée	Salaire brut
1	542	461	1 an	2 160,26 €
2	600	505	1 an	2 366,44 €
3	665	555	2 ans	2 600,74 €
4	713	591	2 ans	2 769,44 €
5	762	628	2 ans	2 942,82 €
6	813	667	2 ans 6 mois	3 125,58 €
7	862	705	2 ans 6 mois	3 303,65 €
8	912	743	2 ans 6 mois	3 481,72 €
9	977	792		3 711,33 €

Source : emploi-collectivites.fr

Titre :

Grille indiciaire du grade Praticien hospitalier à temps plein

A Praticien hospitalier (médecin, chirurgien, psychiatre, spécialiste, biologiste, pharmacien, odontologiste) -PH Vérfifié le 12/03/2017		Praticien hospitalier à temps plein
Echelon	Durée	Salaire brut
1	1 an	4 130,68 €
2	1 an	4 200,78 €
3	2 ans	4 298,95 €
4	2 ans	4 411,11 €
5	2 ans	4 607,41 €
6	2 ans	4 929,92 €
7	2 ans	5 280,46 €
8	2 ans	5 448,72 €
9	2 ans	5 645,02 €
10	2 ans	6 065,68 €
11	2 ans	6 318,07 €
12	4 ans	7 182,85 €
13		7 500,82 €

Source : emploi-collectivites.fr

Comme on peut le constater dans les différents tableaux, la rémunération entre les deux fonctions publiques n'est pas la même pour un poste de médecin. Ici, on note bien la supériorité de la rémunération de la fonction publique hospitalière par rapport à la territoriale.

Dans le cas du CDS, un moyen de contourner les grilles indiciaires a été trouvé. En effet, le conseil départemental s'est appuyé sur l'article 3-3 de la loi du 26 janvier 1984. Cette dernière prévoit l'occupation d'emplois de manière permanente par des agents contractuels dans deux cas de figure :

- lorsqu'il n'existe pas de cadre d'emplois de fonctionnaires susceptibles d'assurer les fonctions correspondantes ;
- pour les emplois du niveau de la catégorie A lorsque les besoins des services ou la nature des fonctions le justifient et sous réserve qu'aucun fonctionnaire n'ait pu être recruté dans les conditions prévues par la présente loi ;

Ici, les médecins sont recrutés en tant que contractuels de la fonction publique territoriale, pour trois ans maximum, renouvelables dans la limite de six ans. En tant qu'agents contractuels, leur rémunération ne repose pas obligatoirement sur une grille indiciaire. Elle peut, en outre, correspondre à un montant global et forfaitaire. Les fonctions exercées par les médecins du CDS s'éloignent de celles de médecins territoriaux alors qu'elles ont une plus grande proximité avec les médecins de la fonction publique hospitalière, il a donc été décidé de s'inspirer de la grille indiciaire de la fonction publique hospitalière pour leur rémunération. Sur ce point il faut d'ailleurs souligner que ce choix de rémunération selon la grille de la fonction publique hospitalière est un choix conseillé par l'association *La Fabrique des centres de santé*. Il s'agit d'une association créée dans le but de venir en aide aux porteurs de projets de CDS (à but non lucratif) sur l'ensemble du territoire national. Elle voit le jour sous l'impulsion de trois associations : la Fédération Nationale des Centres de Santé, l'Union Syndicale des Médecins de Centre de Santé et le Syndicat National des Chirugiens-dentistes de Centre de Santé. Elle est présidée depuis 2017 par R.LOPEZ. Il a donc été établi une grille de rémunération dans laquelle on retrouve des montants forfaitaires bruts de rémunération qui tiennent compte de l'ancienneté d'exercice des médecins. Cette grille oscille entre 5 524 euros brut (soit 4 500 euros nets) et 7 929 euros brut (soit 6 500 euros nets).

Ce projet fonde son existence sur cinq principes d'action. Tout d'abord, le principe de subsidiarité. En effet, puisque l'offre y est insuffisante sur le territoire, le département intervient et permet ainsi de garantir l'équité territoriale pour l'ensemble de sa population en leur permettant un égal accès en matière de soins de premier recours. Ensuite, ce projet émane d'un consensus local en ce sens que l'installation de ce centre de santé sur différents secteurs géographiques du territoire ne s'effectue que là où un consensus émerge entre tous les acteurs, tant au niveau des professionnels de santé, que de la population, des collectivités...). Ensuite, ce CDS est pensé comme étant complémentaire, c'est-à-dire qu'il a pour objectif de travailler en réseau avec des acteurs locaux dans les domaines de la prévention, du médico-social et du sanitaire. Il s'inscrit également à ce titre dans les contrats locaux et les projets de territoire. De ce fait, il entre bien en adéquation avec la politique d'organisation sanitaire menée à l'échelle locale. Le quatrième principe qui constitue sans doute l'élément le plus intéressant est ce que le département qualifie "d'agilité". Ce CDS est pensé comme étant relativement mobile grâce à ses pôles et antennes. En effet, cette organisation est pensée

comme étant capable de s'ouvrir et de se fermer et de passer d'une zone à l'autre, en fonction des besoins. Enfin, le dernier principe - et non des moindres - est celui de l'équilibre financier. Pour voir le jour, ce projet nécessite de lourds investissements de la part du département mais il est pensé pour atteindre l'équilibre très rapidement en raison d'une organisation et d'une gestion rigoureuse car, rappelons-le, les CDS sont des structures relativement coûteuses.

C'est sur ce dernier point qu'il paraît intéressant de se pencher. La création d'une structure de telle ampleur impose que le volet économique soit largement réfléchi car il engage le département de manière totale. Ici, le financement - outre les fonds de départ injectés par le département - repose essentiellement sur les recettes générées par les actes effectués par les médecins. Depuis l'accord passé en 2015 entre l'Assurance Maladie et les organisations représentatives des centres de santé, des financements complémentaires à la tarification à l'acte peuvent être obtenus. De plus, des sources de financements externes peuvent être octroyées telles que les subventions faites par le FIR BFC ou encore tout simplement des subventions émanant des autres collectivités. Il faut également noter que des aides à l'installation sont également versées par les CPAM. En revanche, à la différence des installations de médecins libéraux, les aides octroyées pour les CDS sont moindres. Si elles sont de 50 000 euros par médecin libéral s'installant, elles passent à 30 000 euros pour le premier médecin s'installant en CDS, puis 25 000 euros pour les deux suivants et aucune aide n'est versée pour les suivants. Il faut donc souligner que les fonds supportés par la collectivité pour le lancement d'un tel projet sont conséquents et surtout que l'amortissement ne se fait pas dans l'immédiat. Cela nécessite donc d'avoir une trésorerie afin de mettre en place une structure de ce type.

Les fonds levés par le département sont relativement importants puisqu'ils s'élèvent à 2 120 000 euros pour la première phase du projet³⁵¹.

³⁵¹ d'après les données transmises par le Conseil Départemental de Saône-et-Loire (documents de travail du département)

C.D. : « [...] [on a] mis deux millions d'euros sur la table, pour commencer, pour lancer mon entreprise. [Nôtre] modèle devrait s'équilibrer en trois ans.

Doctorante : Deux millions, c'est hors locaux ?

C.D. : C'est hors locaux. C'est avec l'aménagement de certains locaux parce que dedans, j'ai fait des frais. Le pôle de Digoin, on a fait de la peinture... C'est joli ! J'achète le matériel... »

Titre : Dépenses prévisionnelles du CDSO pour la phase 1

Postes de dépenses	Montants
Charge de personnel	1 835 000 €
Achats	25 000 €
Services extérieurs	200 000 €
Amortissement	10 000 €
Coût de gestion du tiers payant	50 000 €
Total	2 120 000 €

Source : conseil départemental de Saône et Loire

Titre : Dépenses prévues au budget 2017 pour le lancement du projet

Postes de dépenses	Montants
Salaire du directeur médical du centre de santé	80 000 €
Investissement	100 000 €
Fonctionnement	50 000 €
Total	230 000 €

Source : conseil départemental de Saône et Loire

Dans ce tableau on mesure bien l'importance de la dépense engagée par le département, l'essentiel du budget étant consacré au paiement des médecins. Mais ces dépenses doivent être largement compensées par les recettes générées par le CSDS et les différentes aides versées notamment par l'Assurance Maladie et l'ARS BFC.

Doctorante : « [...] Vous pensez que ça va se rentabiliser sous trois ans ? »

C.D. : Ah oui, oui ! Un centre de santé, ça s'est fait, déjà, à l'échelle communale. Mais à l'échelle communale, ça ne marche pas, pour plusieurs raisons : un, vous n'avez pas de souplesse. Deux, vous ne pouvez pas offrir une attractivité financière. Trois, vous ne pouvez pas l'équilibrer, parce que pour l'équilibrer, il faut au moins trente médecins. Vous voulez équilibrer sur trois consultations et demie par heure... quatre, vous faites du bénéfice. Mais il faut trente médecins. Et là, ça couvre : les frais de secrétariat... Moi, l'idée, ce n'est pas de faire de bénéfiques, c'est de rendre un service à la population locale. C'est tout, je n'ai pas d'autres ambitions. »

Titre : Recettes prévisionnelles du CSDS pour la phase 1

Sources de recettes	Montant
Actes médicaux	1 461 000 €
Autres recettes de l'Assurance Maladie (rémunérations spécifiques sur des actions de santé publique et/ou activités en zone déficitaire)	100 000 €
Subventions ARS CPOM Santé Publique	100 000 €
Mise à disposition de locaux et participation des communes	100 000 €
Subvention département pour les missions de santé publique	309 000 €
Total	2 120 000 €

Source : conseil départemental de Saône et Loire

Comme on peut le voir, d'après les prévisions, le budget sera à l'équilibre et donc les sommes injectées par le département devraient être compensées. Le département, principal financeur est donc l'acteur pilote du dispositif mais il travaille de concert avec ses partenaires, qui participent également au financement, que sont l'ARS BFC et les CPAM. Ces deux derniers acteurs imposent qu'un diagnostic des besoins soit établi ainsi qu'une concertation préalable avec l'ensemble des partenaires concernés. La Fédération Nationale des Centres de Santé est également un partenaire important car il fournit au département un appui technique pour l'analyse du territoire de l'étude de faisabilité du projet, pour l'expertise juridique et financière tout au long du développement du projet. La gestion financière s'effectue par un service spécialement créé à cet effet au niveau du département. Afin d'en assurer la transparence, le département a fait le choix de créer une régie qui ne dispose que de l'autonomie financière³⁵². Cette régie est placée sous l'autorité de l'exécutif du département ainsi que de l'Assemblée départementale. Elle est administrée par un conseil d'exploitation, un président et un directeur. Les rôles de chacun sont définis par un cadre réglementaire³⁵³. Dans ce contexte, le conseil d'exploitation a pour mission la délibération dans les domaines où l'Assemblée départementale ne s'est pas octroyée le pouvoir de décision. Ce conseil d'exploitation doit se réunir au moins tous les trois mois sur convocation de son président. Le directeur de la régie, quant à lui, est nommé sur proposition du directeur général des services et du directeur général adjoint en charge des solidarités, la décision revenant au président du Conseil départemental. Le directeur de la régie s'assure du bon fonctionnement de la régie mais le président du département reste le représentant légal de la régie. Comme nous l'avons souligné plus haut, cette organisation repose nécessairement sur le recrutement de médecins, sans quoi ce CDS ne peut voir le jour. Dans cette optique, le département a d'abord lancé un appel à candidature auprès des communes et EPCI (Etablissements Publics de Coopération Intercommunale) pour recenser les territoires susceptibles d'accueillir des médecins salariés. Pour diriger le CDS, le département a souhaité mettre en place un poste de directeur médical du centre de santé. Il s'agit d'un médecin généraliste dont la mission est de veiller à la mise en œuvre du CDS sur l'ensemble des volets d'actions, et plus précisément sur le projet de santé. Il a aussi pour mission de recruter des médecins généralistes et de mettre en place un système d'information et prévoir l'aménagement des locaux.

³⁵² Comme le prévoit le Code général des collectivités territoriales (CGCT) dans son article L 1412-2

³⁵³ selon l'article R. 2221-4 du CGCT

Il est également prévu ensuite un recrutement de médecins généralistes salariés, sans que le projet ne peut voir le jour. A partir du mois d'août 2017, une fiche de poste a été publiée afin d'informer les médecins généralistes susceptibles d'être intéressés par le projet de l'ouverture de postes et de les mettre en relation avec le département. Cette fiche de poste prévoit en outre que les médecins - qui seront de fait salariés - auront la tâche d'assurer aussi bien des consultations programmées que non programmées, mais également de participer à des actions de santé publique, d'éducation et de promotion de la santé, à des réunions pluri professionnelles (notamment pour les cas complexes), à la permanence des soins ambulatoires et enfin à l'accueil des stagiaires. Il est d'ailleurs prévu qu'entre 10 à 20% de leur temps de travail soit consacré à des activités de santé publique liées aux missions du département.

Pour la mise en place de ce projet, 30 médecins au total doivent être recrutés : dans un premier temps, 15 médecins pour la phase 1 (incluant le directeur médical) et dans un deuxième temps, 15 autres. Il est également prévu plusieurs postes administratifs à l'intérieur de ce CDS à savoir 2 gestionnaires administratifs et financiers et 10 secrétaires médicales. Les 15 médecins sont recrutés dès le 1er janvier 2018 pour effectuer des consultations et pour participer aux missions de santé publique du département. A cette même date, 5 secrétaires médicales et 2 gestionnaires administratifs et financiers sont recrutés.

« [...] J'ai recruté en octobre et j'avais expliqué à tout le monde que j'essaierai d'installer les dix premiers médecins à partir de janvier ; donc, par tranches de dix, je recrute. La première tranche, j'étais très heureux parce qu'elle était faite. Et je ne l'ai pas fait exprès : cinq hommes, cinq femmes, c'est comme ça. On m'avait dit que je n'aurais que des Polonais ou des jeunes filles, mais voilà, je suis désolé, ça va de 27 ans à 61 ans, des hommes et des femmes. Pas de Polonais mais s'il y en avait eu, je l'aurais pris. Comme ça, j'ai eu quelques détracteurs sur le modèle. Et ils ont commencé à exercer et maintenant, je travaille sur la deuxième tranche.

Le but, c'est ça : vous avez quatre pôles dans le département, je fais tout pour faire qu'il y ait une dizaine de médecins par pôle. Et une fois qu'ils seront complets mes pôles, pour l'instant, ils consultent sur place, ils ne peuvent pas.... Il n'y en a que deux à Digoïn, il y en a un à Autun, il y en a d'autres qui vont arriver... Il y en aura quatre à Chalons... Et après, une fois qu'il y en aura assez, cinq, six par pôle, j'ai un certain nombre d'antennes ciblées, et ils iront dans les antennes et ils feront des consultations dans les antennes.

Qu'est-ce que c'est qu'une antenne ? Dans une commune où autrefois il y avait un, deux ou trois médecins, il n'y en a plus. Il y a encore une pharmacie, des fois, et des fois, il n'y en a plus, mais il y a toujours la population. Donc, le médecin ira sur place, parce qu'on est le sixième plus grand territoire de France, avec les problèmes de mobilité, donc, c'est le médecin qui ira sur place. Et quand j'en aurai assez, ils pourront faire la consultation à domicile, après »

D'un point de vue strictement calendaire, il est prévu trois phases. La première a donc débuté en janvier 2018 avec un centre de santé d'abord composé de 3 pôles et de 12 antennes. Ensuite la phase 2 prévoit la création d'un nouveau pôle et de 8 antennes supplémentaires puis enfin une dernière phase qui prévoit la création de pôles et antennes supplémentaires. Cependant, pour l'heure les objectifs de cette troisième phase ne sont pas définis car ils seront corrélés au nombre de médecins recrutés.

Doctorante : « *Il est déjà ouvert ?* »

C.D. : *Deux, il y en a déjà deux, le troisième s'ouvre fin mai. Le premier a ouvert à Digoïn, fin janvier. »*

Ce CSD met en avant la capacité d'une collectivité territoriale - ici, le département - à produire de l'action publique. Néanmoins, le département n'agit pas seul, comme nous avons pu le voir plus haut il dispose de partenaires auxquels il faut adjoindre d'autres échelles territoriales, les communes. Ces dernières sont largement mises à contribution car ce n'est qu'avec leur participation que le projet peut voir le jour. En effet, en mettant à disposition des locaux pour accueillir les médecins les communes et/ou communautés de communes fournissent une aide notable. La sélection de ces communes s'effectue au regard des besoins qui ont été déterminés dans un premier temps lors de la phase de diagnostic puis elles évolueront au gré des installations de cabinet médicaux libéraux (pour les antennes). Ce projet lancé à l'initiative du département semble largement satisfaire les communes puisqu'il apporte une réponse - partielle - au problème de la sous-densification des médecins dans ces territoires.

Doctorante : « *Comment ça a été perçu au niveau des communes ? Ça a dû être un surcoût ?* »

C.D. : [...] *Mais pour eux, oui, ils n'attendent que ça. parce qu'en fait, ça fait des années, les élus, comme moi, on participe à des réunions consacrées à la désertification médicale. C'est des réunions où on fait des constats mais rien n'émerge de ces constats. Moi, j'ai dit : j'en ai ras le bol de ces réunions, je n'y vais plus, c'est fini, parce que ce n'est pas la peine qu'on m'explique que dans tel territoire, il n'y a plus... Je le sais. « C'est un problème... » - « Ah oui, c'est un problème » Je le sais. Bon, alors, maintenant, on amène une solution. Ce n'est pas la panacée, c'est une solution complémentaire. »*

Ce discours semble reposer sur un constat d'échec des administrations classiques, essentiellement l'ARS. En effet, les propos tenus par cet élu laissent penser à une forme d'inaction de la part des autorités administratives à remettre en cause le rôle de l'ARS. Si pour l'élaboration d'un diagnostic, l'ARS semble être active, sa réponse à travers des actions concrètes semble cependant être beaucoup plus passive. En filigrane de cet entretien on peut

lire la dénonciation d'une certaine inertie institutionnelle d'un acteur pourtant central dans la régulation de l'offre de soins. Finalement, l'idée à l'origine de cette organisation est née du constat d'une certaine forme d'inertie de l'ARS qui n'est finalement dotée que d'une autonomie très relative.

Ici, le discours produit est beaucoup plus nuancé que précédemment : d'un modèle qui se voulait révolutionnaire, on arrive désormais vers un modèle intermédiaire, qui n'est pas optimal, mais qui permet d'apporter une réponse et de solutionner une partie du problème. Si une telle organisation se construit à partir d'un constat d'inaction de l'ARS, la question qui peut alors être posée est celle du rôle et de la perception de l'ARS dans le département. Si cette dernière ne dispose pas d'une pleine et entière autonomie, elle possède en revanche une marge de manœuvre lui permettant d'assurer ses fonctions. Cela suppose d'ailleurs qu'un large réseau de partenaires - notamment des élus - travaille avec l'ARS. Mais dans un contexte où le président du conseil départemental produit un discours visant à pointer du doigt l'inaction de l'ARS et tente d'apporter une réponse, on peut alors se demander si ce type de discours ne va pas être similaire chez l'ensemble des élus du département et si l'ARS ne va pas perdre une partie de ses partenaires. Ainsi on assiste à une forme de mise en concurrence de deux types d'acteurs : d'un côté, une administration déconcentrée de l'Etat, de l'autre, une collectivité territoriale incarnée par le président du conseil départemental.

L'investissement que représente une telle organisation semble bien perçu par les communes au regard de l'enjeu. On peut dans un premier temps évoquer l'intérêt sur le plan électoral puisque la résolution, même partielle, du manque de médecin sur les communes assure aux élus de fortes chances de réélection. Dans un deuxième temps, cela permet d'éviter des exodes massifs de la population de ces territoires et donc la fermeture de nombreux services publics tels que La poste, les écoles... qui entraîne un cercle vicieux dont il devient très difficile de sortir. Aussi assurer à la population un accès aux soins de premier recours permet de limiter l'exode, voire même, d'attirer la population sur ces territoires, agissant, cette fois-ci, comme un cercle vertueux. Dans cette logique on est amené à se questionner sur une mise en concurrence entre les communes, puisque toutes les communes n'auront pas sur leur territoire un pôle ou même une antenne du CDS.

Doctorante : « *Tensions entre des communes ou villages pour l'implantation d'un territoire et pas chez eux ?* »

C.D. : *Non. Parce que j'ai écrit, le même jour, à tous les maires, notamment aux maires qui étaient en situation de désertification, leur demandant s'ils avaient locaux à mettre à disposition. Si on prend un exemple concret : j'ai une proposition du maire de Saint-Christophe, les maires voisins, Montceaux-l'Étoile, tout ça, ne sont pas jaloux, parce que s'il y a deux ou trois médecins qui peuvent venir faire des permanences, c'est tout le secteur qui en bénéficie. Donc, il n'y a pas de jalousie. Il y avait une concurrence, avant, dans les communes un peu plus importantes, qui mettent des moyens financiers pour construire une maison de santé ; et ils vont se piquer les médecins. On a cette concurrence-là. Là, je ne prends des médecins à personne et je les installe en fonction de mon volume, de mon potentiel.*

Non, il n'y a pas eu, en tout cas, ce sentiment-là, mais plutôt un sentiment de : « merci d'essayer autre chose ».

D'après le Conseil départemental, il n'y a pas de mise en concurrence des territoires puisqu'une forme de concertation s'est opérée en amont. Néanmoins, si cela n'est pas perceptible de prime abord, nous sommes amenés à penser que cette concurrence aura sans doute lieu au fil du développement de ce projet. Le recrutement des médecins risque d'être complexe à mettre en œuvre, bien qu'il ait débuté depuis plusieurs mois et qu'il ait porté ses fruits, le nombre total voulu risque d'être assez complexe à obtenir au regard d'un certain nombre de difficultés.

Ce projet novateur insiste donc sur la capacité d'un territoire à produire de l'action publique, ici à travers une mesure très forte. Mais il faut également souligner que ce territoire produit de l'action publique qu'au prisme d'un fort volontarisme de la part des acteurs, ici essentiellement de la part du Conseil départemental. Sans un volontarisme fort, le territoire

n'aurait sans doute jamais produit une telle action publique. Plus que le territoire, ce sont bien les acteurs présents sur un territoire qui impulsent une dynamique de production d'action publique. Bien sûr la logique d'acteur induit une logique d'intérêt, présente en filigrane derrière ce dispositif. En effet, nombreuses sont les études qui ont permises de remettre en cause l'action des élus se développant exclusivement au nom de l'intérêt général et du bien commun. Bien entendu l'intérêt général et la satisfaction des besoins de la population locale est au cœur de leurs préoccupations, mais ce ne sont pas les seuls éléments qui les animent et les incitent à produire de l'action publique et à innover. Nous venons de le voir, la satisfaction des besoins de la population constitue une réelle fenêtre d'opportunité politique pour les élus locaux en ce qu'elle leur assure une réélection. Ce qui est vrai pour les communes l'est donc aussi pour le département, même si le scrutin est indirect. Mais plus que de garantir une réélection à l'échelle locale, une telle innovation peut également constituer un tremplin dans une carrière politique. En effet, nous avons souligné l'importance du caractère novateur de ce projet, une réussite assurerait donc une mise en avant du président du conseil départemental, lui donnant ainsi une médiatisation nationale. Notre entretien nous a d'ailleurs permis de révéler que ce CDS est suivi de près par le Gouvernement et l'Élysée afin de voir s'il est exploitable, et donc exportable sur l'ensemble du territoire national. Une réussite à l'échelle locale pourrait donc avoir une aura au niveau national et constituer, par la même occasion un succès pour le Gouvernement qui se présenterait comme ayant apporté une solution à la désertification médicale.

Doctorante : « [...] *Et en plus, c'est peut-être une bonne fenêtre d'opportunité politique, aussi, pour le gouvernement.*

C.D. : *Tout à fait ! Ils ont une pression colossale, aujourd'hui, pour obliger les médecins libéraux à s'installer. Et ils ne veulent pas aller là-dessus, je les comprends, parce que ça s'est fait dans certains pays, ça ne fonctionne pas. Ça permet d'avoir un outil supplémentaire qui évite d'aller sur une obligation de s'installer, mais par contre, quand vous avez, à l'échelle du département, un dispositif comme ça, vous allez, justement, là où il y a moins de médecins. Donc, ça permet d'être complémentaire. »*

Comme nous pouvons le voir, avec ce dispositif, le département de la Saône-et-Loire devient un territoire d'expérimentation vers lequel tous les projecteurs sont tournés afin d'en mesurer les effets, dans une perspective d'être étendue à l'ensemble du territoire en cas de succès.

Cela permet aussi d'assurer une "carrière" à l'élu, en cas de succès de ce projet. Ce dernier étant affiché comme porté par lui donc une réussite lui assurerait sans doute une carrière à l'échelle nationale. Mais cela peut aussi lui porter préjudice en cas d'échec. Avec la médiatisation du CDSO et son écho au niveau national, sa mise en échec pourrait également compromettre la carrière de l'élu. Le CDSO semble connaître un certain engouement pour nombre de territoires, en témoigne les sollicitations de La Fabrique des Centres de Santé. En effet, cette dernière est de plus en plus sollicitée par des acteurs divers tels que des communautés de communes, des départements, des associations...

« [...] Je vous donnerai un dossier complet, modèle, que je viens de remettre à l'Élysée, mercredi dernier. J'ai fait la demande du Président de la République, j'ai déjà rencontré la conseillère santé du Président de la République mercredi dernier, qui m'a posé, comme vous, un millier de questions. »

Bien que le CDSO présente un certain nombre d'avantages, il s'en trouve néanmoins fortement critiqué. En effet, certains médecins pointent d'ores et déjà des limites de ce système, comme nous pourrions le voir plus bas avec un représentant de l'URPS de la région BFC, ensuite parce que cela ne fait pas parti des prérogatives du département qui s'est justement engouffré dans une brèche de vide législatif à ce sujet. A travers l'exemple de la dépendance, T.FRINAULT montre comment les acteurs locaux se saisissent d'une zone de « flou » laissée par l'Etat, leur permettant une certaine autonomie [FRINAULT, 2009, p.134]. C'est ce que nous pouvons voir à travers ce projet. Mais il reste néanmoins l'objet d'angoisses.

« [...] Vous avez les contestataires, ceux qui critiquent le projet... je les entends, d'ailleurs. Souvent parce qu'ils n'ont pas regardé le fond du

projet et puis, je n'ai pas le temps de leur répondre. Mais ils n'iraient pas si loin que ça dans leurs critiques puisque j'ai été présenté mon dispositif, aussi, à l'association Bourgogne Franche Comté des médecins libéraux, à Dijon. J'ai été leur présenter. Au début, c'était un peu tendu et puis ils ont trouvé ça très bien, ils ont même proposé de s'associer avec moi pour travailler sur le dispositif. Et c'est ce qu'on a fait. Parce que, moi, ma porte est ouverte. Certains critiquent... c'est marrant, c'est, maintenant, des dentistes qui voient dans ce modèle-là, un truc absolument horrible, catastrophique pour le monde libéral.

Après, vous avez ceux qui ont une vision classique des collectivités, c'est-à-dire : il ne faut pas aller sur des projets nouveaux, ce n'est pas dans la loi... J'ai rencontré une opposition, pas méchante mais de dire : « attendez, ce n'est pas la place du Département, vous n'avez pas à aller là-dessus, ce n'est pas dans vos compétences ! » Ce qui est vrai, mais après, ce n'est pas très grave. »

Si le CSDS présente l'avantage notable de répondre au manque de médecins sur le département de la Saône-et-Loire, il génère toutefois des inquiétudes. Tout d'abord, il ne participe - pour le moment - pas à la permanence des soins, contrairement aux autres médecins. Il paraît dès lors légitime qu'une première série de remarques émerge sur cet aspect. Ensuite, il pose la question de la qualité des soins. Certes ce modèle permet d'offrir des consultations médicales à la population mais l'organisation en antennes et pôles, telle qu'elle est pensée, induit une logique d'une médecine itinérante, se déplaçant de villages en villages pour offrir des consultations quelques heures par semaine à la population qui n'a pas la possibilité de se déplacer. Aussi la question de la qualité de la prise en charge de ces patients est mise en avant puisqu'il n'y a aucune garantie que le même médecin assurera toujours la même permanence. Certes des postes administratifs sont créés pour s'occuper de la gestion des dossiers - et sans doute également des dossiers médicaux des patients - mais cela remet en question le caractère humanisé de la consultation : bien souvent un patient accepte de se confier, et de confier sa santé à un médecin qu'il connaît et en qui il a confiance. Or un changement régulier de médecin peut générer une forme de stress chez certains patients

fragiles - notamment les personnes âgées qui sont sans doute les premières concernées par la mise en place de ces antennes, puisque souvent moins mobiles que les autres - et provoquer une forme de repli sur soi. On l'a d'ailleurs vu au fil de nos lectures et lors de discussions informelles avec nos interlocuteurs, la confiance du patient en son médecin est la condition *sine qua non* d'une bonne prise en charge. Cette organisation prend donc le risque de déshumaniser la médecine et de rompre ce lien si précieux entre le patient et son médecin. Certes la société évolue et la médecine n'en est pas en reste et il faut repenser les manières d'agir, néanmoins certains paramètres importants sont à prendre en compte et peuvent provoquer des effets pervers : le fait que les patients n'aillent pas consulter, ou y aillent en dernier recours. La question de la qualité de la prise en charge est donc posée. Néanmoins si ce système ne paraît pas optimal il a au moins le mérite de tenter de répondre pour partie à un problème de longue date et qui tend à prendre de l'ampleur. C'est donc à ce titre que de nombreux territoires tournent leur regard vers la Saône-et-Loire, pour importer ce modèle. C'est d'ailleurs déjà le cas dans l'agglomération de Bourg-en-Bresse.

« Il y a nos collègues, pas très loin de la Saône et Loire qui ont ouvert un centre de santé départemental, forcément, ça nous interroge. On voit que l'évolution, ça produit, cette situation, elle est à la fois le produit et elle produit des évolutions des pratiques médicales et je pense que bon [...] on retrouve un renouveau des centres de santé dans une logique complètement différente.

[...] on va étudier ce que font nos collègues de la Saône-et-Loire. On n'est peut-être pas trop dans une réflexion départementale mais il y a des communes ou des intercommunalités qui nous posent cette question, y compris l'intercommunalité du Haut Bugey dont notre Président est aussi le Président, puisque c'est vrai qu'il y a des médecins qui disent : « Moi, je resterais bien, à condition d'être salarié. » Comment on fait ? Comment on s'organise ? Il faut qu'on étudie aussi ces modèles-là. »³⁵⁴

³⁵⁴ extrait de l'entretien avec la Direction solidarités, Conseil départemental de l'Ain

Cet extrait met en lumière le fait que les territoires s'inspirent mutuellement et tentent de prendre des modèles qui fonctionnent pour apporter une réponse aux problématiques locales. Néanmoins, cet entretien présente également les difficultés qui peuvent exister face à ce type de dispositif. La principale étant, dans ce cas présent, les sommes importantes engendrées par un tel dispositif. En cas d'échec, un tel coût est difficilement supportable pour une collectivité territoriale.

Doctorante : « *Et ça coûte beaucoup d'argent et c'est souvent déficitaire....*

C.D. : *Ce qu'on veut aussi étudier en Saône et Loire, c'est de mesurer le caractère déficitaire de la chose, oui, du modèle économique. Effectivement, il semble que le système où les médecins travaillent trente-cinq heures, cinq jours par semaine, trois actes à l'heure, ça ne produirait pas un remboursement du niveau de salaire du médecin, d'autant plus qu'il faut effectivement l'équiper pour le dégager des tâches administratives. Bon après, quelle est l'ampleur du déficit, c'est ça que je ne connais pas bien, qu'il faut qu'on étudie. »³⁵⁵*

Cet extrait d'entretien questionne la viabilité d'une telle organisation. L'absence de mise en relation avec la FNCDSD et les données afférentes à la rentabilité économique d'un CDS, nous amène à nous demander si tous les enjeux de ce type d'organisation ont bien été mesurés avant de lancer le CDS. L'analyse discursive nous apporte là encore un éclairage intéressant quant à la personnalité du Président du conseil départemental et sa volonté assumée d'une forme de leadership concernant la mise en œuvre du CDS. On a aussi pu mettre en avant le tremplin politique que ce centre constituerait. Néanmoins, nous venons ici de souligner ce qui pourrait constituer une limite importante de cette organisation, qui est un des éléments qui cristallisent une partie des inquiétudes.

³⁵⁵ extrait de l'entretien avec la direction solidarités, Conseil départemental de l'Ain

Ainsi les territoires communiquent entre eux et s'inspirent mutuellement. Lorsque les ressources financières sont limitées, les dépenses sont scrupuleusement réfléchies afin que chaque euro dépensé le soit utilement.

En dépit de toutes les promesses que semble faire le CDS, il n'en demeure pas moins que des interrogations émergent. Sur le plan du financement notamment car la rentabilité n'est manifestement garantie que sur le papier si on mesure l'écart entre les sommes engagées et les recettes liées aux consultations et subvention émanant des CPAM et de l'ARS. Plus largement ce modèle pose la question du déplacement du financement de la sécurité sociale à l'impôt, puisque le CDS est financé pour une large partie par le conseil départemental dont les ressources proviennent des impôts. A travers cet exemple, on soulève un déplacement de la philosophie du financement de la santé. C'est à partir de cet élément que semble naître des inquiétudes, notamment au sein de l'URPS.

« [...] c'est ce que j'avais dit aussi au président [du Conseil Départemental], moi ce que je vois c'est que, sur le plan comptable pur, je ne vois pas comment, à 25 euros la consultation, 39 heures, ils peuvent assurer le fonctionnement avec trente médecins et quinze salariés. [...] Donc cela veut dire, au bout du compte, si l'on veut équilibrer le centre de santé, à mon avis le taux de subventions émanant de collectivités locales, donc de l'impôt, va être plus important que ce qui est attendu. Ce qui ouvre une question, pour moi, aux contribuables d'un transfert de la prise en charge des soins des Français, de la cotisation sociale à l'impôt. Là on change de paradigme. »³⁵⁶

En outre, il faut aussi souligner la complexité d'un tel dispositif en matière de recrutement des médecins. La problématique étant complexe sur le département, le recrutement n'est pas si aisé, même si les contrats proposés semblent être intéressants par l'attrait que revêt le salariat. De plus, les contrats proposés ne sont pas des contrats à durée déterminée donc on peut supposer que cette solution - si coûteuse soit-elle - ne soit que temporaire.

³⁵⁶ extrait d'entretien avec l'URPS BFC

« [...] Moi en tant que conseiller ordinal tout ce que je sais c'est qu'à ma connaissance il n'y a que cinq contrats qui ont été soumis au Conseil de l'Ordre. Il y en a peut-être cinq autres qui sont en discussion etc., j'espère parce que vu l'ampleur du projet, si on arrive au moins à faire tourner les pôles avant de faire tourner les antennes il faut quand même un peu de ressources, surtout dans les conditions du contrat. La deuxième chose derrière c'est que ce sont quand même des contrats à durée déterminée sur trois ans renouvelables, donc on n'est pas sur une offre pérenne. C'est pour cela que quand moi j'avais rencontré le président [du Conseil Départemental] je lui avais dit : « nous l'URPS on n'est pas du tout opposé au truc-là mais on voit un certain nombre de choses problématiques sur lesquelles on va pouvoir rentrer, notamment sur le fait que le contrat n'étant pas pérenne (à l'époque on n'avait pas le profil des gens qui candidatés), il va falloir éventuellement accompagner ceux-là, ils vont venir sur le territoire, ils vont se faire une patientèle, un renom, etc. »³⁵⁷

Le recrutement des médecins pour le CDSO pose aussi la question du type de médecin qui va être recruté. Certes une fiche de poste est publiée mais elle concerne les missions qu'exerceront les médecins recrutés mais il n'y a aucune précision quant au profil des médecins que l'on souhaite recruter. L'idée étant de recruter des médecins de l'extérieur pour densifier le territoire départemental et venir en appui aux médecins déjà installés mais la question est maintenant de savoir si cela sera réellement le cas ou si cela ne profitera pas plutôt à des médecins déjà installés qui souhaitent bénéficier d'un effet d'aubaine engendré par les avantages qu'offrent le CDSO.

« [...] Maintenant, au jour d'aujourd'hui, à ma connaissance, il n'y a que 5 contrats signés au centre départemental, avec un médecin qui doit avoir 35 ans quelque chose comme cela, les autres sont tous sexagénaires ou en tout cas quinquagénaire. On a l'impression que le profil correspond plus à des médecins dans les anciens médecins

³⁵⁷ extrait d'entretien avec l'URPS BFC

libéraux qui vieillissant, pour des questions de santé ou de fatigue, d'usure, etc. se disent : « bon bah je vais repasser sur un exercice salarié parce que je serai moins stressé, parce que je vais repasser à 39 heures, parce que je vais avoir une retraite un peu consolidée, je vais avoir une prévoyance, je vais pouvoir prendre des vacances », ce qui n'est pas toujours le cas quand on est en cabinet. »³⁵⁸

Toujours au regard du recrutement des médecins une question se pose : celle du conjoint. On l'a vu lors des précédents chapitres, l'ancien modèle dans lequel le médecin était un homme dont la femme l'assistait pour les tâches administratives est aujourd'hui obsolète. Désormais, la majorité des femmes travaillent et la profession médicale se féminise grandement. Aussi les deux personnes au sein du couple travaillant, l'emploi du conjoint - homme ou femme - est devenu un paramètre essentiel à l'attractivité du territoire. Conscient de cet enjeu, le département use alors de tous ses leviers d'action pour se rendre attractif. Cela passe également l'aide à la recherche d'emploi pour les conjoints de médecins.

« [...] J'ai un médecin qui a postulé pour venir en Saône-et-Loire, sa compagne travaille plus dans l'économie... On lui a trouvé un job et sa femme travaille en Saône-et-Loire. Parce qu'on peut le faire à l'échelle du département. Mais ce n'est pas le Département qui l'embauche, mais simplement, puisqu'elle cherchait un poste dans un domaine tout particulier, j'ai mis en relation avec des gens qui étaient susceptibles de chercher ce profil-là et ça a marché. C'est aussi ce à quoi on s'attache. On essaie de créer les conditions favorables pour essayer de...parce que ce n'est pas simple de déménager. »³⁵⁹

Cela questionne alors l'efficacité de ce modèle quant à sa capacité à répondre à la problématique d'accès aux soins puisque la ressource - en médecins - utilisée n'est pas nouvelle car les médecins étaient déjà en exercice. Ce mode de fonctionnement peut toutefois

³⁵⁸ extrait d'entretien avec l'URPS BFC

³⁵⁹ extrait d'entretien avec le Conseil Départemental de Saône-et-Loire

poser question mais montre comment le territoire se sert de ses ressources pour produire de l'action publique. En revanche un élément important peut être souligné concernant le recrutement de ces médecins. Il semblerait pertinent que le recrutement touche majoritairement des médecins nouvellement diplômés mais qui ne sont pas encore installés dans un cabinet. Il s'agirait là du scénario le plus simple mais les choses semblent être différentes. En effet, notre entretien avec le Conseil Départemental de Saône-et-Loire, confirmé par celui avec le président de l'URPS BFC met en évidence le fait que ces médecins recrutés pour le CDSO sont des médecins déjà installés dans d'autres territoires (salariés ou libéraux). Aussi on peut souligner un transfert de la ressource d'un territoire à l'autre. En d'autres termes, on enlève des médecins d'un autre territoire - qu'il soit déjà déficitaire ou non - pour le mettre sur un autre territoire. On peut alors mettre en évidence qu'une concurrence entre les territoires s'opère inévitablement, même si celle-ci n'est pas explicite.

« [...] Il y en a un, c'est intéressant ce qu'il fait parce qu'il a un cabinet à Paris, il n'a pas envie d'arrêter du jour au lendemain ; c'est un type qui a une cinquantaine d'années. Il me dit : « bon, voilà, je travaille à mi-temps en Saône-et-Loire ». Donc, il vient à mi-temps à Digoïn et il garde son autre mi-temps dans son cabinet libéral à Paris. Il fait le trajet, pour l'instant, et il a l'air de s'y trouver très bien. Il m'a dit : « si ça ne va pas, je reste à Paris, si ça va bien, au contraire, j'arrêterai Paris », mais il le fait en douceur. Et, justement, j'offre une très grande souplesse. »³⁶⁰

Ainsi ce modèle comporte des limites qui viennent contrebalancer les intérêts qu'il présente. Il convient donc de continuer à porter notre attention sur l'évolution du CDSO dans les mois et les années à venir. En dépit des limites que nous venons d'évoquer, ce modèle nous montre que le territoire utilise ses marges de manœuvre pour produire de l'action publique et répondre ainsi - au moins partiellement et temporairement - à une problématique locale au cœur de toutes les préoccupations.

³⁶⁰ extrait d'entretien avec le Conseil Départemental de Saône-et-Loire

Conclusion du chapitre 6 :

Dans la première partie de ce chapitre, nous avons vu que les différentes échelles d'action s'avèrent pertinentes pour gouverner le territoire. Historiquement, le département tire son épingle du jeu. Cela semble d'ailleurs se confirmer avec la présence - à l'échelle infra régionale - de délégations de l'ARS. Néanmoins sur ce point nous pouvons souligner la présence de différents niveaux de gouvernance qui interagissent et se juxtaposent. C'est notamment le cas au sein du département avec d'un côté, le conseil départemental, instance décentralisée; de l'autre, la DD ARS, instance de déconcentration, qui implique alors d'autres niveaux de gouvernance. Dès lors nous pouvons mesurer l'ampleur du problème puisque ces échelles d'action semblent s'entremêler et visent à complexifier l'action publique et le processus de décision. Ensuite, à l'échelle infra-départementale, nous observons la production d'une action publique. Comme nous avons pu le voir précédemment dans le chapitre 5, les élus locaux peuvent être instigateur d'une action publique pertinente et efficace. Cette pertinence est, nous l'avons vu, le fruit d'un volontarisme très marqué de la part des élus locaux. Cependant, force est de constater qu'il n'est pas dénué d'intérêt puisque l'enjeu étant tellement fort dans certains territoires, que sa réussite permet souvent une réélection. Ainsi, l'élu oscille entre véritable clientélisme politique et action au nom de l'intérêt général. Ces deux éléments semblent cohabiter dans la logique qui anime les élus. Toutefois, la figure de l'élu ne concerne pas tous les élus. En effet, si nous allons voir dans la seconde partie de ce chapitre, que le département a une capacité d'action publique importante en raison des leviers et ressources, nous avons pu voir que d'autres échelles d'action n'y parviennent pas. C'est notamment le cas de la région, à travers son conseil régional qui n'arrive pas à trouver sa place dans la territorialisation de la santé. Restant fortement le pré-carré de l'Etat, les régions n'ont pas su se saisir des maigres leviers dont elles disposaient pour produire de l'action publique et parvenir à apporter une réponse - même partielle - à la régulation de l'offre de soins de premier recours. Cette première partie nous montre bien que l'action publique menée par les territoires s'opère uniquement à l'échelle infra-régionale.

Historiquement, le département a toujours eu une place importante dans l'action publique. Si la santé reste l'apanage de l'Etat, nous avons pu voir que face à ses difficultés à apporter des réponses en phase avec les difficultés locales, le département s'érige en

échelle d'action capable de mener à bien une politique de gestion des situations de crise. C'est ce que nous pouvons constater avec la création du CDS. Le département est un territoire relativement restreint mais dont la taille permet à son administration décentralisée de générer assez de ressources économiques et matérielles pour mener une action publique de taille. L'exemple du CDS et des sommes engagées illustre bien ce propos. Contrairement à des territoires plus petits tels que les communes, le département a l'avantage d'être assez restreint pour connaître les difficultés rencontrées par son territoire mais également assez grand pour générer des recettes suffisamment importantes pour lui permettre de mener à bien ses actions. Alors que pendant longtemps l'action publique a voulu se régionaliser, nous constatons aujourd'hui qu'elle est en peine et que c'est plutôt du côté du département qu'il faut désormais se tourner. En revanche là encore, en tant qu'instance décentralisée et qui repose sur l'élection, nous ne pouvons pas ignorer la logique électorale qui anime ces élus départementaux. Là encore l'action publique est partagée entre un clientélisme politique et la volonté d'œuvrer pour son territoire. La gouvernance du territoire est donc l'enjeu de luttes et de perpétuelles remises en question et la question de la bonne échelle d'action n'est pas encore éludée tant les initiatives locales permettent de montrer que toutes ces échelles territoriales sont capables de produire de l'action publique.

Conclusion de la Partie 2 :

Tout au long de cette deuxième partie, nous avons tenté de saisir les mécanismes de la territorialisation au prisme du premier recours. Nous avons pu voir qu'elle consacre l'existence de plusieurs niveaux de gouvernance qui disposent chacun de compétences et s'en saisissent - à des degrés divers - pour produire de l'action publique. Puisqu'elle est produite par des échelles différentes, nous pouvons constater une hétérogénéité des solutions proposées par ces territoires. Aucune des solutions n'est "parfaite" mais les décisions prises le sont en fonction des possibilités des échelles territoriales, en termes d'action publique mais également en termes de ressources. Nous avons pu voir que les ressources sont inégalement réparties au sein des territoires, y compris dans les mêmes niveaux. En effet, toutes les communes ne disposent pas des mêmes ressources et ne s'en saisissent pas de la même manière. Plusieurs mécanismes sont à l'œuvre : la richesse du territoire au niveau économique est un des leviers non négligeables qui permet aux territoires la mise en œuvre d'une action publique stable et efficace. Dans ce contexte-là, le niveau territorial n'est pas l'élément permettant d'expliquer l'efficacité de cette mise en œuvre. En effet, tout au long de cette partie nous avons tenté d'étudier des échelles territoriales différentes afin de voir que l'action publique se produit même dans des petites échelles. C'est notamment ce que nous avons pu voir à travers l'exemple de la communauté de communes du pays de Gex. Ici le territoire prend à bras le corps la problématique de la pénurie d'offre de premier recours et tente d'y apporter une réponse. La solution choisie paraît être - pour les acteurs locaux - la moins mauvaise décision et correspond à ce qu'ils ont pu observer sur le terrain après avoir rencontrés les professionnels de santé et les usagers. L'action publique qu'ils mettent en œuvre est donc le fruit de leur observation et des besoins spécifiques à ce territoire. Si elle semble pertinente dans le pays de Gex en revanche elle ne le serait pas forcément dans une autre localité. De plus, cette action publique n'est possible dans ce territoire que parce qu'il dispose de ressources économiques plus importantes en raison de son caractère frontalier avec la Suisse et donc parce qu'il bénéficie d'une situation économique qui lui est favorable. En effet, la mise en œuvre d'une action publique est une chose coûteuse qui ne peut se faire que dans les territoires qui disposent d'une manne financière importante. Dans cette perspective, nous comprenons mieux le cas du CDSD que nous avons pu observer. Porté par le département de Saône-et-Loire, il bénéficie d'une forte marge de manœuvre économique en raison de la capacité plus importante pour le département à générer des fonds.

Contrairement au pays de Gex, l'action produite n'est pas la même. Là encore, le territoire s'est saisi de ses observations locales pour produire une action publique, au plus près des besoins de sa population. Il faut également noter que chaque territoire est empreint d'une idéologie politique, puisqu'il est porté par des élus qui ont une certaine idéologie et vision du monde. Donc cela permet d'expliquer les différences de philosophies à l'œuvre dans les différents territoires.

Cette partie nous a permis de montrer que la territorialisation permet de palier aux carences du centre alors même que l'Etat est le garant de la santé des individus. Si nous avons pu voir précédemment que la santé reste un domaine que l'Etat tente de conserver, nous avons pu toutefois constater qu'il peine à mettre en œuvre une action publique qui réponde à la totalité des problèmes locaux. Ici, l'action publique produite par le centre n'est pas la somme des besoins exprimés localement, mais plutôt une sorte de synthèse, un compromis qui tente de faire consensus. Alors là où l'Etat semble échouer, le territoire se saisit de ses capacités d'action pour tenter de répondre aux besoins de sa population. L'action publique territoriale est donc très diverse d'un territoire à l'autre et l'on assiste à une superposition des échelles d'action. Cette gouvernance multi-niveaux n'agit donc pas contre l'Etat, mais œuvre à côté, et répond à sa manière et selon les ressources - inégales - dont les territoires disposent pour résoudre ce problème. La "bonne" échelle d'action ne semble donc pas trouver de réponse tant il apparaît que toutes les échelles sont capables de produire une action publique pertinente. Aucune des réponses apportées n'est la "meilleure", elles constituent seulement une réponse à la manière d'appréhender le problème en tenant compte des leviers dont les territoires disposent. D'ailleurs sur ce point nous pouvons constater que, tout comme l'Etat, le territoire peut également échouer lorsqu'il met en œuvre une action publique. Ainsi les différentes actions mises en œuvre sont-elles complémentaires. Néanmoins, face à cette volonté recentralisatrice de la santé par l'Etat, nous constatons une décentralisation implicite par les territoires eux-mêmes, chacun tentant de se servir des quelques latitudes dont ils disposent. Puisque ce qui n'est pas interdit semble alors être autorisé, les territoires répondent à leur manière tant les besoins sont grands. Face à cette situation, l'Etat semble finalement laisser faire et compte sur les territoires pour agir de concert avec, même si la démarche reste implicite. Aussi nous n'assistons pas à la mort de l'Etat, mais bel et bien à sa transformation : sa volonté centralisatrice de la santé permet de donner un cadre avec une organisation et un panel d'aides qui agissent tel un "filet de sécurité", un mécanisme minimal et il encourage le développement de l'action publique dans

les territoires, venant s'ajouter à celle menée au niveau national. Ainsi les territoires ne semblent pas avoir montré toutes leurs capacités et nous pouvons imaginer leur montée en puissance qui semble déjà être amorcée.

Si la "bonne" échelle d'action au niveau territorial ne peut être définie, nous constatons toutefois qu'un territoire trop petit peine à mettre en œuvre une action publique. C'est notamment ce que nous avons pu mettre en évidence à l'échelle de la commune avec l'exemple de MSP qui sont créées et qui n'arrivent pas à recruter des professionnels de santé, ne leur donnant pas le droit à une labellisation de MSP et donc aux aides qui en découlent. Ainsi nous avons pu observer tout au long de cette deuxième partie que l'action publique dans le domaine de la santé, et plus particulièrement du premier recours, est à l'œuvre à l'échelle infra-régionale, et même infra-départementale.

Conclusion générale de la thèse :

Notre travail de recherche nous a conduit à questionner le changement au niveau des territoires dans le domaine de la santé, et plus particulièrement au niveau de la régulation de l'offre de soins de premier recours. Ce travail est né de la volonté de développer un angle d'approche peu traité par les politiques publiques, celui de la production de l'action publique en santé à l'échelle locale, et plus particulièrement au niveau infra régional. Si le local est un sujet qui anime nombre de travaux de science politique, la santé – et plus particulièrement l'offre de soins de premier recours - n'en reste pas moins souvent écartée. L'ambition de notre recherche a été de montrer que l'action publique se produit à toutes les échelles. Elle est le fruit de l'interaction d'une multitude d'acteurs, qu'ils soient les producteurs traditionnels de l'action publique (élus, instances étatiques...) ou spécifiques à ce domaine de la santé (professionnels de santé, syndicats, usagers...). Ainsi, nous avons pu la qualifier de « multi-acteurs » et « multi-niveaux ». En effet, à travers notre travail d'enquête, nous avons pu constater que l'action publique se produit parfois là où on ne l'attend pas et que le local peut être source de changement lorsque les politiques nationales peinent à répondre aux problèmes. La géographie des territoires étudiés – dont certains sont enclavés - permet sans doute d'apporter un éclairage sur les changements à l'œuvre. En revanche, notre travail a permis de montrer que l'action publique ne peut se produire que dans la mesure où elle conjugue plusieurs facteurs. En premier lieu, il nous faut mentionner le volontarisme dont doivent faire preuve les élus mais également l'ensemble des acteurs programmatiques [HASSENTEUFEL, 2008]. Ensuite, il faut ajouter un élément important dans la production de l'action publique : la question des ressources dont vont pouvoir disposer les acteurs. Il s'agira alors pour eux de mobiliser l'ensemble des ressources disponibles, condition *sine qua non* à la production de l'action publique. Sur ce point, nous avons pu voir qu'elles varient d'un territoire à l'autre et que tous les acteurs n'ont pas la même capacité à mobiliser les ressources. Cela permet de mieux saisir la diversité des réponses apportées par les territoires, comme nous avons tenté de le montrer. En dépit de ces éléments, il faut garder à l'esprit que les relations entre les différentes catégories d'acteurs peuvent parfois être conflictuelles, dans la mesure où nous sommes dans une « arène politique ». L'action publique ainsi produite est souvent le résultat d'un rapport de force entre des acteurs, comme nous avons pu le voir dans notre chapitre 3 avec la mise en avant des MSP, portée par la

fédération et quelques figures emblématiques de la médecine générale qui ont su influencer sur la décision publique au niveau national.

L'objectif de notre travail avait pour focale l'infra- régional néanmoins afin de mieux saisir notre objet d'étude, nous avons tout d'abord commencé par analyser les changements opérés dans l'action publique au niveau central. Nous avons alors pu noter une reprise en main du système de santé par l'Etat à travers un renforcement de son rôle, au prisme des ARS notamment mais également à travers l'instrumentation, à l'image du zonage. Ce premier chapitre nous a permis de voir *L'Etat en action* [JOBERT, MULLER, 1987]. Cela se traduit également par une étatisation de l'Assurance-maladie dont l'action est intrinsèquement liée aux règles édictées au niveau central, comme nous avons pu le voir dans notre deuxième chapitre. Si l'Etat utilise des instruments pour produire du changement, nous avons également pu observer la capacité qu'ont les acteurs à se saisir des leviers d'action dont ils disposent afin d'influer sur les instruments. C'est notamment le cas des professionnels de santé, qu'il s'agisse de leur représentation syndicale ou de l'Université. L'observation du changement au prisme des instruments nous a cependant montré ses limites dans la mesure où les instruments ne sont pas parfaits et ne sont pas neutres [LASCOUMES, LE GALES, 2004]. Ils sont le résultat de choix politiques et sont porteurs d'un rapport dominant/dominé. Cela renforce l'idée selon laquelle l'Etat est toujours présent et agit, mais ses modalités d'action ont évolué. En effet, l'action publique contemporaine évolue : l'Etat n'est plus seul à agir, il devient ainsi un *Etat régulateur* c'est-à-dire que son action est de moins en moins directe mais fixe des règles - ici la définition d'instruments – et met en œuvre des politiques incitatives (comme par exemple, les aides à l'installation).

Cette nouvelle forme de l'Etat permet aux territoires de monter en puissance dans un secteur qui était autrefois l'apanage du centre. On assiste alors à une gouvernance multi-niveaux dans laquelle émergent différentes catégories d'acteurs. Dans notre travail de recherche, nous avons pu observer la territorialisation dans un domaine relevant pourtant d'une compétence nationale. En effet, les différents acteurs tentent de se saisir de tous les leviers d'action dont ils disposent dans le but d'apporter une solution à une problématique à laquelle les politiques nationales ne parviennent pas à répondre. Notre chapitre 5 a tenté de montrer comment les différents acteurs se saisissent de leurs ressources, mais également que ces dernières sont inégales selon le territoire. Nous avons posé la question initiale de la « bonne échelle d'action » pour finalement constater que cette interrogation ne fait pas sens.

En effet, notre travail a montré qu'il n'y avait pas de « bonne » (ou de « mauvaise ») échelle d'action, mais bien des territoires - dont les contours divergent – qui parviennent à produire de l'action publique. D'ailleurs, comme nous avons pu le constater, les réponses apportées à la question de la régulation de l'offre de soins de premier recours varient d'un territoire à l'autre car elles dépendent des acteurs qui y participent mais également de leur capacité à mobiliser les ressources. De la même manière, ces ressources varient d'un territoire à l'autre. L'action publique ainsi produite est le résultat d'une décision prise par des acteurs dont la rationalité est limitée [SIMON, 1947]. Ces décisions ainsi prises permettent d'apporter une réponse au plus près de la réalité de terrain, ce que ne peuvent faire les instances centrales. Ainsi les territoires – infra-régionaux et plus particulièrement l'infra-départementaux – ont su s'imposer comme des acteurs de taille dans la mise en œuvre de l'action publique dans le domaine de la santé et plus particulièrement de la régulation du premier recours.

Par-delà le premier recours, nous assistons actuellement à une montée en puissance des territoires dans un autre domaine de la santé : celui de la gestion des crises sanitaires. Actuellement nous subissons une crise sanitaire majeure causée par la COVID-19³⁶¹. Cette infection respiratoire a été l'occasion pour les territoires de monter en charge notamment au moment de la fourniture de masques. Pourtant peu présentes en matière de régulation du premier recours, nombre de régions se sont démarquées par leur capacité à protéger la population de leur territoire : c'est le cas en Ile-de-France et en Auvergne-Rhône-Alpes, par exemple. La crise sanitaire ayant des conséquences transversales (crise économique notamment), les régions ont également apporté un soutien matériel et financier à la population et aux commerçants : www.jachetedanslaregion.fr ainsi qu'une aide de 1 500 euros pour la création d'un site internet pour les commerçants en région AURA, par exemple. Sur le plan sanitaire on peut également noter le lancement de campagne de dépistages massifs « Tous dépistés avant Noël³⁶² » pour lesquelles des régions comme la région AURA ont fait pression sur les instances étatiques. La gestion de crise sanitaire relevant pourtant d'une compétence de l'Etat à travers le préfet, nous remarquons cependant que les régions se sont saisies de leur marge de manœuvre pour produire de l'action publique, en complément de celle des instances centrales. Mais les régions ne sont pas les seules à avoir montré leur capacité d'action : c'est notamment le cas des départements mais

³⁶¹ Coronavirus SARS-COV-2 apparu en décembre 2019 en Chine

³⁶² Campagne de dépistage pour la période des fêtes de fin d'année 2020.

également des communes. Chaque échelle territoriale a donc tenté d'apporter une réponse en fonction des ressources disponibles.

Cette crise sanitaire a ainsi été l'occasion pour les territoires de montrer leur capacité d'action dans un domaine relevant de la compétence de l'Etat. Cela a alors permis de mettre en lumière une volonté d'élargir les compétences des territoires. Cette demande semble avoir fait écho au niveau de l'Etat, en témoigne les annonces de l'été 2020. Le projet de loi « 4D »³⁶³ actuellement en lecture, incarne d'ailleurs cette logique. Le local est ainsi monté en puissance, dans un domaine où pourtant il était peu présent.

³⁶³ Projet de loi 4D : Déconcentration, Décentralisation, Différenciation, Décomplexification

Bibliographie

Ouvrages :

ALAM.T, GURRUCHAGA.M, *Collectivités, territoires et santé, regards croisés sur les frontières de la santé*, L'Harmattan, 2015, 410 p.

BARTHE.Y, CALLON.M, LASCOUMES.P, *Agir dans un monde incertain. Essai sur la démocratie technique.*, Seuil, 2001, 368p. Chapitre 5 "L'organisation de forums hybrides", pp.209-262

BEAUD.S, WEBER.F, *Guide de l'enquête de terrain. Produire et analyser des données ethnographiques*, La découverte, 4e ed., Paris, 2010, 334p.

BIAREZ.S, *Territoires et espaces publics*, PUG, coll. Débats, 2000, 128 p.

BLANCHET.A et al., *L'entretien dans les sciences sociales*, Dunod, 1985, 289 p.

BLOY.G, SCHWEYER.F.X (dir.), *Singuliers généralistes. Sociologie de la Médecine Générale.*, 2010, Presses de l'EHESP, Métier Santé Social, 424 p.

BONNICI.B, *La politique de santé en France*, PUF, Que Sais-je ?, 2013, 5e ed., 127 p.

BRUN.A et LASSERRE.F (dir.), *Politiques de l'eau. Grands principes et réalités locales.*, Presses de l'Université du Québec, 2006, 440p. Chapitre 8 BARAKAT.L, GHIOTTI.S, "Quand territorialisation rime avec fragmentation. Les enjeux territoriaux autour de la réforme de la politique de l'eau au Liban." pp.189-217

CASTAING.C (dir.), *Quelle territorialisation des politiques de santé ?* Paris, Editions hospitalières, 2012, 200 p.

COUTY.E (dir.), KOUCHNER.C, LAUDE.A, TABUTEAU.D, *La loi HPST regards sur la réforme du système de santé*, Presses de l'EHESP, 2009, 395 p.

- DOUILLET.A.C, LEFEBVRE.R, *Sociologie politique du pouvoir local*, Armand Colin, 2017, 271 p.
- EPSTEIN.R, *La rénovation urbaine : démolition-reconstruction de l'Etat*, Paris, presses de Sciences Po, coll. « Sciences Po Gouvernances », 2013, 377 p.
- FAURE.A, NEGRIER.E, *Les politiques publiques à l'épreuve de l'action locale. Critiques de la territorialisation*, L'Harmattan, 2018, 304 p.
- FAVRE.P, SCHEMEIL.Y, *Etre gouverné. Etudes en l'honneur de Jean LECA*, Presses de Sciences Po, coll. Académique, 2003, 368 p.
- FRINAULT.T, *La dépendance, un nouveau défi pour l'action publique*, PUR, 2009, 240 p.
- GUSFIELD.J.R., *La culture des problèmes publics. L'alcool au volant : la production d'un ordre symbolique.*, *Economica*, 2009, 354p. Chapitre 1 "La culture des problèmes publics" pp.1-25
- HASSENTEUFEL.P, *Sociologie Politique : l'action publique*, Armand Colin, 2011, 320 p.
- KAUFMAN.J.C, *L'enquête et ses méthodes : l'entretien compréhensif*, Armand Colin, 3e ed., 2011, 128 p.
- LASCOUMES.P, LE GALES.P, *Gouverner par les instruments*, Presses de Sciences Po, 2005, 370 p.
- LASCOUMES.P, LE GALES.P in BOUSSAGUET.L (dir.), *Dictionnaire des politiques publiques*, Presses de Sciences Po, 2^e ed., 520 p.
- LE PORS.A, *La citoyenneté. Valeur dépassée ?*, PUF, Que sais-je ?, 2011, 128 p.
- MORELLE.A, TABUTEAU.D, *La santé publique*, PUF, Que sais-je ?, 127 p.
- MULLER.P, *Les politiques publiques*, Que sais-je ?, PUF, 2013, 128 p.

NIEWIADOMSKI.C (dir.), *Lutter contre les inégalités sociales de santé. Politiques publiques et pratiques professionnelles*, presses de l'EHESP, 2008, 285 p.

PASQUIER.P, *Le pouvoir régional. Mobilisations, décentralisation et gouvernance en France*, Presses de Sciences Po, 2012, 386 p.

PASQUIER.R, GUIGNER.S, COLE.A, *Dictionnaire des politiques territoriales*, Presses de Sciences Po, 2011, 584 p.

SCHNAPPER.D, BACHELIER.Ch, *Qu'est-ce que la citoyenneté ?*, Gallimard, 2000, 320 p.

VEZINAT.N, *Vers une médecine collaborative. Politique des maisons de santé pluri-professionnelles en France*, PUF, 2019, 240 p.

VIGNERON.E, *Les centres de santé une géographie rétrospective*, FEHAP, 2015, 249 p.

Articles :

ALLIES.P, "Les spécificités de l'organisation territoriale française", *Pour*, 2011/2, pp.129-133

AMAT-ROZE.J.M, "La territorialisation de la santé : quand le territoire fait débat.", *Hérodote*, 2011/4, n°143, pp.13-32

AYATS.J.F, BONTRON.J.C, FERNIER.G, GAUTER.J, GUIOMAR.X, « Organisation territoriale et démocratie locale », *Pour*, 2011/2, n°209-210, pp.25-28

BALME.R, BROUARD.S, « Les conséquences des choix politiques : choix rationnel et action publique », *Presses de Sciences Po, Revue française de science politique*, 2005/1 Vol. 55, pp. 33-50

- BAUDIER.F, CAREL.D, LAPLANTE.J.J, PIARROUX.R, « Territoire et santé : du diagnostic à la pratique, 10 recommandations pour agir », *Adsp*, n°43, juin 2003, pp.67-71
- BAUDOT.P.Y, « L'incertitude des instruments. L'informatique administrative et le changement dans l'action publique (1966-1975) », *Presses de Sciences Po, Revue française de science politique*, 2011/1 Vol. 61, pp. 79-103
- BEAUCOURT.C, ROUX.L, “Les formes d’agir dans la gouvernance des maisons de santé”, *Journal de gestion et d’économie médicale*, 2015/6, vol.33, pp.347-358
- BENAMOUIZIG.D, BESANCON.J « Administrer un monde incertain : les nouvelles bureaucraties techniques. Le cas des agences sanitaires en France », *Sociologie du travail*, 2005, n°47, pp.301-322
- BENAMOUIZIG.D, BESANCON.J, « Les agences, alternatives administratives ou nouvelles bureaucraties techniques ? Le cas des agences sanitaires ». *Horizons Stratégiques*, 2007/1, n°3, pp.10-24
- BENAMOUIZIG.D, “L’évaluation des aspects sociaux en santé. La formation d’une expertise sociologique à la Haute Autorité de Santé”, *Revue française des affaires sociales*, 1-2, 2010, pp.187-211
- BERGERON.H, CASTEL.P, “Captation, appariement, réseau : une logique professionnelle d’organisation des soins”, *Sociologie du travail*, n°52, pp.441-460
- BERRIET-SOLLIEC.M, LEPICIER.D, VOLLET.D, “Innover en territorialisant : quel est le prix à payer, Analyse des coûts de transaction du programme LEADER 2007-2013 en Auvergne et Bourgogne”, *Norois*, 2016/4, n°241, pp.15-32
- BERTHET.T, “Les enjeux de l’évaluation territoriale des politiques publiques”, *Informations sociales*, 2008/6, n°150, pp.130-139

- BEZES.Ph, « Morphologie de la RGPP, une mise en perspective historique et comparative », ENA, Revue Française d'Administration Publique, 2010/4, n°136, pp.775-802
- BEZES.Ph, « Le renouveau du contrôle des bureaucraties », Informations sociales, n°126, 2005, pp.26-37
- BEZES.Ph, LE LIDEC.P, « Politiques de l'organisation. Les nouvelles divisions du travail étatique », RFSP, 2016/3, vol.66, pp.407-433
- BIHR.A, PFEFFERKORN.R, « Inégalités sociales de santé », Interrogations, n°6, La santé au prisme des sciences sociales, Juin 2008, pp.60-77
- BONGRAND.Ph, LABORIER.P, "L'entretien dans l'analyse des politiques publiques : un impensé méthodologique ?", RFSP, vol.55, n°1, février 2005, pp.73-111
- BOSSY.T, BRIATTE.F, "Les formes contemporaines de la biopolitique : une approche comparative des politiques de santé publique", Revue Internationale de Politique Comparée, 2011/4, vol.18, pp.7-12
- BOURDILLON.F, « Les territoires de la santé, maillon clé de l'organisation sanitaire », Revue Française d'Administration Publique, 2005/1, n°113, pp.139-145
- BOURDILLON.F, LOMBRAIL.P, « Quelle future loi de santé publique ? », Santé Publique, 2010/2 - Vol. 22, pages 161 à 164
- BOURDILLON.F et *al.*, « Construire les Agences Régionales, une chance à saisir pour notre système de santé », Santé Publique, 2007/6, vol.19, pp.457-458
- BRAS.P.L, TABUTEAU.D, « "SANTÉ 2010", un rapport de référence pour les politiques de santé », Presses de Sciences Po, Les Tribunes de la santé, 2009/4 - n° 25, pp.79-93

- BRAS.P.L, « Organisation des soins et régulation des dépenses ambulatoires : le rôle des syndicats médicaux », Presses de Sciences Po, Les Tribunes de la santé, 2008/1 - n° 18, pp. 47-56
- BRAS.P.L, « Peut-on réformer l'organisation des soins de 1^e recours ? », Presses de Sciences Po, Les tribunes de la santé, 2011/1, n°30, pp.113-126
- BRECHAT.P.H, BERARD.A, MAGNIN-FEYSOT.C, SEGOUIN.C et BERTRAND.D, « Usagers et politiques de santé : bilans et perspectives », Santé Publique, 2006/2, n°118, pp.245-262
- BRECHAT.P.H *et al.*, «Priorités de santé, région, territoires de santé et citoyens : l'exemple franc-comtois», Santé Publique, 2011/3, vol.23, pp.169-182
- BRECHAT.P.H *et al.*, «Représentants d'associations d'usagers et loi "Hôpital, Patients, Santé et Territoires" : enjeux et douze propositions», Santé Publique, 2010/1, vol.22, pp.131-146
- BRIATTE.F, « L'histoire politique des inégalités de santé en France et en Angleterre », Chantiers Politiques, n°7, 2009, pp.50-55
- BRÜCKER.G, « Les nouveaux horizons de la politique de santé », Ecole Nationale d'Administration, Revue Française d'Administration Publique, 2005/1, n°113, pp.127-138
- BUFFET.S, VUATTOUX.P, BAUDIER.F, *et al.* « Mise en place d'un comité de représentants des usagers dans une maison de santé pluridisciplinaire, Constats, limites et perspectives », S.F. Santé Publique, 2014/4 Vol. 26, pp. 433-441
- BUTON.F, PIERRU.F, « Les dépolitisations de la santé », Presses de Sciences Po, Les Tribunes de la santé, 2012/1 - n° 34, pp. 51-70

- CACHARD.J, « Développer des démarches participatives dans les maisons de santé pluriprofessionnelles : quels enseignements tirer des expériences menées en quartier populaire ? », RFAS, 2020/1, pp.143-165
- CAILLOL.M et *al.*, Réformes du système de santé, contraintes économiques et valeurs éthiques, déontologiques et juridiques », Santé Publique, 2010/6 - Vol. 22, pp 625-636
- CALMETTE.J.F, « La LOLF comme nouvelle approche des politiques publiques », informations sociales, n°150, pp.22-31
- CANIARD.E, « Les “autres” métiers de la santé. La Haute Autorité de Santé, une nouvelle venue dans le monde des autorités administratives indépendantes. », Sève, n°10, pp.23-31
- CANNASSE.S, « Démocratie sanitaire : pour une démocratie participative », novembre 2008, pp.1-5
- CATRICE-LOREY.A, STEFFEN.M, « La mise en œuvre des systèmes de santé bismarckiens : des capacités inégales », pp.171-189
- CASTEL.P, « Le médecin, son patient et ses pairs. Une nouvelle approche de la relation thérapeutique », Revue Française de Sociologie, 2005/3, vol.46, pp.443-467
- CASTEL.P, DALGALARRONDO.S, « Les dimensions politiques de la rationalisation des pratiques médicales », Sciences Sociales et Santé, vol.23, n°4, déc. 2005, pp.5-40
- CHAMBAZ.F et *al.*, « Pour des agences régionales ayant la possibilité de pérenniser les offres de santé », Santé Publique, 2008/3 - Vol. 20, pp 269-274
- CHEVALLIER.J, « La gouvernance, un nouveau paradigme étatique ? », Revue française d'administration, 2003/1, n°105-106, pp.203-217

- CLAVIER.C, « La santé publique, un enjeu politique local ? La politisation des politiques publiques en France et au Danemark », De Boeck Supérieur, Revue internationale de politique comparée, 2011/4 - Vol. 18, pp. 13-27
- CLAVIER.C, « LE POLITIQUE ET LA SANTÉ PUBLIQUE. Une comparaison transnationale de la territorialisation des politiques de santé publique en France et au Danemark », L'Harmattan, Politique européenne, 2005/1 - n° 15, pp. 199-204
- CLAVIER.C, « Les élus locaux et la santé : des enjeux politiques territoriaux », Sciences sociales et santé, 2009/2, vol.27, pp.47-74
- CONTANDRIOPOULOS.A.P, “La gouvernance dans le domaine de la santé : une régulation orientée par la performance”, Santé publique, 2008/2, vol.20, pp.191-199
- CORCUFF.Ph, SANIER.M, « Politique publique et action stratégique en contexte de décentralisation. Aperçus d'un processus décisionnel « après la bataille ». », Annales. Histoire, Sciences Sociales. 55^e année, N. 4, 2000. pp. 845-869
- DAUPHIN.S. LASCOUMES.P et LE GALES.P, « Sociologie de l'action publique. », Recherches et Prévisions, n°93, 2008. pp. 125-127
- DAIGNE.M, BONNIN.M, FARSI.F, GREMY.F, « Le développement des réseaux de soins et de santé : contexte éthique et politique », Santé Publique, 2004, vol.15, n°1, pp.133-146
- DEBEAUPUIS.J, « Le financement des hôpitaux : une maîtrise générale renouvelée mais des enjeux de formation et de recherche non résolus », Sève, 2004, pp.47-55
- DECOSTER.E, MATTEACCIOLI.A, TABARIES.M, « Les étapes d'une dynamique de territorialisation : le pôle optique en Île-de-France », Géographie, Economie et Société, 2004/6, pp.383-413
- DE MARIA.F, GREMY.I, « Apports des collectivités territoriales franciliennes à la politique régionale de santé publique », Santé Publique, 2009/5, vol.21, pp.513-522

- DEVICTOR.B, « Les Conférences Régionales de Santé et de l'Autonomie (CRSA) : Qu'en sera-t-il de la démocratie sanitaire en région ? », Santé Publique, 2010/1, vol.22, pp.121-129
- DOUILLET.A.C, « Les élus ruraux face à la territorialisation de l'action publique », Presses de Sciences Po, Revue française de science politique, 2003/4 Vol. 53, pp. 583-606
- DU MESNIL DU BUISSON.M.A, JEANDET-MENGUAL.E, « L'organisation des services territoriaux de l'Etat dans le domaine sanitaire et social : une évolution nécessaire. », Point de vue, Revue française des affaires sociales, 2004/4 - n° 4, pp.61-83
- DURAN.P, LE BOULER.S, « Évaluer les politiques publiques ? Indispensables et prioritaire », Entretien avec SEGUIN.Ph, Premier Président de la Cour des Comptes, RFAS, 1-2, 2010, pp.339-343.
- FACCHINI.F, « L'entrepreneur politique et son territoire », *Revue d'Économie Régionale & Urbaine*, 2006/2 (juillet), pp. 263-280
- FLEURET.S, « Recomposition du paysage sanitaire : quand les exigences territoriales rejoignent les enjeux de santé », Santé et Territoires, vol.78/3, 2003, pp.239-245
- FLEURET.S, « Les contrats locaux de santé : un (timide) pas de plus vers une construction locale de la santé ? », Sciences Sociales et Santé, vol.34, n°2, juin 2016, pp.107-115
- GAUDIN.J.P, « Politiques urbaines et négociations territoriales. Quelle légitimité pour les réseaux de politiques publiques ? », Revue française de science politique, 45^e année, n°1, 1995, pp.31-56
- GENIEYS.W, SMITH.A, BARAIZE.F, FAURE.A, NEGRIER.E, « Le pouvoir local en débats. Pour une sociologie du rapport entre leadership et territoire. », Pôle Sud, novembre 2000, pp.103-119
- GERVAIS.J.B., QUARANTE.O, « Les ARS inquiètent les régions », dossier, mars 2010, n°263, Décision santé, pp.8-13

- GIBLIN.B, « Santé publique et territoires », Hérodote, 2011/4, n°143, pp.3-12
- GONTCHAROFF.G et *al.*, « Réforme des collectivités territoriales le retour du jacobinisme ? », Pour, 2011/2, n°209-210, pp.65-72
- GUIGNER.S, « L'odyssée de l'administration européenne de la santé : la quête d'un leadership », L'Harmattan, Politique européenne, 2003/3, n°11, pp.31-56
- GRENIER.C, IBRAHIM.R, « La gouvernance auscultée : entre une gouvernance technique qui prescrit et une gouvernance comme espace de renouvellement des relations et des habiletés à innover », Journal de gestion et d'économie médicales, 2015/6, vol.33, pp.327-334
- GRENIER.C, « Construire la diversité des acteurs pour innover. Le cas d'un réseau de santé. », RIMHE, 2015/1, n°15, pp.66-84
- GROSSMAN.E, SAURUGGER.S, « Les groupes d'intérêt français : entre exception française, l'Europe et le Monde », Revue Internationale de Politique Comparée, vol.11, n°4, 2004, pp.507-529
- GRUJARD.E, « La gestion de l'eau à l'épreuve des territoires », La découverte, 2003/3, n°110, pp.47-69
- HALPERN.C, LE GALES.P, « Pas d'action publique autonome sans instruments propres. Analyse comparée et longitudinale des politiques environnementales et urbaines de l'Union européenne », *Revue française de science politique* 2011/1 (Vol. 61), pp. 51-78.
- HASCHAR-NOE.N, SALAMERO.E, « La fabrication d'un contrat local de santé "expérimental". Négociations et compromis sous tensions », Sciences sociales et santé, 2016/2, vol.34, pp.81-105
- HASSENTEUFEL.P, « Le processus de mise sur agenda : sélection et construction des problèmes publics », Informations Sociales, n°157, pp.50-58

- HASSENTEUFEL.P, « DE LA COMPARAISON INTERNATIONALE À LA COMPARAISON TRANSNATIONALE, Les déplacements de la construction d'objets comparatifs en matière de politiques publiques », Presses de Sciences Po, Revue française de science politique, 2005/1 - Vol. 55, pp. 113-132
- HASSENTEUFEL.P, SMITH.A, « Essoufflement ou second souffle ? L'analyse des politiques publiques « à la française ». », Presses de Sciences Po, Revue française de science politique, 2002/1 - Vol. 52, pp. 53-73
- HASSENTEUFEL.P, « Les processus de mise sur agenda : sélection et construction des problèmes publics », Informations sociales, 2010/1 - n° 157, pp. 50-58
- HASSENTEUFEL.P et *al.*, LA LIBÉRALISATION DES SYSTÈMES DE PROTECTION MALADIE EUROPÉENS Convergence, européanisation et adaptations nationales, L'Harmattan, Politique européenne, 2001/1 - n° 2, pp. 29-48
- HASSENTEUFEL.P et *al.*, « Reforming european health care states : programmatic actors and policy change. », ARPoS, Pôle Sud, 2008/1 - n° 28, pp. 87-107
- HASSENTEUFEL.P, « Introduction au numéro spécial : Think social, Act local. La territorialisation comme réponse à la « crise de l'Etat-Providence ». », Politique et Management Public, vol.16, n°3, 1998, pp.1-11
- HASSENTEUFEL.P, SCHWEYER.F.X, GERLINGER.T, REITER.R, « Les « déserts médicaux » comme leviers de la réorganisation des soins primaires, une comparaison entre la France et l'Allemagne », RFAS, 2020/1, pp.33-56
- HENRY.C, « Les actions programmées au niveau national (plans stratégiques, plans et programmes) : principes et présentation générale », Société Française de Santé Publique, 2004/4, n°44, pp.661-672
- HENRY.E, « Quand l'action publique devient nécessaire : qu'a signifié "résoudre" la crise de l'amiante ? », RFSP, vol.54, n°2, avril 2004, pp.289-314

- HONTA.M, « Etat, action publique et territoires, Quels enjeux pour la territorialisation de la politique du sport haut niveau », *Droit et société*, 2005/1, n°59, pp.165-183
- HONTA.M, HASCHAR-NOE.N, « Les politiques préventives de santé publique à l'épreuve de la territorialisation : l'introuvable gouvernance régionale du Programme national nutrition santé en Aquitaine », *Sciences sociales et santé*, 2011/4, vol.29, pp.33-62
- HONTA.M, BASSON.J.Ch, « La fabrique du gouvernement métropolitain de la santé. L'épreuve de la légitimation politique. », *Gouvernement et action publique*, 2017/2, vol.6, pp.63-82
- JABOT.F, DEMEULEMEESTER.R, « Les interactions entre le niveau national, régional et infrarégional dans les programmes de santé publique », *Société Française de Santé Publique*, 2005/4, n°17, pp.597-606
- JABOT.F, LONCLE.P, « Dimensions territoriales des politiques de santé publique et influences sur les métiers », *Santé Publique*, 2007/HS, vol.19, pp.21-35
- JEBELLI.C, « La réforme de l'intercommunalité », *Pour*, 2011/2, n°209-210, pp.49-63
- JOBERT.B, « L'Etat en action. L'apport des politiques publiques », *Revue française de science politique*, 35^e année, 04, 1985, pp.654-682
- JOBERT.B, « Une approche dialectique des politiques publiques : l'héritage de l'Etat en action », *Pôle Sud*, n°21, novembre 2004, pp.43-54
- KAMEL.W, « Le futur visage de l'Etat dans le département : une organisation resserrée et modulaire des services déconcentrés », *Revue Française d'Administration Publique*, 2009/3, n°131, pp.595-600
- KIVITS.J, « Accompagnement social et intervention en santé publique : la place du malade et de l'entourage dans les plans de santé publique », *Revue Française de Santé Publique*, 2009/1, vol.21, pp.3-5

- LASCOUMES.P, SIMARD.L, « L'action publique au prisme de ses instruments. », Presses de Sciences Po, Revue française de science politique, 2011/1 Vol. 61, pp. 5-22
- LE BOULER.S, « Régions et santé. Un contenu diversifié pour les agences régionales de santé », 2006/3, n°12, pp.37-43
- LEFEBVRE.R, « L'action publique de proximité relève-t-elle du client-centrisme ? », *in* : Politiques et management public, vol. 24, n° 4, 2006. L'action publique au risque du client ? Client-centrisme et citoyenneté. Actes du quinzième Colloque international - Lille, jeudi 16 mars et vendredi 17 mars 2006 organisé en collaboration avec Sciences-Po Lille - Tome 2., pp. 1-15.
- LEFEBVRE.E, « Les « autres » métiers de la santé. Les énarques », (dossier), Sève, n°10, printemps 2006, pp.87-95
- LE GOFF.E, « Innovations politiques locales, régulation de l'Etat et disparités territoriales. Un regard historique sur les politiques locales de santé dans les villes françaises (1879-2010) », RFAS, 2011/4, n°4, pp.158-177
- LE ROUX.I, « Gouvernance territoriale et jeux de négociation. Pour une grille d'analyse fondée sur le paradigme stratégique », Négociations, 2006/2, n°6, pp.83-98
- LE ROY.M, « La négociation de l'action publique conventionnelle dans le contrat de plan Etat-Région », Revue française de science politique, 49^e année, n°4-5, 1999, pp.573-600
- LOMBRAIL.P, PASCAL.J, « Argent et Santé. Inégalités sociales de santé et accès aux soins », Sève, automne 2005, pp.31-39
- LORRAIN.D, « LA DÉRIVE DES INSTRUMENTS. Les indicateurs de la politique de la ville et l'action publique, Presses de Sciences Po, Revue française de science politique, 2006/3 Vol. 56, pp. 429-455

- MARCHAND.O, et *al.*, « Développement et fonctionnement des maisons de santé pluri-professionnelles dans la région Rhône Alpes », SFSP, Santé Publique, 2015, vol.27, pp.539-546
- MATHIEU-FRITZ.A, GAGLIO.G, « Les pratiques médicales et soignants à distance. La télémédecine en actes. », La Découverte, Réseaux, 2018/1, n°207, pp.9-24
- MATHIEU-FRITZ.A, GAGLIO.G, « A la recherche des configurations sociotechniques de la télémédecine. Revue de la littérature des travaux de sciences sociales », La Découverte, Réseaux, 2018/1, n°207, pp.27-63
- MENU.S, « La ressource identitaire des partenariats publics-privés et des clusters : usages et rôles en Bavière, en Bretagne et dans le Nord-Est de l'Angleterre depuis 1980 », Revue Internationale de Politique Comparée, 2010, vol.17, n°3, pp.157-174
- MULLER.P, « Esquisse d'une théorie du changement dans l'action publique. Structures, acteurs et cadres cognitifs », RFSP, vol.55, n°1, février 2005, pp.155-187
- MULLER.P, « L'Etat en action revisité », Pôle Sud, 2004, n°21, pp.31-42
- MULLER.P, « Les politiques publiques entre secteurs et territoires », Politique et Management Public, vol.8, n°3, sept. 1990, pp. 19-33
- MULLER.P, « L'analyse cognitive des politiques publiques : vers une sociologie politique de l'action publique », Revue française de science politique, 50^e année, n°2, 2010, pp.189-208.
- MULLER.P, LECA.J, MAJONE.G, THOENIG.J-C., DURAN.P, « Enjeux, controverses et tendances de l'analyse des politiques publiques. », Revue française de science politique, 46^e année, n°1, 1996. pp. 96-133.
- OFFNER.J.M, « LES TERRITOIRES DE L'ACTION PUBLIQUE LOCALE. Fausses pertinences et jeux d'écart », Presses de Sciences Po, Revue française de science politique, 2006/1 Vol. 56, pp. 27-47

- PALIER.B, SUREL.Y, « Les « 3I » et l'analyse de l'Etat en action », RFSP, vol.55, n°1, février 2005, pp.7-32
- PALIER.B, SUREL.Y, « Le politique dans les politiques », Espaces Temps, Repérages du politique, regards disciplinaires et approches de terrain, n°76-77, 2001, pp.52-67
- PALIER.B, « La référence au territoire dans les nouvelles politiques sociales. », Politique et Management Public, vol.16, n°3, 1998, pp.13-41
- PAILLETTE.C, « De l'organisation d'hygiène de la SDN à l'OMS. Mondialisation et régionalisme européen dans le domaine de la santé, 1919-1954. », IRICE, Bulletin de l'Institut Pierre Renouvin, 2010/2, n°32, pp.193-198
- PAPADOPOULOS.Y, « Transformations du style de l'action publique et responsabilité politique. », Politiques et management public, vol. 19, n° 1, 2001. Les nouvelles exigences de la responsabilité publique. Actes du dixième colloque international - Paris, jeudi 9 et vendredi 10 mars 2000 - Tome 1. pp. 165-183
- PARIZEL.E, MARREL.Ph, WALLSTEIN.R, « La télémédecine en question. », S.E.R., Études, 2013/11, Tome 419, pp. 461-472
- PHARO.P, « Les conditions de légitimité des actions publiques. », Revue française de sociologie, 1990, 31-3. pp. 389-420
- PIERRU.F, « LE MANDARIN, LE GESTIONNAIRE ET LE CONSULTANT. Le tournant néolibéral de la politique hospitalière », Le Seuil, Actes de la recherche en sciences sociales, 2012/4 - n° 194, pp. 32-51
- PIERRU.F, « HOSPITAL INC. Les professionnels de santé à l'épreuve de la gouvernance d'entreprise », ERES, Enfances & Psy, 2009/2 - n° 43, pp. 99-105
- PIERRU.F, « LES RECOMPOSITIONS PARADOXALES DE L'ÉTAT SANITAIRE FRANÇAIS. Transnationalisation, étatisation et individualisation des politiques de santé », De Boeck Supérieur, Education et sociétés, 2012/2 - n° 30, pp. 107-129

- PIERRU.F, « Un mythe bien fondé : le lobby des professions de santé à l'assemblée nationale. », Presses de Sciences Po, Les Tribunes de la santé, 2007/1, n° 14, pp. 73-83
- PIERRU.F, « Les conséquences électorales des conflits de la santé : mythe ou réalité ? », Les tribunes de la santé, 2015/1, n°46, pp.65-76
- PIERRU.F, « Napoléon au pays du New Public Management. L'exemple de la « déconcentration » de la politique de santé », Savoir/Agir, 2010, n°11, pp.29-37
- PIERSON.P, « Path Dependence, Increasing Returns, and the study of politics », Program for the study of Germany and Europe Working paper, 1997, 41p
- PINELL.P, « Champ médical et processus de spécialisation », Actes de la recherche en sciences sociales, 2005, n°1-2, pp.3-36
- PINSON.G, « Politiques de déplacements urbains : mobilisations territoriales et recherche de cohérence dans l'action publique urbaine », Politiques et management public, vol.16, n°4, 1998, pp.119-150
- PINSON.G, SALA PALA.V, « Peut-on vraiment se passer de l'entretien en sociologie de l'action publique ? », Presses de Sciences Po, Revue française de science politique, 2007/5 Vol. 57, pp. 555-597
- PIVETEAU.V, « L'ingénierie territoriale, défi pour la gouvernance », Pour, 2011/2, n°209-210, pp.159-164
- PIVETEAU.V, « Observatoire des territoires et gouvernance locale : un lien structurel à réinterroger », Pour, 2011/2, n°209-210, pp.165-168
- RICARD.E, OBERLE.D, « Faire prendre en compte la promotion de la santé par les agences régionales de santé. », S.F.S.P., Santé Publique, 2009/2 - Vol. 21, pp. 127-128

- ROLLAND.Ch, PIERRU.F, « Les Agences Régionales de Santé deux ans après : une autonomie de façade », Santé Publique, 2013/4, vol.25, pp.411-419
- ROLLAND.Ch, PIERRU.F, « Bringing the health care state back in. Les embarras politiques d'une intégration par fusion : le cas des Agences Régionales de Santé », RFSP, 2016/3/ vol.66, pp.483-506
- SAINT LARY.O et *al*, « Modes de rémunération des médecins généralistes : quelles conséquences ? », 2015, vol.26, n°119, pp.52-61
- SAINT LARY.O et *al*., « Development of primary care research in North America, Europe and Australia from 1974 to 2017 », The Annals of family Medicine, janvier 2019, pp. 49-51
- SAINT LARY.O, PLU.I, NAIDITCH.M, « Adhérer ou pas au CAPI : de quel clivage des généralistes le paiement à la performance est-il révélateur ? », La documentation française, RFAS, 2011/2, pp.180-209
- SAISON-DESMARS.J, « La nouvelle répartition des pouvoirs au sein de la réforme de l'administration territoriale de l'Etat », Revue Lamy des collectivités territoriales, n°58, 2010, p.45 et suivantes
- SCHWEYER.F.X, « Les médecins avec l'Etat pour former la coordination des maisons de santé pluriprofessionnelles : entre instrumentation et professionnalisation », Journal de Gestion et d'Economie de la Santé, 2019/1, n°1, pp.33-53
- SCHWEYER.F.X, VEZINAT.N, « Ecologie des maisons de santé pluri-professionnelles : une gouvernance multi-niveaux », Journal de Gestion et d'Economie de la santé, 2019/1, n°1, pp.3-10
- SERRE.M, « De l'économie médicale à l'économie de la santé. Genèse d'une discipline scientifique et transformation de l'action publique », Actes de la Recherche en Sciences Sociales, 2002/3, n°143, pp.68-79

- SLIMAN.G, « Une décennie de santé (2000-2010). Les français et la santé, évolution des perceptions de l'opinion », les tribunes de la santé, n°25, 2009, pp.69-78
- SMYRL.M et *al.*, « Vers un retour du politique dans le néo-institutionnalisme », Pôle Sud, 2005/2, n°23, pp.115-130
- SMYRL.M, « Politics and policy dans les approches américaines des politiques publiques : effets institutionnels et dynamique du changement », RFSP, vol.52, février 2002, pp.37-52
- TABUTEAU.D, « Loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires » (HPST) : des interrogations pour demain ! », Santé Publique, 2010/1 - Vol. 22, pp. 78-90
- TABUTEAU.D, « Les pouvoirs de la santé : la complexité d'un système en quête de régulation. », Presses de Sciences Po, Les Tribunes de la santé, 2013/4 n° 41, pp. 37-55
- THELEN.K, « Comment les institutions évoluent : perspectives comparatives historiques », l'Année de la régulation, Economie, Institutions, Pouvoirs, n°7, 2003-2004, pp.13-44
- TRUCHET.D, « Régions et santé. Aspects historiques et institutionnels », Sève, n°12, automne 2006, pp.23-27
- VERAN.O, « Des bacs à sable aux déserts médicaux : construction sociale d'un problème public », Presses de Sciences Po, Les Tribunes de la santé, 2013/2, n°39, pp.77-85
- VEZINAT.N, « L'horizon d'un travail collégial dans les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles », in. DUBET.F, *Les mutations du travail*, La Découverte, « Recherches », 2019, pp.117-134
- VIGNERON.E, « Inégalités de santé, inégalités de soins dans les territoires français », Presses de Sciences Po, Les Tribunes de la santé, 2013/1 n° 38, pp. 41-53

VINCENT.G, « Pourquoi réformer l'hôpital public ? », Presses de Sciences Po, Les tribunes de la santé, 2011/1, n°30, pp.127-148

WARIN.Ph, « Les « ressortissants » dans les analyses des politiques publiques. », Revue française de science politique, 49^e année, n°1, 1999. pp. 103-121

WINCKLER.M, « La crise de la médecine générale. », Presses de Sciences Po, Les Tribunes de la santé, 2009/1 n° 22, pp. 67-74

WOESSNER.R, « L'éternel retour du Corridor Rhin-Rhône », Annales de Géographie, 2006, n°647, pp.2-25

Autres :

BENAMOUGIZ.D, “ Réinventons notre système de santé. Projet 2012”

CARRE.D, “Démocratie sanitaire”, blogs.mediapart.fr, 22 avril 2014, article consulté le 5 mai 2014

CLAVIER.C, Le politique et la santé publique, une comparaison transnationale de la territorialisation des politiques de santé publique (France, Danemark), thèse de doctorat, soutenue le 6 juillet 2007, 553p

COURTOIS.C, “De plus en plus de déserts médicaux au fil des années”, Le Progrès, mercredi 3 août 2016, p.9

Emission *Enquête de santé*, “La fin du médecin de famille ?”, France 5, diffusée le 28 avril 2014

FOURNIER.C, “Les maisons de santé pluriprofessionnelles, une opportunité pour transformer les pratiques préventives et éducatives dans des organisations innovantes”, thèse de doctorat de santé publique et sociologie, soutenue le 4 mars 2015 et publiée en mai 2015

FOURNIER.C, « Quel avenir pour l’organisation des soins primaires en France ? », Synthèse du séminaire pluridisciplinaire coordonné par la chaire santé de Sciences Po, H.BERGERON (*dir.*) et A.MOYAL

« L’organisation du système de santé en région PACA. « La démocratie sanitaire et le droit des usagers dans l’organisation de la santé ». », communiqué de presse pour la journée d’information du 15 novembre 2012, www.unaf.fr, consulté le 5 mai 2014

PIERRU.F, « La santé en fusions. L’accouchement des Agences Régionales de Santé au forceps institutionnel », communication au XIe Congrès de l’AFSP, Strasbourg, 1^e septembre 2011

TRANTHIMY.L, « La Fédération des maisons de santé mise sur l’exercice pluripro en équipes... et change de nom », www.lequotidiendumedecin.fr, article consulté le 5/05/2020

Enquêtes/Rapports :

AFRITE.A, MOUSQUES,J (IRDES), « 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, n°201, septembre 2014

COMPAGNON.C, GHADI.V, “Pour l’an II de la démocratie sanitaire”, rapport à la Ministre des affaires sociales et de la santé, 14 février 2014, 258 p.

COM-RUELLE.L, LUCAS-GABRIELLI.V, PIERRE.A (IRDES), COLDEFY.M (IRDES),
« Recours aux soins ambulatoires et distances parcourues par les patients : des
différences importantes selon l'accessibilité territoriale aux soins », Questions
d'économie de la santé, n°219, juin 2016, pp.1-8

Dr. RAULT.J.F, président de la section Santé Publique et démographie médicale (*dir.*),
Gwénaëlle LE BRETON-LEROUVILLOIS, géographe de la santé, “La
démographie médicale en région Rhône Alpes, situation en 2015

JUILHARD.J.M, « Offre de soins : comment réduire la fracture territoriale ? », rapport
d'information n°14 (2007-2008), Commission des affaires sociales, 4 octobre 2007,
86p.

Rapport BENSADON, DGS

ROHRBACH.Ch, directeur médical FEMAGISB, consultant médical projet eTICSS,
Diaporama de présentations des incitations à l'installation en zone sous-dotées.

Annexes

Annexe 1 : liste des entretiens réalisés

Région/ Département	Institution
BFC 21	Direction de la CPAM de la Côte-d'Or
BFC 21	ARS BFC
BFC 71	Médecin en MSP, facilitateur MSP 71
BFC 71	Médecin en création d'une MSP, syndicat CSMF
BFC 71	SIM 71 « Soutien aux Installations Médicales en Saône-et-Loire », Conseil départemental de Saône-et-Loire
BFC 71	DD ARS Saône-et-Loire
BFC 71	Conseil Départemental de Saône-et-Loire
BFC 71	URPS BFC
AURA 01	UDAF 01/ CTS 01
AURA 01	Service offre de soins de premier recours DD ARS de l'Ain
AURA 01	Médecin fondateur d'une MSP, facilitateur MSP 01, FFMPs
AURA 01	Médecin salariant une infirmière, MG 01
AURA 01	Médecin en MSP, Fédération des Soins Primaires, MG France
AURA 01	Médecin fondateur d'une MSP, facilitateur MSP 01, FFMPs
AURA 01	Communauté de Communes du Pays de Gex
AURA 01	Direction solidarités, Conseil départemental de l'Ain
AURA 07	Département santé, CPAM Ardèche
AURA 26	Département régulation, CPAM de la Drôme
AURA 42	Pôle gestion du risque, CPAM de la Loire
AURA 69	Direction pilotage opérationnel et premier recours / service premier recours ARS AURA
AURA 69	DD ARS Rhône et Métropole de Lyon
AURA 69	Médecin MG France, élu URPS collègue des généralistes
AURA 69	Elu URPS, membre de la commission « Régulation de l'offre de soins »
AURA 69	Conseil départemental de l'Ordre des médecins 69
AURA 69	Direction accès aux droits et aux soins CPAM du Rhône
AURA 73	Direction CPAM de la Savoie

Annexe 2 : axes pour le guide d'entretien

1. Evolution de la démographie médicale
2. Régulation régionale/infra régionale par l'ARS
3. Régulation législative (au niveau national)
4. Actions / rôles des acteurs locaux (syndicats, élus locaux, associations d'usagers / CISS)

Guide d'entretien

Syndicat Départemental des médecins de Saône et Loire (CSMF - collège régional de Bourgogne)

1. Evolution de la démographie médicale

- Au niveau de la médecine générale, on observe une baisse importante du nombre de médecins avec une variation en Saône et Loire, entre 2007 et 2016, supérieure à la région Bourgogne (-17.9% contre -17.6%). Avec certains territoires infra-départementaux dans lesquels cette variation est encore plus inquiétante (Chauffailles -54.5%). Comment expliquez-vous cela ?
- Pour le cas de la Saône et Loire (et plus largement pour la région Bourgogne), comment expliquer le phénomène de désertification médicale ? *(Peut-on imputer le phénomène de désertification à la féminisation de la profession ?)*

2. Régulation régionale/infra régionale par l'ARS

- Selon vous, la création de MSP, centres de santé... est-elle pertinente pour attirer des professionnels de santé en Saône et Loire ? Quelle est la position du syndicat ?
- Quelles sont les stratégies à l'œuvre qui interviennent dans le choix de création de ces structures ?
- Quelles sont les stratégies mises en place par l'ARS afin de rendre le territoire plus attractif ?
- La politique mise en place par l'ARS afin de rendre le territoire plus attractif vous semble-t-elle assez offensive/ pertinente ? Cette politique est-elle intégrée dans une politique plus globale d'attractivité du territoire de Saône et Loire dans l'ensemble des secteurs (économiques et sociaux) ?

3. Régulation législative (au niveau national)

- Quelles seraient, selon vous, les mesures pertinentes ?

(à ne poser que s'il ne vient pas dessus de lui-même)

- *La remise en cause du principe de la liberté d'installation des médecins apporte-t-elle réellement une réponse à la problématique de la désertification médicale ?*

Guide d'entretien avec la Direction Départementale de Saône et Loire (ARS)

1. Évolution de la démographie médicale

- On observe une baisse importante tant au niveau de la médecine général que de la médecine spécialisée. La moyenne de Saône et Loire est d'ailleurs supérieure à celle de la région Bourgogne, avec notamment certains territoires dans lesquels elle est plus importante encore (comme par exemple Chauffailles avec -54.5% de baisse sur la médecine générale entre 2007 et 2016). Comment expliquez-vous cela ?
- Pour le cas de la Saône et Loire - et de manière générale pour la région Bourgogne - comment expliquer le phénomène de désertification médicale ? (Selon vous, peut-on imputer le phénomène de désertification médicale à la féminisation de la profession ?)

2. Régulation régionale/infrarégionale par l'ARS

- Selon vous, la création de MSP, centres de santé... est-elle pertinente pour attirer des professionnels de santé en Saône et Loire ?
- Quelles sont les stratégies mises en place par l'ARS afin de rendre le territoire plus attractif ?
- La politique mise en place par l'ARS qui vise à rendre le territoire plus attractif est-elle efficace ? Cette politique est-elle intégrée dans une politique plus globale d'attractivité du territoire de Saône et Loire dans l'ensemble des secteurs (économiques et sociaux) ?
- Quelles sont les relations entretenues entre les antennes départementales de l'ARS et l'ARS Bourgogne Franche Comté ?
- Quelles sont les relations entretenues entre l'ARS et le niveau central (ministères...) ?
- Quelles sont les marges de manœuvre de l'ARS afin d'adapter la politique nationale aux réalités locales ?

3. Régulation législative (au niveau national)

- A partir de ce que vous observez au niveau local et régional, selon vous quelles seraient les mesures pertinentes à prendre au niveau national ?
- Selon vous, la remise en cause du principe de liberté d'installation des médecins apporte-t-elle réellement une réponse à la problématique de la désertification médicale ?
- Comment se passe la fusion entre les régions Bourgogne et Franche Comté au niveau de l'organisation de l'ARS ?
- Une augmentation du numerus clausus est-elle une solution pour redensifier les territoires sous-dotés ? En d'autres termes, l'augmentation du nombre de médecins permettra-t-il d'en attirer davantage en Saône et Loire ?

4. Actions/rôles des acteurs locaux (syndicats, élus locaux, association d'usagers/CISS)

- Quelles sont les actions locales mises en place par les syndicats de professionnels de santé, les élus et les usagers pour lutter contre la désertification médicale ?
- Le dialogue entre les diverses instances est-il aisé ou observe-t-on des tensions ?
- Comment s'opère le choix de financer des maisons de santé sur le territoire ? Les divers acteurs locaux exercent-ils des pressions sur l'ARS afin d'avoir une MSP sur leur territoire ou non ?

Titre : La production de l'action publique par les territoires : le cas de la régulation de l'offre de soins de premier recours dans les zones sous-denses. L'exemple des régions Auvergne Rhône-Alpes et Bourgogne Franche-Comté.

Mots clés : politiques de santé - territorialisation - soins de santé primaires - déserts médicaux - soins de premier recours - politiques Publiques

Résumé : La question de la régulation de l'offre de soins de premier recours fait l'objet de toutes les attentions tant elle impacte le quotidien de nombreux usagers. Face à cette problématique, les acteurs s'organisent localement. Cette thèse s'attache à questionner la capacité d'un territoire à produire et mettre en œuvre une politique de régulation de l'offre de soins dans les zones sous-denses. Ce travail montre comment un territoire local se sert de ses leviers et ressources pour produire de l'action publique, adaptée à ses spécificités.

A partir de l'étude de cas de territoires infra-régionaux des régions Auvergne Rhône-Alpes et Bourgogne Franche-Comté, ce travail met en lumière une action publique multi-acteurs et multi-niveaux. Cette thèse présente plusieurs expériences locales et vient confirmer qu'il n'existe pas un seul et unique niveau territorial d'action publique qui soit pertinent, mais que cela dépend des acteurs présents et de leur capacité à l'action.

Cette thèse s'attache à mettre en évidence le rôle des acteurs, qu'ils soient publics ou privés et la manière dont ils utilisent

les instruments - définis à l'échelle nationale - permettant de produire de l'action publique.

Ici les acteurs mobilisés divergent d'un territoire à l'autre et ce travail vise également à montrer que les motivations à l'action ne sont pas égales entre eux. De même, il s'agit là de constater que les relations entre les acteurs - entre les différents groupes, mais aussi à l'intérieur d'un groupe - peuvent être conflictuelles, ce qui influe sur la mise en œuvre des politiques publiques. Les réponses apportées diffèrent alors d'un territoire à l'autre tant les acteurs mobilisés et les ressources disponibles varient. Face à une reprise en main de la santé par l'Etat, ce travail montre comment les territoires infra-régionaux parviennent à intervenir afin de pallier aux limites d'un système stato-centré. Il s'agit alors de montrer comment, d'une politique définie au niveau national, des mises en œuvre locales - voire ultra locales - présentent autant de différences qu'il y a de territoires. Ce travail met ainsi l'accent sur la territorialisation de l'action publique à l'œuvre dans un domaine relevant pourtant de la compétence de l'Etat.

Title : The production of public action by the territories: the case of the regulation of the supply of primary care in low dense areas. The example of Auvergne Rhône-Alpes and Bourgogne Franche-Comté regions.

Keywords : territorialization - primary care - public policy - medical deserts - health policies

Abstract : The issue of regulating the supply of primary care is receiving all the attention as it impacts many users life. Confronted with this problem stakeholders are organizing themselves locally. This thesis seeks to question the capacity of a territory to produce and implement a policy to regulate the supply of care in low-density areas. This work shows how a local territory uses its levers and resources to produce public action, adapted to its specificities.

Based on the case study of sub-regional territories of the Auvergne Rhône-Alpes and Bourgogne Franche-Comté regions, this work brings to light multi-actor and multi-level public action. This thesis presents several local experiences and confirms that there is not a single territorial level of public action that is relevant, but it depends on the actors present and their capacity for action.

This thesis seeks to present the role of actors, whether public or private, and the way in which they use the instruments - defined by the national level - to produce public action.

Here the actors mobilized diverge from one territory to another and this work also aims to show that the motivations for action are not equal between them.

Likewise, it is important to note that the relations between actors - between different groups, but also inside a group - can be conflicting, which influences the implementation of public policies. The responses provided therefore differ from one territory to another as the actors mobilized and the resources available vary. Faced with a takeover of health by the State, this work shows how sub-regional territories manage to intervene in order to compensate the limits of a state-centered system. It is then a question of showing how, from a policy defined at the national level, local - even ultra-local - implementations present as many differences as there are territories. This work thus emphasizes the territorialization of public action at work in an area which nevertheless falls within the competence of the State.