Changer d'angle de vue pour concevoir autrement l'action publique ? Le cas des déserts médicaux au prisme des parcours de soins

Igor Giusti

▶ **To cite this version:**

Igor Giusti. Changer d'angle de vue pour concevoir autrement l'action publique ? Le cas des déserts médicaux au prisme des parcours de soins. Gestion et management. Université Paris sciences et lettres, 2020. Français. NNT : 2020UPSLM054 . tel-03164009

HAL Id: tel-03164009
https://pastel.hal.science/tel-03164009

Submitted on 9 Mar 2021

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.

PSL UNIVERSITÉ PARIS

THÈSE DE DOCTORAT
DE L'UNIVERSITÉ PSL

Préparée à MINES ParisTech

Changer d'angle de vue pour concevoir autrement l'action publique ? Le cas des déserts médicaux au prisme des parcours de soins

Soutenue par

Igor GIUSTI

Le 19 Mai 2020

Ecole doctorale n° 543

Sciences de la Décision, des Organisations, de la Société et de l'Échange

Spécialité

Sciences de gestion

Composition du jury :

Corinne, GRENIER Professeure, Kedge Business School	*Présidente du jury*
Yves, ZERBIB Professeur, Faculté de Médecine Lyon Est	*Rapporteur*
Marie-Antoinette, MAUPERTUIS Professeure, Université de Corse	*Examinatrice*
Yann BOURGUEIL Directeur de Recherche, IRDES	*Examinateur*
François-Xavier, PIERI Référent 1er recours, ARS de Corse	*Examinateur*
Frédéric, KLETZ Maître assistant, Mines Paristech	*Co-directeur de thèse*
Jean-Claude, SARDAS Professeur, Mines Paristech	*Directeur de thèse*

MINES ParisTech | PSL

Mines ParisTech et PSL n'entendent donner aucune approbation aux opinions émises dans cette thèse. Ces opinions doivent être considérées comme propres à l'auteur.

Table des matières

REMERCIEMENTS 7
GLOSSAIRE 9

INTRODUCTION GÉNÉRALE 12
RÉSUMÉ DÉTAILLÉ DE LA THÈSE 18

PARTIE 1 - CADRE THÉORIQUE, EMPIRIQUE ET MÉTHODOLOGIQUE 40
INTRODUCTION DE LA PARTIE 1 41

CHAPITRE 1 LES DIFFÉRENTES ANALYSES DE LA CONCEPTION ET DE LA DYNAMIQUE D'UNE ACTION PUBLIQUE 42
INTRODUCTION 43
SECTION 1 POLICY DESIGN/POLICY PROCESS : LES STANDARDS DE CONCEPTION D'UNE ACTION PUBLIQUE 45
SECTION 2 LES SCIENCES POLITIQUES ET LA QUESTION DES RELATIONS ENTRE PERTINENCE, COHÉRENCE ET UNIVERSALITÉ D'UNE ACTION PUBLIQUE 53
SECTION 3 TYPOLOGIE DES DIFFÉRENTS MODES DE RÉGULATION 58
CONCLUSION 64

CHAPITRE 2 MÉTHODOLOGIE 66
INTRODUCTION 67
SECTION 1 DESIGN DE LA RECHERCHE ET POSITIONNEMENT DU CHERCHEUR 68
SECTION 2 DESCRIPTION DU CADRE DE RECHERCHE-INTERVENTION 80
SECTION 3 LIEN ENTRE DONNÉES ET QUESTIONNEMENT THÉORIQUE 107
CONCLUSION 112

PARTIE 2 - PRÉSENTATION ET DISCUSSION DES RÉSULTATS 113
INTRODUCTION DE LA PARTIE 2 114

CHAPITRE 3 LE DÉSERT MÉDICAL COMME CONSÉQUENCE DU MANQUE DE PROFESSIONNELS DE SANTÉ : UNE CONCEPTION CENTRALISÉE DE DISPOSITIFS DE RÉGULATION RÉPONDANT A UNE LOGIQUE MIXTE, MARCHÉ/PROFESSIONNELLE. 115
INTRODUCTION 116
SECTION 1 HISTOIRE ET DÉFINITION INSTITUTIONNELLE DU CONCEPT DE « DÉSERT MÉDICAL » 117
SECTION 2 ÉTUDE DE LA CONCEPTION ET DU FONCTIONNEMENT D'UN DISPOSITIF DE RÉGULATION CENTRALISÉE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ 135
SECTION 3 DES LIMITES MÉTHODOLOGIQUES QUI MONTRENT UNE VISION ÉTROITE, AXÉE SUR UNE RÉGULATION MIXTE MARCHÉ/PROFESSIONNELLE DE LA PROBLÉMATIQUE DES DÉSERTS MÉDICAUX 159
CONCLUSION 167

CHAPITRE 4 LE DÉSERT MÉDICAL COMME RUPTURE DE PARCOURS ET ABSENCE D'EXPERTISE MÉDICALE : UNE CONCEPTION CENTRALISÉE DE DISPOSITIFS DE RÉGULATION CHERCHANT À RÉPONDRE À UNE LOGIQUE PARCOURS 167
INTRODUCTION 168
SECTION 1 REVUE DE LITTÉRATURE COMPLÉMENTAIRE SUR LA COORDINATION PAR LE PARCOURS DES PATIENTS 169
SECTION 2 ÉTUDE DE QUELQUES DISPOSITIFS DE RÉGULATION AFFECTANT L'ACCÈS AUX SOINS ET CHERCHANT A S'INSCRIRE DANS UNE LOGIQUE PARCOURS 186
SECTION 3 CONCEPTION CENTRALISÉE D'UN DISPOSITIF DE GESTION DÉCONCENTRÉ DES « COMPOSANTES » DU PARCOURS 203
CONCLUSION 214

CHAPITRE 5 UNE CONCEPTION MULTICENTRIQUE DE DISPOSITIFS DE RÉGULATION FACE AU CARACTÈRE LOCALISÉ DES INEGALITÉS D'ACCÈS AUX SOINS....217
INTRODUCTION....218
SECTION 1 REVUE DE LITTÉRATURE COMPLÉMENTAIRE SUR UNE FORME D'OPPOSITION ENTRE LITTÉRATURE COGNITIVISTE, ÉCOSYSTEMIQUE ET NÉ0-INSTITUTIONNALISTE....221
SECTION 2 DYNAMIQUES DE CONCEPTION MULTICENTRIQUE DE DISPOSITIFS DE RÉGULATION DES INEGALITÉS TERRITORIALES D'ACCÈS AUX SOINS.....228
SECTION 3 QUELS EFFETS DE L'ENVIRONNEMENT ?....259
CONCLUSION....266

CHAPITRE 6 DISCUSSIONS....268
INTRODUCTION....269
SECTION 1 UNE CONCEPTION CENTRALISÉE D'UNE ACTION PUBLIQUE GARANTIT-ELLE LA FAISABILITÉ DE SA GÉNÉRALISATION ?....270
SECTION 2 COHERENCE/PERTINENCE, UN VRAI PROBLEME ?....275
SECTION 3 SOUS QUELLES CONDITIONS LES POUVOIRS PUBLICS PEUVENT-ILS ADOPTER UN RÉGIME DE CONCEPTION INNOVANTE ?....286
CONCLUSION....290

CONCLUSION GÉNÉRALE....291

RÉFÉRENCES....294
ARTICLES ET OUVRAGES UNIVERSITAIRES....294
RAPPORTS....302
TEXTES LÉGISLTATIFS....302
INDEX DES FIGURES....304
INDEX DES TABLEAUX....305
INDEX DES ENCADRÉS....305
LISTE DES ANNEXES....306

REMERCIEMENTS

Ce travail de thèse est l'aboutissement de trois années d'investigations empiriques et théoriques parfois fastidieuses, déroutantes mais si foisonnantes d'indices et si formatrices. Certes, l'accès à un terrain de recherche sur un temps long permet de comprendre les situations avec précision. Mais parfois, il devient difficile de s'extraire de ce bain pour théoriser, modéliser et comparer les résultats à d'autres champs d'étude.
Sur ce chemin tortueux, je souhaite avant tout remercier pour m'avoir guidé dans mon travail mes directeurs de thèse, Jean-Claude Sardas et Frédéric Kletz, qui, malgré la mer Méditerranée qui nous séparait, ont toujours été à la manœuvre pour conduire le navire contre vents et marées. D'ailleurs, ils ne se sont pas cantonnés au suivi de la thèse, ils ont également participé activement à la rédaction d'articles communs, à la présentation de communications dans des colloques, à des études pour des partenaires de travail. Leurs apports complémentaires ont su aider et enrichir ce processus de recherche qui, à certains moments pour tout doctorant, peut paraitre plus que Brownien.

Merci également aux autres membres du jury, et notamment aux rapporteurs, pour avoir accepté d'évaluer ce qui va suivre. Je remercie Marie-Antoinette Maupertuis pour ses encouragements et son avis favorable à la finalisation de cette thèse. Le soutien de Xavier Pieri a été essentiel pour la réalisation pratique de ce travail de recherche et pour entretenir la réflexion et l'évolution du sujet. Il m'a accompagné et formé dès mon arrivée à l'Agence Régionale de Santé de Corse et continue de le faire encore aujourd'hui. Merci à Corinne Grenier avec qui nous avons longuement échangé sur la question de la diffusion des innovations dans le secteur de la santé. Je me réjouis par ailleurs de l'opportunité d'apprendre d'Yves Zerbib. J'espère que la présente version de ce manuscrit leur semblera à tous pouvoir constituer une base d'échanges intéressante.

Ce travail et l'accès à un matériau empirique très riche n'aurait pas été possible sans le soutien de l'Agence Régionale de Santé de Corse dont les agents m'ont réservé un accueil chaleureux. Un grand merci à eux et en particulier à Marie-Pia Andreani sans qui ce projet n'aurait pas vu le jour. J'ai par ailleurs énormément appris et échangé avec Marie-Hélène Pietri-Zani, Carine Albertini, Santa Ottavi, José Ferri. Au-delà d'un simple terrain de recherche, mon séjour à l'ARS de Corse a été l'occasion de nouer des amitiés.
Malgré l'éloignement quotidien de mon laboratoire de rattachement, le Centre de Gestion Scientifique a été d'un appui très appréciable tant par les formations qu'il a pu proposer à travers ses séminaires doctoraux que par les rencontres qu'il m'a permis de faire. Les discussions avec les autres doctorants ont toujours été une source de stimulation théorique et de réconfort dans les périodes difficiles. Merci à Joël Nstondé avec qui j'ai longuement échangé alors que nous essayions de soumettre collectivement un article. Même si la tentative a échoué, je pense que ces discussions nous ont été utiles par ailleurs. Merci à Céline Bourdon

et Stéphanie Brunet d’avoir répondu présentes quand je les sollicitais alors qu’elles ont dû supporter de nombreux oublis de ma part.

Merci à ma mère, mon frère et mon père à ses heures perdues, premiers relecteurs de ce travail, qui ont tenté d’y comprendre quelque chose alors que je formulais encore difficilement certaines idées. Merci à Olivier Baly, Isabelle Aubert et Patrice Terramorsi d’avoir relu avec attention mon travail.

Merci encore à toute ma famille, qui m’a soutenu dans cette épreuve de fond. Et surtout merci à Pauline d’avoir supporté mes heures de travail nocturnes, mes fins de semaine coincé à la maison. « And the last but not the least » merci à Elsa, dont la naissance a considérablement accéléré le processus d’écriture.

GLOSSAIRE

ACI	Accord Conventionnel Interprofessionnel
ALD	Affection Longue Durée
ANAP	Agence Nationale pour l'Appui à la Performance
APHP	Assistance Publique des Hôpitaux de Paris
APL	Accessibilité Potentielle Localisée
ARH	Agence Régionale de l'Hospitalisation
ARS	Agence Régionale de Santé
ASIP	Agence Française de la Santé Numérique
AVC	Accident Vasculaire Cérébral
CAIM	Contrat d'Aide à l'Installation des Médecins
CDO	Conception et Dynamique des Organisations
CDS	Centre de Santé
CES	Certificat d'Etudes Spécialisées
CESP	Contrat d'Engagement de Service Public
CGS	Centre de Gestion Scientifique
CHA	Centre Hospitalier d'Ajaccio
CHB	Centre Hospitalier de Bastia
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CLCC	Centre de Lutte Contre le Cancer
CLIC	Centre Local d'Information et de Coordination
CLS	Contrat Local de Santé
CNAMTS	Caisse Nationale d'Assurance Maladie et des Travailleurs Salariés
CNOM	Conseil National de l'Ordre des Médecins
COSCOM	Contrat de Stabilisation et de Coordination pour les Médecins
COTRAM	Contrat de Transition Médecin
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPTS	Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
CRONDPS	Comité Régional de l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé
CRSA	Conférence Régionale de Santé et d'Autonomie
CSTM	Contrat de Solidarité Territoriale Médecin
CTIS	Comité Technique de l'Innovation en Santé
CTS	Contrat Territorial de Santé
DAC	Dispositif d'Appui à la Coordination
DCGDR	Direction De La Coordination De La Gestion Du Risque
DGCS	Direction Générale de la Cohésion Sociale
DGOS	Direction Générale de l'Offre de Soins
DGS	Direction Générale de la Santé

DIAMANT	Décisionnel Inter-Ars pour la Maîtrise et l'ANTicipation
DIGA	Dynamique Identitaire Globale de l'Acteur
DREES	Direction de la Recherche Evaluation Etudes Statistiques
DSS	Direction de la Sécurité Sociale
ECN	Epreuves Classantes Nationales
EHESP	École des Hautes Etudes en Santé Publique
EPHAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
ESP	Equipe de Soins Primaires
ESS	Equipe de Soins Spécialisés
ETP	Equivalent Temps Plein
ETP	Education Thérapeutique du Patient
FIR	Fonds d'Intervention Régional
FISS	Fonds pour l'Innovation du Système de Santé
GHT	Groupement Hospitalier de Territoire
HAD	Hospitalisation à Domicile
HAS	Haute Autorité de Santé
HCAAM	Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie
HCL	Hospices Civils de Lyon
HPST	Hôpital Patient Santé Territoire
IDE	Infirmier Diplômé d'Etat
INCA	Institut National du Cancer
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
IPA	Infirmier en Pratique Avancée
LFSS	Loi de Financement de la Sécurité Sociale
MAIA	Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'Aide et de soin dans le champ de l'autonomie
MDPH	Maison Départementale des Personnes Handicapées
MMG	Maison Médicale de Garde
MSP	Maison de Santé Pluriprofessionnelle
NC	Numerus Clausus
NMR	Nouveaux Modes de Rémunération
OCDE	Organisation de Coopération et de Développement Economique
ONDPS	Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé
PDSA	Permanence des Soins Ambulatoires
PPS	Plan Personnalisé de Soins
PRS	Projet Régional de Santé
PTA	Plateforme Territoriale d'Appui
PTMA	Praticien Territorial de Médecine Ambulatoire
PTMG	Praticien Territorial de Médecine Générale
PTMR	Praticien Territorial Médical de Remplacement
PTS	Pacte Territoire Santé
PU-PH	Professeur des Universités - Praticien Hospitalier
RAC	Rétrécissement Aortique Calcifié
RCP	Réunion de Concertation Pluriprofessionnelle
ROSP	Rémunération sur Objectifs de Santé Publique

SGMAP	Secrétariat Général pour la Modernisation de l'Action Publique
SNAC	Services Numériques d'Appui à la Coordination
SNDS	Système National des Données de Santé
SNIIRAM	Système National d'Information Interrégimes de l'Assurance Maladie
SROS	Schéma Régional de l'Offre de Soins
SRS	Schéma Régional de Santé
SSIAD	Service de Soins Infirmiers A Domicile
SSR	Soins de Suites et de Réadaptation
T2A	Tarification à l'Activité
TAVI	Transcatheter Aortic Valve Implantation
UNV	Unité Neuro-Vasculaire
URPS	Union Régionale des Professionnels de santé Libéraux
ZAC	Zone d'Action Complémentaire
ZAP	Zone d'Action Prioritaire

INTRODUCTION GÉNÉRALE

Il était une fois la France, pays de cocagne, dont on vantait le système de santé, avec une offre de soins relativement bien répartie sur les territoires, un accès aux soins déjà un peu tortueux mais pas l'ombre d'un trou dans le maillage serré que les pouvoirs publics concevaient au fil de leurs planifications. Du moins c'était l'impression qu'ils en avaient.

Il était une fois Dominique soixante-huit ans, qui, pour échapper à la ville, habitait la maison familiale dans un village où il pensait continuer à cultiver son jardin. Un jour, Dominique dit : « mon médecin vient de prendre sa retraite il a plié bagage. Je vais devoir déménager aussi, je ne me vois pas rester, il n'y a plus personne pour soigner les gens d'ici. »

Alors, sur fond de numerus clausus, de réorganisation des politiques publiques, on a commencé à entendre parler de déserts médicaux. D'abord dans le Rapport Berland, premier document officiel évoquant dès 2004 le concept de désert médical, qui ne prévoyait leur existence qu'aux environs de l'année 2015 : « *Pour la majorité des professions de santé, il existe des différences de densité entre les territoires. Ces différences pourraient s'amplifier à l'occasion du renouvellement important des effectifs qui s'annonce, il est nécessaire de mettre en œuvre des moyens pour réguler l'offre de soins sur le territoire national en l'adaptant mieux à la demande.* » (BERLAND 2004). Les instances responsables en santé ont lu le rapport Berland, les lanceurs d'alerte ont été nombreux : le Maire du village de Dominique, les instances Régionales, les associations… Tous ont refait les calculs. On a proposé des solutions, mais aujourd'hui on se demande encore comment, en formant entre 7000 et 8000 médecins par an depuis 2006 (BERLAND 2004), on parle toujours de déserts médicaux, de territoires où la présence de personnel médical est prioritaire. Entre 2010 et 2018, le nombre de médecins généralistes en activité régulière est passé de 94 261 à 87 801 soit une baisse de 7%. Dans le même temps, le nombre de spécialistes est passé de 105 764 à 110 279 soit une augmentation de 4%. Au total, les effectifs médicaux ont baissé de quasiment 1% en 8 ans (CNOM, 2018). Ces variations sont-elles assez significatives pour que l'on se pose encore la question de notre capacité à garantir la satisfaction du **besoin de santé** de chaque citoyen qui participe normalement au maintien du système de santé national ? Mais comment s'évalue un besoin de santé ? En effet si on veut déterminer l'offre de santé pour Dominique il faut connaitre ses besoins. Et comment peut-on connaitre le besoin de santé de Dominique qui passe entre les mailles du grand filet organisateur ? Une définition vient de l'OMS : le besoin de santé est un « *état de bien-être, physique, mental et social, sans maladies ni infirmités. Cela va au-delà du simple geste médical, par exemple des besoins d'écoute, de sécurité, de confort peuvent être considérés comme des besoins de santé.* » (IGAS, 1996).

Mais d'autres approchent leur loupe et mettent en garde : selon Déplaude (Deplaude 2009) le besoin de santé serait une *fiction d'institution*, c'est-à-dire une notion floue mais qui légitime l'intervention des services de l'Etat : « *Adapter la démographie médicale en réponse aux besoins apparaît […] comme un objectif séduisant pour définir une démographie médicale optimale, séduisant… mais en grande partie utopique à court terme. La définition des besoins revient pratiquement à fonder la politique de santé publique. De plus, dans l'hypothèse où*

l'on disposerait déjà d'une évaluation des besoins, la déduction de la démographie nécessaire ne relève pas d'une relation simple. […] Il n'y a évidemment pas de situation d'absolue référence qui permettrait d'asseoir une définition du concept de "besoins". ». Déterminer la nature du besoin de santé serait alors illusoire, et on pourrait au mieux, au prix d'un processus d'essais-erreurs, déterminer des « problèmes de santé ». Ces propos laissent penser que nous sommes, avec le besoin de santé, confrontés à un *ill defined problem* (Herbert A. Simon 1973). Ces problèmes sont caractérisés par le fait qu'ils sont plus complexes, ont des critères moins spécifiques pour savoir quand le problème est résolu, et ne fournissent pas toutes les informations nécessaires à la solution. La distinction entre problèmes mal définis et bien définis est fondée sur la quantité d'informations guidant la recherche de solution. Il existe donc une première difficulté à « poser le problème ».

Pourtant le concept de désert médical véhicule un enjeu majeur car il met en doute les capacités des pouvoirs publics à assurer une égalité d'accès aux soins pour ses usagers. On peut alors, dans la lignée de Déplaude, estimer qu'il s'agit d'une fiction commode utilisée par les pouvoirs publics pour légitimer leur intervention. Dans ce cas, le désert médical n'existerait pas, ou ne serait pas un phénomène dont l'importance est celle que lui accordent les pouvoirs publics aujourd'hui. On peut également faire l'hypothèse que le besoin de santé est difficilement modélisable car il est personnel, environnement dépendant et que les déserts médicaux persistent et s'amplifient du fait d'une pensée par les pouvoirs publics, qui ne rend pas suffisamment compte de la diversité des situations qui peuvent se dissimuler derrière ce concept. Le besoin de santé ne serait pas délibérément maintenu dans le flou pour justifier une intervention publique. Il serait plutôt trop complexe à comprendre pour concevoir une politique efficace.

Sur cette complexité se greffe l'évolution globale du système de santé : évaluer le besoin de santé est inutile si l'on ne prévoit pas de le satisfaire par la mise en place d'une offre de santé (médecine libérale, établissements hospitaliers, services médico-sociaux…). Or, des facteurs multiples pas seulement liés à la satisfaction des besoins de santé font évoluer ce système : avec le virage ambulatoire, l'hôpital n'est plus considéré comme un lieu d'hébergement mais un acteur détenteur d'une haute expertise sur un sujet donné (Baly 2019). Les durées moyennes de séjour et les dépenses de santé qu'elles impliquent doivent donc diminuer. Les rôles des professionnels de santé évoluent également avec l'apparition de nouveaux métiers comme les Infirmières en Pratiques Avancées (IPA, *Arrêté du 18 juillet 2018*) ou par les transferts de tâches entre les professions existantes. L'essor des pathologies chroniques (IRDES, 2013), l'évolution des attentes des jeunes médecins quant à leurs modalités de travail vers un exercice regroupé (Munck et al. 2015) modifient considérablement la nature de l'offre de santé libérale. Du centre expert au domicile du patient, une chaîne d'acteurs multiples, au-delà du seul secteur sanitaire, doit se constituer pour que s'établisse une coordination entre ces acteurs. D'ailleurs, amorcé depuis une vingtaine d'années, on assiste à un changement de paradigme, vers une logique de parcours (Vrijhoef 2019) qui cherche à affermir les liens entre la ville et l'hôpital, entre les secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux.

Le désert médical est donc un concept flou et évolutif dont les pouvoirs publics doivent se soucier car le malaise grandit sur le terrain. Par exemple, pour l'Agence Régionale de Santé

de Corse, la dotation en médecins généralistes de la région ne semblait pas alarmante au regard des moyens d'objectivation fournis par le niveau national. Pourtant, les services concernés de l'agence ressentent une gêne par rapport aux « remontées de terrain » qui évoquent une réalité toute autre et des difficultés d'accès aux soins imminentes pour la population. C'est comme si les méthodes nationales étaient aveugles face aux difficultés de terrain, comme si la réalité des problèmes n'était pas la même pour des acteurs agissant à des échelons territoriaux différents. La position de proximité de l'ARS permettait de confirmer que des problèmes existaient sans pour autant parvenir à les objectiver à l'aide des outils nationaux. C'est seulement en s'intéressant à des cas particuliers, contextualisés et de manière globale que les difficultés évoquées prenaient leur sens. Parfois, la seule installation de professionnels de santé ne résolvait pas forcément les problèmes d'accès aux soins. Par exemple, dans une ville où l'offre en médecine générale était relativement abondante, certaines personnes âgées n'avaient pourtant pas accès aux soins, car elles ne pouvaient pas se déplacer et avaient un médecin traitant ne réalisant pas de visites à domicile. Or, la proximité des ARS a permis de cerner certaines situations de manière plus exhaustive : alors que le besoin initial était un médecin qui se déplace à domicile, un des patients était en situation de perte d'autonomie à cause d'une maladie neurodégénérative et aucun aidant n'était disponible pour l'accompagner. La seule présence d'un médecin généraliste faisant des visites à domicile n'était plus suffisante et il devenait nécessaire de mettre en œuvre une série d'actions coordonnées et pluriprofessionnelles pour prévenir une éventuelle dégradation de l'état de santé du patient. Par rapport à une simple demande de visite, le besoin de soin est en fait plus global. Ainsi, dans ce cas, la venue d'un médecin supplémentaire n'aura aucun effet si elle n'est pas accompagnée d'une protocolisation pluriprofessionnelle et intersectorielle de la prise en charge.

Pour dissiper cette gêne, l'ARS de Corse souhaitait, grâce à ce travail de thèse en lien avec le Centre de Gestion Scientifique des Mines ParisTech (CGS), éclaircir les possibilités de modélisation des demandes sociales fondues dans le concept de désert médical et les moyens mobilisables pour y répondre. Elle trouvait notamment que le concept de parcours permettait de mieux comprendre les tensions restituées par les acteurs de terrain par rapport à des approches « traditionnelles » de comparaison de densité.

La demande initiale de l'ARS de Corse auprès du CGS était d'outiller un observatoire régional des démographies des professions de santé, pour rendre compte des difficultés d'accès aux soins sur le territoire, et de proposer des pistes d'action. Cette demande a donné lieu à une recherche-intervention, méthodologie de recherche particulièrement utilisée au CGS (David, Hatchuel, et Laufer 2012; Moisdon 2015b).

Comme la demande émanait de pouvoirs publics locaux et concernait un objet aux contours très flous, nous avons mobilisé des courants théoriques relatifs à l'analyse cognitive des politiques publiques (Muller 2000; Sabatier et Schlager 2000) et à l'étude des phénomènes de conception (Le Masson, Hatchuel, et Weil 2014). L'ambition de ce travail est d'approfondir la compréhension d'un phénomène social, comme le désert médical, par l'étude des modélisations, des raisonnements et de l'organisation de l'activité de conception d'un

dispositif de régulation (Aggeri et Labatut 2010) du besoin de santé, par les pouvoirs publics. En effet, la réalité d'une demande sociale étant par définition complexe, l'acteur public génère des modèles de cette demande ainsi que des théories de l'action (Gibert 2003) pour y répondre. Vu la situation de l'ARS de Corse, nous nous sommes plus particulièrement intéressés à une forme de modélisation du besoin de santé : le parcours de soins pour lequel on raisonne sur l'ensemble du processus d'enchaînement des soins prodigués par divers professionnels. Il permet, en correspondance avec les attentes de l'ARS de Corse, d'adopter une approche plus fine et territorialisée du besoin de santé : il tient compte de l'évolution et de la chronicisation croissante des besoins de santé, mais également de la mutation de l'offre de santé elle-même. Il permettrait donc de mieux comprendre la diversité des tensions liées à un accès aux soins difficile.

Par ailleurs, les différences de points de vue sur le sujet entre des acteurs de terrain, l'ARS et le ministère de la santé, invitaient à s'intéresser à la répartition des rôles au sein des pouvoirs publics dans l'activité de conception. En effet, les théories de la conception soulignent l'interdépendance forte entre les connaissances mobilisées, les décisions prises par un collectif créant un objet donné et la répartition des tâches de conception en son sein. Or, même si cela n'a jamais été formulé d'une telle manière, les sciences politiques et les travaux au sujet du territoire (Thoenig et Duran 1996; Offner 2006) décrivent cette répartition des tâches. Elles s'intéressent aux découpages territoriaux et évoquent une contradiction permanente dans le choix d'une maille territoriale : une maille fonctionnelle et de proximité serait gage d'une conception pertinente tandis qu'une maille plus large et institutionnelle assurerait une meilleure cohérence entre tous les dispositifs publics créés et une plus grande égalité de traitement des citoyens. Ces travaux renvoient implicitement à la répartition du travail de conception entre pouvoirs locaux, régionaux et nationaux. Cette approche est particulièrement utile quand, au vu du caractère individualisé, territorialisé et évolutif du besoin de santé et de l'offre qui lui est associée, les pouvoirs publics ont permis juridiquement à tout type d'acteurs de concevoir une expérimentation en matière d'organisation de la prise en charge des patients (cf. Article 51 de la LFSS 2018). Alors que le paradigme dominant de l'action des pouvoirs publics est de garantir l'égal accès aux soins par une régulation conçue par les pouvoirs publics centraux, l'article 51, actant que le besoin de santé revêt une expression forcément locale et évolutive, appelle à la mise en place d'une organisation innovante, d'origine locale, et un mode de financement dérogatoire par rapport aux règles nationales.

Enfin, en tant que résultats du processus de conception d'une action publique, nous avons également utilisé une littérature relative aux modes de régulation (Barroso 2000; Maroy 2008; Abbott et al. 2015; Levi-Faur 2011; Desrosières 2003; DiMaggio et Powell 1983). L'objectif était de comprendre que le mode de régulation faisait partie du processus de conception d'une action publique car il était affecté par les connaissances des concepteurs. C'est seulement en assemblant ces domaines théoriques que nous avons obtenu un cadre d'analyse robuste de

l'activité des agents des pouvoirs publics. Et c'est à partir de leur activité de régulation de l'accès aux soins des usagers que nous souhaitions éclaircir la question des déserts médicaux.

Une première formulation de la problématique de thèse pourrait donc être la suivante : dans quelle mesure le parcours est-il un concept actionnable par les pouvoirs publics pour analyser et gérer les déserts médicaux aujourd'hui ? En quoi vient-il transformer les fondements et les modalités de déploiement de l'action publique ?

Cette recherche glane des matériaux théoriques et pratiques qui nous aident à approcher les cas Dominique, dans leurs déserts. Sur le papier et dans les faits, elle permet de déconstruire et reconstruire des organisations pour être au plus près de leurs besoins. Ces besoins sont souvent eux-mêmes prisonniers de nos imaginaires sectorisés. Ecrire depuis le terrain à la lumière des auteurs qui ont défriché le domaine, nous amène à faire intérêt commun avec Dominique afin que le filet de sécurité national ne laisse pas l'impression d'être une passoire.

D'un point de vue théorique, ce travail de thèse alimente les réflexions sur deux thèmes :

- Un approfondissement des discussions quant au concept de désert médical. Grâce notamment à l'approche parcours, nous montrons que le désert médical est loin de se cantonner à l'inégalité de répartition de professionnels de santé entre territoires. Si l'approche parcours est déjà bien connue des pouvoirs publics, elle n'a jamais été utilisée pour discuter le concept de désert médical. Elle permet notamment de comprendre la variété des situations d'inégalités d'accès aux soins dissimulées derrière un concept aussi flou et de faire émerger des besoins jusque-là méconnus des pouvoirs publics centraux.
- Une meilleure connaissance des ressorts de la conception d'une action publique notamment à l'échelle locale. Nous montrons par exemple que la dialectique entre cohérence et pertinence d'une politique publique peut être résolue au prix d'un processus de conception lent, difficile et faisant intervenir un nombre assez large d'acteurs. En revanche, le principe d'universalité d'une action publique est souhaitable mais serait impossible à atteindre dans les faits, y compris si les concepteurs sont des acteurs nationaux. Nous montrons enfin comment une approche de conception locale permet de concilier innovation adaptée aux contraintes du territoire et conformité à un cadre institutionnel général normatif. Tout cela nous amène à redéfinir le territoire au regard du rôle que peuvent jouer ses acteurs dans la conception d'un dispositif de régulation.

D'un point de vue empirique, nous montrons la faisabilité d'une conception ascendante d'un dispositif de régulation d'un parcours et nous déterminons des variables d'intérêt dans l'étude de la diffusion à d'autres territoires d'un projet innovant.

La thèse se compose de deux parties divisées elles-mêmes en chapitres. La partie I présente le cadrage théorique, la problématisation du sujet et la méthodologie adoptée pour répondre à

nos questions de recherche (chapitres 1 et 2). La partie II présente les résultats tirés de notre matériau empirique (chapitres 3,4 et 5), ainsi que la discussion de ces résultats (chapitres 6).

RESUMÉ DÉTAILLÉ DE LA THÈSE

Introduction :

L'objet de notre travail de recherche est centré sur le concept de « désert médical », lu à travers le sens que lui donne l'action publique. Il vise à comprendre comment les pouvoirs publics construisent ce concept, puis le mobilisent comme support à un mode d'action visant à répondre aux problèmes définis en amont. En effet, toute action nécessite une représentation du réel et donc une théorie de la situation, rendant visible un problème et définissant un champ de solutions possibles.
Dans notre travail de thèse, nous mettons ainsi en lumière la nature des difficultés de conception de l'action publique visant à répondre aux questions que soulèvent les déserts médicaux. Nous verrons que celles-ci viennent d'abord d'une difficulté actuelle à poser le problème. En effet alors qu'on pourrait penser que l'enjeu est de réduire les écarts de densité médicale entre les territoires, nous verrons que la densité médicale n'est pas un critère suffisant aujourd'hui, que ce soit d'un point de vue technique ou conceptuel, pour répondre à cette problématique. Le cas d'un territoire à faible densité médicale, mais où les médecins ont délégué un certain nombre d'actes à des infirmières libérales (par exemple sous la forme d'un article 51 de la loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) ou d'un diplôme d'infirmières de pratiques avancées), en fournit une parfaite illustration. De même qu'à l'inverse, dans un territoire plus doté, les médecins et les pharmaciens d'officine ne se sont pas accordés au sujet de l'organisation du suivi de l'observance des patients atteints d'un cancer, soignés par thérapie orale en lien avec un centre expert. En analysant la situation à l'aide d'une comparaison des densités entre territoires, c'est la zone moins dense qui devrait faire l'objet du déploiement d'une action visant à rétablir un écart de densité considéré comme « acceptable » entre les deux territoires alors que ce n'est pas celle qui rencontre le plus de difficultés.

Ces cas nous amènent également à questionner la pertinence de l'action publique notamment lors de sa conception (qui comprend la conception de ses objets) et de sa mise en œuvre.
C'est cette articulation entre l'action publique et le concept de désert médical qui sera le sujet de notre réflexion tout au long de ce travail : le désert médical est d'abord appréhendé par les pouvoirs publics comme une inégalité d'accès aux services publics pour des citoyens, du fait d'une absence ou d'une mauvaise répartition des professionnels de santé sur les territoires. Face à une telle acception du problème, la politique publique est conçue de manière centralisée et quantitative pour assurer une égalité de traitement des territoires dans le but d'attirer de nouvelles ressources médicales ou soignantes sur des territoires identifiés comme sous-dotés. Cette approche repose sur l'hypothèse que la seule présence d'un professionnel permet de répondre aux besoins de santé d'une population sans nécessairement qualifier ces besoins. Des limites méthodologiques apparaissent dans l'application d'une telle politique car on n'explique pas l'existence de certaines situations de détresse vécues sur des territoires non

nécessairement sous-dotés. Par exemple, dans une ville où l'offre en médecine générale est relativement abondante, certaines personnes âgées n'ont pourtant pas accès aux soins, car elles ne peuvent pas se déplacer et ont un médecin traitant ne réalisant pas de visites à domicile. Pour autant, ne peut-on pas envisager une action séquentielle qui assurerait dans un premier temps une densité médicale « seuil » par territoire, puis en fonction des difficultés persistantes, adopterait d'autres leviers ?

Un tel constat nous invite à nous intéresser à d'autres formes de représentation et de logiques de l'action publique. Le concept de parcours de soins des patients, pour lequel on raisonne sur l'ensemble du processus d'enchaînement des soins prodigués par divers professionnels, permet notamment d'adopter une approche plus fine et territorialisée du besoin de santé : il tient compte de l'évolution et de la chronicisation croissante des besoins de santé mais également de la mutation de l'offre de santé elle-même. Il permettrait donc de mieux comprendre la diversité des tensions liées à un accès aux soins difficile et serait, au regard de l'évolution actuelle des besoins de santé, une approche à explorer pour réguler les inégalités d'accès aux soins. Pour reprendre l'exemple précédent, l'approche parcours permet de cerner le besoin de ces personnes âgées dans sa globalité : alors que le besoin initial indiquait un médecin qui se déplace à domicile, un des patients est en situation de perte d'autonomie à cause d'une maladie neurodégénérative et aucun aidant n'est disponible pour l'accompagner. La seule présence d'un médecin généraliste faisant des visites à domicile n'est plus suffisante et il devient nécessaire de mettre en œuvre une série d'actions coordonnées et pluriprofessionnelles pour prévenir une éventuelle dégradation de l'état de santé du patient. Par rapport à une simple demande de visite, le besoin de soin est en fait plus global. Ainsi, dans ce cas, une gestion séquentielle des problématiques semble impossible : la venue d'un médecin supplémentaire n'aura aucun effet si elle n'est pas accompagnée d'une protocolisation pluriprofessionnelle et intersectorielle de la prise en charge. L'ancrage local des parcours de soins n'empêche pas la conception à l'échelon national de politiques publiques fondées sur cette notion de parcours. Toutefois, celles-ci laissent des possibilités d'autonomie organisationnelle pour les acteurs en santé des territoires (y compris les autorités publiques locales).

Enfin, au regard du caractère individualisé, territorialisé et évolutif du besoin de santé et de l'offre qui lui est associée, les pouvoirs publics ont récemment permis juridiquement à tout type d'acteurs de concevoir une expérimentation en matière d'organisation de la prise en charge des patients (cf. Article 51 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) 2018). Cette initiative renvoie à une tension centrale pour notre sujet d'étude. Alors que le paradigme dominant de l'action des pouvoirs publics est de garantir l'égal accès aux soins par une régulation conçue par les pouvoirs publics centraux, l'article 51, actant que le besoin de santé revêt une expression forcément locale et évolutive, appelle à la mise en place d'une organisation innovante et un mode de financement dérogatoire par rapport aux règles nationales. En ouvrant ainsi l'éventail des concepteurs de l'action publique au-delà du ministère de la santé, les pouvoirs publics ont-ils trouvé le moyen de gérer cette tension bien connue des sciences politiques entre pertinence, cohérence et universalité d'une action publique ?

Une première formulation de la problématique de thèse pourrait donc être la suivante : dans quelle mesure le parcours est-il un concept actionnable par les pouvoirs publics pour analyser et gérer les déserts médicaux aujourd'hui ? En quoi vient-il transformer les fondements et les modalités de déploiement de l'action publique ?

Partie 1 : cadre théorique, empirique et méthodologique

Chapitre 1 : Les différentes analyses de la conception et de la dynamique d'une action publique.

Dans ce chapitre, nous précisons le cadre théorique général dans lequel s'inscrit ce travail : la littérature au sujet des politiques publiques est abondante, pluridisciplinaire et réunit sous le même mot-clef des analyses très différentes. En effet, Gibert (Gibert 2011), recense de multiples approches, notamment wébérienne, humaniste, systémique, déployées par les politiques publiques ou encore le Nouveau Management Public. Ces travaux sont bien trop nombreux pour que nous fassions référence à chacun d'entre eux, aussi nous avons choisi de nous centrer sur ceux qui entrent en résonnance avec les questionnements soulevés par notre terrain de recherche. Ils peuvent se synthétiser par la question suivante : comment un processus de conception d'une action publique peut-il affecter le mode de régulation choisi par les administrations publiques ? Dans les sections suivantes, nous précisons quels courants de recherche peuvent nous éclairer pour préciser cette interrogation.

Section 1 : Policy Design/Policy Process : les standards de conception d'une action publique.

Dans cette section, en mobilisant plus précisément une approche cognitive de l'analyse des politiques publiques (Muller 2018), nous cherchons à recenser les différentes étapes de conception d'une action publique identifiées par la littérature académique. L'approche cognitive permet notamment de développer la notion de « référentiel » ou encore de « théorie de l'action » (Gibert 2003) qui précise que pour élaborer une politique, il est nécessaire de construire une double représentation : d'une part, celle de la réalité sur laquelle les pouvoirs publics souhaitent intervenir, et d'autre part, celle de la chaine de causalité conduisant les acteurs à agir selon des stimuli qui les atteignent. En fonction de ces représentations, les concepteurs des politiques publiques orientent leur perception du problème, la « demande sociale » (Gibert 2011)), confrontent leurs solutions et définissent leur propositions et modes d'action. On peut donc identifier trois sources de complexité : la première est liée à la demande sociale qui est par nature complexe comme toute réalité. La deuxième est liée à la modélisation de cette demande sociale, et la troisième est associée à la création d'une théorie de l'action pour répondre à cette demande sociale modélisée.

Bien que limitée et quelque peu artificielle, une approche séquentielle (Jones 1970) détermine quelques grandes étapes de conception d'une action publique : l'identification du problème, le traitement du problème à travers une phase de développement d'un ensemble de méthodes et

de solutions nommée programme, la mise en œuvre du programme, l'évaluation du programme, son arrêt ou son renouvellement. La définition de ces différentes étapes bien que très schématique et simplificatrice, a le mérite de donner des repères qui ne paraissent pas spécifiques au domaine des politiques publiques. En effet, ces différentes phases sont similaires à la façon dont toute organisation ou tout individu résout un problème. C'est la raison pour laquelle il nous semble opportun de nous orienter vers une littérature sur la conception qui ne s'intéresse pas spécifiquement à l'action publique, et notamment de mobiliser la notion de régime de conception (Le Masson, Hatchuel, et Weil 2014). Un régime de conception se caractérise par trois critères : un modèle de raisonnement de conception, un modèle de performance, un modèle d'organisation collective. Ce concept théorique décrit les différentes façons de concevoir un objet ou plutôt une gamme d'objets ou de services. Ce courant nous intéresse particulièrement car il repose sur le principe qu'il existe des interrelations entre le raisonnement de conception des acteurs, la répartition des tâches entre les concepteurs et les modalités d'évaluation des équipes de conception. Les auteurs définissent un modèle canonique de raisonnement par quatre notions : l'objet à concevoir, les propriétés de cet objet, les connaissances et les décisions nécessaires pour créer un objet avec ces propriétés. Nous tentons l'utilisation de ces développements théoriques en considérant que l'objet à créer par les pouvoirs publics est un **dispositif de régulation** dont il faudra préciser les propriétés en fonction de la demande sociale identifiée. Le dispositif de régulation est compris ici comme un agencement d'instruments et d'acteurs visant à contrôler des comportements et à produire des effets (Aggeri et Labatut 2010). Les raisonnements de conception qui caractérisent un régime de conception nous permettront éventuellement de mieux comprendre comment les pouvoirs publics conçoivent un dispositif de régulation. Précisons toutefois que le management public se distingue par la nature complexe d'une demande sociale qui peut rendre l'élaboration d'un « référentiel » et d'un programme d'action insuffisant par rapport au problème traité. Alors que toutes les conditions politiques seraient réunies pour déployer un programme public, la complexité d'un problème serait telle que l'action publique conçue n'en résout qu'une infime partie. En effet, les pouvoirs publics n'agissent pas à partir d'une demande sociale car elle est par nature insaisissable, ils agissent à partir d'une modélisation de cette demande sociale. On comprend alors que la nature complexe d'une demande sociale invite à analyser la pertinence du modèle utilisé pour la cibler, l'élaboration des propriétés du dispositif de régulation associé à ce ciblage, et le processus de recherche de connaissances permettant de concevoir un dispositif respectant ces propriétés.

De plus, notons qu'un dispositif de régulation peut avoir pour objet une organisation (par exemple l'organisation d'une prise en charge médicale), elle-même sujette à une dynamique propre (Sardas, Dalmasso, et Lefebvre 2011).

Section 2 : Les sciences politiques et la question des relations entre pertinence, cohérence et universalité d'une action publique.

Fort de ces constats, nous introduisons dans la section 2 un courant de littérature sur la dialectique cohérence/pertinence de l'action publique (Offner 2006) qui permet de comprendre que les différentes phases de la conception d'une politique publique peuvent avoir lieu à des échelons territoriaux variés. Le domaine de la santé n'échappe pas à ce constat car il est composé d'organes centraux (Ministère, CNAMTS) et d'antennes régionales/départementales que sont les Agences Régionales de Santé (ARS) et leurs délégations départementales, les Caisses Primaires d'Assurance Maladie (CPAM)…. Or malgré l'appartenance à un même réseau administratif, des divergences significatives de référentiels et de connaissances peuvent exister entre concepteurs et agents de terrain. Ce courant introduit notamment l'idée selon laquelle la proximité territoriale permet de concevoir des référentiels et des programmes plus pertinents mais nécessairement non cohérents avec d'autres dispositifs déployés par d'autres acteurs à des échelons territoriaux plus larges. Cette littérature laisse donc entendre qu'au vu de la complexité d'un problème public, localiser la conception d'une action publique n'est pas une solution sans risque car cela peut générer une multitude d'actions non cohérentes d'un point de vue national sans que les acteurs locaux le sachent. La dimension territoriale vient éclairer notre compréhension de la conception d'une action publique et des difficultés potentielles liées à l'accroissement de la variété des concepteurs.

A l'issue de ces analyses, nous cherchons à caractériser une action publique à travers les propriétés qu'elle doit respecter :

- Elle doit être pertinente par rapport à la projection d'une demande sociale. En pratique la tâche est plus ardue qu'il n'y parait car il est rare qu'une demande sociale soit unique et nationale, la nature des problèmes variant selon les territoires.
- Elle doit également être cohérente par rapport à la totalité des actions publiques menées par une ou plusieurs administrations publiques ce qui nécessite une connaissance très large de l'ensemble de ces actions.
- Enfin, une politique publique doit traiter les citoyens de manière égale et donc se déployer partout où elle est jugée nécessaire sur le territoire national.

Ainsi, chaque dispositif de régulation devra comporter ces trois grandes propriétés qui se déclineront en fonction des sujets abordés.

Section 3 : Typologie des différents modes de régulation.

Enfin, dans la section 3, nous introduisons une réflexion au sujet des différents modes de régulation déployés par les pouvoirs publics (Foucault 1994; Barroso 2000; Huault 2009). Nous cherchons donc à explorer le lien entre le mode de régulation choisi au cours du processus de conception, les propriétés cibles du dispositif conçu et les connaissances disponibles en amont du processus de conception et celles développées au cours du processus. Par exemple, Desrosières (Desrosières 2003) s'intéresse au lien entre l'évolution d'une discipline comme la statistique et celle des différentes formes de gouvernement. Plutôt que de considérer la statistique comme une discipline objective dont les mutations sont indépendantes de l'action publique, il considère que ses mutations sont associées aux

différentes formes qu'elle prend. Dans sa démonstration il associe à chaque forme d'action publique (Etat ingénieur, Etat libéral, Etat Keynésien, Etat néolibéral) une commande publique permettant d'outiller les acteurs en quête de régulation. Ce premier exemple nous montre l'existence d'un lien entre régulation et représentation d'un problème public car le premier semble précéder le second. C'est en effet le développement de l'Etat libéral (régulation économique par une plus ou moins grande liberté d'échange) qui a accéléré le développement de la statistique comme outil de détermination des situations de monopole, d'estimation des droits de douanes à établir … autrement dit comme outil de perception d'une réalité actionnable pour un tel mode de régulation (Rey 2016). Sans nécessairement conclure quant à la primauté du mode de régulation sur la perception du problème, nous explorons le rapport entre la construction d'un référentiel, d'une théorie de la demande sociale et les formes de régulation adoptées par les pouvoirs publics.

Ainsi, grâce à ces réflexions théoriques, nous cherchons à analyser la représentation des pouvoirs publics nationaux **et** régionaux d'un problème tel que celui des déserts médicaux et tentons de voir dans quelle mesure cette représentation est modifiée par l'irruption d'un nouvel objet : le parcours de soins. Ces détours théoriques nous permettent de définir les questions de recherche suivantes :

QR1 : Pourquoi une démarche quantitative, fondée sur un calcul de densité médicale, n'est-elle pas aujourd'hui une solution pertinente ou du moins suffisante pour répondre aux déserts médicaux ?

QR2 : En quoi une approche par le parcours de soins permet-elle de mieux comprendre la multiplicité des demandes sociales associée aujourd'hui à l'objet « désert médical » et quels sont les régimes de conception praticables associés à cette approche ?

QR3 : le parcours de soins comme objet de régulation amorce-t-il un tournant vers une organisation plus ouverte de la conception d'une action publique ?

Chapitre 2 : Méthodologie

Section 1 : Design de la recherche et positionnement du chercheur

Dans cette section, nous précisons notre positionnement dans l'organisation partenaire de la recherche pour adresser la problématique de thèse.
Une partie importante du matériau empirique repose sur une recherche-intervention (Moisdon 2015a; Armand Hatchuel 1994) qui s'est matérialisée par notre présence continue pendant trois ans au sein de l'Agence Régionale de Santé de Corse. Notre immersion, en tant que coordonnateur du comité régional de l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (CR ONDPS) et comme référent innovation, a constitué un cadre privilégié d'observation, d'intervention et d'analyse. En effet, ces différentes missions

assignées par l'ARS de Corse nous ont permis de guider les réflexions régionales quant aux spécialités médicales jugées comme déficitaires, de participer à la conception de nouvelles organisations de parcours de soins et des modèles économiques associés (cf. section 2).
Cette immersion nous a conduit à mieux appréhender les blocages, les résistances ou les ouvertures des acteurs, mais aussi les ressorts, les contraintes et les processus qui produisent de l'action collective (Chanlat 1990; Bonnet, Lièvre, et Godé 2017).
Dans une logique d'ethnographie organisationnelle (Chanlat 2005; Van Maanen 2011), nous avons ainsi pu collecter du matériau de sources primaires via l'observation et l'interaction avec les pratiques des individus et des collectifs rencontrés de manière formelle ou informelle au sein de l'ARS et des différents organismes de santé concernés.

Section 2 : description du cadre de recherche-intervention

Dans la section 2, nous décrivons plus précisément les missions assignées au doctorant et les cas d'étude sur lesquels nous avons pu intervenir.

- La création d'un comité régional de l'ONDPS : nous avons animé et piloté des travaux collectifs pour déterminer, à partir des besoins en ressources humaines médicales en région, l'évolution des effectifs de jeunes médecins à former.
- La création d'une cellule chargée de l'instruction et de l'accompagnement des projets innovants en région. Il a fallu notamment déterminer le positionnement de l'ARS de Corse vis-à-vis des projets innovants en région. Associés aux travaux de l'équipe, nous avons pu participer à l'élaboration des projets innovants suivants :
    - Une « externalisation » d'une prise en charge de réadaptation cardiaque traditionnellement réalisée dans un centre de Soins de Suite et de Réadaptation, qui visait à réduire les inégalités d'accès à ce type de soins pour les patients isolés loin des centres urbains. Ce projet fait notamment intervenir deux centres SSR référents, cinq maisons de santé pluriprofessionnelles ainsi que les services de l'ARS et du ministère.
    - L'élaboration d'un dispositif d'appui à la prise en charge de plaies complexes et chroniques : compte tenu de la difficulté de diagnostic et de la multiplicité de dispositifs thérapeutiques, ce projet consiste à concevoir un dispositif d'aide à la prise en charge par la possibilité de mobiliser des experts thématiques par télémédecine selon un mode de rémunération innovant.
    - La structuration d'un service de cardiologie pour demander l'autorisation à titre dérogatoire de réaliser des transplantations de valves aortiques (TAVI) sans plateau de chirurgie cardiaque pour des patients contre-indiqués à la chirurgie cardiaque en collaboration avec un Centre Hospitalo-Universitaire (CHU) de la région PACA.
    - La structuration d'une organisation ville hôpital pour dispenser des thérapies ciblées par voie orale pour des patients atteints de cancer hématologiques.

Section 3 : lien entre données et questionnement théorique

Dans cette section, nous précisons la nature des données rassemblées. Celles provenant des sources primaires et secondaires (rapports internes, de documentations techniques et de comptes rendus d'ateliers de travail (Grosjean 2011)). Dans le tableau suivant, nous synthétisons comment ces données de différentes natures ont été associées aux différentes questions de recherche.

Question de recherche	Sources	Modes de collecte
QR1 : Pourquoi une démarche quantitative, fondée sur un calcul de densité médicale, n'est-elle pas aujourd'hui une solution pertinente ou du moins suffisante pour répondre aux déserts médicaux	Administrations centrales (DGOS, DSS, CNAMTS, SG, ONDPS) Administrations régionales (ARS, DCGDR) Représentants professionnels (URPS, Ordres, directions hospitalières) Bases de données nationales (SNDS, DIAMANT)	**Données primaires** : Observations participantes aux réunions de travail au sujet des zonages conventionnels (administrations centrales et représentants professionnels), recueil des données fournies par les administrations « sources », requête des bases de données. Recherche intervention Entretien semi-directifs **Données secondaires** : SROS et PRS 1, archives ONDPS, DGOS, Ordres, littérature académique DREES, IRDES
QR2 : En quoi une approche par le parcours de soins permet de mieux comprendre la multiplicité des demandes sociales associées aujourd'hui à l'objet « désert médical » et quels sont les régimes de conception praticables associés à cette approche ?	Administrations centrales (DGOS, DSS, CNAMTS, SG) Administrations régionales (ARS, DCGDR, Collectivité de Corse) Maisons de santé pluriprofessionnelles	**Données primaires :** Observation participante aux travaux de déploiement des MSP, ESP CPTS et PTA et projets télémédecine. **Données secondaires** : Analyse littérature institutionnelle et juridique concernant le régime des autorisations, littérature académique spécifique au champ de la santé.
QR3 : le parcours de soins comme objet de régulation amorce-t-il un tournant vers une organisation plus ouverte de la conception d'une action	Administrations centrales (DGOS, DSS, CNAMTS, SG) Administrations régionales (ARS, DCGDR, Collectivité	**Données primaires :** Observation participante, recherche intervention à travers un accompagnement à la conception de projets innovants

publique ?	de Corse) Instances représentatives des professionnels de santé (URPS Ordres) Centres hospitaliers (Chefs de service, chef de pôle) Maisons de santé pluriprofessionnelles	visant à améliorer l'accès aux soins des usagers et participation à des journées de travail ministère inter-ARS innovation.

Partie 2 : présentation et discussion des résultats

Dans cette partie, le chapitre 3 montre que les pouvoirs publics modélisent les déserts médicaux de manière quantitative. Pour y répondre, ils conçoivent un dispositif de régulation incitatif par profession de manière centralisée. Au regard des limites que présente cette méthode, le chapitre 4 explore la pertinence d'une modélisation du besoin de santé par le concept de parcours. Il montre toutefois que peu de dispositifs permettent de réguler effectivement un parcours dans son intégralité. Le chapitre 5 s'intéresse à la faisabilité opérationnelle de la conception d'un dispositif de régulation à l'initiative des acteurs de terrain qui associerait de nombreuses parties prenantes. Enfin, à la lumière des résultats obtenus, le chapitre 6 discute l'intérêt de favoriser l'émergence de projets locaux par rapport aux principes d'universalité de cohérence et de pertinence d'une action publique.

Chapitre 3 le désert médical comme conséquence du manque de professionnels de santé : une conception centralisée de dispositifs de régulation répondant à une logique mixte, marché/professionnelle.

Dans ce chapitre, les différentes sections de résultats (2 et 3) vont chacune exploiter d'une part une revue de littérature dédiée (section 1) et d'autre part des données produites par des observations et des interventions menées sur le terrain le recherche.

Section 1 : histoire et définition institutionnelle du concept de « désert médical ».

Une première partie du travail consiste à dresser le contexte historique dans lequel le concept de désert médical est né. Bien que ce dernier existe au moins depuis la mise en place d'un numerus clausus pour les études médicales (Déplaude 2009), nous nous intéressons d'abord aux origines de la création de ce dispositif de numerus clausus, et corrélativement, de la création de l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (ONDPS). Cet organisme, chargé de proposer au ministère de la santé les effectifs médicaux à former a contribué, à travers ses rapports, à justifier ou infirmer les fondements d'une crainte selon laquelle un manque de médecins pourrait se faire sentir un jour ou l'autre. L'ONDPS, composé de comités régionaux, s'efforce, en lien avec les acteurs locaux, de recenser les besoins en santé à moyen et long terme de la population afin de tirer des conclusions sur les

besoins en professionnels. Du fait de la définition particulièrement large du besoin de santé, l'exercice méthodologique est épineux et donne lieu à de nombreuses incertitudes.

Section 2 : Etude de la conception et du fonctionnement d'un dispositif de régulation centralisée des professionnels de santé

Dans cette section, sont étudiés les outils déployés par le ministère de la santé, l'ONDPS et la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie (CNAMTS) pour donner une réponse à la problématique des inégalités d'accès aux soins. Ces outils s'efforcent d'approcher les besoins de santé de la population pour identifier des situations inégales en termes d'accès aux soins. Il ressort de ces analyses que l'appréciation des besoins de santé se fait de manière quantitative, tout comme les réponses apportées : à une sous consommation de soins est associée une sous dotation en professionnels de santé. La politique publique consiste alors à réguler (via diverses incitations) la répartition des professionnels de santé pour qu'ils exercent dans des lieux considérés comme sous dotés. Ce type d'action présente l'avantage de pouvoir être mené à l'échelon national et décliné dans les régions de manière universelle. A travers ces méthodes, se manifeste une forme d'égalité de traitement des citoyens quel que soit leur lieu de vie. En effet, quand on s'intéresse aux zonages professionnels, dont l'objectif est de mieux répartir l'offre en professionnels de santé sur le territoire grâce à des contrats incitatifs, il apparait que la méthode de détermination des zones sous-denses est élaborée dans son intégralité au niveau de la DREES et de la DGOS. L'objectif d'une telle concentration du « pouvoir » de conception est d'assurer une méthodologie unique pour toutes les régions pour une meilleure comparabilité des situations en termes d'accès aux soins. Une concertation avec les pouvoirs publics régionaux est organisée par le ministère de la santé donnant lieu, selon les professions concernées, à des révisions plus ou moins profondes de la méthode. Dans l'ensemble, les agences régionales de santé ne disposent pas de marges de manœuvre très significatives.

On s'intéressera également à la régulation du nombre de postes d'internes par subdivision que réalise l'ONDPS chaque année. En effet, la régulation du corps des professionnels n'a pas seulement lieu une fois qu'ils sont formés. En amont et au cours de leur formation, la répartition des médecins par territoire est également un enjeu majeur pour les pouvoirs publics. Nous verrons comment initialement le processus peut être considéré comme plus ouvert du fait de la sollicitation des instances régionales de l'ONDPS, alors qu'en réalité, la répartition de ces postes est un processus hautement centralisé reposant sur un cadrage contraint de la DGOS, et une analyse des densités des professionnels par subdivision.

Malgré une certaine sophistication méthodologique (Chevillard 2018) pour déterminer les zones sous-denses, concevoir une action publique de manière très centralisée pour répondre aux besoins de santé territorialisés des patients témoigne d'une simplification assez brutale du problème : la présence d'un professionnel de santé suffit pour identifier (s'il est sollicité par des patients) et pour répondre (en prodiguant des soins) aux besoins de santé d'une population d'un territoire donné.

Section 3 : des limites méthodologiques qui montrent une vision étroite, axée sur une régulation mixte marché/professionnelle de la problématique des déserts médicaux.

Dans cette section, nous étudions les limites méthodologiques liées à une régulation mixte marché/professionnelle. Un premier ensemble de limites concerne la méthodologie adoptée et son paramétrage. Bien qu'elle ait connu une évolution notable en passant d'une comparaison des densités de professionnels à une analyse plus fine tenant compte de la structure d'âge de la population, des temps d'accès aux professionnels, elle garde une vision étroite sur le choix des mailles territoriales de zonage, et sur la prise en considération de facteurs externes autres que l'âge de la population (ex : précarité). Grâce à nos observations de terrain, nous cherchons à expliciter certaines logiques locales vis-à-vis des zonages professionnels (Chevillard et Lucas-Gabrielli 2018).

Un deuxième ensemble de limites concerne les modalités de régulation : les pouvoirs publics supposent que la seule présence de professionnels suffit à répondre à la demande de soins. Pour autant, les domaines d'activité des professionnels de santé étant très étendus et variés, la présence d'un professionnel ne garantit pas nécessairement la satisfaction d'un besoin. Par exemple, il existe différentes pratiques de dermatologie, certaines plus axées sur l'esthétique d'autres plus médicales. Pour tenir compte de ce phénomène, l'objet d'analyse n'est plus le spécialiste mais l'activité médicale sur un territoire donné. Nous montrons en quoi cette forme de régulation mixte par le marché et par les instances représentant les professionnels de santé peut s'avérer insuffisante au regard de l'évolution des besoins et de l'offre de santé.
Ces limites présentées n'invitent bien évidemment pas à abandonner une telle approche de régulation, elles nous semblent néanmoins suffisantes pour explorer une nouvelle façon de modéliser et de réguler les inégalités de couverture des besoins de santé.

Ainsi, dans ce chapitre, nous montrons que les propriétés cibles du dispositif de régulation sont telles qu'il est décidé une centralisation de l'activité de conception au niveau des pouvoirs publics nationaux. Cette idée selon laquelle la seule présence de professionnels garantit la satisfaction des besoins de santé a pour conséquence d'embarquer les pouvoir publics centraux sur des explorations méthodologiques complexes et de limiter les impacts du dispositif de régulation par rapport aux réalités de terrain.
Le paradigme du parcours de soins apparaît comme une approximation alternative et pertinente du besoin de santé parce qu'elle est plus individualisée, territorialisée et qu'elle tient compte du caractère évolutif de l'offre de santé.

Nous avons présenté jusqu'ici la complexité méthodologique liée à l'appréciation du couple besoin/offre de santé et aux conditions de garantie d'une stricte égalité d'accès aux soins entre citoyens. Cette complexité s'accroit d'autant plus que les besoins de santé des usagers évoluent (recrudescence des maladies chroniques, attentes sociétales plus fortes…) au même

titre que les organisations sanitaires sur les territoires. C'est d'ailleurs au sein des territoires que nous cherchons à « matérialiser » le désert médical. Au-delà de leur caractérisation quantitative, les « déserts médicaux » ne sont-ils pas de nature différente selon les territoires dans lesquels ils sont déclarés ?
Les problématiques d'accès aux soins semblent dynamiques du fait de l'évolution technologique, des progrès de la médecine et de la transformation significative du système de santé pour des services au plus proche du domicile et réduisant les dépenses publiques. En effet, ce secteur connait aujourd'hui une mutation organisationnelle profonde : l'hôpital n'est plus nécessairement vu comme un lieu d'hébergement et de confinement de la maladie, il est apprécié comme un lieu de haute expertise où les patients ne doivent pas rester pour des soins réalisables par des intervenants moins spécialisés : du centre expert au domicile du patient, une chaine d'acteurs multiples, pas seulement issus du secteur sanitaire, doit se constituer pour que s'établisse une coordination afin de fournir un service de santé au « bon » moment, au « bon » endroit. Non seulement la question de l'accès aux services de santé est méthodologiquement complexe mais elle évolue au gré des transformations épidémiologiques et du système de santé.

Penser le désert médical comme une rupture de parcours de soins, permet un passage de l'objet d'étude, d'une logique historiquement reliée au recensement des besoins de formation, à une logique plus pragmatique pour les pouvoirs publics locaux, tenant compte des évolutions du système de santé. La notion de parcours de soins n'est pas nouvelle pour les pouvoirs publics, pour autant, c'est, nous semble-t-il, la première fois qu'elle est articulée avec la question des déserts médicaux. Ainsi, l'absence des professionnels devient une absence organisationnelle pour répondre à un besoin d'expertise médicale. L'expertise médicale est entendue ici au sens latin du mot medicus « qui soigne, guérit », il ne s'agit donc pas d'une expertise nécessairement détenue par un médecin. Une telle observation du sujet au prisme de la notion de parcours implique que la complexité d'analyse ne porte plus seulement sur une profession mais sur des systèmes organisationnels et que l'objet d'étude s'étend au-delà des soins de proximité. Par exemple, des ruptures de parcours peuvent avoir lieu du fait d'une absence d'expertise (ou d'organisation du recours à l'expertise) sur des plaies chroniques de la part des équipes soignantes entrainant des retards de cicatrisation voire des amputations. Bien qu'une majorité de plaies (escarres, ulcères veineux…) relèvent d'une prise en charge de proximité, certaines d'entre elles nécessitent des hospitalisations. Autrement dit, les ruptures ou déstructurations de parcours de soins sont causées par l'absence d'accès à une expertise médicale qu'elle soit de premier, 2nd ou 3eme recours.

Chapitre 4 : le désert médical comme rupture de parcours et absence d'expertise médicale : une conception centralisée de dispositifs de régulation cherchant à répondre à une logique parcours.

Ce chapitre est organisé de la même manière que le chapitre 3 en dédiant une première section à une revue de littérature qui nous permettra de répondre à notre deuxième question de recherche dans les sections 2 et 3.

Section 1 : revue de littérature complémentaire sur la coordination par le parcours des patients

Dans cette section, nous cherchons à montrer en quoi la notion de parcours de santé d'un patient permet de mieux approcher le besoin de santé. Ce dernier, difficile à théoriser au niveau national, devient plus concret au sein des territoires. Le besoin n'est plus apprécié à travers l'accès à un professionnel de santé mais par le parcours de santé d'un patient. Ce parcours est propre à chacun, il varie selon les territoires, les pathologies, les situations sociales et les attentes des patients. Il synthétise la rencontre entre les besoins plus ou moins connus d'un patient et l'offre de santé territoriale. Dès lors, l'objet d'étude évolue : lutter contre les déserts médicaux, les inégalités d'accès aux soins, c'est tenter d'assurer une équité dans la continuité des parcours des patients. Il peut en particulier exister différentes façons d'éviter certaines ruptures dans le parcours de soin, en fonction des caractéristiques de l'offre de soins disponibles et de la population concernée. Il ne s'agit pas d'écrire que les pouvoirs publics nationaux ne connaissent pas la notion de parcours de soins, mais plutôt que celle-ci n'a jamais été associée à la lutte contre les déserts médicaux. Nous tentons de conceptualiser le désert médical en utilisant l'approche parcours de façon à proposer une démarche politiquement et socialement acceptable et qui puisse être concrètement mise en œuvre. La notion de parcours est une approche beaucoup plus fine du besoin de santé que la consommation d'actes d'un professionnel pour deux raisons :

- Le parcours peut se définir comme un processus organisé ville-hôpital générique pour un type de patient. Bien qu'on ne respecte pas une stricte égalité d'accès entre tous les territoires et leur population, l'objectif est de répondre au besoin de santé à travers la conception d'un parcours spécifique adapté aux ressources raisonnablement mobilisables. En cela, il représente l'organisation déployée pour mobiliser une expertise médicale au bon endroit au bon moment. Ignatavicius et Hausman définissent le parcours de soins intégré comme une planification interdisciplinaire décrivant le séquencement optimal et le calendrier des interventions pour les patients présentant un diagnostic, une procédure ou un symptôme particulier (Ignatavicius et Hausman 1995).

- Par ailleurs, pour certains cas dits « complexes », seule une démarche très individualisée permet de faire face aux besoins de santé qui ne s'expriment qu'en cours de parcours et ne peuvent être entièrement anticipés (Vrijhoef 2019). Dans ce cas, le besoin de santé est carrément individualisé.

A cela s'ajoute le fait que les évolutions des besoins de santé et de l'offre de soins rendent nécessaire cette approche plus fine.

Ainsi, toute réponse nationale, universelle et égalitaire semble compromise car sa pertinence est nécessairement tributaire du dynamisme et des difficultés des écosystèmes territoriaux et des expertises médicales qu'ils comportent. Bien que la régulation des « stocks » de professionnels de santé ne soit pas laissée de côté, elle n'est plus le seul levier pour lutter contre les inégalités d'accès aux soins : un écosystème se doit de fournir une expertise médicale pour déceler les besoins des patients, orienter ces derniers dans le système de santé, les prendre en charge et assurer leur suivi. Un changement de paradigme a lieu : au-delà des seuls professionnels de santé, c'est le parcours, en tant que configuration anticipée ou réactive à un besoin de santé, qui devient l'objet à concevoir et à réguler, les expertises étant des variables constitutives du parcours. En plus d'un gouvernement par la régulation (incitatif) du nombre de professionnels, on s'intéresse aux formes de gouvernement et aux acteurs qui cherchent à garantir une équité dans la continuité des parcours en permettant l'accès à une expertise médicale.

Section 2 : Etude de quelques dispositifs de régulation affectant l'accès aux soins et cherchant à s'inscrire dans une logique parcours.

Dans cette section, nous étudions quelques composantes de l'offre structurant les parcours pour identifier plus précisément les types de demande sociales auxquelles elles répondent et de quel régime de conception de l'action publique elles sont issues. Au cœur de ces questionnements se trouve le sujet de l'articulation entre les différents échelons géographiques de l'action publique. La régulation des professionnels de santé par des dispositifs incitatifs relève en majorité d'une action publique nationale plus ou moins concertée avec les instances régionales. Dans le cas des formes de gouvernement ayant pour objet le parcours de soins, le niveau national fournit des outils modulaires plus ou moins incitatifs et contraignants aux professionnels de santé et aux ARS (ex : MSP, PTA, CPTS, régime des autorisations, télémédecine) qui les utilisent selon leurs priorités respectives.

Ainsi, utiliser le concept de parcours comme représentation du besoin de santé permet de s'extraire d'une analyse « profession centrée » du couple offre-besoin de santé et d'étudier plus largement les actions des pouvoirs publics pour répondre aux inégalités d'accès aux soins. On évoque notamment l'idée d'une conception centralisée par le ministère d'outils plus ou moins adaptables dans leur utilisation par les professionnels et les agences régionales de santé. Parmi l'ensemble de ces outils nous étudions notamment :

- **les MSP/CPTS** : le cahier des charges de ces objets est à l'initiative des professionnels membres de la structure qui souhaitent développer des projets propres aux besoins de leur patientèle ou du territoire tout en restant nécessairement compatible avec les orientations des schémas régionaux du projet régional de santé (PRS). Si l'on prend un exemple tiré d'un projet de santé d'une MSP de la région, élaborer un programme d'addictologie pour lutter contre la consommation de drogue chez les adolescents est une initiative qui s'inscrit tout à fait dans le volet prévention du PRS et qui semble être

adaptée aux besoins du territoire. A travers ces objets, on observe la structuration de «composantes» d'offre dans les territoires de proximité (Chevillard G. et al. 2013).

- **le régime des autorisations** : il nous semble également important d'étudier un outil qui structure très fortement les parcours de soins des patients d'une région. En effet, c'est à partir du régime des autorisations que l'activité planificatrice des ARS a lieu. Ce régime des autorisations définit par voie législative une forme de « subsidiarité expertale » : les offreurs de soins (structures hospitalières, cliniques …), ont l'obligation de s'y conformer pour exercer certaines activités de soins. Un niveau d'expertise par activité est défini par assurer une « gradation » de l'offre. Par exemple, en cancérologie, il existe plusieurs niveaux d'autorisation : les centres dits de niveau 1 (sites associés) sont ceux qui sont habilités à réaliser des soins en cancérologie nécessitant une expertise et un matériel moindre qu'un établissement de niveau 2 ou niveau 3. Ce régime des autorisations nous parait important à étudier compte tenu des effets importants qu'il peut engendrer sur des déstructurations ou ruptures de parcours. Il est conçu au niveau national avec des groupes experts (de médecins, conseils nationaux de professionnels, ARS). Malgré une forme de régulation très rigide par voie règlementaire, on considère ce dispositif comme modulaire au sens où il prévoit des formes d'adaptation selon la structure de l'offre d'une région.

Par l'étude de ces différents objets, nous cherchons à montrer que le parcours permet une meilleure appréciation de demandes sociales territorialisées et qu'il se structure à partir de composantes soumises à des dispositifs de régulation aux propriétés différentes des dispositifs étudiés au chapitre précédent. Néanmoins, jusqu'ici le parcours de soins ne fait pas l'objet d'une régulation en tant que telle, ce sont les offreurs de soins qui composent le parcours qui sont régulés de manière indépendante.

Section 3 : conception centralisée d'un dispositif de gestion déconcentré des « composantes » du parcours

Dans cette section, nous nous intéressons au cas particulier des patients déclarés comme complexes, pour lesquels aucune anticipation du parcours n'a été possible et dont la gestion ne peut être que réactive.

Nous analysons notamment les Dispositifs d'Appui à la Coordination (DAC, anciennement plateformes territoriales d'appui (PTA)) dont l'objectif est d'organiser et de mettre en œuvre des fonctions d'appui aux professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux pour la prise en charge des patients relevant de parcours de santé complexes, quel que soit leur âge, leur pathologie ou leur handicap. Ainsi, les DAC ont vocation à aider les professionnels à trouver des solutions concrètes pour faciliter l'accompagnement et la prise en charge des patients en situation complexe, et ce dans le but d'éviter les ruptures de parcours et de prévenir les hospitalisations inutiles ou évitables. Elles agissent dans une logique de subsidiarité, sans faire « à la place » des professionnels et en recherchant toujours le niveau le plus pertinent d'action publique.

Les 3 objets d'étude précédents consistaient à structurer l'offre ; ici les DAC visent à articuler cette offre pour répondre à des besoins de santé complexes. Si le cadre général des DAC reste défini par le ministère, les régions disposent de marges de manœuvre dans la façon d'organiser ces DAC. Par exemple, lors de la création des Plateformes Territoriales d'Appui (PTA), aucune directive du niveau central ne précisait si le dispositif s'adressait aux professionnels de santé uniquement ou à des patients, des aidants. Certaines régions ont opté pour réserver le recours à la PTA aux professionnels de santé, tandis que d'autres ont ouvert l'accueil téléphonique aux patients/aidants. Or en fonction de l'option retenue, les moyens humains et matériels mobilisés peuvent varier considérablement.
Ces différents dispositifs montrent la complexité à laquelle les pouvoirs publics sont confrontés, en tentant de concevoir de manière centralisée (et donc égale pour chaque citoyen) des politiques publiques, concernant des objets hautement individualisés, territorialisés et en évolution.

Ainsi l'étude de ces dispositifs d'appui à la coordination et des différentes formes de rupture de parcours auxquelles ils doivent répondre indique que malgré la diversité des « composantes » mobilisables (dont l'analyse faite précédemment est loin d'être exhaustive), certains patients nécessitent une gestion de parcours individualisée pour prévenir ou répondre à une situation de rupture. Face à cette contrainte, les propriétés de ces dispositifs montrent déjà une certaine forme d'inflexion au sein des pouvoirs publics car le ministère de la Santé, après avoir fixé un cadre d'action, laisse à ses émanations régionales (ARS) le soin de s'organiser avec les acteurs locaux (collectivités locales disposant notamment de compétences sur les champs médicosociaux) pour prodiguer une réponse adéquate.
Par ailleurs, au terme d'une capitalisation des cas gérés par un DAC, il se peut que certaines situations fassent apparaitre le besoin de créer une nouvelle composante qui systématiquement fait défaut dans le parcours des patients adressés. Par exemple, si pour un certain nombre d'usagers, on observe à chaque fois un défaut de suivi des patients cancéreux traités par thérapie orale du fait de leur éloignement du centre expert, le DAC peut alerter les autorités compétentes. En effet, le DAC ne se substitue pas aux professionnels et n'a pas vocation à créer de nouvelles composantes mais doit améliorer la connaissance des ressources existantes du système par les acteurs de terrain et simplifier la lisibilité de ce système complexe.
Cette section montre donc que les DAC sont des dispositifs visant à réguler de manière réactive un parcours, en instaurant notamment une coordination formalisée entre des acteurs de secteurs différents (sanitaire ville-hôpital, médicosocial, social). Ce sont donc des dispositifs de régulation du parcours dans son ensemble, avec l'objectif d'assurer une meilleure équité dans la continuité des services de santé.
Dans le chapitre suivant, nous nous intéressons plus particulièrement aux composantes manquantes dont nous verrons qu'elles ne sont que peu conçues par les pouvoirs publics centraux. Comment peuvent émerger des projets nouveaux visant à réguler les parcours pour diminuer les inégalités d'accès aux soins dans un domaine aussi contraint que la santé ?

Chapitre 5 : une conception multicentrique de dispositifs de régulation face au caractère localisé des inégalités d'accès aux soins

Dans ce chapitre, nous nous intéressons plus particulièrement aux projets innovants dans la mesure où ils renversent les rôles attribués aux différents acteurs dans la conception d'une politique publique et questionne l'articulation entre les échelons géographiques de l'action publique. En effet, dans les récentes évolutions législatives, le ministère de la santé donne la possibilité de financer des projets innovants proposés par des acteurs en santé à condition qu'ils soient dérogatoires au code de santé publique, efficaces, efficients et reproductibles à un échelon au moins interrégional. Certains de ces projets ont pour objectif de réduire des inégalités d'accès aux soins. Mais comment des projets d'origine locale peuvent-ils émerger sans « percuter » des initiatives portées au niveau national ou des systèmes de règles que les pouvoirs publics centraux aimeraient conserver ?

Section 1 : revue de littérature complémentaire sur une forme d'opposition entre littérature cognitiviste, écosystémique et néo-institutionnaliste

La mobilisation de courants théoriques cognitivistes et néo-institutionnels soulève un certain paradoxe : d'un côté la littérature sur les écosystèmes innovants (Cohendet, Grandadam, et Simon 2010b) nous montre que le contexte d'émergence d'une idée ou d'une innovation, comme le territoire par exemple, est très fortement structurant, d'un autre côté, le courant néo-institutionnel (DiMaggio et Powell 1983) explique que le champ organisationnel amène les collectifs à s'imiter les uns les autres. Autrement dit, le contexte est à la fois déterminant dans l'imagination de solutions nouvelles mais génère des mimétismes entre les organisations. L'étude de cas présentée ci-après nous permettra de mieux caractériser ce paradoxe et en quoi une conception multicentrique de l'action publique peut y répondre dans un premier temps. En effet, pour Sahlin & al (Sahlin et Wedlin 2008) le processus de mimétisme a lieu quand les acteurs d'une organisation s'identifient à une idée véhiculée dans le champ organisationnel. Néanmoins, le mimétisme n'est pas parfait et les auteurs évoquent un phénomène d'édition plus que de mimétisme, car l'idée est « adaptée » au cours de sa diffusion à travers sa mise en discours. Cette notion « d'édition » nous semble d'ailleurs plus adaptée car si elle explique une forme de similitude entre les organisations, elle permet aussi d'en comprendre les différences. Ainsi, si l'article 51 de la LFSS 2019 permet l'émergence de nouvelles organisations des activités de soins, quelle liberté serait accordée au processus « d'édition », d'adaptation de cette idée à d'autres environnements ? En effet, si un projet article 51 déroge au code de santé publique, son cahier des charges fait office de règlementation. Dans sa diffusion à d'autres contextes, quelles sont les marges d'adaptation possibles ? S'agit-il seulement d'ouvrir le champ des acteurs porteurs de légitimité tout en conservant un mode de régulation rigide ou d'assouplir le mode de régulation ?

Section 2 : dynamiques de conception multicentrique de dispositifs de régulation des inégalités territoriales d'accès aux soins.

L'objectif de cette section consiste, dans un premier temps, à détailler les conditions d'émergence de projets de structuration innovante d'un parcours de soins pour réduire les inégalités territoriales d'accès aux services de santé. Pour cela, nous reviendrons sur les dynamiques d'émergence des projets innovants que nous avons pu accompagner tels que la structuration d'une équipe d'appui experte en plaies chroniques complexes, l'externalisation des prises en charges de réadaptation cardiaque au sein de Maisons de Santé Pluridisciplinaires. En cela, nous montrons qu'il est possible de surmonter les inégalités d'accès aux soins, vues comme des ruptures de parcours, en concevant de nouveaux modes de prise en charge.

Ce travail permet notamment de clarifier le rôle de chacun des acteurs de l'écosystème (professionnels de santé de proximité, hospitaliers, personnel administratif des ARS et de l'Assurance Maladie, du ministère de la santé, de la CNAMTS et le chercheur intervenant) dans la conception d'un cahier des charges qui précise l'organisation du parcours d'un patient. On montre que c'est un processus très fragile à différents points de vue, notamment à cause d'une responsabilité de conception très diffusée dans un écosystème (Moore 1993) particulièrement large. Il ne s'agit pas seulement d'une consultation des acteurs de proximité mais bien de la construction d'un projet à partir de leur expérience. En cela, nous montrons que ce type de projet relève d'une organisation inédite de l'activité de conception d'une action publique.

Section 3 : quels effets de l'environnement ?

Dans la section 3, on cherche à préciser le rôle de l'environnement sur l'émergence de projets innovants visant à réduire les inégalités d'accès à une expertise clinique. En effet, grâce à des outils conceptuels formalisés dans l'approche « conception et dynamique des organisations », dite CDO (Sardas, Dalmasso, et Lefebvre 2011), nous cherchons à mieux caractériser les aspects sur lesquels le champ institutionnel exerce des « pressions » mimétiques et les dimensions sur lesquelles l'environnement incite les acteurs « locaux » à innover. Cela nous permettra de clarifier un débat initié par la mise en relation de courants de littérature attribuant à l'environnement des effets tout à fait opposés et les contraintes auxquelles sont confrontés les multiples concepteurs d'une action publique. En effet, ces contraintes sont liées au ciblage des propriétés souhaitées pour un dispositif de régulation et nous montrons en quoi l'introduction de nouveaux concepteurs permet de mieux satisfaire ces propriétés.

Chapitre 6 : discussions

Dans ce chapitre, nous revenons sur les hypothèses caractérisant une action publique posées en première partie et montrons en quoi nos résultats de recherche permettent dans une certaine mesure de les remettre en question. Nous explorons également sous quelles conditions les

pouvoirs publics peuvent adopter un régime de conception favorisant une expansion de connaissances pour répondre à des besoins de santé méconnus ou de manière plus efficace et efficiente.

Section 1 : une conception centralisée d'une action publique garantit-elle la faisabilité de sa généralisation ?

Dans cette section, nous utilisons de nouveau les outils conceptuels de la démarche « conception et dynamique des organisations » (CDO) pour montrer dans quelle mesure le caractère local de la conception d'un dispositif de régulation peut entraver la généralisation d'un tel dispositif. En effet, compte tenu de la précision des cahiers des charges article 51 et de son caractère règlementaire en cas de généralisation, rien ne garantit que le schéma organisationnel proposé dans une région expérimentatrice convienne à d'autres. Enfin, quand bien même il conviendrait, rien n'indique que la dynamique du projet soit stable dans le temps quel que soit le territoire d'implantation. Ces dispositifs, conçus en grande partie par des acteurs locaux, semblent donc ne pas être applicables partout en France alors qu'ils sont financés par des fonds nationaux et ont vocation à s'adresser à tous les usagers du système de santé. Toutefois, étendons les réflexions portées sur les couples modalités de conception – mode de régulation à d'autres associations (par exemple conception centralisée – régulation par voie règlementaire). Quand la conception d'une action publique est centralisée, quelle est la garantie que le dessin organisationnel convienne à toutes les régions ? Cette question remet en cause le caractère prétendument universel d'une action publique dès lors qu'elle est complexe. Nous nous intéressons pour cela à la réforme du régime des autorisations et étudions particulièrement le rôle des sociétés savantes médicales et des référentiels professionnels.

Section 2 : cohérence/pertinence, un vrai problème ?

Dans cette section, nous revenons sur le questionnement initial au sujet de la dialectique cohérence/pertinence de l'action publique. En effet, nous intéresser aux différentes associations des propriétés d'un dispositif de régulation nous permet dans un premier temps de concrétiser la dialectique cohérence/pertinence. Pour autant, une analyse approfondie de nos cas d'étude remet en cause l'idée selon laquelle une conception locale serait nécessairement plus pertinente mais moins cohérente qu'une conception centralisée de l'action publique.
Ces conclusions amènent à redéfinir le territoire au regard du rôle que ses acteurs peuvent jouer dans la conception de projets innovants.

En synthèse, tant que l'unicité du lieu de conception de la politique publique est conservée, cette dernière peut ne pas être pertinente de par des problèmes de conception, toutefois elle

s'efforce d'être cohérente avec l'ensemble des actions conçues. Par ailleurs, cette action publique s'adresse à tous de manière universelle (même méthodologie de zonage, même modèle de cahier des charges MSP avec modulations possibles …)
Si on multiplie les lieux de conception pour favoriser l'émergence d'action publique plus pertinente compte tenu des enjeux actuels, ce n'est pas nécessairement la cohérence de l'action publique qui pose problème mais son universalité. La mise en cohérence d'une action locale avec l'ensemble des actions publiques nécessite une articulation très intense entre les différents lieux de conception et génère des tensions entre eux. Néanmoins, cela n'apparait pas comme quelque chose d'impossible. C'est plus l'universalité d'une action locale qui pose problème, comme si on devait multiplier les lieux de conception en fonction de la diffusion d'une action publique.

Section 3 : sous quelles conditions les pouvoirs publics peuvent-ils adopter un régime de conception innovante ?

Jusqu'à présent nous n'avons pas introduit la notion de régime de conception innovante car les éléments empiriques à notre disposition ne nous permettaient pas de caractériser le régime de conception qui est celui des pouvoirs publics actuellement. En revanche, on peut estimer, au vu des sections précédentes, qu'un régime de conception innovante, compris comme un régime cherchant à maximiser les expansions de connaissances et de concepts selon des critères bien définis (Le Masson, Hatchuel, et Weil 2014), peut être une cible à atteindre dans certains cas. Nous cherchons donc, dans cette section, à expliquer sous quelles conditions l'introduction d'un régime de conception innovante et l'ouverture de l'activité de conception à des acteurs multiples, peut être nécessaire et pertinente pour des pouvoirs publics, quelles sont les difficultés rencontrées et quelles sont les conditions pour qu'un tel régime soit praticable et efficace. D'une part, valoriser les expansions de concepts et de connaissances permettrait de d'appréhender autrement une demande sociale complexe en la modélisant de manière plus diversifiée, et d'autre part cela permettrait d'imaginer des dispositifs de régulation plus pertinents par rapport aux propriétés ciblées par les différents concepteurs et la volonté politique.

Conclusion :

Nous rappelons dans un premier temps les contributions théoriques et empiriques que nous apportons. L'étude des dispositifs de régulation des inégalités d'accès aux soins et l'analyse de la généalogie du concept de désert médical, nous ont permis de montrer que la modélisation de la demande sociale, couplée au désert médical, est construite à partir d'une analyse quantitative de la dotation des territoires en professionnels de santé. Cette modélisation présente l'avantage d'être actionnable par les pouvoirs publics centraux et leur permet de se prévaloir d'une universalité de l'action publique. Néanmoins, ce type de

modélisation présente des limites car il ne tient pas compte de la variété des situations de détresse fondues dans le concept de désert médical (Lucas-Gabrielli et Chevillard 2018), auxquelles pourtant le corps social et les pouvoirs publics deviennent de plus en plus sensibles. Le concept de parcours permet alors une modélisation plus pertinente du besoin de santé au regard des enjeux sociétaux qui s'imposent actuellement car il donne une vision pluriprofessionnelle, intersectorielle et territoriale de l'offre qu'un besoin de santé peut mobiliser. Toutefois, compte tenu de la spécificité des territoires, nos travaux de thèse analysent les difficultés pour les pouvoirs publics centraux de concevoir et réguler un parcours en respectant les principes de pertinence, de cohérence et d'universalité d'une action publique. Or, l'identification d'un besoin de santé non couvert, n'est possible qu'à un niveau de proximité élevé. Pour autant, les acteurs locaux n'ont pas nécessairement une idée du parcours à construire pour résoudre le problème d'accès aux soins qu'ils ont soulevé. Ainsi, pour concevoir et réguler un parcours, le processus doit embarquer l'ensemble des offreurs concernés, ainsi que les administrations publiques à leurs différents échelons territoriaux. Ce processus collectif peut être lent, instable, car il mobilise tout un écosystème. Notre travail entame la démonstration de la faisabilité d'une action publique ascendante et répartie, où l'opérationnalité des organisations conçues reste à approfondir. Le mode de conception de l'action publique que nous décrivons permettrait d'échapper aux interrelations décrites par les sciences politiques comme contradictoires entre pertinence, cohérence et universalité d'une action publique.

Puis, nous précisons les limites de ce travail de recherche : bien que très riche, nous avons mobilisé un matériau empirique dans une seule région de France et sur le seul secteur de la santé. La généralité de nos résultats de recherche reste encore à être étudiée au sein d'autres secteurs. Par ailleurs, on peut souligner l'absence, par manque de distance temporelle, d'une analyse d'impact des dispositifs de régulation étudiés.

Nous développons également quelques pistes de recherche qui pourraient s'ouvrir : par exemple, analyser la robustesse de nos hypothèses de travail en regard d'un autre secteur comme ceux de l'éducation et de l'environnement où l'on retrouve quelques dynamiques de régulation similaires ou en regard de ce qui fait dans d'autres pays. Par ailleurs, s'il était possible de tenter la mise en œuvre d'un régime de conception innovante au sein de l'équipe nationale article 51 du ministère de la santé, cela nous renseignerait empiriquement sur l'organisation de la capitalisation et de l'expansion des connaissances et permettrait de confirmer ou d'infirmer nos résultats de recherche. A ce titre, un travail complémentaire visant à évaluer l'évolution du nombre de projets cherchant à réduire des inégalités d'accès aux services de santé auparavant « invisibles » pour les pouvoirs publics centraux serait une piste de recherche intéressante.

PARTIE 1 : CADRE THÉORIQUE, EMPIRIQUE ET MÉTHODOLOGIQUE

INTRODUCTION PARTIE 1

Dans cette partie, nous abordons le cadre théorique et la méthodologie de recherche que nous avons utilisés pour comprendre au mieux les questionnements issus de notre objet d'étude.
Le chapitre 1 porte sur le cadre théorique sur lequel on s'appuie pour comprendre le phénomène ; il fait référence à trois grands courants de littérature. Face aux contours flous du concept de désert médical, nous mobilisons en premier lieu l'analyse cognitive des politiques publiques parce qu'on s'intéresse à la façon dont elles modèlent ce concept. On y associe notamment les travaux de théorie de la conception et la notion de régime de conception qui rend inséparable l'étude de l'organisation de l'activité de conception et du modèle de raisonnement du collectif. Comprendre le désert médical, ce n'est pas seulement comprendre les interprétations qu'en font les acteurs publics, c'est aussi analyser la répartition des tâches de conception entre ces acteurs. Cela nous renvoie donc à l'étude du territoire par les sciences politiques, qui décrivent, dans le choix de la maille territoriale d'action, les questions de répartition des rôles de régulation. Enfin, la description des différents modes de régulation nous amène à penser que ces derniers font partie du régime de conception d'une action publique. A l'issue de ce chapitre, nous présentons nos questions de recherche.

Dans le chapitre 2, nous présentons en premier lieu le design de la recherche et notre positionnement dans la collecte du matériau empirique. Ce travail est né à la suite de la demande de l'ARS de Corse d'objectiver le besoin de santé d'une manière alternative aux méthodes utilisées par le ministère. Il a donné lieu à de nombreuses investigations sur le terrain qui sont synthétisées dans ce chapitre. La situation se prêtait particulièrement à l'utilisation d'une méthode de recherche-intervention. Nous décrivons alors de manière exhaustive tous les projets auxquels les agents de l'ARS de Corse nous ont associés et quel a été notre positionnement dans ceux-ci. D'ailleurs, nous n'avons pas pu tous les exploiter mais chacun d'entre eux a alimenté, même indirectement, les conclusions de ce travail.

CHAPITRE 1 : LES DIFFERENTES ANALYSES DE LA CONCEPTION ET DE LA DYNAMIQUE D'UNE ACTION PUBLIQUE

INTRODUCTION CHAPITRE 1

Dans ce chapitre, nous précisons le cadre théorique général dans lequel s'inscrit ce travail et la raison pour laquelle la littérature concernant les politiques publiques nous semble être un angle d'attaque pertinent pour analyser un sujet tel que les déserts médicaux. Vu la complexité du sujet, nous développerons également, dans les chapitres dédiés, quelques corpus théoriques complémentaires utiles à une meilleure compréhension de notre argumentation.

La littérature au sujet des politiques publiques est abondante, pluridisciplinaire et réunit sous le même mot-clef des analyses très différentes. Elle se trouve à la croisée de savoirs déjà établis auxquels elle emprunte ses différents concepts. Nous tenterons dans ce chapitre de préciser brièvement en quoi l'étude des politiques publiques peut s'aborder de diverses manières et nous détaillerons surtout quel sous-ensemble de ce champ disciplinaire nous allons mobiliser.

Muller (Muller 2018) évoque deux approches historiques différentes de l'analyse des politiques publiques :

- Une, plutôt américaine, pragmatique, qui grossièrement cherche à répondre à la question suivante : *« comment la formation des intérêts peut-elle conduire à la mise en place de « bonnes » politiques, efficaces, correspondant aux buts recherchés et économes de l'argent des citoyens ? »*
- Une autre, plutôt européenne, d'inspiration Hégélienne, qui met l'accent sur le concept de l'Etat, une institution qui parvient à dominer, façonner et transcender la société.

Ce sont trois grands courants de littérature qui viennent alimenter les travaux sur les politiques publiques :

- **L'étude du phénomène de la bureaucratie** : on retrouve ici l'approche plus européenne où selon Hegel (Hegel 1820), la bureaucratie est la forme qui permet à l'Etat d'être le seul dépositaire d'une « prévoyance universelle » qui transcende les intérêts particuliers et qui peut s'élever au niveau de l'intérêt général. Marx (Marx 1895) revient d'ailleurs sur ce postulat Hégélien en montrant que l'Etat n'est pas le vecteur de rationalisation du monde et la bureaucratie n'est pas l'accomplissement de la raison, c'est plutôt la société, par la lutte des classes, qui instrumentalise l'Etat afin que la classe dominante puisse servir ses propres intérêts. Dans la continuité de ces travaux sur un volet plus sociologique, Weber (Weber 1952) définit la bureaucratie comme une forme sociale fondée sur l'organisation rationnelle des moyens en fonction des fins. Le propre de la bureaucratie serait d'agencer les différentes tâches indépendamment des agents chargés de les exécuter. Elle serait alors plus efficace car elle accroît la calculabilité des résultats dans la mesure où le système est défini indépendamment des qualités et des défauts des exécutants. L'objectif visé est qu'il soit possible qu'une décision prise au sommet hiérarchique soit appliquée par la base,

sans qu'il soit nécessaire de renégocier à chaque fois l'ensemble du système de décision. C'est le caractère impersonnel, déshumanisé et routinisé de la bureaucratie qui explique son efficacité sociale aussi bien pour le gouvernant que pour l'entrepreneur.

- **La théorie des organisations** : issu d'une approche sociologique des organisations, ce courant académique vise à analyser des concepts tels que ceux d'acteur, de stratégie, de pouvoir et de système organisé. Par rapport à l'approche impersonnelle de la bureaucratie, la sociologie des organisations étudie la complexité des règles (souvent informelles et donc « invisibles » dans un système bureaucratique) qui régissent les administrations. Elle s'intéresse également à l'autonomie des acteurs des politiques publiques et aux relations de pouvoir qui existent entre eux (Crozier et Friedberg 1977).

- **Le management public** se distingue, lui, de l'analyse des politiques publiques au sens où il s'intéresse à la satisfaction de critères de performance par l'administration. Comme les entreprises privées, celle-ci doit gérer au mieux les moyens qui lui sont affectés, sauf que l'efficacité de son action s'apprécie par rapport au degré de réalisation des objectifs fixés par les élus, et non en fonction de la seule "rentabilité" financière. Le management public se donne pour objectif d'améliorer la "performance publique" en permettant à l'administration d'atteindre les objectifs qui lui sont assignés à coût minimal.

La définition donnée par Muller (Muller 2018) du management public s'apparente aux travaux de New Public Management (Ferlie, Fitzgerald, et Pettigrew 1996) alors que selon Nelissen et De Goede (Nelissen et De Goede 2003), sept approches dominantes se sont succédées :

Tableau 1, les multiples approches du management public dans le temps

Approches	Nature du management public	Période principale
Politique/administration	Apolitique	1900-1925
Science de l'administration	Scientifiquement fondé	1920-1940
Wébérienne	Orienté par les règles	1930-1970
Humaniste	Orienté sur l'homme	1960-1980
Politique publique	Orienté sur les politiques	1970-1980
Systémique	Orienté sur l'environnement	1980-2000
Nouveau management public	Orienté « business »	1980-2000

Finalement, dans la lignée de Hood (Hood 1991), Gibert (Gibert 2011), recense quatre grand types de management public :

- Le management public comme un art essentiellement centré sur le partage de bonnes pratiques, des méthodes d'animation et de conduite du personnel.

- Le management public comme une science qui s'intéresse aux problèmes rencontrés dans le fonctionnement des organisations publiques ou dans la mise en œuvre des politiques dont elles ont la charge.
- Le management public comme un mouvement, c'est-à-dire une forme d'idéologie, une certaine perception du monde mélangeant des idées et des intérêts.
- Le management public comme un mode de légitimation. La légitimité d'une organisation publique serait notamment fondée sur la performance du système public.

Les typologies présentées ne sont pas exhaustives mais elles montrent la diversité des champs disciplinaires couverts par la question des politiques publiques. Ces travaux sont bien trop nombreux pour que nous fassions référence à chacun d'entre eux. Nous cherchons donc, dans ce chapitre, à déterminer un domaine d'analyse dans les politiques publiques qui nous permettra de mieux appréhender notre sujet de recherche. Nous nous intéressons notamment aux processus de conception d'objets qui répondraient aux problèmes soulevés par les déserts médicaux. Nous étudions également la façon dont ces objets régulent l'accès aux services de santé des usagers de manière plus ou moins égalitaire. En synthèse nous nous demandons, comment un processus de conception d'une action publique peut-il affecter le mode de régulation choisi par les administrations publiques ?

Dans la première section, nous démontrons en quoi notre sujet d'étude nous oriente vers une analyse cognitive des politiques publiques. Les développements théoriques étudiés nous permettront notamment de préciser l'objet conçu par une politique publique et les propriétés qu'il doit respecter**. La deuxième section** développe des aspects théoriques relatifs à la notion de territoire et montre que les propriétés de l'objet à créer, déterminées en première section, peuvent être difficiles à concilier et dépendent a priori, du territoire de conception. Enfin la **troisième section** exploite les travaux au sujet des différentes formes de régulation existantes et notamment leur lien avec les connaissances développées par les régulateurs.

SECTION 1 : POLICY DESIGN/POLICY PROCESS : LES STANDARDS DE CONCEPTION D'UNE ACTION PUBLIQUE.

Comme abordé dans notre introduction, nous avons fait le choix d'analyser le concept de désert médical en observant l'action des pouvoirs publics pour l'endiguer. Dès lors, on s'inscrit déjà dans un sous-ensemble des analyses de politiques publiques. En effet, Muller (Muller 2018) distingue les approches en termes de « politics », qui s'intéressent aux comportements des acteurs dans le cadre des votes, des stratégies électorales …, des approches dites de « policies » qui s'intéressent à la forme de l'action publique (comment sont élaborées et mises en œuvre les actions des administrations publiques) et qui saisissent l'Etat par son action (Jobert et Muller 1987). Cette dernière façon d'étudier l'Etat démontre que les

fonctions de gouvernement ne peuvent pas se réduire aux seuls processus de représentation politique, et que l'on ne peut pas déduire le contenu et les formes des activités gouvernementales des caractéristiques de la « politique électorale » (Leca 1987). Même si Muller insiste sur le fait que la combinaison de ces deux approches est nécessaire pour mieux cerner les transformations des sociétés contemporaines, nous avons fait le choix, compte tenu de notre matériau empirique, d'étudier le phénomène de désert médical au regard de la seule action publique.

1.1) L'approche cognitive des politiques publiques

De manière générale, l'étude des politiques publiques cherche à déterminer les raisons pour lesquelles une question devient l'objet d'une politique. On pourrait répondre qu'une action publique est mise en œuvre pour résoudre un problème public. Pour autant, la réponse n'est pas si évidente car on ne sait pas, a priori, pourquoi un problème social fait l'objet d'une politique publique (Gusfield 2009). En effet, à partir de quand, de quelle intensité, un problème peut-il être considéré comme public ? L'étude des politiques publiques porte aussi bien sur les modalités de représentation d'un problème que sur la façon dont celui-ci parvient à s'insérer dans l'agenda politique. Néanmoins, notre matériau de recherche ne nous a pas permis de nous intéresser à ce dernier volet d'analyse. Nous nous sommes plutôt concentrés sur la perception du problème que représente le concept de désert médical pour les pouvoirs publics. En effet, un problème n'est pas donné, mais il est perçu par les régulateurs par un prisme d'analyse particulier. Cela signifie qu'un problème politique est un construit social dont la configuration dépendra de multiples facteurs propres à la société et au système politique concerné. Jones (Jones 1970) développe une grille d'analyse des politiques publiques sous la forme de séquences d'action plus ou moins ordonnées :

- l'identification du problème et son intégration dans le travail gouvernemental. À cette phase sont associés des processus de perception du problème, de définition, d'agrégation des différents événements ou problèmes, d'organisation de structures, de représentation des intérêts et de définition de l'agenda ;
- le développement du programme est la phase de traitement du problème. Il associe des processus de formulation (des méthodes et des solutions pour résoudre le problème) et de légitimation (acquisition d'un consentement politique) ;
- la mise en œuvre du programme est la phase d'application des décisions. Elle comprend l'organisation des moyens à mettre en œuvre, l'interprétation des directives gouvernementales et leur application proprement dite ;
- l'évaluation du programme est une phase préterminale de mise en perspective des résultats du programme. Elle comprend la spécification de critères de jugements, la mesure des données, leur analyse et la formulation de recommandations ;
- enfin, la terminaison du programme est une phase de clôture de l'action ou de mise en place d'une nouvelle action. Elle suppose la résolution du problème et la terminaison

de l'action. A défaut d'avoir résolu le problème, on peut envisager une redéfinition de ce dernier donnant lieu à une nouvelle action.

O Jones insiste sur le fait que ces séquences ne sont pas nécessairement ordonnées de cette manière et que certaines d'entre elles peuvent être absentes. Néanmoins, les exposer permet de comprendre toutes les dimensions d'une action publique. D'ailleurs, comment reconnait-on une politique publique ?

Mény et Thoenig (Mény et Thoenig 1989) retiennent cinq éléments qui peuvent fonder l'existence d'une politique publique :

- une politique est constituée d'un ensemble de mesures concrètes qui forment la « substance » d'une politique ;
- elle comprend des décisions de nature plus ou moins autoritaire, cette dimension pouvant être explicite (justice, police) ou latente par la définition de critères d'accès aux droits ;
- une politique s'inscrit dans un « cadre général d'action », ce qui permettrait de distinguer une politique publique de simples mesures isolées.
- une politique publique a un public (ou plutôt des publics);
- enfin, une politique définit obligatoirement des buts ou des objectifs à atteindre.

L'analyse cognitive des politiques publiques s'intéresse justement aux modalités de représentation d'un problème qui a suscité une action publique, de ses conséquences et des solutions envisageables pour le résoudre. Les politiques publiques constituent alors un lieu où une société donnée construit son rapport au monde : elles doivent être analysées comme des processus à travers lesquels sont élaborées les représentations qu'une société se donne pour comprendre et agir sur le réel tel qu'il est perçu. De nombreux auteurs cherchent à montrer que l'action publique s'organise autour de cadres qui constituent l'univers cognitif des acteurs et qui présentent une certaine stabilité dans le temps. C'est dans cette perspective que sont développées les notions de paradigme (Hall 1993), d'« advocacy coalition » (Sabatier et Schlager 2000), de discours politique ou de récits des politiques publiques (Schmidt 2002; Radaelli, Charron, et Surel 2000) et enfin de référentiel (Muller 2000). Pour Muller, élaborer une politique publique consiste d'abord à construire une représentation, une image de la réalité sur laquelle on veut intervenir. C'est en référence à cette image cognitive que les acteurs organisent leur perception du problème, confrontent leurs solutions et définissent leurs propositions d'action : cette vision du monde est le référentiel d'une politique. Il s'agit à la fois d'un **processus cognitif** permettant de comprendre le réel en limitant sa complexité et d'un **processus prescriptif** permettant d'agir sur le réel. En tant que structure de sens, le référentiel articule ainsi quatre niveaux de perception du monde qui doivent être distingués, mais qui restent liés :

- **les valeurs** sont les représentations les plus fondamentales sur ce qui est bien ou mal, désirable ou à rejeter. Elles définissent un cadre global de l'action publique ;
- **les normes** définissent des écarts entre le réel perçu et le réel souhaité. Elles définissent des principes d'action plus que des valeurs ;

- **les algorithmes** sont des relations causales qui expriment une théorie de l'action (Gibert 2003). Ils peuvent être exprimés sous la forme de propositions logiques ;
- **les images** (« le jeune agriculteur dynamique et modernisé »…) sont des vecteurs implicites de valeurs, de normes ou même d'algorithmes. Ce sont des raccourcis cognitifs qui font sens immédiatement.

Ces éléments sont importants car, dans notre cas, cela signifie que le désert médical n'est pas observable directement. C'est à partir de l'étude des valeurs, des normes, des images et de la théorie de l'action des pouvoirs publics que nous pourrions préciser un concept flou et mal défini (Herbert A. Simon 1973) comme le désert médical.

Pour élaborer une politique, il est donc nécessaire de construire une double représentation : d'une part, celle de la réalité sur laquelle les pouvoirs publics souhaitent intervenir, et d'autre part, celle de la chaine de causalité conduisant les acteurs à agir selon des stimuli qui les atteignent. En fonction de ces représentations, les concepteurs des politiques publiques orientent leur perception du problème, la « demande sociale » (Gibert 2011), confrontent leurs solutions et définissent leur propositions et modes d'action. On peut donc identifier trois sources de complexité : la première est liée de la demande sociale qui est par nature complexe comme toute réalité. La deuxième est liée à la modélisation de cette demande sociale, et la troisième est associée à la création d'une théorie de l'action pour répondre à cette demande sociale modélisée.

En mettant l'accent sur l'étude des résultats de l'action de l'Etat, l'analyse cognitive des politiques publiques a mis à mal la vision d'un Etat omniscient et omnipotent dont la rationalité permettait de transcender l'irrationalité des individus (Muller 2000). Ces analyses s'appuient notamment sur les travaux de March et Simon (H. A. Simon et MARCH 1976) qui ont mis en évidence les limites de la rationalité de systèmes de décision et des capacités des acteurs à mobiliser les informations pertinentes. L'étude des outils de modélisation d'une demande sociale et de mise en action d'une politique publique permettrait alors de comprendre le prisme cognitif à travers lequel les pouvoirs publics appréhendent un problème comme le désert médical.

En effet, Moisdon (Moisdon 2005) développe l'idée selon laquelle des points d'entrée de l'action organisée sont les outils de gestion. Dans la lignée de March et de Simon, ces trois auteurs partent du principe que tout être humain ne peut traiter mentalement qu'un nombre très réduit d'interactions entre différentes variables, et qu'en conséquence, dès que le nombre d'activités en cause et d'événements incertains dépasse un certain seuil (plutôt bas), on utilisera des représentations formalisées de la situation à laquelle on se trouve confronté. Une demande sociale est complexe car elle se caractérise justement par des interactions entre de nombreuses variables (santé, sociale par exemple). Les pouvoirs publics n'observent pas une demande sociale, mais se la représente, grâce à un cadre cognitif donné. Le confinement obligatoire des acteurs de terrain, caractéristique de toutes les organisations, va accentuer ces limites cognitives et amplifier la tendance des acteurs des organisations à engager des investigations instrumentées. Un outil de gestion constitue toujours une représentation

formalisée d'un fonctionnement organisationnel. A ce titre, Simon présentait la modélisation comme une réponse potentielle à cette caractéristique essentielle de l'action organisée, que représente la faiblesse des capacités cognitives confrontées à un fonctionnement d'ensemble. Ainsi, étudier les instruments de mise en œuvre d'une action publique permet de comprendre la représentation formelle des valeurs, des normes et des algorithmes d'une politique publique développés pour saisir une demande sociale. Cette tradition a été par la suite reprise par des sociologues (Lascoumes et Simard 2011; Chiapello et Gilbert 2013; Halpern, Lascoumes, et Le Galès 2014).

A partir du moment où toute action publique est associée à une modélisation de la demande sociale, l'analyse cognitive des politiques publiques n'a-t-elle pas vocation à décrire le cheminement des idées des concepteurs d'une politique publique ? N'est-ce pas par l'étude des dispositifs conçus que l'on pourra comprendre la vision du problème à résoudre qu'ont les pouvoirs publics ?
Sabatier & al (Sabatier et Schlager 2000) s'intéressent à ce cheminement des idées des acteurs publics en étudiant les phénomènes d'apprentissage des décideurs politiques. Ils recensent notamment deux types d'apprentissage selon leur but respectif : le premier concerne le contenu des politiques, la réalisation des objectifs d'une politique. C'est la conquête d'une meilleure compréhension de la gravité un problème, de ses causes, des bénéfices et des coûts des solutions alternatives, qui est en jeu. Le second, qualifié d'apprentissage politique, s'intéresse à l'acquisition de ressources stratégiques dans le but de maintenir ou d'améliorer la situation de l'organisation. Il porte également sur l'identification des menaces pesant sur le pouvoir de l'organisation ainsi que sur les stratégies visant accroître ce pouvoir.
Toutefois, les déserts médicaux ne font pas débats quant à leur intégration à l'agenda politique. Depuis que le phénomène est évoqué (cf. chapitre 3), les pouvoirs publics prétendent qu'ils s'en saisissent en luttant contre les inégalités territoriales de santé, mais c'est, finalement, plus la modélisation de la réalité sociale sous-jacente au désert médical qui pose problème. Autrement dit, le concept que nous souhaitons étudier nous amène à mobiliser une littérature qui s'intéresse au contenu d'une politique publique et même à la façon dont une action publique est conçue. Est-ce que le « flou » porté par le concept de désert médical, l'écart entre le ressenti des acteurs de terrain et les pouvoirs publics centraux, est lié à une certaine modélisation de la demande sociale et à la conception d'une politique publique qui en découle ?
Cette question nous amène à faire appel, au-delà de l'analyse cognitive des politiques publiques, aux travaux sur les raisonnements créatifs et la conception d'objets (au sens large).

1.2) Dispositifs de régulation et régime de conception

Comprendre les ressorts d'une action publique peut être facilité par l'étude des modalités de conception d'un outil de régulation par les pouvoirs publics. Nous nous intéressons ici aux travaux sur les raisonnements de conception que nous tenterons d'appliquer au domaine des politiques publiques. En effet, traditionnellement, la théorie que nous allons aborder rend

compte de raisonnements créatifs pour concevoir des objets plutôt physiques. Pourtant, nous verrons qu'elle peut s'étendre à d'autres types d'objets (services etc.).

Le Masson & al (Le Masson, Hatchuel, et Weil 2014), s'intéressent aux raisonnements créatifs. Ils étudient notamment comment les entreprises s'organisent, non pas pour générer un produit nouveau de manière aléatoire, mais pour créer un flux continu de produits plus ou moins en rupture avec leurs prédécesseurs. Le travail de l'organisateur d'un processus de conception n'est plus de jouer dans un espace de probabilités donné, de décider dans l'incertain, mais de changer l'espace de probabilités, de structurer l'exploration de l'inconnu. Le raisonnement créatif pose des questions fondamentales concernant la révision des axiomatiques des objets, et le rôle de la connaissance dans ce processus. Il est donc fructueux de s'attarder sur ce type de raisonnement qui pourra nous éclairer sur la façon dont la modélisation d'une demande sociale et la conception d'un outil pour y répondre ont lieu.
Les auteurs développent également le concept de régime de conception : plutôt que d'étudier la conception de nouveaux objets qui aurait tendance à limiter le champ d'analyse aux seuls raisonnements créatifs, aux cheminements des idées, le régime de conception introduit également la question des modalités d'organisation collective et de performance autour de l'activité de conception. Ce concept insiste donc sur la pérennité de l'activité collective puisqu'il est une forme de conception industrielle caractérisée par une certaine stabilité au cours du temps. Bien que ce concept n'ait pas été appliqué à l'action publique, il peut tout à fait s'y prêter : quels sont les raisonnements créatifs et les modalités d'organisation collective qui génèrent des initiatives de la part des pouvoirs publics ?
Un régime de conception est donc caractérisé par trois dimensions :

- Un modèle de raisonnement de conception ;
- Un modèle d'organisation collective ;
- Un modèle de performance.

Ce sont les deux premières composantes du régime de conception qui nous intéressent particulièrement : le modèle de raisonnement de conception pourrait en effet regrouper la modélisation d'une demande sociale et la conceptualisation d'une théorie de l'action. Le modèle d'organisation collective de l'activité de conception est également intéressant car il devrait à priori affecter le modèle de raisonnement. Mais qu'est-ce qu'un modèle de raisonnement ?
Les auteurs décrivent un modèle canonique de raisonnement, c'est-à-dire une forme standard qu'on peut attribuer à tout raisonnement de conception. Ce dernier est distingué des autres types de raisonnements (optimisation et la modélisation) car l'objet à concevoir n'est pas nécessairement connu ou observable et que les connaissances liées à l'objet ne permettent pas de déduire l'objet à l'instant t mais ne permettent pas non plus de dire qu'il n'existe pas. Le modèle canonique de raisonnement se divise lui aussi en plusieurs concepts :

- **La définition de l'objet** à concevoir que l'on appelle X. Il doit être appréhendé comme un continuum d'objets au sein d'une liste d'objets déjà connus car chaque objet conçu n'est pas nécessairement radicalement nouveau ou du moins peut s'inscrire dans la lignée d'objets déjà conçus.

- **Les connaissances associées à l'objet** (son environnement, son usage, ses "lois"…). De la même manière, ces connaissances sont à considérer comme un continuum, un ensemble de connaissances déjà disponibles auquel peut s'ajouter la nécessité de produire de la connaissance nouvelle. Cet ensemble est appelé **K(X)**.
- **Les décisions** qu'il est possible de prendre pour faire exister l'objet. Là aussi, cet ensemble est à considérer comme un continuum composé de paramètres connus pour concevoir un objet connu et de paramètres inconnus pour concevoir un objet en construction. Cet ensemble est appelé **D(X)**.
- **Les propriétés de l'objet à concevoir** sont les propriétés attendues de l'objet à concevoir. De la même manière, il s'agit d'un continuum avec des paramètres de performance déjà connus et des propriétés attendues de l'objet qu'il faut enrichir, préciser. On appelle cet ensemble **P(X)**.

En conception, on s'intéresse à un nouvel X qui nous permet de vérifier que P(X) est vrai.
Mais pour un acteur public, quel est l'objet à définir ? S'agit-il d'un instrument statistique pour identifier le désert médical, d'un contrat incitatif à destination de professionnels de santé qui souhaiteraient s'installer dans des zones sous-denses ?
Dans leur étude de l'action gestionnaire à travers les instrumentations, techniques, scientifiques ou gestionnaires qui sont mises en place pour conduire l'action collective et produire de nouvelles capacités stratégiques, Aggeri & al (Aggeri et Labatut 2010) introduisent une distinction entre outils, instruments, machines, dispositifs et technologies de gestion. Nous en reprenons ici quelques éléments. **L'outil de gestion** est défini comme un auxiliaire du manager, le prolongement de sa main qui reflète une image modeste de la gestion. Par exemple, le tableau de bord, le planning, l'indicateur … sont des outils de gestion conçus pour être « utiles ». **L'instrument de gestion** est en revanche le produit d'une opération de pensée d'ordre supérieur. Pour être utilisé, il nécessite un mélange de compétences savantes et pratiques et il est souvent lui-même le produit d'une activité de conception. L'instrument est également politique au sens où il vise le contrôle des comportements et est destiné à produire des effets.
En étudiant les instruments de gestion, on ne limite pas notre attention à la conception d'un artefact, mais on intègre également les usages de ces instruments en situation et les effets qu'ils sont susceptibles de produire sur les comportements d'autres acteurs. L'instrument modifie alors la perception du réel, permet la construction et l'interprétation de nouveaux phénomènes.
C'est donc l'analyse des instruments d'une politique publique qui peut nous permettre de comprendre le cheminement cognitif des administrations publiques et non l'étude de la substance, des discours ou des intentions de leurs membres.
Enfin, **le dispositif de gestion** désigne un agencement d'instruments et d'acteurs. Il fait référence à un niveau d'analyse moins élémentaire que celui de l'instrument. Pour le dispositif, c'est moins l'efficacité de chacune des parties qui compte, que celle de leur agencement les unes avec les autres et les manières possibles d'y parvenir (Girin 1995). Le dispositif se conçoit, s'aménage, se transforme en vue de finalités.

L'objet à concevoir (X) pour l'acteur public est donc un dispositif de régulation, c'est-à-dire un agencement d'instruments et d'acteurs qui aura pour objectif de réguler un objet. En effet, si l'on reprend l'exemple précédent, favoriser l'installation de professionnels de santé dans un territoire sous-dense nécessite au moins deux instruments : un premier pour identifier les zones sous-denses, un deuxième pour attirer les professionnels de santé (par exemple un contrat incitatif). L'objet régulé est quant à lui, l'accès aux soins à une profession donnée.
Ce dispositif de régulation devra donc, d'après le modèle canonique de raisonnement, remplir certaines propriétés (P(X)) et les pouvoirs publics disposent ou doivent créer des connaissances (K(X)) et des décisions (D(X)) pour que X satisfasse au mieux P(X).
La conception d'un dispositif de régulation nécessite une organisation de la part des pouvoirs publics. En effet, au modèle canonique de raisonnement est associé un modèle canonique d'organisation de l'activité de conception qui comporte deux aspects :

- les formes de coordination (division du travail, responsabilités, formes de prescription existantes, tâches et interdépendances, gestion des ressources …) entre les capacités de conception (entendues au sens large, acteurs, ressources…) ;
- les formes de cohésion (les raisons pour lesquelles un collectif est soudé, les éventuels buts communs, intérêts partagés et formes de solidarité) entre les capacités de conception.

On reconnait ici les deux sous dimensions de la coopération inhérente à l'action collective identifiées par Barnard (Barnard 1968). A cette activité de conception d'un dispositif de régulation est nécessairement associée une répartition des rôles entre les agents des pouvoirs publics. Or cette organisation de l'activité de conception affecte le modèle de raisonnement. Par exemple, la participation d'un panel plus ou moins large d'experts au processus de conception du dispositif de régulation affectera à la hausse ou à la baisse le niveau de connaissance du collectif. On peut également supposer que ce niveau de connaissances aura une conséquence sur le mode de régulation utilisé : plus le niveau de connaissance des pouvoirs publics au sujet d'un objet à réguler est faible, plus on peut supposer que le mode de régulation sera « souple » (cf. section 3).
Enfin, peut-on déjà identifier des grands types de propriétés qu'un dispositif de régulation devrait respecter ? Nous avons répertorié trois grands principes d'une action publique (Offner 2006; Aggeri et Pallez 2005) : elle doit être **pertinente**, c'est-à-dire adaptée à la demande sociale réelle. Une action publique pourrait donc ne pas être pertinente si la modélisation de la demande sociale par les pouvoirs publics est trop loin d'une réalité complexe et insaisissable ou si le mode de régulation n'est pas adapté à la situation. Le management public se distingue par la nature complexe d'une demande sociale qui peut rendre l'élaboration d'un « référentiel » et d'un programme d'action insuffisant par rapport au problème traité. Alors que toutes les conditions politiques seraient réunies pour déployer un programme public, la complexité d'un problème serait telle, que l'action publique conçue n'en résout qu'une infime partie. Une action publique doit également être **cohérente** avec le reste des actions menées sur le territoire. En effet, nous n'avons pas fait de distinction, jusqu'à présent, en utilisant l'expression générique « pouvoirs publics », pour autant, on distingue différentes administrations aux pouvoirs et au rayon d'intervention très divers. Dans le secteur de la santé

et du social, les champs de compétences des pouvoirs publics sont répartis entre plusieurs échelons territoriaux et types d'administrations (ministère de la santé et des affaires sociales, Caisse Nationale d'Assurance Maladie, Agences Régionales de Santé, Conseils départementaux, Caisses Primaires d'Assurance Maladie …). Par ailleurs, les professionnels de santé et les établissements de santé ont eux-aussi une responsabilité dans la régulation de l'accès aux soins sur un territoire. Les concepteurs d'un dispositif de régulation doivent donc s'assurer que leur objet est bien cohérent avec les autres déjà déployés. Enfin, un dispositif de régulation se doit d'être **universel et égalitaire**, il doit s'adresser à toute la population du territoire national sans générer d'inégalités de traitement entre citoyens. Ces trois grandes propriétés pourront être par la suite décomposées en sous-critères spécifiques, mais avant cela, la littérature n'a-t-elle pas déjà identifié des formes de tension entre ces propriétés ?

Malgré le fait que l'analyse des politiques publiques ne peut pas se réduire à de la résolution de problèmes, l'introduction de la notion de régime de conception et de modèle canonique de raisonnement permet de saisir la complexité éventuellement inhérente à la conception d'un dispositif de régulation. D'ailleurs, nous verrons par la suite, en discutant notamment de la notion de territoire, que les propriétés d'un dispositif de régulation ne paraissent pas nécessairement compatibles de prime abord.

Enfin, dans notre cas, notons une différence importante avec les travaux sur les régimes de conception : un dispositif de régulation peut avoir pour objet une organisation(par exemple l'organisation d'une prise en charge médicale), elle-même sujette à une dynamique propre (Sardas, Dalmasso, et Lefebvre 2011). On comprend alors que la nature complexe d'une demande sociale invite à analyser la pertinence du modèle utilisé pour la cibler, l'élaboration des propriétés du dispositif de régulation associé à ce ciblage, et le processus d'apprentissage permettant de concevoir un dispositif respectant ces propriétés.

SECTION 2 : LES SCIENCES POLITIQUES ET LA QUESTION DES RELATIONS ENTRE PERTINENCE, COHERENCE ET UNIVERSALITE D'UNE ACTION PUBLIQUE

Dans la section précédente, nous avons présenté l'intérêt que présentaient les analyses cognitives des politiques publiques pour notre sujet d'étude, et leur variété. Face au problème définitionnel rencontré avec le concept de désert médical, nous avons complété cette revue des travaux existants avec les théories relatives aux raisonnements créatifs et avons précisé en quoi nous pouvions les utiliser pour analyser la conception de dispositifs de régulation par les pouvoirs publics. Trois grandes propriétés d'un dispositif de régulation ont été posées (pertinence, cohérence, universalité). Pour autant, rien ne garantit qu'il soit aisé de les respecter. Dans cette section, nous revenons sur la notion de territoire, largement étudiée par les sociologues comme les géographes, car elle concentre, en des termes différents, bien des questionnements autour de la pertinence, de la cohérence, de l'universalité d'une action publique et de l'organisation de l'activité de conception d'un dispositif de régulation. En effet, la notion de territoire s'est imposée à partir d'une représentation " naturelle " des frontières

politiques de la France, alors qu'elle se dessinait surtout sur une construction juridique singulièrement attachée aux rouages administratifs de l'État-nation en formation (Alliès 1980). Le territoire est surtout la traduction de centralisme républicain de cette époque. Une transformation de ce centralisme apparaît dans les années 80 et 90 avec la place croissante que prennent, dans les études sur l'action gouvernementale, les analyses consacrées aux conditions de mise en œuvre des politiques publiques à l'échelon local (Faure, 2004).

2.1) La dialectique cohérence/pertinence d'une action publique connue des sciences politiques.

Les dispositifs récemment déployés par les pouvoirs publics dans le domaine de la santé témoignent d'une certaine redéfinition de l'espace qui n'est plus seulement une étendue géographique, mais devient contingent à un contexte historique, aux représentations, aux apprentissages des acteurs habitant ce territoire (Pecqueur et Peyrache-Gadeau 2010).
Pour ne citer que quelques exemples, ces dernières années sont apparus des objets tels que les groupements hospitaliers de territoire (GHT), les Communautés Pluriprofessionnelles Territoriales de Santé (CPTS) ou encore les territoires de démocratie sanitaire. L'objectif affiché des pouvoirs publics est de laisser aux acteurs la possibilité de s'exprimer sur la pertinence de certaines politiques publiques ancrées dans leur contexte territorial (territoire de démocratie sanitaire) et d'envisager certaines actions à leur initiative en partenariat avec les pouvoirs publics. Les GHT et les CPTS vont même jusqu'à une forme de « délégation » de l'organisation des soins sur un territoire. Balme & al (1999) justifient cette territorialisation de l'action publique par l'impossibilité d'uniformiser le traitement des problèmes rencontrés dans les territoires. Ces derniers sont trop spécifiques et nécessitent que les acteurs locaux doivent être alors associés de manière plus ou moins directe à la conception de l'action publique censée y répondre. Notons d'emblée que pour nous, une Agence Régionale de Santé (ARS) peut être un acteur local et que nous ne la considérons pas comme une émanation parfaite du ministère de la santé. D'ailleurs, ces structures disposent de quelques marges de manœuvre (Rolland et Pierru 2013) par rapport au ministère de la santé et des affaires sociales. Le domaine de la santé n'échappe donc pas à ce constat de multiplication des acteurs intervenant dans une politique publique car il est composé d'un organe central (Ministère, CNAMTS) et d'antennes régionales/départementales que sont les Agences Régionales de Santé (ARS) et leurs délégations départementales, les Caisses Primaires d'Assurance Maladie (CPAM)… Or malgré l'appartenance à un même réseau administratif, des divergences significatives de référentiels et de connaissances peuvent exister entre concepteurs et agents de terrain. Cependant derrière chaque utilisation du mot « territoire » par les pouvoirs publics, est-ce qu'on parle d'un objet dont la définition serait stabilisée quel que soit le dispositif auquel il est associé ? Le territoire est-il défini de la même manière quand on évoque des dispositifs tels que les Praticiens territoriaux de médecine générale (PTMG) ou les contrats territoriaux de santé ? Est-ce que territoire est seulement le synonyme de « local » ou revêt-il une signification plus large ?

La question des inégalités d'accès aux soins est intéressante car elle fait intervenir la notion de besoins de santé et questionne l'organisation mise en œuvre pour les couvrir. Alors, pour déterminer la nature d'une inégalité d'accès aux services de santé, il est nécessaire de qualifier le besoin de santé. Autrement dit, la réflexion part de besoins de santé contextualisés dans un territoire donné auxquels devrait répondre une organisation sanitaire, sociale et médico-sociale. Partant de là, les inégalités de santé amènent aussi à analyser l'offre en présence sur un territoire. Ainsi, que ce soit à travers le comptage simple de professionnels, ou l'analyse de l'organisation d'une filière de soins dans son ensemble, la question du découpage territorial et de la répartition de l'offre se posera.

On peut supposer que les difficultés liées à l'objectivation des besoins de santé (cf. chapitre 3) expliquent en partie les nombreuses formes que prend l'action publique. Il semble d'ailleurs que deux grands idéaux types coexistent :

- une méthode nationale d'appréciation des besoins de santé reposant sur des découpages géographiques identiques dans les régions (ex : Bassins de Vie/Canton) donnant lieu à des zonages déterminant les zones sous denses en professionnels dans lesquelles des contrats d'incitation à l'installation doivent être déployés ;
- des méthodes plus locales à travers des dispositifs de « démocratie sanitaire » tels que les contrats locaux de santé (CLS) ou contrats territoriaux de santé (CTS).

Il existe en fait un paradoxe entre la nécessité d'une grande proximité pour évaluer les problèmes rencontrés dans les territoires afin d'imaginer la réponse la plus pertinente et légitime (Gaudin 1995; Offner 2006) possible et la nécessité de disposer de suffisamment de « recul » pour mettre en cohérence l'ensemble des actions menées par les pouvoirs publics (national, collectivités territoriales, professionnels de santé …).

Cette tension n'est pas propre à la santé, Offner (Offner 2006) distingue :

- **les territoires fonctionnels** (réels) correspondant à des découpages géographiques reflétant des habitudes de vie ou de travail des habitants : une zone d'intervention d'un médecin généraliste libéral pour prendre un exemple dans le domaine de la santé. Dans la mesure où ces territoires correspondent à un vécu des usagers, ils sont considérés comme plus pertinents qu'un espace découpé de manière administrative par exemple.
- **les territoires institutionnels** que l'on pourrait assimiler à des territoires plus politisés tels que des communes, des départements …

L'auteur souligne le problème que pose l'extrême diversité des découpages fonctionnels. La pertinence d'un territoire se mesure à l'aune des préoccupations de chaque acteur, local ou national. Il précise que la Direction régionale de l'Insee de Basse-Normandie a ainsi publié un Guide des zonages bas-normands qui recense 40 types de zonages délimitant près de 4 500 zones différentes. Aucune raison technique première ne saurait épuiser l'épaisseur du local. L'espace fonctionnel d'un réseau d'assainissement n'est pas celui d'un service de transport en commun, qui sont eux-mêmes différents des aires de chalandise… Les prouesses de l'ingénierie du découpage sont notoires. Une conception et une action à l'échelle d'un territoire fonctionnel serait, selon Offner, plus pertinent, car cela rapprocherait la décision publique du lieu d'émergence du problème et le rendrait par conséquent plus légitime, mais

aussi parce que cela induirait une réduction des circuits décisionnels, les concepteurs auraient une meilleure connaissance des problèmes traités, comprendraient le milieu social dans lequel ils interviennent …

Il serait difficile de dire qu'un territoire est exclusivement institutionnel, il est plutôt en permanence sujet à une dialectique qui oppose la pertinence d'une action publique et sa cohérence avec le reste des politiques menées. Plus le territoire serait local et plus la problématisation serait meilleure et l'action mieux calibrée, néanmoins, elle risquerait d'entrer en conflit avec des actions menées en parallèle à des échelons géographiques différents.

Pecqueur (Pecqueur 2009) recense dans la littérature européenne des distinctions semblables : « *Aujourd'hui, la notion de territoire est admise dans la littérature européenne mais encore ambiguë dans son statut dans les travaux anglo-saxons où « Territory » est plutôt considéré comme un territoire politique, constitué et institutionnalisé (ce que j'appellerais un territoire « donné » ou « institué ») lui préférant la notion de « Place » pour les territoires élaborés par les acteurs à l'occasion de la recherche de solutions à des problèmes productifs communs (que j'appellerais des territoires construits).* ».

En d'autres termes, deux des propriétés recherchées d'un dispositif de régulation (pertinence et cohérence) semblent impliquer un compromis de la part des concepteurs : ils privilégient une conception par des acteurs locaux au risque de multiplier l'émergence de dispositifs de régulation redondants, ou bien la conception du dispositif est réalisée à un échelon territorial supérieur mais a priori moins pertinent. Ce courant théorique nous indique déjà qu'au même titre qu'un objet à concevoir, la conciliation des différentes propriétés d'un dispositif de régulation est ardue car les propriétés à respecter peuvent être contradictoires ou du moins sujettes à une dialectique. La proximité territoriale permettrait de concevoir des référentiels et des programmes plus pertinents mais nécessairement non cohérents avec d'autres dispositifs déployés par d'autres acteurs à des échelons territoriaux plus larges. Cette littérature laisse donc entendre qu'au vu de la complexité d'un problème public, localiser la conception d'une action publique n'est pas une solution sans risque car cela peut générer une multitude d'actions non cohérentes d'un point de vue national sans que les acteurs locaux le sachent.

Concernant les déserts médicaux, si on voulait approcher de manière inclusive et non cloisonnée par secteur, le besoin de santé et l'organisation des soins pour y répondre, il faudrait des territoires de grande proximité, alors que les politiques publiques ont une vocation universaliste et se déclinent à travers de nombreux dispositifs mis en œuvre par des acteurs différents. A ce titre, les nouvelles formes d'innovation publique (Coblence et Pallez 2015) sont riches à étudier en ce qu'elles nous éclairent un peu plus sur le lien entre organisation de l'activité de conception, territoire et universalité d'un dispositif de régulation.

2.2) Le territoire, un concept au cœur de la question de l'organisation de l'activité de conception d'un dispositif de régulation.

L'étude des nouvelles formes d'innovation publique commence dans de nombreux pays occidentaux, comme le Danemark, l'Angleterre, la Finlande, le Canada ou la France, et dans un contexte où les réformes administratives semblent de plus en plus discutées voire discréditées, émergent depuis le début des années 2000 des pratiques inédites, apparemment alternatives à ces réformes. Ces pratiques se présentent explicitement comme des innovations et visent à faire évoluer l'administration en se réclamant des cultures et des méthodes du design, de l'open source, de l'ethnographie, de l'entrepreneuriat social, etc. Leurs formes concrètes paraissent multiples et ne ressemblent pas aux pratiques établies des bureaucraties publiques :« immersion » de plusieurs semaines sur des territoires ; projets associant designers, fonctionnaires, usagers, créatifs et chercheurs en sciences sociales. Les auteurs s'intéressent notamment aux effets novateurs de ces approches par rapport à des méthodes de conception plus traditionnelles. Ils caractérisent l'action publique comme une action respectant les principes suivants (Bezes 2009) : universalité, neutralité politique, rationalité, satisfaction de l'usager. Par souci de concision, nous ne reprendrons que leur analyse concernant l'universalité de l'action publique.

Au désir d'universalité se substitue, dans les nouvelles formes d'innovation publique, un souci d'ancrage local et d'attention aux singularités, nullement tourné vers la généralisation. Même si les pouvoirs publics nationaux essayent de généraliser les projets conçus localement, ils ne parviennent pas à décoller l'initiative du contexte local. En témoigne ce verbatim recueilli par les auteurs d'un membre du Secrétariat Général de la Modernisation de l'Action Publique (SGMAP) : « *Un des écueils, c'est notre capacité à embrayer sur l'étape d'après : s'approprier, développer, entraîner et généraliser. Car un truc « pirate » ne permet pas d'embrayer par la suite* » (Coblence et Pallez 2015).

Comment repérer le contingent du général dans les diagnostics opérés, les problèmes repérés et les attitudes des acteurs publics ? Pour les designers, l'innovation est nécessairement contextualisée dans l'espace et dans le temps (Bason 2018; Christiansen et Bunt 2014).

L'innovation publique par le design remettrait alors en cause le principe d'universalité d'une action publique. Toutefois, les auteurs précisent que ce n'est pas la première fois que le principe d'universalité est bafoué, même s'il est le garant d'une égalité entre les citoyens. On observe déjà une dialectique entre standardisation et différenciation des services et des politiques publiques sur le territoire (Boussaguet, Jacquot, et Ravinet 2010). L'expérimentation par le design remet plus fondamentalement en cause cette dialectique car il ne s'agit ni d'une contextualisation d'une politique nationale ni d'une ascension de généralisation d'expérimentations singulières.

Le territoire est donc au cœur de l'activité de conception d'une action publique : c'est par rapport à la défiance vis-à-vis des réformes administratives que ces méthodes ancrées dans les territoires ont émergé, mais leur ancrage semble porter préjudice d'une part à la cohérence d'ensemble d'une politique publique et d'autre part à sa réplicabilité à d'autres territoires. On observe également, dans ces nouvelles formes d'innovation publique, qu'ancrer dans un territoire une action publique appelle un élargissement du panel des concepteurs (introduction d'usagers, de professionnels des pouvoirs publics locaux, nationaux, de designers…). Or cet élargissement n'est pas sans poser de difficultés : Zardet & al (Zardet et Noguera 2013)

montrent que le comportement des acteurs est très souvent circonscrit par leur inscription spatiale, entre une action publique descendante et des initiatives locales, qui permet de créer des actions innovantes, mais explique aussi les difficultés rencontrées pour susciter et maintenir la coordination car les **acteurs ne partagent pas les mêmes cadres cognitifs d'analyse et d'action**. Elargir le panel des concepteurs d'un dispositif de régulation, c'est s'offrir la possibilité de disposer de plus de connaissances quant à la problématique publique à résoudre. Toutefois, c'est aussi s'exposer à des difficultés de travail en commun à cause notamment de cadres cognitifs d'analyse trop différents. Ces éléments confirment la définition d'un régime de conception adoptée plus haut qui ne dissocie pas le raisonnement de conception cherchant à créer un objet satisfaisant des propriétés données, ou à déterminer, et l'organisation de l'activité collective de conception. Par exemple, élargir le groupe de concepteurs d'un dispositif de régulation à des acteurs de territoire peut laisser penser que l'objet créé sera plus pertinent que si ces acteurs n'avaient pas été là. En revanche, il est possible qu'il soit redondant avec d'autres objets ou difficilement réplicable. Inversement, réserver l'organisation de l'activité de conception à un nombre restreint d'acteurs éloignés du lieu où émerge un problème social serait susceptible de générer des dispositifs cohérents et universels mais peu adaptés aux réalités de terrain. Comme l'organisation de l'activité de conception affecte : le niveau de connaissances disponible, la modélisation de la demande sociale et donc l'objet à concevoir, elle ne peut pas être appréhendée indépendamment du modèle de raisonnement des concepteurs.

En synthèse, la dimension territoriale vient éclairer notre compréhension de la conception d'une action publique et des difficultés potentielles liées à l'accroissement de la variété des concepteurs. A l'issue de ces analyses, nous caractérisons les grandes propriétés qu'un dispositif de régulation doit respecter :

- il doit être pertinent par rapport à la demande sociale modélisée. En pratique la tâche est plus ardue qu'il n'y parait car il est rare qu'une demande sociale soit unique et nationale, la nature des problèmes variant selon les territoires.
- il doit également être cohérent par rapport à la totalité des actions publiques menées par une ou plusieurs administrations publiques ce qui nécessite une connaissance très large de l'ensemble de ces actions.
- enfin, un dispositif de régulation doit traiter les citoyens de manière égale et donc se déployer partout où il est jugé nécessaire sur le territoire national.

Ainsi, chaque dispositif de régulation devra comporter ces trois grandes propriétés qui se déclineront en fonction des sujets abordés dans les chapitres 3, 4 et 5.

Mais le mode de régulation, le modèle de raisonnement et l'organisation de l'activité de conception ne sont-ils pas interdépendants ?

SECTION 3 : TYPOLOGIE DE DIFFERENTS MODES DE RÉGULATION

Dans la section précédente, nous avons utilisé les travaux des sciences politiques au sujet du territoire pour montrer que l'organisation de l'activité collective de conception est indissociable du modèle de raisonnement. Nous avons également déterminé des propriétés génériques que tout dispositif de régulation émanant de pouvoirs publics doit respecter, et les tensions qui peuvent exister entre ces propriétés. En fonction de leurs priorités, les concepteurs du dispositif s'essaieraient alors à respecter une forme de compromis entre ces différentes propriétés. Néanmoins, nous n'avons pas encore défini ce que l'on entend par régulation. Nous nous efforçons donc ici de définir ce terme et d'exposer différents types de régulation. Puis nous montrons que le choix d'un type de régulation ne peut pas se faire indépendamment du régime de conception dans lequel se situent les concepteurs car il dépend des connaissances dont ces derniers disposent quant à l'objet et aux acteurs qu'ils souhaitent réguler et enfin de l'équilibre entre les propriétés qu'ils souhaitent atteindre.

Avant de donner une définition de la régulation, Lévi Faur (Levi-Faur 2011) insiste sur le caractère polysémique et contesté de ce concept et sur les façons très variées dont il est perçu. Lévi Faur recense notamment toutes les occurrences rencontrées dans la littérature à ce sujet (régulation sociale, économique, politique, nationale …). Politiquement la notion de régulation est conflictuelle, car, par exemple, pour des partis politiques d'extrême droite, elle est une injonction de gouvernements autoritaires qui voudraient imposer des règles restreignant les libertés individuelles ou nationales. Pour certaines mouvances de gauche d'inspiration Marxiste, la régulation n'est que la conséquence d'une superstructure qui sert les intérêts de la classe dominante et encadre les relations de pouvoir sous des formes apparemment civilisées. Pour les démocrates progressistes, c'est un bien public, un outil pour contrôler les individus avides de profits et pour gouverner les risques sociaux et écologiques. Pour certains, la régulation relève exclusivement du gouvernement, de l'État et de l'application des lois, pour d'autres, la régulation est principalement le travail d'acteurs sociaux qui surveillent d'autres acteurs, y compris les gouvernements. Pour certaines élites des administrations Françaises, la régulation traduit une forme de gestion « automatique » d'objets tels que des établissements hospitaliers en fonction de paramètres comme le prix de séjour (Pierru 2012b). Lévi-Faur retient quant à lui la définition suivante : « *Dans l'ensemble, tout en reconnaissant le pluralisme des approches étudiées et sa force, nous suggérons que la régulation est la promulgation de règles prescriptives ainsi que le suivi et l'application de ces règles par les acteurs sociaux, commerciaux et politiques sur d'autres acteurs sociaux, commerciaux et politiques*. ». Par cette définition relativement générique, les pouvoirs publics ne sont pas les seuls acteurs à disposer d'un pouvoir de régulation. Comme développé dans la théorie néo-institutionnaliste (Huault 2009) les sources de régulation sont diverses et peuvent provenir aussi bien des pouvoirs publics que de groupes de professionnels, de sociétés savantes, d'entreprises privées … Toutefois cette définition ne se suffit pas à elle-même. Dans

sa synthèse des travaux sur la régulation Baly (Baly 2019) précise l'émergence de la notion de régime de régulation. Par exemple, Hood & al (Hood, Rothstein, et Baldwin 2001) ont développé ce concept pour comparer les différentes approches de la régulation du risque sanitaire en vigueur et comprendre les facteurs qui pourraient expliquer cette diversité. Au même titre, que le régime de conception que nous avons présenté précédemment, la régulation se comprend à l'aide de plusieurs composantes. Analysons plus en détails la notion de régime de régulation pour comprendre l'interrelation avec le régime de conception.

3.1) Le lien entre connaissances de l'objet à concevoir et le type de régulation choisie.

Hood & al (Hood, Rothstein, et Baldwin 2001) définissent deux composantes principales dans un régime de régulation : le système de contrôle du régime et la base institutionnelle et instrumentale de la régulation. Le système de contrôle du régime doit permettre de définir un état souhaitable du système, de connaître son état initial et d'en suivre les changements, ainsi que d'induire les modifications de comportements requises afin d'obtenir le changement voulu. Cela signifie que le régulateur est capable d'opérer ce contrôle. Or, les capacités du régulateur reposent nécessairement sur son degré de connaissance de l'objet qu'il souhaite réguler. Pour dresser un parallèle avec l'analyse cognitive des politiques publiques, le système de contrôle du régulateur n'est que sa capacité à modéliser une demande sociale et le but vers lequel elle doit tendre. Par exemple, Desrosières (Desrosières 2003) s'intéresse au lien entre l'évolution d'une discipline comme la statistique et celle des différentes formes de gouvernement. Il recense quatre grands types de régulation de la part du pouvoir politique : **l'Etat ingénieur**, « colbertiste » qu'il caractérise par une intervention "directe" sur l'objet régulé, **l'Etat libéral**, celui du libre marché, l'**Etat Keynésien**, qui ne rejette pas les principes de l'économie de marché mais qui s'assure de son bon fonctionnement en affectant notamment la variable travail du système, **l'Etat néo libéral** dont le mode de régulation s'inscrit dans l'économie de marché et qui considère qu'une coordination décentralisée est plus à même de garantir la meilleure coordination des acteurs. Or à chaque forme de gouvernement correspond un certain usage de la statistique. Par exemple, la statistique associée à l'Etat libéral est utilisée comme un outil dont le but est de déterminer si une entreprise est en situation de monopole, si des droits de douane s'appliquent sur certains produits étrangers ..., celle de l'Etat Keynésien est celle des agrégats macroéconomiques sur lesquels l'Etat agit notamment à travers le volet travail (quantification des heures travaillées ...). Logiquement, les connaissances disponibles ou à créer sur l'objet à réguler, déterminent le mode de régulation (i.e. la base institutionnelle et instrumentale de la régulation). Toutefois, Desrosières insiste surtout sur l'idée selon laquelle la statistique n'est pas une discipline objective dont les mutations sont indépendantes de l'action publique. Bien au contraire, ses mutations sont associées aux différentes formes de l'action publique. Cela signifierait que, réciproquement, une fois le mode de régulation choisi, celui-ci demande des outils de modélisation supplémentaires pour accroitre le degré de connaissance de l'objet à réguler. C'est parce que l'Etat libéral s'est imposé comme forme de régulation à une période historique donnée, que la statistique a été développée comme un outil de détermination des

situations de monopole. Cela signifie qu'il y a bien une interrelation entre le niveau de connaissances des régulateurs et le mode de régulation. Ces derniers n'analysent pas une réalité objective pour finalement choisir un mode de régulation permettant de l'altérer. Ils s'engagent dans un mode de régulation qui, au fil du temps, ne collecte que certains types d'informations conformes à la vision qu'ils véhiculent de l'objet régulé. Un indicateur statistique va, au mieux, informer le régulateur de l'efficacité de son action, à savoir de la satisfaction ou non des objectifs fixés en amont. Pour autant, ces indicateurs ne diront pas si les objectifs fixés initialement étaient pertinents. Les indicateurs ne se prononcent pas sur la pertinence de la modélisation de la demande sociale.

On retrouve également chez Pierru (Pierru 2012b) ce lien entre les connaissances à disposition du régulateur et le mode de régulation qu'il souhaite utiliser. Dans son analyse du déclin de la planification dans le secteur de la santé, il définit cette dernière comme « *l'idée selon laquelle l'offre de soins pourrait faire l'objet d'une rationalisation volontariste, sur le fondement d'une analyse « objective » des « besoins sanitaires » de la population par les pouvoirs publics. [Cette action] relèverait d'un processus concerté de planification*. ». L'analyse de ces besoins permettrait de proposer des alternatives dont une serait choisie après concertation, et de rendre cohérentes les stratégies d'acteurs exerçant leur activité en un territoire donné (Jourdain et De Turenne 1997).

Or, un des facteurs avancés par Pierru comme responsable du déclin de cette forme de régulation est sa critique globale causée par l'émergence du néolibéralisme qui, selon Hayeck, « *serait la seule procédure jusqu'ici découverte, dans laquelle l'information infiniment éparse parmi des millions d'hommes puisse être effectivement utilisée pour l'avantage de tous, et utilisée en assurant à tous une liberté individuelle désirable en elle-même pour des motifs éthiques* » (Hayek 1981). Outre le volet éthique et la question de la liberté individuelle, ce courant de pensée défend l'idée que toute action centralisée et autoritaire n'est pas pertinente faute d'une information suffisante et non biaisée. Les connaissances liées à l'objet que les pouvoirs publics souhaiteraient réguler seraient tellement limitées que la planification comme mode de régulation ne devrait jamais être utilisée. Le lien entre la connaissance disponible et le mode de régulation est au cœur de la critique néolibérale du planisme. Non seulement la puissance publique serait incapable de « prévoir l'imprévisible », mais elle serait en plus soumise aux intérêts des lobbies (médecins libéraux et hospitaliers, élus locaux, industries de la santé, etc.) qui chercheraient par tous les moyens à accroître leurs revenus (Pierru 2012b).

En synthèse, il est clair que les connaissances développées par le régulateur sur l'objet régulé vont affecter le mode de régulation. Néanmoins, Desrosière souligne un phénomène moins évident : le choix d'un mode de régulation va orienter les connaissances du régulateur voire les cantonner à une certaine appréciation formatée de l'objet régulé. En cela, la statistique ne serait qu'un outil actionnable pour un mode de régulation et non une façon d'objectiver une réalité absolue.

Toutefois, la typologie que propose Desrosière suppose que seuls des acteurs publics ont un pouvoir de régulation. Abbot & al (Abbott et al. 2015) proposent une typologie plus générique qui synthétise les travaux sur les régimes de régulation. Ils distinguent quatre modes de régulation, selon la nature des règles qu'ils utilisent (dur ou souple), et selon le rapport entre

régulateur et régulé (direct ou indirect). Ces auteurs considèrent comme « dures » des règles obligatoires, coercitives qui reposent sur l'exercice d'une contrainte et sont associées à des menaces de sanction. Il peut s'agir de normes légales. Par opposition, les règles souples reposent sur des incitations, tant sur le volet des idées que d'un point de vue matériel, grâce auxquelles le régulateur cherche à obtenir une adhésion volontaire du régulé.

Concernant la nature des relations, le régulateur peut interagir soit directement avec le régulé, soit par le biais d'un intermédiaire. Lorsque le régulateur s'occupe directement des régulés sur la base de règles dures, le mode de gouvernance est dit « hiérarchique ». La hiérarchie, ainsi définie, est le mode de gouvernance traditionnelle de la bureaucratie d'État. La collaboration désigne le rapport direct entre régulateur et régulé fondé sur des règles souples. Abbott et al (Abbott et al. 2015) notent que la gouvernance collaborative est fréquente dans la régulation des activités qui requièrent un haut niveau d'expertise technique, comme la médecine. Dans ces secteurs, au lieu d'imposer des contraintes de manière descendante, les régulateurs privilégient souvent la collaboration avec les associations professionnelles. Une régulation par « délégation » permet au régulateur, s'il en a les moyens (aussi bien cognitifs que financiers) de contrôler et contraindre l'agent à respecter sa mission. Enfin, l'orchestration est un mode indirect et souple de régulation où le régulateur ne contrôle et ne contraint pas l'intermédiaire, soit parce qu'il n'en a pas la capacité, soit parce qu'il préfère ne pas recourir à cette capacité. L'intermédiaire est donc volontairement impliqué dans la régulation, car celle-ci sert ses propres buts.

On obtient alors le tableau de synthèse suivant :

*Tableau 2 **:** une typologie des modes de régulation*

	Directe	Indirecte
Dure	Hiérarchie	Délégation
Souple	Collaboration	Orchestration

Baly (2019) reproduit de Abott & al (2015)

De la même manière, on retrouve dans ce modèle le lien entre connaissance et type de régulation : une des hypothèses qui expliquerait le recours au modèle de l'orchestration serait justement que les régulateurs ne disposent pas des capacités nécessaires pour conduire la régulation autrement.

Dès lors, on comprend que les connaissances du régulateur quant à l'objet qu'il souhaite réguler déterminent et sont déterminées par le régime de conception et le mode de régulation choisis. Il se peut d'ailleurs que l'objet à réguler soit inconnu des pouvoirs publics : sur un concept aussi difficile à définir que le désert médical, quel est « l'objet » à réguler ? Des professionnels de santé à installer dans les zones sous-denses, une organisation territoriale de l'accès aux soins des usagers à faire mettre en place par les acteurs de terrain, un parcours à l'échelle d'une région ?

3.2) Le lien entre les propriétés ciblées de l'objet à concevoir et le mode de régulation choisi.

Si le mode de régulation choisi à l'issu du processus de conception dépend des connaissances de l'équipe de conception, il dépend également des propriétés visées par le dispositif de régulation. Par exemple, Maroy, dans son analyse de l'évolution des modes de régulation dans le domaine de l'éducation, (Maroy 2008) distingue plusieurs types de régulation dont la régulation bureaucratico-professionnelle (Bidwell 1965) et la régulation par les résultats (l'Etat évaluateur). La régulation bureaucratico-professionnelle se caractérise par une standardisation des normes pour toutes les composantes du système, une définition précise des rôles, compétences spécifiques à chacun, un système hiérarchique qui permet un contrôle de conformité de tous les agents. Cette forme organisationnelle est justifiée au nom de la rationalité et de la nécessité d'une universalité maximale des règles à l'échelle de l'État nation, pour une égalité de traitement et une égalité d'accès de tous à l'éducation. Toutefois, vu la complexité des tâches éducative à remplir, ce modèle bureaucratique est associé à un modèle plus « professionnel » qui se caractérise par une large autonomie individuelle et collective des enseignants fondée sur leur expertise. Ce régime fait alors cohabiter une régulation « étatique, bureaucratique, administrative » et une régulation « professionnelle, corporative, pédagogique » (Barroso 2000) qui peuvent être en tension.

La régulation par les résultats (ou Etat évaluateur, (Broadfoot 2000)) se caractérise quant à elle par une négociation entre l'Etat central et les acteurs locaux (comme des établissements scolaires) concernant les objectifs à atteindre par les régulés. Cette négociation donne lieu à la signature d'un contrat entre le régulateur et le régulé. Ce dernier dispose, par rapport au modèle bureaucratique, de responsabilités et de moyens accrus qui s'inscrivent dans les missions générales promues par les tutelles nationales. Un système d'évaluation externe incitatif (voire de sanction) des acteurs locaux est mis en place pour favoriser l'amélioration des performances et le respect du « contrat » passé avec l'État.

Transposons ces modèles de régulation dans le domaine de la santé et supposons la situation suivante : les pouvoirs publics cherchent à garantir à l'ensemble des citoyens un accès à des services de santé hospitaliers dont la qualité est relativement homogène sur le territoire à des coûts réduits. On restreint l'univers des possibles aux deux formes de régulation détaillées précédemment. La forme bureaucratico-professionnelle s'apparenterait grossièrement à une planification du mode de fonctionnement des services hospitaliers par une standardisation des pratiques des professionnels imposée par des pouvoirs publics centraux. La régulation par les résultats se traduirait par la signature d'un contrat d'objectifs entre les établissements hospitaliers et les pouvoirs publics (locaux ou nationaux) qui auraient une liberté d'action plus importante que ce que ne permet le code de santé publique dans le modèle bureaucratico-professionnel. Néanmoins dans ce cas précis, l'universalité de l'action publique consiste, entre autres, à garantir aux citoyens quel que soit leur territoire d'appartenance, des soins d'une relative homogénéité. Cela signifie que sur le volet sécuritaire, le risque de prise en charge doit être le même quels que soit les établissements. Or le modèle bureaucratique est supposé garantir cette homogénéité en standardisant les ressources matérielles et humaines

nécessaires au fonctionnement d'un service de médecine ou de chirurgie. Si un patient décède au sein de l'établissement et qu'aucune faute professionnelle n'est reconnue, l'individu aura été pris en charge dans les mêmes conditions que les tous les autres citoyens mais aura malheureusement eu « moins de chance ». En revanche, en théorie, le modèle de régulation par l'évaluation laisse l'établissement hospitalier autonome quant à l'organisation de la sécurité de prise en charge des patients. Si ce dernier décide, pour favoriser l'accès des patients à des soins très spécialisés par exemple, de ne respecter que partiellement les recommandations des sociétés savantes pour la sécurité des patients, et qu'un patient décède, la régulation de l'Etat n'a lieu qu'après l'événement indésirable. On peut en effet supposer que la standardisation des ressources matérielles et humaines de prise en charge d'un patient prévient l'apparition d'événements indésirables. En d'autres termes, un mode de régulation bureaucratico-professionnel satisferait mieux la propriété d'universalité d'accès à des services de santé. En cela, les priorités du régulateur, qui vont s'exprimer en partie par son arbitrage entre les différentes propriétés d'un dispositif de régulation, vont déterminer le mode de régulation choisi.

Bien évidemment, l'exemple présenté repose sur deux idéaux-types de modèle de régulation : ces deux modes de régulation sont utilisés de manière concomitante par les pouvoirs publics auprès des établissements de santé.

Enfin, la vision présentée de la régulation peut paraitre fonctionnaliste au sens où la régulation produirait de l'ordre et de l'ajustement face aux problèmes et aux dysfonctionnements d'un système. En réalité, il existe des effets multiples de régulation à tous les niveaux et ces derniers peuvent être contradictoires.

CONCLUSION CHAPITRE 1 ET PRÉSENTATION DES QUESTIONS DE RECHERCHE

Cette revue de littérature nous a permis de nous doter d'un cadre conceptuel pour mieux comprendre les ressorts de l'activité de conception d'une politique publique. **La section 1** a introduit l'analyse cognitive de l'action publique. Elle nous a permis de préciser le concept de modélisation d'une demande sociale : les pouvoirs publics ne peuvent intervenir qu'à partir de besoins modélisés et non à partir de besoins réels, car, par définition, ces derniers sont trop complexes et variés. Nous avons par ailleurs associé aux travaux d'analyse cognitive des politiques publiques, des développements théoriques plus larges sur la notion de régime de conception. Ce concept nous a permis de caractériser un raisonnement de conception et de comprendre que ce dernier était nécessairement lié à une certaine organisation collective de l'activité de conception. Ce collectif de concepteurs a alors pour rôle de créer un dispositif de régulation.

Dans la section 2, nous nous sommes intéressés aux développements des sciences politiques au sujet du concept de territoire, car ils nous ont permis d'identifier les propriétés types (pertinence, cohérence, universalité) d'un dispositif de régulation conçu par les pouvoirs publics. Ces propriétés obéissent à une dialectique qui nécessite un arbitrage permanent de la

part des concepteurs. On a vu comment la répartition des rôles de conception entre des acteurs de différents échelons territoriaux pouvait avantager une propriété plutôt qu'une autre.
La section 3 a finalement approfondi le concept de régulation et montré que le choix du mode de régulation d'un objet faisait partie du processus de conception et qu'il dépendait des connaissances et des priorités du collectif de concepteurs quant à l'objet ciblé par la régulation.

C'est donc ce cadre conceptuel qui va guider nos investigations empiriques tout au long de la suite de ce travail.

QUESTIONS DE RECHERCHE

Grâce aux réflexions théoriques précédentes, nous cherchons à analyser la représentation que se font les pouvoirs publics nationaux et régionaux d'un problème tel que celui des déserts médicaux et nous tentons de voir dans quelle mesure cette représentation est modifiée par l'irruption d'un nouvel objet : le parcours de soins. Ces éclairages théoriques nous permettent de définir les questions de recherche suivantes :

Question de Recherche 1 : Pourquoi une démarche quantitative, fondée sur un calcul de densité médicale, n'est-elle pas aujourd'hui une solution pertinente ou du moins suffisante pour répondre aux déserts médicaux ? Cette question est traitée dans le chapitre 3.

Question de Recherche 2 : En quoi une approche par le parcours de soins permet-elle de mieux comprendre la multiplicité des demandes sociales associée aujourd'hui à l'objet « désert médical » et quels sont les régimes de conception praticables associés à cette approche ? Cette question est traitée dans le chapitre 4.

Question de Recherche 3 : le parcours de soins comme objet de régulation amorce-t-il un tournant vers une organisation plus ouverte de la conception d'une action publique ? Cette question est traitée dans le chapitre 5.

CHAPITRE 2 : MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE

INTRODUCTION DU CHAPITRE 2

Dans ce chapitre, nous présentons l'approche méthodologique de notre travail. La section 1 détaille les besoins initiaux exprimés par les acteurs de terrain. Ces besoins ont orienté le design de la recherche vers une étude de cas multiples. Vu le problème abordé, le terrain se prêtait bien à une recherche intervention qui nous a donné accès à de nombreux matériaux. Nous synthétisons ensuite le déroulement global de la recherche, les différents cas étudiés étalés sur les trois années d'investigation. Dans la section suivante, nous étayons la description des cas où nous avons été associés, soit par observation participante, soit par une intervention directe. Cela donne un aperçu de la pluralité des problèmes d'accès aux soins rencontrés par les acteurs de terrain. Enfin dans la dernière section, nous précisons comment nous avons mobilisé notre matériau empirique pour répondre à nos questions de recherche.

SECTION 1 : DESIGN DE LA RECHERCHE ET POSITIONNEMENT DU CHERCHEUR

Dans cette section, nous précisons les origines du travail de recherche, le positionnement du doctorant dans l'organisation partenaire et le panel de méthodes utilisé pour à la fois répondre à la demande de l'ARS de Corse et aux questions de recherche posées précédemment.

1.1 La demande initiale de l'Agence Régionale de Santé de Corse

La thématique des déserts médicaux représentait et représente toujours à un enjeu fort pour l'ARS de Corse et les professionnels de santé. En effet, avant que le CGS ne soit sollicité, l'ARS avait mis en place son comité régional de l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (CR ONDPS) dont l'objectif était en partie de rassembler des données d'analyse pour identifier et anticiper les zones de rupture de l'offre de soins. Chaque région doit toujours règlementairement créer un comité pour :

- fournir des études et des données régionales visant à améliorer la connaissance des professions médicales et paramédicales en lien avec les représentants des professionnels (Conseil des Ordres, URPS, Fédérations hospitalières…) (*Décret n° 2010-804 du 13 juillet 2010*). Il peut s'agir de monographies au sujet de certaines professions, d'études complémentaires d'identification des zones sous denses pour une ou plusieurs professions…
- de proposer à l'ONDPS des effectifs à former dans les prochaines années, en lien avec les besoins estimés à moyen et long terme en région. Plus concrètement, quand le Numerus Clausus était encore en vigueur, les CR ONDPS de chaque région proposait, par exemple pour la première année en médecine, le nombre de places à pourvoir en fonction de l'estimation des besoins de santé à 10 ans.

Par ailleurs, en 2017, le Projet Régional de Santé, déterminant les orientations stratégiques de l'ARS dans les dix prochaines années et leurs déclinaisons opérationnelles par son Schéma Régional de Santé (SRS), pour les cinq prochaines années, devait être renouvelé. Dans ce cadre, l'ARS devait notamment inventorier les zones fragiles en termes d'accessibilité aux soins et produire des plans d'action pour améliorer la situation sanitaire de ces zones.

Ainsi, cette institution cherchait à parfaire sa connaissance des ressources et des besoins en professionnels de santé, en particulier en termes d'outils pour mieux cerner et gérer les pénuries médicales. Elle traduisait alors cette demande par la nécessité de déterminer pour chaque profession, chaque spécialité médicale et pour les soins primaires plus globalement, quelques indicateurs qui permettraient de savoir dans quelle mesure l'offre de soins répondait aux besoins de la population. Pour cela, ces besoins devaient faire l'objet d'une évaluation en

fonction de laquelle l'ARS serait en mesure de déterminer les ressources médicales et paramédicales nécessaires. Au préalable, une analyse de l'activité sanitaire devait être réalisée afin de déterminer l'offre de soins existante sur le territoire étudié. La finalité de ces travaux était, à l'issue de cette exploration méthodologique, la création d'une base de données générique. Celle-ci permettrait d'obtenir des indicateurs agrégés (conçus également par l'équipe de recherche) décrivant l'adéquation du couple besoin/offre de santé sur un territoire pour une profession médicale, paramédicale ainsi que la qualité des soins primaires sur une zone fragile par exemple.

Puis, dans le cadre du nouveau Projet Régional de Santé, l'ARS de Corse s'interrogeait sur l'expérimentation de nouvelles formes d'organisation des professionnels de santé sur le territoire et de nouveaux leviers d'actions pour pallier les déficits d'offre de soins. L'objectif était d'explorer, par exemple, le potentiel des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP) et plus généralement de toute forme d'exercice coordonnée (ex : délégation de tâches entre professionnels) comme élément de réponse face aux inégalités territoriales de santé. Dans le même temps, les chercheurs devaient se saisir de la problématique de l'attractivité des zones du Schéma Régional de Santé pour un professionnel, qu'il soit en formation ou déjà en exercice. Ainsi, une fois que le déficit d'offre de soins est identifié, il fallait savoir quels étaient les acteurs pouvant y remédier et sous quelle forme organisationnelle. Une analyse par profession était envisagée dans un premier temps, qui pourrait évoluer vers une réflexion plus globale sur l'organisation des soins primaires.

En somme, la demande initiale de l'ARS de Corse était très pragmatique : dans un premier temps, identifier avec plus de finesse les difficultés d'accès aux soins sur les territoires, puis mobiliser des dispositifs de régulation pertinents en fonction de l'attractivité des territoires ciblés comme prioritaires. Autrement dit, mieux décrire les déserts médicaux pour mieux les identifier et les gérer, réguler.
A l'issue d'une revue de littérature sommaire sur le sujet des déserts médicaux, on note que peu d'articles académiques y faisaient directement référence. Pour le CGS, il s'agissait donc d'un objet aux contours flous qu'il fallait éclaircir tant d'un point de vue conceptuel que pratique. Ainsi, une forme de recherche qualitative et exploratoire (Yin 1981) s'imposait au moins dans un premier temps pour tenter de mieux cerner ce phénomène. Nous décrivons par la suite comment ce travail de recherche a été conçu et quel itinéraire il a suivi jusqu'à aujourd'hui.

1.2 Une recherche intervention de trois ans avec l'ARS de Corse

Nous cherchons maintenant à décrire plus précisément notre design de recherche (Royer & al 2003) et son évolution sur ces trois années de travail. Dans son ouvrage sur l'élaboration d'un design de recherche, Creswell (2003) à partir des travaux de Crotty (1998) décrit trois étapes à suivre pour construire une démarche méthodologique :

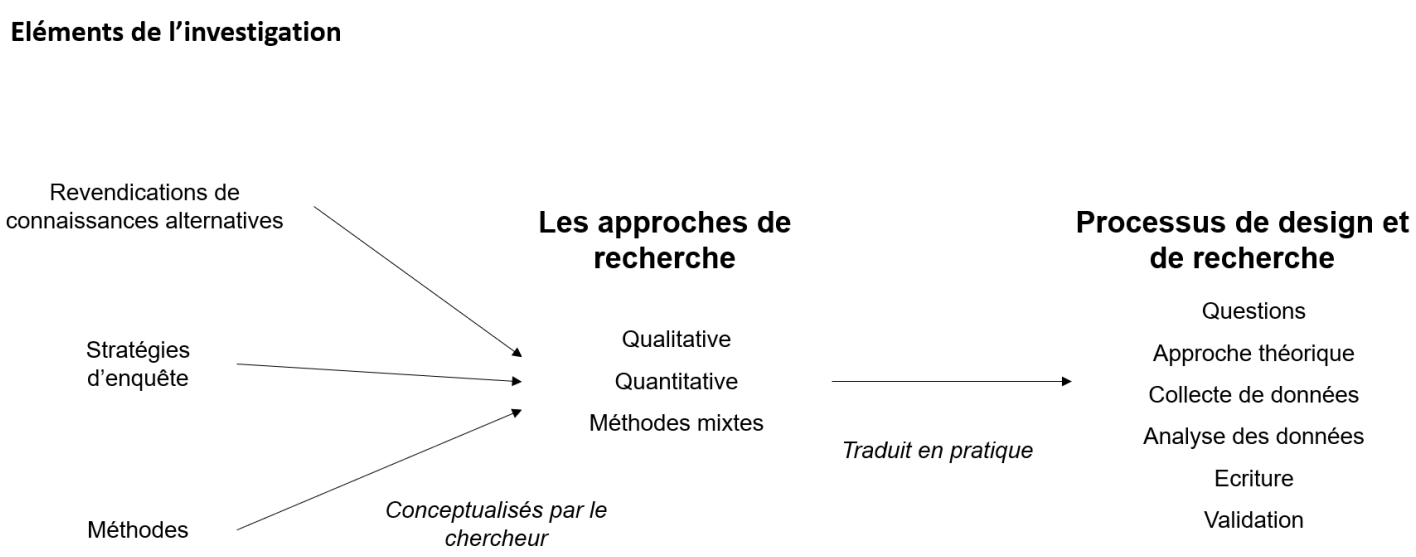
- Quelle épistémologie ou théorie de la connaissance, matérialisée par le choix d'une perspective théorique, oriente la recherche ? Dit autrement, quelles sont les connaissances revendiquées par le chercheur et son affiliation théorique ?

- Quelle est la stratégie qui régit notre choix et notre utilisation de méthodes (par exemple, la recherche expérimentale, la recherche par sondage, l'ethnographie, etc.)?

- Quelles sont les méthodes de collecte et d'analyse des données issues de la recherche ?

A partir de ces questions, Creswell décrit dans le schéma ci-dessous (cf. figure 1) les différentes combinaisons possibles de réponse à ces questions qui donnent lieu à des approches méthodologiques diverses.

Figure 1 : résultats de recherche, stratégie d'enquête et méthodes, approches et processus menant au design de recherche.



(Reproduit de Creswell 2003)

C'est en répondant à ces questions que nous allons décrire la démarche qui nous a guidée tout au long de ce travail.

a) Positionnement épistémologique

Selon Creswell, affirmer une revendication de connaissance signifie que les chercheurs démarrent un projet avec certaines hypothèses sur la façon dont ils vont apprendre et ce qu'ils vont apprendre pendant leur enquête.
Pour décrire ce paradigme, David & al (David, Hatchuel, et Laufer 2012) opère une synthèse en décrivant les principes des paradigmes positivistes et constructivistes (cf. tableau infra). A

partir de ces principes, nous décrivons pourquoi nous nous situons plutôt dans un paradigme constructiviste en sciences de gestion.

Tableau 3 : analyse comparée des épistémologies positiviste et constructiviste

Epistémologie positiviste	Epistémologie constructiviste
• **Principe ontologique** : peut être considérée comme vraie tout proposition qui décrit effectivement la réalité. Le but de la science est de décrire cette réalité. • **Principe de l'univers câblé :** il existe des lois de la nature, le réel est déterminé. Le but de la science est de découvrir la vérité derrière ce qui est observé. La description exhaustive est possible, par décomposition en autant de sous parties que nécessaire. Les chaînes de causalité qui relient les effets aux causes sont simples et peu nombreuses. • **Principe d'objectivité :** l'observation de l'objet réel par l'observant ne modifie ni l'objet réel ni l'observant. Si l'observant est modifié, cela ne concernera pas la science. • **Principe de naturalité de la logique :** la logique (disjonctive) est naturelle, donc tout ce qui est découvert par logique naturelle est vrai et loi de la nature. Tout ce qui n'est pas découvert de cette manière n'est pas scientifique. • **Principe de moindre action :** entre deux théories, la plus simple est la plus scientifique.	• **Principe de représentabilité de l'expérience du réel** : nos expériences du réel sont communicables (modélisables) et la vérité procède de l'adéquation des modèles de notre expérience du monde à cette expérience. • **Principe de l'univers construit** : les représentations du monde sont téléologiques, l'intelligence organise le monde en s'organisant elle-même. • **Principe de l'interaction sujet-objet** : l'interaction entre le sujet et l'objet ou du moins l'image d'un objet est constitutive de la construction de connaissance. • **Principe de l'argumentation générale** : la logique disjonctive n'est qu'une manière de raisonner parmi d'autres et n'a pas besoin d'être posée comme naturelle. La ruse, l'abduction, l'induction, la délibération heuristique permettent de produire des énoncés raisonnés. • **Principe d'action intelligente** : le scientifique contemporain est concepteur-observateur-modélisateur. Le concept d'action intelligente décrit l'élaboration, par toute forme de raisonnement descriptible a posteriori, d'une stratégie d'action proposant une correspondance convenable entre une situation perçue et un projet conçu par le système étudié.

Toutefois, plutôt que de choisir entre ces différentes épistémologies, Lemoigne et al (Lemoigne & al 2007) préconisent de dépasser les oppositions classiques entre positivisme et constructivisme. En effet, les axiomes aristotéliciens sont indispensables pour effectuer des examens fragmentaires, pour vérifier des énoncés partiels et contrôler pas à pas les différentes étapes d'une théorie. Mais ils doivent être dépassés car ils deviennent rigidifiant dans tout énoncé global et insuffisants pour décrire les systèmes complexes et rendre compte du raisonnement scientifique dans sa globalité. De plus, pour tout système complexe, le principe d'identité (A=A) est à la fois respecté et transgressé car il est et se transforme.
Autrement dit, un raisonnement scientifique devrait mobiliser des principes constructivistes pour étudier des systèmes complexes, proposer de nouvelles hypothèses de travail et de nouvelles théories, mais il doit également mobiliser des principes positivistes pour vérifier certains énoncés partiels. On comprend donc la préconisation de Creswell de préciser l'épistémologie de référence dans l'élaboration du design de recherche : en fonction de l'état des connaissances scientifiques sur un sujet donné, l'objectif de recherche pourra être de formuler de nouvelles hypothèses explicatives sur un phénomène dont on observerait des données « posant problème » (abduction), d'étudier les conséquences possibles de telles hypothèses explicatives par déduction, et enfin de confirmer ou d'infirmer des règles ou théories mobilisées par induction[1]. Ainsi, selon l'étape à laquelle on se trouve dans la boucle récursive abduction déduction induction, les approches méthodologiques et les relations aux terrains de recherche peuvent être différentes.

On remarquera que dans notre cas, la demande initiale de l'ARS de Corse était tournée vers la conception d'outils supplémentaires permettant d'objectiver les déserts médicaux, de les identifier et de déployer des actions pour les réduire. Une telle demande signifiait que deux hypothèses étaient sensées expliquer les données « posant problème » à l'ARS de Corse :

- La première : les inégalités d'accès aux soins sont essentiellement liées à l'absence de professionnels sur site mais les méthodes actuelles ne permettent pas de bien identifier les zones sous dotées et les leviers d'action sont peu efficaces pour endiguer une situation (supposée) critique.
- La deuxième : les inégalités d'accès aux soins se manifestent alors que la dotation en professionnels du territoire pourrait être jugée comme acceptable par rapport à des données de cadrage nationales. Dans ce cas, quelle est la nature de ces inégalités territoriales de santé ?

Ces deux hypothèses sont en fait difficiles à étayer car il est impossible d'observer directement le besoin de santé propre à chaque individu mais très souvent inconnu des individus eux-mêmes (principe d'hétéronomie du patient) et lié à leur territoire. Ainsi, en des termes constructivistes, l'ARS de Corse nous permettait d'intervenir directement dans la construction concrète (par opposition à mentale) de la réalité afin de produire une construction mentale pertinente au sujet des déserts médicaux.

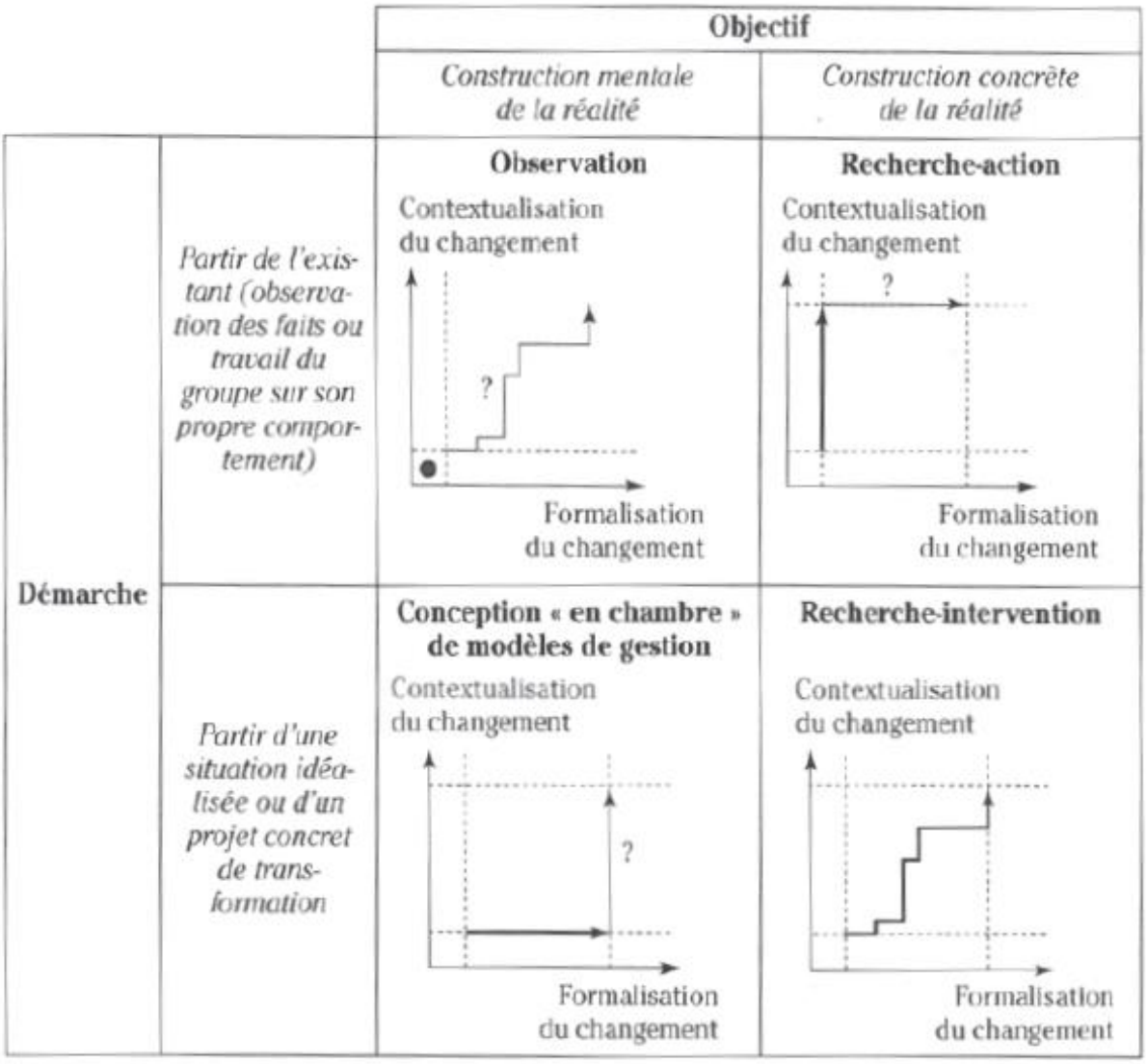
[1] Pour plus de détails sur les processus récursif de type abduction déduction induction, voir David (2012).

Précisons maintenant la perspective théorique globale que nous avons choisie car de nombreuses disciplines pourraient s'intéresser aux questions soulevées par l'ARS de Corse. Ce travail s'inscrit dans une perspective de sciences de gestion, dont « *la vocation serait d'analyser et de concevoir les dispositifs de pilotage de l'action organisée* » (David, Hatchuel, et Laufer 2012). Cette vision des sciences de gestion laisse donc place à des champs d'activité très variés tels que la conception d'outils de gestion, avec ou sans les acteurs concernés, la conception de dispositifs ou d'instruments de recherche (méthodologie, échelles de mesure…), l'analyse descriptive des systèmes organisés (monographies, études longitudinales…), exploration de tout ou partie des éléments concourant à produire les processus de décision dans la vie des organisations.
Nous nous intéressons donc, à travers l'étude des outils déployés ou à concevoir, aux processus de pilotage de l'action organisée de l'ARS de Corse et de ses « partenaires » (Ministère de la Santé, Caisse Nationale d'Assurance Maladie, DCGDR, CPAM, URPS …). Même si beaucoup d'outils techniques utilisés par les pouvoirs publics pour répondre à la problématique des déserts médicaux ne sont pas issus des sciences de gestion et des domaines associés (marketing, finance, RH…), il n'en demeure pas moins qu'ils présentent une dimension gestionnaire car ils sont utilisés comme des outils de coordination et d'évaluation de l'action publique (Aggeri et Labatut 2010)

b) Pourquoi une recherche intervention ?

Une fois présenté le positionnement épistémologique de ce travail et son approche générale par les sciences de gestion, il nous reste à aborder le choix de la méthodologie de recherche.
David & al (David, Hatchuel, et Laufer 2012) recensent différentes démarches de recherche qu'ils présentent dans le tableau ci-dessous :

Figure 2 : classification des méthodes de recherche (tiré de David & al, 2012)



Les flèches en trait épais indiquent ce qui est effectivement fait au cours de la recherche, les flèches en trait fin indiquent ce qui serait une suite logique du processus, mais non abordée au cours de la recherche, d'où les points d'interrogation dans le tableau.

En fonction de la démarche adoptée et de l'objectif affiché par les chercheurs, les auteurs comptent quatre types d'approche ci-dessus. Par exemple, si l'objectif affiché est une « construction mentale de la réalité », à savoir une nouvelle description d'un phénomène ne nécessitant pas une modification du système étudié, et si la démarche part d'un groupe existant et non d'une situation organisationnelle idéalisée qu'il faudrait atteindre, alors l'approche adoptée est une observation (participante ou non). Si le résultat de cette observation se limite à la proposition d'une représentation du fonctionnement étudié, alors l'observation peut apporter des changements potentiels en éclairant les acteurs observés sur des évolutions possibles. Cette approche crée des connaissances au sens où elle actualise les possibles (Piaget 1967). Pour autant, elle n'est pas elle-même porteuse de changements concrets.

Précédemment, nous décrivions le contexte dans lequel l'ARS de Corse a contacté le CGS : la demande était de concevoir des outils pour mieux connaitre les déserts médicaux et les réguler. Au regard de la figure 2, l'objectif pour les chercheurs, tel que formulé par l'ARS de Corse, était une construction concrète de la réalité (à travers la création d'outils) pour rendre effective une situation idéalisée (une meilleure régulation des déserts médicaux). Par conséquent, la demande formulée par l'ARS de Corse se prêtait à une recherche intervention.
David & al (David, Hatchuel, et Laufer 2012) définissent la recherche intervention comme une aide « *[…] sur le terrain à concevoir et mettre en place des modèles, outils et procédures de gestion adéquats, à partir d'un projet de transformation* ***plus ou moins complètement défini,*** *avec à la fois comme objectif de produire des connaissances utiles pour l'action et des théories de différents niveaux de généralité en sciences de gestion.* » La proposition de l'ARS de Corse, même si son projet de transformation était défini de manière très partielle, semblait adaptée à une démarche de recherche intervention. Par ailleurs, deux principes méthodologiques de la recherche intervention nous paraissaient correspondre à la situation :

- Le principe d'inachèvement : il est impossible de spécifier à l'avance le chemin et les résultats d'une recherche-intervention, c'est le but du dispositif de générer des connaissances nouvelles de nature à faire évoluer l'organisation.
- Le principe des deux niveaux d'interaction : la recherche intervention suppose un dispositif d'intervention et une démarche de connaissance. Dans le premier, la relation du chercheur aux autres acteurs n'est pas fixée à l'avance et tout processus d'intervention est une complexification du fonctionnement initial. Pour la deuxième, la démarche de connaissance est activatrice, au sens où elle suppose que le chercheur stimule la création de nouveaux points de vue.

Il semblait pertinent d'adopter une telle démarche car l'objet d'étude proposé par l'ARS de Corse était, même après une documentation rapide, trop flou pour prétendre déterminer en amont un design de recherche précis. Ce serait en fonction des premiers résultats d'exploration que la production de savoirs et de concepts permettrait de penser des trajectoires dans lesquelles un collectif pourrait s'engager.

Notons toutefois, que durant les trois années sur le terrain, l'intégralité de l'activité de recherche n'était pas intervenante, car nous n'avons pas été systématiquement sollicités pour créer des outils sur tous les sujets ou parfois nous n'en avions pas les capacités. Ainsi, à certains moments, nous avons mobilisé d'autres méthodes telles que l'observation participante, l'ethnosociologie à travers des récits de vie (Chanlat 2005)… Nous détaillons, dans le paragraphe suivant, de manière chronologique l'orientation de la recherche.

c) Déroulement global de la recherche intervention

Hatchuel & al (Hatchuel et Molet 1986) définissent les grandes étapes d'une recherche-intervention. La première d'entre elles est la **définition du problème initial**, la formulation d'une demande. En effet cette dernière renvoie « *à l'expression d'un malaise, c'est-à-dire d'une représentation pour un acteur ou des acteurs d'un certain nombre de dysfonctionnements, cette représentation pouvant être plus ou moins précise* » (Moisdon 2015a). Certaines nécessités d'amélioration peuvent déjà être identifiées.

La deuxième consiste, pour les chercheurs, à **construire des représentations et des formalisations** (entendues ici au sens large, il peut s'agir d'un modèle mathématique sophistiqué comme d'un changement de procédure) pour traduire les discours des acteurs dans des langages différents, propres aux chercheurs. Autrement dit, ils transforment des perceptions en concept et en données et constituent une théorie de l'organisation associée au problème.

Ces représentations **forment une logique discursive propre aux chercheurs qui entre en tension avec celle des acteurs de terrain,** l'une et l'autre s'altèrent alors. Le chercheur doit percevoir ces réactions comme des stimuli indiquant si la théorie organisationnelle sous-jacente qu'il conçoit est pertinente. Dans certains cas, ces représentations peuvent donner lieu à l'élaboration d'un « mythe rationnel » (Hatchuel et Molet 1986), c'est-à-dire une proposition d'amélioration, une mise en forme logique (donc cohérente) conduisant à une sélection de choix pour l'acteur, à partir de présupposés fournis par lui. Il s'agit d'un mythe car cette proposition présente les propriétés mobilisatrices d'un mythe (au moins pour une partie des acteurs), et il est rationnel car mis en forme logiquement. Néanmoins, le mythe rationnel signifie également que l'image qu'il véhicule de l'organisation est nécessairement partielle et que son application ne se fera pas sans problème. A l'issue de cette phase expérimentale, **il est possible d'identifier des logiques locales à l'œuvre dans l'organisation** et d'élaborer une construction mentale de certains aspects du fonctionnement du système. Ainsi, selon David (David, Hatchuel, et Laufer 2012) « *Le stimulus déclenche un processus d'apprentissage au cours duquel chacun sera incité à donner sa vision du processus dans lequel il est impliqué et à utiliser les opportunités données par sa propre situation pour encourager ou, au contraire, lutter contre l'outil proposé et les représentations qu'il porte.* »

Enfin, la dernière phase est celle **du processus de changement**, liée à l'interaction entre les chercheurs et l'organisation étudiée. Elle est très variable selon les terrains de recherche et supposerait que les chercheurs peuvent rester sur site après leur intervention pour continuer leurs analyses. Pour certains terrains, la recherche intervention donnera lieu à des interactions qui ne se matérialiseront pas par des changements au sein de l'organisation, pour d'autres c'est l'organisation d'une gamme entière de produit qui peut évoluer. Quelle que soit la conséquence organisationnelle de la recherche intervention, cette dernière doit permettre d'identifier les logiques locales relativement stables et prévisibles à partir desquelles les acteurs réalisent leurs choix et les décalages éventuels qui existent entre ces mêmes logiques. Ainsi, l'interaction visée constitue une sorte de processus d'apprentissage conjoint dont le résultat attendu est un élargissement des champs de vision des uns et des autres.

Si ces phases sont présentées ici de manière linéaire, Moisdon précise que le processus n'a rien de linéaire : « *A ce titre, le chercheur en gestion apparaît comme une sorte de stimulateur, relativement modeste, de l'enrichissement organisationnel ; il sait que le changement n'est possible que si les acteurs sont convaincus de la nécessité de modifier l'équilibre des logiques stabilisées qui constituent la marche de l'ensemble. On voit ainsi comment ce schéma général d'intervention est différent de la démarche linéaire classique, telle que celle qui constituait la base souvent implicite de la recherche opérationnelle et qui pouvait se résumer par le tryptique : problème-modélisation- application.* »

Dans notre cas, le « malaise » émanait de l'ARS de Corse et portait sur les déserts médicaux. Pour autant, cette dernière n'est pas la seule concernée par cette problématique : le ministère de la santé, la CNAMTS, les conseils des Ordres, les URPS … un nombre significatif d'acteurs sont mobilisés autour du sujet. Donc une question importante se posait : le changement souhaité par l'ARS de Corse concernait-il uniquement son mode de fonctionnement interne ou bien le fonctionnement de l'écosystème d'acteurs impliqués dans la lutte contre les déserts médicaux ?
En réalité, la demande initiale portait sur un meilleur outillage en interne pour mieux réguler l'offre de soins sur les territoires. Toutefois, une réflexion sur l'outillage interne et les modalités d'action possibles a rapidement mis en évidence les relations d'interdépendances fortes entre l'ARS, le ministère de la santé, la CNAMTS, les représentants des professionnels de santé … Par conséquent, si changement il devait y avoir, il ne pourrait pas seulement se produire au niveau de l'ARS de Corse.

Dans le tableau suivant, nous présentons la démarche globale de recherche intervention qui a été en fait une combinaison de méthodes différentes, de recherches intervention sur certains projets, d'observation participante sur d'autres, jusqu'à l'analyse documentaire. Ce sont trois grands domaines d'études qui ont été explorés : le premier (première colonne) porte sur des études démographiques au sens propre, sur les façons d'identifier des territoires déficitaires à l'aide de méthode quantitatives plus ou moins complexes, le nombre de professionnels nécessaire pour satisfaire des besoins de santé locaux estimés et les raisons pour lesquelles ceux-ci décident de s'installer ou non dans une zone déficitaire. Le deuxième étudie, non plus le nombre de professionnels de santé mais les organisations déployées sur les territoires à travers des dispositifs tels que les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles. Enfin, le troisième s'intéresse aux organisations innovantes répondant à des problématiques d'accès aux soins. En colonne se trouvent les dates auxquelles nous avons commencé à nous mobiliser sur une thématique afin d'illustrer le déroulement des phases d'exploration de chaque domaine. Ces domaines d'étude sont présentés dans trois colonnes séparées, néanmoins, les données obtenues et les interprétations réalisées ont alimenté des réflexions croisées entre domaines.

Tableau 4 : synthèse des formes d'interaction du chercheur avec son matériau empirique

	Démographie, travaux liés au comité régional de l'ONDPS		Formes d'exercice coordonné		Organisations innovantes	
Début d'implication du chercheur.	Thématiques	Forme d'implication du chercheur et méthode associée	Thématiques	Formes d'implication du chercheur et méthode associée	Thématiques	Forme d'implication du chercheur et méthode associée
Octobre 2016	Zonage par profession et aides à l'installation	**Implication** : participation aux réunions de travail pour l'élaboration des zonages par profession et leur présentation auprès des partenaires institutionnels. **Approche** : Observation participante, traitement statistique et cartographique des données	Maisons de Santé Pluri-professionnelles (MSP)	**Implication** : participation aux réunions de travail de suivi des projets de santé des structures. **Approche** : observation participante et recherche documentaire.		
	Ressources humaines médicales et spécialités en tension	**Implication** : concevoir une méthode pour déterminer quelles spécialités sont en tension sur le territoire. **Approche** : recherche intervention				
Octobre 2017			Dispositif d'Appui à la Coordination (DAC)	**Implication** : participation aux réunions de travail préfigurant l'organisation du futur dispositif d'appui à la coordination. **Approche** : observation participante et recherche	Projet EVACORSE	**Implication** : participation à la conception du cahier des charges de l'expérimentation, notamment son volet économique. **Approche** : recherche intervention

				documentaire.		
Décembre 2017					Volet innovation du Projet Régional de Santé	**Implication** : proposition d'un cadre conceptuel et organisationnel pour penser le rôle de l'ARS de Corse dans l'accompagnement des projets innovants. **Approche** : recherche intervention.
Mai 2018			Expérimentation Equipe de Soins Primaires	**Implication** : participation aux réunions de conception et de lancement de l'expérimentation. **Approche** : observation participante	Projets : • TAVI • Thérapies orales du cancer	**Implication** : participation à la conception du cahier des charges de l'expérimentation, notamment son volet économique. **Approche** : recherche intervention, observation participante
Octobre 2018 -	Etude ONDPS	**Implication** : réalisation d'une étude pour le compte de l'ONDPS sur les déterminants à l'installations des médecins. **Approche** : ethnosociologie, entretiens semi directifs	Régime des autorisations	**Implication** : pas d'implication sur le terrain de recherche. **Approche** : recherche documentaire	Projet : • CICACORSE	**Implication** : participation à la conception du cahier des charges de l'expérimentation, notamment son volet économique. **Approche** : recherche intervention, observation participante
Décembre 2018			Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS)	**Implication** : pas d'implication sur le terrain de recherche **Approche** : recherche documentaire		

Nous présentons, dans la prochaine section, une analyse plus détaillée des cas qui ont fait l'objet d'une intervention de notre part. Puis dans la section suivante, nous développerons par question de recherche, comment les données ont été recueillies.

SECTION 2 : DESCRIPTION DU CADRE DE RECHERCHE INTERVENTION

Dans cette section, nous décrivons plus précisément les missions assignées au doctorant et les cas d'étude sur lesquels nous avons pu intervenir.
A travers ces cas d'étude, nous nous sommes intéressés à toutes les initiatives (accessibles dans le cadre de notre terrain de recherche) visant à diminuer les inégalités territoriales de santé. L'objectif était d'explorer les différentes représentations que les acteurs en santé pouvaient avoir d'une demande sociale telle que la réduction des inégalités de santé et les représentations quant aux possibilités pratiques pour répondre à cette demande. Nous présentons tous les « moments » de recherche intervention selon les grandes étapes identifiées dans la section précédente.

2.1 Le comité régional de l'ONDPS

Comme indiqué dans la section 1 de ce chapitre, la demande initiale de l'ARS de Corse était de mieux appréhender les besoins de santé pour mieux réguler l'offre et endiguer les déserts médicaux en région. Pour cela, il nous a été demandé de doter le comité régional de l'ONDPS d'outils lui permettant de définir les déserts médicaux et les effectifs médicaux nécessaires par spécialité.
L'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (ONDPS) est une instance de promotion, de création et de diffusion de connaissances relatives à la démographie et à la formation des professions de santé. Il doit rassembler des données pour l'analyse de la démographie des professionnels de santé, de leur implantation sur le territoire, de leur mode d'exercice notamment pluriprofessionnel, de l'accès aux soins. L'ONDPS propose également aux ministres de la santé et de l'enseignement supérieur à partir des propositions des comités régionaux, le nombre et la répartition des effectifs de professionnels de santé à former. Il définit également le cadrage méthodologique pour la production de données et d'indicateurs harmonisés. L'ONDPS est composé de comités régionaux qui remplissent ces deux missions au niveau régional. Concernant la formation, c'est l'ONDPS au niveau national qui, en lien avec de nombreux représentants institutionnels (DGOS, syndicats des internes et des étudiants en médecine, comité des doyens …) harmonise ces demandes et détermine la répartition du nombre d'étudiants à former par subdivision et par spécialité.

Définition du problème initial
Concernant le cas du comité régional de l'ONDPS, le problème initial correspond à la problématique initiale du sujet de thèse : comment identifier les déserts médicaux et mieux les

gérer voire anticiper leur émergence ? Pour autant, dans le cadre des missions du comité régional de l'ONDPS, ces questions se sont cristallisées autour de deux sujets : les dispositifs de régulation et d'incitation à l'installation des médecins et la question de leur formation. Ainsi, ce questionnement portait essentiellement autour des méthodologies déployées pour apprécier les zones sous denses ou les régions qui présentaient des déficits structurels de certains spécialistes. Quelle était la ou les bonne(s) méthode(s) pour identifier les zones sous-denses et les effectifs nécessaires de médecins généralistes ? Les méthodes employées par le niveau national étaient-elles adaptées aux spécificités de la région ? Pour proposer une évolution des effectifs de médecins à former, comment anticiper les besoins de santé à dix ans ou à cinq ans ?

Elaboration d'une réponse collective

Les échanges que nous avons eus avec les agents de l'ARS experts sur ces questions ont abouti à l'élaboration de méthodologies alternatives qui ont été soumises aux pouvoirs publics centraux. Ces propositions portaient notamment sur l'élaboration de méthodes d'identification des zones sous-denses et sur-denses plus ou moins variantes.
Par ailleurs compte tenu de la difficulté technique d'apprécier les besoins de santé par spécialité médicale à l'horizon des cinq ans, nous avons préconisé de rassembler des représentants des acteurs de terrain pour adopter une approche plus exploratoire au moins dans un premier temps ; à partir d'un « ressenti étayé » des conseils des Ordres des médecins, de l'URPS médecin, des fédérations hospitalières publiques et privées et médicosociales, des représentants des usagers, certaines spécialités ont été ciblées comme déficitaires. C'est-à-dire que nous attendions des retours qualitatifs qui orienteraient l'ARS sur les spécialités à étudier et surveiller en priorité. Il appartenait ensuite aux agents de l'ARS d'objectiver si possible ce ressenti pour proposer à l'ONDPS une évolution des effectifs à former.

Mise en œuvre

Dans un premier temps, il nous semblait qu'au regard de la nature de la demande et le savoir-faire déjà présent en interne à l'ARS de Corse, l'interaction entre nos représentations et celles des agents de l'ARS n'avaient pas apporté sur ce sujet d'évolution organisationnelle ou méthodologique : nos représentations se sont construites essentiellement à partir de celles des praticiens au vu de la nature très spécialisée du sujet. Puis, nous avons proposé, en lien avec les agents de l'ARS de Corse, des méthodologies alternatives à celles proposées par les pouvoirs publics nationaux pour tenir compte de certaines spécificités de la région. Globalement, ces propositions n'ont pas été prises en considération. Si initialement, il semblait que ce champ de la recherche intervention n'avait pas été fécond, il a en fait révélé la forte dépendance des ARS vis-à-vis des pouvoirs centraux sur le sujet de la démographie des professions de santé. Pour paraphraser Moisdon (Moisdon 2015a), la proposition de méthodologies alternatives a dévoilé des « champs de force » nous permettant de mieux cerner les contraintes organisationnelles de conception d'une action publique.

Positionnement du chercheur

Comme indiqué en début de chapitre, l'ARS de Corse nous a confié la mission, à travers la mise en place de son comité régional de l'ONDPS, de mieux identifier les zones sous denses, leur émergence et de proposer d'autres modalités de régulation que celles déjà connues.
Compte tenu du caractère assez spécialisé de la demande, nécessitant des connaissances statistiques, géographiques, cartographiques, et autour de la structuration des bases de données du ministère de la santé et de l'assurance maladie, beaucoup d'interactions ont eu lieu entre les agents de l'ARS et nous notamment lors de l'élaboration des zonages par profession. En effet, des conventions encadrent les relations entre l'Assurance Maladie et les différentes professions de soins règlementées. Chaque profession dispose d'une convention avec la CNAMTS qui décrit par exemple la tarification des actes, les modalités de rémunération mais également les contrats incitatifs pour s'installer dans des zones sous-denses. Pour chaque profession est élaboré un zonage qui identifie en France les zones sous denses où des professionnels sont éligibles à différentes sortes de contrats incitatifs, et les zones très dotées où des dispositifs de régulation des effectifs se mettent en place (une installation pour un départ de la zone par exemple).
Cela nous a conduit à travailler sur quatre professions : les médecins généralistes libéraux, les infirmiers libéraux, les orthophonistes libéraux et les masseurs kinésithérapeutes libéraux. Pour les médecins généralistes, les masseurs kinésithérapeutes et les orthophonistes, nous avons été associés aux travaux en lien avec le ministère et les représentants des professionnels en région. Pour les infirmiers également, toutefois, nous avons dû, à la demande des représentants syndicaux de la profession, fournir une analyse dont l'objectif était d'anticiper les travaux méthodologiques du niveau national pour intégrer des spécificités de la région. En somme, nous avons participé à l'ensemble des discussions bilatérales entre les pouvoirs publics nationaux, les agents de l'ARS et les représentants syndicaux des professionnels de santé. Par souci de concision, nous n'évoquerons, dans les résultats de recherche, que trois des quatre professions étudiées.
Enfin nous avons été chargés de proposer, à partir d'une estimation des besoins de santé à cinq et dix ans, une évolution des effectifs d'étudiants admis en deuxième année de médecine pour la Corse et une gradation de l'évolution des effectifs d'internes à former pour la Corse par les subdivisions de Nice et de Marseille car seule la première année de médecine peut être effectuée à l'Université de Corse compte tenu de l'absence de CHU en région.
Nous avons donc, en lien avec des agents de l'ARS, animé et piloté des travaux collectifs pour déterminer, à partir d'une estimation des besoins en ressources humaines médicales en région, l'évolution des effectifs de jeunes médecins à former.

Avant de présenter les autres cas pour lesquels nous avons été sollicités, nous devons faire un détour par la présentation d'un article de loi qui a fortement fait évoluer les attentes de l'ARS de Corse quant à nos contributions.

2.2 Quelques éléments de contexte : l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS 2018).

Confronté à des contraintes financières, humaines, socio-démographiques et territoriales, le système de santé français est conduit à réinterroger en profondeur son organisation (Stratégie nationale de santé 2018-2022). A des logiques de planification et de régulation, se superpose désormais un mode d'action publique qualifié « d'organisationnel » (Armand Hatchuel 2005), caractérisé par l'émergence du concept de « parcours de soins » (cf. chapitre 4). La prise en charge médicale est alors conçue non du point de vue des structures qui la développent, mais de celui du patient qui en bénéficie. L'objectif est donc de permettre un accompagnement sur le long terme du patient avec « le juste enchaînement, au bon moment des différentes compétences professionnelles liées directement ou indirectement aux soins » (HAS, 2012). Pour cela, de l'hôpital, considéré comme « centre expert », au domicile du patient, une chaine d'acteurs hétérogènes évoluant dans des réalités distinctes doit se coordonner. Ces mutations imposent de penser l'évolution des pratiques médicales en même temps que la transformation organisationnelle nécessaire à la territorialisation d'un parcours de soins. Or, les spécificités de chaque territoire, en matière de disponibilité de compétences notamment, rend illusoire la réplication d'un parcours de soins unique.

Les nouvelles contraintes pesant sur le système de santé, ainsi que l'ampleur des évolutions épidémiologiques et thérapeutiques, mettent sous tension les modes de coordination existants. Face à ces mutations et aux limites des logiques « mécanistes » visant à imposer une réponse unique, l'innovation locale et plus particulièrement l'innovation organisationnelle apparait comme un levier d'action potentiel (Plan pour l'égal accès aux soins dans les territoires, Ministère de la Santé et des Solidarités, 2018). Celle-ci est envisagée **à l'initiative des acteurs des territoires,** du fait de leur position privilégiée pour détecter les incohérences éventuellement occasionnées dans les parcours des patients, et proposer des scénarios d'évolution. Récemment, le cadre législatif a ainsi changé en ce sens, avec l'article 51 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale 2018 autorisant le financement de projets organisationnels innovants portés par les acteurs du système de santé. Cependant, en même temps que son efficience, ces initiatives doivent satisfaire une condition de réplicabilité à un échelon au moins interrégional dans la perspective d'une intégration au droit commun et non à un régime dérogatoire qui risquerait alors de se multiplier. En d'autres termes, ces projets sont dérogatoires le temps d'expérimenter leur fonctionnement, leur efficacité, leur efficience, puis au terme d'une évaluation portée par un acteur externe au projet, le ministère de la santé et la CNAMTS décident de l'intégrer au cadre règlementaire commun ou non. Le projet est généralisé quand il est incorporé au droit commun car tout acteur sur un autre territoire, **s'il respecte le cahier des charges des expérimentateurs,** pourra mettre en place une organisation similaire et prétendre à un remboursement par l'assurance maladie des actes. Le cahier des charges de l'expérimentation fait donc office de règlementation. Compte tenu de son caractère relativement figé une fois validé, la rédaction du cahier des charges d'un projet

article 51 est un exercice assez long car elle fait intervenir un nombre important d'acteurs différents (cf. chapitre 5).

Cette stratégie « d'ouverture » et de dynamique ascendante est affichée comme une volonté de « libérer l'énergie des territoires », autrement dit, de favoriser l'émergence de projets innovants portés par les acteurs de terrain.

2.3 Le volet innovation du projet régional de santé (PRS2)

Avant que l'article 51 de la LFSS 2018 ne soit promulgué, l'ARS de Corse avait initié, notamment pour son projet régional de santé deuxième génération, une réflexion quant au rôle qu'elle pourrait jouer afin de soutenir la recherche et l'innovation en Corse. En effet, la stratégie nationale de santé avait reconnu peu avant la spécificité de cette région (démographie particulièrement vieillissante, difficultés d'accès aux soins …) et une des pistes d'action envisagées était l'émergence de projets innovants répondant à ces spécificités territoriales.

Définition du problème initial

En 2017, un centre hospitalier de la région a souhaité se positionner sur un programme de recherche (cf. projet EVACORSE ci-après). Cette initiative était une première pour une région qui ne compte pas de Centre Hospitalo-Universitaire (CHU) parmi ses structures hospitalières. L'ARS était en quelque sorte contrainte de questionner son rôle de manière plus concrète d'une part pour accompagner cette demande et d'autre part pour se structurer si d'autres initiatives de ce genre voyaient le jour. Or ce questionnement n'avait rien d'évident :

- Comment « accompagner » un projet de recherche ou un projet innovant ? S'agit-il seulement de mettre en relation les porteurs de projet avec des acteurs pertinents ou bien de participer à la conception du projet, car le terme « accompagner » prend des sens tout à fait différents selon le niveau d'implication souhaité par les pouvoirs publics.
- Clarifier le rôle de l'ARS dans cet accompagnement nécessitait donc de définir l'innovation, soit comment caractériser un projet innovant, qu'est-ce qu'une innovation, comment émerge-t-elle ? Définir l'innovation n'était pas simple car aucune définition ne fait l'unanimité et les points de vue peuvent être très dissemblables d'une discipline à l'autre. Or selon la définition choisie, le rôle d'une ARS peut varier significativement.

Dans ce cas, le « sentiment d'inconfort » (Hatchuel et Molet, 1986, p. 181) venait du fait qu'il était écrit par les pouvoirs publics (nationaux et régionaux) que l'innovation était un levier pour répondre aux spécificités du territoire, qu'un centre hospitalier se proposait de candidater à un programme de recherche mais demandait de l'aide dans la démarche. Or l'ARS ne semblait pas disposer des connaissances nécessaires pour s'organiser en interne et répondre à

ce genre de demande surtout si elles venaient à se multiplier. Nous sommes alors entrés en contact avec la référente recherche innovation pour comprendre sa demande et proposer dans un premier temps des éléments conceptuels sur l'innovation et dans un deuxième temps une forme d'organisation interne à l'ARS de Corse.

Elaboration d'une réponse collective

Dans un premier temps nous avons fourni un cadre conceptuel autour de l'innovation car aucune définition dans l'environnement de l'ARS de Corse ne faisait référence. Par exemple le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM) définit l'innovation comme l'adoption et la diffusion de nouvelles technologies constituées, résultant d'un progrès scientifique et technique (HCAAM, 2016). L'OCDE y voit une qualité qui va bien au-delà de la recherche-développement, non limitée aux laboratoires de recherche, le champ de l'innovation englobe l'ensemble des utilisateurs, des fournisseurs et des consommateurs. Ces définitions amènent à penser que l'innovation est en fait un processus de traduction économique d'une invention technologique[2]. En des termes simplistes, l'innovation serait un objet nouveau (entendu ici au sens large), que l'on décide d'adopter ou non, qui concerne beaucoup d'acteurs et pas seulement la recherche & développement. Néanmoins, aucune des définitions ne permettait à l'ARS de penser son rôle de manière plus opérationnelle. En effet, ces définitions prennent l'innovation comme donnée existante, la seule question à poser étant celle de sa diffusion. Le seul rôle que l'ARS aurait pu jouer était de mettre en place une cellule de veille pour identifier les innovations émergentes et favoriser leur diffusion le cas échéant. Néanmoins, la direction générale de l'ARS ne pressentait pas une maturité et un dynamisme suffisants de la part des acteurs de terrain pour concevoir un projet innovant dont elle n'aurait qu'à décider s'il fallait le financer ou non.
Or cette vision de l'innovation comme la caractéristique d'un produit ou d'un procédé ne permet pas de penser sa conception : comment un nouveau produit, un nouveau procédé, une nouvelle organisation émerge-t-elle ?
L'ARS ne souhaitait pas se substituer aux acteurs de terrain, elle n'avait ni les ressources cognitives ni les ressources humaines pour cela. Par ailleurs, la 4eme priorité du plan d'accès aux soins consiste à « faire confiance aux acteurs des territoires pour construire des projets et innover dans le cadre d'une responsabilité territoriale ».

A partir de cette priorité plusieurs interrogations émergent :

- Comment traduire une demande des usagers, des élus ou des professionnels de santé, à laquelle il est impossible de répondre dans le cadre existant (organisationnel, métiers, règlementaire, et financier) en un projet innovant et structurant pour le territoire ?
- Comment travailler les propositions d'entreprises afin qu'elles répondent aux priorités du projet régional de santé, correspondent aux attentes et aux spécificités des micro-territoires ?

[2] http://www.oecd.org/fr/sites/strategiedelocdepourlinnovation/definirlinnovation.htm

- Quel rôle et quels enjeux pour l'ARS ? Peut-elle intervenir plus en amont pour « accompagner » les professionnels ou les industriels ? Peut-elle et ou doit-elle se positionner en tant que co-concepteur d'un projet innovant afin de faciliter le parcours des initiateurs de projets ?

Pour envisager un rôle qui soit différent de celui de financeur ou d'entremetteur, nous avons présenté à l'ARS de Corse une définition de l'innovation issue des sciences de gestion, plus précisément issue du modèle Recherche Innovation Développement (Hatchuel, Masson, et Weil, 2001). Soit un modèle permettant de définir l'innovation mais également de positionner ce processus par rapport à la recherche et au développement.
Les définitions issues de ce modèle sont les suivantes :

Recherche : processus maitrisé de production de connaissances ne cherchant pas lui-même à définir des valeurs (pour les usagers du système de santé).

Développement : processus maitrisé qui active les compétences et les connaissances existantes afin de spécifier un système (produit, processus, organisation...). Le développement se pilote selon des critères clairs (qualité, délais, coûts...) et dont la valeur est nettement conceptualisée et plus ou moins évaluée.

Innovation : la structure d'innovation est responsable de deux aspects touchant au travail de conception :

- Un processus de définition de valeur pour les acteurs du système de santé (usagers, professionnels de santé, établissements sanitaires…). Cette (ou ces) valeur(s) ne peut pas être définie au début du processus, elle doit être repensée à mesure que les compétences essentielles à la réalisation du projet s'établissent.
- Un processus d'identification de nouvelles compétences nécessaires à la réalisation du projet ;

Appréhendés de cette manière, un produit ou une organisation innovante n'apparaissent pas comme donnée mais comme un concept, sujet à une évolution. Le rôle de l'ARS dans l'accompagnement des projets pouvait se concevoir autrement.

L'ARS pouvait accompagner un projet dès la phase d'élaboration pour guider les acteurs sur les orientations actuelles ou envisagées de l'organisation du système de santé priorisées dans le PRS 2 et sur les apports de leur projet en termes de santé publique.
L'ARS pouvait, grâce aux connaissances de ses agents, identifier la ou les valeurs ajoutées du projet en termes de santé publique et le cas échéant les compétences externes à mobiliser. Par ailleurs, le modèle RID invite à penser l'innovation comme un processus inséparable de la recherche et du développement. Ces précisions quant au rôle de la recherche a permis d'orienter sa demande pour un partenariat avec l'Université de Corse.

Ainsi, l'objectif assigné à l'équipe interne qui aurait en charge les dossiers innovants était, à partir d'une proposition d'un collectif d'acteurs, de faire évoluer le projet pour qu'il réponde aux orientations du système de santé, s'intègre dans l'organisation des services de santé sur les territoires et la renouvelle.
Cet accompagnement se traduisait donc par une action dans le processus d'innovation : identifier les valeurs d'un projet et les compétences nécessaires pour le réaliser. Cela permettra notamment de mettre en cohérence ces initiatives au niveau régional et de structurer, à plus long terme, une démarche de recherche et de veille à l'égard de projets innovants.

L'ARS cherchait également à centraliser au niveau régional les connaissances et les compétences existantes pour mettre en œuvre de nouveaux projets. Cette centralisation devrait induire des apprentissages que les agents exploiteraient pour repenser l'organisation du système de santé sur le territoire. Ainsi, l'expertise acquise devait permettre d'adapter et de diffuser avec l'aide de porteurs de projets au sein des micro-territoires, des projets innovants déjà déployés ailleurs en région et donc de répliquer des projets innovants.

De plus dans un univers de transitions épidémiologique (vieillissement et ses pathologies, maladies chroniques …) dans une enveloppe financière contrainte, une structure ad-hoc permettrait notamment de formaliser des procédures de co-financement avec des acteurs incontournables sur le sujet : Assurance Maladie, Collectivité de Corse…

Mise en œuvre

Présentons maintenant l'organisation adoptée au sein de l'ARS de Corse. Il a été décidé, au regard des réflexions précédentes, de créer une cellule d'instruction des projets innovants. Cette dernière est composée d'une équipe socle avec le référent recherche innovation, deux agents de la DCGDR, et nous-même. Puis en fonction des dossiers présentés, cette équipe socle vient s'agrémenter d'autres agents (ARS ou Assurance Maladie) qui amènent leur expertise des différentes directions métiers.
Les objectifs de cette cellule d'instruction sont les suivants :

- recevoir des dossiers et assurer le secrétariat lié à l'instruction des dossiers et la tenue des réunions.
- les instruire à l'aide d'une grille d'analyse des projets (que nous avons réalisée) et les accompagner quand les acteurs de terrain sont en demande.
- Les orienter vers les financements les plus adaptés :
    - Programmes de recherche
    - Article 51 de la LFSS 2018
    - Financement régional par le Fonds d'Intervention Régional et ou autres partenaires.
- Redéfinir la stratégie de l'agence en fonction du nombre et de la nature des dossiers présentés et selon les résultats des orientations choisies. En fonction de l'atteinte des

objectifs du PRS2, des appels à manifestation d'intérêt régionaux peuvent être envisagés.

Puis, compte tenu de la nécessité que ces projets intègrent l'offre existante et puissent se généraliser, qu'ils peuvent faire l'objet de financement croisés, il a été envisagé la création d'un comité d'aide au déploiement des innovations. Ce comité a une vocation essentiellement informationnelle et regroupe un large panel d'acteurs de la santé en région. Il présente une à deux fois par an l'avancée des projets en cours et l'émergence de nouveaux projets. L'objectif est d'informer en amont pour embarquer le plus tôt possible les acteurs à un niveau régional et non local. La composition de ce comité est présentée en annexe 1.

Expérimentation de la réponse

Cette organisation a été mise en place en début d'année 2018 et l'intuition initiale s'est plutôt confirmée : de nombreuses initiatives innovantes se sont manifestées à la suite de la parution de l'article 51 de la LFSS 2018. Toutefois, elles nécessitaient toutes un appui plus ou moins conséquent de la cellule d'instruction. Nous précisons dans les cas présentés ci-après le rôle qu'a joué la cellule d'instruction dans chaque projet. Si initialement, la grille d'analyse que nous avons proposée était utilisée pour instruire un projet, elle a rapidement été délaissée pour deux raisons : elle était chronophage mais surtout, les agents de la cellule d'instruction se sont rapidement saisis des concepts qu'elles véhiculaient pour faire une analyse plus rapide mais tout aussi pertinente du projet. En somme, ils ont internalisé cette connaissance (Nonaka et Takeuchi 2001). Par ailleurs, comme nous pourrons le voir dans les cas présentés ci-après, l'accompagnement de cette cellule d'instruction n'était pas seulement règlementaire. En effet, on pourrait penser qu'accompagner un projet article 51 par exemple, c'est être bienveillant vis-à-vis des porteurs en considérant leur travail comme évolutif et les guider pour rendre leur projet éligible. Nous qualifions cet accompagnement de règlementaire au sens où l'administration ne refuse pas d'emblée le projet car il n'est pas éligible mais cherche, avec le porteur, des pistes d'évolution éventuelle pour le rendre éligible à l'article 51 de la LFSS 2018. Concernant la cellule d'instruction innovation en Corse, c'est un changement de posture important qui a eu lieu pour ses agents dans la mesure où, parfois, l'accompagnement était plus que règlementaire. Pour certains projets, quand les porteurs étaient en difficultés sur des thématiques comme le modèle économique, la facturation des prestations ou encore la formalisation d'une organisation, elle a supporté avec le porteur l'effort de conception. Ce changement a été rendu possible par notre présence sans quoi l'ARS de Corse n'avait pas nécessairement les connaissances et les ressources humaines suffisantes pour supporter un tel effort. La création de cette cellule a été l'occasion de générer des apprentissages importants que ce soit en termes de posture vis-à-vis des porteurs de projet ou dans des domaines plus techniques.

Positionnement du chercheur

Dans cette structuration interne de l'ARS, nous avons été l'interlocuteur du référent recherche innovation pour proposer des interprétations du concept d'innovation qui lui étaient inconnues

et qui ont permis de mieux cerner le rôle que pouvait jouer l'agence. Face à l'intuition que les acteurs de terrain solliciteraient l'aide de l'ARS, la cellule d'innovation a été mise en place pour co-concevoir les projets. Compte tenu des charges significatives de travail que cela représentait, nous avons été sollicités pour faire partie de cette cellule et rencontrer les porteurs de projet innovants.

Présentons maintenant les projets article 51 auxquels nous avons pu prendre part. Même si nous avons pu observer plus de cinq projets, ceux que nous exposons ci-dessous présentent des spécificités utiles pour comprendre les logiques sous-jacentes à tel un dispositif de régulation. L'un d'entre eux a fait l'objet d'un refus du CTIS, un autre a été accepté, trois autres sont en cours de formalisation pour une soumission prochaine au CTIS, l'un d'entre eux étant conçu en inter région.

2.4 Le projet EVACORSE

A l'origine de ce projet se trouve l'alerte donnée par un professionnel de santé. Constatant un important niveau de renoncement aux soins de réadaptation cardiaque de sa patientèle et de celle de ses confrères, ce masseur-kinésithérapeute d'une microrégion rurale a contacté l'Agence Régionale de Santé de Corse afin qu'elle prévoie l'installation d'un service de soins de réadaptation mention cardiovasculaire. Compte tenu des contraintes économiques, techniques et juridiques, la solution proposée par le professionnel n'a pas été retenue. Une autre réponse a cependant été proposée. Un projet de recherche[3] associant des médecins cardiologues hospitaliers, des chercheurs en sciences de gestion et des professionnels de santé libéraux a ainsi été élaboré dans le but de :

- Proposer un protocole de prise en charge qui soit au moins aussi efficace qu'une prise en charge classique, effectuée uniquement au sein d'un centre de Soins de Suites et de Réadaptation (SSR) mention cardiovasculaire.

- Proposer un mode de coordination acceptable par l'ensemble des acteurs et adaptés aux spécificités territoriales de prise en charge prévue par le protocole.

- Proposer une organisation respectant les principes de réplicabilité et d'efficience prévu par l'article 51 de la loi de Financement de la Sécurité Sociale 2018.

Définition du problème organisationnel initial

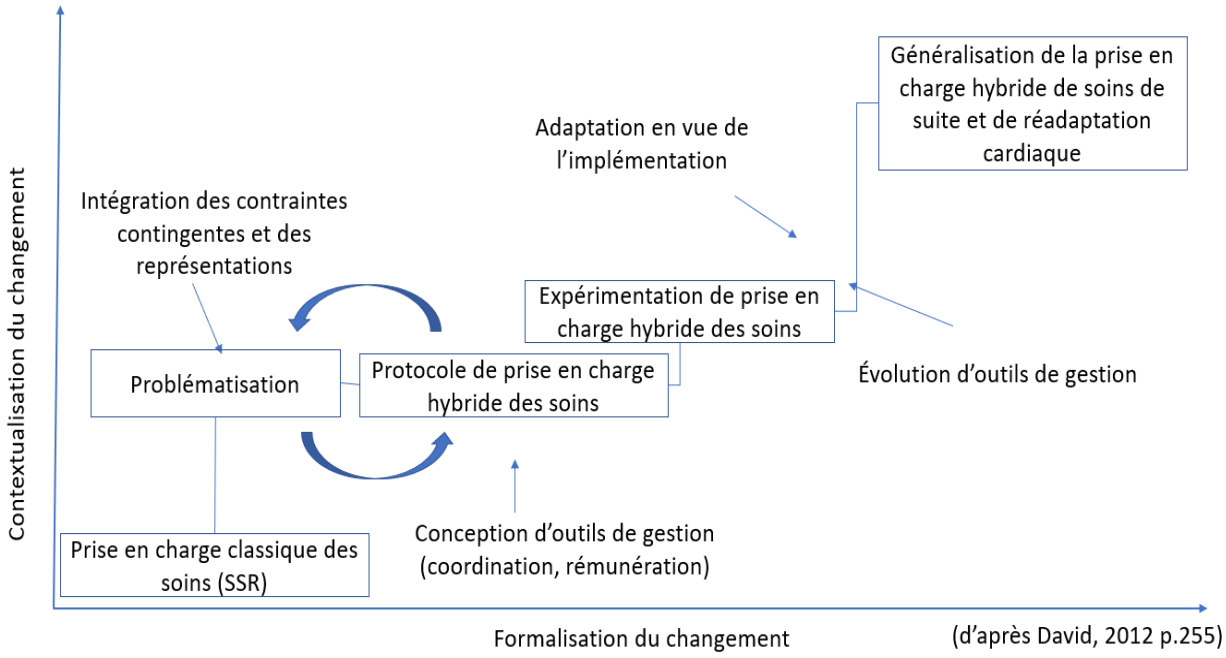
Les services de suite et de réadaptation (SSR) proposent une prise en charge globale et pluridisciplinaire des patients. Abrités par des structures hospitalières, ceux-ci associent

[3] Initialement le projet a été travaillé sous l'angle d'un projet de recherche qui aurait été financé au titre du programme de recherche sur la performance du système des soins (PREPS). Néanmoins, vu la réponse négative de la DGOS en Décembre 2018, le projet a été retravaillé pour être éligible à un article 51 de la LFSS 2018.

exercices physiques sur prescription d'un cardiologue et des ateliers d'éducation thérapeutique. Une séance durant trois heures, les patients ne sont pas hospitalisés. Une réadaptation complète compte en moyenne vingt séances, à raison de 3 à 5 séances par semaine. Le nombre de séance peut être plus important si le patient présente une insuffisance cardiaque par exemple. Ce mode de prise en charge est insatisfaisant selon les professionnels, car il conduirait les patients dont le domicile est éloigné du centre à renoncer à ces soins, malgré une efficacité avérée (diminution de 20 à 30% des décès et de 40% des hospitalisations) (Wielenga 1999).

Dans un premier temps, l'objectif de la recherche intervention a été de comprendre le mode de fonctionnement en œuvre au sein des services de soins de suite et de réadaptation, ainsi qu'au sein de maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP). La présence continue d'un chercheur intervenant en charge de ce projet a permis de réaliser des observations dans de l'ensemble des 5 MSP concernées ainsi que dans deux SSR. Des entretiens interpersonnels ont été réalisés auprès des différents des professionnels. Ces données primaires ont été complétées par une analyse documentaire portant sur la règlementation en vigueur et sur le volet organisationnel de la prise en charge médicale. L'ensemble de ces éléments a permis de clarifier le rôle des acteurs, les enchainements de tâches à réaliser dans le cadre du fonctionnement classique. Ce modèle classique à ensuite servi de base à un processus de « déconstruction », « reconstruction » du modèle organisationnel (cf. figure 3).

Figure 3 : Représentation schématique de la dynamique du projet de recherche-intervention d'après le modèle proposé par David (2012)



Notons que la figure ci-dessus présente l'intégralité du processus de recherche intervention. En effet, toutes les expérimentations auxquelles nous avons pris part ne sont pas encore en phase de fonctionnement, seulement l'une d'entre elles a reçu un avis positif du CTIS et devrait inclure ses premiers patients au mois de Janvier 2020. Dit autrement, nous sommes, selon les projets, entre la troisième et la quatrième case de la figure.

Une première proposition des professionnels de santé du territoire de proximité a été de demander la création d'un SSR mention cardiovasculaire sur le micro-territoire. Cette solution a rapidement été écartée du champ des possibles par l'ARS de Corse car aucune nouvelle autorisation d'implantation d'un SSR mention cardiovasculaire n'était prévue dans le schéma de l'organisation des soins (SROS) alors en cours d'élaboration. Par ailleurs, le constat présenté dans ce micro-territoire se retrouve dans d'autres micro-territoires à plus d'une heure des deux SSR référents en région. Cette proposition aurait alors abouti à un investissement très coûteux pour les pouvoirs publics et à l'émergence de SSR structurellement déficitaires compte tenu du nombre de patients restreint.

L'ARS de Corse se trouvait dans une impasse car elle doit à la fois garantir la qualité et la sécurité des soins à travers le respect des conditions techniques de fonctionnement mais aussi lutter contre les inégalités d'accès aux soins. Face à ce questionnement, a été envisagée une expérimentation médicale et organisationnelle ouvrant la perspective de nouvelles actions collectives. Ce projet est ambitieux car lutter contre le renoncement aux soins de réadaptation cardiaque de manière efficiente ne semblait pouvoir se réaliser qu'à condition de déroger aux conditions techniques de fonctionnement d'un SSR autrement dit à condition de venir questionner les référentiels médicaux conçus par les sociétés savantes.
En effet, assez rapidement au cours des échanges, l'expertise apportée par le médecin cardiologue coordonnateur du SSR de CH de Bastia ont permis d'établir les contraintes liées à ce type de prise en charge médicale. Pour comprendre celle-ci, il faut distinguer deux types de risque en cardiologie :

- Le haut risque cardiovasculaire (risque 1) : il s'agit du risque qu'un individu fasse un Accident Vasculaire Cérébral (AVC) **dans les dix prochaines années**. Toute personne considérée comme à haut risque cardiovasculaire doit bénéficier d'une prise en charge en SSR à titre préventif.
- Le risque de réadaptation cardiaque (risque 2) : il s'agit d'un risque de mort **subite** d'un patient au cours de sa prise en charge.

Ces patients sont répartis selon leur risque de réadaptation cardiaque (risque 2) :

- Les risques élevés
- Les risques intermédiaires
- Les risques faibles, pour ces derniers, la probabilité de mort subite est la même que pour une population normale (0,74 par million d'heures d'exercice).

Ainsi, il s'agirait de proposer une prise en charge en maisons de santé pour les patients à faible risque de réadaptation cardiaque (risque 2) mais à haut risque cardiovasculaire (risque

1) en garantissant des conditions techniques de fonctionnement proches de celles en centre et une qualité de prise en charge équivalente.

Cette phase de problématisation est particulièrement importante dans un tel contexte car les acteurs, nombreux, ne partagent pas tous les mêmes représentations. Dans notre cas, il est possible de regrouper ceux-ci en trois grandes familles : les professionnels hospitaliers, les libéraux et le personnel administratif de l'ARS de Corse. Si le phénomène de renoncement aux soins a été rapidement accepté par l'ensemble des parties prenantes compte tenu du contexte régional peu favorable à un accès aux soins égalitaires (cf. stratégie nationale de santé volet Corse), entrevoir une piste de réflexion dépassant la dialectique sécurité et accessibilité aux soins a amorcé un temps d'apprentissage mutuel qui finira par déborder sur la conception d'une réponse collective innovante.

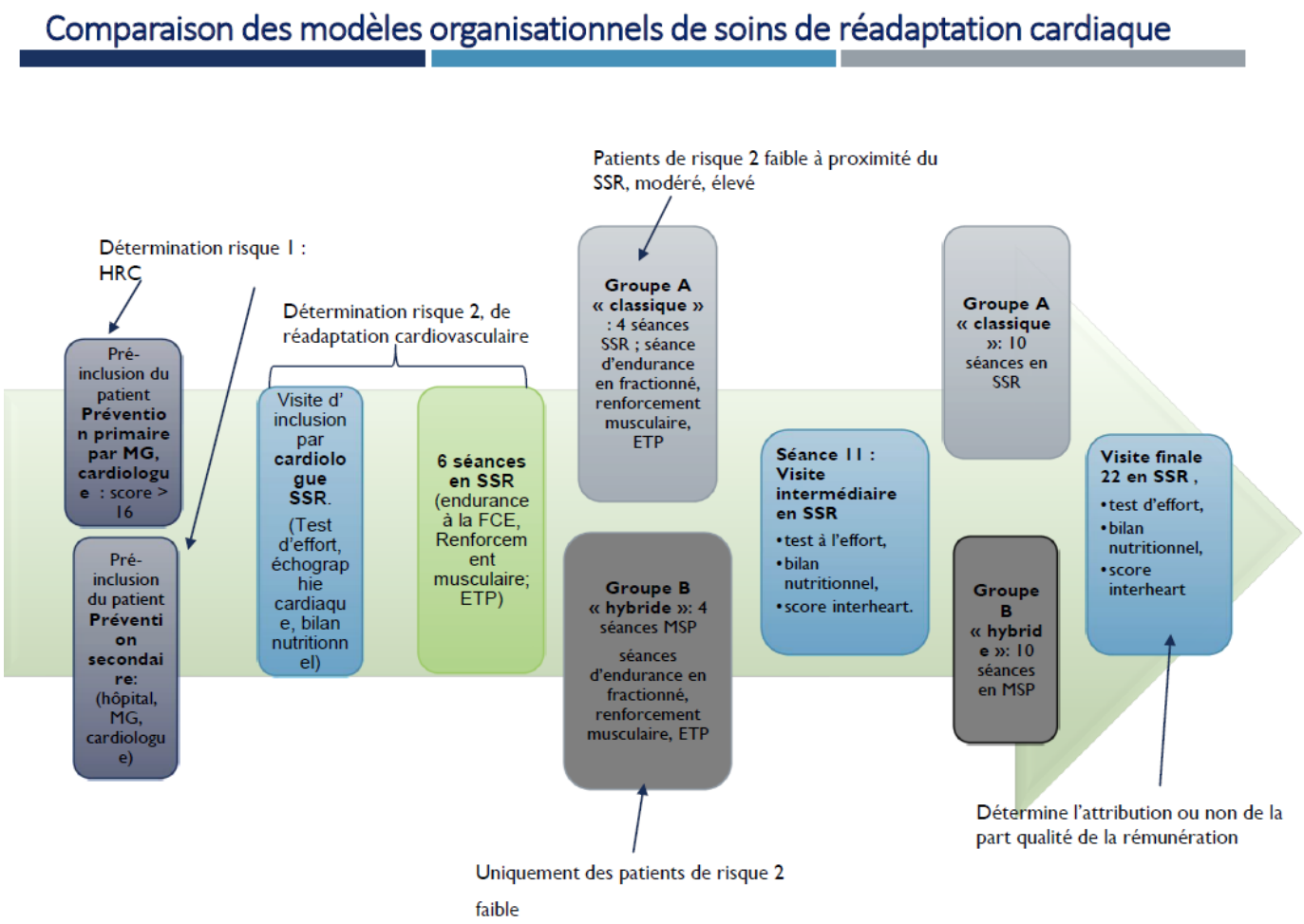
Elaboration d'une réponse collective

Cette phase initiale d'apprentissage et de problématisation collective a permis d'esquisser une réponse acceptable par l'ensemble des acteurs (SSR, Maisons de santé, ARS)**.** Néanmoins, alors qu'une première solution consistait à répliquer au sein des maisons de santé le protocole en œuvre au sein des SSR, celle-ci a rapidement montré ses limites.
Aussi, à la suite des phases d'observation, une analyse fonctionnelle de la prise en charge a été effectuée grâce à la connaissance experte du médecin cardiologue (Le Masson, Hatchuel, et Weil 2014). Puis, suivant la stratégie de production itérative proposée par Savall & Zardet (Savall & Zardet 1996), celle-ci a été présentée aux acteurs de terrain. Cette médiation a permis de caractériser des contraintes spécifiques posées par le développement d'un parcours de soins de proximité en réadaptation cardiaque. Celles-ci concernent la coordination du suivi de la prise en charge par le cardiologue référent, la conciliation avec les activités existantes et les ressources humaines et matérielles disponibles. Il semblait plus particulièrement difficile d'équiper les MSP de la même manière que les SSR compte tenu de l'espace et des ressources financières disponibles. Par ailleurs, la question des modalités de rémunération était une source de réserve pour les professionnels de santé libéraux car ils seraient les premiers en France à réaliser ce genre de pratiques.

Ainsi, pour chaque étape du protocole initial des modifications des processus opératoires ont été élaborés avec les différents acteurs (Sardas, Dalmasso, et Lefebvre 2011) (cf. chapitre 5). Ainsi est élaboré par le cardiologue coordonnateur du SSR un « circuit training » alternant pics d'efforts et récupération active à l'aide d'un matériel peu contraignant et très accessible y compris pour les patients. Une répartition des séances a par ailleurs été établie entre le service de soins de suite et de réadaptation et les maisons de santé. Les six premières séances sont réalisées par les équipes SSR car elles permettent la stratification du risque de réadaptation cardiaque (risque 2) des patients et doivent se faire sous télémétrie, un équipement non accessible pour les MSP pour le moment. Les 14 séances suivantes sont réalisées en MSP

selon les modalités d'entrainement définies. La figure ci-dessous compare la prise en charge « classique » avec la prise en charge dite « hybride ».

Figure 4 : principes du projet EVACORSE



La prise en charge hybride doit être au moins aussi efficace qu'une prise en charge classique réalisée uniquement en milieu hospitalier. La population étudiée sera constituée d'un échantillon de contrôle bénéficiant d'une prise en charge « classique » et d'un échantillon test bénéficiant d'une prise en charge « hybride ». Le contenu des séances, d'une durée de 2h30 à 3h, est comparable dans les deux modalités de prise en charge. A l'issue du programme une visite de fin d'étude sera réalisée par les médecins investigateurs. L'efficacité du modèle hybride sera alors appréciée à travers 9 indicateurs qualitatifs et quantitatifs (capacités fonctionnelles METS, score de risque cardio-vasculaire INTERHEART, taux d'abandon, perception de la qualité de la prise en charge par les patients, adhésion au régime méditerranéen etc.). Les résultats obtenus seront comparés avec ceux d'une prise en charge effectuée intégralement au sein d'un service de suite et de réadaptation.

En parallèle de la prise en charge médicale, une question centrale de ce projet a été d'élaborer un mode de rémunération adapté à la prise en charge des soins de réadaptation par les professionnels des maisons de santé. Celui-ci posait de multiples questions : Comment rémunérer les professionnels libéraux pour des actes qu'ils ne sont pas habilités à réaliser dans

le cadre conventionnel commun ? Pour les médecins coordonnateurs du SSR, comment envisager un mode de rémunération qui tienne compte de la qualité de la prise en charge ? Enfin, l'ARS introduit la contrainte que le modèle de financement final ne devrait pas être plus désavantageux pour l'assurance maladie que le modèle de rémunération actuel des SSR.

Jusqu'à présent, les seuls modes de rémunération, que ce soit pour les professionnels libéraux ou pour les établissements se fait à l'activité : quand un acte/une prestation est réalisé, le professionnel est payé quel que soit le résultat de cet acte. En ce qui concerne plus particulièrement les masseurs kinésithérapeutes libéraux, leur convention avec l'assurance maladie stipule qu'ils n'ont pas le droit de prendre en charge des patients de façon simultanée. Or dans ce cas, la prise en charge collective est vivement conseillée compte tenu de ses effets sociaux bénéfiques pour la motivation des patients dans la réalisation de leurs exercices.

A partir de ces contraintes, un modèle de financement a été proposé par l'équipe de recherche, selon trois grands principes : nous reviendrons plus en détail sur ce modèle dans le chapitre 5.

L'expérimentation de la réponse

Ce projet n'a pas encore été soumis au CTIS et ne peut donc pas être mis en œuvre pour le moment. Pour autant, compte tenu de son caractère novateur et de sa pertinence pour réduire les inégalités territoriales de santé, de nombreux acteurs, y compris du ministère et de la CNAMTS ont été associés au processus de conception du cahier des charges. Comme nous le verrons dans le chapitre 5, l'importance juridique du cahier des charges d'un « projet article 51 » est telle qu'avant d'être validé par le CTIS, il fait l'objet d'échanges fournis entre les porteurs de projet, leurs partenaires, les pouvoirs publics locaux et les agents du ministère et de la CNAMTS. En quelque sorte, la précision du cahier des charges est telle que la phase de conception est déjà une expérimentation en elle-même au sens où elle révèle les représentations très différentes des acteurs et leur logique d'action. Par exemple, l'aspect sécuritaire du projet a été largement étudié et questionné : le ministère et la CNAMTS voulaient s'assurer que le dessin organisationnel proposé respectait la contrainte d'un niveau de sécurité des soins équivalent à celui d'une prise en charge classique. Nous verrons dans le chapitre 5 en quoi ces comportements révèlent des éléments intéressants pour notre sujet d'étude.

Positionnement du chercheur

Dans ce projet, nous avons été associés dès la sollicitation de l'ARS de Corse. Nous avons pu assister à toutes les réunions de travail entre le porteur de projet et l'ARS ainsi que les MSP participantes. Nous avons été particulièrement sollicités sur deux thématiques :

- L'accompagnement du porteur de projet dans la conception d'une prise en charge adaptée aux contraintes rencontrées par les MSP. Plus précisément, il s'agissait de guider le raisonnement de conception, notamment à l'aide d'outils de conception

comme l'analyse fonctionnelle (Le Masson et Weil 2010). Cela s'est traduit par une session de travail avec le porteur de projet.

- La conception du modèle économique. Comme nous le verrons dans le chapitre 5, ces projets article 51 posent de nombreuses difficultés aux porteurs de projet et aux ARS notamment sur le volet économique (conception du modèle de rémunération, de facturation du forfait …). Nous avons donc été chargés par l'ARS de Corse de concevoir le modèle économique du projet EVACORSE à partir des contraintes citées précédemment. Ce modèle est présenté dans le chapitre 5, les détails de conception sont eux présentés en annexe 2.

2.5 Le projet CICA'CORSE

Présentons maintenant le projet CICA'CORSE dont l'objectif général est la mise en place d'une équipe experte en plaies pour appuyer les professionnels de santé requérants dans la prise en charge de plaies complexes et/ou chroniques. Cet appui se matérialise par une consultation par télémédecine où l'expert ausculte la plaie avec l'aide du professionnel sur place et propose à l'issue de la consultation un plan de prise en charge que le requérant et le médecin traitant du patient décide de suivre ou non. Ce projet est à l'initiative de l'URPS infirmier. Compte tenu de la faible taille de la structure et de l'envergure régionale du projet, il a été décidé que les porteurs seraient accompagnés par des consultants dans la rédaction du cahier des charges. Cela a permis notamment de chiffrer des éléments ressentis par les représentantes de la profession infirmière.

Définition du problème organisationnel initial

Initialement, l'URPS infirmier a soumis un projet au titre de l'article 51 pour organiser et encadrer des pratiques de soins qualifiées de « sauvages ». Par exemple, pour des plaies complexes et/ou chroniques de type ulcères veineux ou ulcères artériel, escarres … certains infirmiers, dans le meilleur des cas, appellent pour demander conseil concernant le type de pansement à utiliser, s'il faut réaliser une détersion ou non… Ces pratiques sont qualifiées de « sauvages » car les échanges d'information ne sont pas sécurisés, aucun protocole de soins n'a été préétabli en amont pour vérifier que les recommandations des bonnes pratiques sont suivies et surtout les ressources d'expertise ne sont pas lisibles sur le territoire. Enfin, l'URPS évoque également un manque de coordination important entre les différents intervenants de la prise en charge des plaies. Par exemple, des retours d'expérience montrent que certains patients, quand ils sont hospitalisés, sortent de l'hôpital avec des escarres et inversement, certains présentent déjà des escarres avant l'hospitalisation. Dans d'autres cas, la plaie d'un patient est trop lourde pour être prise en charge par des acteurs de la ville et nécessite un cadre hospitalier. Pour autant, l'infirmier libéral ne sait pas à quel service dans l'hôpital adresser le patient.

Pour étayer un tel ressenti, une étude a été réalisée par l'URPS. 22 entretiens ont été tenus auprès des différents acteurs de la prise en charge (Infirmiers Diplômés d'Etat (IDE),

médecins, Centres Hospitaliers, Clinique, Hospitalisation A Domicile (HAD), EHPAD). Des questionnaires ont été adressés à l'ensemble des infirmiers et des médecins libéraux du territoire, 107 infirmières et 35 médecins ont répondu.
Trois difficultés sont recensées :

- une faible lisibilité de l'offre de soins et des expertises sur le territoire que ce soit pour les professionnels hospitaliers et libéraux.
- Un manque de compétences dans la prise en charge
- Un faible niveau de coordination ville-hôpital et ville-ville et une culture de la coordination trop peu développée

Elaboration d'une réponse collective

Face à ces constats, l'URPS infirmier propose à la cellule innovation de créer un dispositif dont les **objectifs** sont :

- d'organiser la coordination des différents intervenants ville - établissements pour fluidifier le parcours des patients.
- de rendre lisibles les ressources sur le territoire.
- de répondre à un besoin d'appui d'expertise et à une nécessité d'harmoniser les pratiques pour améliorer l'efficience et la pertinence des soins.
- de proposer des solutions humaines et techniques facilitant l'orientation et favorisant la prise en charge de proximité et le maintien à domicile.

Autrement dit, par la présence virtuelle d'une expertise à disposition partout sur le territoire et l'harmonisation des pratiques, ce projet a pour objectif principal de limiter les inégalités territoriales de santé en garantissant aux patients une qualité des soins équivalente quel que soit leur lieu de vie.

L'URPS infirmier a mené, appuyée par la cellule innovation, un travail de conception du dispositif, nommé CICA'CORSE, en tentant d'embarquer tous les acteurs susceptibles d'intervenir dans un soin de plaie chronique/complexe. Autrement dit, le projet prenait une envergure régionale et faisait intervenir des acteurs du secteur sanitaire, public privé pour des soins hospitaliers ou de premier recours, ainsi que des acteurs du secteur médicosocial. L'objectif était d'assurer une prise en charge graduée en trois niveaux :

- Prise en charge de premier recours,
- Appui d'expertise des professionnels de premier recours par le dispositif CICA'Corse,
- Prise en charge hospitalière ou HAD.

Principes de fonctionnement du dispositif :

- ✓ *Le requérant*

Tout professionnel de santé, de ville ou d'établissement (médecins, infirmiers, pharmaciens, kinésithérapeutes, pédicures-podologues, ESP…) qui souhaite disposer d'une expertise

complémentaire ou d'un avis dans la prise en charge de son patient. Cet avis donnant lieu à une téléconsultation.

- ✓ *Le guichet unique*

Ce guichet unique est composé d'un binôme fonctionnel secrétariat - coordinateur en réception de la demande d'entrée dans le dispositif. Le secrétariat reçoit les appels, crée le dossier informatisé. Le coordinateur, une infirmière experte décide de l'inclusion des patients et programme la première téléconsultation avec un infirmier ou un médecin expert.

- ✓ *Le pool d'experts du dispositif, intra et extra hospitaliers*

Le pool d'experts regroupe tous les praticiens disposant des compétences et des diplômes requis pour émettre un avis pertinent sur une prise en charge de plaie. Il peut s'agir d'infirmière sous protocole de coopération (article 51 loi HPST[4]), de médecins experts (médecin généraliste, chirurgien plasticien, chirurgien vasculaire …), de pédicures-podologues (avec DU spécialisé plaie du pied diabétique).
Le dispositif sera présenté plus en détail dans le chapitre 5.

L'expérimentation de la réponse

Ce projet est le seul des projets présentés à avoir passé l'étape de validation du cahier des charges par le CTIS. Pour autant, CICA'CORSE ne serait effectif qu'au 1er Janvier 2020 le temps de former les acteurs concernés et de stabiliser des volets absents du cahier des charges mais tout aussi importants : le système d'information en lien avec les modalités d'évaluation et de facturation des prestations. Comme pour le projet EVACORSE, la seule conception du cahier des charges a néanmoins permis d'identifier des logiques locales différentes de celles identifiées dans le projet EVACORSE. Par exemple, ce projet a suscité l'incompréhension de certains acteurs de la région associés aux réflexions car ils estimaient déjà remplir le rôle assigné à CICA'CORSE. Il a permis de comprendre que de nombreux acteurs avaient essayé de manière isolée de s'organiser pour endiguer le phénomène mais sans succès. Par ailleurs, les nombreux échanges pour modifier le cahier des charges « à la marge » avant sa validation ont permis de mieux comprendre l'importance que le ministère et la CNAMTS attribuaient à ce document. Nous reviendrons sur ces éléments dans le chapitre 5.

Le positionnement du chercheur

Dans ce projet, du fait de notre participation aux travaux de la cellule innovation, nous avons été associés dès le premier contact entre l'URPS infirmier et la cellule innovation (au

[4] Cet article de loi permet, sous réserve de la validation du protocole de coopération par la Haute Autorité de Santé (HAS), que des actes relevant de la compétence médicale puissent être réalisés par des infirmières par exemple.

printemps 2018). Le projet a été validé par le CTIS en Juillet 2019. Nous tenterons, dans le chapitre 5, d'expliquer pourquoi cette période de conception du cahier des charges est « si longue ». Nous n'avons pas seulement été associés aux travaux de la cellule innovation, nous avons été sollicités directement pour concevoir le volet économique du cahier des charges. En effet, une des particularités de ce projet est de présenter une forme de rémunération nouvelle dite « forfaitaire », soit indépendante du nombre d'actes réels réalisés. Nous préciserons mieux ces éléments dans le chapitre 5

Ce volet n'a pas posé particulièrement de problème car le projet CICA'CORSE s'inspirait d'un dispositif existant lui-même candidat à l'article 51 : CICAT OCCITANIE. Logiquement, le ministère et la CNAMTS souhaitaient que les modèles de rémunération soient similaires. En revanche, les questions de facturation des prestations ont posé plus de difficultés : la somme versée à CICA'CORSE est un forfait. Ce forfait se découpe en différentes prestations qui peuvent être réalisées par des infirmières expertes libérales, des médecins hospitaliers … Il faut donc redistribuer certaines sommes du forfait vers les professionnels libéraux qui ont effectué la prestation ou vers les structures d'appartenance des médecins ou infirmiers hospitaliers salariés. Dit autrement, l'URPS infirmier se transformait en quelques sorte en caisse primaire d'assurance maladie. Nous avons dû concevoir un outil permettant à l'URPS infirmier de ventiler correctement les montants du forfait. Nous préciserons mieux ces éléments dans le chapitre 5.

2.6 Le projet TAVI (Transcatheter Aortic Valve Implantation) : le remplacement valvulaire percutané

Ce projet avait pour but de démontrer la faisabilité, l'efficience et la sécurité des implantations des prothèses valvulaires aortiques par voie percutanée (TAVI) pour des patients âgés à haut risque chirurgical, dans un centre hospitalier qui ne dispose pas d'un plateau de chirurgie cardiaque sur site. En des termes profanes, l'implantation d'une prothèse valvulaire se fait quand la valve aortique d'un patient est tellement calcifiée que ses capacités fonctionnelles (marcher par exemple) sont très réduites et portent atteinte à son autonomie (impossibilité d'aller faire ses courses seul par exemple). Le remplacement de la valve aortique par une valve artificielle permet au patient de retrouver des capacités fonctionnelles bien meilleures.

Cette prise en charge se ferait dans le cadre d'un épisode de soins incluant une phase amont (repérage des patients éligibles à un remplacement valvulaire), une phase interventionnelle dans le centre hospitalier porteur du projet, une phase avale de réadaptation en Soins de Suite et de Réadaptation ou à domicile pour les patients les plus dépendants et un suivi à court, moyen et long terme. En effet, la pose de tels dispositifs, aussi efficace soit-elle, doit se coupler avec une bonne méthode de ciblage des patients et une réadaptation prévenant les risques de perte d'autonomie.

Définition du problème organisationnel initial

La Corse fait partie des régions où l'incidence des maladies cardiovasculaires est plus élevée que la plupart des régions françaises (le taux standardisé de mortalité pour 100 000 habitants (période 2012-2014) est supérieur de 9,5 points par rapport au niveau national (192,8 Corse versus 183,3 France entière)) (Gabet et al. 2014). Par ailleurs, le taux de rétrécissement aortique est en augmentation du simple fait du vieillissement de la population corse, légèrement supérieur à la moyenne nationale (cf. Stratégie Nationale de Santé). Jusqu'en 2008 (année d'ouverture de l'activité de TAVI dans les CHU), les deux alternatives de prise en charge du Rétrécissement Aortique Calcifié (RAC) serré étaient une chirurgie cardiaque de remplacement valvulaire aortique (« à cœur ouvert », sous sternotomie et circulation extracorporelle) et le traitement médicamenteux, réservé aux patients à plus haut risques (ce qui était fréquent) et correspondait à des médianes de survie à un an environ. Le TAVI a émergé dans ces circonstances, pour répondre à ces patients condamnés. Les patients inopérables et à haut risque chirurgical se sont vus proposer cette technologie moderne avec des résultats des plus encourageants en terme de mortalité (moins 20% dans les cohortes A et B selon l'étude PARTNER 2 (Leon & al 2016)).
Néanmoins, la Haute Autorité de Santé (HAS) impose à tout établissement hospitalier souhaitant réaliser ce type d'acte une série de contraintes techniques et organisationnelles visant à garantir de manière optimale la sécurité des patients lors de l'opération. Une de ses contraintes est la présence d'une activité de chirurgie cardiaque au sein de l'établissement où a lieu l'acte de pose de bio prothèse par voie artérielle transcutanée. En effet, en cas de complication lors de la pose d'un TAVI, les chirurgiens cardiaques (que l'on distingue des cardiologues interventionnels) peuvent intervenir. Pour autant, concernant les patients à haut risque de chirurgie cardiaque qui sont très souvent âgés, les chances de survie en cas de complication sont, par définition, très faibles. C'est justement parce qu'ils ne peuvent pas subir de chirurgie cardiaque que le TAVI a été inventé.

Pour la Corse, cette contrainte est préoccupante dans la mesure où aucun établissement de la région ne dispose de plateau de chirurgie cardiaque et où les patients les plus âgés refusent de se déplacer pour se faire soigner dans les centres experts de la région PACA. Une première initiative portée par l'équipe de cardiologie interventionnelle du Centre Hospitalier de Bastia (CHB), porteur de ce projet, a été de réaliser un partenariat avec le centre expert de la région PACA pour qu'un chirurgien cardiaque du CHU de La Timone réalise les consultations et les réunions de concertation pluriprofessionnelles (RCP) pré opératoires au CHB. Cela évitait déjà de déplacer les patients âgés deux fois sur Marseille. Malgré des résultats positifs, certains patients renoncent toujours aux soins tandis que d'autres les retardent et diminuent les chances de succès de la pose du TAVI. En effet, dès qu'une calcification est identifiée, l'opération doit se faire au plus tôt car l'aorte se fragilise à mesure que la calcification gagne du terrain.
Par ailleurs, le renoncement aux soins des patients âgés limite la « démocratisation » d'un tel dispositif et donc la connaissance de son existence au sein du monde libéral.
Depuis la mise en place de l'activité de détection des patients et de la RCP préopératoire au CHB, le recrutement des patients relevant de procédures TAVI a triplé sur les trois dernières

années. Cette nette augmentation des indications relève d'une organisation adaptée avec les différents acteurs (gériatres, cardiologues libéraux, médecins généralistes qui ont été sensibilisées à la technique).
Malheureusement, les délais de réalisation d'un TAVI à partir du moment où l'indication a été posée restent relativement longs (consultations du chirurgien, staff multidisciplinaire etc..) en moyenne de 3 à 6 mois. Depuis 2015, ce sont quatre personnes qui sont décédées alors qu'elles étaient sur la liste d'attente pour un TAVI.
De plus les transports transméditerranéens restent difficiles pour cette population âgée qui est très souvent opposée à un déplacement sur Marseille pour les bilans voire pour la réalisation des procédures. De nombreux renoncements aux soins sont observés à cause du transport qui inquiète les patients et leur famille et qui engendre des surcoûts importants pour les familles.

Par ailleurs, aujourd'hui, les dispositifs TAVI ne sont mobilisables que pour les patients à haut risque (PARTNER 1 (Kapadia et al. 2015)) et à risque intermédiaire (PARTNER 2, (Leon & al 2016)) chirurgical atteints d'une sténose aortique. Une étude récente (PARTNER (Mack et al. 2019)) compare les résultats entre un remplacement chirurgical de la valve aortique et la pose d'un TAVI chez des patients à faible risque chirurgical atteints d'une sténose aortique. Autrement dit, si la pratique de la pose de TAVI venait à se généraliser à des risques chirurgicaux plus faibles, cela pourrait accroitre les délais d'attente pour une opération en centre expert. Or le temps joue contre les patients car la calcification de la valve aortique progresse et diminue les chances de réussite de l'opération. Toutefois, le projet déposé vise essentiellement à répondre aux patients âgés à haut risque chirurgical renonçant aux soins du fait de leur éloignement du centre expert.

Elaboration d'une réponse collective

Prenant acte d'une telle situation, le porteur de projet propose la mise en place d'une organisation devant :

- ✓ Améliorer l'accès aux soins
    - o par la réalisation de la pose d'un TAVI au CHB qui éviterait un déplacement sur Marseille pour les personnes âgées contre-indiqués ou à risque opératoire élevé ;
    - o par la facilitation du rôle des aidants grâce à une surveillance des patients âgés en Corse et non sur le continent.

- ✓ Améliorer l'interface ville hôpital
    - o en assurant la continuité de la prise en charge avec le même staff médical bastiais ainsi que le chirurgien cardiaque associé.
    - o en rendant possible une surveillance hors les murs pour des patients dont la réadaptation cardiaque a lieu à domicile à l'aide d'un partenariat ville-hôpital.

- en acculturant, à moyen terme, le secteur libéral (cardiologues et médecins libéraux) à la technique TAVI pour un dépistage le plus précoce possible des patients atteints d'une sténose de la valve aortique.

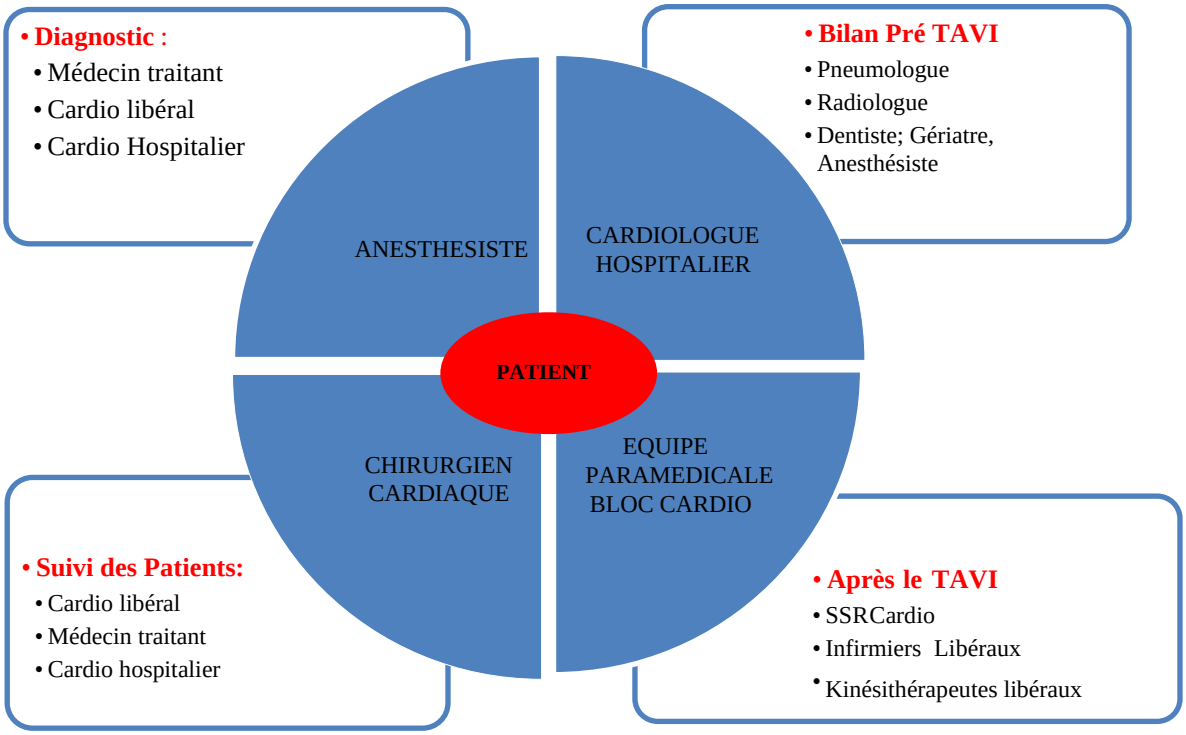
✓ Garantir la pertinence et l'efficience des poses de dispositifs TAVI par la mise en place d'une prise en charge pluridisciplinaire comprenant un chirurgien cardiaque et des professionnels de santé de ville afin d'assurer la prévention secondaire du risque de perte d'autonomie.

Pour cela, l'organisation à mettre en œuvre devait être ville-hôpital et graduée :

- en faisant participer les cardiologues libéraux au recrutement et au staff multidisciplinaire de leurs patients ;
- en associant les équipes médicales hospitalières lors de la RCP ainsi qu'à la prise en charge post-opératoire : Cardiologues, radiologues, réanimateurs, anesthésistes, gériatres.
- en faisant participer les équipes paramédicales aux soins lors du retour au domicile : Kinésithérapeutes, Infirmières diplômées d'état à domicile.
- enfin en renforçant la coordination des soins inhérents au TAVI à travers des retours d'expérience avec les professionnels de santé concernés.

Le schéma ci-après synthétise l'ensemble des intervenants et les phases auxquelles ils sont sollicités.

Figure 5 : synthèse de l'organisation ville-hôpital proposée dans le projet TAVI



Notons que les cardiologues interventionnels qui portaient le projet au sein du CHB réalisaient déjà des poses de TAVI au sein de l'hôpital de La Timone. Ils souhaitaient donc pouvoir les réaliser à Bastia pour éviter des déplacements Corse - Continent aux patients de la région.

L'expérimentation de la réponse

Ce projet a été le premier présenté par l'ARS de Corse au CTIS. Comme il dérogeait à des recommandations de la HAS, la cellule innovation a préféré le soumettre assez prématurément pour éviter au porteur de projet de mobiliser des partenaires inutilement. Le projet a été refusé car les dérogations demandées n'étaient pas autorisées par l'article 51 de la LFSS 2018. La rédaction du cahier des charges a révélé une demande sociale difficilement prévisible par les services de l'ARS de Corse. Si cette demande parait très spécialisée de prime abord, elle met en avant le rôle primordial de la médecine de ville dans la détection des sténoses aortiques. La présence d'un centre hospitalier de proximité disposant de la compétence requise pour sensibiliser des médecins de ville à ces éléments était perçue comme un moyen de réduire les inégalités territoriales de santé. Par ailleurs, ce projet nous a permis de saisir des subtilités juridiques importantes pour la suite de notre travail.

Le positionnement du chercheur

Compte tenu de la sollicitation assez rapide du CTIS sur le sujet, nous avons moins été mobilisés que sur les autres projets. Toutefois, nous avons assisté à l'ensemble des réunions de travail visant à réécrire le projet pour le rendre lisible. En effet, le cahier des charges article 51 a un format type proposé par le ministère et il s'agit selon nous, d'un outil important car il permet à des acteurs aux représentations très différentes de dialoguer sur un éventuel projet commun. Ce projet et tous les autres nous ont donc amené à questionner la pertinence du format du cahier des charges.

2.7 Le projet thérapies orales du cancer

De nombreuses maladies onco-hématologiques (syndromes myeloproliferatifs, myélomes, lymphomes, leucémies), sont traitées par chimiothérapie orale. Mais avec l'avènement des thérapies ciblées, le nombre de patients concernés par un traitement ambulatoire augmente de façon considérable et nécessite donc une prise en charge structurée, d'autant plus que ces traitements sont délivrés jusqu'à progression de la maladie. Cela peut représenter de très nombreuses années de prescription pour une très grande file active de patients (*L'organisation de la prise en charge des patients sous thérapies orales en hématologie, 2016*[5]).

[5] http://www.hematologie.net/hematolo/UserFiles/File/PDF/Livre_Blanc_Hemopathies_malignes%20_Version_Numerique_Nov_16.pdf

Avec l'avènement de ces thérapies, qui sont en majorité à délivrance exclusive en pharmacie d'officine de ville, il est indispensable de disposer d'un réseau ville-hôpital structuré afin que le milieu libéral soit plus autonome et que le milieu hospitalier prenne le rôle de centre de recours et de suivi à distance. La prescription d'un traitement oral se déroule en deux phases :

- La première phase (suivi proximal) débute à la primo-prescription qui se fait à l'hôpital lors de la consultation d'oncohématologie ; par la suite, le patient va bénéficier d'un suivi rapproché pendant les 3 à 6 premiers mois, en fonction de sa pathologie. Cette phase permet de suivre le contrôle de la maladie, l'observance, et permet également de dépister les évènements indésirables précoces souvent délétères.
- La deuxième phase (suivi distal) débute au-delà de ce délai. La surveillance sera alors réalisée en grande partie par les médecins et pharmaciens de ville avec parfois l'appui d'infirmières libérales. Dans ce cas précis, il n'existe pas à l'heure actuelle de parcours structuré de prise en charge de ces patients.

Définition du problème organisationnel initial

Les porteurs de ce projet ont proposé à la cellule innovation de la région de travailler le parcours du traitement des thérapies orales du cancer à partir du constat des difficultés suivantes.

- ✓ L'observance du traitement

Les patients concernés par la chimiothérapie orale sont des patients porteurs de pathologies chroniques et la durée du traitement peut engendrer des problèmes d'observance.
Schématiquement, on peut distinguer trois types de populations :

- les patients jeunes qui, du fait d'une vie active ou d'une maladie laissée de côté, peuvent poser des problèmes d'observance ;
- les patients âges qui sont généralement poly-médicamentés, et dans ce cas, le rajout d'un médicament anti-cancéreux au milieu des autres médicaments peut être très problématique ;
- Il existe également une troisième catégorie de patients, les personnes en perte d'autonomie, isolées et sans aidant. Pour cette sous-population, le réseau hôpital/ville a encore plus de raison d'être en impliquant les infirmières les médecins et pharmaciens libéraux

- ✓ La gestion des effets secondaires

Les pathologies hématologiques concernées sont nombreuses. Ainsi que décrit plus haut, il s'agit de pathologies chroniques dont la survie devient très longue. Les patients porteurs de leucémie myéloïde chronique ou autre syndrome myéloproliferatifs pourront être sous traitement pendant plus de 20 ans sans qu'il n'y ait de modification dans leur prise en charge de leur pathologie hématologique. Pour d'autres pathologies, telles de la leucémie lymphoïde chronique ou le myélome, la survie sans rechute sera plus courte (2 à 3 ans) et nécessitera

donc une attention plus particulière. La gestion des effets secondaires peut comporter deux temps :

- une dimension prospective pour détecter de manière précoce les effets secondaires,
- une fois détectés, s'assurer de disposer des ressources matérielles et cognitives nécessaires pour les gérer,

Pendant les 3 à 6 premier mois la structure hospitalière prend en charge le dépistage et la gestion des effets indésirables. En revanche, au-delà de cette période des six premiers mois, se pose la question de la difficulté, pour les acteurs de ville, du dépistage et de la gestion des effets indésirables. En effet, ils doivent, en contact avec le patient, connaitre le médicament, savoir reconnaitre un effet secondaire lié au traitement, le grader et le prendre en charge soit en totale autonomie si le grade est faible soit, si le grade est élevé, en alertant l'onco-hématologue.

- ✓ Les soins de supports

Compte tenu de la règlementation actuelle, lors du suivi des patients par les professionnels de santé libéraux, il est difficile de mobiliser d'autres professionnels libéraux pourtant directement concernés par le dépistage et la bonne prise en charge des effets secondaires (diététiciennes, psychologues, APA). En effet, ces intervenants au titre des soins de support, ne bénéficient pas de lettre clef à la NGAP et leurs prestations en ville, dans le cadre du traitement d'un patient sous chimiothérapie orale, ne sont pas remboursées aux patients.

- ✓ La formation des professionnels de santé de ville

Dans les années, voire les mois à venir, près de 80% des prescriptions de traitement anti cancéreux par voie orale seront dispensés dans les officines de ville. Il est donc indispensable que les médecins, pharmaciens et infirmiers libéraux soient formés au dépistage des effets secondaires et à leur gradation, connaissent les actions qui en découlent (gestion et/ou alerte de l'onco-hématologue) et soient informés des molécules prescrites à leur patient. Cependant, en raison de leurs contraintes professionnelles, il leur est très difficile de suivre des formations spécifiques et de se mobiliser pour prendre connaissance des innovations thérapeutiques. Or cela devient particulièrement problématique du fait de la mise sur le marché très fréquente de nouvelles molécules et nécessite donc un travail d'actualisation des connaissances systématique : les professionnels de santé libéraux dont l'activité n'est pas seulement liée à l'oncologie, sans une organisation adéquate, ne pourront réaliser ce travail. Enfin, se pose la question de la bonne orientation des patients et du souci des médecins généralistes d'un repérage précoce pour une orientation diagnostic vers un oncohématologue afin d'éviter la perte de chance au patient. Ainsi, la question de la formation concerne aussi bien la gestion des effets secondaires et de la compliance du patient que de l'aide au diagnostic et à l'orientation pour les professionnels de santé de ville.

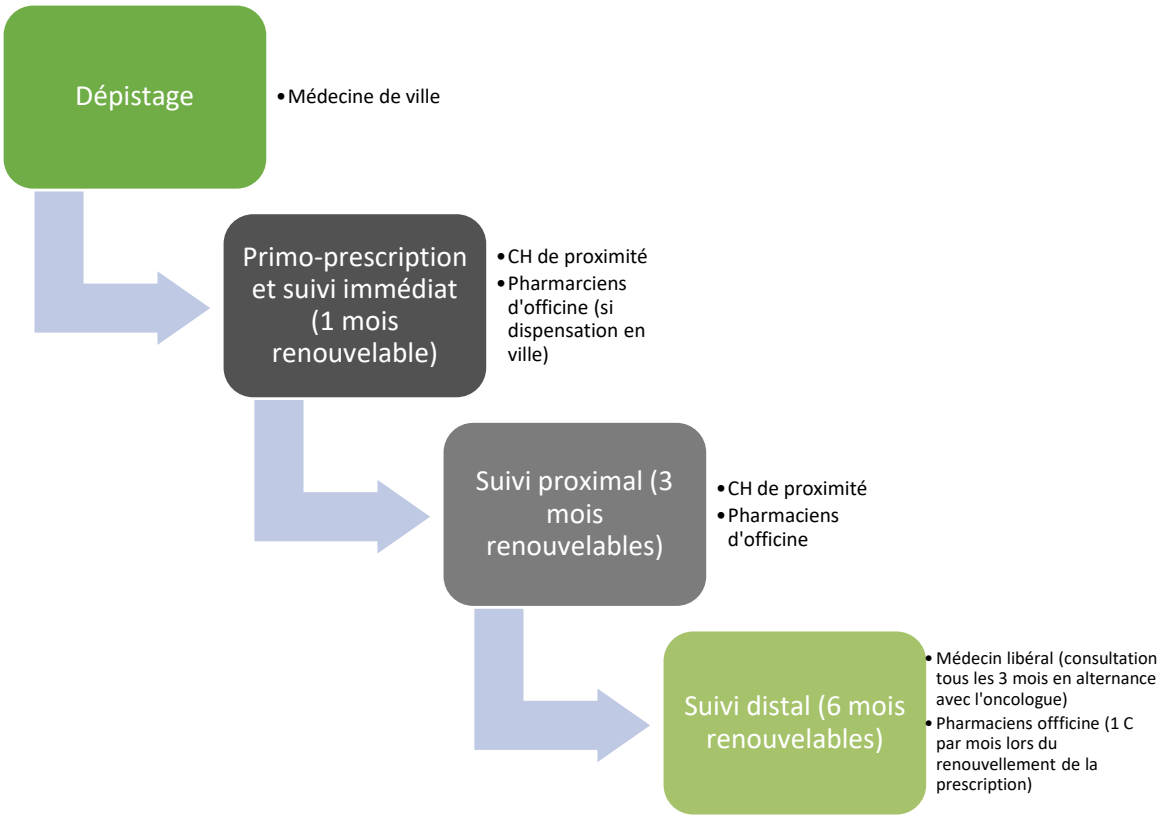
Elaboration d'une réponse collective

Face à ces problèmes, les porteurs de projet ont proposé la mise en place d'une organisation ville-hôpital dont les objectifs sont :

- Une meilleure observance du traitement et donc une meilleure efficacité grâce au maintien du ratio dose prise/dose prescrite au-delà de 80%. (Osterberg 2005)
- Une meilleure gestion des effets secondaires en s'assurant de leur dépistage précoce et d'une prise en charge réactive protocolisée
- Une diminution des arrêts de traitements
- Une diminution des hospitalisations pour toxicité.
- Un meilleur dépistage des maladies onco-hématologiques de la part des professionnels de santé libéraux.

Pour cela, l'organisation ville-hôpital prendrait la forme suivante : elle serait composée d'une équipe experte constituée d'un médecin oncologue, d'un pharmacien hospitalier et d'une infirmière de coordination (IDEC) dont le rôle est la prescription, l'évaluation de la maladie sous traitement et la gestion des complications en interface avec l'équipe de premier recours. Elle serait également constituée d'une équipe de premier recours avec le pharmacien d'officine, le médecin traitant et l'infirmière libérale le cas échéant (en effet tous les patients sous thérapie orale ne bénéficient pas de soins par une infirmières libérales). Son rôle est la délivrance des médicaments, la gestion des complications et des autres pathologies et la surveillance de l'observance des patients (à l'issue de la phase proximale du traitement).
Cette structuration devrait notamment permettre un partage des ressources matérielles et cognitives entre la ville et l'hôpital et une meilleure formation et information « au fil de l'eau » des professionnels de santé de ville quant aux innovations thérapeutiques, aux modalités de dépistage des effets secondaires et aux modalités d'évaluation de l'observance des patients. Une telle structuration devrait permettre aux patients de bénéficier de soins et d'une surveillance continue quelle que soit la phase du traitement et leur éloignement du centre expert.

Figure 6 : processus de prise en charge d'un patient selon les modalités article 51 LFSS 2018



L'expérimentation de la réponse

Comme beaucoup de projets, cette initiative n'a pas encore été validée par le CTIS. Néanmoins, elle présente un intérêt particulier car elle a été proposée par de nombreux acteurs en France : Unicancer qui regroupe l'ensemble des Centres de Lutte Contre le Cancer (CLCC), les Hospices Civils de Lyon (HCL), l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris (APHP) … Il s'en est suivi une proposition par le ministère que les différents porteurs proposent un cahier des charges commun. Il s'en est suivi de nombreuses réunions téléphoniques entre les ARS concernées et le ministère de la santé, une réunion de travail réunissant l'intégralité des porteurs de projet. Même si ces projets présentaient beaucoup de points communs, un débat important a eu lieu sur la place de la médecine de ville qui, pour certains porteurs, n'avait pas à changer son rôle traditionnel alors que pour d'autres, elle devait faire partie intégrante de ces équipes ville-hôpital et aider le pharmacien d'officine dans la surveillance des effets secondaires à long terme. Enfin, des débats ont eu lieu également avec la CNAMTS dans la mesure où ce projet remettait en cause certaines réformes en cours. Nous reviendrons plus en détail sur ce sujet par la suite.

Positionnement du chercheur :

Au cours de ce projet, nous avons été sollicités par les porteurs de projet pour les aider dans la rédaction du cahier des charges et dans l'élaboration du modèle économique du projet. Ce

positionnement nous a permis par la suite de prendre part avec la cellule innovation aux différents échanges interrégionaux avec le ministère et la CNAMTS au sujet des projets. Nous avons élaboré des forfaits de rémunération de ces équipes hybrides en fonction des prérequis organisationnels identifiés par les porteurs de projet. Ces forfaits ont été comparés avec ceux imaginés par les autres porteurs de projet pour n'en retenir que trois (primo prescription, suivi proximal, suivi distal) que toutes les régions appliqueraient si le projet venait à être retenu par le CTIS. Nous avons également eu l'occasion d'échanger directement avec la Direction de la Sécurité Sociale (DSS) et la CNAMTS concernant les montants de ces forfaits et leur redondance potentielle certains dispositifs existant. Dit autrement, ce projet est particulièrement intéressant pour illustrer les difficultés à structurer un parcours avec une multitude d'acteurs embarqués dans le processus de conception.

SECTION 3 : LIEN ENTRE DONNÉES ET QUESTIONNEMENT THÉORIQUE

Dans cette section, nous dressons un panorama de la nature des données que nous avons mobilisées pour répondre à nos questions de recherche. En effet, Yin (2003) identifie six sources de données différentes que l'on peut collecter dans une étude de cas :

- Documentation (ex. courriers, ordres du jour ou comptes rendus de réunions, rapports, etc.)
- Archives (documentation portant sur une période plus ancienne)
- Entretiens ou enquêtes
- Observation directe
- Observation participante (l'observateur n'est pas ici passif mais prend activement part aux interactions qu'il observe)
- Artefacts matériels, directement observables sur le terrain.

Nous avons tenté de combiner les différentes sources de donnés afin d'avoir une représentation la plus complète possible de notre problématique. Nous décrivons dans un premier temps les données issues de sources primaires puis celles issues de sources secondaires. Enfin, nous verrons comment chaque source de données a permis de répondre à nos questions de recherche.

3.1 Données primaires

Recherche-intervention

Comme cela a été montré dans les sections précédentes, de nombreuses recherches interventions ont été menées et nous ont permis d'observer directement des artefacts matériels. En effet, nous avons participé d'un côté à l'élaboration de méthodes pour mieux

apprécier le niveau de dotation en professionnels de santé de zones géographiques. D'un autre côté, nous avons pris part à la mise en place d'un dispositif d'accompagnement de projets visant à réduire les inégalités territoriales de santé en revoyant l'organisation de l'offre de santé autour d'une idée commune du parcours des patients. Comme nous avons été associés à ce dispositif, nous avons pris part à la conception des cahiers des charges de certains projets.

Observation participante

Notre position au sein de l'ARS de Corse a été également l'occasion de participer à de nombreuses réunions de travail en lien avec des sujets plus ou moins reliés à notre objet d'étude. Nous avons par exemple assisté aux réunions de la cellule chargé d'instruire les projets de MSP, qu'elles soient en interne ou avec les professionnels de santé dépositaires du projet de santé. Nous avons assisté aux travaux préfigurateurs de la mise en place des plateformes territoriales d'appui ou dispositif d'appui à la coordination, des systèmes numériques d'appui à la coordination (SNAC). Nous avons également échangé directement avec les professionnels de santé et les équipes du ministère de la santé quant aux méthodes d'identification des zones sous denses en offre. Il nous a été possible également de participer à des réunions d'ordre plus institutionnel telles que des comités de pilotage E Santé. Enfin, notre lieu de travail se situant dans les locaux de l'ARS de Corse nous avons pu observer les méthodes de travail ainsi que le type de relations entretenues avec d'une part les professionnels de santé, leurs représentants, les services du ministère, de la CNAMTS, de la DCGDR, de la Collectivité de Corse et de la Préfecture.

Entretiens semi-directifs

Dans le cadre d'une enquête confiée par l'ONDPS, nous avons mené des entretiens semi-directifs pour tenter de mieux décrire les déterminants des choix d'installation des jeunes médecins. L'objectif était de comprendre quelles étapes dans le cursus de médecine étaient importantes dans la maturation du choix d'une spécialité, d'un lieu et d'un mode d'exercice. Quelques études quantitatives ont déjà été menées sur le sujet, opposant par exemple les dimensions personnelles et professionnelles dans le choix d'installation d'un jeune médecin. A travers cette méthode qualitative nous cherchions à étayer la construction du processus de décision.

Pour cela, nous avons opté pour une approche ethnosociologique par le récit de vie (Chanlat 2005) qui consiste à retracer le parcours en médecine des étudiants sondés et à les guider vers ce qui leur semble déterminant dans la construction de leur projet professionnel. Ci-après se trouve un récapitulatif du nombre d'entretiens menés tandis que la trame du questionnaire figure en annexe 3. Par facilité en termes d'accès aux données, nous avons restreint nos entretiens sur deux régions : la Corse et l'Ile de France. Les étudiants corses sont ceux qui ont passé leur baccalauréat en Corse. En effet, il nous semblait important de croiser les données issues de ces entretiens avec nos retours de terrain au sein de l'ARS de Corse. Néanmoins, comme l'université de Corse ne comprend que la première année de médecine, ces étudiants partent de la région pour des universités en région PACA (Marseille, Nice) ou en région

parisienne (Paris Diderot, Paris Descartes) afin de continuer leurs études. Quant aux étudiants d'Ile de France, nous n'avons pas ciblés ceux qui étaient originaires de la région, seulement ceux qui avaient suivi une partie de leur cursus ici. Les 3 premiers mois ont servi à mieux cerner le sujet et les attentes, à travers des entretiens avec l'ONDPS et des rencontres avec 14 personnes : 3 syndicats d'étudiants : ANEMPF, ISNAR – IMG, ISNI, 2 autres responsables (une responsable des étudiants passereliens, et un responsable de l'Association « médecine et sciences »), 8 internes en médecine et un étudiant de 2ème cycle.
Puis dans les 5 mois suivants l'analyse s'est poursuivie, en recentrant, à la demande de l'ONDPS, sur le périmètre plus strict des médecins généralistes, avec de nouveaux entretiens avec 20 internes et médecins (7 en IDF et 12 en Corse) et un groupe de 10 étudiants externes de l'Université Paris 6. C'est au total 45 personnes qui ont été rencontrées.

Tableau 5 : Tableau récapitulatif des entretiens menés

	Origine Corse	Etudes en Ile de France
Externe	2	12
Interne	7	17
Jeune médecin	3	2
Autre	1	6

Toutefois, même si ce matériau empirique très intéressant nous a servi dans la réflexion globale sur le concept de désert médical, nous n'avons pas pu l'intégrer à nos résultats de recherche.

Sondage par questionnaire

Pour étayer notre approche du désert médical par le parcours de soins, nous avons tenté de dresser une typologie des raisons pour lesquelles des ruptures de parcours pouvaient exister. Nous avons fait l'hypothèse que ces ruptures seraient liées à des difficultés rencontrées par les professionnels de santé lors de la prise en charge de leurs patients. Nous avons distingué quatre grands types de difficultés, présentés dans le tableau en annexe 4. Nous avons opté pour un questionnaire fermé qui visait à classer l'occurrence de ces difficultés de jamais à très souvent. Le questionnaire s'adresse à tout type de professionnel, quel que soit leur secteur d'exercice. Nous l'avons ensuite adressé à l'ensemble des professionnels de santé libéraux à travers leur URPS respectives. Nous avons eu plus de difficultés à diffuser le questionnaire au sein des structures hospitalières, publiques ou privées. Malheureusement, nous n'avons eu que 54 réponses, ce qui s'avérait trop peu suffisant pour modéliser plus précisément les réponses issues de ce questionnaire.

3.2 Données secondaires

Compte tenu de notre positionnement, nous avons eu accès à de la documentation issues de sources nationales et régionales. Par exemple, des documents produits par l'ONDPS, la DGOS, la DREES, l'HCAAM, l'ANAP. Concernant les sources plus locales, nous avons exploité des documents tels que les projets régionaux de santé première et deuxième génération, le schéma régional de santé et l'ancien SROS, les comptes rendus de réunion, des notes et des archives internes. Nous avons également utilisé de la documentation relative au fonctionnement du régime des autorisations qui indique sous quelles conditions des activités de soins peuvent être autorisées par l'ARS. C'est de cette manière que nous avons suivi l'évolution de la réforme du régime des autorisations en cours en plus des liens avec des agents de l'ARS.

Dans le tableau suivant, nous dressons une synthèse de l'utilisation que nous avons faite des données primaires et secondaires pour répondre à nos questions de recherche.

Tableau 6 : Synthèse méthodologique

Question de recherche	Sources	Modes de collecte
QR1 : Pourquoi une démarche quantitative, fondée sur un calcul de densité médicale, n'est pas aujourd'hui une solution pertinente ou du moins suffisante pour répondre aux déserts médicaux	Administrations centrales (DGOS, DSS, CNAMTS, SG, ONDPS) Administrations régionales (ARS, DCGDR) Représentants professionnels (URPS, Ordres, directions hospitalières) Bases de données nationales (SNDS, DIAMANT)	**Données primaires** : Observations participantes aux réunions de travail au sujet des zonages conventionnels (administrations centrales et représentants professionnels), recueil des données fournies par les administrations « sources », requête des bases de données. Recherche intervention Entretien semi-directifs **Données secondaires** : SROS et PRS 1, archives ONDPS, DGOS, Ordres, littérature académique DREES, IRDES
QR2 : En quoi une approche par le parcours de soins permet de mieux comprendre la multiplicité des demandes sociales associée aujourd'hui à l'objet « désert médical » et quels sont les régimes de conception praticables	Administrations centrales (DGOS, DSS, CNAMTS, SG) Administrations régionales (ARS, DCGDR, Collectivité de Corse) Maisons de santé pluriprofessionnelles	**Données primaires :** Observation participante aux travaux de déploiement des MSP, ESP CPTS et PTA et projets télémédecine. **Données secondaires** : Analyse littérature institutionnelle et juridique

associés à cette approche ?		concernant le régime des autorisations, littérature académique spécifique au champ de la santé.
QR3 : le parcours de soins comme objet de régulation amorce-t-il un tournant vers une organisation plus ouverte de la conception d'une action publique ?	Administrations centrales (DGOS, DSS, CNAMTS, SG) Administrations régionales (ARS, DCGDR, Collectivité de Corse) Instances représentatives des professionnels de santé (URPS Ordres) Centres hospitaliers (Chefs de service, chef de pôle) Maisons de santé pluriprofessionnelles	**Données primaires :** Observation participante, recherche intervention à travers un accompagnement à la conception de projets innovants visant à améliorer l'accès aux soins des usagers et par la participation à des journées de travail ministère inter ARS innovation.

CONCLUSION CHAPITRE 2

Ce chapitre a permis de resituer le contexte empirique et méthodologique de cette recherche. La nature de la demande de l'ARS de Corse invitait à passer par une démarche de recherche intervention car, même après une documentation rapide, elle était trop floue pour prétendre déterminer en amont un design de recherche précis. Puis, en fonction de nos premiers résultats d'exploration nous avons pu proposer quelques concepts pour penser des trajectoires dans lesquelles l'ARS de Corse pouvait s'engager. Nous avons également exposé les sujets auxquels nous avons été associés comme la création d'un comité régional de l'ONDPS, les différents zonages professionnels, les réflexions quant au rôle d'une cellule innovation au niveau des pouvoirs publics locaux, la conception de quatre projets Article 51 de la LFSS 2018 (CICA'CORSE, EVACORSE, TAVI, Thérapies orales). Tous ces matériaux empiriques ont été des sources, directes ou indirectes, qui nous ont permis de répondre aux trois questions de recherche de ce travail.

PARTIE 2 : PRÉSENTATION ET DISCUSSION DES RÉSULTATS

INTRODUCTION DE LA PARTIE 2

Dans la partie 2, nous répondons à nos questions de recherche et discutons certains éléments théoriques par rapport aux résultats que nous avons obtenus. Elle est composée de quatre chapitres.

Le chapitre 3 répond à la première question de recherche en réalisant une généalogie du concept de désert médical et en étudiant les modalités de conception d'un zonage professionnel visant à déterminer les zones sous denses. On montre alors qu'il s'agit d'une méthode d'appréciation quantitative et comparative de l'accès aux soins dans les territoires, structurée de manière à aboutir à un mode de régulation mixte incitatif marché / professionnel. Ces approches comparatives n'invitent pas à comprendre le besoin de santé dans l'absolu mais à objectiver des inégalités d'accès aux soins par rapport à une norme statistique arbitraire. L'accès aux soins est d'ailleurs considéré comme l'accès à des professions de santé indépendamment les unes des autres.

Dans **le chapitre 4**, nous répondons à la deuxième question de recherche et introduisons le concept de parcours comme une façon alternative de modéliser le besoin de santé. Nous revenons d'abord sur la notion de coordination des soins pour comprendre les raisons pour lesquelles le parcours a émergé. Il ressort que l'approche parcours permet une modélisation plus globale du besoin de santé. Dès lors, l'inégalité d'accès aux soins devient une inégalité dans la continuité des parcours des usagers. Le problème initial de désert médical dépasse la question des campagnes et s'invite en ville et dans les territoires bien dotés en professionnels. Nous étudions alors les dispositifs de régulation de la continuité des parcours conçus par les pouvoirs publics et montrons que peu de composantes du système de santé sont dessinées pour réguler un parcours dans son ensemble.

Le chapitre 5 répond à notre troisième question de recherche. Il est l'occasion de montrer que l'ouverture de la conception de l'organisation d'une politique publique à des acteurs locaux permet de révéler aux autorités publiques des besoins méconnus et des difficultés d'accès aux soins. Malgré la présence d'un cadre normatif national contraignant, une approche plus ascendante du processus de conception permet de proposer la création d'alternatives de prise en charge qui sont dans la logique de parcours et qui semblent plus adaptées aux contraintes des territoires.

Enfin, **le chapitre 6** vise à discuter le principe d'universalité d'une action publique pour montrer qu'il n'est qu'un principe, et que dans les faits, assurer l'égalité de traitement des citoyens n'est pas possible quelle que soit l'échelle de la conception de l'action.

Nous revenons également sur la dialectique pertinence / cohérence identifiée par les sciences politiques, en montrant qu'une action conçue à l'échelon local pertinente peut être cohérente avec un cadre national à certaines conditions. En revanche, que le niveau national parvienne à exploiter ces projets locaux pour réformer le système de santé n'est pas chose facile. Nous discutons donc de la faisabilité de cette approche.

CHAPITRE 3 : LE DÉSERT MÉDICAL COMME CONSÉQUENCE DU MANQUE DE PROFESSIONNELS DE SANTÉ : UNE CONCEPTION CENTRALISÉE DE DISPOSITIFS DE RÉGULATION RÉPONDANT A UNE LOGIQUE MIXTE, MARCHÉ/PROFESSIONNELLE.

INTRODUCTION DU CHAPITRE 3

Dans ce chapitre, les différentes sections de résultats (2 et 3) vont chacune exploiter d'une part une revue de littérature dédiée (section 1) et d'autre part des données produites par des observations et des interventions menées sur le terrain de recherche. Ces résultats viennent répondre à notre première question de recherche **: Pourquoi une démarche quantitative, fondée sur un calcul de densité médicale, n'est-elle pas aujourd'hui une solution pertinente ou du moins suffisante pour répondre aux déserts médicaux ?**

La généalogie du concept de désert médical, réalisée en section 1, permet de comprendre comment, historiquement, ce problème public a émergé. Son caractère flou n'est pas nouveau, car à peine le désert médical naît dans les rapports et les discours politiques, que déjà son existence est discutée. Par ailleurs, les origines du désert médical émergent avec les questions du nombre d'étudiants en médecine à former et de la répartition des effectifs médicaux sur le territoire. Cela nous amène à étudier les dispositifs de zonage conçus par les pouvoirs publics pour infléchir l'installation des professionnels de santé libéraux vers une répartition plus équitable sur le territoire national. Notre analyse porte sur le modèle de raisonnement des agents qui conçoivent les zonages et sur la répartition des rôles au cours de cette activité. L'équité de répartition des professionnels est estimée par des modèles statistiques comparatifs et monoprofessionnels. Ces derniers permettent une régulation incitative portant sur chacune des professions réglementées par le code de santé publique, indépendamment l'une de l'autre. Il s'agit, selon nous, d'une régulation mixte marché/professionnel au sens où la couverture des besoins de santé est laissée aux professionnels de santé libéraux qui se coordonnent selon un mécanisme proche de celui de marché. Néanmoins, dans la mesure où leurs compétences sont standardisées par la loi et le système universitaire, une forte autonomie, caractéristique des modèles de régulation professionnelle, leur est laissée dans l'appréciation des besoins de santé de leur patientèle. Nous montrons finalement les limites du régime de conception des zonages.

SECTION 1 : HISTOIRE ET DÉFINITION INSTITUTIONNELLE DU CONCEPT DE « DÉSERT MEDICAL »**.**

Cette première partie du travail consiste à dresser un rapide contexte historique dans lequel le concept de désert médical est né. Bien que la question du contingentement du nombre de médecins à former existe au moins depuis la mise en place d'un numerus clausus pour les études médicales (Déplaude 2009), nous nous intéressons aux premières fois où l'occurrence « désert médical » apparaît dans la littérature institutionnelle. Cela nous amène notamment à étudier l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (ONDPS). Cet organisme, chargé de proposer au ministère de la santé les effectifs médicaux à former, a contribué, à travers ses rapports, à confirmer ou infirmer les fondements d'une crainte selon laquelle un manque de médecins pourrait se faire sentir un jour ou l'autre. L'ONDPS, composé de comités régionaux, s'efforce, en lien avec les acteurs locaux, de recenser les besoins en santé de la population afin de tirer des conclusions sur les besoins en professionnels. Du fait de la définition particulièrement large du besoin de santé, l'exercice méthodologique est épineux et donne lieu à de nombreuses incertitudes.

1.1. Le désert médical, un concept qui mobilise les pouvoirs publics depuis les années 2000.

Nous nous intéressons aux différents rapports et comptes rendus institutionnels qui ont pu voir le jour mentionnant directement la notion de désert médical. Une fois ces rapports inventoriés, nous proposons d'en réaliser une analyse succincte pour comprendre les raisons pour lesquelles le désert médical comme demande sociale a émergé. Par ce détour historique, nous cherchons à comprendre pourquoi le désert médical est devenu un problème public. On s'intéresse également à la façon dont il est objectivé : est-il mobilisé comme une métaphore vouée à exprimer un futur hypothétique en cas de mauvais choix politique ou bien comme une tendance avérée que les inégalités territoriales de santé vont s'accroître ? Enfin, nous cherchons à comprendre pourquoi un tel phénomène apparaît récemment alors que la régulation des effectifs de professionnels de santé existe depuis les années 1970.

Le premier document que nous avons pu identifier et qui mentionne une « désertification médicale » est un compte rendu d'une session parlementaire (du 10 Avril 1991) concernant la loi du 31 Juillet 1991 visant globalement à réformer le milieu hospitalier en limitant le nombre de lits, les coûts hospitaliers devenant de plus en plus élevés, et en s'appuyant sur une planification de plus en plus contraignante (*« Les réformes hospitalières en France : aspects historiques et réglementaires » 2017*). Néanmoins, le désert médical n'apparaît pas comme concept en tant que tel. Ce sont les critiques vis-à-vis de la loi qui dénoncent une désertification médicale à laquelle la réforme ne répond pas et qu'elle pourrait éventuellement aggraver en resserrant les contraintes de la planification hospitalière qui en font un concept. On entrevoit déjà une forme d'opposition entre une volonté de réforme pour contenir la

dépense publique, et une critique de la réforme car elle génère des inégalités d'accès aux soins entre territoires. Dans ce même compte rendu, une question orale est notamment posée au ministre : « *[…] à la suite d'une concession du « service public » accordée par l'hôpital de Menton à une polyclinique privée pour toutes les activités liées à la maternité, celle-ci était donc la seule à assurer ce service public à l'Est du département des Alpes-Maritimes. La direction de la polyclinique […] a signé […] un protocole avec la fondation de l'hôpital Lenval, à Nice, pour lui céder ses quinze lits d'obstétrique. Est-il pensable que dans la région du Mentonnais, qui connaît la plus forte expansion démographique du département depuis le recensement de 1985 et représente actuellement une population d'environ 100 000 habitants permanents, et près du double en période de pointe, le Gouvernement puisse, sous prétexte de quota, refuser de créer en remplacement un service de maternité au sein du centre hospitalier de Menton, qui a d'ailleurs potentiellement les capacités de lits nécessaires ? Un refus entraînerait rapidement la désertification sanitaire dans cette région frontalière […], mais i1 créerait surtout une situation intolérable en obligeant les femmes de cette région, faute d'un service existant à proximité, à aller accoucher, même en cas d'extrême urgence, à plus de 30 kilomètres de leur domicile […]* ».

Cette réforme hospitalière fait l'objet, en 1991, d'inquiétudes quant aux réponses qu'elle peut apporter entraînant des conséquences en termes d'accès aux soins des usagers. Néanmoins, la désertification médicale est mentionnée ici, plus comme un futur hypothétique que comme un état de fait.

En Octobre 2004, un rapport de l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (ONDPS, 2004) soulignait des inégalités territoriales importantes dans la répartition des professionnels de santé. Ce rapport a donné lieu, sur ordre du ministre de la santé alors en fonction, à la rédaction d'un nouveau rapport (Berland 2004) en accord avec l'ensemble des acteurs concernés par la régulation du corps médical (Conférence des Doyens des Facultés, Conseil National de l'Ordre des Médecins, l'Assurance Maladie, les syndicats des médecins, les syndicats des internes et des étudiants en médecine …).

Ce rapport acte le phénomène de désert médical en essayant de le définir plus précisément par l'observation des disparités entre territoires en termes de dotation de médecins. C'est le premier rapport qui souligne ce problème en tant que tel et non un débat politique sur la régulation du secteur hospitalier. Pour autant, le rapport Berland ne témoigne pas du phénomène en concluant qu'il existe des déserts médicaux. L'objectif est justement de questionner la pertinence du concept apparemment déjà mobilisé par certains élus politiques (cf. rapport parlementaire ci-dessus). Analysons dans le détail pourquoi et comment ce document traite de la question des déserts médicaux.

Le rapport est notamment introduit par la phrase suivante : « *La commission s'est réunie régulièrement afin de faire un diagnostic et de proposer des pistes réalistes permettant d'améliorer la médicalisation des territoires aujourd'hui déficitaires à partir de mesures essentiellement incitatives suivant le souhait du ministre.* ». Autrement dit, ce sont les inégalités territoriales d'accès aux soins qui sont problématiques pour des pouvoirs publics qui se doivent de maintenir l'universalité d'une action publique. En effet, il est constaté que pour la majorité des professions de santé, il existe des différences de densité entre les

territoires qui pourraient s'amplifier dans les années à venir, compte tenu du renouvellement important des effectifs médicaux. Du fait d'une répartition disparate de l'offre de soins, les usagers seraient traités de manière inégale par le système de santé. Mais comment une telle situation a-t-elle pu apparaître ?

A dire vrai, le rapport Berland ne conclut pas à un phénomène massif de désertification médicale dans lequel l'ensemble des territoires ruraux seraient délaissés par les professionnels de santé au profit des grands pôles urbains. Au contraire, avec quelques réserves méthodologiques, il est écrit que les difficultés d'accès aux soins primaires ne concerneraient qu'une frange limitée de la population (entre 0,6 à 4,1% selon les méthodologies adoptées). Les soins primaires sont évoqués ici car il s'agit de soins que l'on pourrait qualifier de plus courants. L'article L1411-11 du Code de Santé Publique définit les soins primaires de la manière suivante : « *l'accès aux soins de premier recours ainsi que la prise en charge continue des malades sont définis dans le respect des exigences de proximité, qui s'apprécie en termes de distance et de temps de parcours, de qualité et de sécurité. Ils sont organisés par l'agence régionale de santé*[6] *conformément au schéma régional de santé prévu à l'article L. 1434-2. Ces soins comprennent :*

- *La prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients ;*
- *La dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique ;*
- *L'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social ;*
- *L'éducation pour la santé.*

Les professionnels de santé, dont les médecins traitants […] ainsi que les centres de santé concourent à l'offre de soins de premier recours en collaboration et, le cas échéant, dans le cadre de coopérations organisées avec les établissements et services de santé, sociaux et médico-sociaux.

On comprend donc que les services de santé de premier recours doivent être, par définition, répartis sur le territoire de manière relativement uniforme car ils sont les services a priori le plus souvent mobilisés par un usager tout au long de sa vie. Par exemple, un médecin traitant peut suivre un patient pendant des dizaines d'années alors qu'un établissement hospitalier ne verra ce patient que quelques jours voire quelques heures. Le médecin traitant est donc un garant de l'information et du suivi de l'état de santé des usagers. Cela ne signifie pas pour autant que l'accès à des plateaux techniques hospitaliers spécialisés n'est pas une priorité. Seulement, le rapport décrit des limites méthodologiques qui empêchent d'approcher la qualité de l'accès aux soins de second et de troisième recours.

Une forme de « simplification » implicite a lieu : d'une part les auteurs reconnaissent qu'il « *… manque toutefois singulièrement d'une exploitation des données concernant l'accès aux différentes disciplines médicales et à la prise en charge des grandes pathologies* » (rapport Berland 2005, p12). D'autre part, c'est à l'ONDPS qu'est confiée l'organisation de cette commission de la démographie médicale. Ce n'est donc pas par le prisme hospitalier que la

[6] L'article de loi utilisé pour définir les soins primaires ici est postérieur à la rédaction du rapport, c'est la raison pour laquelle l'ARS apparaît dans l'article de loi alors qu'en 2004, les ARS n'existaient pas. En revanche, les schémas régionaux de soins existaient.

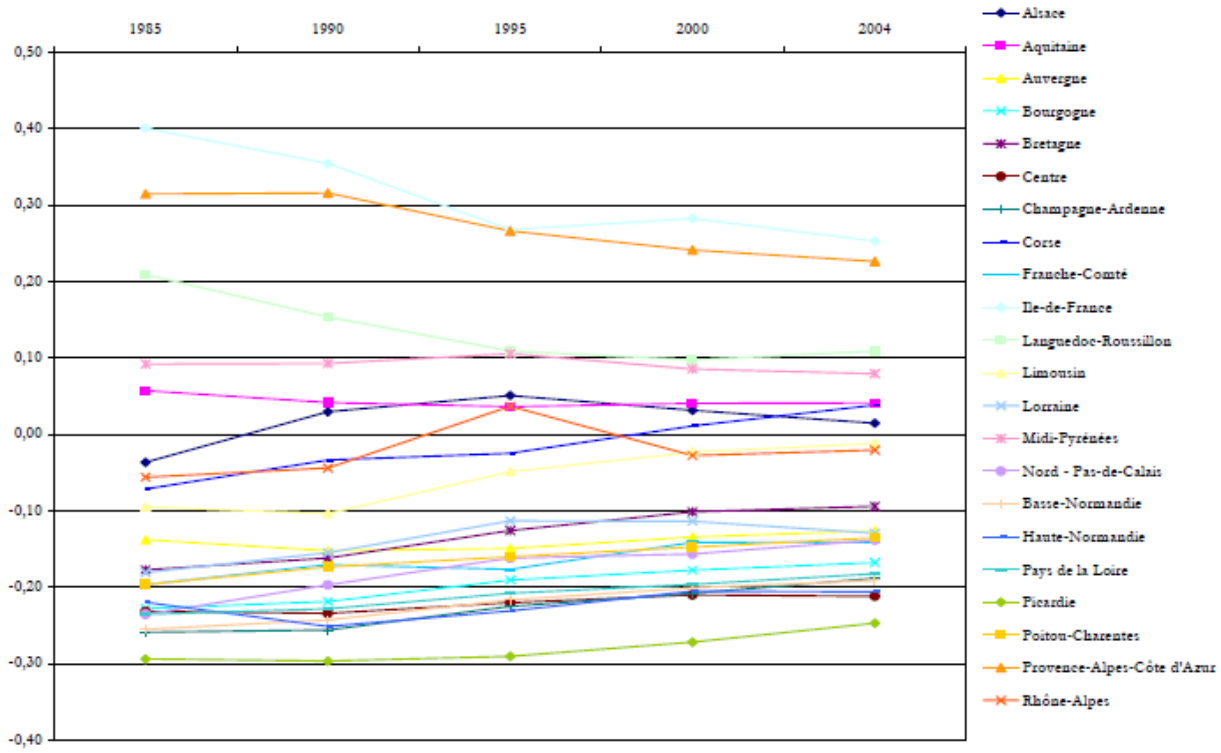
question des inégalités territoriales de santé est abordée, comme nous avons pu le constater dans l'exemple précédent, mais sous l'angle de la pertinence du contingentement de professionnels de santé formés et répartis sur le territoire. En effet l'ONDPS a pour mission notamment de rassembler les données harmonisées nécessaires aux analyses régionales et nationales relatives à la démographie, à l'implantation de professionnels de santé sur le territoire, aux modes d'exercice, notamment pluriprofessionnel, et à l'accès aux soins. Cet organisme est chargé de proposer au ministre de la santé et au ministre de l'enseignement supérieur, à partir des propositions des comités régionaux, le nombre et la répartition des effectifs de professionnels de santé à former, par profession et par spécialité, et par région ou subdivision (Décret n° 2010-804 du 13 juillet 2010 modifié).

La densité médicale est présentée par les auteurs de ce rapport comme un moyen de quantifier l'offre de soins et de comparer différentes unités géographiques entre elles. Il est vrai qu'un déficit important de professionnels de santé, dans une spécialité donnée, sur un territoire, peut se traduire par des difficultés organisationnelles rencontrées par des établissements de santé et un accès aux soins rendus difficiles pour les usagers. Par exemple, un service d'urgence qui ne parvient pas à recruter des effectifs suffisants de médecins urgentistes pour assurer un service permanent, laisse présager un temps d'attente importants pour les usagers. La densité médicale fait en quelque sorte office de « proxy » du niveau de l'offre de soins, ramenée à la population d'un territoire. Elle est donc commode pour comparer les territoires entre eux. Néanmoins, pour reprendre l'exemple précédent, on pourrait imaginer qu'un service d'urgence s'organise pour déléguer certaines tâches des médecins vers les infirmières afin de libérer du temps médical. Dans ce cas, la densité médicale serait un mauvais proxy du niveau de l'offre de soins sur le territoire, car le service rendu auprès de l'usager est de qualité, malgré moins de médecins (et plus d'infirmières). Les auteurs de ce rapport sont conscients de ces limites, ils évoquent notamment le fait que la densité médicale ne tient pas compte :

- du volume d'activité des professionnels, mais seulement de leur présence déclarée à l'ordre des médecins sur un territoire ;
- des spécificités locales comme la présence d'une offre médicale étrangère pour les zones frontalières, des structures de population différentes liées à une présence marquée de personnes de plus de 75 ans, de poches de précarité…
- de la géographie d'un territoire qui peut expliquer, pour une même population, un nombre de professionnels de santé plus important du fait de difficultés de déplacements.

Malgré ces limites méthodologiques importantes, la densité médicale permet une certaine objectivation du niveau des offres territoriales. Le rapport aboutit ainsi à des résultats assez surprenants pour une période où l'on évoque la désertification médicale de manière assez fréquente :

Figure 7 : évolutions des écarts à la moyenne des densités médicales par région entre 1985 et 2004

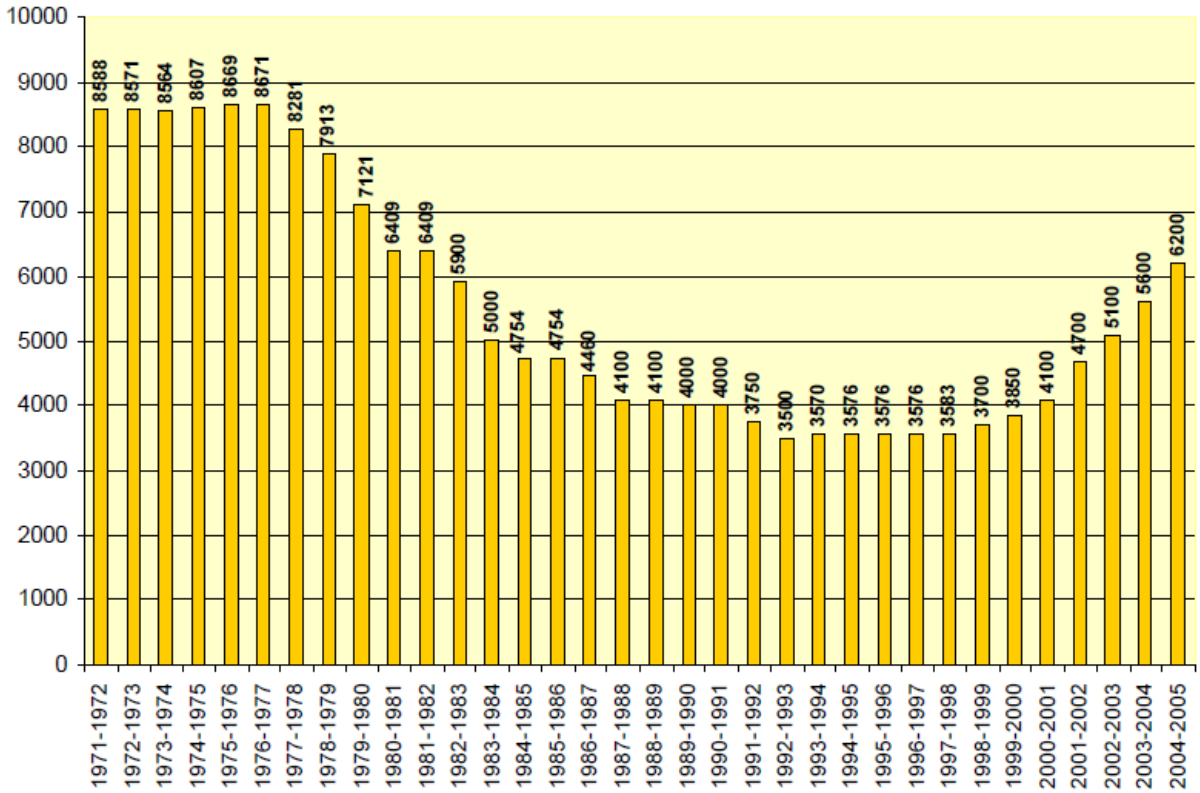


(Source ONDPS 2005).

Les densités médicales par région, depuis 1985, sont de plus en plus homogènes : en 1985, la densité médicale de la région la mieux dotée dépassait de 40% la densité médicale nationale contre 25% en 2004. Quant à la région la moins bien dotée, elle passe de – 30% en 1985 à – 25% en 2004. Ces disparités restent importantes, toutefois la tendance est à la diminution des inégalités régionales de dotation en médecins. Quelles sont alors les conclusions du rapport ? La désertification médicale n'est-elle qu'une métaphore utilisée de manière rhétorique par des élus pour interpeller le gouvernement au sujet de la fermeture de certaines structures hospitalières ou du départ d'un médecin généraliste d'une commune rurale ?

Si le rapport ne conclut pas qu'il existe des déserts médicaux en France en 2005 ou que le phénomène ne concerne qu'une frange très limitée de la population concernant les soins de premier recours, il n'abandonne pas pour autant le concept en alertant les pouvoirs publics sur les possibilités d'une aggravation de la situation dans les années à venir en termes de couverture des besoins de santé de la population. En effet, la première des causes invoquées est une « réduction inconsidérée du Numerus Clausus des études médicales » (rapport Berland 2005, p19) ce dernier étant passé de 8 588 places en 1971 à 3 500 en 1992, 1993 et 1994. Le graphique ci-après illustre bien la tendance.

Figure 8 : évolution du Numerus Clausus des médecins entre 1971 et 2005



(Source ONDPS 2005)

Le rapport anticipe des départs massifs à la retraite d'une génération de médecins n'ayant pas été soumis au Numerus Clausus ou soumis à un Numerus Clausus favorable, remplacés par une génération dont le Numerus Clausus est faible. Les projections démographiques aboutissent à une baisse globale de la densité médicale à partir de 2008.

Un deuxième écueil présenté est celui du vieillissement et de la féminisation de la profession médicale. En 2025, le corps médical serait composé de 52% de femmes. Or en 2005, l'activité des femmes est égale à 70 % de celle des hommes sur une vie professionnelle. Pour autant depuis 1989, cette proportion évolue à la hausse. Enfin, les femmes médecins semblent privilégier un exercice salarié ce qui devrait impacter à la baisse les effectifs des médecins libéraux. La diminution légale du temps de travail a eu également un impact sur la disponibilité des professionnels.

L'aggravation de la situation pourrait également venir d'une modification du comportement des jeunes médecins qui mettent plus de temps à s'installer, préférant réaliser des remplacements sur des temps plus longs à la sortie de leurs études. Ils élaborent leurs choix professionnels en fonction de leurs choix de vie et de famille et non l'inverse et ils rejettent l'exercice de la médecine dans les zones rurales et péri-urbaines.

Enfin, une dernière raison pour laquelle la situation peut s'aggraver, est un accroissement et une évolution des besoins de santé de la population. Plus précisément, les besoins peuvent évoluer à la hausse ainsi que les perceptions qu'ont les professionnels de santé de ces besoins,

ce qui affecterait le temps de travail des offreurs de soins. De fait, les progrès de la médecine invitent à modifier les modalités de prise en charge. D'un côté ce progrès peut amener un gain d'efficience pour les professionnels de santé, de l'autre, il peut impliquer des temps de prise en charge plus longs. A l'origine de cet accroissement on retrouve notamment :

- Le vieillissement global de la population qui se traduit par un vieillissement des malades. Les polypathologies associées à ces patients âgés, accroissent la demande de soins et transforment les modes de prise en charge. Les traitements, permis par l'évolution des techniques et les progrès thérapeutiques pour un nombre grandissant de pathologies, ne présentent pas les mêmes caractéristiques que ceux des malades plus jeunes en termes de durée des séjours et de structures d'accueil. Une prise en charge plus globale de la dépendance, incluant des aspects plus sociaux et l'aide quotidienne, interpelle directement les professionnels de santé quant à leur niveau de coordination interne et externe (avec les services sociaux par exemple)
- La diminution des durées de séjour hospitalier (-4,4% entre 1998 et 2002 pour le nombre global de journées d'hospitalisation) qui entraîne une sollicitation plus grande des secteurs médico-social et libéral.
- Une augmentation des potentialités techniques qui permettent de soigner de nouvelles pathologies. Ce progrès modifie la nature des interventions des professionnels de santé et peut occasionner l'émergence de techniques d'analyses diagnostiques, qui supposent des temps longs d'interprétation et d'échanges. Le développement des capacités diagnostiques et thérapeutiques repose sur des outils technologiques dont le coût et l'utilisation exigent une mutualisation des savoir-faire.
- Des exigences accrues en termes de sécurité de prise en charge des patients qui occasionnent la mise en œuvre de démarches qualité affectant significativement le temps du personnel soignant.

L'analyse non exhaustive de ces sources institutionnelles (Chevillard, 2018), utilisant et questionnant la pertinence du concept de désertification médicale, nous a permis de mieux comprendre son origine et les raisons pour lesquelles les pouvoirs publics sont susceptibles de se mobiliser à son sujet : l'existence de déserts médicaux remet en cause l'universalité de l'accès au système de santé, donc le principe d'égalité entre les citoyens. Pour autant, le système de santé regroupe plusieurs types de soins plus ou moins accessibles selon les contraintes techniques qu'ils occasionnent. Les exigences d'accès aux soins pour un médecin traitant ou un service hospitalier spécialisé ne peuvent pas être les mêmes quel que soit le lieu de vie d'un usager. Comment prétendre qu'une désertification médicale a lieu, de quelle nature est-elle ? Pourquoi ce souci de l'égalité d'accès aux soins apparait-il dans les années 1990 – 2000 ? Le rapport Berland nous a donné quelques pistes de réflexion en tentant une objectivation des inégalités territoriales de santé par l'étude des densités médicales, comme une approximation du niveau de l'offre et des besoins de santé par spécialité, par territoire. Malgré les défauts méthodologiques soulevés par une telle approche, les résultats n'aboutissent pas au constat d'une aggravation des inégalités territoriales de santé dans la mesure où le volume global de professionnels de santé augmente et où les densités régionales

sont plus homogènes en comparaison des années antérieures. Ce rapport n'en déduit pas pour autant que la désertification médicale est un mythe mobilisé seulement par l'opposition politique pour critiquer des réformes du système de santé. Au regard de l'évolution des besoins de santé de la population et d'une gestion « inconsidérée » du Numerus Clausus dans les années 1990, une désertification médicale comprise comme un manque de professionnels sur le territoire et notamment un manque de professionnels de santé de premier recours, pourrait bien voir le jour dès les années 2010.
Si les besoins de santé évoluent à la hausse et si l'innovation thérapeutique et organisationnelle conduit les offreurs à dédier plus de temps aux patients pour les soigner, comment expliquer la baisse du Numerus Clausus dans les années 1990 ? Si la régulation du corps médical traduit le souci des pouvoirs publics d'assurer une réponse aux besoins de santé de la population relativement homogène sur le territoire, comment expliquer sa diminution à cette période ?

1.2. Pourtant le contingentement par les pouvoirs publics des professionnels de santé à former comme réponse aux besoins de santé existe depuis 1971

Nous faisons ici un détour historique pour mieux comprendre comment les pouvoirs publics et certaines fractions du corps médical ont fait évoluer le Numerus Clausus depuis sa création. Dans la mesure où la baisse du Numerus Clausus est évoquée dans le rapport Berland comme une des variables explicatives d'une potentielle désertification médicale à long terme, il pourrait être éclairant d'analyser les ressorts des choix opérés par le passé. Par exemple, l'appréciation des besoins de santé était-elle fondée sur une méthode différente qui laissait penser que trop de médecins étaient formés ? Pour cela, nous reprenons brièvement une analyse historique (Déplaude 2018) portant sur la façon dont a été posé le problème de la démographie médicale en France à partir des années 1960.
Dans un premier temps (1960 – 1970), l'augmentation du nombre d'étudiants en médecine n'est pas vue comme un problème : tant au niveau de l'État que du corps médical, l'idée selon laquelle il faut former beaucoup de médecins est largement partagée – la France étant même jugée en retard sur le plan sanitaire par rapport à d'autres pays industrialisés.
Pour la Confédération des Syndicats Médicaux Français (CSMF), l'augmentation des effectifs permet au contraire de répondre au problème du « surmenage » des praticiens libéraux (et notamment des médecins généralistes), confrontés à une croissance très rapide de la demande de soins. De fait, une charge de travail excessive, qui se traduit certes par des revenus plus élevés mais aussi par une dégradation des conditions d'exercice, risque de rendre la profession médicale moins attractive aux yeux des bacheliers.

En 1968, certains médecins hospitalo-universitaires, principalement parisiens, se fédèrent pour réclamer une « sélection » à l'entrée des facultés de médecine. Ils redoutent en effet que l'augmentation trop rapide du nombre d'étudiants se traduise par une dévalorisation durable de l'exercice de la médecine. Ils reçoivent le soutien de l'Ordre des médecins et de certaines

organisations de la médecine libérale, telle la Fédération des médecins de France, qui revendique une totale liberté dans la fixation des honoraires médicaux (Déplaude 2009). Ils obtiennent également un appui de l'État de la part du ministère du Budget, préoccupé par l'accroissement rapide des dépenses de santé, qui passent de 3,5 % à 5 % du produit intérieur brut entre 1960 et 1970 (Caussat, Fenina, et Geffroy, 2003). Pour ce ministère, il est indispensable de contrôler la démographie des médecins, si l'on veut maîtriser, à plus long terme, l'évolution des dépenses de santé.

L'argument principal des partisans de la sélection est qu'il faut proportionner le nombre d'étudiants en médecine aux capacités de formation des hôpitaux. La loi du 30 Juin 1971 institue donc, une « limitation » du nombre d'étudiants accueillis en deuxième année de médecine. Lors de la quatrième année d'apprentissage, les élèves sont formés en partie par les services hospitaliers qui disposent nécessairement de ressources limitées. De cette manière, le contingentement des effectifs à former est plus difficile à contester que s'il avait été présenté par le gouvernement au nom d'une diminution des dépenses de santé. A plus long terme, cette décision va d'ailleurs permettre de justifier une diminution des effectifs d'étudiants au nom d'une bonne formation clinique.

En 1979, le principe du concours n'étant plus contesté, le gouvernement introduit un nouveau critère dans la détermination du numerus clausus : celui des « besoins de santé de la population ». En vérité, personne ne sait alors comment déterminer de tels besoins, et en déduire le nombre de médecins à former. Cette notion constitue en revanche une fiction commode qui permet aux pouvoirs publics de déterminer plus librement le numerus clausus – et surtout de le réduire –, sans être liés par l'évaluation des capacités de formation des hôpitaux effectuée par les médecins hospitaliers et universitaires (Déplaude 2009). Nous reviendrons plus spécifiquement sur la question des besoins de santé dans le paragraphe 1.3.

A l'issue de discussions et de négociations qui se sont étalées sur plus de quinze ans, c'est au tour de l'accès aux formations spécialisées d'être contingenté par une réforme des études médicales en 1982 : désormais, seuls les lauréats du concours de l'internat pourront se former à une spécialité. Auparavant, l'internat n'était réservé qu'aux étudiants ayant choisi une discipline chirurgicale, les autres (disciplines médicales) passaient par un Certificat d'Etudes Spécialisées (CES) obtenu dans les centres hospitaliers de proximité (et non des centres hospitalo-universitaires, CHU). Ainsi, en 1982, ce sont le nombre d'étudiants accueillis en deuxième année de médecine et le nombre d'étudiants reçus à l'internat de médecine qui sont encadrés. Enfin, le nombre de médecins étrangers est limité à 1% du nombre de places ouvertes au concours de 1ere année.

Jusqu'au début des années 2000, la détermination des quotas limitant l'accès au corps médical, est l'objet de luttes récurrentes, tant au sein du corps médical que de l'État. Ces luttes opposent principalement les syndicats de médecins libéraux aux représentants des médecins hospitaliers et universitaires. Du milieu des années 1970 au milieu des années 1990, les syndicats de médecins libéraux demandent une diminution des quotas – et, en premier lieu, du numerus clausus de médecine - car les grandes promotions des années 1960 (avant l'instauration du NC) arrivent sur le marché et la création de postes salariés n'est pas

suffisante pour absorber une part importante des nouveaux arrivants. Le nombre de médecins en exercice passe ainsi de 81 000 en 1975 à 173 000 en 1990.

Néanmoins, les représentants des médecins hospitaliers et universitaires militent pour une hausse des effectifs car les internes permettent le fonctionnement des services hospitaliers et le nombre de postes de PU-PH dépend du nombre d'inscrits à l'université. Notons que le nombre total de postes de PU PH a baissé de 148 500 en 1978 à 113 700 en 1988.
Déplaude rajoute que ces luttes internes au corps médical sont redoublées au sein de l'État par une opposition entre deux ensembles d'administrations. D'un côté, les gestionnaires de l'assurance maladie qui représentent les administrations en charge du Budget de l'État et de la Sécurité sociale ; ces administrations s'efforcent avant tout de contenir l'accroissement des dépenses de santé, devenu une préoccupation gouvernementale majeure à partir des années 1970 (Pierru, 2007). En effet, la démographie médicale représenterait un enjeu important pour la maîtrise des dépenses de santé, car l'existence d'un trop grand nombre de médecins susciterait une demande artificielle de soins, et alourdirait inutilement les dépenses de l'assurance maladie (Déplaude 2010). D'un autre côté, le ministère de l'Éducation nationale, puis le département ministériel chargé des hôpitaux, relaient les préoccupations des médecins hospitaliers et universitaires qui veulent accroître le nombre d'élèves recrutés : un nombre plus important d'élèves justifie une augmentation du nombre d'enseignants chercheurs (PU PH) les encadrant.

Cependant, au-delà du secteur hospitalier, la diminution prévisible du nombre de médecins, consécutive au resserrement du numerus clausus et étayée par les projections démographiques du ministère de la Santé, commence à inquiéter l'Ordre des médecins et certains syndicats de spécialistes à partir des années 1990. Les pouvoirs publics, qui avaient commencé à desserrer légèrement le numerus clausus, le relèvent très fortement à partir de 2001 (cf. figure 7). On peut analyser cela comme une politique de « saturation de l'offre » consistant à former beaucoup de médecins en espérant qu'un nombre suffisant d'entre eux ira exercer dans les lieux les moins attractifs (Bourgueil 2007).
Déplaude écrit notamment que les quotas régulant l'accès à la profession médicale n'ont pas été fixés en fonction d'une estimation, même grossière, des « besoins de santé » de la population. Le souci, pour les pouvoirs publics, de contenir l'accroissement des dépenses de santé d'une part, et de minimiser les conséquences de la diminution du nombre de médecins en formation, sur le fonctionnement des services hospitaliers, ont représenté des enjeux bien plus déterminants.
Ces éléments nous semblent importants pour comprendre que la démographie médicale est sujette à des enjeux sociaux et politiques autres que la seule appréciation des inégalités territoriales de santé. Le rapport Berland fait d'ailleurs l'hypothèse implicite que la démographie médicale par région ou département est une approximation du niveau de l'adéquation entre l'offre et la demande de santé. Or la régulation démographique obéit à des logiques professionnelles telles que la qualité de vie au travail des médecins libéraux, ou encore le nombre d'internes permettant de faire fonctionner un service de médecine dans un

CHU ou des logiques politiques de diminution des dépenses de santé. Déplaude soutient que dans de nombreux cas, ces décisions n'ont pas été prises en fonction d'une appréciation raisonnée des besoins de santé de la population – au demeurant difficile à effectuer – mais plutôt en fonction d'une évaluation pragmatique de leurs coûts ou bénéfices politiques à court terme. Pour autant, peut-on conclure comme lui que le besoin de santé est une « fiction d'institution » ?

Tentons une analyse rapide de la démonstration de Déplaude à l'aide du modèle canonique de raisonnement présenté au chapitre 1 (Le Masson, Hatchuel, et Weil 2014). Rappelons qu'en théorie de la conception, on cherche à créer un objet X, disposant d'un ensemble de propriétés P(X) à l'aide d'un ensemble de connaissances K(X) et de décisions D(X). Dans notre cas, X est un dispositif de régulation : le Numerus Clausus. Selon Déplaude, la première propriété de ce dispositif de régulation était d'assurer une bonne qualité de formation des étudiants en médecine sur tout le territoire. La création de ce dispositif de régulation convenait aux services de l'Etat et de l'Assurance Maladie dans la mesure où ceux-ci estimaient que cette régulation se ferait nécessairement à la baisse et aurait des conséquences positives en termes d'économie des dépenses de santé. Par ailleurs, le Numerus Clausus régule également les conditions de travail des médecins libéraux en déterminant, par le nombre de nouveaux professionnels arrivant sur le marché, le niveau de concurrence. Il régule enfin la satisfaction des besoins de santé de la population en encadrant les effectifs de médecins qui remplaceront les départs à la retraite ou qui répondront à d'éventuels nouveaux besoins de santé. Dans ce cas, on remarque que le raisonnement n'est pas séquentiel : les pouvoirs publics et les représentants des médecins ne se sont pas fixés comme objectif de créer un dispositif de régulation répondant à ces quatre propriétés. Ces dernières sont apparues progressivement. En d'autres termes, X, le Numerus Clausus, a été initialement créé pour satisfaire une propriété de qualité de formation. Une régulation par le nombre est cohérente car la qualité de formation dépend du nombre d'étudiants que les services hospitaliers peuvent recevoir en assurant un encadrement jugé suffisant par le milieu universitaire et soignant. A une propriété « simple » (P(X)) correspondait un dispositif relativement simple : soit on augmente le nombre d'étudiants formés, soit on le diminue soit on répartit un effectif national stable de manière différente entre les subdivisions de formation. On peut déjà se poser la question d'une spécificité de conception de l'action publique : même si initialement, le Numerus Clausus a vocation à réguler la qualité de formation, on peut supposer qu'il va modifier les conditions d'exercice dans le milieu hospitalier et libéral en saturant ou raréfiant l'offre en médecins sur le marché du travail. Autrement dit, un dispositif de régulation peut avoir des effets non souhaités par les concepteurs.
Puis, de nouvelles propriétés sont associées à ce dispositif de régulation : qualité de travail du secteur libéral, diminution des dépenses de santé et réponse aux besoins de santé de la population. Néanmoins, le dispositif de régulation en lui-même n'évolue pas, les trois mêmes solutions sont possibles (augmentation/diminution des effectifs, modification de la répartition des effectifs entre subdivisions). Comme aucune évolution du dispositif n'est envisagée, certaines propriétés entrent en contradiction : d'une part les professionnels hospitaliers

cherchent une augmentation du NC pour assurer un meilleur fonctionnement des services hospitaliers à l'aide des internes, d'autre part, les professionnels de santé libéraux qui s'inquiètent de la concurrence accrue due à des effectifs de formation élevés et l'Etat, avec l'Assurance Maladie, poussent pour une diminution des effectifs formés pour réduire la dépense publique. Le rôle des pouvoirs publics, en lien avec les différentes instances de représentation des professionnels de santé, est alors de concilier ces différentes propriétés en fonction de ce qui est jugé comme prioritaire. Notons que le lien entre P(X) et X peut être hypothétique : la baisse du numerus clausus durant les années 1990 n'a causé aucune diminution des dépenses de santé (Déplaude 2010).
Nous commençons à saisir, par cet exemple, en quoi la conception d'un dispositif de régulation peut être complexe quand celle-ci nécessite un arbitrage entre différentes propriétés car ces propriétés ne sont pas contradictoires dans l'absolu, elles le sont au regard du dispositif de régulation qui cherche à y répondre. De plus, le lien entre X et P(X) repose sur des connaissances plus ou moins abouties, et les propriétés du dispositif évoluent au fil du temps.

Ainsi, selon Déplaude, la baisse du Numerus Clausus dans les années 1990 n'est pas due à une anticipation de la baisse des besoins de santé de la population. En fait, les propriétés associées à ce dispositif sont multiples et ce sont la baisse des dépenses de santé et le niveau de concurrence présumé dans le secteur libéral qui ont motivé une baisse du numerus clausus. Déplaude ajoute même que le besoin de santé est plus une « fiction d'institution », c'est-à-dire une notion dont le caractère fictif ne fait l'objet d'aucun doute pour les régulateurs, mais à laquelle ils sont malgré tout tenus de se référer officiellement. En d'autres termes, les besoins de santé de la population, du fait de leur caractère flou, permettraient aux pouvoirs publics d'acquérir des marges de manœuvre plus importantes dans la détermination du numerus clausus. Dès lors, comment expliquer la hausse du Numerus Clausus dans les années 2000 et l'apparition des déserts médicaux ? En effet, si les besoins de santé ne sont qu'une fiction mobilisée par les pouvoirs publics pour réguler l'effectif de formation des médecins de manière plus souple, doit-on voir dans l'augmentation du Numerus Clausus des années 2000 ou dans les revendications montantes au sujet des déserts médicaux d'autres sujets sociaux et politiques ? Ces questions amènent à mieux analyser le lien entre besoins de santé et déserts médicaux.

1.3. Le désert médical comme inégalité dans la couverture du besoin de santé pour certaines populations

Parmi les raisons pour lesquelles des déserts médicaux pourraient apparaître en 2010, le rapport Berland évoquait notamment la gestion « inconsidérée » du Numerus Clausus dans les années 1990. Au regard des attentes des pouvoirs publics et de certaines organisations représentant des professionnels de santé à cette époque, la baisse du Numerus Clausus n'a pas été si inconsidérée. En d'autres termes, selon le rapport Berland, cette baisse a été trop importante au regard de l'évolution des besoins de santé en France (et non et par rapport à la

baisse des dépenses publiques supposée ou du niveau de concurrence dans le secteur libéral). En effet, à travers une modélisation du besoin de santé par la densité médicale, le rapport Berland cherche à objectiver de potentielles inégalités territoriales de santé. Pour autant, la densité médicale est-elle la seule solution pour objectiver un besoin de santé ? Si les déserts médicaux mobilisent tant les élus politiques, les usagers, c'est bien à cause des situations a priori inégalitaires qu'ils génèrent en termes de couverture des besoins de santé des populations. Si ce sont les inégalités d'accès aux services de santé qui posent problème, il n'en demeure pas moins qu'une étape obligatoire reste l'objectivation de l'accès à ces services pour déterminer l'existence d'une éventuelle inégalité. Alors, comment déterminer l'inégalité d'accès aux services de santé ?

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la santé comme l'état de bien-être, physique, mental et social, sans maladies ni infirmités. Cette définition va au-delà du simple geste médical, par exemple des besoins d'écoute, de sécurité, de confort peuvent être considérés comme des besoins de santé. Ainsi, la frontière entre besoin social et besoin médical est très poreuse. C'est d'ailleurs le métier des professionnels de santé que d'essayer de parvenir à déceler la meilleure option thérapeutique pour un patient. Le besoin de santé n'est donc pas directement observable et nécessite d'être théorisé par un professionnel qui s'efforcera, par ses connaissances et sa relation au patient, de comprendre comment répondre au mieux à ce besoin.
Néanmoins, ce travail ne cherche pas à déterminer comment comprendre un besoin de santé d'un point de vue médical ou même social mais plutôt dans une optique plus globale de santé publique. Comment répondre aux besoins de santé de la population et comment garantir la cohérence de l'offre de santé au regard de besoins difficilement objectivables ? Comment évaluer des besoins non couverts (pour lesquels il n'existe pas aujourd'hui de consommation de soins), voire non exprimés ? Quand bien même les institutions publiques sanitaires disposent-elles d'outils d'approximation des besoins de santé, notamment à travers la consommation des services de santé, comment déterminer l'offre permettant d'y répondre ? S'agit-il de donner un nombre de professionnels de santé nécessaire par territoire ? Or le nombre de médecins ne permet pas d'apprécier le temps de travail effectif. En affinant l'analyse, on peut utiliser leur activité pour apprécier l'offre qu'ils fournissent sur un territoire. Mais jusqu'où affiner ? L'activité d'un professionnel ne se résume pas seulement à des consultations ou des visites à des heures ouvrables : il existe des actes techniques pour les spécialistes, des actes d'urgence ou de permanence des soins pour un médecin généraliste. Certaines pathologies nécessitent une approche pluriprofessionnelle.

Jusqu'ici, les outils d'analyse mentionnés ne sont que quantitatifs et monoprofessionnels, pour autant les services déconcentrés de l'Etat tels que les Agences Régionales de Santé disposent de « retours de terrain » permettant de mieux apprécier les difficultés d'accès aux services de santé. Leur rôle est justement de proposer des organisations adaptées aux territoires et en cohérence avec les dispositifs déployés par l'échelon national. Plus le besoin est apprécié de manière simpliste à travers des approximations telles que la consommation et la production de

consultations et de visites sur un territoire, plus les leviers proposés sont actionnables mais ils ne prennent que peu en considération les spécificités des microrégions. Inversement, plus l'approche par les besoins est contextualisée et précise, et moins les solutions semblent actionnables par un échelon national.
Ainsi, les difficultés d'analyse liées au caractère flou de la notion de besoin de santé, se couplent avec des difficultés de mise en cohérence des actions menées par les différents acteurs publics.
Enfin, un troisième et dernier écueil s'ajoute lorsqu'il s'agit, à partir d'une analyse toujours imparfaite des besoins de santé, d'anticiper à moyen et long terme, les ressources humaines nécessaires pour les organisations sanitaires des territoires.
Nous cherchons à montrer ici que se préoccuper de l'adéquation besoin/offre de santé est un exercice méthodologique complexe qui ne consiste pas seulement à déterminer le nombre de médecins nécessaires sur un territoire.

Cases et Baubeau (2004) énumèrent à ce titre les différentes méthodologies existantes pour traiter de la question des besoins de santé. Ils définissent notamment le besoin de santé comme : « *[…] l'écart entre un état de santé constaté et un état de santé souhaité par la collectivité ou les pouvoirs publics.* »
Une première question se pose : la modélisation de ce besoin de santé est-elle quantitative ou qualitative, se traduit-elle par un nombre d'actes moyens auxquels chaque citoyen doit pouvoir accéder, ou par la présence d'organisations sanitaires et sociales ? Quelle que soit la méthode, cette définition suppose l'élaboration d'une norme vers laquelle il faudrait tendre. Mais comment la déterminer ? De la même manière, comment objectiver l'état de santé d'une population pour identifier le différentiel entre l'état « constaté » et l'état souhaité ?
Les auteurs voient plusieurs possibilités pour élaborer des normes ou tout au moins des objectifs à atteindre :

- De manière « absolue » par une norme théorique d'expert qui indiquerait par exemple que tous les citoyens doivent pouvoir avoir accès à un médecin généraliste en moins de vingt minutes de trajet. On pourrait imaginer que des débats politiques soient associés à ces propositions pour définir différents « paniers » de soins accessibles dans des conditions plus ou moins restrictives en fonction du lieu de vie. Par exemple, les délais d'accès à un plateau chirurgical seraient définis par l'élaboration d'une borne supérieure de temps à ne pas dépasser. En cela, l'égalité d'accès au plateau chirurgical entre un citoyen citadin et un citoyen rural n'est pas assurée, mais, une forme d'équité serait garantie en déployant une organisation spécifique pour ne pas dépasser le délai « acceptable » d'accès à un plateau chirurgical. D'une certaine manière, ce processus politico-administratif définirait une forme d'équité dans l'accès aux services de santé. Néanmoins, cela supposerait d'établir des normes d'accès aux services de santé sur l'intégralité des pathologies, des services sociaux … Ce travail conséquent et méthodologiquement très complexe pourrait être envisagé en amont d'une discussion politique dont le but serait de déterminer l'accessibilité « acceptable » des services de santé. Pour autant, notre recherche ne se positionne pas dans cette perspective et

cherche plutôt à identifier de façon pragmatique les modes de réflexion et d'action des administrations publiques pour résoudre ces problématiques.

- De manière plus relative par une norme définie par territoires comparables : un territoire jugé référent en termes de qualité des soins par exemple fait office d'étalon de comparaison pour les autres. L'objectif est de réduire l'écart entre l'état de santé de la population globale et l'état de santé de la population de ce territoire. Néanmoins, cette approche présente l'inconvénient qu'un territoire fait office de référence alors que ses habitants peuvent estimer que la couverture de leurs besoins de santé est mauvaise. Cette approche et la précédente supposent également que l'on dispose de critères homogènes de comparaison entre tous les territoires. Par exemple, un indicateur doit être aussi pertinent pour une région que pour l'autre. Avec la densité médicale, si un territoire pâtit de difficultés importantes (massifs montagneux) par rapport à un autre (plaines bien desservies par des infrastructures routières), les indicateurs peuvent laisser penser que les situations sont équivalentes entre les deux territoires, pourtant, le besoin de santé n'est pas aussi bien couvert dans le territoire montagneux.

- une norme fondée sur les besoins ressentis des populations. Cette norme est moins absolue que la première dans la mesure où chaque besoin ressenti peut être propre à un territoire. D'une certaine façon, il devient plus difficile de qualifier des inégalités de santé entre territoires car, si ces besoins diffèrent, on ne peut pas les comparer. Par exemple, une population souhaite accentuer la prévention contre les comportements addictifs tandis qu'une autre souhaite faciliter l'accès à un plateau technique d'imagerie. Est-ce qu'on doit en conclure qu'un territoire (celui qui a choisi la lutte contre les comportements addictifs) est sous doté, en termes d'accès à un plateau d'imagerie et l'autre en termes de lutte contre les comportements addictifs ? D'ailleurs, cette approche pose d'autres problèmes : elle peut occulter le besoin de prévention qui vient généralement d'une approche collective de santé publique, peu évoquée par les individus (notamment sur des sujets comme l'addiction et les comportements à risque). De manière plus générale, certains besoins peuvent être omis car les individus eux-mêmes les ignorent : le secteur de la santé se distingue d'un secteur industriel par exemple ou d'un autre secteur public par le fait que les usagers ne connaissent pas nécessairement leur besoin de santé. Ils sont en situation d'hétéronomie où seuls des professionnels de santé et du social peuvent, avec eux, mieux déterminer leurs besoins. En plus, la perception du problème de santé peut varier selon l'âge et le milieu social. Par exemple, les cadres supérieurs déclarent plus les problèmes de réfraction que les agriculteurs (Niel et al. 2000). Enfin, on peut également se poser la question de la mise en œuvre concrète du recueil du ressenti d'une population d'un territoire. Le processus est-il réalisé directement auprès de la population concernée à l'aide de sondages, ou de méthodes d'élaboration d'un consensus (méthode Delphi par exemple) ou bien passe-t-il par une consultation des

élus politiques locaux ? En effet, il est très fréquent que ces derniers se saisissent des problématiques de couverture des besoins de santé. Cela donne lieu parfois, notamment dans des périodes d'élection, à une course au mieux disant en matière de couverture des besoins de santé et cela peut biaiser le processus.

- Une norme fondée sur des besoins identifiés par des experts pour un territoire et non au niveau national. Il devient plus difficile de comparer les territoires entre eux si des actions très divergentes y sont déployées également. L'écueil de cette méthode est la possibilité d'un conflit de valeur entre l'expert et l'usager. Par exemple, des professionnels de santé, face à la faible diffusion de prothèses auditives, souhaitent mieux sensibiliser la population sourde. Pour autant, certains usagers veulent rester sourds pour différentes raisons (culture propre à la communauté). On pourrait d'ailleurs faire la même critique à la méthode précédente : une population souhaite avoir accès à un plateau d'imagerie médicale, mais les professionnels de santé ou les pouvoirs publics s'y opposeraient car la population est trop peu nombreuse pour garantir un nombre d'actes suffisants, en termes de respect des recommandations de bonnes pratiques, ou tout bonnement parce que l'impact en termes de dépenses publiques est trop important.

- Enfin, une norme fondée sur l'observation de la consommation de soins : le besoin de santé est parfois modélisé par la demande effective de soins ou une consommation de services de soins. Avec cette méthode, on assiste à une double assimilation : le besoin de santé devient un besoin de soins et le besoin de soin devient un recours effectif au système de soins. Cette double assimilation peut être contestable car si on jauge, par exemple, le nombre de lits nécessaires dans un établissement en fonction de la demande effective alors qu'il existe un fort renoncement aux soins, le nombre de lits ne va jamais augmenter. Deux études aux Etats-Unis sur la santé mentale (Lovell 1993), ont mis en évidence l'absence de recours au système de soins pour 80 % des sujets pour lesquels avait été établi un diagnostic de trouble mental. Toutefois, cette approche peut s'avérer pertinente quand le recours aux soins est quasi-systématique (ex : accouchement en maternité) et quand elle est couplée à une analyse comparative des états de santé.

Il s'agit ici d'un idéal-type de classification, et certaines méthodes peuvent coupler une approche de la norme par comparaison de territoires et une autre par approximation du besoin de santé par la consommation de soins. Notons par ailleurs que certaines méthodes ne sont applicables qu'à des échelons territoriaux de proximité (besoin ressenti des populations ou des experts d'un territoire). Nous garderons néanmoins cette typologie comme référence quand nous analyserons les méthodes de conception de dispositifs de régulation des besoins de santé. Les différentes méthodes présentées permettent d'établir une norme de besoin de santé vers laquelle il faudrait tendre, cependant, comment apprécier le point de départ, l'état de santé effectif d'une population ?

Une première méthode, plutôt biomédicale consiste à analyser les taux de mortalité, morbidité.
Toutefois, le recueil de ces taux par pathologie n'est pas systématique pour la population générale et il est difficile de disposer d'une base de données globale car souvent, toutes les données au sujet d'une pathologie sont recensées dans un registre spécifique. De plus, les indicateurs de mortalité rendent compte de la présence de pathologies, alors que l'OMS définit le besoin de santé « *comme un état de complet bien-être physique, mental et social* ». Son analyse peut comporter des variables socio-économiques, des indicateurs de mode de vie et notamment des comportements préjudiciables à la santé (consommation d'alcool, de drogues, déséquilibres nutritionnels…). Une deuxième possibilité, qui paraît plus évidente, est d'analyser les variables utilisées pour caractériser la norme à atteindre en matière d'état de santé. Par exemple, ce n'est pas l'analyse des taux de mortalité qui détermine le besoin de santé mais un acteur central qui détermine le taux de mortalité à atteindre pour tout le monde.

Finalement, on constate que modéliser des besoins de santé ne se heurte pas seulement à la difficulté de fixer une référence de santé souhaitée, mais aussi à la difficulté de mesurer l'état de santé des populations dans toutes ses dimensions, avec tous les facteurs explicatifs souhaitables dans un modèle élargi des déterminants de santé. Cases & al (2004) concluent finalement que les besoins de santé expriment des priorités collectives et qu'ils n'existent pas dans l'absolu mais relativement à des choix politiques, éthiques et philosophiques au sujet de ce qui relève d'un besoin que la collectivité doit prendre en charge ou d'un besoin appartenant à la sphère privée.
Ce paragraphe nous a permis de recenser un panel de modélisations d'un besoin de santé. En fonction des ressources des pouvoirs publics, ces méthodes seront plus ou moins actionnables. En effet, à l'issue d'une modélisation d'un besoin de santé, l'objectif, pour les pouvoirs publics, est de proposer un dispositif de régulation permettant de se diriger vers la norme souhaitée.

Ainsi, nous avons montré dans cette section, qu'historiquement, le désert médical est associé aux dispositifs de régulation du nombre de professionnels de santé à former. Or ces dispositifs n'avaient pas pour seul objectif de répondre aux besoins de santé. Pour autant, se soucier des déserts médicaux, c'est se préoccuper des inégalités de couverture des besoins de santé. Or les complexités de modélisation du besoin de santé dépassent largement le cadre des seuls effectifs de médecins. Beaucoup de textes législatifs font référence aux besoins de santé, comme: l'ordonnance du 4 septembre 2003, qui réforme la planification sanitaire, et précise dans son article 5 que « le schéma d'organisation sanitaire est arrêté sur la base d'une évaluation des besoins de santé de la population et de leur évolution ; compte tenu des données démographiques et épidémiologiques ; des progrès des techniques médicales et après une analyse, quantitative et qualitative, de l'offre de soins existante ». Cette analyse va au-delà des seuls effectifs de professionnels de santé et prend en compte aussi tous les établissements de santé présents dans une région. Alors pourquoi s'y intéresse-t-on de cette manière ? On peut supposer, que, vue la complexité de modélisation, l'approche par les effectifs de

professionnels est certes abrupte mais présente l'avantage d'être actionnable par les pouvoirs publics centraux.

SECTION 2 : ÉTUDE DU FONCTIONNEMENT ET DE LA CONCEPTION DE DISPOSITIFS DE RÉGULATION CENTRALISÉE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ.

Dans cette section, nous analysons deux dispositifs historiquement rattachés au traitement de la problématique des déserts médicaux toujours en vigueur aujourd'hui : d'une part les zonages professionnels déterminant quels territoires sont sous-dotés pour bénéficier d'aides à l'installation et d'autre part la détermination par l'ONDPS des effectifs d'internes à former. Par l'étude de ces objets nous souhaitons caractériser la démarche des pouvoirs publics dans leur intention de réguler les déserts médicaux. Pour cela nous présentons dans un premier temps ces objets, leur contexte et leur mode de fonctionnement, puis au regard des différentes méthodes de modélisation du besoin de santé présentées en section 1 de ce chapitre, nous précisons comment le besoin de santé est analysé et le lien qui unit cette analyse avec la nature des dispositifs de régulation qui en émergent. Nous montrons finalement que la façon de modéliser le besoin de santé correspond à une conception centralisée d'un dispositif de régulation des professionnels de santé.

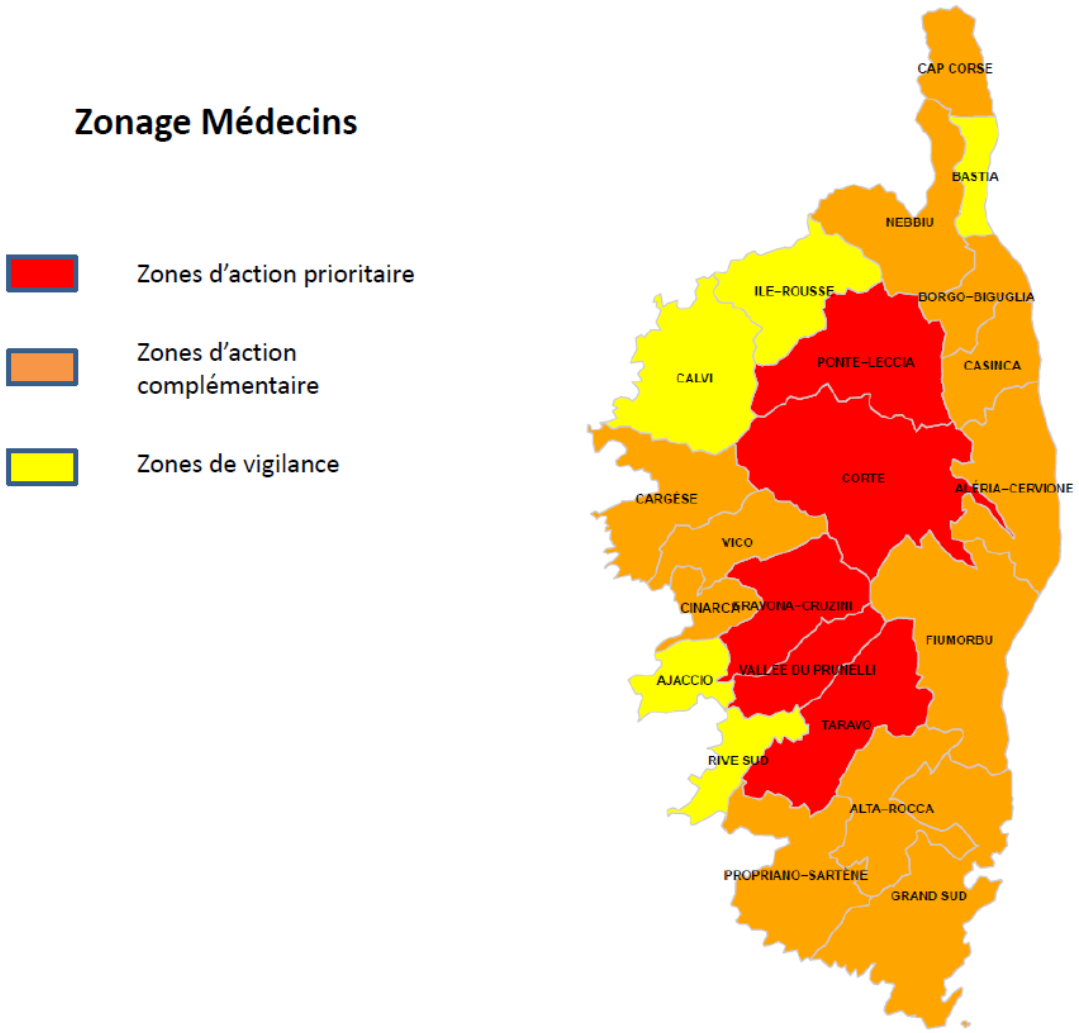
2.1 Contexte et fonctionnement des zonages professionnels et d'un comité régional de l'ONDPS

De manière périodique, les relations entre l'Assurance Maladie et les professions règlementées par le code de santé publique (quatrième partie du volet législatif du Code de la Santé Publique intitulée « Professions de santé ») font l'objet de négociations au moment de la mise à jour d'une convention par profession. En effet, comme l'Assurance Maladie rembourse un bon nombre de prestations de ces professions libérales (consultations médicales, actes techniques médicaux ou paramédicaux…), les tarifs de ces prestations sont négociés avec les représentants syndicaux de chaque profession, de manière périodique. Toutefois, les conventions ne comportent pas seulement des éléments tarifaires, elles peuvent présenter des volets ayant trait à l'amélioration de l'accès aux soins ou à la qualité des soins. Ces conventions sont mises à jour par des avenants. Par exemple, la nouvelle convention médicale a été signée en 2016. Depuis, elle est régulièrement actualisée par différents avenants : l'avenant n° 3 signé en 2017 a pour but d'instaurer une aide financière complémentaire pour les médecins libéraux interrompant leur activité pour cause de maternité, de paternité ou de congé d'adoption, afin de les aider, pendant cette période, à faire face aux charges inhérentes à la gestion du cabinet médical. L'avenant n° 6 à la convention médicale, signé en 2018, vient accélérer le déploiement de la télémédecine en France en inscrivant dans le droit commun les actes de téléconsultation et de téléexpertise. Il introduit également plusieurs évolutions telles que l'élargissement du champ des consultations complexes et très complexes, des aménagements au calcul de la rémunération sur objectifs de

santé publique (Rosp), des modifications sur les contrats incitatifs pour l'exercice dans les zones sous-denses …

Nous nous penchons ici le volet « accès aux soins » des conventions des professions de médecins et d'orthophonistes, car nous avons pu observer de manière participative le déploiement de ces dispositifs au sein de l'ARS de Corse. Nous avons également observé l'élaboration des zonages de masseurs-kinésithérapeutes et d'infirmiers. Nous exploiterons le premier dans le chapitre 6 et par souci de concision nous n'évoquerons pas le cas infirmier. Chacun de ces cas a été instructif pour comprendre les modalités de conception de ces dispositifs de régulation. Sur toutes les professions évoquées, chaque convention comporte un volet pour améliorer l'accès aux soins ou réguler les zones considérées comme surdotées. Ainsi, les conventions professionnelles sont également un moyen de réguler la répartition des professionnels de santé sur le territoire. Pour chaque profession, la convention se réfère à une méthode d'identification et de classification des zones très sous dotées, sous dotées, intermédiaires, dotées, très dotées (l'appellation ou le nombre de catégories de zones peut changer pour certaines professions mais le principe reste le même). En fonction de cette classification, certaines zones géographiques disposent d'aides conventionnelles (i.e. versées par l'Assurance Maladie), voire d'aides de la part de l'Etat pour les médecins. A titre d'exemple, la figure ci-dessous présente une cartographie des résultats du « zonage médecin » en Corse. Concernant les zones d'actions prioritaires, les médecins peuvent disposer d'aides à l'installation de la part de l'assurance maladie, et de l'Etat. Nous préciserons la nature de ces aides. Pour les zones d'actions complémentaires, les professionnels ne peuvent plus disposer des aides conventionnelles. Enfin, dans les zones de vigilance, seuls les fonds d'intervention régionaux (FIR) des ARS peuvent être mobilisés pour financer un projet en lien avec une installation. Mais comment arrive-t-on à un tel résultat ? Quels sont les critères de choix pour que certaines zones soient prioritaires et pas d'autres ? Comment les zones sont-elles choisies ? Cette cartographie a-t-elle été élaborée par le ministère et la CNAMTS et imposée par le biais des ARS aux professionnels de santé du territoire ? Ces interrogations concernent les modalités de conception de ces dispositifs de régulation incitative de la démographie des professionnels de santé. Nous y répondons dans les paragraphes suivants.

Figure 9 : zonage médecins 2018 (source ARS de Corse)



t

Par ailleurs, nous avons également eu l'occasion de mener une réflexion avec les acteurs de terrain au sujet des spécialités médicales déficitaires en Corse dans le cadre des travaux du comité régional de l'ONDPS. En lien avec l'ONDPS, chaque comité régional en France devait proposer une évolution des effectifs d'internes à recevoir par spécialité et par CHU. La Corse ne disposant pas de CHU, elle est par conséquent rattachée à la région PACA et aux CHU de Marseille et de Nice. Malgré tout, compte tenu des alertes fréquentes de la part des professionnels de santé tant hospitaliers que libéraux, l'ARS de Corse a souhaité contribuer à cette enquête. Une fois les propositions des comité régionaux remontées à l'ONDPS, ce dernier élabore une proposition de répartition des effectifs d'internes à former par spécialité et par subdivision. Nous verrons dans les paragraphes suivants comment l'analyse des besoins a eu lieu au niveau régional et l'exploitation qui a pu en être faite au niveau national. Nous ne revenons pas plus en détail sur le contexte historique de l'ONDPS car il a été présenté dans la section précédente.

2.2 Une modélisation quantitative commode du besoin de santé pour assurer sa comparabilité entre régions

Présentons d'abord les méthodes utilisées pour classer les zones et montrons en quoi elles peuvent être considérées comme des approches dites de « densité » même si elles sont plus sophistiquées qu'un calcul de densité. Nous verrons ensuite quelles peuvent être les analyses mises en œuvre par un comité régional de l'ONDPS pour proposer une évolution des effectifs d'internes à former.

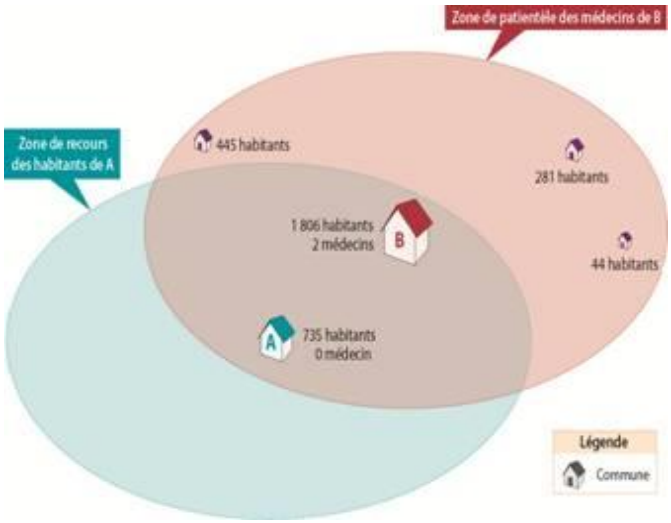
Un indicateur de référence, l'Accessibilité Potentielle Localisée (APL).

La méthode de classification des zones à favoriser dans la lutte contre les inégalités de santé, utilisée par la DREES, la DGOS et la CNAMTS est relativement simple et actionnable : à partir d'une accessibilité moyenne nationale, les pouvoirs publics estiment que la population ayant une accessibilité inférieure d'un tiers à la moyenne est dans une situation problématique. Mais qu'entend-on par accessibilité ?

L'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) qualifie l'accessibilité d'une zone à un professionnel de santé, en tenant compte des besoins de soins de la population en fonction de son âge, du volume de l'offre médicale (comptabilisée en nombre d'actes accessibles par habitant) et du temps d'accès à ces professionnels.

L'accessibilité potentielle localisée est construite à partir de la méthode du two step floating catchment area proposée par Radke et Mu (2000), puis adaptée au contexte français par Barlet & al (2012). Elle se lit comme une densité de professionnels par commune, tient compte de l'offre de professionnels et de la demande des patients des communes voisines. Cette méthode repose sur la création de « secteurs flottants » et non de zonages préétablis pour calculer les densités de professionnels. A chaque commune est associé un secteur flottant qui se définit comme une courbe isochrone (courbe géométrique délimitant les points accessibles par un véhicule en un temps donné) centrée sur la commune étudiée.

Figure 10 : schéma de fonctionnement de l'APL (tiré de Lucas Gabrielli 2018)



Les habitants peuvent accéder à l'ensemble des médecins des communes situées à une distance de leur commune inférieure à la distance de référence. L'indicateur d'APL intègre la « concurrence » potentielle entre communes, l'offre de soins de chaque médecin pouvant être partagée entre communes. Il se construit en deux temps :

- Identification des zones de patientèle et calcul de densités : d'abord, on définit une zone de patientèle autour des médecins implantés dans une même commune. On détermine ainsi pour chaque commune j d'implantation des médecins, l'ensemble des communes i accessibles avec un déplacement dont la distance est inférieure à un seuil de référence d_0 (modélisation du déplacement éventuel du médecin). On calcule un ratio R_j qui rapporte l'offre en consultation (en acte par année car la présence d'un médecin ne signifie pas qu'il travaille à plein temps) en j à la population pondérée par sa structure d'âge située dans une aire d'attraction définie par d_0 autour de la commune j (zone de patientèle). Une population pondérée par sa structure d'âge revient à donner un poids plus important aux personnes âgées et aux enfants en bas âge (moins de 5 ans) dans la mesure où ce sont les plus gros consommateurs de soins. On obtient alors une population théorique. Il s'agit là d'une estimation des spécificités éventuelles d'une population donnée. On obtient la formule suivante :

$$R_j = \frac{c_j}{\sum_{d_{ij}<d_0} p_i * w(d_{ij})}$$

Avec : c_j la mesure de la consommation de soins (et par conséquent de l'offre présente) dans la commune j, p_i le nombre d'habitants standardisés par leur structure d'âge des communes i situées à une distance de j inférieure à d_0 d_{ij} la distance entre la commune i et la commune j. w est une fonction de pondération relative à la distance : plus le professionnel de santé est

éloigné, moins un patient est susceptible de venir le consulter. En fonction de données empiriques récoltées à partir du SNIIRAM, les auteurs obtiennent le tableau suivant pour les médecins généralistes libéraux :

Tableau 7 : Correspondance entre nombre d'actes et Equivalent Temps Plein (ETP)

Décile de distribution	Quantité d'actes annuels	ETP
Inférieur à 5%	< 273	0
Compris entre 5 et 10%	[273 – 1028[	0,2
Compris entre 10 et 25%	[1028 – 2643[	0,5
Compris entre 25 et 50%	[2643 – 4252[	0,7
Supérieur à 50%	> 4252	1

- Identification des zones de recours et sommes des densités calculées dans la première étape : on définit pour chaque commune i, l'ensemble des communes j de médecins accessibles sous une distance d_0 (zone de recours). Puis on somme en pondérant par la distance pour chaque commune i, les ratios précédemment calculés. Le résultat obtenu est l'Accessibilité Potentielle Localisée (APL) aux professionnels de santé pour la population située dans la zone.

$$APL_i = \sum_{d_{ij}<d_0} w(d_{ij}) * R_j$$

En somme, il s'agit d'une densité médicale exprimée en nombre d'actes moyens consommés par an par patient (ou en ETP), qui cherche à prendre en considération les spécificités de la population de la zone via une standardisation par l'âge de la population. Elle s'applique, à l'échelle communale en tenant compte de l'offre dans les autres communes. Cet indicateur s'efforce donc de synthétiser les variables d'offre et de demande de soins, de géographie et de temps d'accès. Il constitue une nette avancée par rapport à un indicateur comme la densité médicale.

Les pouvoirs publics centraux affinent la modélisation grâce à une paramétrisation précise de l'indicateur APL dont nous donnons quelques exemples :

Les médecins pris en compte dans le calcul de l'offre (numérateur) :
Les médecins sont repérés à partir des données de l'assurance maladie, afin de pouvoir tenir compte de leur volume d'activité, mesuré par le nombre de consultations et visites réalisées. En effet, l'objectif, par rapport à un indicateur classique de densité, est de dépasser le simple comptage des professionnels.
L'indicateur est calculé pour l'année 2015 : les médecins retenus ont effectué au moins 250 actes en 2015 (en dessous de ce seuil, l'activité est considérée comme étant insuffisante pour être prise en compte). Cela conduit à l'exclusion de 2 523 médecins réalisant près de 167 150 actes (soit 4 % des cabinets libéraux, ayant réalisé en moyenne 66 consultations et visites en

2015) et de 236 centres de santé (30 % des centres de santé, mais qui n'ont réalisé que 4 895 consultations et visites en 2015, soit une moyenne de 20 par centre de santé).
L'activité des médecins est répartie sur leur cabinet primaire et leur cabinet secondaire, le cas échéant, au prorata de l'activité réellement réalisée dans chacun.
L'activité des remplaçants est prise en compte, de manière agrégée à celle des médecins remplacés, car elle n'en est pas dissociable dans les données.
Les consultations effectuées dans les centres de santé sont également comptabilisées. Un peu plus de 1 700 médecins généralistes exercent en centre de santé au 1er janvier 2016 ; ce nombre a augmenté de plus de 20 % entre 2013 et 2016. Toutefois, l'activité de ces centres reste réduite : ils ne représentent en 2015 qu'environ 1,2 % de l'activité totale de médecine générale (libérale et centre de santé), avec près de 3 300 000 consultations et visites réalisées durant l'année.
L'offre de consultations externes de médecine générale proposée par les hôpitaux n'est pas prise en compte dans cette version de l'indicateur : un peu moins de 3 680 000 actes (soit 1,3 % de l'offre de médecine générale) ne sont ainsi pas considérés dans l'offre de soins comptabilisée ici.
Les médecins ayant plus de 65 ans sont exclus du calcul de l'APL. Ce choix permet de tenir compte de la fragilité des espaces dont l'offre est assurée en grande partie par des médecins âgés, dont la réduction de l'activité, voire le départ, peuvent survenir dans un futur très proche. En effet, selon leur année de naissance, l'âge d'accession à la retraite à taux plein est pour les médecins généralistes de 65 ou 67 ans. L'âge légal de départ à la retraite des médecins généralistes est, lui, de 62 ou 60 ans.
Les médecins exerçant en secteur 2 (5 % des médecins généralistes) sont pris en compte dans les calculs de la même façon que les médecins de secteur 1.

Comptabilisation de l'activité
Pour chaque médecin comptabilisé, le calcul de l'APL englobe le nombre de consultations et visites réalisées sur l'année 2015. L'indicateur d'APL s'exprime ainsi en nombre de consultations (ou visites) accessibles par habitant standardisé au cours d'une année.

Dans trois cas particuliers, l'activité comptabilisée dans le calcul de l'APL n'est pas le nombre de consultations ou visites observé en 2015 :

- Cabinets ayant ouvert dans l'année : pour tenir compte du fait qu'on ne peut pas observer leur offre réelle (car ils n'ont pas travaillé toute l'année), on considère qu'ils travaillent à temps plein (1 ETP) soit, par convention, qu'ils effectuent 5 400 actes dans l'année (ce qui correspond à une consultation toutes les 20 minutes, 8 heures par jour, 5 jours par semaine, 45 semaines par an) : 2 629 cabinets ont été traités de la sorte.
- Cabinets ayant une très forte activité : dans les zones très peu dotées, les médecins peuvent effectuer un grand nombre d'actes pour compenser la faiblesse de l'offre de soins. Toutefois, cette situation ne paraît pas souhaitable et conduit à amoindrir les mesures de difficultés d'accès si tous les actes sont pris en compte.

Ainsi, le nombre d'actes que peut proposer un médecin est plafonné à 6 000, (soit une consultation toutes les 18 minutes, 8 heures par jour, 5 jours par semaine, 45 semaines par an) : 14 856 cabinets sont concernés par ce plafonnement ; on ramène leur activité réelle, plus de 118 millions de consultations ou visites, à environ 89 millions de consultations ou visites ; cet écrêtement représente environ 11 % de l'offre globale de médecine générale, ce qui permet de mieux anticiper le besoin de remplacement/recrutement lorsque ce professionnel quittera le territoire.

• A contrario, un nombre minimal d'actes est fixé à 3 600. Cette borne inférieure a pour objectif d'éviter l'inclusion dans le zonage de certaines espaces où exercent des médecins dont l'activité est volontairement inférieure à ce niveau. Il est admis qu'un médecin peut réaliser au moins 3 600 actes et que toute activité en-deçà résulte non pas d'une carence en offre de soins mais d'un choix volontaire du praticien.

Seuils de distance

Les seuils de distance permettent de déterminer les zones de patientèle et de recours qui sont prises en compte dans le calcul de l'APL.

Le temps d'accès utilisé dans le calcul de l'APL est le temps de trajet moyen par la route heures pleines – heures creuses, entre le centre-ville de la commune de résidence (**mairie**) et la **mairie** de la commune d'exercice du professionnel. Dans le cadre des travaux du groupe technique sur le zonage, un médecin est considéré comme accessible, au moins en partie, tant qu'il exerce à 20 minutes en voiture de la commune de résidence du patient : cela constitue donc ici la distance que l'on considère comme « acceptable » pour recourir à son médecin.

Néanmoins pour tenir compte du fait qu'il est pénalisant de devoir parcourir une distance plus grande pour accéder à son médecin, des seuils intermédiaires sont ajoutés. Entre 0 (c'est-à-dire au sein de la commune de résidence car seules les distances de mairie à mairie sont calculées) et 10 minutes de voiture, la distance n'a pas d'impact sur l'accessibilité. Considérer l'accessibilité comme parfaite entre 0 et 10 minutes est un moyen d'éviter que les regroupements de médecins ne soient pénalisants pour l'accessibilité de la population, tant que ces regroupements se font sur des temps de trajets inférieurs à 10 minutes.

Au-delà de 10 minutes de trajet, l'accessibilité décroit : avoir 3 consultations accessibles à 15 minutes de chez soi est considéré comme équivalent à avoir 2 consultations accessibles dans sa commune de résidence. De même, avoir 3 consultations accessibles à 20 minutes est équivalent à avoir 1 consultation accessible dans sa commune de résidence.

Cette fonction de décroissance avec la distance a été choisie en concertation avec l'ensemble des membres du groupe technique zonage, considérant que le patient ne se rend pas toujours dans la commune équipée la plus proche pour consulter.

Tableau 8 : correspondance temps de trajet/pondération

Temps de trajet	**Pondérations proposées par le groupe de travail**

Entre 0 et 5 minutes	1
Entre 5 et 10 minutes	1
Entre 10 et 15 minutes	2/3
Entre 15 et 20 minutes	1/3
Au-delà de 20 minutes	0

Prise en compte de l'âge des patients

Les besoins de recours à un médecin généraliste varient en fonction de l'âge. Pour tenir compte de ces variations, chaque patient a un poids qui dépend de la consommation moyenne observée de sa tranche d'âge : environ 1 pour les 50- 54 ans, 0,74 pour les 25-29 ans, 1,9 pour les 75-79 ans. Ainsi l'APL prend en compte la répartition par âge de la population. Dans une situation théorique de deux communes faisant face à la même offre de soins, mais avec des populations respectivement « jeunes » et « âgées », l'APL de la commune ayant la population la plus jeune sera supérieure. En effet, la disponibilité des médecins dans le cas de la commune « âgée » sera pénalisée par les plus grands besoins de la population et donc l'APL sera moindre. Ainsi, l'APL rend comparable l'accessibilité de communes aux populations d'âges très différents, il n'y a donc plus lieu de tenir compte ultérieurement de ces différences. Par exemple, on pourra comparer directement l'APL de deux zones avec des structures de population totalement différentes.

Du reste, cette prise en compte de l'âge rend inutile celle de la répartition de la population par sexe car les différences dans la consommation de soins observée entre hommes et femmes sont essentiellement dues aux différences de structure d'âge de ces deux sous-populations.

Ainsi, l'APL est exprimé en nombre de consultations (ou visites) accessibles par an et par habitant standardisé.

Le choix de la maille territoriale

Une fois les différents paramètres de l'indicateur APL fixés, il devient nécessaire de choisir une maille territoriale pour appliquer le zonage. En effet, par définition, une APL est communale et prend en considération l'offre existante dans les communes environnantes. Théoriquement, c'est l'accès aux soins des habitants d'une commune qui est calculé. On pourrait donc penser que ce sont les communes qui sont classées nationalement et qui seront éligibles aux aides conventionnelles de l'Assurance Maladie pour attirer des médecins. Pourtant, ce n'est pas le choix réalisé par les concepteurs de la méthode : ils sélectionnent une maille plus large pour tenir compte du fait qu'il peut être plus pertinent de diriger une aide sur une commune un peu moins fragile que celle d'à côté, celle-ci restant de toute façon peu attractive, pour construire ou soutenir une dynamique locale identifiée (logique polaire), tout en sachant que cette dernière bénéficiera aussi de la nouvelle installation.

Les bassins de vie sont alors choisis car ils sont définis par l'Insee comme étant les plus petits territoires au sein desquels les habitants ont accès aux équipements et aux services les plus fréquents. Ils permettent de refléter le territoire vécu au quotidien par ses habitants, la structuration d'un territoire et aideront les ARS à choisir comment aider la commune la plus dynamique de cette maille ou celle avec le plus grand potentiel de développement de l'offre médicale. La France compte 1 666 bassins de vie, dont 1 287 en zone rurale, l'apport de cette maille consiste précisément à décrire les espaces non densément peuplés. La maille du bassin de vie n'est cependant pas utilisée dans les zones urbanisées de plus de 50.000 habitants, dans ce cas de figure-là il est fait usage du territoire de vie. Les grandes villes (Paris Lyon Marseille), elles, sont redécoupées en arrondissements municipaux. Les territoires de vie sont une maille infra-bassin de vie, déterminée par l'INSEE en 2014 à l'occasion d'une étude sur la qualité de vie. Bien que non classée parmi les zonages officiels Insee, elle présente notamment l'avantage d'éviter le recours aux pseudo-cantons appelés également cantons-villes, qui consistent selon des logiques administratives à regrouper plusieurs communes entières en pseudo-cantons, à partir des cantons existants, et appellent de nombreux retraitements méthodologiques (pseudo-cantons non contigus ou de très petite taille)

Comment calculer une APL pour un bassin de vie ?

La méthode retenue est celle du calcul d'une APL moyenne pondérée, permettant ensuite la sélection des zones pour lesquelles l'APL moyenne est inférieure à l'APL cible. L'APL d'un bassin de vie est donc la moyenne pondérée (par les populations standardisées) des APL des communes qui le composent.

Comment sélectionner les zones fragiles ?

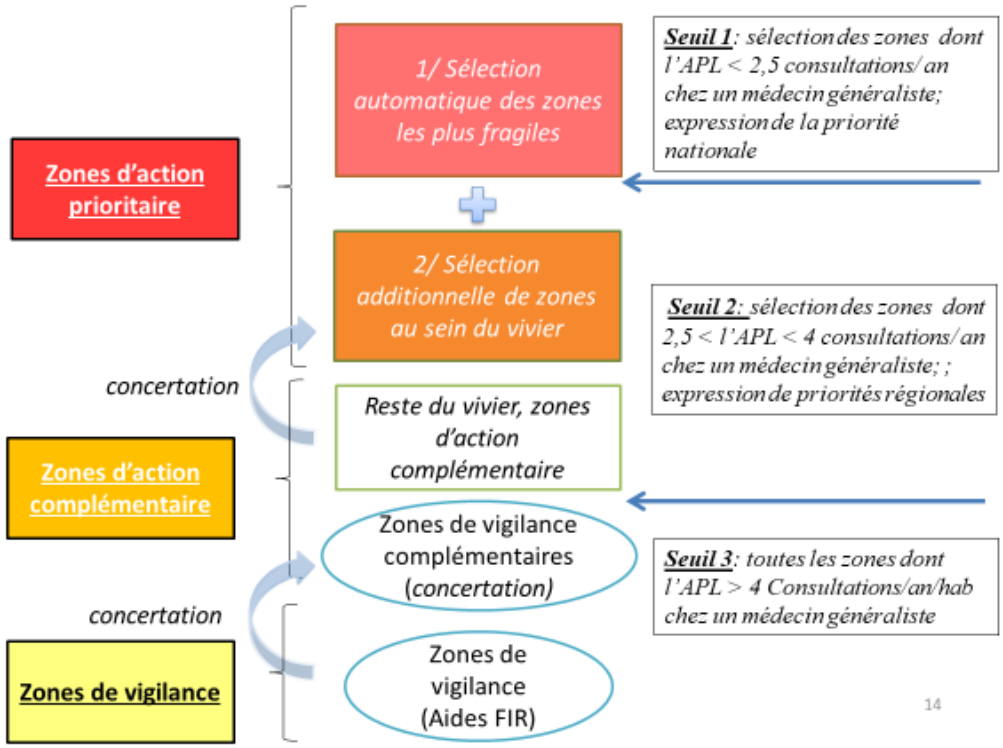
Pour caractériser les zones, trois seuils d'APL sont établis. Ils sont exprimés **en nombre de consultations accessibles par habitant par an** (plutôt qu'en ETP/100 000 habitants). Pour déterminer ces seuils, la démarche est la suivante :

- On observe qu'en moyenne, un habitant bénéficie de 3,8 consultations par an.
- on considère, par convention statistique, qu'une accessibilité inférieure d'un tiers à ce niveau sera un problème, ce qui revient à établir un nombre de consultations que l'on souhaite accessible de 2,5 consultations/an/habitant.
- Les zones où un habitant a accès à moins de 2,5 consultations par an chez un médecin généraliste, alors que tous les médecins présents dans ce territoire jusqu'à 65 ans sont pris en compte dans le calcul de l'offre médicale disponible, sont les zones fragiles à court terme, sélectionnées nationalement (elles représentent 6,9 % de la population nationale).
- Les zones où un habitant a accès à plus de 2,5 consultations par an chez un médecin généraliste, mais à moins de 4 consultations par an, alors que tous les médecins de cette zone jusqu'à 65 ans sont pris en compte dans le calcul de l'indicateur, constituent le vivier de zones additionnelles.

- Les zones où un habitant a accès à moins de 2,5 consultations/an chez un médecin généraliste alors que sont pris en compte dans le calcul de l'offre médicale disponible tous les médecins de la zone jusqu'à 62 ans sont les zones comptabilisées pour déterminer la population maximale incluse dans le zonage conventionnel = 18,1 % de la population nationale, correspondant au seuil 2 qui est un seuil cumulatif (dont 6,9 % de la population nationale sélectionnée nationalement et 11,2 % de la population nationale dont le ciblage est décidé par les ARS).

Ce paramétrage cherche à tenir compte des éventuels départs à la retraite des médecins âgés de plus de 62 ans. Au-delà de 65 ans, l'activité des médecins n'est pas comptabilisée dans la mesure où l'on estime qu'ils partiront sous peu à la retraite. En fonction du seuil d'APL, la zone est déclarée plus ou moins fragile. En dessous du seuil 1, l'accès aux soins est fragile à court terme, entre le seuil 1 et le seuil 2, l'accès aux soins est fragile à moyen terme. Entre le seuil 2 et le seuil 3, l'accessibilité aux soins est proche de la moyenne nationale mais peut s'avérer fragile à plus long terme.

Figure 11 : sélection des zones fragiles, 2 étapes 3 seuils



Nous avons pris ici comme exemple la méthodologie et le paramétrage de l'indicateur utilisés pour le zonage des médecins. Même si les zonages des masseurs kinésithérapeutes et des orthophonistes présentent certaines variations en termes de méthode et de paramétrage, le principe général reste le même : les pouvoirs publics développent une approche quantitative **pour assurer une comparabilité des situations des territoires** à l'échelle nationale. En

effet, l'avantage d'une telle méthode est qu'elle est applicable partout en France : les bases de données de l'Assurance Maladie montrent l'activité de l'ensemble des professionnels de santé conventionnés, par pathologie et leur âge. Les zones choisies (bassins de vie) sont présentes partout en France (certaines régions développent des découpages géographiques propres à leurs besoins). En somme, d'un côté les pouvoirs publics centraux ont développé une méthode qui puisse s'appliquer à l'intégralité des territoires français, de l'autre, ils affinent cette méthode et son paramétrage pour tenir compte, le mieux possible, des disparités d'accès aux soins entre territoires. En cela, ils assurent une égalité de traitement des citoyens dans la modélisation de leur besoin de santé. Si l'on reprend la typologie des modélisations possibles du besoin de santé (paragraphe 1.3 de la présente section), l'APL et plus globalement les approches densité, sont des méthodologies comparatives car elles n'évaluent pas le besoin de santé dans l'absolu mais de manière relative, par comparaison à une norme nationale (par exemple la moyenne des consommations d'actes par médecin généraliste dans notre cas). Par ailleurs, elles font l'hypothèse que la consommation de soins est une estimation correcte du besoin de santé.

CR ONDPS et estimation du besoin de santé

Cette remarque est importante car les pouvoirs publics n'optent pas systématiquement pour un tel fonctionnement. Concernant la détermination des effectifs d'internes à former, l'ONDPS demande à ses comités régionaux de fournir des analyses argumentant une baisse ou une hausse des effectifs sur l'ensemble des spécialités médicales. Le comité régional corse se heurtait à des difficultés méthodologiques considérables pour utiliser une approche densité dans cet exercice : les effectifs médicaux de spécialistes en Corse sont très faibles. On compte par exemple 13 dermatologues dans la région en 2018, 8 neurologues et 4 oncologues. Il devient alors difficile d'établir des tendances sur le long terme quand le départ de deux praticiens peut faire chuter la densité régionale de manière significative (15% pour les dermatologues entre 2018 et 2019). De plus, de faibles effectifs sont d'autant plus sensibles à l'évolution de l'offre de soins : la mise en place d'Unités Neurovasculaires (UNV) adossées aux services d'urgences pour limiter les atteintes neurologiques en faisant intervenir très rapidement un neurologue après qu'un patient ait fait un accident vasculaire cérébral nécessite des ressources locales en neurologues. Et comme il s'agit de prise en charge urgente et que l'intervention du neurologue doit être la plus rapide possible, le patient ne peut pas attendre d'être transféré en région PACA pour bénéficier de l'intervention d'une UNV.
La deuxième difficulté concerne les effets de seuil : certaines activités de soins nécessitent un nombre minimum de praticiens quelle que soit l'activité du service ou la population régionale. C'est notamment le cas pour tous les services faisant intervenir des gardes sur place (pédiatrie-néonatalogie, urgences). Pour assurer le bon fonctionnement d'un service et attribuer un nombre limité de gardes aux professionnels par semaine, des effectifs seuils sont nécessaires.
Du fait de ces difficultés, le comité régional corse a opté pour une approche plus exploratoire et qualitative en associant les professionnels concernés par la problématique : les Conseils

départementaux de l'Ordre des médecins, les Unions régionales des médecins libéraux, les établissements hospitaliers publics et privés… Les résultats de cette approche exploratoire illustrent un phénomène intéressant : les spécialités retenues comme déficitaires en région, ne sont pas nécessairement celles dont la densité est très inférieure à la moyenne nationale. Par exemple, la cardiologie est retenue comme une spécialité déficitaire alors que la densité régionale est légèrement supérieure à la densité nationale. Ce phénomène s'explique essentiellement par un changement de posture méthodologique : les acteurs de terrain partaient de leur ressenti pour expliquer en quoi ils pensaient qu'une spécialité pouvait être déficitaire à moyen ou long terme. Aucune référence à une norme nationale n'a été abordée au cours du travail : l'URPS des médecins libéraux a par exemple évoqué le ressenti des médecins spécialistes pour ce qui est de la charge de travail. Donc, les besoins de formation n'ont pas été déterminés pour rétablir à moyen terme une situation jugée normale d'un point de vue de la densité médicale. Ce sont les experts, en concertation avec les pouvoirs publics régionaux, qui ont arrêté, de manière plus « absolue » que comparative, les effectifs « idéaux » de professionnels pour satisfaire les besoins de santé de la région.

Ce sont au total 18 spécialités sur 44 qui sont jugées déficitaires en région et qui doivent faire l'objet d'un réajustement à la hausse du nombre d'étudiants reçus à l'internat dans ces spécialités en région PACA. Mais que deviennent ces recommandations des comités régionaux de l'ONDPS ? C'est l'ONDPS qui, au niveau national, centralise l'ensemble des propositions de ses comités régionaux pour effectuer un arbitrage sur la répartition des postes d'internes entre les différentes subdivisions de formation. Cette répartition se fait dans un cadre défini par la DGOS qui peut décider que le pourcentage de postes d'internat en médecine générale sera fixe et que les adaptations devront se faire entre spécialités. Elle demande également à l'ONDPS, à partir d'une analyse des densités médicales par spécialité et par subdivision, de rééquilibrer les offres territoriales. Un des leviers utilisés est la diminution du taux d'inadéquation entre les postes ouverts et les postes pourvus. En effet, la projection des postes à ouvrir est calculée sur la base du nombre d'inscrits réduit des projections du nombre d'étudiants qui ne prendraient pas de postes à l'internat (redoublement, abandon, non présentation au concours, étudiants étrangers qui décident de rester dans le pays d'origine…). Le nombre de postes ouverts à l'internat est supérieur à la projection du nombre d'étudiants qui entreraient dans la phase d'internat pour s'assurer que tous trouvent une place. En réduisant ce taux d'inadéquation, on diminue le nombre total de postes d'internat offerts aux étudiants dans différentes spécialités. Les pouvoirs publics espèrent alors que les étudiants privilégieront « la spécialité » au détriment de la subdivision d'étude et iront se spécialiser dans les régions les moins dotées.

Mais comment s'opère l'attribution des postes par subdivision ? Au regard de l'augmentation du nombre d'inscrits aux ECN en 2019, chaque subdivision devrait voir augmenter ses postes de 0,5%. Néanmoins, pour rééquilibrer les situations entre territoires, certaines subdivisions ne voient pas leurs effectifs évoluer positivement. Pour ces subdivisions, il est possible de ne pas respecter le ratio de médecins généralistes à former imposé au niveau national. Donc par spécialités, dans ces subdivisions, l'ODNPS essaye d'attribuer les postes en fonction des évolutions proposées par les comités régionaux (tout en sachant que la médecine générale ne

peut pas être trop impactée). Donc si la médecine générale n'a pas fait l'objet de demandes supplémentaires, que le nombre d'internes est relativement important, quelques postes peuvent être « transférés » vers des spécialités. L'ONDPS essaye alors de respecter la proportion de postes par spécialité proposée par les comités régionaux.
Ce cas nous semble intéressant car, même en mobilisant des approches non comparatives pour tenter une modélisation du besoin de santé de manière plus « absolue » par des normes d'experts, la gestion nationale de la répartition des effectifs de médecins à former, rend obligatoires des approches comparatives. Or la comparaison des résultats issus des deux méthodes n'est pas possible car celles-ci ne reposent pas sur les mêmes fondements. Cela ne signifie pas que ces résultats ne sont pas pris en considération par le niveau national. Pour les subdivisions bien dotées (en termes de densité), leur effectif global d'internes n'augmente pas comme le nombre d'internes au niveau national de 0,5%. Néanmoins, la répartition des postes d'internat par spécialité peut varier. Par exemple, la subdivision de Marseille a proposé à l'ONDPS une augmentation du nombre de postes d'internes sur 17 spécialités pour l'année scolaire 2019-2020. Seules 4 spécialités ont vu leurs postes d'internat augmenter pour l'année 2019-2020, et 6 à plus long terme (2022). En somme, les analyses comparatives de densité restent le critère de choix principal pour déterminer le nombre global de postes d'internes à ouvrir par subdivision. Puis, au sein d'une subdivision, d'autres analyses (moins comparatives) peuvent contribuer à la prise de décision.

Ces exemples illustrent bien l'utilisation de méthodes quantitatives comparatives (densité, APL) pour assurer une égalité de traitement entre citoyens dans l'accès aux soins de premier recours ou pour l'ouverture des postes d'internat, ce qui déterminera le lieu d'installation des futurs professionnels de santé (Munck et al. 2015). Or ces modélisations de la demande sociale sont structurellement conçues pour ne se préoccuper que de la variation par rapport à une norme dont le fondement n'est pas mis en débat. Par elles, les pouvoirs publics chercheraient ainsi à s'assurer de l'égalité de traitement entre les citoyens sans nécessairement se soucier de leur besoin « dans l'absolu ». Ce serait plus une égalité qu'une équité de traitement qui serait recherchée, mais pourquoi ? Cette modélisation de la demande sociale n'est-elle pas contingente à une conception de l'action publique ? Par exemple, aurait-on développé un indicateur tel que l'APL sans l'existence des avenants conventionnels entre l'Assurance Maladie et les représentants des professionnels de santé ? A quelles logiques de conception obéissent des dispositifs de régulation tels que des zonages professionnels ?

2.2) Un dispositif de régulation mixte marché/professionnel centralisé des professionnels de santé

Dans ce paragraphe, nous cherchons à montrer qu'une telle modélisation de la demande sociale est en fait liée à des modèles de raisonnement et d'organisation collective spécifiques. Bien que systématiquement associées à la question des déserts médicaux, les approches

densité seraient liées à un certain « contexte de régulation » et ne permettraient de saisir qu'une partie des difficultés fondues dans le concept de désert médical.

Rappelons qu'un régime de conception (Le Masson, Hatchuel, et Weil 2014) se caractérise par trois dimensions : un modèle de raisonnement, un modèle de performance, un modèle d'organisation collective. Notre matériau empirique ne nous a pas permis d'identifier le modèle de performance. En revanche, nous essayons de mieux comprendre les ressorts de la conception de l'action publique en analysant les modèles de raisonnement et d'organisation collective dans le cas des zonages professionnels.

Le modèle de raisonnement

- ✓ L'ensemble des propriétés (P(X)) recherchées par les pouvoirs publics pour diminuer les inégalités d'accès aux services de santé que doit respecter l'objet à créer sont les suivantes :
    - Savoir identifier les territoires et les populations concernés par les problèmes d'accessibilité aux services de santé.
    - Proposer une offre de santé pertinente à tous les usagers du système de santé concernés par des problèmes d'accès aux soins quel que soit leur lieu de vie (principe de pertinence).
    - Ne pas créer des inégalités de traitement entre les citoyens (principe d'universalité de l'action publique).
    - Être cohérent avec l'ensemble des actions déployées par les pouvoirs publics (principe de cohérence).

On peut déjà observer une interdépendance entre ces propriétés : savoir identifier les zones sujettes à des difficultés d'accès aux soins et ne pas créer une inégalité de traitement entre citoyens suppose que la méthode utilisée soit la même pour toutes les régions. Cela implique que les bases de données mobilisées soient nationales, que les délimitations géographiques des zones à caractériser comme sous-denses existent dans toutes les régions. Or quelle est la garantie que les découpages géographiques de l'INSEE soient adaptés à tous les sujets dans tous les territoires de France ? D'ailleurs, on recense de nombreuses délimitations géographiques propres aux collectivités locales, non retenues par l'INSEE (Offner 2006). Certaines d'entre elles pourraient être jugées par des acteurs locaux comme plus représentatives des habitudes des usagers en santé, en comparaison des zonages tels qu'un bassin de vie ou un canton. Toutefois, introduire une trop grande hétérogénéité dans les maillages géographiques peut poser problème car on ne comparerait plus les mêmes objets : la variabilité des APL entre communes est plus importante que la variabilité des APL pondérés entre bassins de vie. Choisir de petites mailles géographiques par rapport à la norme nationale est susceptible de générer des instabilités dans les résultats globaux. De la même manière, comment trouver un dispositif de régulation qui à la fois s'adresse de manière pertinente et universelle aux usagers sujets à des problèmes d'accessibilité aux soins ?

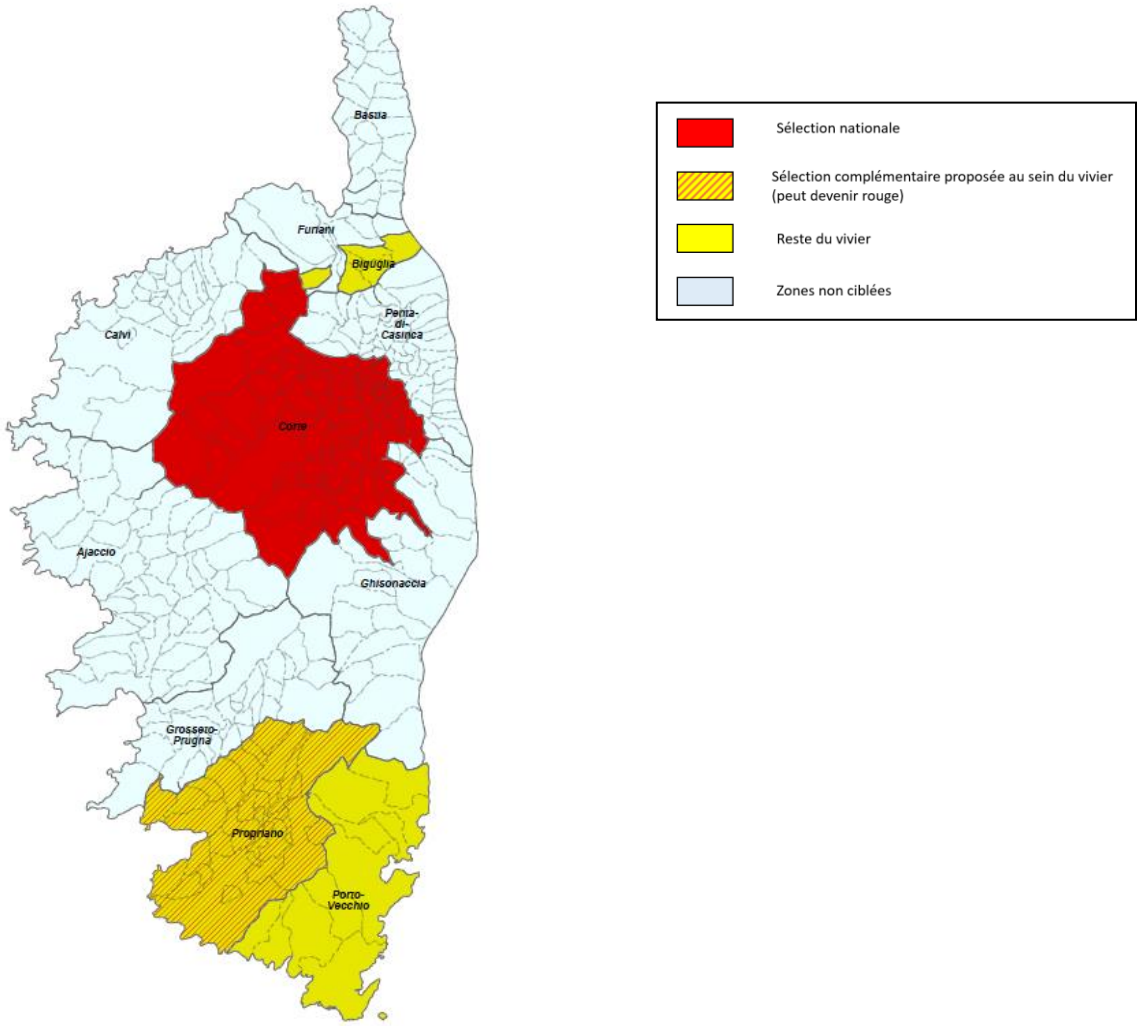
On comprend donc que les pouvoirs publics doivent disposer de connaissances qui permettent de concilier dans une certaine mesure l'ensemble de ces propriétés. Par ailleurs, les connaissances détenues par les pouvoirs publics à divers échelons territoriaux ne sont pas les mêmes. Une étude de l'historique des zones déficitaires en France (Lucas-Gabrielli et Chevillard 2018) montre que l'élaboration de ces zones n'a pas toujours été le fait des pouvoirs publics centraux. En effet, dans un cadre fixé par le niveau central, les zonages pluriprofessionnels (art 1434-7 du code de la santé publique) de 2012 étaient en grande partie déterminés par les ARS. Ces dernières disposent de « retours de terrain » plus qualitatifs sur les zones déficitaires. Dit autrement, dans le cas où les pouvoirs publics centraux jugent insuffisante la qualité de la modélisation de l'identification des zones sous-denses, ils peuvent en déléguer une partie aux ARS, au risque de créer des disparités de traitement entre citoyens si les méthodes utilisées par celles-ci divergent trop. Ainsi, la qualité de conciliation des propriétés souhaitées d'un dispositif de régulation dépend des connaissances disponibles au cours de l'activité de conception, elle-même dépendante de la répartition des tâches entre les différentes administrations. Illustrons ces propos par la description du cas du zonage des médecins généralistes en Corse.

L'organisation de l'activité de conception d'un dispositif de zonage médecins

Décrivons maintenant succinctement la répartition des rôles entre le ministère et les ARS pour proposer un zonage aux professionnels de la région. L'objectif de ce paragraphe est de décrire en quoi une modification de la répartition de ces rôles peut altérer l'équilibre trouvé dans P(X) et de caractériser le degré de centralisation de la conception d'un dispositif de zonage.

La méthode présentée plus en amont, faisant appel à l'APL et à son paramétrage (prise en compte de l'activité des professionnels, de l'âge des patients…) est conçue par le niveau national. Ce dernier impose la maille géographique de référence pour toutes les régions : le bassin de vie, lui, est censé s'affranchir des logiques administratives de la plupart des découpages géographiques existants dans toutes les régions (canton, communes…). Néanmoins comme le zonage médecin était le premier à utiliser la méthode de l'APL pour identifier les zones sous-denses, le ministère a envoyé les résultats préliminaires aux ARS afin qu'elles puissent juger de leur pertinence. Pour la Corse, les premiers résultats du ministère sous estimaient la fragilité de certaines zones. Par exemple, sur la carte ci-après, les services de l'ARS estimaient que certaines zones de la périphérie d'Ajaccio étaient sous dotées alors que les résultats de la méthode nationale classe la zone d'Ajaccio comme intermédiaire pour l'accès aux soins et donc non éligible aux aides conventionnelles de l'assurance maladie.

Figure 12 : proposition initiale de zonage par le groupe de travail national



Comme on le voit dans le tableau ci-après, l'analyse détaillée des APL communaux fait apparaître près de 10% de la population distante de plus de 15 minutes d'un médecin généraliste (0,4% au niveau national) et confirme la présence de communes à APL nulles dans tous les territoires de vie hormis Porto-Vecchio. Les territoires les plus touchés (% colonne) sont Ajaccio (28,8%), Corte (21,1%) et Ghisonaccia (15,8%) qui concentrent les deux tiers de la population résidant à plus de 15 minutes d'un médecin généraliste.
Si la simulation cible Corte, comme zone fragile, elle omet à minima les territoires d'Ajaccio et de Ghisonaccia (Plaine Orientale).

Tableau 9 : résultats des premières simulations d'accessibilité aux soins à l'aide de l'APL

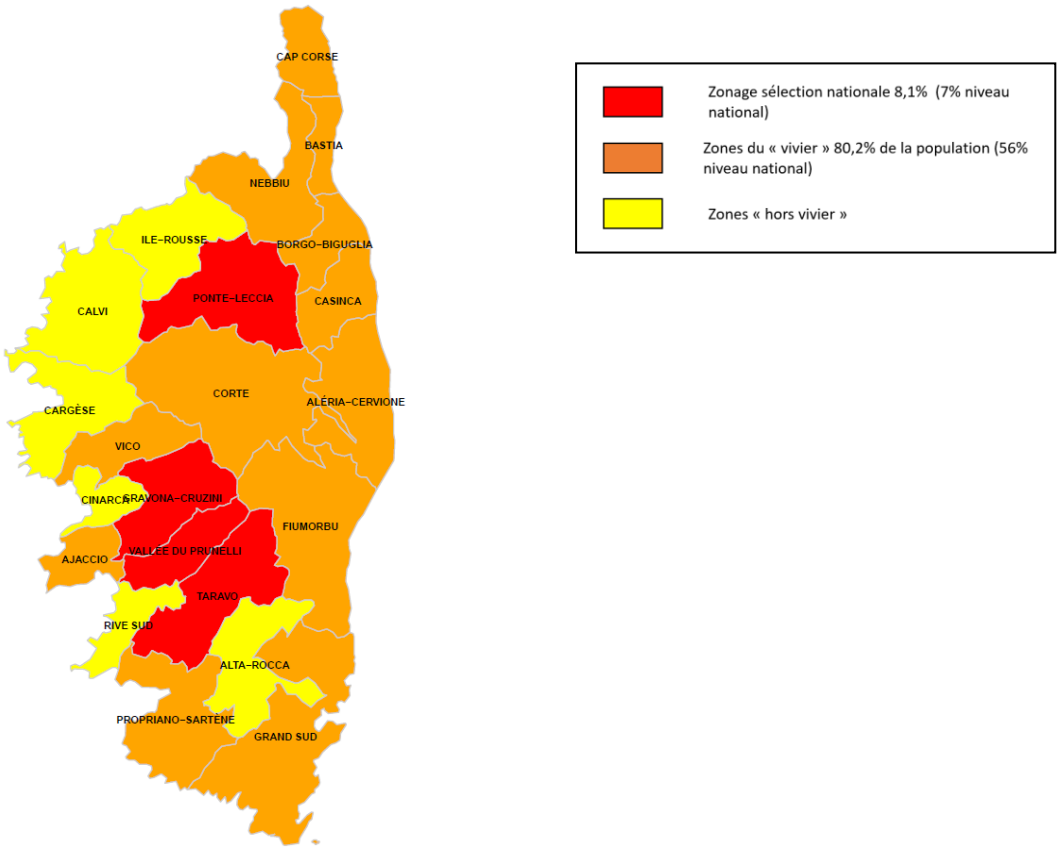
		Population totale 2012	Population avec APL nul "Temps d'accès au médecin généraliste supérieur à 15mn"	% ligne APL nul	% colonne APL nul	APL du territoire de vie aux médecins généralistes de moins de 65 ans	APL du territoire de vie aux médecins généralistes de moins de 62 ans	APL du territoire de vie aux médecins généralistes de moins de 60 ans	Zonage proposé par le GT Corse
Territoires de vie	Ajaccio	98898	8766	8,9%	28,8%	3,23	2,89	2,67	
	Grosseto-Prugna	11604	1582	13,6%	5,2%	3,67	3,13	2,86	
	Porto-Vecchio	25030		0,0%	0,0%	3,57	3,04	2,28	Reste du vivier
	Propriano	14671	1717	11,7%	5,6%	2,82	2,44	2,36	Sélection complémentaire proposée au sein du vivier
	Bastia	59615	1561	2,6%	5,1%	3,58	3,44	3,21	
	Biguglia	9623	137	1,4%	0,4%	2,59	2,52	2,13	Reste du vivier
	Calvi	22682	1680	7,4%	5,5%	4,22	3,75	3,75	
	Corte	18644	6428	34,5%	21,1%	2,10	1,76	1,54	Sélection nationale
	Furiani	10031	695	6,9%	2,3%	3,15	3,10	2,66	
	Ghisonaccia	19117	4819	25,2%	15,8%	2,93	2,93	2,93	
	Penta-di-Casinca	35595	3073	8,6%	10,1%	4,16	3,72	3,45	
	TOTAL	325510	30458	9,4%	100,0%				

L'équipe de l'ARS en charge de l'offre de premier recours a argumenté que les territoires de vie ne reflétaient pas les pratiques professionnelles des offreurs de soins et qu'en conséquence, le zonage préconisé ne traduisait que partiellement les difficultés d'accès aux soins.

La question d'un zonage inadapté des bassins de vie-canton dans le cadre de l'élaboration des zonages du PRS 1 avait déjà été soulevée. Pour pallier cette situation, et compte tenu de la topographie montagneuse de la région, un maillage territorial de proximité (22 zones de recours) a servi de socle à la détermination du zonage pluriprofessionnel en 2012.

Ainsi, il a été demandé à l'équipe projet du ministère de simuler les résultats à partir d'un autre découpage géographique régional issu de ce zonage pluriprofessionnel de 2012 (cf. figure ci-dessous).

Figure 13 : Etape 1, Résultats zonage avant application des marges de manœuvre de l'ARS



Les résultats sont significativement différents et bien plus fidèles aux « remontées de terrain » selon les services de l'ARS. Cet exemple démontre comment la répartition des rôles de l'activité de conception peut aboutir à des résultats plus pertinents tout en dérogeant au principe d'égalité de traitement des citoyens : les services de l'ARS de Corse sont un peu sortis de leur rôle en proposant une nouvelle maille de découpage géographique. De cette légère modification de l'organisation de l'activité de conception, émergent des connaissances qui dessinent la possibilité d'un nouvel équilibre des propriétés du dispositif. Le zonage serait plus pertinent pour l'ARS de Corse, mais le découpage territorial serait spécifique à la région et questionne l'égalité de traitement des citoyens au niveau national. Nous développerons dans la partie discussion un autre exemple où l'activité de conception d'un dispositif de zonage n'a pas été partagée. Cela a débouché sur un zonage mal calibré rejeté par les professionnels de santé et les usagers.

Une fois le paramétrage de l'APL et le choix de la maille géographique de référence effectués, la sélection des zones se fait en trois étapes. Cette sélection permet de hiérarchiser les priorités d'action par territoire et notamment les aides à l'installation dont peuvent bénéficier les professionnels de santé. Trois niveaux de classification sont retenus pour le zonage :

- Les « **zones de vigilance** » pour lesquelles seules les aides du Fonds d'Intervention Régional (FIR) sont mobilisables,

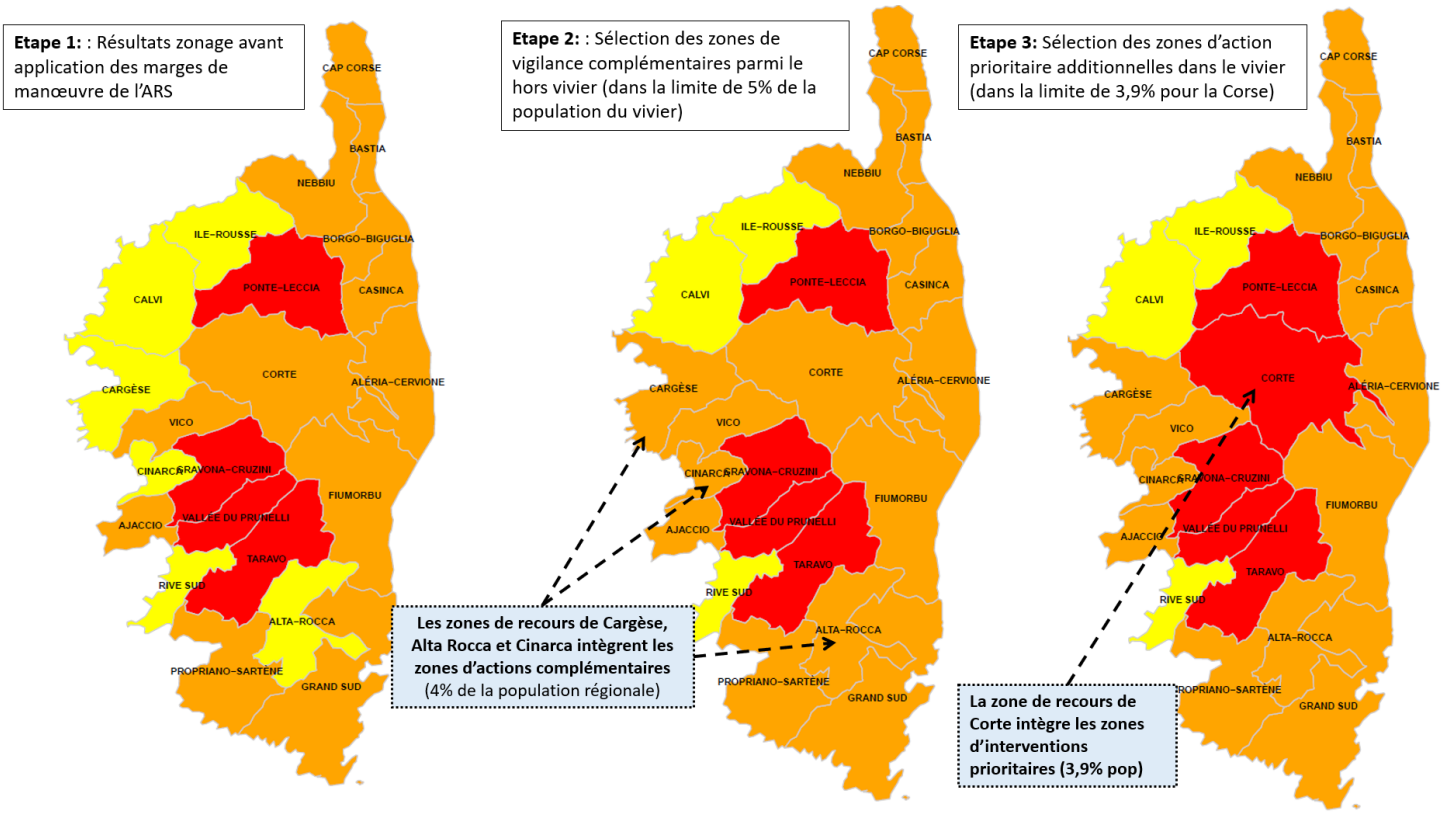
- Les « **zones d'actions complémentaires** » (ZAC) pour lesquelles les aides relatives au Pacte territoire santé (PTS) et au FIR sont mobilisables
- Les « **zones d'actions prioritaires** » (ZAP) pour lesquelles les aides conventionnelles, PTS et FIR sont mobilisables.

Pour parvenir à classifier les zones, trois étapes sont incontournables :

- une sélection automatique (nationale), expression de priorité nationale (seuil APL inférieur à 2,5 C/an/hab compte tenu de l'ensemble de l'offre fournie par les médecins généralistes de **moins de 65 ans**). Sur cette sélection, les ARS n'ont aucune marge de manœuvre. Toutes ces zones sont des ZAP.
- une sélection de zones additionnelles par les agences régionales de santé, après concertation avec les représentants de la profession concernée par le zonage (URPS, Conseils des Ordres), au sein d'un vivier, expression des priorités régionales, dans la limite d'un plafond populationnel. Pour la Corse, ce seuil populationnel est de 3,9%. Il correspond à la proportion de la population régionale qui se trouve dans un territoire dont l'APL est inférieur à 2,5 C/an/habitant compte tenu de l'ensemble l'offre fournie par les médecins généralistes de **moins de 62 ans**. Dit autrement, l'ARS de Corse peut décider de transformer une ZAC en une ZAP à condition que cette zone ne représente pas plus de 3,9% de la population régionale pour la Corse.
- Une sélection des zones d'actions complémentaires parmi les zones de vigilance (dans la limite de 5% de la population des zones d'actions complémentaires).

Le graphique ci-dessous permet de cerner, à l'échelle d'une région, les résultats d'une telle répartition du travail de conception.

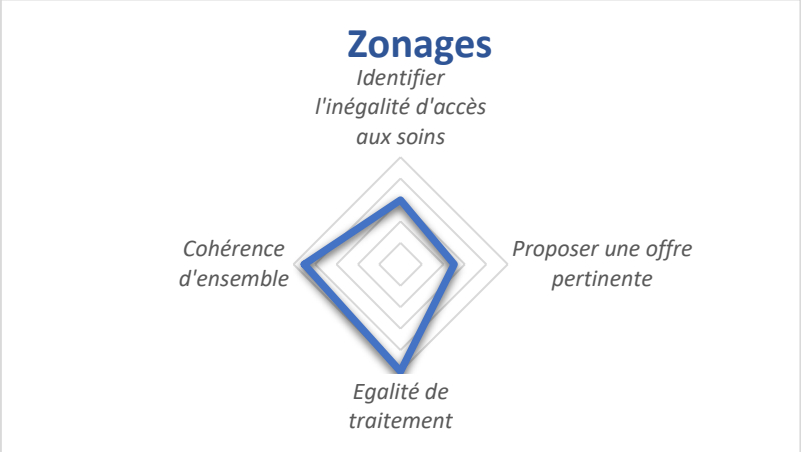
Figure 14 : synthèse des étapes de conception du zonage des médecins



La répartition des tâches entre les pouvoirs publics, dans la sélection des différents niveaux de fragilité des zones, est importante car on comprend que la méthode utilisée n'est pas seulement quantitative. Elle laisse au contraire une certaine marge de manœuvre aux ARS pour introduire des critères plus qualitatifs dans la sélection de certaines zones d'actions prioritaires ou complémentaires. Toutefois, le cadre général imposé par les pouvoirs publics est lui, fondé sur une modélisation quantitative et comparative du besoin de santé. Ce zonage médecins est un exemple pertinent pour illustrer la complexification croissante et concomitante de la modélisation du besoin de santé et de la répartition des tâches entre les différents pouvoirs alors que les marges de manœuvre laissées aux ARS doivent permettre une plus grande pertinence du zonage. Il ne s'agit donc pas d'une centralisation complète du processus de conception du zonage, mais d'une partie du processus d'élaboration d'un cadre dans lequel les ARS peuvent exprimer des priorités régionales. Pour autant, nous verrons que les marges de manœuvre laissées aux ARS ne sont pas toujours très grandes selon les méthodologies appliquées notamment pour d'autres professions (Masseurs Kinésithérapeutes, Orthophonistes).

Jusqu'ici, nous avons montré en quoi une modélisation quantitative du besoin de santé permettait de mener une approche comparative à l'échelle nationale et de proposer, par les pouvoirs centraux, un cadre contraint dans lequel les ARS peuvent exprimer des priorités régionales. Cette solution, donnée par le ministère de la santé, permet d'atteindre un certain équilibre dans les propriétés souhaitées du dispositif de régulation synthétisé par le graphe suivant :

Figure 15 : équilibre des propriétés d'un dispositif de zonage



Toutefois, nous n'avons pas encore étudié le dispositif de régulation dans son ensemble car pour compléter cette analyse, il nous faut préciser le mode de régulation associé à ces zonages. Le choix de ce dernier doit lui aussi respecter l'ensemble P(X) des propriétés souhaitées du dispositif de régulation. Pour autant, peut-on affirmer qu'il est dépendant de la façon de modéliser le besoin de santé ?

Le mode de régulation

Les dispositifs de zonage font partie des avenants conventionnels qui régissent les relations entre la CNAMTS et les professions libérales conventionnées avec l'Assurance Maladie. Ces avenants conventionnels mettent à jour les différentes formes de rémunération de la profession (mise à jour du montant des actes existants, création de nouveaux actes en fonction de l'évolution des pratiques d'une profession, nouvelles formes de rémunération…). Sur les zones fragiles au sens de l'avenant conventionnel, différents types d'aides sont mobilisables, y compris des aides de l'Etat. Ces aides sont de trois ordres :

1) Les aides relatives à la convention médicale entre la CNAMTS et les syndicats de médecins :

- ✓ contrat d'aide à l'installation médecin (CAIM);
- ✓ contrat de transition pour les médecins (COTRAM), contrat d'aide aux médecins de plus de 60 ans qui accueillent un successeur ;
- ✓ contrat de stabilisation et de coordination pour les médecins (COSCOM), contrat d'aide aux médecins déjà installés ;
- ✓ contrat de solidarité territoriale médecin (CSTM), contrat d'aide aux médecins qui font des vacations dans les territoires fragiles.

2) Les aides de l'Etat portées par l 'ARS :

- ✓ par le pacte territoire santé : contrat d'engagement de service public (CESP), praticien territorial de médecine générale (PTMG), praticien territorial de médecine ambulatoire (PTMA), praticien territorial de médecine de remplacement (PTMR) ;
- ✓ par le FIR : Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (Equipes de soins Primaires), télémédecine, permanence des soins ambulatoires (PDSA), maisons médicales de garde (MMG).

3) Les mesures complémentaires

- ✓ Exonérations fiscales dans le cadre de la PDSA
- ✓ Cumul emploi-retraite incitatif
- ✓ Des aides complémentaires éventuelles de la Collectivité de Corse

Pour plus de précisions concernant ces aides, on pourra se reporter à l'annexe 5. De manière générale, ces aides sont financières et sont supposées inciter les professionnels de santé à s'installer dans des territoires sous dotés. Mais le mode de régulation ne se réduit pas à son caractère incitatif ou obligatoire. Pour mieux le comprendre, il faut identifier l'objet de la régulation. En l'occurrence, les primes, rémunérations complémentaires, avantages fiscaux s'adressent aux professionnels de santé libéraux. L'objet de la régulation est l'accès aux soins de la population. Néanmoins il n'est pas « régulable » directement par les pouvoirs publics centraux. Seuls les offreurs de soins, publics ou privés, peuvent répondre aux besoins de santé. Les dispositifs de zonage, et les contrats auxquels ils donnent accès, sont caractéristiques de ce que nous appelons une régulation mixte marché/professionnelle des besoins de santé. En effet, Pierru (Pierru 2012b) discute les aptitudes de l'Etat à planifier la santé en opposant plusieurs modes de régulation tels que la planification ou le recours à la logique de marché. Les défenseurs d'une logique de régulation par le marché précisent que « *si « l'État ne peut pas prévoir l'imprévisible », c'est parce que les capacités cognitives individuelles (celles des planificateurs) et institutionnelles (celles de la planification) sont forcément limitées et sujettes à des biais (croyances, rapports de force et d'influence, etc.). Par conséquent, seule la coordination décentralisée des décisions individuelles par le biais des signaux de prix est la mieux à même de mener vers un usage optimal de ressources forcément rares. Il n'existe pas de décideur omniscient et omnipotent mais seulement des élites politiques et administratives qui s'illusionnent sur leur capacité à piloter de façon centralisée le flux des activités humaines. Celles et ceux qui prônent une mise en concurrence des établissements hospitaliers par un dispositif quasi automatique mais néanmoins administré de tarifs faisant fonction de prix, dans un secteur où le marché ne peut fonctionner, s'inscrivent clairement dans ce courant de pensée qui va prendre sa revanche sur le keynésianisme et le socialisme à compter des années 1970.* ». En cela, il nous semble que le mode de régulation de l'accès aux soins de premier recours, via l'exemple des zonages professionnels, est de type « marché » car les pouvoirs publics ne cherchent pas à planifier, du moins pas encore (cf. discussions au Sénat en 2019 sur l'obligation, pour des jeunes

médecins, de réaliser des stages en zones sous-denses lors des débats sur l'adoption la nouvelle loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé), le lieu d'installation des professionnels ni la nature de l'activité de ce dernier. En effet, l'activité d'un médecin généraliste par exemple peut être très variée (gynécologie, pédiatrie…). Il organise son temps de travail selon la demande mais également selon ses contraintes et aspirations personnelles. Aussi, le désert médical correspond-il à une situation où l'offre ne répond pas à la demande et il est nécessaire de réajuster le système des prix pour qu'une coordination décentralisée ait lieu, et que les professionnels nouvellement installés grâce à une correction du système de prix (via les différents types d'aide), répondent à la demande.

Toutefois, il serait difficile de soutenir que la régulation de l'accès aux soins ne se fait que par une logique de marché : les professionnels sont limités dans leurs compétences par le code de la santé publique, leurs pratiques et le respect du code de déontologie est contrôlé par les ordres des professions. Par exemple, l'Ordre des médecins garantit le respect de l'éthique et de la déontologie médicale. L'Ordre est chargé de la rédaction du code de déontologie médicale qui est inscrit dans le code de la santé publique.

L'Ordre assure également un rôle d'instance disciplinaire pour les médecins qui ne respecteraient pas les principes de la déontologie. Il veille au maintien de la compétence et de la probité du corps médical. Il accompagne les médecins dans leur activité quotidienne, pour les aider à s'installer. Il joue un rôle de conseil juridique, notamment lors de la rédaction des contrats et des statuts, en matière d'assurance ou en cas de conflit entre un médecin et son patient ou entre confrères. Aux côtés des représentants des autres professionnels de santé, l'Ordre veille à la qualité des soins et au respect des droits des patients. Il s'assure de l'indépendance professionnelle de tous ses membres dans leurs relations avec l'industrie pharmaceutique et biomédicale.

En d'autres termes, bien que les professionnels de santé disposent de certaines marges de manœuvre dans leur exercice (nature de l'activité dans un cadre fixé par la loi, lieu d'installation, niveau d'activité …), celles-ci sont très encadrées par le code de santé publique et les instances représentatives telles que les Ordres ou les syndicats. Cette standardisation des compétences et une telle autonomie professionnelle est caractéristique d'un mode de régulation dit « professionnel » (Maroy 2008, Mintzberg 1982). Un mode de régulation, qui vise à rééquilibrer l'adéquation entre la demande et l'offre de santé par la venue d'un nouvel offreur dont la responsabilité de répondre à la demande lui est entièrement déléguée, est donc de type mixte marché/professionnel. L'action des pouvoirs publics est incitative : grâce à des modulations du système de prix (installation, remplacement, soutien d'activité, PDSA …), l'Etat et l'Assurance Maladie cherchent à rééquilibrer l'adéquation entre l'offre et la demande.

Dans la mesure où les contrats sont identiques partout en France (avec certaines variations prévues aux mains des régions mais dans un cadre fixé par le niveau national), ce mode de régulation présente l'avantage de respecter la propriété d'universalité du dispositif de régulation, et d'égalité de traitement des citoyens.

Jusqu'ici, nous avons présenté la question de la modélisation du besoin de santé et le choix du mode de régulation de manière indépendante pour plus de clarté. Pourtant, ces deux aspects

du dispositif de régulation ne sont-ils pas liés ? Il serait difficile de défendre l'idée selon laquelle une certaine modélisation du besoin de santé aboutit au choix d'un mode de régulation ou inversement. Il ne s'agit pas d'un processus linéaire, mais les deux phénomènes s'entretiennent : l'étude de la conception des zonages et notamment l'utilisation de l'APL nous montre que le besoin de santé est modélisé de manière comparative et monoprofessionnelle. Il en résulte que le mode de régulation ne peut concerner que la profession étudiée et non des objets ou des sujets différents (un établissement de santé, un regroupement de professionnels …). Globalement, cette approche suppose que si un professionnel de santé s'installe sur un territoire sous doté, alors le besoin de santé sera couvert, mécanisme de marché oblige. On ne soutient pas que l'APL est un mauvais indicateur dans l'absolu car cette modélisation monoprofessionnelle du besoin de santé doit se penser dans un contexte de négociations conventionnelles–avec la CNAMTS menées de manière bilatérale avec les professions de santé. Nous abordons ce sujet dans la section suivante.

Ainsi, le mode de régulation mixte marché/professionnel est une association logique à une modélisation du besoin de santé quantitative, par profession du besoin de santé. Elle permet une régulation similaire dans toutes les régions. Modélisation du besoin de santé et régulation de ce besoin obéissent à des propriétés souhaitées par les pouvoirs publics. Resituer ce contexte est important pour comprendre que cette modélisation du besoin de santé est contingente à un contexte règlementaire (auquel elle est sûrement adaptée) et à des propriétés à satisfaire. En conséquence, l'APL, sorti de son contexte d'utilisation, peut ne pas être un indicateur suffisant pour identifier des problématiques d'accès aux soins.

SECTION 3 : DES LIMITES MÉTHODOLOGIQUES QUI MONTRENT UNE VISION ÉTROITE, AXEE SUR UNE RÉGULATION MIXTE MARCHE/PROFESSIONNELLE DE LA PROBLÉMATIQUE DES DÉSERTS MÉDICAUX.

Dans cette section nous abordons les limites méthodologiques des dispositifs de régulation présentés précédemment, tant dans leur modélisation du besoin de santé que dans leur mode de régulation. L'objectif de cette partie n'est pas de démontrer que l'APL est une mauvaise approche de la modélisation du besoin de santé dans l'absolu : tant la littérature académique (Chevillard 2018) que les professionnels de terrain (pour le zonage médecin) soutiennent que cette méthode donne de meilleurs résultats que ceux obtenus jusqu'à maintenant. Dans le contexte des relations conventionnelles entre les professionnels de santé et l'assurance maladie, la nouvelle génération des zonages propose une modélisation et une régulation du besoin de santé plutôt adaptée. C'est dans ce cadre que nous avons présenté l'APL. Toutefois cet outil a également servi à objectiver le phénomène de désert médical en dehors du cadre

conventionnel (Vergier, 2016). Or nous cherchons plus à montrer que, sortie de ce contexte règlementaire, l'APL présente suffisamment de limites pour explorer de nouvelles voies de modélisation du besoin de santé, et par extension, d'autres modes de régulation de ces besoins. Donc, utiliser cet indicateur apportera toujours des éléments de comparaison intéressants entre territoires mais il ne peut pas être une modélisation exhaustive du besoin de santé quand celui-ci mobilise de plus en plus d'acteurs aux degrés d'expertise variés.

3.1 Les limites de l'APL

Dans un premier temps nous présentons des limites dites « de paramétrage » de l'outil susceptibles de créer des biais. Puis, nous verrons comment une approche comparative peut aboutir à des résultats contre intuitifs pour des acteurs de terrain.

1) Le problème des calculs de temps d'accès entre communes.

Comme précisé dans la section 2, l'APL prend en considération le temps d'accès d'un usager au cabinet d'un professionnel de santé. Par convention, ce sont les temps d'accès de la Mairie de la commune de résidence de l'usager à la Mairie de la commune d'installation du professionnel de santé qui sont pris comme référence et non du domicile de l'usager au cabinet du professionnel. On peut estimer que dans la plupart des communes de France, cette convention, commode d'un point de vue pratique (accessibilité des données géographiques), ne biaise pas trop les résultats obtenus grâce à l'APL. En revanche, pour certaines communes rurales et montagneuses (assez nombreuses en Corse), cette convention peut poser problème. En effet, certaines communes se situent dans des territoires montagneux et peu accessibles mais s'étendent jusqu'à la plaine. Le village, où une minorité de la population réside, se situe sur le piémont tandis que ses extensions les plus récentes qui concentrent l'essentiel de la population, se situent en plaine. Le cas le plus emblématique est celui de la commune de Zonza en Corse du Sud : du village de Zonza à Sainte Lucie de Porto Vecchio, lieu-dit situé sur la commune de Zonza en bord de mer, le temps de trajet est d'une heure. Dès lors, la convention évoquée peut générer un biais dans la mesure où les professionnels de santé, installés en plaine, sont considérés comme installés au village. Or, le temps d'accès entre deux villages piémonts peut être élevé alors que les temps d'accès de deux communes limitrophes en plaine sont beaucoup plus faibles. Alors, cette convention peut déboucher sur deux biais :

- Surestimer les difficultés d'accès aux soins des usagers résidant en plaine à proximité de la commune où sont installés les professionnels de santé. Le trajet réel est : plaine – plaine alors que le trajet modélisé par l'APL est village – village (commune limitrophe).
- Sous-estimer les difficultés d'accès aux soins des usagers résidant dans les villages piémonts, qui sont généralement âgés, isolés socialement voire précaires. Par exemple, les médecins de la commune de Zonza sont en réalité installés à Sainte Lucie de Porto Vecchio. Cela a pour conséquence de sous-

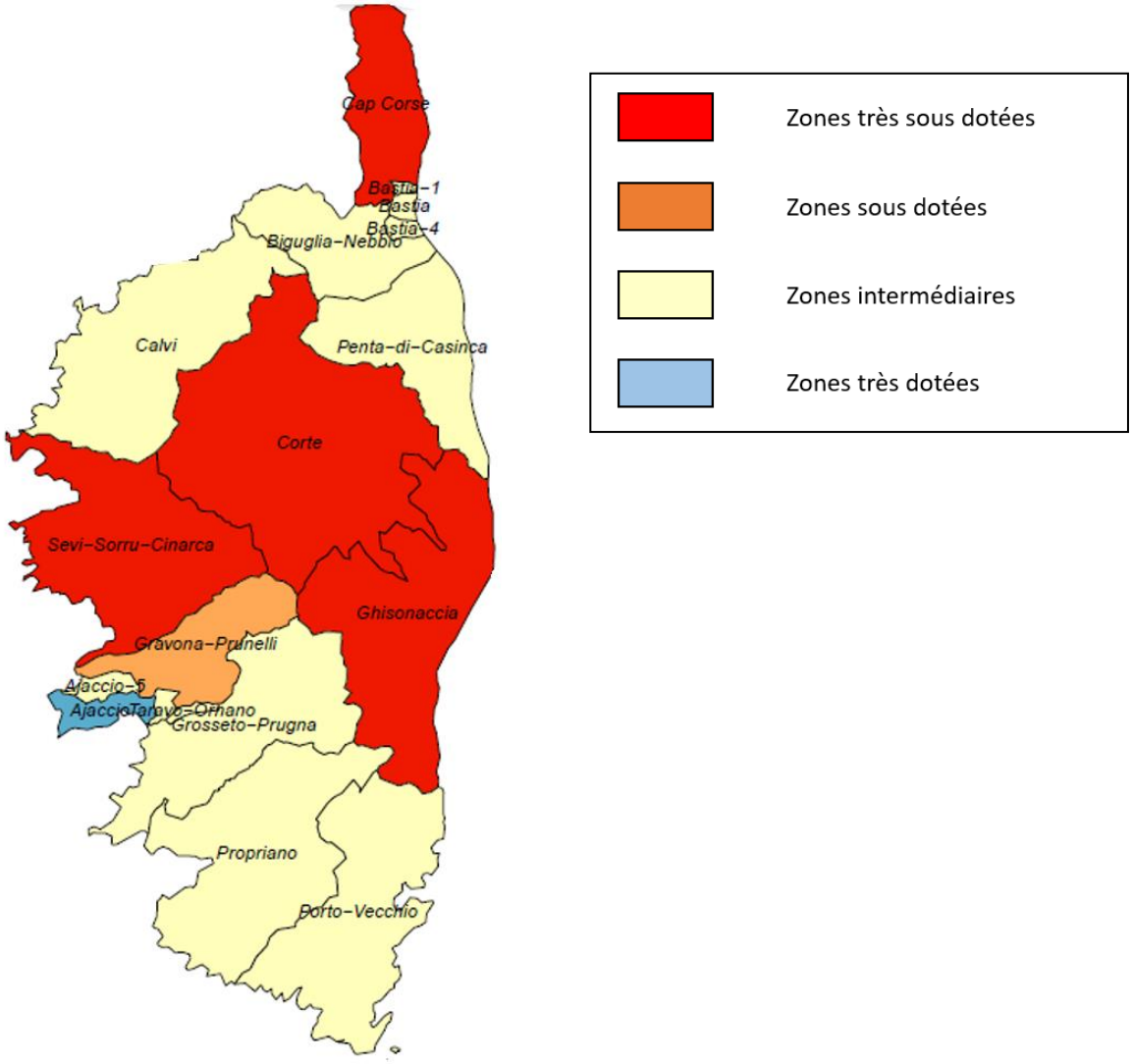
estimer l'accessibilité réelle aux soins des usagers habitant au village de Zonza et dans les villages environnants.

2) **L'absence de prise en considération de facteurs externes**.
La standardisation par l'âge de la population utilisée pour calculer l'indicateur APL permet de prendre en considération une demande accrue pour certains types de population (enfants, personnes âgées). Mais, elle ne permet pas de tenir compte de la chronicité des pathologies pour des personnes âgées de 20 à 60 ans, de la précarité de certains territoires. En effet, un patient habitant dans un village difficile d'accès, isolé de potentiels aidants, en situation de précarité sociale avec un logement ne respectant pas les normes d'isolation, ne mobilise pas les équipes soignantes de la même manière qu'un patient du même âge, atteint de la même pathologie mais sans problèmes sociaux et environnementaux. Notons que dans le cadre des zonages professionnels, il était possible, à travers les marges de manœuvre des ARS, d'intégrer ce type de facteurs. Pourtant l'APL, sortie de ce contexte, ne permet pas d'avoir une visibilité sur ces éléments qui affectent très fortement l'offre disponible, et ce d'autant plus quand elle est peu abondante.

3) Le problème des approches comparatives
Nous avons vu dans la section précédente que l'approche méthodologique globale à laquelle se réfère l'APL est une démarche dite comparative : il ne s'agit pas de mesurer le besoin de santé d'une population dans l'absolu, mais de comparer la satisfaction de ce besoin dans différents territoires par rapport à une norme préétablie. La satisfaction du besoin de santé est approchée par la consommation des soins de la population. Comme le décrivent Cases & al (2004), cette approche procède d'une double assimilation : le besoin de santé devient le besoin de soins qui lui-même devient la consommation de soins. La mise en place du zonage orthophoniste en Corse, que nous avons pu observer, permet de prendre la mesure de cette limite. Comme toutes les professions conventionnées, les orthophonistes bénéficient d'un dispositif de zonage pour identifier des zones sous-denses et les rendre éligibles à des aides à l'installation. Une particularité de ce zonage tient au fait que ce n'est pas l'APL qui a été retenu pour mener cette comparaison entre territoires mais une forme d'APL sans le calcul des temps d'accès entre commune. Dit autrement, il s'agit d'une densité calculée en Equivalent Temps Plein / 100 000 habitants (la population étant standardisée par l'âge des habitants). Quand les premiers résultats issus de la méthodologie nationale sont présentés aux représentantes syndicales de la profession, elles sont assez surprises. En effet, même si quatre zones sont d'emblée déclarées comme très sous dotées (et donc éligibles aux aides conventionnelles de l'Assurance Maladie), les acteurs de terrain insistent sur le fait que la situation dans les territoires non déclarés comme très sous dotés, est également pose de gros problèmes en termes d'accès aux soins. A titre d'exemple, pour une zone très dotée comme Ajaccio, les délais d'attente pour une prise en charge orthophonique sont estimés à 6 mois. Des

usagers de la CRSA soulignent par ailleurs que délai n'affecte pas seulement l'offre libérale mais également les orthophonistes salariées. Ces constats ont invité la CRSA à rejeter le zonage orthophoniste, au même titre que le zonage des masseurs kinésithérapeute. Cet exemple montre bien que les approches comparatives ne modélisent pas le besoin de santé dans l'absolu. Dans notre cas, cette incompréhension des acteurs de terrain peut être due au fait que le besoin global en orthophonistes est important quels que soient les territoires de la région. Les approches comparatives laissent penser que les territoires les mieux dotés en offre de santé sont bien dotés dans l'absolu alors qu'ils le sont juste au regard des autres.

Figure 16 : zonage de la profession d'orthophonistes libéraux



4) Une modélisation monoprofessionnelle du besoin de santé

L'APL, compte tenu de son contexte d'émergence, donne une approche monoprofessionnelle du besoin de santé. Vergier & al (Vergier, 2016) évoque la notion d'APL cumulée qui traduirait d'éventuelles difficultés d'accès aux soins à un ensemble de professions. Par exemple, selon ces auteurs, seule 0,5% de la population

française cumulerait des difficultés d'accès aux médecins généralistes, aux pharmacies et à un service d'urgence, considérés comme les trois principaux points d'entrée dans le système de santé. « Seule » 8% de la population nationale aurait des difficultés d'accès aux médecins généralistes. Pour autant, pour les nombreux usagers qui bénéficient d'un accès aux différentes professions de santé, ces dernières sont-elles suffisamment coordonnées au regard du besoin de santé des patients ? Par exemple, une population donnée pourrait avoir une APL cumulée d'infirmiers et de médecins dans la moyenne nationale et présenter des problèmes dans le suivi et le délai de cicatrisation de plaies chroniques ou le suivi de patients diabétique. L'APL seule ou des APL cumulées ne permettent pas de saisir la maturité de la coordination entre professions sur un territoire. Considérons deux zones A et B qui présentent les mêmes APL de médecins généralistes et d'infirmiers. L'APL de médecin généraliste est plus faible tandis que l'APL d'infirmiers est plutôt favorable dans les deux zones. La seule modélisation des situations de ces territoires par l'APL invite les pouvoirs publics à favoriser l'installation de médecins généralistes. Pour autant, dans le territoire B, des structures d'exercice coordonné telles que des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP) fonctionnent et se coordonnent autour du suivi des pathologies chroniques. Elles promeuvent notamment l'application de protocoles de coopération entre infirmières et médecins pour libérer du temps médical. Ainsi, la situation du territoire B est en réalité moins tendue que le territoire A, toutefois, au regard de leur APL, les territoires connaissent les mêmes difficultés d'accès aux soins. Bien évidemment, cet exemple fictif est schématique dans sa présentation. Mais il n'en est pas pour autant faux, surtout à une période où la chronicisation des pathologies et du suivi est croissante (IRDES, 2013).

3.2 Les limites du mode de régulation en lien avec l'APL :

La régulation mixte marché/professionnelle

Comme mentionné dans la section 2, cette approche suppose que si un professionnel de santé s'installe sur un territoire sous doté, alors le besoin de santé sera couvert, mécanisme de marché oblige. Néanmoins, certaines activités nécessitent une organisation collective à l'échelle d'un territoire. La Permanence de Soins Ambulatoires (PDSA) en est un bon exemple : assurer une permanence médicale à des heures de nuit profonde ou pendant les week-ends est difficilement supportable pour un médecin ou un cabinet de groupe de deux à trois médecins. En effet, même si les populations couvertes sont peu nombreuses, la fréquence des astreintes peut rapidement devenir une contrainte, même si l'activité est bien rémunérée. L'organisation de la PDSA nécessite donc une action à l'échelle d'un territoire regroupant un nombre suffisant de médecins pour que la contrainte soit supportée par un collectif suffisamment étoffé limitant les contraintes pour les individus.

L'introduction des CPTS et notamment d'un volet obligatoire concernant les accueils médicaux non programmés dans l'accord conventionnel interprofessionnel témoigne des difficultés d'organisation à l'échelle territoriale de l'accès aux soins.

On peut également évoquer la situation des médecins spécialistes : quelle est la garantie qu'un dermatologue ait une activité éclectique sur l'ensemble de son champ de compétences ? Certains préféreront développer une activité de consultations, d'autres privilégieront les actes techniques par exemple.

Enfin, quelle garantie qu'un professionnel de santé sur un territoire sous-dense se coordonne avec un service hospitalier référent en région (échange d'informations par voie sécurisée, partage de protocole de suivi …) et les services sociaux pour suivre un patient ? Dans la mesure où la régulation porte sur un individu, comment peut-il à son échelle, mobiliser l'ensemble des acteurs nécessaires au suivi d'un patient atteint d'une pathologie chronique complexe et sujet à des problèmes de précarité sociale ? Cela supposerait de laisser, à chaque professionnel de santé libéral par exemple, le soin de contacter l'établissement hospitalier dans lequel le patient a séjourné, l'assistante sociale qui s'occupe du cas du patient pour bénéficier d'une aide à domicile … D'une certaine manière, c'est comme si la coordination décentralisée, caractéristique d'un mécanisme de marché, était mise en défaut par le besoin de santé global de certains patients.

Bien évidemment, on pourra toujours argumenter que les difficultés actuelles d'accès aux soins ne sont pas liées à ce mode de régulation mais plutôt à un encadrement par les prix pas assez aboutis. Par exemple, les primes d'incitation à l'installation ne sont pas suffisamment élevées au regard des revenus que peuvent avoir des professionnels de santé dans un milieu urbain. Ou alors, l'accès à des soins coordonnés pour le suivi de patients chroniques n'est pas satisfaisant car la rémunération collective n'est pas suffisamment aboutie.

Il ne s'agit pas de recenser l'ensemble des limites que peut présenter un tel régime de conception mais de signifier qu'il en existe suffisamment pour explorer d'autres voies de modélisation du besoin de santé.

CONCLUSION DU CHAPITRE 3

Ainsi, la notion de « parcours » est apparue fréquemment dans nos investigations : ce concept invite les pouvoirs publics responsables de l'organisation des services de santé à ne plus seulement raisonner par profession de santé ou par filière de soins mais à considérer le parcours d'un patient au sein du système de santé. En termes d'accès aux soins, l'objectif est d'éviter les « ruptures » ou les « déstructurations » de parcours susceptibles d'aggraver l'état du patient de manière directe à cause de délais d'attente trop importants ou de manière indirecte à travers une surcharge de travail du côté des aidants. Sans entrer dans une définition plus précise des origines de la notion de parcours qui sera abordée par la suite, il est intéressant de mentionner ici une évolution du raisonnement : jusqu'à présent, à travers l'exemple du rapport Berland se dessinait une approche essentiellement tournée autour des ressources humaines par profession. Déterminer une bonne adéquation besoin/offre revenait à déterminer « la bonne » densité médicale au regard des besoins de la population. Cet angle d'analyse a été adopté du fait de la sollicitation de l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (ONDPS) dans le cadre de ses missions de détermination des effectifs nationaux de formation des étudiants en médecine. Dans la mesure où les effectifs à former sont déterminés par spécialité, l'ensemble des analyses démographiques sont réalisées par profession de santé. L'introduction de la notion de parcours dans l'étude de la question des inégalités d'accès aux soins telle que présentée dans ce travail de recherche modifie considérablement les travaux réalisés jusqu'alors. En effet, la notion de parcours amène à penser la question de l'inégalité d'accès aux soins de manière plus pragmatique : à partir d'une situation existante sur un micro-territoire, comment garantir la cohérence du parcours d'un patient en essayant d'organiser une prise en charge au plus proche de son domicile ? Cette approche est considérée comme plus adaptée à la réalité de terrain pour des pouvoirs publics régionaux car elle s'exonère du travail essentiellement politique de définition d'un panier de services de santé qui « devraient » être accessibles à tous sous certaines conditions, et se concentre sur la mise en cohérence du parcours d'un patient à partir des ressources disponibles sur le territoire.

Par exemple, plutôt que de déterminer un nombre théorique de médecins généralistes nécessaires sur un territoire au regard de critères théoriques, l'acteur public régional tente de cerner ce besoin au regard des ruptures de parcours des patients pour adapter l'organisation territoriale et proposer une prise en charge tenant compte des spécificités locales. Considérant la diversité des territoires, de leur population, des ressources humaines, techniques, médicales et sociales qu'ils comportent, les causes de ruptures de parcours sont multiples et plutôt que de chercher à assurer une prise en charge « idéale », les pouvoirs publics régionaux s'efforcent de garantir des parcours les moins pénibles possibles. Par ailleurs, les ressources, qu'elles soient humaines ou techniques ne sont pas figées : certaines expertises peuvent être déléguées entre professionnels de santé en fonction des niveaux de dotation des territoires. **En somme, le critère d'analyse de la difficulté d'accès aux soins se déplace de l'absence de**

professionnels permettant la prise en charge à l'absence d'une organisation permettant de répondre au besoin d'expertise médicale ou paramédicale.

Néanmoins, ce travail n'est pas sans poser de difficultés puisqu'il faut parvenir à apprécier la cohérence d'une prise en charge, à objectiver une rupture ou une déstructuration de parcours et à envisager une solution organisationnelle complète faisant intervenir parfois jusqu'à l'écosystème sanitaire régional dans sa globalité.

Notons enfin qu'un raisonnement en termes de « parcours » étend la réflexion au-delà des seules professions libérales de premier recours qui étaient auparavant le centre des réflexions sur les « déserts médicaux ».

CHAPITRE 4 : LE DÉSERT MÉDICAL COMME RUPTURE DE PARCOURS ET ABSENCE D'EXPERTISE MÉDICALE : UNE CONCEPTION CENTRALISÉE DE DISPOSITIFS DE RÉGULATION CHERCHANT A RÉPONDRE A UNE LOGIQUE PARCOURS.

INTRODUCTION DU CHAPITRE 4

Dans ce chapitre, nous cherchons à montrer en quoi le concept de parcours permet de mieux cerner la multiplicité des problèmes fondus dans la notion de « désert médical ». On entend ici la logique parcours comme la proposition d'un modèle de coordination des services liés à la santé des usagers (soins, social, prévention …). Ce chapitre n'a pas vocation à démontrer que le concept de parcours est le mieux adapté de tous les modèles de coordination (cf. section 1) pour rendre compte de la diversité des problèmes d'accès aux soins. Nous avons sélectionné le concept de parcours car ce modèle de coordination des services de santé/social est aujourd'hui déployé par le Ministère de la Santé.

Ce chapitre est organisé de la même manière que le chapitre 3 en dédiant une première section à une revue de littérature autour des concepts et modèles associés à la coordination des services de santé, comme le parcours. Cette section nous permettra de répondre à notre deuxième question de recherche : **en quoi une approche par le parcours de soins permet de mieux comprendre la multiplicité des demandes sociales associée aujourd'hui à l'objet « désert médical » et quels sont les régimes de conception praticables associés à cette approche ?** Les sections 2 et 3 s'intéressent aux modes de conception et de régulation déployés par les pouvoirs publics pour tenter de résoudre les problèmes de ruptures de parcours de soins.

SECTION 1 : REVUE DE LITTÉRATURE COMPLÉMENTAIRE SUR LA COORDINATION PAR LE PARCOURS DES PATIENTS

Ici nous voulons montrer que le concept de parcours et plus généralement la notion de coordination des services de santé, permettent une meilleure approximation du couple besoin/offre de santé et un renouvellement du questionnement et des réponses à apporter à la problématique des déserts médicaux.

1.1. Rapide généalogie des argumentaires pour une modélisation de la coordination des soins/services de santé

Nous nous penchons ici sur les raisons qui expliquent l'émergence de modélisations de la coordination des acteurs en santé autour des patients car mieux cerner ce contexte nous permettra de montrer que les besoins de santé font rarement intervenir une seule profession et que les évolutions épidémiologiques, sociologiques et organisationnelles actuelles tendent à multiplier les interactions entre acteurs de santé à tel point que les ajustements mutuels et informels, quand ils existent, ne sont plus suffisants. Colombani & al (Colombani et al. 2019), dans leur projet de recherche EPOCK dont l'ambition est de donner un corps conceptuel à la notion de coordination des services de santé en France, recensent de nombreuses approches théoriques essentiellement d'origine Anglo saxonne : chronic care model, case management, integrated care, critical path, clinical pathway (parcours), population health management, disease management sans oublier le concept de trajectoire (Riou et Jam 2000) pour la France. Nous ne ferons pas une revue de littérature exhaustive de ces différents modèles, nous cherchons, en étudiant leur définition, à cerner des facteurs communs à leur émergence. Pour cela, nous nous intéresserons aux différents travaux autour de la notion de parcours, de trajectoire et de modèles de « soins » intégrés (le termes « soins » est entre guillemets ici car il s'agit d'une traduction de l'anglais « integrated care models » mais qui englobe le volet sanitaire et social.). Même si ces concepts ont des noms différents, il est parfois difficile de faire la différence. En effet, Vanhaecht & al (Vanhaecht, 2006) recensent 84 définitions différentes de la notion de « clinical pathway », l'équivalent anglo-saxon du parcours en français. Ils soulèvent notamment le problème selon lequel la notion est employée très fréquemment pour décrire des situations tout à fait différentes : de la simple introduction d'un registre de patients dans un service, à la modification de l'organisation de toute une équipe interdisciplinaire dépassant les frontières d'un établissement, le parcours patient est évoqué. C'est dans cette perspective que les auteurs proposent un travail de conceptualisation de la notion. A ce titre, ils évoquent les attentes des professionnels qui ont développé le prédécesseur du parcours, le « critical path » à la fin des années 1990 (voire dans le courant des années 1980 (Kinsman et al. 2010). Les objectifs affichés d'une approche par le parcours du patient sont :

- de mieux cerner les processus de soins auxquels sont sujets les patients pour en assurer la transparence et les partager avec tous les professionnels concernés. Car face à la fragmentation de certains systèmes de santé entraînant des errances de diagnostics (Cordesse et al. 2013) ou autres phénomènes susceptibles d'entraver la continuité des soins dont bénéficie un patient, le parcours est avancé comme un concept permettant de partager une forme de script commun (Engestrom 1992) à tous les professionnels (santé/social) pour assurer une continuité du service qui lui est proposé tenant compte de sa situation (géographique, sociale …). Nous verrons par la suite comment la littérature caractérise la notion de fragmentation d'un système de santé.
- D'organiser ces processus autour des besoins des patients et pas seulement pour des convenances professionnelles. Ainsi, la solution proposée par le concept de parcours doit permettre d'apprécier le besoin de l'usager dans sa globalité (vision interprofessionnelle et intersectorielle du besoin) et non en lien avec le professionnel, de manière séquencée.
- D'assurer par là une meilleure qualité, efficience et sécurité des soins.

De façon similaire, les prémices des travaux français sur le parcours, qualifié au début des années 2000 de « trajectoire » (Riou et Jam 2000) s'intéressent aux façons de minimiser le risque clinique et de réduire les coûts d'une prise en charge par une organisation aboutie des complémentarités entre acteurs du système de santé. Ces travaux s'attachent à modéliser des trajectoires en construisant des typologies selon des critères comme les coûts de prise en charge. Ils s'intéressent également aux différentes modalités de mesure de la continuité des soins dans un système ainsi que de l'intensité de ces soins. L'objectif final est de construire des normes de prise en charge, tant dans l'utilisation des moyens (coûts), que dans la succession optimale des actions. A la différence de la notion de parcours utilisée aujourd'hui, l'étude des trajectoires s'intéresse surtout à la description des déplacements des patients dans le système de santé. Par exemple, le fait qu'un professionnel de santé consulte un dossier patient sans que ce dernier se déplace n'est pas pris en considération dans la description de la trajectoire du patient. D'ailleurs, initialement, modéliser une trajectoire consistait à identifier la diversité des acteurs intervenant dans une prise en charge, l'ordre dans lequel ils interviennent et les déplacements du patient que cela occasionne. La nature des soins était peu abordée jusqu'à ce que des analyses conjointes déplacement - nature des soins soient menées. Par ces études, l'approche trajectoire cherche à normaliser des prises en charge à la fois sur la nature des soins à fournir et sur l'acteur qui le réalise dans le système de santé. Riou & al concluent que la notion de trajectoire va nécessairement à l'encontre de l'autonomie professionnelle des offreurs dans la mesure où elle vise à sélectionner les prises en charge les plus efficaces et les plus efficientes. Une fois une trajectoire type identifiée, la prise en charge est normée et réduit par définition l'autonomie professionnelle des acteurs concernés ainsi que celle des patients. Si une trajectoire est déclarée supérieure en termes d'efficacité/efficience, elle normera l'ordre du recours aux différents professionnels ainsi que la nature de la prise en charge. Cela implique d'une part que tous les professionnels concernés acceptent ces

modalités de soins (ce qui peut induire une diminution de l'autonomie professionnelle en cas de désaccord avec d'autres participants et pas nécessairement médecins ou soignants) et d'autre part que le patient doit accepter un processus dans son ensemble sans pouvoir nécessairement consulter plusieurs avis médicaux une fois le traitement engagé. Cette discussion fait écho à la question de la standardisation des pratiques : s'agit-il d'une standardisation des résultats, des procédés, des ressources à utiliser et jusqu'où cette standardisation peut-elle avoir lieu sans générer de nouvelles difficultés ? Nous reviendrons sur ce sujet au paragraphe suivant.

Enfin, évoquons le ou les concepts de soins intégrés qui, à plusieurs égards, nous semblent englober l'approche parcours. En effet, en 2012, une étude de l'Organisation Mondiale de la Santé (WHO, 2016.), s'interroge sur la forme des systèmes de santé européens à l'horizon 2020. L'objectif est de transformer ces systèmes pour qu'ils deviennent « patients centrés » et proposent une couverture universelle à des coûts « raisonnables ». A ce titre, la notion de soins intégrés apparaît comme un concept pertinent. Néanmoins, elle souffre, comme le parcours, du même flou conceptuel tant les références sont nombreuses à son sujet. Armitage (Armitage et al. 2009) recense 175 définitions des soins intégrés. Dès lors, comment comprendre ce concept ? On oppose la notion d'intégration du système de santé à sa fragmentation qui implique une forme de redondance dans les services de santé, une errance du patient, synonyme d'une efficacité et d'une efficience moindre de la prise en charge. On y retrouve la notion d'intégration (Lawrence et Lorsch 1967) en sciences de gestion que la théorie des organisations présente comme un choix entre deux voies a priori opposées :

- adopter une organisation intégrée qui implique une standardisation des procédés, des résultats et des moyens pour une coordination gérée par un organe central garantissant l'homogénéité de la production.
- Adopter une organisation différenciée qui laisse plus d'autonomie aux subdivisions pour s'adapter à la demande locale au risque de minimiser les économies d'échelle pour le groupe en multipliant les centres de décision.

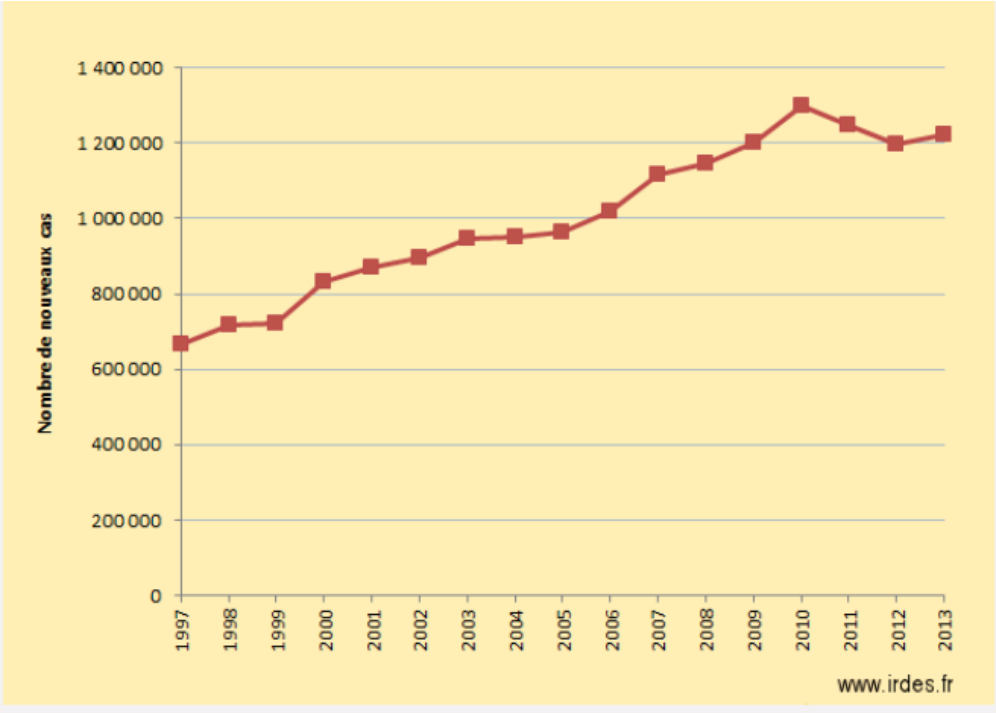
On retrouve, à travers la notion d'intégration, la question posée par le concept de trajectoire : intégration des services de santé est-il synonyme de standardisation et si oui jusqu'à quel point ? On pourrait considérer cette volonté de standardisation des pratiques comme contradictoire avec le souhait de rendre plus personnalisés les services de santé : le concept de soins intégrés est parfois défini par les usages (ce sont les usagers du système de santé qui définissent la notion) pour montrer l'importance d'une meilleure prise en compte des besoins de la population et des individus. D'autres approches définissent le concept à partir de l'étude des processus qu'il génère (Kodner & al, 2002) : l'intégration est alors un ensemble cohérent de méthodes et de modèles pour créer une connexion et une collaboration entre les secteurs du soin et du social. Enfin, un dernier grand type de définition porte sur le système de santé en lui-même qui, dans une approche de soins intégrés, doit être centré sur l'individu et la population dont les besoins sont multidimensionnels (Shaw & al 2011). Cette complexité doit être appréhendée par des équipes pluridisciplinaires coordonnées travaillant dans des

contextes et des niveaux de soins différents. A terme, le système de santé doit pouvoir garantir des soins optimaux et permettre l'apprentissage de la part des professionnels et des usagers.
Ces différentes définitions laissent penser qu'il peut exister plusieurs degrés d'intégration d'une organisation : à l'échelle d'un individu où toute une équipe s'accorde sur les besoins spécifiques d'un patient ; à l'échelle d'un groupe d'individus (par exemple une pathologie, le diabète) où l'équipe s'accorde sur les façons de prendre en charge certaines pathologies ou situations complexes ; à l'échelle d'une population où une communauté de professionnels organise la prise en charge des patients du territoire dont elle s'est définie comme responsable.
Nous ne souhaitons pas réaliser ici une revue de littérature exhaustive sur le sujet du parcours et des concepts qui y sont associés car la tâche relève plus d'un programme de recherche (Colombani et al. 2019). Il s'agit seulement d'entrevoir, au regard de quelques conceptualisations réalisées au sujet de la notion de coordination des services de santé, comment le besoin de santé peut se modéliser autrement que par la seule présence de professionnels ou d'infrastructures.

En synthèse, des concepts relativement proches tels que le parcours, la trajectoire, les soins intégrés … émergent pour des raisons qui semblent communes :

- Le souhait de la part des pouvoirs publics de **mieux modéliser les besoins de santé** des individus et de la population au moment où les patients atteints de pathologies chroniques sont de plus en plus nombreux. Par exemple, en France, on assiste à un accroissement de la reconnaissance des cas d'Affection Longue Durée (ALD) (de 664 822 en 1997 à 1 224 352 en 2013 cf. figure 16) à cause :
    - de l'apparition de nouvelles pathologies notamment les pathologies sévères (telles que l'obésité) ;
    - de l'allongement de l'espérance de vie, et du vieillissement de la population ;
    - de l'élargissement des critères de prise en charge à 100 %
    - de l'augmentation de l'amélioration des techniques de dépistages des pathologies inscrites sur la liste des ALD.
    - de l'innovation médicale qui permet de soigner de nouveaux patients. En 20 ans, certains cancers sont devenus des pathologies chroniques à l'image du diabète.

Figure 17 : évolution du nombre de nouveaux cas d'ALD



Source : IRDES 2013

- **La recrudescence de ces pathologies chroniques est accompagnée d'évolutions organisationnelles et d'une multiplication des acteurs du système de santé dont le rôle varie au cours du temps**. D'ailleurs, si l'on prend l'exemple français, le virage ambulatoire donne lieu à une redistribution des rôles où l'hôpital n'est plus considéré comme un lieu d'hébergement mais comme le détenteur d'une haute expertise médicale (Baly 2019). Ainsi, les patients sortant d'un établissement hospitalier peuvent appeler des suivis plus lourds que vingt ans auparavant, quand la sortie d'hospitalisation ne se faisait grossièrement qu'une fois « guéri ». En chirurgie notamment, il arrive que des patients sortent de l'établissement à « J0 » soit le jour même de l'opération. Ce changement de paradigme hospitalier génère des évolutions organisationnelles en amont et en aval de l'opération ainsi que des apprentissages importants. De fait, les phases de préparation à une opération de chirurgie ont un impact considérable sur la durée de récupération post chirurgie (Mariani et Slim 2016). Plus généralement, l'OMS recense une multiplication des acteurs en santé donnant lieu à une « fragmentation » de l'offre. Mais comment cette fragmentation est-elle définie ? L'OMS fait référence à trois grandes dimensions dans un système de santé (cf. annexe 6) elles-mêmes décomposées en attributs :
    - Le modèle de « soins » (care)
    - La gouvernance et la stratégie
    - L'organisation et le management

  Sans fournir un descriptif complet du tableau en annexe 6, reprenons-en quelques éléments pour concrétiser cette notion de fragmentation dans le tableau ci-dessous. On

comprend qu'un système de santé fragmenté, au sens de l'OMS, est un système où l'on observe notamment une dilution des responsabilités quant à une population, ou à un territoire donné, qui empêche d'en apprécier les besoins ; un manque de coordination des services de santé qui ne couvre que quelques volets du continuum des soins ; une vision des services, orientée sur la pathologie plutôt que sur les besoins plus globaux du patient et de son entourage. Les attributs développés par l'OMS sont plus nombreux mais les trois présentés dans ce tableau, sont suffisants pour concrétiser un peu mieux la notion de fragmentation. On pourrait bien évidemment discuter le classement réalisé par l'OMS (dans quelle mesure nommer un organisme responsable d'une population ou d'un territoire permet-il de mieux apprécier les besoins de santé ?) néanmoins, ce n'est pas l'objet de notre travail. Ainsi, les concepts de trajectoire, de parcours et de soins intégrés évoquent tous de manière différente les problématiques posées par la fragmentation du système de santé.

Tableau 10 : caractérisation des systèmes de soins intégrés extrait du tableau en annexe 6 (source OMS)

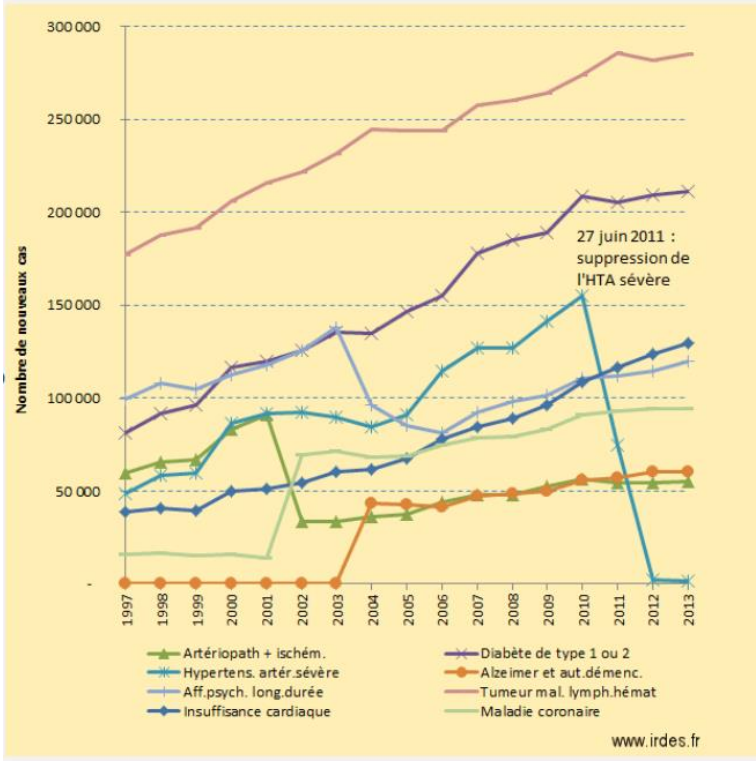
Domaines	**Principaux attributs**	**Niveau de progrès dans les attributs pour parvenir à un modèle de santé intégré.**		
		I **Réseau fragmenté**	**II** **Réseau partiellement intégré**	**III** **Réseau intégré**
Modèle de santé	1. Population et territoire	Aucune définition d'une population ou d'un territoire sous sa responsabilité	Responsable d'une Population/territoire mais connaissances limitées quant aux besoins de santé de sa population.	Responsable d'une population/territoire et connaissance étendue des besoins de santé de la population qui détermine l'offre de santé correspondante.
	2.Coordination des services de santé	Pas ou peu de coordination	Existence de mécanismes de coordination mais qui ne couvrent pas l'intégralité du continuum des services de santé.	Existence de mécanismes de coordination partout dans le continuum des services de santé
	3. Orientation des services de santé	Centrée sur la pathologie	Centrée sur la personne	Centrée sur la personne, sa famille, la population ou le territoire.

- Enfin, un dernier aspect est systématiquement évoqué : **la contrainte économique**. Bien que difficile à démontrer (WHO, 2016), l'hypothèse est faite que ces modèles, dans la mesure où ils doivent aboutir à une meilleure coordination des services de santé et une meilleure appréciation des besoins de santé, sont nécessairement efficients. Ils éviteraient notamment les errances de diagnostics et permettraient d'identifier les organisations présentant le meilleur ratio coût/« bénéfice ». Une fois de

plus, on pourrait discuter cette hypothèse en mentionnant les coûts d'apprentissage liés à un changement organisationnel profond (Baly 2019) ou le fait que si les besoins sont mieux appréciés, ils devront sûrement croître.

Ces trois facteurs nous semblent être des moteurs majeurs dans l'émergence de modèles conceptuels orientés sur la coordination des services de santé. Compte tenu des pathologies en cause (cf. figure 18), une approche pluriprofessionnelle et intersectorielle apparaît nécessaire. Par exemple, la prise en charge d'un cancer fait intervenir des niveaux de soins et des secteurs très variés (CHU, CH de proximité, soins de ville, soins de support et social). Or, en 2013, l'ALD30 (Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique) est la pathologie ayant le plus contribué à la montée en charge des ALD.

Figure 18 : évolution des effectifs de patients par groupes d'ALD



Les concepts de parcours, trajectoire ou soins intégrés comportent tous le souhait d'une forme de standardisation des prises en charge collectives autour d'un individu, d'un groupe d'individus ou d'une population. La standardisation des pratiques est ici considérée comme un moyen de coordonner les professionnels entre eux à l'heure où les systèmes de santé présentent de plus en plus de parties prenantes et où l'ajustement mutuel (Mintzberg, 1979) n'est plus un mode de coordination suffisant. Elle signifie également que les professionnels de santé et les pouvoirs publics estiment que de la coordination des services de santé joue un rôle aussi important que la recherche clinique dans l'amélioration de l'efficacité d'un système de santé. Au même titre que les disciplines médicales cherchent des pratiques de chirurgie plus efficaces, moins invasives, ou des médicaments moins générateurs d'effets secondaires, elles cherchent également, en collaboration avec d'autres disciplines, les pratiques collectives qui

peuvent améliorer une prise en charge. Alors aux côtés d'une recherche clinique, émerge une recherche plus organisationnelle et pluriprofessionnelle. Tentons de cerner en quoi consistent les solutions que présupposent ces concepts.

1.2. Les solutions conceptuelles proposées face aux évolutions que vivent les systèmes de santé.

En réponse à ces tendances de fond qui affectent les systèmes de santé, des modèles conceptuels autour de la coordination des services de santé sont proposés. Nous verrons dans le paragraphe 1.3 en quoi ces modèles viennent questionner la manière de voir initiale des inégalités d'accès aux soins.

Le concept de trajectoire

Comme mentionné précédemment, la notion de trajectoire a émergé entre la fin des années 1990 et le début des années 2000 (Riou et Jam 2000), dans l'optique de minimiser les risques cliniques et les coûts associés à une prise en charge, en organisant mieux les complémentarités entre acteurs de la prise en charge d'un patient. La modélisation des trajectoires de soins s'intéresse surtout aux déplacements (physiques) des patients dans le système de santé. Une trajectoire est ainsi modélisée : en premier lieu, une population est déterminée, puis des bornes physiques ou temporelles de prise en charge sont fixées, enfin, sont repérés tous les éléments du parcours entre les deux bornes qui impliquent un déplacement du patient (par exemple la consultation d'un dossier partagé n'implique pas de déplacement du patient). L'objectif de cette modélisation est de construire des typologies de trajectoires de soins. Les premiers travaux ont porté sur le volet économique : ils ont cherché quelle trajectoire permettait, à qualité constante des services de santé, de mobiliser le moins de ressources. Puis d'autres typologies se sont orientées vers l'évaluation de la continuité et de l'intensité des soins. Pour le premier volet, il s'agit d'apprécier, à travers le nombre de consultations auprès des professionnels de santé sur une période donnée, la continuité des soins. Quant au deuxième, il s'agit d'évaluer l'intensité des services, dans certaines trajectoires, par le nombre de périodes dites intensives où la fréquentation des services de santé est élevée. On aperçoit déjà dans cette conceptualisation une évolution potentielle de l'accès aux soins : plutôt que de le mesurer par la présence de certaines professions de santé sur une aire géographique, il peut s'interpréter comme l'accès à un continuum de services de santé, sans ruptures. Dès lors, le sujet prend une dimension interprofessionnelle et intersectorielle car les causes de rupture de trajectoire ne sont pas seulement liées à l'absence d'un professionnel sur site mais, par exemple, une errance diagnostique peut entraîner des déplacements inopportuns et répétés du patient, entre professionnels ou structures. L'analyse des inégalités d'accès aux services de santé peut alors s'apprécier d'une façon nouvelle, non par le seul accès à une profession de santé, mais par l'accès à un système de santé de manière

continue dans le respect des bonnes pratiques de prise en charge et de manière aussi intense que nécessaire.
Toutefois, l'approche trajectoire ne permet pas de cerner l'intégralité des causes de rupture de la continuité des soins : tout événement n'occasionnant pas de déplacement de la part du patient n'est pas analysé dans la démarche trajectoire. Or il est possible qu'une errance diagnostique puisse être liée à l'absence de transmission d'information par des canaux appropriés.

Le concept de parcours

De manière concomitante, le concept de parcours s'est développé dans le courant des années 1990 avec la notion de « critical path » (Hofmann 1993). L'objectif était de programmer des interventions médicales particulièrement complexes du fait du nombre d'acteurs de services différents concernés. Cette modélisation permettrait notamment à l'équipe soignante d'avoir une vision globale de la prise en charge du patient. Cet outil s'adressait aux établissements hospitaliers (ou cliniques) et non à la médecine de ville. On retrouve d'ailleurs une tendance similaire chez Allen & al (Allen 2009) qui cherche à démontrer la supériorité médicale des approches dites « integrated care pathways » (parcours). En effet, la revue de littérature réalisée ne mobilise que des exemples hospitaliers pour montrer un meilleur service rendu au patient en cas d'approche parcours sur les thématiques de fracture du col du fémur, de crise d'asthme chez l'enfant ou encore d'insuffisance cardiaque en décompensation. Plus généralement, Kinsman (Kinsman et al. 2010), dans sa revue de littérature sur les approches parcours, assimile à un raisonnement parcours toute intervention :

- Traduite par un plan de « soins » (care) pluridisciplinaire ;
- Utilisée pour traduire des recommandations dans des structures locales ;
- Détaillée à travers différentes étapes lors d'un traitement ;
- Rythmée dans le temps ou qui repose sur une progression par critère ;
- Qui a pour objectif de standardiser une prise en charge pour certaines interventions cliniques, certaines pathologies ou populations.

On retrouve des objectifs très proches de ceux du concept de trajectoire, à la différence qu'ils ne se cantonnent pas à la standardisation des déplacements des patients entre acteurs du système de santé. Ces objectifs sont plus larges, et affectent les pratiques professionnelles y compris internes à un acteur en santé (établissement hospitalier, EPHAD, médecine de ville…). En effet, le respect des recommandations des bonnes pratiques ne se traduit pas seulement par la mobilisation des acteurs au bon moment au bon endroit mais aussi par un respect de la part de ces acteurs des recommandations des sociétés savantes.
La définition présentée ci-dessus laisse penser que toute situation est prévisible au point de pouvoir visualiser en amont de la prise en charge d'un patient, ou de l'accompagnement d'un usager, tout le continuum des services dont il devra bénéficier. C'est d'ailleurs en ces termes que le parcours est défini par Ignatavicius et Hausman en 1995 : comme une planification interdisciplinaire décrivant le séquencement optimal et le calendrier des interventions pour les

patients présentant un diagnostic, une procédure ou un symptôme particulier (Ignatavicius et Hausman 1995). Néanmoins, pour certains cas dits « complexes », seule une démarche très individualisée permet de faire face aux besoins de santé qui ne s'expriment qu'en cours de parcours et ne peuvent être entièrement anticipés (Vrijhoef 2019). Dans ce cas, le besoin de santé est entièrement individualisé. Il serait en quelques sorte, compte tenu de l'état du patient, impossible de prévoir à plus de deux semaines par exemple l'évolution de sa situation. Ou alors certains individus cumulent certaines pathologies avec des situations sociales difficiles et aucun protocole élaboré jusqu'à présent ne permet d'y faire face. Dès lors, une approche individualisée devient nécessaire ainsi qu'une réactivité particulièrement accrue de la part du collectif de professionnels face à des situations peu prévisibles.
C'est notamment la démarche de soins intégrés, de nouveau très proche du concept de parcours (on parle d'ailleurs de parcours de santé intégré) qui distingue les différentes approches de modélisation qui vont du niveau individuel à des populations entières.

Le concept de soins intégrés

Le concept de soins intégrés semble beaucoup plus large que l'approche parcours car il regroupe un certain nombre de méthodes de coordination des services de santé. Dans une revue de littérature de l'OMS (WHO, 2016), les différents modèles se rapportant à la notion de soins intégrés sont déclinés par les cibles auxquelles ils s'adressent. Certains sont développés pour une meilleure coordination autour d'individus, de groupes d'individus (pathologie) ou même de population (personne âgée, santé des jeunes par exemple).

Les modèles individuels

Ces modèles de coordination s'adressent à des patients à haut risque (polypathologie, problèmes sociaux, handicap …). Ils sont déclinés à l'échelle individuelle car la situation du patient est tellement singulière qu'il ne rentre dans aucun schéma global dessiné pour une pathologie ou une population donnée. Ces modèles dépassent l'épisode de soins et considèrent la dimension sociale des parcours des individus. Leur objectif est de diminuer la fragmentation des services de santé, dont on a pu entrevoir une définition précédemment, pour en améliorer l'accessibilité et en diminuer a priori le coût. Parmi ces modèles on retrouve :

- **Le case management** dont l'objectif est d'assurer la coordination des soins par la désignation d'un case manager.
- **Les plans de soins individuels** dont l'objectif est similaire à la méthode précédente mais qui s'attache, en plus de la dimension sanitaire, à la dimension sociale. Un coordinateur par patient est également nommé.
- Le **"patient centred medical home"** où un médecin est désigné pour coordonner les services apportés à un patient. On se rapproche dans ce cas, de la notion de médecin traitant comme « porte d'entrée » et guide dans le système de santé.

- Le **« personnal health budget »** où le patient est directement coordinateur des services qui lui sont prodigués dans une optique d'autonomisation (quand sa situation le permet).

Jusqu'à présent, il a été démontré que ces approches permettent de réduire les hospitalisations et d'augmenter la satisfaction des patients. Pour autant, la diminution des coûts de prise en charge n'est, pour le moment, pas une conséquence du déploiement de ces modèles (Ham 2011).

Les modèles de groupe

L'intégration des soins ne se conçoit pas seulement à l'échelle individuelle. En effet, pour certaines pathologies, il a été admis qu'il était possible de modéliser en amont un cheminement type dans le système de santé. A titre d'exemple, on identifie trois modèles :

- Le « **chronic care model »** (Coleman et al. 2009) et « l'innovative chronic care model » (Barr et al. 2003) qui part du principe qu'à la fin des années 1990, le système de santé ne répond pas aux besoins des malades chroniques. L'objectif de la mise en œuvre d'un tel modèle est de passer d'une prise en charge aiguë, épisodique et réactive à des services préventifs, communicants, intégrés et plus globaux. Ce modèle inventorie six domaines sur lesquels agir pour répondre aux besoins des patients atteints de maladies chroniques : la communauté, le système de santé, les modalités de prise en charge, l'autonomisation du patient, l'aide à la décision, le système d'information clinique. Pour ne prendre qu'un exemple, une action à réaliser concernant l'aide à la décision peut être d'utiliser des résultats des sociétés savantes dans les pratiques cliniques quotidiennes (on retrouve d'ailleurs la notion de standardisation des pratiques par cet exemple). En annexe 7 est présenté un tableau récapitulatif des composantes clefs et des stratégies possibles dans le cadre de ce modèle.
- **Les modèles de soins intégrés pour personnes âgées et fragiles** : ces modèles sont distingués des autres du fait des besoins très spécifiques et individuels de cette population qui nécessite notamment une intégration particulièrement poussée entre les services sociaux et la prise en charge sanitaire. Le modèle canadien PRISMA (Hébert et al. 2003) se donne notamment pour objectif **d'améliorer la continuité des services de santé** en organisant une coordination entre les décideurs et les gestionnaires de dossier patient, un point d'entrée unique dans le système, une gestion de type « case management » (cf. supra), des plans de soins individualisés (cf. supra), un seul instrument d'évaluation fondé sur l'autonomie fonctionnelle de l'usager, un système d'information permettant à toutes les acteurs impliqués de suivre les patients.
- **Les modèles de « disease specific integrated care »** : ces modèles, originaires de Suède, (Åhgren 2003) étudient les modalités de coordination autour de grands types de pathologies (diabète, maladie cardiovasculaires …). Ils cherchent entres autres principalement à améliorer la qualité des services de santé en garantissant une meilleure coordination entre les soins primaires, l'hôpital et les « soins

communautaires » grâce à des accords entre acteurs locaux. On retrouve donc ici une certaine forme de gouvernance territoriale dans la conception des parcours. A l'inverse, en Allemagne, l'introduction de « Disease Management Programms », a été l'objet de travaux nationaux standardisés introduits sur la base d'un cadre réglementaire descendant (Nolte et al. 2012).

Les modèles populationnels

Enfin, il existe une dernière échelle d'intégration d'un système de santé : la population. Donnons-en quelques exemples :

- **Le modèle « Kaiser Permanente »** : il s'agit d'un des plus gros organismes de santé aux Etats-Unis avec plus de 9,6 millions de membres (Pines et al. 2015). Le principe de ce modèle consiste à stratifier la population en différentes catégories (cf. figure 19) et offrir à ces catégories des services « adaptés ». Par exemple, concernant la population générale, ce sont essentiellement des actions de prévention et de promotion de la santé qui sont réalisées pour limiter l'exposition de la population à des facteurs de risque. Cette pyramide de Kaiser a été actualisée, et un modèle de stratification fondé sur une combinaison de besoins de soins et de besoins sociaux a été réalisé (*King's Fund Pyramid*)

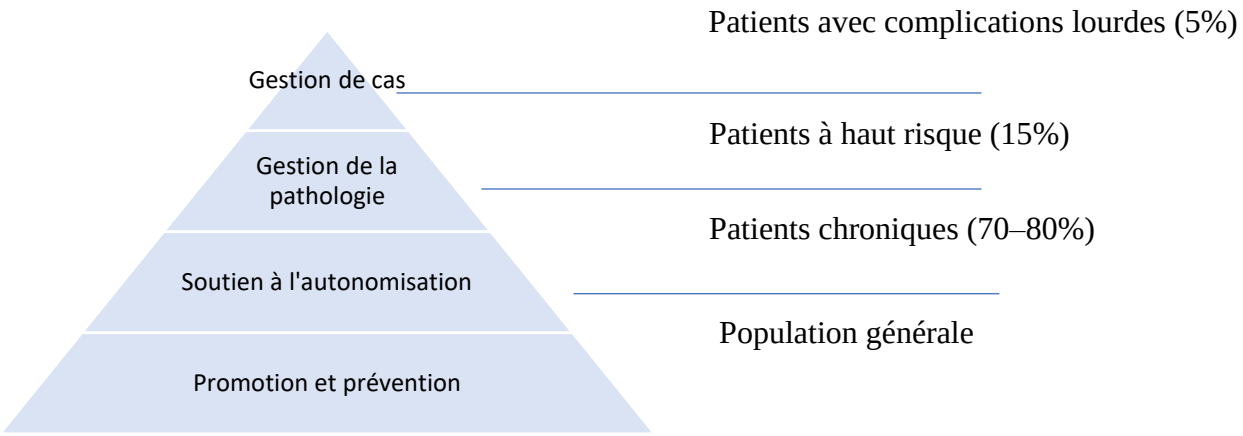


Figure 19 : pyramide de Kaiser (tirée de Pines 2015)

Cette pyramide est instructive pour comprendre l'imbrication des différentes modélisations des soins intégrés. La gestion de cas, vue précédemment, ne s'adresse en réalité qu'aux patients présentant des complications lourdes et/ou des problèmes sociaux. Les patients à haut risque bénéficient quant à eux de modèle de coordination moins individualisés mais très spécialisés sur leur pathologie. Cette pyramide permet de comprendre la complémentarité (et parfois la superposition) des modélisations de la notion de soins intégrés.

- Le modèle de la santé des **personnes âgées** (Veterans Health Administration) : cette institution, implantée aux Etats-Unis, s'occupe de la prise en charge des personnes âgées atteints de pathologies chroniques ou en situation de dépendance. Cette administration emploie des médecins, possède et gère des hôpitaux et d'autres services qui composent un vaste réseau de services de santé. Le budget est alloué à cette administration qui ensuite le répartit au sein de son réseau avec pour objectif de répondre à des critères de performance tels que : l'indice de prévention, ou la prévalence de pathologies chroniques, les délais de rendez-vous pour des soins primaires, secondaires, la perception de la qualité des soins par les usagers… Ce mode de fonctionnement permet donc une évaluation de la performance de l'ensemble du réseau et pas seulement d'acteurs dispersés.

Nous n'avons présenté ici que quelques modèles afin de mieux comprendre en quoi des notions comme le parcours ou les soins intégrés sont imaginées comme des réponses aux problématiques posées par l'essor des pathologies chroniques, les évolutions organisationnelles des systèmes de santé et la contrainte économique. On pourrait analyser plus finement ces modèles ou en présenter encore d'autres déclinaisons, chercher à comprendre ce qui les différencie. Le rapport de l'OMS finit par conclure qu'il n'existe pas de modèle unique d'intégration, car chaque modèle est spécifique aux besoins d'une population et très fortement dépendant du contexte (institutionnelle, territorial…) de mise en œuvre.
Pour autant, dans le cadre de ce travail, nous cherchons seulement à comprendre en quoi ces modèles sont pertinents pour questionner la notion d'accès aux soins (encore une fois, le mot « soins » est ici entendu au sens large (anglo saxon) qui englobe le volet social). Leutz & al (Leutz 1999) notent que l'émergence des demandes les plus sévères coïncident avec l'introduction plus poussée des modèles de soins intégrés. Ces théories permettent alors de modéliser autrement les besoins de santé, de manière plus inclusive, en opposition à une situation schématique où chaque acteur modéliserait de manière isolée ce besoin. Ce travail ne serait plus délégué à des professionnels de santé de manière consécutive avec une communication informelle, mais à un collectif qui suivrait des référentiels plus ou moins prescriptifs.

1.3.L'égalité d'accès aux soins comme égalité dans la continuité d'un parcours

Il est clair que le concept de parcours approfondit la question de l'accès aux soins qui n'est plus seulement l'accès géographique ou financier à un professionnel de santé. Il interroge les pratiques du collectif plus ou moins large mobilisé par les usagers. L'accès aux soins ne se traduit pas nécessairement par l'accès à des professionnels de santé en moins de vingt minutes mais à un collectif de soins capable d'assurer une prise en charge respectueuse des bonnes pratiques de manière relativement continue.
Ces propositions amènent à reconsidérer radicalement l'approche du sujet des inégalités d'accès aux soins et des déserts médicaux : c'est maintenant l'accès à un collectif pluriprofessionnel qui importe, collectif chargé d'apporter aux usagers les différentes

expertises requises par leur situation clinique ou sociale. Pour certains patients, ce collectif transcende les secteurs (sanitaire, social) et les frontières traditionnelles entre la ville et l'hôpital. Par exemple, un patient âgé, isolé, ayant fait un accident vasculaire cérébral passe par les urgences à l'hôpital, puis l'unité neurovasculaire, est admis en service de cardiologie, sort de l'hôpital avec une prescription de réadaptation cardiaque en SSR, un traitement médicamenteux à prendre en officine, des contrôles à réaliser avec son médecin traitant en lien avec un laboratoire de biologie, une infirmière qui vient réaliser les piqures à domicile pour les bilans, une aide à domicile… Et selon les territoires de résidence des patients, les ressources mobilisées varient : pour notre exemple précédent, si le patient vit dans un milieu rural, on peut rajouter le lien avec les transporteurs sanitaires. Le concept de parcours et ses semblables (soins intégrés, trajectoire…) semblent proposer une modélisation plus fine du besoin de santé, tenant compte de la diversité des situations sociales et géographiques des usagers. Ils permettent d'envisager une forme de responsabilité (collective ou individuelle) autour du bon déroulement de l'ensemble des services fournis à un patient là où auparavant, chaque professionnel était responsable d'une partie du parcours du patient.

Nous qualifions cette approche de plus pragmatique car c'est souvent dans ces termes que les problèmes d'accès aux soins sont mentionnés au niveau des administrations publiques locales (ARS, Collectivités locales). Cela explique notamment pourquoi dans certaines zones, pourtant relativement bien dotée en termes de densité médicale, sont remarquées pour les difficultés d'accès aux soins que leurs habitants rencontrent. Cela expliquerait également pourquoi les « déserts médicaux » sont fréquemment évoqués par les usagers et les collectivités locales alors que les pouvoirs publics peinent à les objectiver (Véran 2013) ou ne font mention que de faibles pourcentages de la population concernée par le problème (8% de la population par exemple aurait des difficultés d'accès à un médecin généraliste (Vergier 2016). Ainsi, la notion de « parcours » est apparue fréquemment dans nos investigations : l'objectif est d'éviter les « ruptures » ou les « déstructurations » de parcours susceptibles d'aggraver l'état du patient, de manière directe à cause de délais d'attente trop importants ou de manière indirecte du fait d'une surcharge de travail du côté des aidants. Jusqu'à présent, le traitement de la problématique des déserts médicaux tel que réalisé dans le chapitre 3 dessinait une approche essentiellement tournée autour des ressources humaines par profession. Déterminer une bonne adéquation besoin/offre revenait à déterminer « la bonne » densité médicale au regard des besoins de la population. Cet angle d'analyse a été adopté du fait de la sollicitation de l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (ONDPS) dans le cadre de ses missions de détermination des effectifs nationaux de formation des étudiants en médecine. Dans la mesure où les effectifs à former sont déterminés par spécialité, l'ensemble des analyses démographiques sont réalisées par profession de santé. L'introduction de la notion de parcours dans l'étude de la question des inégalités d'accès aux soins modifie cette façon d'aborder le problème. La notion de parcours amène à penser la question de l'inégalité d'accès aux soins de manière plus pragmatique : à partir d'une situation existante sur un micro-territoire, comment garantir la cohérence du parcours d'un patient en essayant d'organiser une prise en charge au plus proche de son domicile ? Cette

approche est considérée comme plus pragmatique pour des pouvoirs publics régionaux car elle s'exonère du travail essentiellement politique de définition d'un panier de services de santé qui « devraient » être accessibles à tous, sous certaines conditions, et se concentre sur la mise en cohérence du parcours d'un patient à partir des ressources disponibles sur le territoire. Par exemple, plutôt que de déterminer un nombre théorique de médecins généralistes nécessaires sur un territoire au regard de critères théoriques, l'acteur public régional tente de cerner ce besoin au regard des ruptures de parcours des patients pour adapter l'organisation territoriale et organiser une prise en charge tenant compte des spécificités locales. Du fait de la diversité des territoires, de leur population, des ressources humaines, techniques, médicales et sociales qu'ils comportent, les causes de ruptures de parcours sont multiples et plutôt que de chercher à assurer une prise en charge « idéale », les pouvoirs publics régionaux s'efforcent de garantir des parcours les moins pénibles possibles. Par ailleurs, les ressources, qu'elles soient humaines ou techniques ne sont pas figées : certaines expertises peuvent être déléguées entre professionnels de santé en fonction des niveaux de dotation des territoires. En effet, l'encadrement juridique des professions de santé limite aussi les transferts de tâches entre profession car chacune d'entre elle dispose d'un décret qui précise ses compétences dans le système de santé. Ce transfert n'est donc pas libre et répond à des exigences juridiques médicales et juridiques strictes (cf. article 51 loi HPST). Cela permet notamment aux pouvoirs publics de s'assurer que chaque profession réalise bien l'activité pour laquelle elle été formée. Cela interdit par exemple tout exercice illégal de la médecine. En somme, le critère d'analyse de la difficulté d'accès aux soins se déplace de l'absence de professionnels permettant la prise en charge à l'absence d'une organisation permettant de répondre au besoin d'expertise (Bootz et Schenk 2014) médicale ou paramédicale.

Dès lors, que devient alors l'inégalité territoriale de santé ? Peut-on la comparer entre territoires, la mesurer ? Il est clair que les approches comparatives deviennent plus complexes à concevoir. Autrement dit, il devient difficile de pouvoir assurer une égalité de traitement entre les citoyens quand on considère l'accès à une continuité de services et non à une profession : le parcours des usagers dans un centre urbain doté d'un ou plusieurs CHU n'est nécessairement pas le même que celui d'usagers habitant dans des zones isolées, à distance de plateaux techniques. Vouloir assurer une égalité de traitement en termes d'accès à un parcours, reviendrait à multiplier les équipements spécialisés partout en France ce qui n'est pas envisageable. C'est la raison pour laquelle nous préférons parler d'une égalité dans la continuité des parcours. En d'autres termes, les parcours des usagers sont nécessairement contingents à leurs besoins (situation clinique, sociale, géographique …) et donc tous différents ; mais il importe d'éviter toute rupture ou déstructuration de parcours liée à différents facteurs (isolement, complexité clinique, faiblesse des ressources médicales …). Par exemple, pour notre patient âgé ayant fait un AVC, le parcours sera différent selon son lieu de vie : la réadaptation cardiaque en SSR prescrite sera beaucoup moins contraignante pour un usager qui habite à proximité du SSR. Si un usager éloigné du SSR venait à renoncer à ce service, du fait de la fatigue qu'occasionnent les trajets, on assisterait alors à une rupture partielle du parcours (si le suivi post AVC est toujours réalisé par l'équipe de ville) et à une inégalité d'accès à un continuum de services de santé. Rétablir une égalité d'accès ne consiste

pas nécessairement à créer une nouvelle structure plus proche pour le patient, mais de trouver les conditions qui lui permettent d'accéder au volet réadaptation de sa prise en charge (hospitalisation complète, hébergement à proximité du SSR remboursé, nouvelle organisation de la réadaptation pour plus de proximité, télémédecine…). Par ailleurs, le maintien de ce continuum ne se suffit pas à lui-même, il faut, en quelque sorte, qu'il soit le plus « court » possible au regard de la situation du patient. Un patient pourrait bénéficier d'une prise en charge continue, mais être sujet à des errances diagnostiques importantes, ou des actes non pertinents du fait d'une méconnaissance des recommandations des bonnes pratiques des sociétés savantes médicales, d'un manque de coordination entre secteurs … (Cordesse et al. 2013). On comprend qu'un raisonnement en termes de « parcours » étend la réflexion au-delà des seules professions libérales de premier recours qui étaient auparavant le centre des réflexions sur les « déserts médicaux ».
Néanmoins, ce travail n'est pas sans poser de difficultés puisqu'il faut parvenir à apprécier la cohérence d'une prise en charge, à objectiver une rupture ou une déstructuration de parcours et à envisager une solution organisationnelle complète faisant intervenir parfois jusqu'à l'écosystème sanitaire et social régional dans sa globalité. Cette cohérence se déterminerait par rapport à des référentiels de bonnes pratiques. Mais jusqu'où ces référentiels sont-ils prescriptifs ? Précisent-ils seulement les actes techniques à réaliser ou également les ressources nécessaires pour le faire ? En effet, si initialement, on peut penser que l'accès aux soins comme accès à un continuum de services laisse plus de marges de manœuvre aux équipes, il n'en demeure pas moins que ces marges de manœuvre dépendent fortement des recommandations de bonnes pratiques des sociétés savantes qui peuvent être normatives concernant les ressources à utiliser pour une prise en charge. Nous reviendrons sur ce point par la suite.

Ainsi, au regard de la diversité des cas des difficultés d'accès aux services de santé évoqués, de l'ensemble des mesures mises en œuvre par les pouvoirs publics, il est difficile de réduire la problématique du « désert médical » à l'absence de professionnels de santé. **Il s'agit plus du ressenti d'un « vide », de l'absence d'un service qui pourrait répondre à un besoin plus ou moins affiché et ressenti. De la prévention au retour à domicile quelles que soient les pathologies, c'est la situation où un patient ou des aidants se retrouvent seuls et démunis devant la maladie ou le handicap. Derrière une inégalité territoriale qui opposerait espaces ruraux et urbains se dissimulent des problématiques plus complexes renvoyant à l'organisation des services de santé sur les territoires**.

On comprend alors que l'objet de la régulation n'est plus le besoin vu par le professionnel de santé qui l'identifie et y répond (directement ou indirectement) mais bien une organisation dont les ressources varient au gré des territoires, et dont l'objectif est de répondre de manière globale à ce besoin en offrant à l'usager les expertises nécessaires pour cela. Ainsi, toute réponse nationale, universelle et égalitaire semble compromise car sa pertinence est nécessairement tributaire du dynamisme et des difficultés des écosystèmes territoriaux et des expertises médicales qu'ils comportent. Bien que la régulation des « stocks » de

professionnels de santé ne soit pas laissée de côté, elle n'est plus le seul levier pour lutter contre les inégalités d'accès aux soins car un écosystème se doit de fournir une expertise médicale pour déceler les besoins des patients, orienter ces derniers dans le système de santé, les prendre en charge et assurer leur suivi.

On définit alors le parcours comme configuration anticipée ou réactive d'un besoin de santé, c'est-à-dire une rencontre offre/besoin contingente aux territoires. Ainsi le parcours introduit une double contingence : d'un côté, le besoin, par définition, individuel, est modélisé de manière plus globale et donc plus personnalisée, d'un autre côté, les organisations qui répondent à ce besoin sont toutes différentes selon les territoires. Un changement de paradigme a lieu : au-delà des seuls professionnels de santé, c'est **le parcours qui devient l'objet à concevoir et à réguler**, les expertises étant des variables constitutives du parcours. En plus d'un gouvernement par la régulation (incitatif) du nombre de professionnels, on s'intéresse aux formes de gouvernement et aux acteurs qui cherchent à garantir une égalité dans la continuité des parcours en permettant l'accès à une expertise médicale.

SECTION 2 : ETUDE DE QUELQUES DISPOSITIFS DE REGULATION AFFECTANT L'ACCES AUX SOINS ET CHERCHANT A S'INSCRIRE DANS UNE LOGIQUE DE PARCOURS.

Nous avons vu dans la précédente section, qu'utiliser le concept de parcours comme représentation du besoin de santé, permet de s'extraire d'une analyse « profession centrée » du couple offre-besoin, et d'étudier plus largement les actions des pouvoirs publics pour réduire les inégalités d'accès aux soins. Dans cette section, nous étudions quelques composantes de l'offre structurant les parcours, pour identifier comment elles sont conçues par les pouvoirs publics et à quels types de demande sociale elles répondent.

2.1 Patientèle et territoire : les formes d'exercice coordonné pour réguler la continuité des parcours ?

Parmi les composantes du système de santé, nous choisissons d'analyser ici deux objets : les Maisons de Santé pluriprofessionnelles (MSP) et les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS). En effet, ces deux objets présentent la particularité d'être déployés par les pouvoirs publics pour, notamment, permettre un meilleur accès aux soins et favoriser l'émergence d'une conception plus collective des besoins de santé des patients. Après un rapide historique de leur émergence, nous tenterons une analyse des modalités de conception de ces objets par les pouvoirs publics.

Conditions d'émergence des formes d'exercice coordonnée en ville

Les différents travaux qui ont évalué les MSP (Bourgueil, Marek, et Mousquès 2009; Mousquès, Bourgueil, et Afrite 2014) sont intéressants à étudier car ils permettent de comprendre, quelques années après leur émergence, les raisons pour lesquelles ces structures ont particulièrement été appuyées par les pouvoirs publics. Les auteurs, en collaboration avec les pouvoirs publics s'intéressent :

- A l'accessibilité des MSP en termes d'horaires : les plages sont-elles plus étendues que pour des cabinets traditionnels de médecine générale ?
- Au volume d'activité en termes de nombre de patients suivis par les médecins de MSP, toujours dans une approche comparative avec les médecins n'exerçant pas au sein de ces structures.
- A la durée de travail des médecins généralistes exerçant en MSP.
- Au degré de coopération entre les professionnels de ces structures.

On comprend donc que ces structures ont deux objectifs majeurs : pérenniser l'offre de soins dans les territoires sous dotés et favoriser l'exercice coordonné. La Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Sociaux (CNAMTS) a défini les MSP en 2007

(Bourgueil, Marek, et Mousquès 2009), comme des structures « *visant à offrir à la population, sur un même lieu, un ensemble de services de santé, principalement de premier recours. Regroupant des activités médicales et paramédicales, elles favorisent les prises en charge coordonnées et constituent une réponse à l'évolution des modes d'exercice, souhaitée par de nombreux professionnels. Elles apparaissent comme une solution concourant au maintien, voire au développement de l'offre de soins, dans les secteurs définis comme déficitaires* ».

Nous étudions plus particulièrement, au sein de ces structures, les raisons pour lesquelles elles pourraient modéliser de manière plus globale le besoin de santé, et assurer une meilleure continuité de la prise en charge de leurs patients. Nous ne nous situons pas dans une perspective d'évaluation de l'efficacité clinique de ces dispositifs mais tentons de comprendre comment les outils d'une MSP peuvent faire apparaître des demandes sociales qui, pour un professionnel de santé isolé, ne seraient pas nécessairement évidentes. Pour cela, nous partons de l'analyse du cahier des charges que ces équipes doivent remplir pour prétendre être labelisées MSP par l'ARS. Nous reviendrons ensuite sur le caractère modulaire de cet outil pour les pouvoirs publics.

La loi HPST n°2009-879 de Juillet 2009 précise les définitions de la MSP et du Pôle de santé : « *La maison de santé est […] constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens. Ils assurent des activités de soins sans hébergement de premier recours […] et, le cas échéant, de second recours […] et peuvent participer à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et à des actions sociales dans le cadre du projet de santé qu'ils élaborent et* ***dans le respect du cahier des charges*** *déterminé par arrêté du ministre chargé de la santé.* » (Article L6323-3 du Code de la Santé publique).
En d'autres termes, un collectif de professionnels de santé ne peut se prétendre MSP que si son projet de santé répond aux exigences du ministère de la santé et qu'il est validé par l'ARS (et donc cohérent avec le projet régional de santé). Mais quelles sont ces exigences et quel intérêt ont les professionnels de proposer un cahier des charges ?
Pour répondre à la deuxième question, la validation du cahier des charges par l'ARS donne la possibilité aux équipes de signer les Accords Conventionnels Interprofessionnels (ACI) avec l'Assurance Maladie. Ces accords prévoient, en fonction de différents critères que nous verrons par la suite, de verser un budget destiné à financer le temps de coordination entre professionnels (temps de réunion, dédommagement d'un coordinateur salarié ou non …). Les ACI ne sont pas nés avec la première maison de santé, ils succèdent au règlement arbitral conçu dans le cadre de l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération (Mousquès, Bourgueil, et Afrite 2014). Néanmoins, dans un souci de clarté, nous n'évoquerons pour la suite du raisonnement que les ACI.
Les ACI sont une voie d'analyse aidant à comprendre le caractère modulaire du cahier des charges d'une MSP. En effet, certaines parties composent le socle minimum de services qu'une MSP doit fournir si elle veut prétendre au label MSP et à la rémunération correspondante. Elle peut, par ailleurs, en fonction des priorités ressenties par les

professionnels de santé de la structure, développer des actions non obligatoires donnant lieu à des compléments pour le calcul de l'enveloppe de coordination.

Les **services socles** sont composés des éléments suivants :

- **L'accès aux soins** : le collectif doit proposer des horaires d'ouverture larges, par exemple de 8h à 20h du lundi au vendredi et de 8h à 12h le samedi matin et la MSP doit être ouverte pendant les congés scolaires. Quelques modulations sont possibles mais à la marge, l'objectif est de favoriser l'accès aux soins par ces plages horaires étendues.
- **Le travail en équipe** : l'équipe est obligée de désigner un coordinateur de la structure qui devra, entre autres : animer les réunions pluriprofessionnelles, suivre le parcours des patients ciblés par l'équipe, étudier l'utilisation du système d'information et extraire les données nécessaires à une auto-évaluation de la structure, assurer les relations avec les partenaires et les pouvoirs publics. Ce coordinateur peut être recruté comme salarié de la MSP ou un professionnel de l'équipe peut faire office de coordinateur. Ce travail en équipe se concrétise autour de deux moments institutionnalisés (donnant lieu à une rémunération dédiée) : la **réunion de concertation pluriprofessionnelle** (RCP) et **le protocole pluriprofessionnel**. La première permet aux professionnels de se réunir soit pour discuter d'un cas problématique où la marche à suivre est difficile à identifier, soit pour rester informés des dernières avancées médicales, des référentiels de bonnes pratiques… Ces réunions doivent concerner des patients en ALD ou ceux de plus de 75 ans ou sujets à différents thèmes ciblés par les pouvoirs publics (affections sévères compliquées ou décompensées (insuffisance cardiaque, asthme instable…), pathologies chroniques nécessitant des soins itératifs et une intervention pluriprofessionnelle permettant de prévenir la désinsertion socioprofessionnelle (lombalgie chronique, syndrome dépressif…). Le deuxième permet au collectif de formaliser au niveau d'une pathologie ou d'une thématique, la marche à suivre, le parcours d'un patient, et le rôle des professionnels de l'équipe qui le suivent. La liste des thèmes éligibles à des protocoles pluriprofessionnels est la même que celle des RCP. Ces protocoles peuvent être élaborés au cours des RCP. Un dernier outil est également utilisé par les équipes même s'il ne donne pas lieu à une rémunération dans le cadre de l'ACI, il s'agit du Plan Personnalisé de Soins (PPS). Cet outil est le plus personnalisé de tous pour les patients les plus complexes qui nécessitent un suivi particulièrement resserré et des liens très forts avec d'autres acteurs de l'écosystème (social, hospitalier, médicosocial).
- **Le système d'information** : le collectif doit se doter d'un système d'information labellisé par l'Agence des Systèmes d'Information Partagés de Santé (ASIP Santé). Il n'est pas obligatoire que tous les membres de l'équipe disposent du même logiciel néanmoins le montant de l'ACI est plus important si le nombre de professionnels partageant le système est élevé.

Puis des critères optionnels donnent lieu à des financements complémentaires. Ces critères se déclinent sur les mêmes catégories :

- **Accès aux soins** : le volet complémentaire de l'accès aux soins concerne les consultations spécialisées qu'elles soient effectuées par des professionnels associés de la MSP ou par des professionnels extérieurs à la structure. Il promeut également la réalisation d'une mission de santé publique de type prévention ou éducation thérapeutique du patient, ainsi que la mise en place d'outils destinés à mesurer la satisfaction des patients.
- **Le travail en équipe** : les MSP peuvent obtenir une rémunération optionnelle si elles accueillent des professionnels en formation (internes, stages infirmiers …).
- **Le système d'information** : l'équipe peut se doter d'un logiciel présentant des fonctionnalités pluriprofessionnelles plus abouties.

Il ne suffit pas de présenter un projet de santé qui comporte la partie socle de l'ACI pour que l'équipe soit éligible à la rémunération de l'Assurance Maladie. Le projet de santé doit, au préalable être validé par l'ARS donc, il se peut qu'un projet de santé ne soit pas accepté car il ne présente pas d'action de santé publique ou ses orientations ne sont pas cohérentes avec le projet régional de santé alors que l'équipe remplit les critères socles de l'ACI.
Ces précisions sont importantes car elles permettent de comprendre ce que l'on entend par outil modulaire. Le cadre de l'exercice coordonné est fixé par les pouvoirs publics :

- Par la détermination des pathologies pour lesquelles l'utilisation d'outils tels que les protocoles pluriprofessionnels ou les RCP est possible.
- par la forme des outils de travail pluriprofessionnel à utiliser. En effet, les protocoles pluriprofessionnels par exemple doivent respecter des critères édictés par la CNAM pour être validés par les médecins conseils des Caisses Primaires d'Assurance Maladie (CPAM). Pour n'en citer que deux, ces protocoles doivent être conformes aux recommandations élaborées par les agences sanitaires (par exemple la Haute Autorité de Santé HAS) et ils doivent être limités à des points critiques de la prise en charge. Le premier critère illustre bien cette volonté de standardisation des pratiques de la part des pouvoirs publics.

Le caractère modulaire de cet outil se retrouve dans le choix que les professionnels font de cibler des thématiques parmi un ensemble prédéterminé par les pouvoirs publics centraux. Pour un panel de services qui nécessiteraient une approche pluriprofessionnelle, les pouvoirs publics donnent l'opportunité (notamment financière) aux professionnels de santé, de se structurer pour satisfaire les besoins qu'ils estiment prioritaires concernant leur **patientèle commune**. L'intérêt d'une telle démarche est de modéliser de manière collective des besoins de santé qui nécessitent une coordination accrue entre professionnels. Par exemple, la question de l'observance des patients dont les traitements comprennent parfois plus de 10 molécules est un enjeu pluriprofessionnel de taille : il s'agit non seulement de trouver les bons dosages pour chaque molécule afin que le traitement soit efficace, tout en limitant les effets indésirables, mais il faut également s'assurer que les doses prescrites sont bien prises par les patients. En effet, il est fréquent que ces derniers adaptent les traitements en fonction des différentes gênes qu'ils ressentent (absence de sommeil, nausées …) sans qu'ils en informent le médecin. La prise de décision médicale devient alors plus complexe : face à un traitement

qui ne fonctionne pas et en supposant que le patient prend ses médicaments, il est possible que le médecin augmente les doses prescrites. Néanmoins si le patient omet certaines prises, la thérapeutique est faussée et l'augmentation du dosage peut être dangereuse. Un lien pluriprofessionnel particulièrement resserré, voire protocolisé, peut régler le problème : le comportement des patients vis-à-vis des différents corps de métier peut être différent. Ces derniers ne révèlent par exemple pas toutes les informations au médecin dont l'occurrence de suivi est moins importante que le pharmacien, l'infirmière ou le masseur kinésithérapeute. Il a donc accès à une information fragmentée et insuffisante pour adapter au mieux la prise en charge. La protocolisation devient alors nécessaire pour déterminer, de manière collective, la juste information à relayer au médecin.
Il ne s'agit pas d'écrire qu'aucune coordination n'existe entre des professionnels de santé libéraux non adhérents à une structure d'exercice coordonné. Toutefois, dans certains cas (pathologies chroniques, patients complexes), une modélisation collective de la réponse appropriée à un besoin de santé, par un projet de santé et des outils collectifs dédiés, semble nécessaire pour garantir une continuité des services de santé dans le parcours. Pour reprendre l'exemple précédent, une protocolisation du retour d'information au médecin traitant, au sujet de la bonne observance ou non, de l'automédication, permettrait de diminuer le risque iatrogénique et le risque d'hospitalisation du patient donc de déstructuration de son parcours. Les temps de travail collectif pendant l'élaboration du projet de santé, les RCP et l'élaboration des protocoles permettent la modélisation plus globale des besoins de santé de la patientèle commune à l'équipe.
En résumé, les pouvoirs publics ont créé un cadre de l'exercice pluriprofessionnel sans pour autant en déterminer entièrement le contenu. Ce sont les professionnels qui ciblent les besoins propres à leur patientèle. C'est en cela que nous qualifions les Equipes de Soins Primaires (ESP) d'outil modulaire.

Au regard de ces éléments, reprenons la description de deux dimensions (modèle de raisonnement, modèle d'organisation collective) du régime de conception (Le Masson, Hatchuel, et Weil 2014) associé à la création de MSP.

Le modèle de raisonnement

Pour rappel, au chapitre précédent, nous avons identifié l'ensemble des propriétés (P(X)) recherchées par les pouvoirs publics pour diminuer les inégalités d'accès aux services de santé que doit respecter l'objet à créer soit :

- Savoir identifier les territoires et les populations concernés par les problèmes d'accessibilité aux services de santé.
- Proposer une offre de santé pertinente à tous les usagers du système de santé concernés par des problèmes d'accès aux soins quel que soit leur lieu de vie (principe de pertinence).
- Ne pas créer des inégalités de traitement entre les citoyens (principe d'universalité de l'action publique).

- Être cohérent avec l'ensemble des actions déployées par les pouvoirs publics (principe de cohérence).

Ces propriétés restent constantes, néanmoins, l'équilibre entre elles évolue très fortement au regard de la mutation de l'objet de la régulation. En effet, le parcours permet une représentation plus précise et plus globale du besoin de santé et c'est la continuité de ce parcours qui devient l'objet de la régulation et non l'accès géographique ou financier à une profession de santé donnée. L'objet à concevoir est donc un dispositif de régulation de la continuité des parcours respectant ces grandes propriétés. La MSP peut être considérée comme un dispositif de régulation de la continuité d'un parcours au sens où le collectif qui la compose s'assure de la nature des services fournis ainsi que de leur continuum **entre professionnels de l'équipe**. Le passage du zonage à la maison de santé accroît les difficultés de conception car il ne s'agit plus d'identifier des professions déficitaires mais des continuums de services déstructurés ou rompus. Cela nécessite de connaître au préalable le continuum cible ou de référence s'il existe. C'est, rappelons-le, dans cette perspective que le concept de trajectoire est né, en assimilant le parcours cible à des déplacements cibles entre structures pour une pathologie donnée (Riou et Jam 2000). L'objectif était d'identifier les déstructurations ou ruptures de trajectoire quand un patient ne suivait pas la trajectoire jugée comme supérieure d'un point de vue clinique et économique.

Dans le cas des MSP, le soin de repérer les déstructurations ou ruptures de parcours est laissé aux équipes, de même que la façon de les résoudre. On note là, une différence majeure avec le dispositif de zonage : si ce dernier laisse au médecin l'initiative de qualifier le besoin de santé et d'y satisfaire, il n'en demeure pas moins qu'il appelle un classement de toutes les zones où un déficit de couverture est identifié. Il s'efforce de reconnaître au niveau national les inégalités d'accès aux soins et c'est donc au niveau national que les priorités entre ces zones sont définies. Ce n'est pas le cas pour les MSP, qui émergent aussi bien dans le monde rural que dans les pôles urbains (Chevillard et al. 2015) et qui modélisent les thématiques prioritaires nécessitant une réponse coordonnée. Par exemple, ce sont les équipes pluriprofessionnelles qui repèrent un besoin d'une action de santé publique de prévention contre les comportements addictifs comme la consommation de drogue. Seule une équipe de terrain peut juger de la pertinence d'une telle démarche et toute approche comparative serait plus difficile à mettre en œuvre alors que de laisser une marge d'initiative plus importante aux acteurs de terrain permet d'apprécier des besoins avec précision.

On remarque que le compromis entre les différentes propriétés d'un dispositif de régulation de la continuité des parcours (qu'est la MSP) est différent de celui d'un dispositif de régulation de l'accès à une profession : l'identification des besoins et la réponse à apporter est nécessairement tributaire du dynamisme des équipes locales. Si aucune structure d'exercice coordonné n'émerge sur un territoire, le traitement des citoyens sera nécessairement inégalitaire. On peut comprendre l'objectif de doubler le nombre de structures d'exercice coordonné sur le territoire, fixé par le ministère de la santé dans le cadre de Ma Santé 2022. D'ailleurs, le souci de l'accès aux soins s'étend au-delà des zones rurales et périurbaines car un parcours peut être tout à fait discontinu même dans un territoire où l'offre est abondante.

C'est donc le principe d'universalité de l'action publique qui est susceptible d'être moins respecté que dans le cas des zonages. Toutefois, si des structures MSP sont présentes, la propriété de pertinence de l'action publique devrait être mieux satisfaite du fait de la connaissance locale des besoins de santé. Enfin, la cohérence des actions menées par les équipes MSP avec le reste des initiatives semble garantie par la validation du projet de santé par les services de l'ARS.

Les modalités d'organisation collective de l'activité de conception.

L'activité de conception d'un dispositif de régulation comme une MSP a incombé en premier lieu aux pouvoirs publics centraux : c'est au cours de l'expérimentation des Nouveaux Modes de Rémunération (NMR) qu'a été établi le cadre règlementaire de l'activité des MSP, en lien avec les professionnels expérimentateurs. Néanmoins, la demande sociale (comme continuité d'un parcours) à réguler étant particulièrement complexe à cerner par des pouvoirs publics, ces derniers ne conçoivent que le cadre d'action que les professionnels utilisent. On peut alors parler d'une conception partielle du dispositif de régulation dans la mesure où la planification de la prise en charge des patients est élaborée directement par les professionnels et non par les pouvoirs publics. L'activité de conception est donc partagée entre les professionnels et les pouvoirs publics centraux (pour l'élaboration des référentiels règlementaires) et régionaux (pour la validation des projets de santé en lien avec le projet régional de santé). Cette organisation semble cohérente par rapport au manque de connaissances des pouvoirs publics quant à la continuité des parcours des usagers dans les territoires. Même si cela génère une certaine complexité technique, l'évaluation de l'accès aux soins par l'accès à une profession au niveau national est faisable techniquement. En revanche, mesurer la continuité d'un parcours au regard de chaque situation individuelle paraît bien plus complexe car la connaissance des pouvoirs publics est nécessairement plus limitée que celle des professionnels de terrain malgré la présence de systèmes d'information particulièrement aboutis comme le Système National des Données de Santé (SNDS).
Dès lors, on sort d'une logique de la régulation par le marché puisqu'on a affaire à une planification locale des prises en charges cadrée par un référentiel national. Toutefois, celle-ci ne concerne généralement que l'équipe de la MSP et non tous les acteurs de l'écosystème du territoire d'implantation de la MSP (hôpital de proximité, EPHAD, SSR …). La planification des services de santé ne porte donc pas sur un territoire mais une partie du territoire couverte par la MSP. C'est dans cette perspective que les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) ont émergé.

Dans la mesure où le fonctionnement des CPTS est proche de celui des MSP, nous n'en ferons qu'un développement limité. De la même manière que les MSP, les CPTS sont éligibles à un Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI) avec l'Assurance Maladie. Pour le signer, la CPTS doit s'appuyer sur un socle de missions obligatoires et, si elle souhaite, sur des missions complémentaires. Les **missions obligatoires** comportent :

- L'amélioration de l'accès aux soins en facilitant notamment l'accès à un médecin traitant et en améliorant la prise en charge des soins non programmés (sans rendez-vous) en ville.
- Améliorer la continuité des parcours des patients
- Définir des actions de prévention, de dépistage et de promotion de la santé les plus pertinentes à développer au regard des besoins du territoire et pour lesquelles la dimension de prise en charge pluriprofessionnelle constitue un gage de réussite.

Les missions facultatives concernent :

- Les actions en faveur de la qualité et de la pertinence de services de santé
- L'accompagnement des professionnels de santé sur le territoire (aide à l'installation).

Même si la nature des missions socles varient entre la MSP et la CPTS (notamment la mission de prévention) on retrouve le même fonctionnement d'un outil modulaire qui laisse une part d'initiative organisationnelle importante aux professionnels de santé. La différence majeure avec la MSP porte sur le territoire quadrillé et la population couverte : toutes les actions engagées par une MSP concernent la patientèle commune et les professionnels de l'équipe en majorité (quelques participants extérieurs à la marge). La CPTS a vocation à rayonner sur un micro-territoire regroupant, le cas échéant, plusieurs MSP, un hôpital de proximité, des EPHAD, des HAD … L'organisation du parcours dépasse la MSP et se formalise entre tous les acteurs en santé d'un territoire. Par exemple, si une MSP porte un programme de prévention originellement destiné à ses patients, elle peut s'accorder avec la CPTS pour étendre ce programme à toute la population du territoire si elle est la seule à réaliser ce service. La MSP devient alors une composante de la CPTS qui a pour rôle de coordonner les acteurs au niveau du micro-territoire. La CPTS sera elle-même une composante d'un parcours faisant intervenir des acteurs au rayonnement territorial plus grand que le champ d'action de la CPTS. On pourrait alors définir une composante comme un regroupement coordonné d'acteurs en santé qui intervient dans la prise en charge d'un patient.

Que ce soit la MSP ou la CPTS, on observe qu'il s'agit de dispositifs de régulation modulaire dont le cadre est conçu par les pouvoirs publics centraux et le contenu proposé par les acteurs de terrain sous le contrôle des pouvoirs publics régionaux. Comme précédemment, l'objet de régulation n'est plus l'accès à une profession mais à un continuum de services de santé. Or nous n'avons pas évoqué jusqu'ici un acteur incontournable des parcours de santé des usagers : l'hôpital. En effet, les établissements hospitaliers jouent un rôle majeur dans la continuité des parcours, selon leur territoire d'implantation et la nature des patients qu'ils peuvent accueillir. Quand un service de maternité ferme dans un territoire, les conséquences en termes de continuité d'un parcours peuvent être importantes. Dans le paragraphe suivant, nous tentons une analyse succincte du régime des autorisations pour montrer en quoi il est un outil de régulation de la continuité des parcours.

2.2 Le régime des autorisations : une planification de l'accès aux plateaux techniques

Nous avons exploré jusqu'à présent le rôle des équipes de terrain dans la structuration de l'accès aux services de santé. Mais les pouvoirs publics disposent d'outils règlementaires importants pour réguler l'accès aux services de santé : même si les prémices de la planification sanitaire en France s'annoncent dès l'entre deux guerre (Coldefy et Lucas-Gabrielli 2012), cette pratique a commencé à se généraliser à partir des années 1970 avec l'instauration de la carte sanitaire. Il s'agissait de prévoir, d'ordonnancer et de rationaliser l'allocation des ressources et des moyens (Jourdain et De Turenne 1997). L'objectif de cette carte sanitaire était de réguler et de redistribuer un parc hospitalier qui s'est développé de manière non maîtrisée désordonnée depuis les années 1960. La loi hospitalière de 1970 crée les conditions d'une planification volontariste de l'espace (Vigneron et Brau 1996) en associant la création ou l'extension de nouveaux équipements lourds ou établissements de santé aux besoins définis par la carte sanitaire. La carte sanitaire fixe des indices de besoins c'est-à-dire des ratios d'équipement par rapport au nombre d'habitants définis au niveau national. En 1996, la mise en place des Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH) assoit la régionalisation de la planification hospitalière publique et privée. La création des Schémas Régionaux de l'Organisation Sanitaire (SROS) vient compléter cette activité de planification en y ajoutant la mesure des besoins de la population et de leur évolution, compte tenu des données démographiques et des progrès des techniques médicales. C'est donc la notion de besoin de santé de la population qui est avancée comme argument pour une meilleure régulation du parc d'établissements hospitaliers et d'équipements lourds. En 2003, la carte sanitaire est supprimée et le SROS reste le seul outil non seulement de planification hospitalière mais de planification d'un système devant répondre à une demande plus globale. Le SROS doit être établi en fonction d'une évaluation des besoins de santé et planifie aussi bien l'offre curative (ville hôpital) que préventive, palliative … Autrement dit, dans l'esprit des réformes promues par les pouvoirs publics, jusqu'à la création des ARS par la loi HPST 2009, il était question de pouvoir planifier l'offre de santé pour intégrer à un niveau territorial les services hospitaliers, de ville, sociaux, médico-sociaux, préventifs …

Néanmoins, les outils de planification de l'offre hospitalière sont bien plus nombreux et normatifs que ceux existant pour la ville. En effet, chaque établissement, qu'il soit public ou privé, est soumis à des **conditions d'implantation** et des **conditions techniques de fonctionnement**. Ces conditions sont fixées par décret. Par exemple, en ce qui concerne le cancer, le Décret n° 2007-388 du 21 mars 2007 relatif **aux conditions d'implantation** applicables à l'activité de soins de traitement du cancer définit la nature de l'activité de soins (tumeurs solides malignes ou les hémopathies malignes), les thérapeutiques possibles autorisées (médicale, chirurgicale, radiothérapie externe …). L'activité n'est accordée au demandeur que s'il remplit différents critères tels qu'être « *[…] membre d'une coordination des soins en cancérologie, soit un réseau régional reconnu par l'Institut national du cancer, soit, à défaut, un réseau territorial dont la convention constitutive a été approuvée par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation* » ou encore s'il « *[…] respecte les seuils d'activité minimale annuelle arrêtés par le ministre chargé de la santé en tenant compte des*

connaissances disponibles en matière de sécurité et de qualité des pratiques médicales. Ces seuils concernent certaines thérapeutiques ou certaines interventions chirurgicales, éventuellement par appareil anatomique ou par pathologie, déterminées en raison de leur fréquence, ou de la complexité de leur réalisation ou de la prise en charge ultérieure. Ils prennent en compte le nombre d'interventions effectuées ou le nombre de patients traités sur les trois années écoulées. La décision d'autorisation précise les thérapeutiques ou les interventions que pratique le titulaire de l'autorisation par référence à ces seuils d'activité. ».
Ainsi, les conditions d'implantation d'une activité de soins (ou d'un équipement lourd comme un Scanner ou une IRM) sont des critères que tout acteur en santé doit remplir s'il souhaite exercer une activité rentrant dans le giron de ces décrets. Une fois les conditions d'implantation vérifiées, le demandeur de l'autorisation doit satisfaire également les **conditions techniques de fonctionnement**. Prenons pour exemple le décret n° 2009-410 du 14 avril 2009 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie. Ce décret précise entre autre qu' « *un acte interventionnel sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie ne peut être réalisé, y compris en urgence, qu'avec la participation :*
1° D'au moins un médecin justifiant d'une formation et d'une expérience dans la pratique d'actes interventionnels, sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie attestées selon les modalités précisées par arrêté du ministre chargé de la santé ; un second médecin intervient sans délai, si nécessaire ;
2° D'au moins deux auxiliaires médicaux formés à la réalisation de ces actes dont au moins un infirmier et, lorsque l'acte est pratiqué sur un enfant, un infirmier expérimenté dans la prise en charge des enfants. ».
En d'autres termes, les conditions techniques de fonctionnement déterminent le volet opérationnel d'une activité de soins, la nature des ressources (humaines, techniques …) à mobiliser pour la réaliser tandis que les conditions d'implantation donnent une définition globale et par spécialité de cette activité de soins, ainsi que les règles de gradation, de permanence des soins et de lien avec l'environnement à mettre en place. On devine que si certaines activités nécessitent un nombre minimum de prise en charge, certaines activités de soins hautement spécialisées ne pourront exister que dans des pôles urbains fortement peuplés. C'est la raison pour laquelle les conditions d'implantation prévoient également une gradation en différents niveaux de soins. De manière générale, on définit les niveaux de soins suivants (Coldefy et Lucas-Gabrielli 2012) :

- **Le niveau de proximité** : il s'agit du niveau de soins de premier recours, celui de la permanence des soins, impliquant le généraliste, l'infirmier et le pharmacien.
- **Le niveau intermédiaire** : structuré autour de la médecine polyvalente, il s'agit d'un premier niveau d'hospitalisation et de plateau technique.
- **Le niveau de recours** : dispense des soins spécialisés, correspond au niveau de desserte de l'hôpital, pivot du territoire de recours.
- **Le niveau régional** : comprend des prestations spécialisées qui ne sont pas assurées par les autres niveaux.

- **Le niveau interrégional** : réservé à certaines activités (très spécialisées) telles que la prise en charge des grands brûlés ou la neurochirurgie.

Ces différents niveaux de soins sont utilisés pour répondre à la forte hétérogénéité que peuvent présenter les territoires, en termes de population ou de contraintes environnementales. En ce qui concerne l'offre hospitalière, plus le niveau de soins est proche des soins de proximité, moins les conditions techniques d'implantation et de fonctionnement sont contraignantes en termes d'effectifs seuils ou de ressources techniques et humaines. Ainsi, ces outils juridiques sont fondamentaux pour comprendre comment s'articulent différents niveaux de soins dans le parcours d'un usager. En effet, si la gradation de ces niveaux de soins est bien organisée, tout usager, quel que soit son lieu de vie devrait pouvoir bénéficier de manière continue des services nécessaires pour ramener à la normale son état de santé. Si ce n'est pas le cas, la conséquence se traduira par des inégalités d'accès aux soins plus marquées. L'exemple du cas des maternités (Rapport Cour des Comptes, 2014) est parlant : le renforcement des conditions techniques de fonctionnement de l'activité de gynécologie-obstétrique à la fin des années 1990 a contribué à accélérer la fermeture de certaines maternités de proximité qui n'avaient plus le volume d'activité, ni les effectifs médicaux suffisants pour continuer à fonctionner dans le respect de la réglementation. En cela, le régime des autorisations est un dispositif de régulation de la continuité des parcours et mérite qu'on s'intéresse à la façon dont il est conçu par les pouvoirs publics.

Le modèle de raisonnement

Si l'on reprend les propriétés souhaitées pour un dispositif de régulation de la continuité des parcours, on note que l'équilibre entre ces différentes propriétés pour le régime des autorisations est à tout à fait différent. En effet, nous avons vu précédemment que des objets tels que les MSP ou les CPTS sont des outils de régulation des inégalités d'accès aux soins car ils ont pour objectif d'assurer une meilleure continuité des parcours de santé. En cela, on montrait que l'objet de la régulation passait de l'accès à une profession à la garantie d'un parcours continu dans le système de santé. Pour le régime des autorisations, l'objet de la régulation reste bien la continuité d'un parcours, néanmoins ce dispositif ne présente pas les mêmes propriétés qu'une structure d'exercice coordonné. Rappelons les propriétés génériques d'un dispositif de régulation des déserts médicaux que nous avons introduit au chapitre précédent. Le dispositif doit :

- Savoir identifier les territoires et les populations concernés par les problèmes d'accessibilité aux services de santé.
- Proposer une offre de santé pertinente à tous les usagers du système de santé concernés par des problèmes d'accès aux soins quel que soit leur lieu de vie (principe de pertinence).
- Ne pas créer des inégalités de traitement entre les citoyens (principe d'universalité de l'action publique).

- Être cohérent avec l'ensemble des actions déployées par les pouvoirs publics (principe de cohérence).

La première propriété citée devient inadaptée car le régime des autorisations ne permet pas en lui-même l'identification des zones sujettes à des problèmes d'accessibilité aux soins. Dans sa conception, il peut prendre en considération les situations de populations isolées des plateaux techniques mais l'outil en lui-même n'a pas vocation à identifier ces populations. Il ne vise pas non plus à proposer une offre adaptée aux populations éprouvant des difficultés d'accès au système de santé, au sens où aucun dispositif spécifique ne leur est dédié. En revanche, le principe de gradation permet à l'ensemble de la population de bénéficier de soins hospitaliers, plus ou moins bien intégrés dans une filière quel que soit le lieu de vie des usagers. Il est censé garantir une forme d'équité dans l'accès aux plateaux techniques car même les usagers qui en sont éloignés y auront accès, même si c'est dans des conditions plus difficiles que des individus proches des lieux de haute technicité (temps de trajet, nuitée en dehors du domicile, éloignement des proches…). Il doit également garantir une égalité dans la continuité des parcours même si le nombre d'intervenants rencontrés par les usagers isolés des plateaux techniques est plus important. La graduation des niveaux de soins devrait permettre de concilier l'accès pour tous aux plateaux techniques ainsi qu'une qualité et une sécurité des services fortement homogènes sur le territoire. En effet, la contrainte d'universalité du service fourni est particulièrement poussée pour ce dispositif de régulation car chaque demandeur d'autorisation doit présenter des conditions légalement requises de sécurité pour la prise en charge des patients. Ces conditions sont les mêmes partout sur le territoire national. Or, des conditions d'implantation ou des conditions techniques de fonctionnement trop restrictives (file active minimum de patients élevée, matériel et ressources humaines nécessaires trop importantes…) limitent le nombre de structures autorisées à réaliser une activité de soins. Inversement des conditions trop lâches sont susceptibles de mettre en danger la vie des patients. Le concept de gradation des niveaux de soins est supposé répondre à une telle ambivalence de ces deux propriétés.
Enfin, la cohérence de cet outil avec le reste des actions menées par les pouvoirs publics semble garantie par une conception centralisée (cf. paragraphe suivant) du dispositif de régulation.

<u>Les modalités d'organisation collective de l'activité de conception.</u>

Nos interactions nombreuses avec les services de l'ARS nous ont également permis d'observer de manière indirecte les modalités organisationnelles de la conception d'une réforme du régime des autorisations. Ce projet de réforme, amorcé en 2017, par la mise en place de groupes de travail orientés vers différentes thématiques (activité interventionnelle sous imagerie, imagerie non interventionnelle, médecine nucléaire, Urgences, Périnatalité, SSR, Cancer, Chirurgie, Réanimation, Dialyse …) dont l'objectif est de déboucher d'ici 2020 sur une série de décrets qui modifieront les conditions d'implantation et les conditions techniques de fonctionnement d'une quinzaine d'activités de soins et d'équipements matériels

lourds. Certaines thématiques sont regroupées pour séquencer par « vague » les travaux à réaliser. Chaque vague donne lieu à plusieurs concertations avec des représentants des sociétés savantes médicales et chirurgicales, les pouvoirs publics centraux, les représentants de pouvoirs publics locaux (ARS). Par exemple, pour le groupe chirurgie, on retrouve notamment l'académie de chirurgie, l'association française de chirurgie ambulatoire. Or, les pouvoirs publics centraux ne détiennent pas l'ensemble des connaissances médicales nécessaires pour élaborer ces décrets. Ils s'appuient alors sur les sociétés savantes qui se prononcent sur les conditions optimales d'une prise en charge sécurisée d'un patient. On peut deviner qu'on retrouve dans ces groupes de travail la tension identifiée dans le paragraphe précédent : déterminer des conditions de sécurité de prise en charge très restrictives peut amener des structures à supprimer des pans entiers de leur activité sur les territoires. Par exemple, en considérant que le nombre de patients traités par un service est gage d'une bonne pratique clinique, du fait d'une maîtrise technique suffisante des gestes techniques chirurgicaux ou de diagnostic, déterminer un seuil d'activité minimum élevé pour être autorisé à exercer une activité, peut amener certaines structures dont l'aire de recrutement est trop faible à fermer ou à se restructurer. On peut de nouveau faire référence à l'exemple des maternités cité dans le rapport de la Cour des Comptes. C'est la raison pour laquelle des représentants des pouvoirs publics locaux sont présents afin de traduire concrètement les impacts des évolutions législatives envisagées par le ministère et les sociétés savantes.
Ce mode d'organisation de la conception d'un dispositif de régulation semble très centralisé, même s'il est ponctué par des phases de concertation. Cela explique le niveau de connaissances très pointu au sujet des activités de soin détenu par la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) à travers les sociétés savantes médicales. Ce mode de régulation est prescripteur, rigide car il mobilise directement le droit pour normer, par exemple, les ressources à mobiliser pour exercer une activité de soins. Les conditions d'implantation, et les conditions techniques de fonctionnement étant les mêmes pour tous les acteurs, les possibilités d'adaptation par rapport aux problématiques des territoires sont restreintes.

Des garanties de sécurité qui peuvent générer du renoncement aux soins

Malgré ces travaux, la gradation des niveaux de soins ne permet pas toujours de concilier accès et sécurité des services. Dans le cadre de notre recherche intervention, nous avons pu participer à la conception d'un projet qui visait justement à répondre à un problème d'accès aux soins généré par le régime des autorisations. Il s'agit du projet concernant la pose de TAVI (Transcatheter Aortic Valve Implantation : le remplacement valvulaire percutané) décrit dans le chapitre 2. Cet exemple illustre bien la rigidité du cadre règlementaire associé aux activités de soins impliquant des plateaux techniques. Pour rappel, ce projet avait pour but de démontrer la faisabilité, l'efficience et la sécurité des implantations des prothèses valvulaires aortiques par voie percutanée (TAVI) pour des patients âgés **à haut risque chirurgical**, dans un centre hospitalier **qui ne dispose pas d'un plateau de chirurgie cardiaque sur site.** Le remplacement de la valve aortique par une valve artificielle permet au

patient de retrouver des capacités fonctionnelles bien meilleures (autonomie de marche pour une personne âgée par exemple).
Néanmoins, la Haute Autorité de Santé (HAS) impose à tout établissement hospitalier souhaitant réaliser ce type d'acte une série de contraintes techniques et organisationnelles visant à garantir de manière optimale la sécurité des patients lors de l'opération. Une de ces contraintes est la présence d'une activité de chirurgie cardiaque au sein de l'établissement où a lieu l'acte de pose de bio prothèse par voie artérielle transcutanée. En effet, en cas de complication lors de la pose d'un TAVI, les chirurgiens cardiaques peuvent intervenir. Pour autant, concernant les patients à haut risque de chirurgie cardiaque qui sont très souvent âgés, les chances de survie en cas de complication sont, par définition, très faibles. C'est justement parce qu'ils ne peuvent pas subir de chirurgie cardiaque que le TAVI a été inventé.
Pour la Corse, cette contrainte est préoccupante dans la mesure où aucun établissement de la région ne dispose de plateau de chirurgie cardiaque et où les patients les plus âgés refusent de se déplacer pour se faire soigner dans les centres experts de la région PACA. On observe alors l'ambivalence de la part des pouvoirs publics qui, d'un côté, amènent les acteurs du système de santé à regrouper les soins très spécialisés dans les CHU et les grands pôles urbains et d'un autre côté, prônent l'importance de l'égalité d'accès à un système de santé pour les citoyens. En rapport avec les développements précédents, une gradation des soins à un niveau supérieur est-elle possible et permettrait-elle d'éviter des ruptures de parcours ? Est-ce que concentrer une part plus importante de la prise en charge (en dehors de l'opération en elle-même qui nécessite le plateau de chirurgie cardiaque) au sein du centre hospitalier de recours (le CHB dans notre cas) permettrait cela ? Une première initiative amenée par l'équipe de cardiologie interventionnelle du Centre Hospitalier de Bastia (CHB), porteur de ce projet, a été de réaliser un partenariat avec le centre expert de la région PACA pour qu'un chirurgien cardiaque du CHU de La Timone réalise les consultations et les réunions de concertation pluriprofessionnelles (RCP) pré opératoires au CHB. Cela évitait déjà de déplacer les patients âgés deux fois sur Marseille. Malgré des résultats positifs, certains patients renoncent toujours aux soins tandis que d'autres les retardent et diminuent les chances de succès de la pose du TAVI. Or, dès qu'une calcification est identifiée, l'opération doit se faire au plus tôt car l'aorte se fragilise à mesure que la calcification gagne du terrain. Par ailleurs, le renoncement aux soins des patients âgés, limite la « démocratisation » d'un tel dispositif et donc la connaissance de son existence au sein du monde libéral. Depuis la mise en place de l'activité de détection des patients et de la RCP préopératoire au CHB, le recrutement des patients relevant de procédures TAVI a triplé sur les trois dernières années. Cette nette augmentation des indications relève d'une organisation adaptée avec les différents acteurs (gériatres, cardiologues libéraux, médecins généralistes qui ont été sensibilisées à la technique).
Malheureusement, les délais de réalisation d'un TAVI à partir du moment où l'indication a été posée restent relativement longs (consultations du chirurgien, staff multidisciplinaire etc..) en moyenne de 3 à 6 mois. Depuis 2015, ce sont quatre personnes qui sont décédées alors qu'elles étaient sur la liste d'attente pour un TAVI.
Il est donc clair que le niveau de gradation proposé n'est pas suffisant. Les cardiologues en charge de ce dispositif vont plus loin et pensent une gradation plus importante de la filière du

TAVI : face au renoncement aux soins, ils proposent une solution organisationnelle pour poser des TAVI sans plateau de chirurgie cardiaque en prenant pour exemple une étude médicale allemande (Eggebrecht & al, 2014) qui montre que, sur cette population contre indiquée à la chirurgie cardiaque, la qualité des soins avec et sans plateau de chirurgie cardiaque est la même. Nous sommes bien dans une situation de gradation des soins car il ne s'agit pas de créer une nouvelle structure labellisée pour la pose de TAVI quel que soit le profil du patient mais de donner à une structure existante la possibilité de garantir un meilleur accès aux soins pour une population ciblée (patients âgés, contre indiqués à la chirurgie cardiaque) avec un plateau technique moins étoffé (absence de chirurgie cardiaque).
Toutefois, cette proposition a été refusée par le niveau national car elle n'était pas éligible à l'article 51. En effet, en plus des conditions d'implantation et des conditions techniques de fonctionnement, il existe des conditions techniques de réalisation de certains actes (pose de dispositif médicaux). Elles diffèrent des conditions techniques de fonctionnement car ces dernières portent sur des activités de soins plus génériques (cancer …) tandis que les conditions techniques de réalisation des actes norment la réalisation de certains actes médicaux très précis et non une activité globale de cardiologie interventionnelle par exemple. Or l'article 51 de la LFSS 2018, ne permet pas de déroger à ces règles. Ce cas est intéressant pour deux raisons majeures :

- Il permet d'illustrer les effets sur l'accès aux soins de la concentration des ressources spécialisées dans quelques établissements. Même si cette concentration se justifie souvent par le souhait des pouvoirs publics d'assurer une égalité dans la sécurité des soins fournis, elle se fait, dans ce cas, au prix d'impossibilité d'accès aux soins pour quelques patients. Mais dans la mesure où une étude allemande soutient l'hypothèse qu'un tel mode de fonctionnement, sans plateau de chirurgie cardiaque, est possible sans amoindrir la sécurité et la qualité du service fourni, pourquoi refuser une telle idée ? Rajoutons qu'au même moment, de vives discussions entre les sociétés savantes de cardiologie interventionnelle (pro TAVI) et les sociétés savantes de chirurgie cardiaque (contre TAVI) ont lieu pour identifier l'intérêt d'un tel dispositif en fonction du type de patient qui en bénéficie.
- Ce cas est également intéressant car il soulève une question : comment le régulateur décide-t-il des sujets auxquels les acteurs de terrain peuvent déroger ? Pourquoi permettre, en 2019, de déroger aux conditions techniques de fonctionnement et non à celles de réalisation d'un acte ? Nous tenterons de discuter ces questions dans le chapitre 6.

Une régulation qui n'incite pas à se soucier de la continuité des soins en dehors des établissements

Le cas présenté précédemment nous aide aussi pour comprendre ce que l'on pourrait appeler une régulation « par composante ». Le projet ne visait pas seulement à poser des TAVI dans un CH non doté d'un plateau de chirurgie cardiaque, il s'agissait aussi de mieux articuler le travail de l'hôpital avec les intervenants de la ville :

- En formant les professionnels en amont de la prise en charge, et en les accompagnant à la détection des sténoses aortiques (calcification de l'aorte) le plus tôt possible pour maximiser les chances de réussite de l'opération. L'équipe experte avait également pour objectif d'améliorer la connaissance de ce dispositif médical innovant par les professionnels de ville et donc d'améliorer les indications de ces professionnels à plus long terme, comme l'accès aux soins.
- En, rendant possible en aval de la pose du dispositif une surveillance hors les murs pour des patients dont la réadaptation cardiaque a lieu à domicile à l'aide d'un partenariat ville-hôpital. L'équipe experte souhaitait pouvoir organiser des réunions de concertation et de retour d'expérience avec les professionnels de santé de ville.

Si une telle coordination avec les acteurs de ville n'est pas interdite, ce n'est ni le cadre règlementaire, ni le mode de tarification actuel dans le domaine hospitalier qui invitent les professionnels à adopter de telles pratiques. Aussi, cet exemple permet également de cerner les limites de ce mode de régulation qui n'est pas seulement rigide, mais qui se limite (logiquement) à son objet de régulation : la composante hospitalière du système de santé.

Dans cette section, nous avons étudié les structures d'exercice coordonné et le régime des autorisations d'activité de soins, comme des dispositifs de régulation des déserts médicaux, au sens où ils se donnent pour objectif de garantir un accès meilleur à des soins continus quel que soit le lieu de vie du patient. Toutefois, au même titre que les MSP ou les CPTS, les établissements assujettis au régime des autorisations ne sont que des composantes d'un parcours de santé les dépassant largement. Cela signifie donc que les objets de régulation que nous avons étudiés ne font « que » réguler des moments du parcours : des soins de premier recours au niveau d'une équipe de soins primaires, ces mêmes soins en lien avec un plateau technique hospitalier de proximité dans le cas d'une CPTS par exemple, ou des soins très spécialisés dans le cas d'un recours à un plateau technique régional ou interrégional. Finalement, alors que nous avons décalé la réflexion du désert médical comme problème d'accès à une profession, vers une difficulté à assurer une continuité dans le parcours d'un patient, on s'aperçoit qu'aucune des structures étudiées jusqu'à présent ne régule un parcours dans son ensemble car les pouvoirs publics n'encadrent, de manière isolée, que les composantes associées au parcours du patient. Les formes de régulation sont d'ailleurs assez hétérogènes depuis la planification centralisée du régime des autorisations à des approches plus partenariales, décentralisées et souples avec les structures d'exercice coordonné. De manière systématique, les pouvoirs publics nationaux, régionaux et les professionnels de terrain contrôlent la continuité des parcours des usagers. Les pouvoirs publics définissent le cadre d'action des professionnels et ces derniers s'efforcent d'assurer directement la continuité des parcours. Le projet régional de santé (PRS) est alors un outil qui détermine des priorités régionales, ainsi que la façon dont les pouvoirs publics régionaux vont articuler les différents instruments conçus de manière plus ou moins prescriptive par le niveau national. De l'ESP/MSP au régime des autorisations, en passant par de nombreux dispositifs que nous

n’abordons pas dans ce travail, les pouvoirs publics locaux tentent de mettre en cohérence les composantes à leur disposition pour assurer une égalité dans la continuité des parcours.
Dès lors, existe-t-il des dispositifs visant à réguler les parcours dans leur ensemble et non de manière isolée par chaque composante en santé ? En effet, même si les ARS ciblent dans leur PRS des parcours prioritaires et conçoivent la forme de ces parcours à moyen terme, elles n’interviennent pas directement dans la régulation de leur continuité.

SECTION 3 : CONCEPTION CENTRALISEE D'UN DISPOSITIF DE GESTION DECONCENTRE DES « COMPOSANTES » DU PARCOURS.

Dans cette section, nous abordons l'analyse de la conception d'un dispositif dédié à la coordination des services de santé et non à une prise en charge directe des patients (ce qui était le cas pour les professionnels des MSP/CPTS et des établissements hospitaliers). Il s'agit des nouvellement baptisés Dispositifs d'Appui à la Coordination (DAC), anciennes Plateformes Territoriales d'Appui (PTA) fusionnées avec des objets comme les MAIA, réseaux de soins … Ces outils nécessiteraient des analyses bien plus approfondies et circonstanciées, ils sont même des objets d'analyse à part entière, néanmoins, au regard de notre matériau empirique de nature documentaire, interne et externe à l'ARS de Corse, et de la démonstration que nous souhaitons mener, nous ne faisons qu'une analyse de la conception, en cours, de ces DAC. L'objectif est de cerner dans un premier temps leurs missions, puis de comprendre le rôle des pouvoirs publics (nationaux/locaux) et des professionnels dans l'apparition de ces dispositifs.

3.1 Contexte d'élaboration et grandes missions des dispositifs d'appui à la coordination : un outil de régulation des composantes du système de santé.

Les premiers textes législatifs au sujet des DAC paraissent en Juillet 2019 (Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé - Article 23). Pourtant, les structures de coordination des soins ou des services sociaux et médico-sociaux existent depuis plus longtemps. Le rapport IGAS de Décembre 2014 (IGAS,2014) précise que les structures de coordination sont nombreuses et diverses, mais elles se cantonnent le plus souvent à de la coordination, soit strictement clinique, soit strictement médico-sociale et sociale. Elles sont donc rarement transversales d'autant qu'elles sont très souvent organisées par pathologies ou par secteur. « *Ainsi, au gré des plans de santé publique, chaque pathologie a-t-elle conduit au développement d'organisations coordonnées : les maladies chroniques ont favorisé ces organisations, et notamment les programmes de disease management qui sont les plus anciens et les plus nombreux ; toutefois, ce sont souvent des coordinations cliniques c'est-à-dire limitées aux professionnels de santé tels que les centres régionaux de lutte contre le cancer, cancéropôles, centres de coordination en cancérologie...coordonnés par les réseaux régionaux en cancérologie, RCP, etc. Dans le secteur des personnes âgées, ont été créés les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) ou les centres locaux d'information et de coordination gérontologiques (CLIC) ou encore les maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA). Dans le secteur du handicap, ce sont les maisons départementales pour l'autonomie des personnes handicapées (MDPH) qui sont installées. Ici ce sont les coordinations médico-sociales qui sont les plus développées. En outre, la difficulté à organiser une prise en charge globale et pluridisciplinaire conduit à multiplier les structures au risque de les rendre redondantes les unes par rapport aux autres, et sans toujours intégrer les professionnels de santé.* ***Ainsi, les***

MAIA qui devaient être sanitaires, médico-sociales et sociales n'ont pu s'imposer aux professionnels de santé et sont restées sur le champ médico-social et social sur lequel les CLIC, notamment ceux de niveaux 3, étaient déjà positionnés. *Aussi, les pouvoirs publics expérimentent-ils désormais le dispositif PAERPA. »*

On remarque que la coordination des dimensions cliniques, sociales et médico-sociales d'un parcours est un objectif visé depuis quelques années par les pouvoirs publics *: « Maia est une méthode pour conduire des porteurs identifiés de la coordination (réseaux de santé, centres locaux d'information et de coordination (Clic), conseils généraux…) vers une dynamique partenariale innovante : l'intégration des services d'aides, de soins et d'accompagnement en un même dispositif. »* (Dupont 2012).

Les expérimentations PAERPA (Parcours santé des aînés), lancées en 2014 dans neuf territoires pilotes, s'essayent à cet exercice en voulant faire progresser la coordination des différents intervenants des secteurs sanitaire, social et médico-social pour améliorer la qualité de la prise en charge globale des **personnes âgées de 75 ans et plus**, prévenir la perte d'autonomie et éviter le recours inapproprié à l'hospitalisation. L'évaluation intermédiaire de l'expérimentation, réalisée par l'IRDES[7], montre, entre autres, une forte hétérogénéité concernant les modalités de mise en œuvre de ces programmes selon les territoires d'implantation. Une forte hétérogénéité des modalités d'organisation des Plateformes Territoriales d'Appui (PTA) a également été constatée (Sibé & al 2019). Ces structures, postérieures aux programmes PAERPA, ont des objectifs similaires si ce n'est que leurs services s'adressent à toute la population et pas seulement aux personnes âgées de 75 ans et plus. Finalement, en 2019, l'intégralité de ces dispositifs de coordination, à l'exception des CLIC, doivent fusionner dans les trois ans pour former les DAC (alinéa II de l'article 23 loi 24 Juillet 2019). Par souci de synthèse, nous nous référerons seulement aux missions des DAC qui nous semblent contenir les missions des organisations précédant leur arrivée.

L'article 23 de la loi du 24 Juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé énonce les principes suivants :

- « *°Les professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux et, le cas échéant, les structures qui les emploient peuvent solliciter un appui à la coordination des parcours de santé* ***qu'ils estiment complexes*** *afin d'améliorer le service rendu à la population et de concourir à la structuration des parcours de santé* » (Art. L. 6327-1). Les DAC ont donc vocation à être mobilisés par les professionnels de santé qui jugent (subjectivement) d'une situation complexe. Si les DAC intègrent des CLIC, alors des patients peuvent les solliciter. Mais ce critère est optionnel.

- Le dispositif d'appui à la coordination des parcours de santé **complexes** :
    - « *1° Assure la réponse globale aux demandes d'appui des professionnels qui comprend notamment l'accueil,* ***l'analyse de la situation*** *de la personne, l'orientation et la mise en relation, l'accès aux ressources spécialisées, le suivi et l'accompagnement renforcé des situations, ainsi que* ***la planification des***

[7] www.irdes.fr/recherche/rapports/567-evaluation-d-impact-de-l-experimentation-paerpa.pdf

prises en charge. *Cette mission est réalisée en lien avec le médecin traitant, conformément à son rôle en matière de coordination des soins […] et les autres professionnels concernés*

- *2° Contribue avec d'autres acteurs et de façon coordonnée à la réponse aux besoins des personnes et de leurs aidants en matière d'accueil, de repérage des situations à risque, d'information, de conseils, d'orientation, de mise en relation et d'accompagnement* ;
- *3° Participe à la coordination territoriale qui concourt à la structuration des parcours de santé »*

- « *Les dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé complexes disposent d'une gouvernance assurant la représentation équilibrée des acteurs des secteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires, intégrant notamment des représentants des usagers, du conseil départemental et des communautés professionnelles territoriales de santé.*
  Cette gouvernance s'assure du respect du principe ***d'une intervention subsidiaire du dispositif d'appui*** *par rapport à celle des professionnels mentionnés à l'article L. 6327-1*.
- « Art. L. 6327-7.-Les conditions d'application du présent chapitre sont fixées par décret. »

La mise en œuvre des DAC fait partie d'un projet plus large des pouvoirs publics qui consiste à renforcer l'organisation territoriale des parcours de santé, en proximité et, pour cela, notamment :

- d'en donner les moyens aux professionnels à travers le développement des CPTS tout en confortant les Structures d'Exercice Coordonné (MSP, Centres de Santé (CDS), Equipes de Soins Primaires (ESP)…),
- de développer une offre hospitalière de proximité (hôpitaux de proximité),
- de construire une cohérence des initiatives à travers les Projets Territoriaux de Santé,
- d'accroître l'implication des élus dans la déclinaison territoriale du PRS.

De plus, un des enjeux majeurs en matière d'accompagnement des personnes en perte d'autonomie ou en situation de handicap est de diversifier et d'ouvrir l'offre sociale et médico-sociale institutionnalisée dans une logique de parcours coordonné. Les dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé complexes contribuent à cette ambition transformatrice mais leur diversité et leur fragmentation limiterait leur efficacité. C'est pourquoi les MAIA, les réseaux de santé, les PTA et les CTA de PAERPA, voire les CLIC, sur décision du Conseil Départemental, ont vocation à fusionner d'ici 2022.

Ces éléments sont importants pour, d'une part comprendre le positionnement de ces dispositifs par rapport à tous ceux étudiés précédemment, et d'autre part pour cerner le travail de conception par les pouvoirs publics nationaux et régionaux en lien avec les professionnels de ces structures.

Cet article de loi précise qu'il s'agit de structures d'appui à la prise en charge. Elles n'ont donc pas vocation à prendre en charge directement les patients au même titre qu'un

professionnel de santé libéral ou une Hospitalisation à Domicile (HAD). Les pouvoirs publics insistent particulièrement sur ce point car un des objectifs de la gouvernance de ces dispositifs est d'assurer la **subsidiarité** de l'intervention par rapport à celle des professionnels de santé. Les DAC ne font pas « à la place » des professionnels mais se situent bien en appui de ceux-ci comme peuvent le faire actuellement les réseaux de soins. C'est la raison pour laquelle nous qualifions ces DAC de gestionnaire des composantes du système de santé. Ils visent améliorer la coordination entre des éléments du système de santé qui existent déjà.
Il est également précisé que les professionnels de santé (a minima) peuvent solliciter ces DAC quand ils sont confrontés à une situation jugée complexe. Comme la complexité est ressentie, les demandes des professionnels peuvent se traduire pour les DAC par une simple information concernant les ressources disponibles sur un territoire jusqu'à un accompagnement renforcé que peut être une gestion de cas par une personne dédiée au sein du DAC. On comprend mieux les trois missions des DAC qu'on peut reformuler de la manière suivante :

- Informer, orienter les professionnels de santé en demande, notamment au sujet des ressources disponibles sur un territoire (professionnels présents, disponibilité des lits hospitaliers …) pour prendre en charge un patient ;
- Appuyer les professionnels de santé dans l'organisation des parcours complexes°;
- Soutenir les pratiques et initiatives professionnelles, appuyer l'animation du territoire quant au partage de pratiques professionnelles.

Enfin, une des grandes missions des DAC est de fusionner l'ensemble des dispositifs d'appui à la coordination (MAIA, réseaux de soins, PTA pour les régions qui en ont déjà …) mis à part les CLIC dont la fusion reste optionnelle.
Vues les ambitions affichées par les pouvoirs publics au sujet des DAC, quelles sont les modalités de conception de ces outils ? Comment les pouvoirs publics et les professionnels impliqués sont-ils investis ? Quelle est la répartition des tâches entre pouvoirs publics locaux, nationaux et professionnels ?

3.2 Une conception plus ouverte de ce dispositif de régulation.

Pour comparer la conception des DAC à celle des objets précédemment étudiés, reprenons notre grille d'analyse du phénomène de conception.

Le modèle de raisonnement

Au chapitre précédent, nous avons détaillé ce que nous estimons être les propriétés d'un dispositif de régulation des déserts médicaux. Dans les sections suivantes, nous avons vu que ces propriétés étaient suffisamment génériques pour supporter l'évolution conceptuelle que nous avons proposée dans la modélisation d'une demande de santé. L'étude de l'accès à une profession est devenue l'étude de l'accès à une expertise pour assurer la continuité d'un parcours. Il en résulte que selon les dispositifs de régulation, l'équilibre entre ces propriétés varie. Etudions cet équilibre dans le cas des DAC.

On rappelle l'ensemble des propriétés d'un dispositif de régulation de l'accès à des services d santé :

- Savoir identifier les territoires et les populations concernés par les problèmes d'accessibilité aux services de santé.
- Proposer une offre de santé pertinente à tous les usagers du système de santé concernés par des problèmes d'accès aux soins quel que soit leur lieu de vie (principe de pertinence).
- Ne pas créer des inégalités de traitement entre les citoyens (principe d'universalité de l'action publique).
- Être cohérent avec l'ensemble des actions déployées par les pouvoirs publics (principe de cohérence).

Les DAC, à condition d'être connus et acceptés par les professionnels de santé, semblent être un moyen très pertinent d'identification des zones connaissant des problèmes d'accessibilité. En effet, de par leurs missions, ils centralisent l'ensemble des retours relatifs aux difficultés des professionnels. Celles-ci peuvent être de plusieurs ordres : manque de lisibilité d'une structure sur un territoire, absence d'une structure de proximité qui nécessite de coopérer avec une structure, inconnue des professionnels, sur un autre territoire, difficulté liée à un cumul de problématiques ouvrant droit à de nombreux dispositifs d'aide… A ce titre, nous avons été sollicités par l'ARS de Corse pour réaliser un questionnaire visant à recenser les difficultés des professionnels susceptibles de générer des ruptures ou des déstructurations de parcours. Nous reviendrons sur celui-ci à l'issue de ce chapitre. Ces DAC sont potentiellement des sources d'information qualitatives et circonstanciées des difficultés des professionnels par micro-territoire. En revanche, la méthode d'identification n'est, a priori, pas la même pour tous les usagers du système de santé puisque les professionnels solliciteront le DAC en cas de complexité **ressentie**. Un professionnel peut estimer ne pas avoir de difficultés dans la prise en charge d'un patient alors que ce dernier est sujet à des problèmes rendant son traitement difficile à suivre (divorce, dépression…). Or, les patients ne communiquent pas nécessairement toutes les informations à leur médecin traitant.

Si les DAC ne sont pas des offreurs de soins à proprement parler, leur intervention peut indirectement suggérer à un patient l'offre la plus pertinente au regard de ses attentes et de la disponibilité des ressources sur le micro-territoire et en région. De par leur positionnement « en surplomb » des offreurs de soins et les outils potentiellement à leur disposition (répertoire des ressources régionales, système d'information communiquant et interopérable… cf. le volet numérique des DAC : e-parcours[8]), ils sont susceptibles de proposer, par l'appui fourni aux professionnels de santé, une offre acceptable à des patients en difficulté d'accès aux soins.

La troisième propriété consiste à apporter une réponse pertinente aux usagers compte tenu de leurs attentes, de leur lieu de vie … En théorie, les DAC, par la connaissance des composantes sanitaires, sociales et médicosociales du système de santé, devraient pouvoir s'adresser,

[8] https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/e-sante/sih/article/le-programme-e-parcours

indirectement (par les professionnels) à tout type de patient. Néanmoins, si un usager ne souhaite pas suivre une réadaptation cardiaque, car le centre de référence est trop loin de son domicile, et qu'aucune solution d'hébergement n'est proposée, les DAC ne pourront pas y faire grand-chose. Autrement dit, quand une composante est absente, le DAC n'a pas vocation à la créer et sera nécessairement limité.

Au sens où les DAC ont pour mission de garantir la continuité de parcours le plus pertinents possibles au regard de la situation sociale, géographique … des patients, ils s'adressent de manière égalitaire à tous les usagers du système de santé. En revanche, rien ne garantit, a priori, une homogénéité des pratiques entre les différents DAC. Malgré la présence de référentiels professionnels nationaux, les gestions de cas ne sont pas nécessairement réalisées de la même manière d'un professionnel à l'autre et d'une région à l'autre. Par ailleurs, les DAC sont tributaires de l'offre présente sur leur territoire d'action et du dynamisme des acteurs. Par exemple, si un micro-territoire ne s'organise pas pour garantir un accueil médical non programmé tous les jours sur des plages horaires larges, le DAC pourrait être obligé d'envoyer un patient consulter sur un autre territoire et être impuissant face aux inégalités d'accès aux soins. Sibé & al (Sibé & al 2019) relèvent des différences notables entre les prédécesseurs des DAC. Sur 4 PTA étudiées, ces dernières ne s'approprient pas de la même manière les missions confiées par le ministère de la santé. Pour certaines, elles développent de manière concomitante les trois missions (information, coordination, soutien aux pratiques) tandis que certaines favorisent la mission de coordination ou d'information. Nous essaierons d'en éclairer les raisons dans le paragraphe suivant.

Enfin, dans la mesure où les DAC ont vocation à fusionner les dispositifs d'appui à la coordination existants, il ne devrait plus y avoir de redondance dans l'offre proposée, sous réserve d'une articulation avec les CLIC qui reste à définir. La propriété de cohérence est donc respectée.

L'équilibre entre les différentes propriétés est de nouveau différent de celui du régime des autorisations ou des structures d'exercice coordonné (MSP/CPTS) considérant le caractère « ancré » des missions des DAC, il serait difficile pour les pouvoirs publics centraux d'être aussi prescriptifs que par le régime des autorisations. Chaque territoire présente des particularités auxquelles devront justement s'adapter le mieux possible les DAC. D'une certaine façon ce dispositif complète les précédents à condition que les professionnels y fassent appel. Les DAC sont égalitaires au sens où ils assurent la continuité d'un parcours le plus pertinent possible pour la situation du patient et l'offre disponible mais l'accès aux soins entre usagers sera nécessairement inégalitaire.

Afin de préciser cet arbitrage entre les différentes propriétés de ce dispositif nous devons étudier les modalités d'organisation de l'activité de conception des DAC. De nouveau, notre approche est limitée au seul point de vue des pouvoirs publics régionaux.

L'organisation de l'activité de conception

Bien que le cadre législatif relatif aux DAC n'ait émergé qu'en Juillet 2019, des travaux avaient déjà été amorcés par l'ARS de Corse pour la mise en place des PTA. Nous avons eu

accès à quelques documents internes pour mieux comprendre le rôle des pouvoirs publics nationaux, régionaux et des professionnels dans le processus de mise en œuvre de ces dispositifs. Au vu des missions de ces dispositifs, 4 grands chantiers ont été identifiés par l'ARS et son synthétisés dans les tableaux suivants :

Tableau 11 : synthèse des chantiers à mener par les pouvoirs publics locaux (ARS, collectivité de Corse) pour mettre en œuvre les DAC

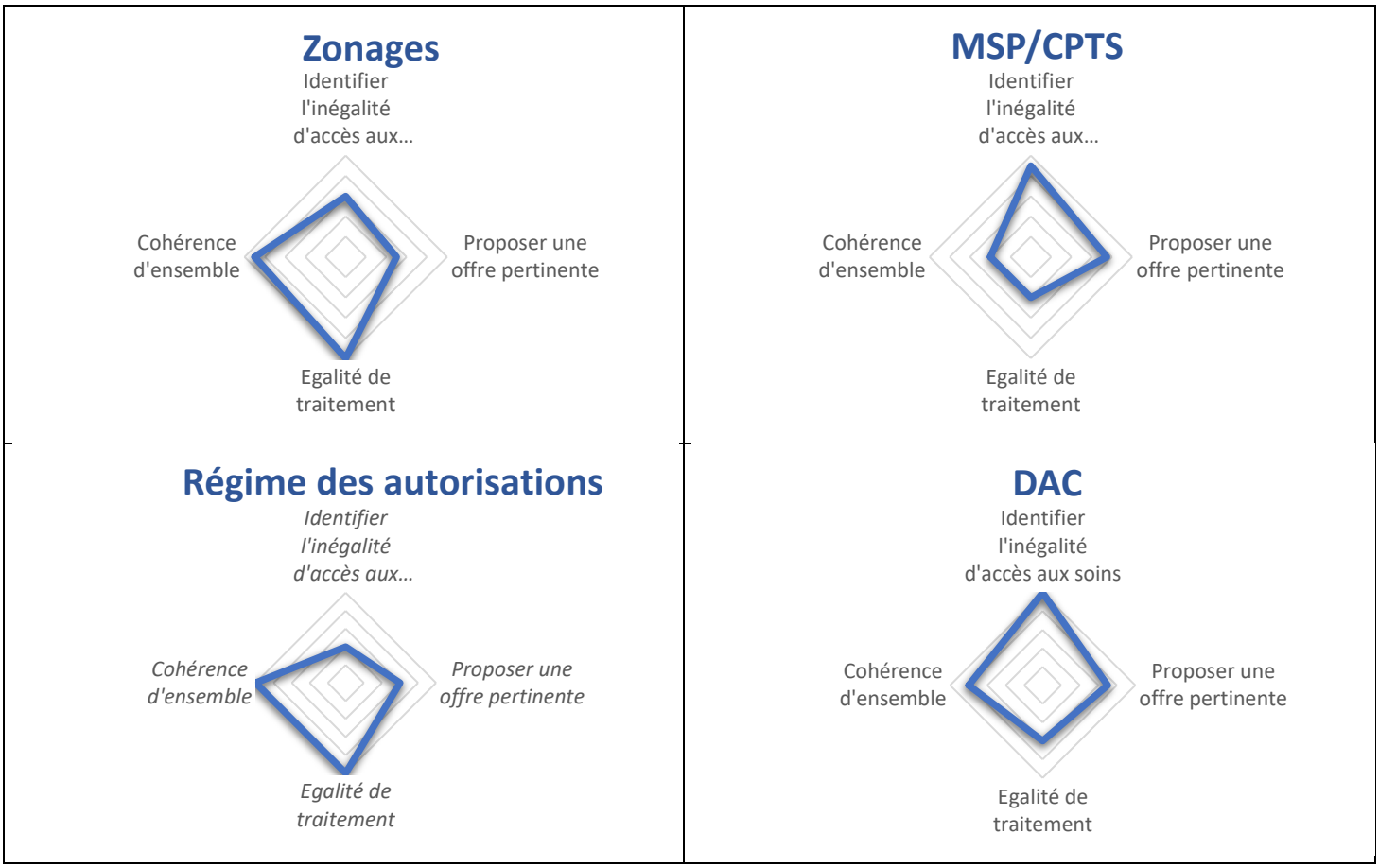
	Dimensions	Objectifs	Actions	Appui externe
Gouvernance	Gouvernance stratégique et politique	- Mobiliser les partenaires et s'assurer d'une représentation équilibrée de l'ensemble des acteurs - Assurer la cohérence de la démarche avec les autres instances (CTS) - Assurer le suivi de la bonne exécution du projet - Donner les possibilités d'arbitrages dans une logique de responsabilité populationnelle	- définition rôle gouvernance et missions - gestion de la transition des anciennes gouvernances - structuration juridique et modalités de fonctionnement - modalités d'animation et de coordination avec les autres instances - communication	Audit social gouvernances actuelles Structuration juridique Appui ANAP ?
	Gouvernance opérationnelle	Déterminer le mode de fonctionnement opérationnel du DAC	- Missions et profil (s) de compétences attendues - Organigramme interne du DAC et validation du schéma de pilotage	Travaux nationaux ANAP, directions centrales
Organisation métiers / SI	**Missions / activité**	Formaliser les missions, activités et processus	- Identification des besoins et acteurs à mobiliser (composantes) - Définition du service rendu à la population et aux professionnels de santé - Déclinaison et organisation des 3 missions du DAC, mise en relation et articulation avec CLIC et composantes - convergence des outils de coordination et métiers	accompagnement intervenant extérieur
	SI	Mettre en œuvre le programme e-parcours	- Déployer les outils socles (ROR, outils orientation) - Construire le SI de Coordination	

	Dimensions	Objectifs	Actions	Appui externe
Ressources Humaines/Social	Gestion de la transition	- Gestion de la transition RH	- information des personnels - cartographie des métiers et compétences existantes et statuts - audit RH - modalités de transfert - gestion conflits	Audit social et RH
		- Gestion de la transition gouvernance	- information des gouvernances audit social associations	
	RH	- Gérer et accompagner le volet RH lié à l'unification	- Fiches de postes - évaluation adéquation profils et compétences - statuts / contrats	
	Formation	- Accompagner le changement Accompagner le développement de compétences et la culture commune	- Evaluation des besoins - Construction de l'offre et planification	Appui national EHESP (DU + programme Pacte) Université de Corse
Logistique et modélisation financière	Logistique	- Mise en place opérationnelle	- Organisation opérationnelle locaux, équipements, technique et SI	Pas nécessaire
	Finances	- Cadrer les moyens au regard des besoins et des financements mobilisables	- Identifier, restructurer et sécuriser les financements actuels - Construire un nouveau modèle de financement pérenne et évolutif - Construire une stratégie de co-financement	Travaux nationaux ANAP, directions centrales

Ces deux tableaux sont instructifs pour comprendre l'ampleur des travaux nécessaires à la mise en œuvre des DAC et surtout le partage du travail de conception. Prenons l'exemple de la formalisation des missions du DAC. Cette dernière amène les professionnels à préciser le service rendu attendu. En effet, les dispositifs fusionnés n'avaient pas nécessairement la même vision du service à rendre quand ils fonctionnaient de manière séparée. Une fois ce service rendu défini, il devient nécessaire d'identifier les composantes du système de santé auxquelles auront recours les professionnels du DAC. En effet, dans une optique de subsidiarité, ils ne se substituent à une prise en charge que quand aucun professionnel du territoire ne peut s'en charger et qu'ils en ont l'expertise. Cela nécessite, d'une part, d'avoir une connaissance très fine et dynamique des ressources présentes sur un micro-territoire, et d'autre part de savoir à qui s'adresser à un échelon géographique supérieur quand l'offre fait défaut sur un micro-territoire. Dans cette perspective, il serait difficile pour les pouvoirs publics centraux de définir de manière prescriptive les modalités d'organisation et de travail des DAC. Ce sont les professionnels qui détermineront par exemple des grilles communes d'analyse des demandes, de repérage des situations à risque, d'évaluation des besoins. En revanche, le niveau national pourra apporter un appui méthodologique par l'élaboration de trames, de grilles de repérage des situations à risques, de référentiels d'activité de compétences des coordonnateurs de parcours. Il s'agit donc d'un travail de conception porté par les pouvoirs publics locaux avec les professionnels concernés par la fusion, appuyés méthodologiquement par les pouvoirs publics centraux, l'ANAP, l'EHESP et éventuellement des intervenants extérieurs (consultants).
On pourrait tenir le même raisonnement concernant la gouvernance du dispositif car seules les ARS connaissent les équilibres politiques entre les différents représentants des offreurs de soins. En somme, la mise en place des DAC nécessite des savoirs locaux, ce qui justifie le rôle prépondérant des ARS, en lien avec les pouvoirs publics centraux, dans la conduite d'un tel projet. L'activité de conception de ces dispositifs est plus partagée que celle de conception du régime des autorisations, compte tenu de savoirs très locaux à mobiliser. Toutefois, les missions étant fixées par le niveau national, les marges de manœuvre de conception sont moins importantes que pour une MSP ou une CPTS.
Néanmoins, ces propositions doivent être considérées avec précaution dans la mesure où le décret d'application de l'article de loi déterminant les missions des DAC n'est pas paru. Or ces décrets sont souvent révélateurs du niveau de prescription des pouvoirs publics nationaux.

Le tableau ci-après, d'après nos résultats, synthétise de manière graphique les différents compromis auxquels les pouvoirs publics parviennent en concevant ces dispositifs de régulation. Ces graphes ne reposent pas sur une échelle de mesure, ils ne servent qu'à schématiser le compromis entre propriétés que nous évoquons.

Tableau 12 : synthèse des compromis de propriétés des dispositifs de régulation



CONCLUSION CHAPITRE 4

Ce chapitre nous a permis d'identifier des méthodes de modélisation plus globale du besoin de santé, très différentes de celle étudiée au chapitre 3. En effet, l'accès aux soins n'est plus appréhendé comme l'accès à une profession de santé mais à un ensemble de services dont les pouvoirs publics doivent être sûrs de la continuité et de la pertinence. Il s'agit là d'une évolution importante dans la façon d'aborder le problème des inégalités d'accès aux soins. Le concept de coordination des soins et toutes les notions qui y sont reliées (parcours, trajectoires, soins intégrés …) n'est pas nouveau. En revanche, l'associer à la problématique des déserts médicaux et des inégalités d'accès aux soins, permet de comprendre pourquoi, au niveau des pouvoirs publics régionaux, des acteurs en santé évoquent des difficultés d'accès aux soins sur des territoires a priori non considérés comme sous denses par les zonages nationaux. « Seule » 8% de la population serait à plus de 20 minutes d'un médecin généraliste (Vergier, 2016), pour autant, les inégalités d'accès aux soins ne concernent pas uniquement 8% de la population française. Avec l'essor des pathologies chroniques, la spécialisation croissante des plateaux techniques et des différents établissements de santé, les acteurs gravitant autour des patients se multiplient et rendent d'autant plus nécessaire une coordination accrue pour garantir un accès à des soins continus et pertinents par rapport aux ressources territoriales en présence. Il ne s'agit pas de construire un hôpital dans chaque village, mais le système de santé doit assurer l'accès à des plateaux techniques pour les populations qui en sont éloignées géographiquement ou socialement. C'est donc une vision plus pragmatique du rôle des pouvoirs publics dans la lutte contre les inégalités d'accès aux services de santé qui est présentée ici : il s'agit d'assurer une égalité dans la continuité de parcours les plus pertinents possibles en lien avec les besoins des usagers et les ressources en présence. S'assurer de la continuité d'un parcours signifie aussi, pour les professionnels et les pouvoirs publics locaux, garantir la réalisation d'un maximum de services au plus près du domicile quand les conditions de sécurité le permettent. La modélisation du besoin de santé par la notion de parcours permet donc de cerner des demandes sociales difficilement identifiables par une méthode de zonage. Certaines de ces demandes nécessitent l'intervention, non pas d'un professionnel, mais d'un collectif coordonné dépassant parfois les frontières sectorielles traditionnelles de la ville, de l'hôpital, du médicosocial.

Cette évolution conceptuelle gomme le clivage traditionnel instauré par la métaphore du désert médical : l'accès aux soins n'est pas nécessairement plus mauvais dans le monde rural. Pour certaines zones couvertes par des collectifs coordonnés de type MSP, la continuité des soins peut être meilleure que dans un milieu urbain où aucune structure de ce type n'aurait vu le jour. On notera d'ailleurs que les MSP ont, jusqu'à présent, majoritairement émergé sur des territoires ruraux (Chevillard et al. 2015).

Renouveler la définition des inégalités d'accès aux soins grâce au concept de parcours nous amène à étudier les dispositifs de régulation de la continuité de celui-ci. Il est apparu que les modélisations des besoins de santé issues de ce concept nécessitent d'entrer dans les pratiques

professionnelles des acteurs. En effet, le principe est d'identifier en amont, par pathologie par exemple, l'ensemble des services nécessaires dont un patient doit bénéficier, toutes professions confondues, toutes structures confondues. Le service s'appréhende alors directement par l'enchainement d'actes techniques à réaliser par les professionnels plutôt que par profession. Au regard de l'évolution des métiers, ces tâches ne sont pas toujours réalisées par les mêmes professions ou les mêmes structures selon les territoires. C'est donc plus l'accès à l'expertise clinique et sociale, fournie par un collectif, qui est susceptible d'identifier un besoin de manière globale et de garantir l'homogénéité d'un parcours.

Nous avons alors étudié les modalités de conception de quatre dispositifs de régulation de la continuité des parcours : les MSP, les CPTS, le régime des autorisations et les DAC. Ces quatre dispositifs obéissent à des logiques de conception et de régulation différentes. Les deux premiers privilégient une modélisation locale du besoin de santé et permettent pour cela une certaine liberté organisationnelle cadrée. Le régime des autorisations privilégie plus les propriétés de sécurité et d'égalité de traitement entre les usagers en utilisant l'outil règlementaire et la planification des implantations. Enfin, les DAC ont vocation à coordonner les composantes existantes pour assurer une meilleure fluidité des parcours. Les missions assignées par le niveau central nécessitent néanmoins des possibilités d'adaptation régionale. Il apparaît que certains de ces dispositifs forment des composantes du système de santé (MSP/CPTS, Etablissements de santé) tandis que d'autres visent à articuler ces composantes (DAC). En tous les cas, le seul dispositif présenté qui pourrait réguler la continuité d'un parcours dans sa globalité est le DAC.

Toutefois, quand ce dernier repère des ruptures de parcours liées à l'absence d'une composante, quelles sont ses marges de manœuvre ? Nous posons cette question car dans le cadre du diagnostic initial pour la mise en place de l'unique DAC de la région étudiée, nous avons conçu un questionnaire dont l'objectif était de répertorier les difficultés des professionnels qui pourraient donner lieu à une rupture de parcours d'un usager. Le questionnaire était composé de quatre parties (cf. chapitre 2). Le faible nombre de réponses ne nous a pas permis une exploitation robuste. Néanmoins, il a fait apparaître une problématique intéressante : certains professionnels, au regard de la spécialisation croissante des prises en charges, ont indiqué que des appuis d'expertise spécialisée, notamment hospitalière, au plus près du domicile des usagers seraient appréciables. Par exemple, si pour un certain nombre d'usagers, on observe chaque fois un défaut de suivi des patients cancéreux traités par thérapie orale du fait de leur éloignement du centre expert, le DAC peut alerter les autorités compétentes. De fait, le DAC n'a pas vocation à créer de nouvelles composantes mais doit améliorer la connaissance des ressources existantes du système par les acteurs de terrain et simplifier la lisibilité de ce système complexe. En d'autres termes, comment créer des équipes ville-hôpital atteignant un degré de coordination plus aboutie qu'un échange de courrier de liaison et adapté aux difficultés des micro-territoires ? Car aucun des dispositifs étudiés jusqu'à présent ne permet de créer des composantes de prise en charge d'un parcours (au sens du parcours par pathologie) qui répondent à des difficultés identifiées par des acteurs locaux.

Dans le chapitre suivant, nous étudions plus particulièrement les composantes manquantes dont nous verrons qu'elles ne sont que peu conçues par les pouvoirs publics centraux.

Comment peuvent émerger des projets nouveaux visant à réguler les parcours pour diminuer les inégalités d’accès aux soins dans un domaine aussi contraint que la santé ?

CHAPITRE 5 : UNE CONCEPTION MULTICENTRIQUE DE DISPOSITIFS DE RÉGULATION FACE AU CARACTÈRE LOCALISÉ DES INÉGALITÉS D'ACCÈS AUX SOINS

INTRODUCTION DU CHAPITRE 5

Dans ce chapitre, nous tentons de répondre à notre troisième question de recherche : **le parcours de soins comme objet de régulation amorce-t-il un tournant vers une organisation plus ouverte de la conception d'une action publique ?** Rappelons les chapitres précédents : nous avons montré d'abord en quoi les approches quantitatives de modélisation du besoin de santé présentaient des avantages mais ne permettaient pas de saisir d'autres manifestations du besoin de santé en dehors de l'accès à une profession de santé. Dans le chapitre 4, nous avons démontré en quoi une modélisation du besoin de santé, par la notion de parcours, était une alternative pour mieux comprendre la diversité des demandes sociales émanant des territoires, y compris là où la dotation en médecins paraissait bonne. Néanmoins, on a émis l'hypothèse qu'une régulation du parcours des usagers n'avait pu se faire jusqu'à présent, que par « morceaux » en règlementant chaque composante de manière isolée. L'introduction des DAC a amorcé une régulation effective des parcours dans leur ensemble en accompagnant les professionnels de santé sur les prises en charges ressenties comme complexes. Mais ces DAC n'ont pas vocation à créer des composantes supplémentaires, notamment des composantes qui se structurent autour des parcours de patients et dont les champs d'action dépassent les secteurs traditionnels de la ville, de l'hôpital etc. Par exemple, une composante parcours peut être une organisation de la prise en charge et du suivi des patients atteints de cancers hématologiques par un réseau ville hôpital. Un DAC ne se substitue pas à ces composantes et n'a pas vocation à faire de la coordination spécialisée. Une composante dont la coopération entre les acteurs de ville et les hospitaliers serait retravaillée régulerait alors un parcours thématique : le cancer. Toutefois, l'émergence de ces composantes nécessite une modélisation par le parcours des besoins de santé qui paraît difficile à réaliser « à distance » (par exemple par l'usage d'un outil statistique national). En cela, une régulation effective des parcours passerait-elle par une organisation plus ouverte de la conception d'une action publique ? L'ouverture se ferait notamment vers les professionnels de santé et les usagers des territoires, plus à même d'identifier les problématiques d'accès aux soins rencontrées.

Néanmoins, l'organisation en elle-même des parcours repose sur la coopération d'un grand nombre d'acteurs évoluant dans des écosystèmes (Moore 1993) territoriaux différents. En effet, du centre expert au domicile du patient, une chaîne d'acteurs multiples, au-delà du seul secteur sanitaire, doit se constituer pour que s'établisse entre eux une coordination afin de fournir un service de santé au « bon » moment, au « bon » endroit. D'un territoire à l'autre, ces parcours varient au gré de la disponibilité des ressources et des compétences.

Face à ces défis, certaines institutions publiques brandissent l'innovation comme un levier décisif pour répondre aux attentes des usagers et des professionnels. Celle-ci est envisagée à l'initiative des acteurs des territoires du fait de leur position privilégiée pour détecter les

incohérences dans les parcours des patients occasionnées par la mutation d'un système, et proposer des scénarios d'évolution.
L'article 51 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale 2018 a justement été créé pour donner la possibilité à des acteurs du système de santé de proposer des projets organisationnels innovants. Une des conditions que doivent satisfaire les projets est la réplicabilité de leur initiative à un échelon au moins interrégional ; cela dans la perspective de les intégrer au droit commun et non à un régime dérogatoire. Ce dispositif est donc un objet d'étude intéressant à plusieurs titres :

- Il questionne la faisabilité d'une ouverture de la conception d'une action publique à un écosystème territorial pouvant parfois dépasser la région. Par exemple, des professionnels de santé peuvent avoir à formaliser : non seulement une nouvelle organisation dépassant leur champ d'action traditionnel mais également un nouveau mode de financement.

- Il soulève également la question de la diffusion de ces innovations locales à des échelons territoriaux supérieurs :

    - Est-ce que l'initiative est cohérente avec les autres politiques déployées à d'autres échelons territoriaux ?
    - Est-ce que la diffusion à d'autres territoires d'un projet local peut s'opérer rapidement une fois son efficacité démontrée ? Qu'entend-on par diffusion ? Des marges d'adaptation sont-elles possibles ? Si oui lesquelles ?

Si la première question renvoie à la faisabilité technique et relationnelle d'un projet à l'échelle d'un parcours conçu de manière ascendante, la deuxième question révèle un comportement assez paradoxal de la part des pouvoirs publics : d'une part ils ouvrent la possibilité d'une plus grande flexibilité et pertinence de l'organisation des soins en autorisant les acteurs de terrain à déroger à certains articles du code de la santé publique, d'autre part, ils demandent à ce que cette innovation locale et contingente soit généralisable à d'autres territoires, aux conditions locales forcément différentes. L'hypothèse sous-jacente est donc que les porteurs de projets locaux, aidés du niveau national sont capables de juger de la réplicabilité d'un tel projet dans d'autres territoires. Si le rôle des pouvoirs publics est de garantir la sécurité des patients et la qualité des soins à travers le respect de textes règlementaires issus des recommandations des agences nationales (HAS, ANAP…) et des sociétés savantes médicales, il n'en demeure pas moins que cette façon de traiter l'objectif de réplicabilité pose de nombreuses questions dans le champ des sciences de gestion : comment juger de la réplicabilité d'une expérience innovante et singulière ? Le partage de bonnes pratiques (Dupouët, Yildizoglu, et Cohendet 2003), d'idées ou d'expériences à succès permet-il une meilleure diffusion des dispositifs innovants dans des territoires plutôt atones en la matière ?
La **première section** vise à préciser le cadre théorique qui corrobore le paradoxe inhérent à l'article 51 présenté précédemment, ainsi qu'une démarche méthodologique permettant d'analyser nos cas d'études plus finement. La **deuxième section** illustre le processus de

conception de deux projets innovants, dont l'objectif premier est de garantir un meilleur accès aux soins pour les usagers, afin de comprendre l'intérêt de le partager et les difficultés que cela peut poser aux acteurs en santé. **La troisième section** vise à lever, au regard des cas présentés en section 2, une partie du paradoxe présenté en section 1.

SECTION 1 : REVUE DE LITTÉRATURE COMPLÉMENTAIRE SUR UNE FORME D'OPPOSITION ENTRE LITTÉRATURE COGNITIVISTE, ÉCOSYSTEMIQUE ET NÉO-INSTITUTIONNALISTE : ENTRE INNOVATION ET IMITATION, LES EFFETS MULTIPLES D'UN MILIEU.

1.1 L'approche cognitive

Certains courants théoriques (Blackler 1995; Armand Hatchuel et Weil 1992) analysent la nature des connaissances mobilisées dans un processus d'innovation, afin d'en comprendre la diffusion (Cohendet, Grandadam, et Simon 2010a) et d'imaginer une méthode permettant de systématiser l'émergence d'innovations (Agogué et al. 2013). Cette littérature cognitiviste soutient notamment que l'émergence et la forme des connaissances sont nécessairement associées à une action collective ayant lieu dans un contexte donné. Autrement dit, les connaissances générées par des sociétés savantes médicales, notamment celles adressant la question de l'organisation d'une prise en charge, sont nécessairement contingentes et associées à leur contexte d'émergence. De quelles propriétés génériques ces connaissances seraient-elles porteuses, leur permettant de s'adapter à des « réalités de terrain » différentes de leur contexte d'émergence ?

Ce travail s'inscrit dans la perspective de décrire les processus cognitifs à la base d'une innovation, afin de mieux comprendre les déterminants de la diffusion de certains projets innovants locaux. C'est justement la spécificité et les problématiques d'un territoire qui vont contraindre d'une nouvelle manière les connaissances existantes au sujet de la prise en charge d'une pathologie. A ce titre, Blackler (Blackler 1995) souligne un glissement notable dans l'étude des connaissances nécessaires à l'innovation : l'objet d'étude n'est pas la connaissance elle-même, mais le système qui permet l'action de connaître et l'action tout court. Pour résumer, la théorie de l'activité étudie l'action de connaître comme quelque chose que les individus font. Elle analyse les dynamiques du système à travers lesquelles l'action de connaître est réalisée. La connaissance n'est donc pas perçue comme quelque chose que les individus ou les organisations ont. Blackler définit alors l'action de connaître comme un phénomène :

- Intermédié car elle se manifeste par le langage, la technologie …
- Localisé dans le temps et l'espace et spécifique à des contextes particuliers. La signification et l'interprétation d'idées ou d'événements varient au gré des différents contextes.
- Provisoire car constamment en développement.
- Pragmatique car orienté objet
- Contesté car souvent lié à des enjeux de pouvoir (Foucault 1994).

Ces propos nous invitent donc à répondre aux questions suivantes :

- jusqu'où aller dans le renouvellement du savoir médical et organisationnel, pour adapter une prise en charge inventée sur un territoire, à des territoires initialement non pris en compte dans l'élaboration des recommandations de bonnes pratiques des sociétés savantes ? Quelle est la nature des savoirs susceptibles d'être modifiés au cours de la diffusion d'un projet ?
- jusqu'où les pouvoirs publics nationaux peuvent-ils « assouplir » la règlementation et les modalités de financement pour favoriser la diffusion et l'adaptation d'innovations au sein des territoires ?

Ces approches cognitives sont pertinentes pour comprendre la logique sous-jacente de l'article 51 de la LFSS 2018 : si les connaissances sont liées à un contexte, multiplier les contextes d'émergence permettrait de répondre à des problèmes non identifiés par les régulateurs. Néanmoins, cet article de loi prévoit que les expérimentations financées, une fois leur efficacité évaluée, fassent office de règlementation afin que d'autres acteurs puissent, sans déroger au code de la santé publique, déployer ces nouvelles formes d'organisation au sein de leur territoire. Il reconnaît donc de manière implicite que les savoirs à la base de la conception des modes de régulation de l'acteur public ne sont pas assez génériques ou pas suffisamment étendus pour répondre aux difficultés des acteurs en santé. Mais si ces savoirs ne sont pas suffisamment génériques pour le législateur national, quelle garantie que ceux qui émergent des territoires de proximité le soient ? L'étude des savoirs mobilisés dans des projets en santé devient nécessaire car ce sont eux qui légitiment les différents modes de régulation.
Par ailleurs, si un savoir est lié à son contexte d'émergence, c'est sans doute le cas également pour les connaissances mobilisées par les pouvoirs publics dans le cadre d'une régulation plus « traditionnelle » (hors article 51). Ce questionnement amène à étudier de manière plus précise les modes de régulation utilisés par les pouvoirs publics dans le champ sanitaire.

1.2 L'approche par la régulation

L'approche par la régulation permet de comprendre les formes régulatoires utilisées par les pouvoirs publics et notamment les savoirs sur lesquels elles reposent. Comme cela a été montré dans le chapitre 4 par l'étude du régime des autorisations, l'Etat est garant de la sécurité des usagers du système de santé. Juridiquement, un patient peut attaquer des acteurs du système de soins s'il estime que des erreurs mettant en jeu sa vie, ou celle d'un proche, ont été commises. Ainsi, les pouvoirs publics utilisent différentes formes de régulation pour garantir une homogénéité et une sécurité des services de santé sur le territoire national. Ils utilisent la voie législative en normant d'un point de vue juridique l'autorisation de la réalisation de certaines activités (cancérologie, médecine, chirurgie, chirurgie cardiaque …), l'implantation de certains équipements lourds ou la réalisation de certains actes techniques. Pour rappel, on a distingué trois grands outils de la planification sanitaire :

- Les conditions d'implantation d'un équipement ou d'une activité.

- Les conditions techniques de fonctionnement d'une activité de soins (médecine, chirurgie …).
- Les conditions de réalisation d'un acte médical.

Cette forme de régulation « rigide » n'est pas la seule utilisée par les pouvoirs publics (Baly 2019) néanmoins elle encadre une grande majorité des activités des établissements de santé (public/privé) sur le territoire national. Il est important de préciser ces éléments car ils sont déterminants pour comprendre le cadre règlementaire dans lequel l'article 51 de la LFSS 2018 s'inscrit. On a vu que ces contraintes règlementaires vont jusqu'à spécifier les ressources humaines, ou le plateau technique nécessaires à la réalisation d'une activité de soins. Compte tenu des savoirs professionnels (Reed 1987) mobilisés, les pouvoirs publics sont accompagnés par les différentes sociétés savantes médicales à chaque renouvellement du régime des autorisations.

Ainsi, l'article 51 de la LFSS 2018, donnant la possibilité de déroger aux conditions techniques de fonctionnement, serait une forme de remise en cause de la légitimité des sociétés savantes qui seraient trop prescriptives, et créeraient, par ces contraintes, des difficultés pour les acteurs en santé des territoires. Les marges de manœuvre des acteurs locaux seraient trop restreintes pour s'adapter aux spécificités de leur environnement (Grenier, Denis 2017).

Ces questionnements empiriques nous semblent proches des thématiques étudiées par le courant néo-institutionnaliste. En effet, Meyer et Rowan constatent que les institutions se sont développées à grande échelle, ont acquis une forte légitimité (Meyer et Rowan 1977) et constituent ainsi un contexte fortement structurant. Les organisations modernes se développent alors dans un contexte hautement institutionnalisé. Le néo-institutionnalisme cherche à montrer comment la conformité avec les forces institutionnelles environnementales devient un enjeu pour obtenir une légitimité d'une part, et d'autre part conduit à l'homogénéisation des formes organisationnelles. Suivant cette perspective théorique, les auteurs parlent de la propension à l'isomorphisme qui tend à faire adopter les mêmes configurations standardisées au même moment. Cet isomorphisme peut se décliner sous trois formes (DiMaggio et Powell 1983). On parle d'abord d'isomorphismes mimétiques : les individus, confrontés à des situations ambiguës ou incertaines, ont tendance à rechercher dans leur environnement des modèles qui ont fait leurs preuves dans des cas similaires. Ce mécanisme mimétique peut cependant jouer en l'absence d'incertitude ou de problème à résoudre. En effet, quand une innovation technologique ou managériale atteint un certain seuil de diffusion au sein d'un champ organisationnel, les organisations qui n'avaient a priori aucune raison de l'adopter ont tendance à le faire quand même. Ce phénomène peut être expliqué par la volonté des managers de paraître légitimes aux yeux des dirigeants (politiques, actionnaires) en se conformant à « la manière dont il faut faire les choses dans ce métier ». DiMaggio et Powell parlent également d'un isomorphisme coercitif où l'institution est un ensemble de règles et un système de sanctions qui contraint le comportement des acteurs. Enfin, l'isomorphisme organisationnel peut également être de source normative car contrairement à la règle, la norme ne contraint pas le comportement des acteurs mais l'oriente en leur servant de critère de décision. Cette modalité normative de l'isomorphisme découle

en grande partie du phénomène de professionnalisation qui a tendance à engendrer de l'uniformité, de la reproduction et de la socialisation. (Huault 2009)

C'est en suivant ces différentes logiques que les organisations finissent par adopter les mêmes pratiques et les mêmes structures. L'imbrication des organisations dans leur environnement institutionnel façonne ainsi leur architecture et leur comportement (Bensedrine et Demil 1998). La notion d'environnement institutionnel nous amène à parler du champ organisationnel dans lequel le mimétisme a lieu. En effet, DiMaggio et Powell utilisent le champ organisationnel défini par Bourdieu (Bourdieu 2009) comme « un espace structuré de positions dont les propriétés dépendent de leur position dans ces espaces et qui peuvent être analysés indépendamment des caractéristiques de leurs occupants ». Le champ s'étudie de façon autonome par rapport aux organisations qui le composent. Appliquée aux organisations, la conception néo-institutionnaliste définit un champ comme un groupe d'organisations constituant une sphère particulière de la vie socio-économique et reconnue comme telle.

Les néo-institutionnalistes apportent à la théorie des organisations, une lecture des comportements organisationnels en inscrivant la rationalité des décideurs dans son contexte social et en précisant les contraintes et pressions sociales qui pèsent sur eux.

C'est dans cette perspective que ce courant théorique contribue à une approche plus réaliste du fonctionnement des organisations en faisant reposer l'action humaine d'abord sur la recherche de légitimité. Le poids des institutions reste prépondérant dans l'analyse, c'est pour cette raison que les modèles de gestion, socialement admis, représentent un enjeu central pour les organisations en quête de légitimité et de conformité sociale.

Ainsi, dans notre cas, le champ institutionnel est composé des pouvoirs publics mais aussi des sociétés savantes médicales associées aux processus de légifération. Ensemble, à l'aide d'outils juridiques, ils norment un certain nombre d'organisations sanitaires. La possibilité juridique donnée par l'article 51 de la LFSS 2019 de déroger à ces conditions techniques de fonctionnement ouvre le champ organisationnel à de nouveaux acteurs porteurs de légitimité. Notons quand même que ces sociétés savantes ne sont pas toutes porteuses d'un même message et qu'il existe des conflits professionnels en leur sein. Parler d'une légitimité issue des sociétés savantes est une simplification pour montrer qu'elles sont associées aux processus de légifération.

La mobilisation de courants théoriques cognitivistes et néo-institutionnels soulève une certaine contradiction : d'un côté, la littérature sur les écosystèmes innovants nous montre que le contexte d'émergence d'une idée ou d'une innovation, comme le territoire par exemple (Cohendet, Grandadam, et Simon 2010b), est très fortement structurant, d'un autre côté, le courant néo-institutionnel explique que le champ organisationnel amène les collectifs à s'imiter les uns les autres. Autrement dit, le contexte est à la fois déterminant dans l'imagination de solutions nouvelles mais génère des mimétismes entre les organisations. Les études de cas présentées ci-après nous permettront de mieux caractériser ce paradoxe et en quoi l'article 51 de la LFSS 2018 peut y répondre dans un premier temps. En effet, pour Sahlin & al (Sahlin et Wedlin 2008) le processus de mimétisme a lieu quand les acteurs d'une organisation s'identifient à une idée véhiculée dans le champ organisationnel. Néanmoins, le mimétisme n'est pas parfait et les auteurs évoquent un phénomène d'édition plus que de

mimétisme, car l'idée est « adaptée » au cours de sa diffusion à travers sa mise en discours. Cette notion « d'édition » nous semble d'ailleurs plus appropriée car si elle explique une forme de similitude entre les organisations, elle permet aussi d'en comprendre les différences. Ainsi, si l'article 51 de la LFSS 2018 permet l'émergence de nouvelles organisations des activités de soins, quelle liberté serait accordée au processus « d'édition », d'adaptation de cette idée à d'autres environnements ? Si un projet article 51 déroge au code de la santé publique, son cahier des charges fait office de règlementation. Dans sa diffusion à d'autres contextes, quelles sont les marges d'adaptation possibles ? S'agit-il seulement d'ouvrir le champ des acteurs porteurs de légitimité tout en conservant un mode de régulation rigide ou d'assouplir le mode de régulation ?
Pour répondre à ces questions, un détour théorique par une démarche articulant conception et dynamique des organisations (démarche dite CDO, cf. ci-dessous) semble nécessaire afin de qualifier plus précisément les savoirs mobilisés par les acteurs locaux et les « objets » susceptibles d'être conçus en adéquation avec les contraintes du territoire et adaptés au cours de la diffusion d'une idée.

1.3 Qualifier les savoirs à créer et à répliquer grâce à la démarche de Conception et Dynamique des Organisations (CDO)

Dans une perspective d'analyse du changement organisationnel, Sardas & al (Sardas, Dalmasso, et Lefebvre 2011) propose de raisonner sur deux grands volets complémentaires : le premier est relatif à la conception organisationnelle, au sens du dessin formel d'un schéma organisationnel dont découle les rôles offerts aux acteurs. Le second volet porte sur le fonctionnement organisationnel réel au travers de l'analyse de la « dynamique identitaire globale des acteurs » (modèle DIGA) qui pose la question suivante : "dans quelle mesure et pourquoi un acteur, singulier (individu) ou générique (ensemble d'individus) assume-t-il (objectivement et subjectivement, éventuellement en le transformant) le rôle que l'organisation lui offre ?". Ce travail a non seulement une vocation descriptive et de diagnostic de l'existant, mais propose aussi des outils à mobiliser pour accompagner une réorganisation. Une présentation succincte de ces outils nous permettra de les manier par la suite dans ce travail.

Dans le volet conception, l'organisation d'une activité se décline selon les quatre composantes suivantes :

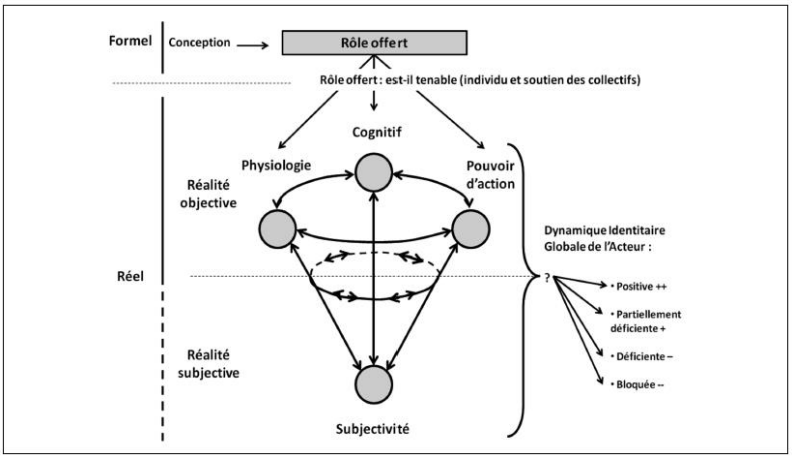
- **Les processus opératoires** : par lesquels sont réalisés des produits ou des services proposés à des clients actuels ou potentiels, dans une série d'opérations de transformation (matérielles ou immatérielles).
- **Les processus ressources** : par lesquels sont créées ou maintenues les ressources (humaines, techniques et cognitives) qui interviennent dans les processus opératoires.
- **Les processus de pilotage**, des activités, par lesquels les objectifs sont définis, déclinés à plusieurs niveaux ; suivis et contrôlés.

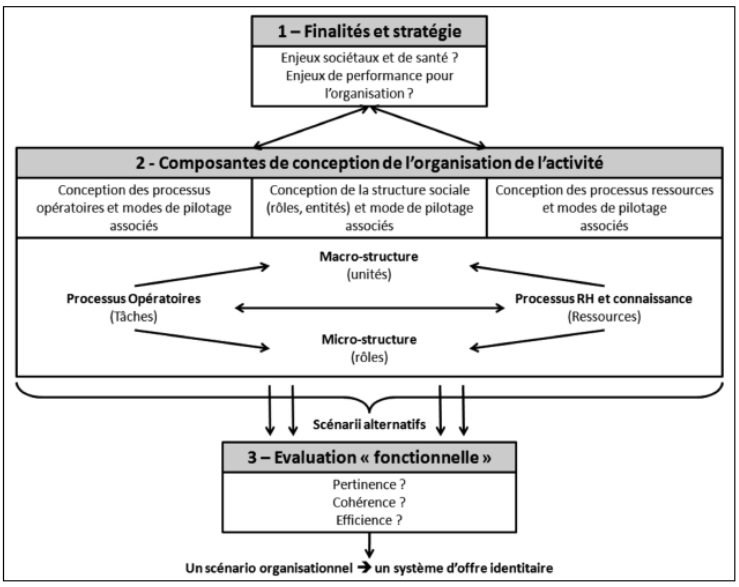
- **La structure**, ensemble des unités (divisions, directions, départements, services, équipes ...) de l'entreprise et leurs modes de liaison (macro-structure), ainsi que l'ensemble des rôles et leurs modes de liaison (micro-structure).

Ces concepts théoriques nous seront utiles pour comprendre la mutation organisationnelle occasionnée par le seul changement d'une pratique médicale. Ils nous permettront également d'identifier les savoirs à la base du renouvellement des processus opératoires. Ces savoirs seront resitués dans l'ensemble des savoirs nécessaires à une prise en charge de réadaptation cardiaque. Enfin, ils permettront d'identifier le degré de prescription qui existe aujourd'hui dans le code de la santé publique. Par exemple, nous tenterons d'analyser dans la partie suivante comment les conditions techniques de fonctionnement norment certains processus opératoires. Dans le second volet de l'approche CDO, une perspective d'analyse de la réalité du fonctionnement organisationnel est adoptée qui vient compléter et s'articuler au premier volet de conception formelle. Il s'agit d'explorer la rencontre entre le rôle offert par l'organisation et les attentes et possibilités de l'acteur suivant quatre pistes en interaction.

- Une première **cognitive** qui consiste à évaluer si l'individu dispose des savoirs nécessaires à la réalisation de son rôle, ou s'il est en mesure de les acquérir ;
- Une deuxième **physiologique** qui s'intéresse à l'ergonomie et la faisabilité matérielle du travail, son caractère soutenable dans la durée.
- Une troisième **stratégique** qui évalue le pouvoir d'agir de l'individu en fonction des ressources (statutaires, relationnelles, matérielles, budgétaires) mobilisables pour tenir son rôle, et le faire reconnaître par autrui.
- Enfin une dimension **subjective** qui englobe la représentation qu'a le sujet des 3 premières (son sentiment de compétence, son sentiment de capacité physiologique, et son sentiment de capacité d'action, d'autonomie et de reconnaissance). Elle recouvre ensuite le sens profond du travail pour l'individu et notamment la manière dont son rôle, tel qu'il le ressent, entre en "résonance symbolique" (Dejours, 1990) avec ses désirs et ses valeurs. Cette dimension concerne l'ensemble du vécu subjectif du travail et doit être replacée dans l'histoire du sujet, passée et projetée.

Figure 20 : les modèles DIGA et SPSR (Stratégie-Processus-Structure-Ressources) (Sardas,2011)





Les 3 premières caractérisent la réalité objective du travail, la dernière, la réalité subjective. Cette analyse de la dynamique psychosociale est notamment utile pour comprendre la motivation des professionnels à participer ou non à un projet innovant. Cette motivation est un facteur important pour saisir les enjeux locaux d'un projet : les positionnements stratégiques, les capacités cognitives et physiologiques mais surtout les sentiments de compétence et les représentations professionnelles nous paraissent très variables d'un territoire à l'autre. Sahlin (Sahlin et Wedlin 2008) évoque ce phénomène à travers la notion d'identité professionnelle qui mute à mesure que certaines idées traversent les organisations. Il semble que ce volet psychosocial augmentera notre compréhension des différences entre territoires dans la tenue et l'appropriation des rôles par les différents corps de métier.

Cette section avait pour objectif de venir compléter notre lecture théorique du sujet. A l'aide de ces différentes théories, nous avons pu préciser le paradoxe qui nous semblait émerger d'un dispositif tel que l'article 51 de la LFSS 2018. Nous avons par ailleurs présenté une démarche dite de Conception et Dynamique des Organisations (CDO) pour modéliser plus finement les cas d'étude présentés dans la section suivante.

SECTION 2 : DYNAMIQUES DE CONCEPTION MULTICENTRIQUE DE DISPOSITIFS DE RÉGULATION DES INÉGALITÉS TERRITORIALES D'ACCÈS AUX SOINS.

Dans cette section, après un bref rappel au sujet de l'éligibilité d'un projet à l'article 51 de la LFSS 2018, nous démontrons, par l'étude de deux cas auxquels nous avons été associés, que la conception du dispositif de régulation est à l'initiative des acteurs de terrain, en lien avec leur écosystème. Ces derniers ne sont pas juste consultés par les pouvoirs publics dans l'élaboration de projets innovants. Ce mode de conception pose des difficultés importantes aux porteurs de projet mais permet de prendre en considération des spécificités du territoire, en termes d'accès aux soins, invisibles à au macroscope statistique actuel.

2.1 L'article 51 de la LFSS 2018

Dès sa prise de fonctions, Agnès Buzin, ministre des solidarités et de la santé, a souhaité amorcer une réforme de l'organisation et du financement de notre système de santé. Actuellement, plusieurs modalités coexistent : le financement des soins de ville, le financement des établissements de santé (fondé en partie sur la tarification à l'activité ou T2A) et le financement du secteur médico-social. Alors que la logique parcours est prônée par les gouvernements successifs et que certains parcours se mettent en place, cette approche segmentée atteint ses limites. C'est pourquoi la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 a introduit, par son article 51, un dispositif permettant d'expérimenter de nouvelles organisations en santé reposant sur des modes de financement inédits. Et ce, dès lors que ces nouvelles organisations contribuent à améliorer le parcours des patients, l'efficience du système de santé, l'accès aux soins ou encore la pertinence de la prescription des produits de santé.

Pour déposer un projet, chaque porteur est invité à renseigner les informations utiles le concernant, à donner une brève description de son projet et à joindre une lettre d'intention sur une plateforme ad hoc qui, selon le champ territorial de son projet, sera nationale ou régionale.

Tableau 13 : les ouvertures législatives permises par l'article 51 de la LFSS 2018

Les possibilités de dérogation **aux règles de financement** de droit commun	Les possibilités de dérogation **aux règles d'organisation** de droit commun
Dérogations à certaines dispositions du code de la sécurité sociale et code de l'action sociale et des familles :	Dérogations à certaines dispositions du code de la santé publique :
La facturation	Partage d'honoraires entre professionnels de santé

La tarification (ex : paiement à la qualité)	Limitation des missions des établissements de santé (ex : prestations d'hébergement non médicalisé)
Le remboursement	Autorisation d'activité de soins et d'équipements matériel lourds
La prise en charge des produits de santé	Dispensation à domicile de dialysats
Le paiement direct des honoraires par le malade	En 2019, les conditions techniques de fonctionnement
Autres types	

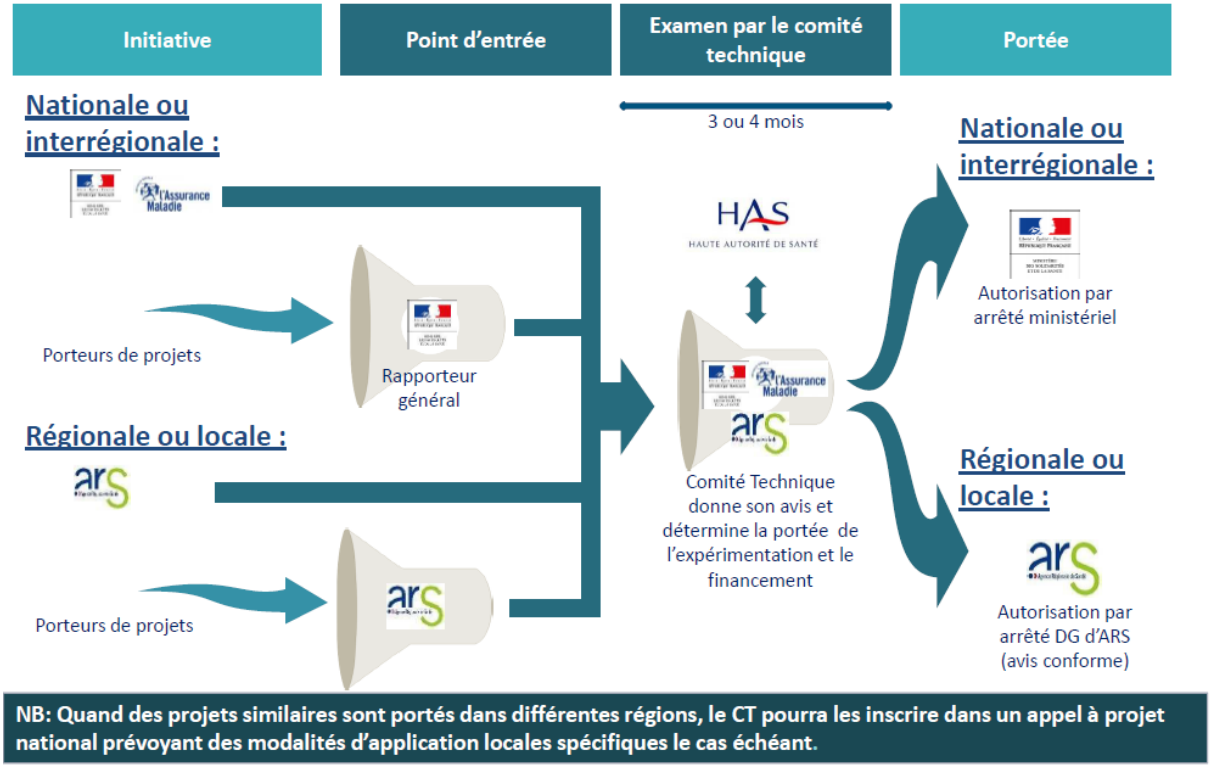
Une expérimentation n'est éligible à l'article 51 de la LFSS 2018 que si elle nécessite au moins une dérogation à des règles de financement ou d'organisation de droit commun.

Les principaux critères de sélection des projets par les pouvoirs publics locaux et nationaux sont :

- La faisabilité
- La reproductibilité
- Le caractère innovant
- L'efficacité et l'efficience (meilleure qualité des services, diminution des coûts y afférents)

Afin de mieux comprendre les cas que nous allons présenter par la suite, nous exposons ci-dessous les différentes étapes règlementaires, pour qu'un projet proposé par des acteurs de terrain puisse être généralisé. La figure ci-dessous présente « le cycle de vie » d'un projet article 51.

Figure 21 : présentation de la procédure de soumission d'un projet article 51.



On remarque que deux « entrées » dans le dispositif sont possibles : soit par l'ARS quand le projet a une portée locale ou régionale, soit par le ministère de la santé quand le projet a une portée interrégionale ou nationale.
Dans le cas où un projet est accepté par le Comité Technique de l'Innovation en Santé (CTIS), le directeur général l'ARS (projet régional ou infra) ou la ministre de la Santé (projet national ou interrégional) publie un arrêté d'autorisation d'expérimentation. En fonction des résultats de l'expérimentation et de l'évaluation qui en est faite, il est prévu de généraliser ou non le projet. Toutefois, aucun projet n'est encore arrivé au stade de l'évaluation et il paraît peu probable que le choix de passage dans le droit commun soit binaire (cf. chapitre 6).
Dans l'esprit, cet article de loi ouvre bien la possibilité à des acteurs locaux de proposer des projets innovants par rapport aux règles de financement ou d'organisation en vigueur dans le domaine de la santé. Mais dans les faits, ce dispositif est-il opérationnel ? Les acteurs locaux sont-ils capables de concevoir des projets respectant l'ensemble des critères édictés par les pouvoirs publics dans un domaine aussi complexe et règlementé que la santé ?

2.2 *Une conception multicentrique de dispositifs de régulation de parcours : deux études de cas.*

Nous présentons ici deux projets article 51 que nous avons pu suivre de manière rapprochée en y contribuant directement (cf. chapitre 2). Les projets sont décrits de manière historique

dans l'optique de préciser la diversité des acteurs qui y prennent part, la nature des tâches qu'ils ont à remplir et les difficultés qu'ils rencontrent. Deux projets sont étudiés car ils comportent des difficultés différentes et pertinentes pour comprendre la complexité d'une conception partagée d'un dispositif de régulation d'un parcours. Nous ne présentons pas les autres cas auxquels nous avons été associés par souci de concision mais les conclusions seraient les mêmes que celles présentées ci-après.

Le projet EVACORSE

A l'origine de ce projet se trouve l'alerte donnée par un masseur kinésithérapeute de Balagne, un territoire semi rural à une heure de route de Bastia, pôle urbain du département où se trouvent quelques plateaux techniques. Constatant un important niveau de renoncement aux soins de réadaptation cardiaque de sa patientèle et de celle de ses confrères, ce professionnel a contacté l'Agence Régionale de Santé de Corse pour signaler ce problème.

Une première proposition des professionnels de santé du territoire de proximité a été de demander la création d'un SSR mention cardiovasculaire sur le micro-territoire. En effet, les services de suite et de réadaptation (SSR) proposent une prise en charge globale et pluridisciplinaire des patients. Abrités par des établissements de santé, les SSR associent exercices physiques sur prescription d'un cardiologue et des ateliers d'éducation thérapeutique. Une séance durant trois heures, les patients ne sont pas hospitalisés. Une réadaptation complète compte en moyenne vingt séances, à raison de 3 à 5 séances par semaine. Le nombre de séances peut être plus important si le patient présente une insuffisance cardiaque par exemple. Ce mode de prise en charge est insatisfaisant selon les professionnels, car il conduirait les patients dont le domicile est éloigné du centre à renoncer à ces soins, malgré une efficacité avérée (diminution de 20 à 30% des décès et de 40% des hospitalisations) (Wielenga 1999).
La solution de créer une nouvelle structure a rapidement été écartée du champ des possibles par l'ARS de Corse car aucune nouvelle autorisation d'implantation d'un SSR mention cardiovasculaire n'était prévue dans le schéma de l'organisation des soins (SROS), alors en cours d'élaboration. Or, tous les cinq ans, les ARS doivent planifier à travers leur SROS, la répartition de l'offre de santé en autorisant la réalisation de certaines activités de soins par des structures existantes ou par la création de nouveaux établissements. Pour cela, les sociétés savantes médicales, en lien avec les pouvoirs publics, déterminent les conditions techniques de fonctionnement dans lesquelles ces structures doivent prodiguer des services de santé (matériel et ressources humaines nécessaires) (cf. chapitre 4). La création d'un SSR mention cardiovasculaire, implique un investissement considérable de la part des pouvoirs publics. Le constat présenté dans ce micro-territoire se retrouve dans d'autres micro-territoires à plus d'une heure des deux SSR référents en région. Cette proposition aurait alors abouti à un investissement très coûteux pour les pouvoirs publics et à l'émergence de SSR structurellement déficitaires compte tenu du nombre de patients restreint.

L'ARS de Corse se trouvait dans une impasse car elle doit à la fois garantir la qualité et la sécurité des soins, par le respect des conditions techniques de fonctionnement, mais aussi lutter contre les inégalités d'accès aux soins. Pour trouver une solution, a été envisagée une expérimentation médicale et organisationnelle qui consisterait à organiser une partie de la prise en charge traditionnellement réalisée en SSR au sein de MSP. Ce projet était ambitieux car lutter contre le renoncement aux soins de réadaptation cardiaque de manière efficiente ne semblait pouvoir se réaliser qu'à condition de déroger aux conditions techniques de fonctionnement d'un SSR donc à condition de venir questionner les référentiels médicaux conçus par les sociétés savantes.

En effet, assez rapidement au cours des échanges, l'expertise apportée par le médecin cardiologue coordonnateur du SSR du CH de Bastia a permis d'établir les contraintes liées à ce type de prise en charge médicale. Pour comprendre celles-ci, il faut distinguer deux types de risque en cardiologie :

- Le haut risque cardiovasculaire (risque 1) : il s'agit du risque qu'un individu fasse un Accident Vasculaire Cérébral (AVC) **dans les dix prochaines années**. Toute personne considérée comme à haut risque cardiovasculaire doit bénéficier d'une prise en charge en SSR à titre préventif.
- Le risque de réadaptation cardiaque (risque 2) : il s'agit d'un risque de mort **subite** d'un patient au cours de sa prise en charge.

Ces patients sont répartis selon leur risque de réadaptation cardiaque (risque 2) :

- Les risques élevés
- Les risques intermédiaires
- Les risques faibles : pour ces derniers, la probabilité de mort subite est la même que pour une population normale (0,74 par million d'heures d'exercice).

Le cardiologue spécialisé en réadaptation cardiaque du CH de Bastia est devenu le porteur de ce projet en collaboration avec la cellule innovation de l'ARS.

Il s'agissait donc de proposer une prise en charge en maisons de santé pluriprofessionnelle (MSP) pour les patients à faible risque de réadaptation cardiaque (risque 2) mais à haut risque cardiovasculaire (risque 1) en garantissant des conditions techniques de fonctionnement proches de celles en centre et une qualité de prise en charge équivalente.

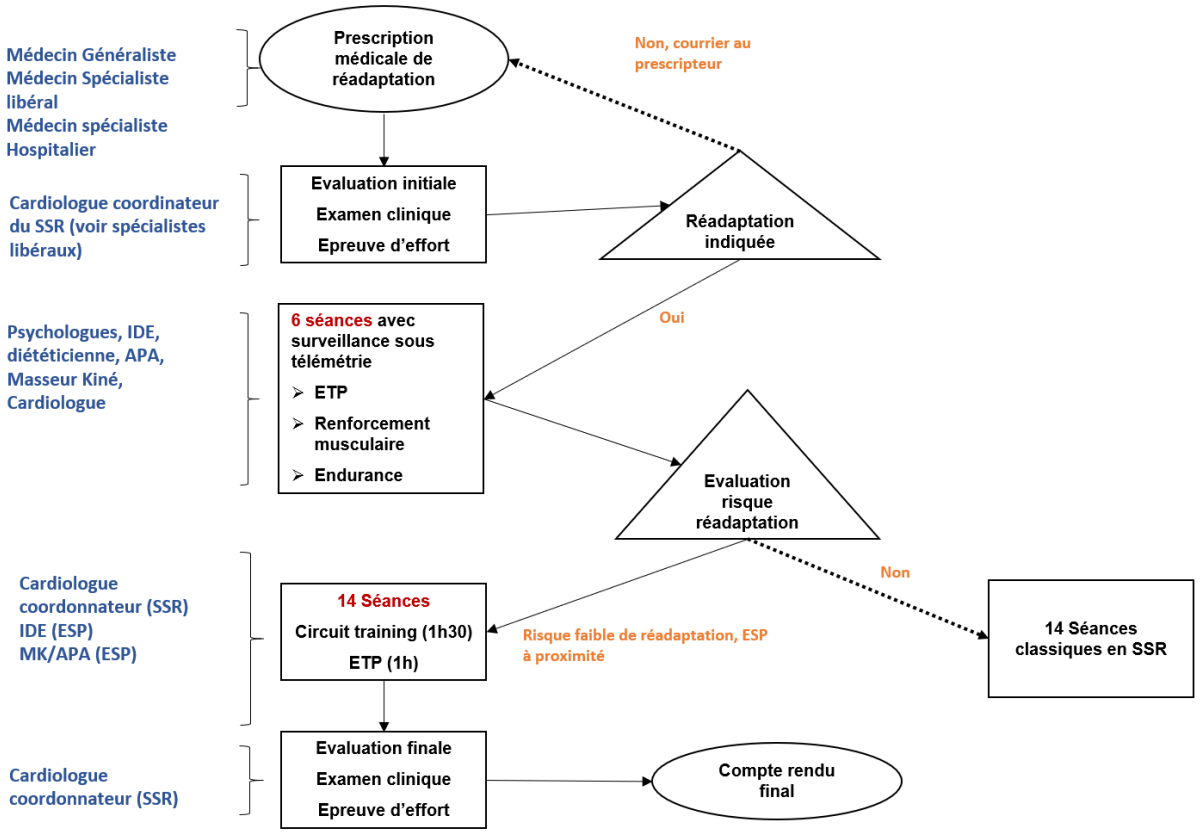
On remarque déjà que l'identification du renoncement à ce type de soins est difficile à repérer avec une méthode statistique de type APL. Il faudrait pour cela travailler spécifiquement sur les pathologies cardiovasculaires et inventorier les territoires où la consommation d'actes de réadaptation est faible. Or l'APL n'est pas utilisée comme cela aujourd'hui (par profession et non par pathologie) et elle reste toujours une approche comparative. En effet, les sociétés savantes indiquent que la réadaptation cardiaque, malgré une efficacité clinique plus que prouvée, reste peu prescrite par les médecins y compris les cardiologues eux-mêmes. Une approche statistique comparative permettrait alors seulement de classer les zones entre elles mais ne donnerait pas d'information sur le besoin « dans l'absolu » d'un territoire.

Cette phase de problématisation est particulièrement importante dans un tel contexte car les acteurs, nombreux, ne partagent pas tous les mêmes représentations. Dans notre cas, il est possible de regrouper ceux-ci en trois grandes familles : les professionnels hospitaliers, les libéraux et le personnel administratif de l'ARS de Corse. Si le phénomène de renoncement aux soins a été rapidement accepté par l'ensemble des parties prenantes compte tenu du contexte régional peu favorable à un accès aux soins égalitaire (cf. stratégie nationale de santé volet Corse), entrevoir une piste de réflexion dépassant la dialectique sécurité et accessibilité aux soins a amorcé une phase d'apprentissage mutuel qui débouchera sur la conception d'une réponse collective innovante.
Cette phase initiale d'apprentissage et de problématisation collective a permis d'esquisser une réponse acceptable par l'ensemble des acteurs (SSR, Maisons de santé, ARS).
Néanmoins, alors qu'une première solution consistait à répliquer au sein des maisons de santé le protocole en œuvre dans les SSR, celle-ci a rapidement montré ses limites. **La première difficulté** de conception rencontrée était organisationnelle : il semblait difficile d'équiper les MSP de la même manière que les SSR compte tenu de l'espace et des ressources financières disponibles. Se posait également la question de l'organisation de la sécurité de la prise en charge des patients en cas d'événement intercurrent au cours de la réadaptation (par exemple un accident vasculaire cérébral pendant la réadaptation). En effet, les conditions techniques de fonctionnement précisent quelles sont les ressources nécessaires pour la réadaptation cardiaque, et celles pour une prise en charge en cas d'urgence. Ces conditions techniques de fonctionnement sont précisées dans la Circulaire N°DHOS/O1/2008/305 du 03 octobre 2008 (cf. Annexe 8).
Par ailleurs, **une deuxième difficulté** de conception pour les acteurs de terrain concernait la question des modalités de rémunération pour les professionnels de santé libéraux car ils seraient les premiers en France à avoir ce genre de pratiques.

Concernant la première difficulté, le cardiologue chargé de la conception du projet, en lien avec la cellule innovation, a alors imaginé des modifications dans les processus opératoires de prise en charge en réadaptation cardiaque (Sardas, Dalmasso, et Lefebvre 2011). Alors que la Société Française de Cardiologie préconise l'utilisation d'un matériel spécifique pour le réentraînement des capacités respiratoires (vélo d'appartement, tapis de marche, etc.) et musculaires (altères spécifiques etc.), des solutions alternatives ont été trouvées entre les acteurs en privilégiant notamment l'usage de bandes élastiques pour la réalisation d'exercices à haute ou basse intensité cardiaque. Autrement dit, les grands principes médicaux de la réadaptation cardiaque qui consistent à scinder une prise en charge en trois moments (réentraînement musculaire, respiratoire et éducation thérapeutique) ne sont pas remis en cause. En revanche, plutôt que de dissocier réentraînement musculaire et respiratoire grâce à des exercices faisant intervenir des machines spécifiques, ils sont associés dans des exercices « au poids du corps » réalisés à des intensités d'efforts variables. Ainsi est élaboré par le cardiologue coordonnateur du SSR un « circuit training » alternant pics d'efforts et récupération active à l'aide d'un matériel peu contraignant et très accessible y compris pour les patients. Une répartition des séances a par ailleurs été établie entre le service de soins de

suite et de réadaptation, et les maisons de santé. Les six premières séances sont réalisées par les équipes SSR car elles permettent la stratification du risque de réadaptation cardiaque (risque 2) des patients et doivent se faire sous télémétrie, un équipement non accessible pour les MSP pour le moment. Les 14 séances suivantes sont réalisées en MSP selon les modalités d'entraînement définies.

Figure 22 : Organisation de la prise en charge hybride de réadaptation cardiaque



Concernant cette première difficulté organisationnelle, on constate que ce sont les acteurs locaux qui s'y confrontent et non les pouvoirs publics nationaux. D'ailleurs on aurait pu penser que les acteurs locaux servaient seulement à signaler une situation problématique à une équipe nationale dédiée au dispositif article 51, alors que non, ceux-ci font partie d'un collectif mais ne sont pas les seuls impliqués dans un dispositif qui dépasse leur champ de compétences. Plus précisément, ce ne sont pas les professionnels de santé signaleurs du territoire de proximité (la Balagne) qui ont directement rédigé le cahier des charges mais bien le cardiologue du centre expert régional en réadaptation cardiaque et la cellule innovation de l'ARS de Corse que nous accompagnions dans le cadre de notre recherche intervention (cf. chapitre 2, section 2.4). C'est également le cardiologue qui a établi tous les protocoles en cas d'événements indésirables durant la réadaptation (cf. annexe 9) et déterminé les ressources nécessaires pour y faire face. Nous revenons plus précisément sur ce point dans la section suivante.

En parallèle de la prise en charge médicale, une autre difficulté a rapidement été pointée par le groupe de travail : élaborer un mode de rémunération adapté à la prise en charge des soins de réadaptation par les professionnels des MSP. Celui-ci posait de multiples questions :

- Comment rémunérer les professionnels libéraux pour des actes qu'ils ne sont pas habilités à réaliser dans le cadre conventionnel commun ?
- Pour les médecins coordonnateurs du SSR, comment envisager un mode de rémunération qui tienne compte de la qualité de la prise en charge ?
- Enfin, l'ARS introduit la contrainte que le modèle de financement final ne devrait pas être plus désavantageux pour l'assurance maladie que le modèle de rémunération actuel des SSR.

Jusqu'à présent, les seuls modes de rémunération, que ce soit pour les professionnels libéraux ou pour les établissements, sont à l'activité : quand un acte/une prestation est réalisé, le professionnel est payé quel que soit le résultat de cet acte. En ce qui concerne plus particulièrement les masseurs kinésithérapeutes libéraux, leur convention avec l'assurance maladie stipule qu'ils n'ont pas le droit de prendre en charge des patients de façon simultanée. Or dans le cas étudié, la prise en charge collective est vivement conseillée compte tenu de ses effets sociaux bénéfiques pour l'adhésion des patients au mode de vie méditerranéen, considéré par les sociétés savantes comme le plus à même de diminuer fortement la prévalence des pathologies cardiovasculaires.

A partir de ces contraintes, un modèle de financement a été proposé par l'équipe de recherche, à la demande de la cellule innovation de la région, selon trois grands principes :

- **Une part fixe** : les professionnels de santé libéraux (masseurs kinésithérapeutes, infirmiers, diététicienne …) disposent d'une rémunération de base à l'heure de travail. Quel que soit le nombre de patients traités au cours d'une heure de travail, la rémunération ne varie pas. Ce modèle se distingue radicalement du mode de rémunération actuel qui « paye au nombre de patients soignés ».
- **Une prime d'efficience** : afin de prendre en considération le temps passé par les professionnels libéraux à chercher des créneaux communs aux patients, il est prévu une rémunération dont le montant est issu d'un partage de l'économie réalisée par l'Assurance Maladie quand plusieurs patients sont soignés de manière simultanée (cf. ci-dessus).
- **Une prime qualité** : sur le même modèle que la prime d'efficience, une prime qualité est attribuée si, lors de l'évaluation finale du patient, les indicateurs de qualité de la prise en charge sont conformes aux recommandations des sociétés savantes. En effet, une progression de 20% des capacités fonctionnelles d'un patient réduit significativement ses risques de contracter une pathologie cardiovasculaire dans les dix prochaines années.

Ce modèle, détaillé plus précisément en annexe 2 permet a priori (tout cela n'a pas encore été mis en œuvre) de répondre aux contraintes posées par les acteurs liés au projet. En effet, l'objectif était d'assurer aux professionnels de santé libéraux, des taux horaires au moins équivalents à leur taux horaire traditionnels. Le modèle de rémunération est agrémenté d'une prime qualité à la demande du cardiologue référent du projet. Cette prime est attribuée en fonction de l'atteinte d'indicateurs médicaux (score INTERHEART, score d'adhésion au mode de vie méditerranéen …) par les équipes. En effet, l'amélioration de ces indicateurs est directement corrélée à une diminution de la mortalité globale (toutes causes confondues) et de la mortalité liée aux pathologies cardiovasculaires (Myers, 2002). Enfin, le tarif proposé est inférieur au tarif d'une prise en charge en SSR mention cardiovasculaire (en moyenne 160€ la séance).

Tout au long de ce processus, l'équipe projet a fait le lien avec les différentes Equipes de Soins Primaires (ESP) de la région, à plus d'une heure des SSR mention cardiovasculaire. Une fois quelques grands principes du projet stabilisés, ces collectifs ainsi que le second SSR mention cardiovasculaire de la région, en Corse du Sud, sont contactés par l'équipe projet afin de savoir s'ils sont parties prenantes de ce projet en plus des professionnels « signaleurs » des problématiques d'accès aux soins. Les équipes donnent à l'unanimité leur accord de principe ce qui permet une couverture théorique d'une bonne partie des régions rurales du territoire (cf. figure ci-dessous).

Figure 23 : les participants au projet EVACORSE

Par ailleurs, pour éviter d'aller trop loin dans la conception du projet sans visibilité sur son éligibilité à être financé dans le cadre de l'article 51 de la LFSS 2018, la cellule innovation de la région sollicite l'équipe nationale chargée du suivi et de l'instruction des dossiers pour le CTIS en amont de la soumission de la lettre d'intention. Ces premiers échanges permettent à l'équipe nationale de s'approprier les idées, d'en comprendre les enjeux par rapport au contexte décrit par la cellule régionale. Compte tenu du fait que ce projet déroge aux conditions techniques de fonctionnement et aux règles de financement de droit commun, il est

bien éligible ce qui ne veut pas dire qu'il sera nécessairement retenu. Néanmoins, il est convenu entre les pouvoirs publics locaux et nationaux que le porteur du projet et la cellule innovation (ARS – Assurance Maladie) peuvent s'engager dans la rédaction d'un cahier des charges plus détaillé. Cet accord a donné naissance à un « accélérateur », une journée de travail où le porteur de projet, les référents de la cellule innovation, les référents nationaux de l'équipe Article 51 (ministère de la santé – Assurance Maladie) se réunissent pour discuter de l'avancée du projet et de l'orientation à lui donner. Cette séance de travail fonctionne par « balises », des focus sur des temps relativement courts pour aborder par exemple des sujets comme l'organisation de la prise en charge, le système d'information nécessaire à sa mise en œuvre, le modèle économique … Ces séances de travail permettent à tous les acteurs concernés par l'entreprise de se l'approprier dans un premier temps et, pour des concepteurs « externes » (par ex : les référents nationaux) de « défier » les porteurs de projets sur certains points afin de les faire avancer plus vite.

Le projet présenté est, au moment où nous quittons le terrain de recherche, en phase de rédaction du cahier des charges finalisé. Même si ce dernier n'a pas été encore validé, tout cela est riche d'enseignements.

Tout d'abord cela montre que la conception d'un projet article 51 émane des acteurs de terrain et non des pouvoirs publics directement. Les professionnels de santé de proximité ont, dans ce cas, un rôle de lanceur d'alerte au sujet d'une problématique d'accès aux soins difficilement identifiable autrement. Toutefois, ils ne sont pas nécessairement les concepteurs principaux de la solution. Compte tenu du fait que la thématique abordée est très spécialisée (réadaptation cardiaque), c'est un médecin cardiologue, appartenant à un centre expert dont le rayonnement territorial est au moins départemental, qui apporte l'expertise nécessaire à la conception d'un tel dispositif. Les pouvoirs publics locaux, par la cellule innovation, sont également très investis dans l'accompagnement du porteur de projet puisque, avec l'aide des chercheurs, celle-ci a réalisé le modèle économique de l'organisation à concevoir, pris contact avec l'ensemble des MSP associées au projet … Enfin, l'équipe nationale prend également part à la conception du cahier des charges notamment par la participation de ses représentants aux sessions d'accélérateurs. Ce sont notamment ses représentants qui « défendent » les projets auprès du CTIS une fois le cahier des charges validé. En cela, nous montrons qu'il s'agit d'un processus de conception multicentrique, car l'objet à imaginer est à l'initiative d'acteurs locaux, conçu par des acteurs d'envergure régionale et accompagné par les pouvoirs publics tant régionaux que nationaux. Le tableau ci-après synthétise les différents contributeurs à l'élaboration d'un tel projet.

Tableau 14 : tableau récapitulatif des concepteurs du projet EVACORSE

Institution	Fonction	Echelon territorial	Apport
MSP	Masseur Kinésithérapeute	Local (Balagne)	Signalement problème accès aux soins
CHB	Médecin cardiologue	Région	Conception intégrale du cahier des charges

Cellule Innovation	Médecin Conseil ARS Administrateur DCGDR	Région	Appui à la conception du cahier des charges, conception du modèle économique.
MSP Ile Rousse MSP Calenzana MSP San Nicolao MSP Sartène MSP Cargese Equipe de soins spécialisés (ESS) Corte ESS Bonifacio	Médecin généraliste, Masseur Kiné, IDE, Diététicienne, cardiologue libéral	Local	Conception secondaire sous la forme de consultation pour validation du cahier des charges en fonction des contraintes du territoire.
SSR Finosello	Médecin cardiologue, direction	Départemental	Conception secondaire, sous la forme de consultation et de validation du cahier des charges
Ministère	Médecin	National	Participation à des groupes de travail par thématique pour la rédaction du cahier des charges. Apport notamment sur le volet modèle économique pour l'Assurance Maladie.
Assurance Maladie	Chargés de mission	National	

Enfin, cette réalisation démontre bien également la possibilité de réguler un parcours de réadaptation cardiaque dans son ensemble. En effet, le modèle organisationnel et le modèle économique correspondant prévoient un fonctionnement collectif des SSR référents, et des MSP. Autrement dit, les équipes des MSP agissent sous la supervision des SSR, et sont formées par les personnels des SSR. De manière symétrique, le modèle économique prévoit de rémunérer une équipe hybride composée d'un SSR et d'une MSP. Cet exemple atteste la faisabilité d'une conceptualisation de la régulation au parcours, c'est-à-dire une prise en charge qui, en termes organisationnel et économique, dépasse les entités traditionnelles de l'hôpital et de la ville et les lie dans la prise en charge des patients. Cette organisation prend notamment en compte les spécificités du territoire, tant sur le plan de la demande en santé que des inégalités d'accès aux soins. Au regard des difficultés de conception rencontrées par ces acteurs, on peut comprendre que les pouvoirs publics n'aient pas réussi, jusqu'à présent, à créer des composantes de santé dont la prise en charge s'étend au parcours de soins.

Le projet CICA'CORSE

Origines, principes et fonctionnement du dispositif

Analysons à présent un autre projet « article 51 », auquel nous avons été associés, et qui a été conçu par des acteurs de terrain de la région que nous avons observés. Notons que ce projet, par rapport aux autres cas, présente la particularité d'avoir été accepté par le CTIS. Nous avons pu alors participer à quelques réunions de travail vouées au déploiement du dispositif.
Le projet CICA'CORSE a pour objectif général la mise en place d'une équipe experte en plaies pour appuyer les professionnels de santé requérants dans la prise en charge de plaies complexes et/ou chroniques. Cet appui se matérialise par une consultation par télémédecine où l'expert ausculte par visioconférence la plaie avec l'aide du professionnel sur place, et propose à l'issue de la consultation, un plan de prise en charge que le requérant et le médecin traitant du patient décident de suivre ou non. Ce projet est à l'initiative de l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS[9]) infirmier.

Initialement, l'URPS infirmier a soumis un projet au titre de l'article 51 pour organiser et encadrer des pratiques de soins qualifiées de « sauvages ». Par exemple, pour des plaies complexes et/ou chroniques de type ulcères veineux ou ulcères artériels, escarres … certains infirmiers, dans le meilleur des cas, appellent des collègues « réputés » experts sur le sujet pour demander conseil concernant le type de pansement à utiliser, s'il faut réaliser une détersion ou non… Ces pratiques sont qualifiées de « sauvages » car les échanges d'informations ne sont pas sécurisés, aucun protocole de soins n'a été préétabli en amont pour vérifier que les recommandations des bonnes pratiques sont suivies, et surtout les ressources d'expertise ne sont pas lisibles sur le territoire. Enfin, l'URPS évoque également un manque de coordination important entre les différents intervenants de la prise en charge des plaies. Ainsi, des retours d'expérience montrent que certains patients, quand ils sont hospitalisés, sortent de l'hôpital avec des escarres et inversement, certains présentent déjà des escarres avant l'hospitalisation. Dans d'autres cas, la plaie d'un patient est trop lourde pour être prise en charge par des acteurs de la ville et nécessiterait un cadre hospitalier. Pour autant, l'infirmier libéral ne sait pas à quel service de l'hôpital adresser le patient.
Les problèmes identifiés par l'URPS sont les suivants :

- une faible lisibilité de l'offre de soins et des expertises sur le territoire, que ce soit pour les professionnels hospitaliers ou les libéraux. Il n'existe pas d'équipe experte en plaies identifiée, et pas de filière hospitalière ni d'organisation territoriale dédiée à la prise en charge des plaies. Or cette situation est particulièrement gênante car elle entraîne des retards de prise en charge et / ou des temps allongés de cicatrisation, dans le pire des cas, des amputations (plaie du pied diabétique).

[9] Les URPS sont les structures syndicales des professionnels de santé libéraux, il en existe une par profession de santé recensée dans le code de santé publique.

- Pour certains professionnels, un manque de compétence dans la prise en charge de patients atteints de plaies chroniques (37% des IDEL et 54% des médecins interrogés ne se sentent pas assez formés face à cette prise en charge).
- Un faible niveau de coordination ville-hôpital et ville-ville, et une culture de la coordination trop peu développée (le niveau de coordination interprofessionnelle est jugé insuffisant pour plus de 60% des répondants).

Pour une thématique qui concerne des professionnels multiples (orthopédiste, oncologue, pédicure-podologue, ergothérapeute, diététicienne, infirmier, médecin, chirurgien vasculaire, endocrinologue, chirurgien plasticien, médecin vasculaire …), il est constaté une absence d'outil dédié à ce type de soins entraînant un niveau d'informations partagées faible voire inexistant et des échanges non sécurisés.

Devant ces constats, l'URPS infirmier propose à la cellule innovation de créer un dispositif dont les **objectifs** sont :

- d'organiser la coordination des différents intervenants ville - établissements pour fluidifier le parcours des patients.
- de rendre lisibles les ressources sur le territoire.
- de répondre à un besoin d'appui d'expertise et à une nécessité d'harmoniser les pratiques pour améliorer l'efficience et la pertinence des soins.
- de proposer des solutions humaines et techniques facilitant l'orientation et favorisant la prise en charge de proximité et le maintien à domicile.

Autrement dit, par la présence virtuelle d'une expertise à disposition partout sur le territoire, et l'harmonisation des pratiques, ce projet a pour objectif principal de limiter les inégalités territoriales de santé, en garantissant aux patients une qualité des soins équivalente quel que soit leur lieu de vie.

L'URPS infirmier a mené, appuyée par la cellule innovation, un travail de conception du dispositif, nommé CICA'CORSE, en tentant d'embarquer tous les acteurs susceptibles d'intervenir dans un soin de plaie chronique/complexe. De fait, le projet prenait une envergure régionale et faisait intervenir des acteurs du secteur sanitaire, public et privé pour des soins hospitaliers ou de premier recours, ainsi que des acteurs du secteur médicosocial. L'objectif était d'assurer une prise en charge graduée en trois niveaux :

- Prise en charge de premier recours,
- Appui d'expertise des professionnels de premier recours par le dispositif CICA'Corse,
- Prise en charge hospitalière ou HAD.

Ainsi, CICA'CORSE doit orienter et conseiller en direct les professionnels requérant un appui d'expertise quelle que soit leur origine sectorielle (hospitalière, clinique, ville, EPHAD). Par ailleurs, il assure une meilleure coordination interprofessionnelle et doit s'investir dans l'harmonisation des pratiques et la montée en compétences des soignants.

Principes et fonctionnement du dispositif :

✓ *Le requérant*

Il peut être un professionnel de santé, de ville ou d'établissement (médecins, infirmiers, pharmaciens, kinésithérapeutes, pédicures-podologues, ESP…) qui souhaite disposer d'une expertise complémentaire ou d'un avis dans la prise en charge de son patient. Cet avis donnant lieu à une téléconsultation. Conformément au décret de 2010 relatif à la télémédecine, les professionnels paramédicaux s'adresseront au médecin responsable du patient qui donnera son accord pour solliciter CICA'CORSE. L'acceptation du médecin traitant est un prérequis à l'inclusion dans le dispositif.

✓ *Le guichet unique*

Ce guichet unique est composé d'un binôme fonctionnel secrétariat - coordinateur en réception de la demande d'entrée dans le dispositif. Le secrétariat reçoit les appels, crée le dossier informatisé. Le coordinateur, une infirmière experte, décide de l'inclusion des patients et programme la première téléconsultation avec un infirmier ou un médecin expert. A terme, l'appel devrait être réceptionné par le dispositif d'appui à la coordination qui redirigerait le professionnel vers les experts de CICA'CORSE.

✓ *Le pool d'experts du dispositif, intra et extra hospitaliers*

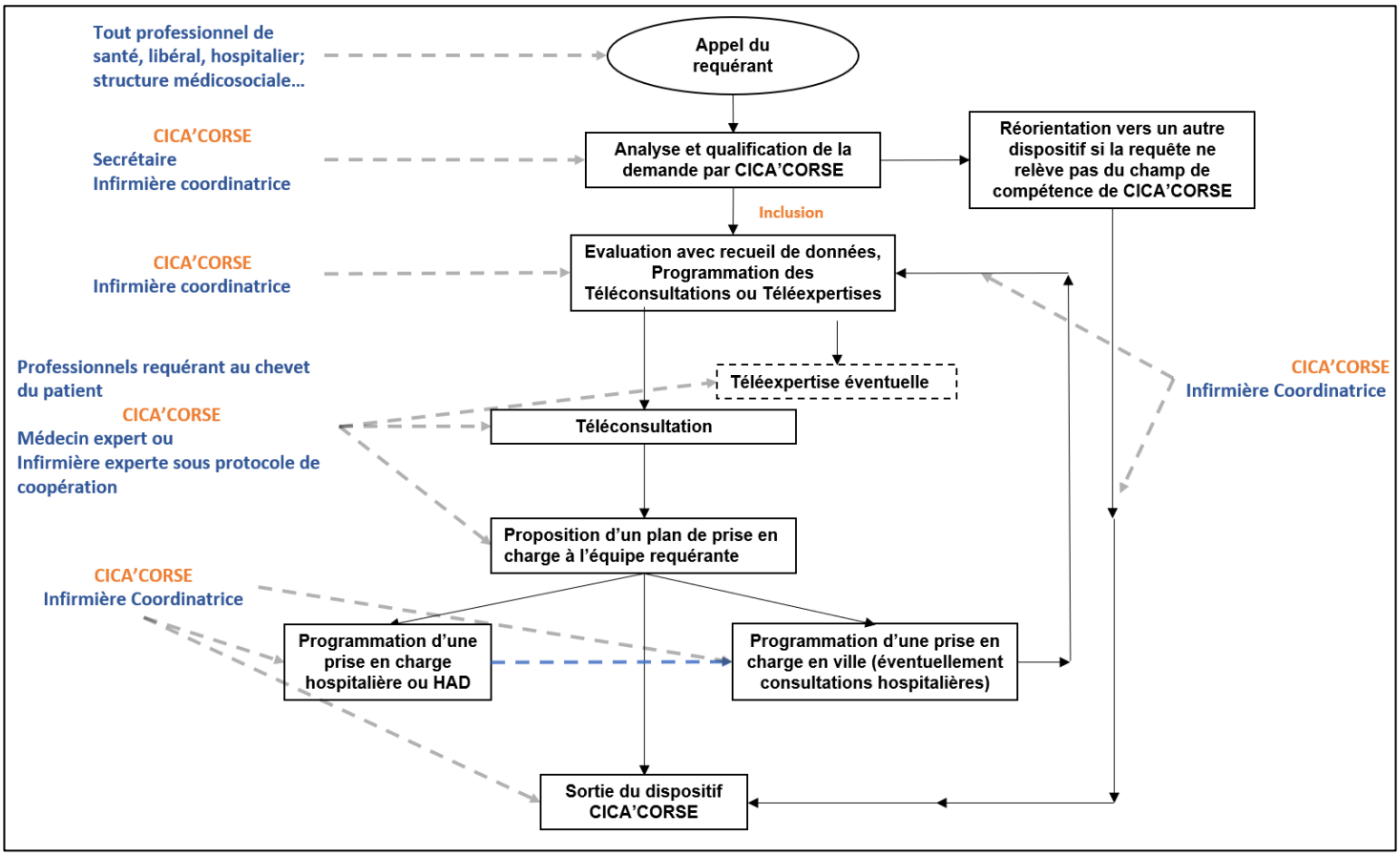
Le pool d'experts regroupe tous les praticiens disposant des compétences et des diplômes requis pour émettre un avis pertinent sur une prise en charge de plaie. Dans le cadre de ce projet, ce sont essentiellement des professionnels de santé libéraux, du CHA et du CHB qui ont été choisis. Il peut s'agir d'infirmières sous protocole de coopération (article 51 loi HPST[10]), de médecins experts (médecin généraliste, chirurgien plasticien, chirurgien vasculaire …), de pédicures-podologues (avec DU spécialisé plaie du pied diabétique). Concernant ces derniers, ils n'interagissent pas à distance avec les patients. Leur avis est recueilli par un médecin expert ou une infirmière experte sous protocole de coopération (article 51 loi HPST) de CICA CORSE pour les plaies du pied diabétique. Leur intervention relève d'une coordination pluridisciplinaire de l'équipe CICA CORSE qui permettra au médecin/infirmière expert(e) de proposer un plan de prise en charge plus pertinent à l'équipe soignante du patient. Cet élément est important car il montre à quel point, de par sa nature règlementaire, le cahier des charges d'un projet article 51 doit être précis.

Prenons l'exemple d'un infirmier libéral qui, face à une plaie qui ne cicatrise pas dans les délais normaux, se trouve en difficulté. Il contacte le guichet unique de CICA'CORSE. L'infirmière de coordination de guichet estime que la plaie nécessite une téléconsultation pour

[10] Cet article de loi permet, sous réserve de la validation du protocole de coopération par la Haute Autorité de Santé (HAS), que des actes relevant de la compétence médicale puissent être réalisés par des infirmières par exemple.

avoir plus d'informations. La téléconsultation est réalisée avec un expert de CICA'CORSE, le requérant étant au domicile du patient pour assister l'expert à distance dans son diagnostic (par exemple exploration de la plaie ou conditions sanitaires du logement). Une fois la téléconsultation terminée, l'expert propose un plan de prise en charge au requérant. Ce dernier le soumet au médecin traitant du patient qui décide de l'appliquer ou non. D'autres téléconsultations de suivi de la cicatrisation de la plaie sont programmées si nécessaire. Dans le cas où le patient nécessiterait une hospitalisation, CICA'CORSE peut se charger de faire le lien avec le service hospitalier dédié et tenir informée l'équipe requérante de l'évolution de l'état du patient pour anticiper la sortie d'hospitalisation. Le patient peut nécessiter également des consultations chez différents spécialistes en ville (ex : médecin vasculaire, endocrinologue …). Pour disposer d'une conduite à tenir le plus tôt possible, l'infirmière coordinatrice de CICA'CORSE s'occupe de contacter les professionnels concernés pour trouver des créneaux horaires assez rapidement.
Le schéma suivant représente une vision globale des situations dans lesquelles CICA'CORSE peut être mobilisé :

Figure 24 : synthèse du fonctionnement envisagé de CICA'CORSE



Les difficultés de conception

Dans ce projet, du fait de notre participation aux travaux de la cellule innovation, nous avons été associés dès le premier contact entre l'URPS infirmier et la cellule innovation (au printemps 2018). Le projet a été validé par le CTIS en Juillet 2019. Nous tentons d'expliquer ici pourquoi cette période de conception du cahier des charges est « si longue ».

Pour le porteur de projet, une telle initiative n'a de sens qu'à l'échelle régionale. En effet, les difficultés se rencontrent aussi bien en Haute Corse qu'en Corse du Sud. Par ailleurs, un regroupement des ressources d'experts au niveau de la région devrait permettre de mieux faire face à la demande et de mobiliser des ressources qui pourraient n'exister que sur un seul département. Or, les acteurs concernés par les plaies sont nombreux et impliquent des niveaux de soins très variés : pour les services de ville, les infirmières libérales sont mobilisées, tout comme les podologues (plaie du pied diabétique), les médecins généralistes, les médecins vasculaires, les endocrinologues, les dermatologues... Pour les services utilisant un matériel particulier, une plaie peut nécessiter un caisson hyperbare, un service de chirurgie (plastique, vasculaire …) une Hospitalisation à Domicile (HAD). Autrement dit, aborder le sujet de la plaie par le biais d'un projet visant à structurer une équipe régionale d'appui à la prise en charge des plaies chroniques/complexes nécessitait une concertation élargie avec tous les acteurs concernés par cette thématique. C'est la raison pour laquelle les porteurs de projet, en parallèle de leur travail de conception du cahier des charges article 51, ont décidé de réunir un comité de pilotage pour présenter le projet et son avancement à l'ensemble des acteurs suivants :

- le Centre Hospitalier d'Ajaccio (CHA),
- le Centre Hospitalier de Bastia (CHB),
- l'HAD de Corse,
- l'HAD d'Ajaccio,
- l'HAD de la clinique Maymard,
- le CH de Calvi,
- le CH de Bonifacio,
- les Instituts de Formations en Soins Infirmiers (IFSI),
- le CH de Corte
- le CH de Sartène
- Clinisud
- L'URPS ML

Assez rapidement, une première difficulté de conception, que nous n'avons pas rencontrée dans le projet EVACORSE, est apparue pour celui-ci. Une des HAD membres du COPIL a estimé que le dispositif CICA'CORSE était en fait une captation de patientèle relevant d'une HAD. En effet, un des critères d'éligibilité à une prise en charge en HAD pour un patient est de présenter des plaies chroniques[11]. Fort de ce constat, un responsable d'HAD estimait que CICA'CORSE, créé par des représentants de professionnels de santé libéraux, avait seulement pour but de déposséder les HAD de leur rôle. Il a été proposé par ce responsable que ce soit l'HAD qui porte le projet à la place de l'URPS IDE. Cette proposition a été refusée par le

[11] Voir https://adophad.has-sante.fr/pages/admission

COPIL. Cela a occasionné l'envoi d'une lettre de la part de la présidente d'une fédération nationale regroupant entre autres des HAD, au directeur général de l'ARS de Corse pour cesser l'instruction du projet. Cette suggestion n'a pas été suivie par l'ARS car il semblait à la cellule innovation que le projet avait mal été compris par le responsable de l'HAD concernée. En effet, toute plaie chronique ne relève pas d'une prise en charge en HAD et certaines d'entre elles peuvent relever d'une prise en charge libérale classique. Pour les autres membres du COPIL, une HAD est une hospitalisation et ne doit être mobilisée qu'en cas de soins trop lourds (nombre de passages, matériel nécessaire…) pour qu'ils soient assurés par une équipe de ville. En revanche, il est tout à fait possible que sur des cas ne nécessitant pas de soins lourds, les professionnels de santé se trouvent en difficulté et puissent avoir besoin d'un tel dispositif. Ce débat nous a paru très intéressant pour dévoiler la difficile conception d'un projet nécessitant l'intervention d'un grand nombre d'acteurs : dans notre cas, un des acteurs partenaires du projet a vécu cette initiative comme une menace ce qui a pu remettre en cause son identité professionnelle par ailleurs fragilisée. Autrement dit, l'émergence de nouveaux rôles suscitée par des projets article 51 peut altérer des équilibres professionnels locaux et générer des résistances fortes à l'émergence d'initiatives. Or dans ce cas, CICA'CORSE n'a pas vocation à remplacer les HAD, mais plutôt à appuyer les professionnels de santé dans l'orientation ou la prise en charge de leur patient, ce qui signifie également les orienter, le cas échéant, vers une HAD. En d'autres termes, CICA'CORSE ne soigne pas les patients directement mais s'assure, par le conseil donné aux professionnels requérants, que les soins ont lieu dans les meilleures conditions possibles en fonction des souhaits du patient et des ressources en présence. Malgré une intention qui paraît louable d'un point de vue des services de l'ARS qui veulent améliorer l'accessibilité à des soins de qualité, le projet peut connaître des contestations liées à une interprétation erronée des propositions remettant en cause la DIGA d'un offreur de soins. On remarque ici qu'on mobilise le concept de DIGA, non pas sur des acteurs individuels, mais sur des entités morales ayant un rôle au sein d'un écosystème de services de santé. Au même titre qu'une DIGA négative ou bloquée chez un individu peut altérer le fonctionnement d'une chaîne de production, une DIGA négative pour une organisation peut freiner l'émergence de projets innovants qui attribuent de nouveaux rôles à des acteurs en santé. Il aurait été tout à fait possible que l'ARS, recevant ce courrier d'une fédération nationale, décide d'arrêter le projet pour ne pas s'exposer à des risques juridiques ou médiatiques.

Un deuxième écueil a surgi lors de la conception du cahier des charge, en lien avec une propriété de l'article 51 de la LFSS 2018 : s'il permet de déroger à un nombre important de documents juridiques, le décret de 2010 n'inclut pas la télémédecine. De fait, ce décret définit la téléconsultation comme un acte médical seulement. Une exception est tolérée avec des infirmières sous protocole de coopération dans la mesure où elles réalisent des tâches traditionnellement assignées à un médecin. En revanche, concernant le podologue, l'équipe nationale a exigé de préciser le cahier des charges afin de mentionner que le projet s'inscrit bien dans le respect du décret relatif à la télémédecine. En d'autres termes, les podologues ne peuvent pas réaliser de téléconsultation. Quand on évoque un cahier des charges article 51, il

ne s'agit pas d'un document de cadrage voué à être précisé par des annexes techniques : ce cahier des charges, une fois validé par le CTIS, est annexé à l'arrêté d'autorisation de mise en œuvre de l'expérimentation signé par le Directeur Général de l'ARS de la région concernée, ou par la ministre de la santé quand le projet proposé est national. Ce cahier des charges a donc une valeur règlementaire. Ce détail est important car il permet de comprendre que la précision du cahier des charges est liée à son caractère juridique. En effet, si l'évaluation de cette expérimentation est satisfaisante, les équipes qui auront des projets similaires devront se conformer à ce cahier des charges, au même titre qu'un établissement hospitalier doit se conformer à des conditions techniques de fonctionnement. Ces contraintes créent de nombreux échanges entre les porteurs de projet, la cellule innovation de l'ARS et l'équipe nationale. Cette dernière a notamment pour rôle de solliciter l'ensemble des bureaux au sein de la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS), de la Direction de la Sécurité Sociale (DSS), du Secrétariat Général du Ministère des Affaires Sociales (SGMAS), de la CNAMTS … Or compte tenu de la nouveauté inhérente aux projets article 51, ces derniers ne sont pas toujours d'accord quant aux arbitrages à réaliser et cela peut causer des délais de conception importants. Nous ne recenserons pas ici tous les obstacles rencontrés mais seulement ceux qui nous permettent de mieux percevoir l'évolution importante dans la conception d'une politique publique qu'apporte un dispositif tel que l'article 51 de la LFSS 2018.

Nous n'avons pas seulement été associés aux travaux de la cellule innovation, nous avons été également sollicités directement pour concevoir le volet économique du cahier des charges. En effet, une des particularités de ce projet est de présenter une forme de rémunération nouvelle dite « forfaitaire », indépendante du nombre d'actes réels réalisés. Par exemple, en moyenne ce sont trois actes de téléconsultations qui sont nécessaires pour finaliser un appui de prise en charge à une plaie chronique/complexe (d'après l'expérience d'une équipe existante en Occitanie). Donc le volet télémédecine du forfait (cf. tableau 15) rémunère trois actes, qu'il y en ait eu réellement un ou six d'effectués. Ce type de rémunération est recherché par l'Assurance Maladie car il permettrait un transfert de risque de l'assureur vers l'offreur de soins et permettrait d'éviter les effets de demande induite par l'offre : si le nombre d'actes nécessaires pour soigner un patient est inférieur à trois, alors l'offreur est « gagnant » sur ce patient, en revanche s'il est supérieur à trois, l'offreur est perdant mais il pourra compenser cette perte financière par les « gains » réalisés sur les patients ayant nécessité moins de trois actes. Dans un système de tarification à l'activité, ce risque était supporté intégralement par l'Assurance Maladie. Avec une tarification au forfait, c'est l'offreur de soins qui supporte ce risque en conciliant qualité de la prise en charge et optimisation du nombre de consultations nécessaires. Bien évidemment des effets pervers sont également possibles avec ce modèle : les offreurs ne sont pas incités à réaliser le nombre d'actes nécessaires pour garantir une prise en charge de qualité ou peuvent facturer plusieurs fois le forfait. Par exemple, dans notre cas, un praticien pourrait souhaiter faire une quatrième téléconsultation de contrôle mais y renoncerait car elle affecterait à la baisse sa rémunération, ou bien il déciderait de rouvrir un mois plus tard un nouveau dossier pour le patient.

Tableau 15 : structuration du forfait de rémunération de CICA'CORSE à l'inclusion d'un patient

Action	Montant	Destinataire potentiel du flux financier
IDEL présente lors de la téléconsultation	Avenant conventionnel	IDEL proximité
EPHAD	15,00 €	EPHAD requérant
Centre d'appel : fonction de veille téléphonique (secrétariat) et coordination amont (inclusion par IDE coordinateur)	67,02 €	Centre d'Appel (prestataire ou PTA à plus long terme)
		PS libéraux, CHA CHB à plus long terme ?
Téléconsultation	138,00 €	• PS experts libéraux • CHB • CHA • …
IDEC télémédecine	28,50 €	CHB pour mise à disposition IDE télémédecine
Coordination avale (appui à la coordination de proximité dans la prise en charge du patient)	45,32 €	• PS experts libéraux • CHB • CHA • …
Amélioration des pratiques	13,91 €	• PS experts libéraux • CHB • CHA • …
maintenance, hébergement, …	49,29 €	URPS IDE
SI de répartition du forfait (maintenance)	8,31 €	URPS IDE
personnel administratif y compris gestion du forfait	14,44 €	URPS IDE
Frais de fonctionnement	21,10 €	URPS IDE
Total forfait (sans EPHAD)	385,89 €	
Total forfait (avec EPHAD)	400,89 €	

Ce volet n'a pas posé particulièrement de problème pour les porteurs car le projet CICA'CORSE s'inspirait d'un dispositif existant, lui-même candidat à l'article 51 : CICAT OCCITANIE. Logiquement, le ministère et la CNAMTS souhaitaient que les modèles de rémunération soient similaires. Néanmoins, la question de la rémunération des EPHAD (15€) requérants, a suscité beaucoup de discussions au niveau des pouvoirs publics centraux. Par souci de concision nous préférons ne pas approfondir cet exemple.

Après 14 mois de travail, le cahier des charges est autorisé par le CTIS. Cette autorisation déclenche une phase de déploiement du dispositif qui entraîne la création de trois groupes de réflexion sur :

- Comment répartir le forfait sans générer d'inégalités entre professionnels et structures ?
- Comment concevoir et partager des protocoles de prise en charge des plaies au sein de l'équipe experte et structurer un parcours ville hôpital ?
- Concevoir un système d'information permettant un travail collectif à distance entre professionnels libéraux et hospitaliers, une communication sécurisée avec les équipes requérantes, mais également de réaliser des téléconsultations.

De fait, les problèmes de facturation des prestations ont été les plus ardus à résoudre : la somme versée à CICA'CORSE est un forfait. Ce forfait se découpe en différentes prestations qui peuvent être réalisées par des infirmières expertes libérales, des médecins hospitaliers … Il faut donc redistribuer certaines sommes du forfait vers les professionnels libéraux qui ont effectué la prestation, ou vers les structures d'appartenance des médecins ou infirmiers hospitaliers salariés. Dit autrement, l'URPS infirmier se transformait en quelques sorte en caisse primaire d'assurance maladie. Nous avons dû concevoir un outil permettant à l'URPS infirmier de ventiler correctement les montants du forfait. Ce sujet est important car selon les solutions choisies, la rémunération des professionnels ou des établissements concernés peut varier significativement.
Deux pistes de réflexion ont émergé :

1. **Le « partage de risque individuel »**

Le forfait imaginé dans le cadre du projet CICA CORSE se compose de plusieurs volets dont un qui concerne les téléconsultations (138€). Ce volet est estimé à 138€ car **en moyenne**, ce sont 3 téléconsultations qui sont nécessaires pour fournir un appui de prise en charge. Le partage de risque individuel consiste à verser 138€ à un seul expert téléconsultant dans un certain délai après l'inclusion du patient dans le dispositif. Cette solution ne repose pas sur un partage du travail entre experts : le partage de risque individuel consisterait à donner 138€ à l'expert E1 qui aura la charge, à lui seul, du suivi du patient sur le volet téléconsultation jusqu'à la clôture du dossier. Il sera de la responsabilité de E1 de s'assurer que, sur le suivi de ses patients, il ne dépasse pas trop souvent les 3 téléconsultations au risque d'être sous rémunéré. Cela peut notamment engendrer un effet pervers : l'expert serait incité à « choisir » les patients selon leur degré de complexité pour ne sélectionner que les cas n'appelant pas plus de trois téléconsultations. Par ailleurs, cette option ne facilite pas le fonctionnement sous une forme collective : en effet, un expert n'est pas disponible toute l'année, et les plaies chroniques, par définition, peuvent contraindre à un suivi expertal sur le long terme. D'un point de vue pratique, disposer d'une solution qui permette un suivi alterné entre experts est une plus-value organisationnelle importante.

Si on fait l'hypothèse que plusieurs experts puissent rendre des avis sur les mêmes patients, on peut éventuellement partager ces 138€ au prorata de l'activité de chaque expert sur un patient une fois son dossier clôturé. Le problème associé à cette méthode est qu'un professionnel n'a aucune visibilité sur sa rémunération tant que le dossier n'est pas clôturé et l'effet pervers de sélection des patients « à faible risque » est toujours présent.

2. Le « partage de risque collectif » :

Si l'on reprend le volet expertise en téléconsultation du forfait (138€), le partage de risque collectif consiste à faire un « pot commun » de l'ensemble des prestations versées par l'assurance maladie (138€ x le nombre de patients inclus sur la période) et de reverser ce montant au prorata de l'activité de chaque expert sur une période donnée. On pourrait penser qu'on retrouve un exercice à l'acte pour les professionnels. Toutefois, le risque n'est plus supporté par l'Assurance Maladie mais par la structure qui encadre le travail de ces professionnels, dans notre cas l'URPS IDE. En effet, si les experts réalisent tous, plus que trois actes en moyenne pour les patients de CICA'CORSE, soit l'URPS les paye (et entre en déficit sur le projet), soit elle ne les paye qu'à la hauteur des forfaits qu'elle perçoit (et le taux horaire des professionnels diminue en conséquence). C'est donc le collectif qui supporte le risque. Ceci permet d'éviter notamment des effets pervers de sélection éventuelle des patients de la part des professionnels. Si un expert ne « tombe » que sur des cas nécessitant plus de trois téléconsultations, son taux horaire va chuter plus rapidement si le partage de risque est individuel (cf. exemples ci-dessous).

Exemple 1 : partage du risque individuel, un expert est sollicité pour 10 patients. 7 d'entre eux nécessitent 5 téléconsultations tandis que 3 d'entre eux en nécessitent 3.

Tableau 16 : Exemple 1, calcul du taux horaire de l'expert

	1ere téléconsultation	Autres téléconsultations
7 patients (5TC)	7h	7x4x0,5 = 14h
3 patients (3TC)	3h	3x2x0,5 = 3h
Total Heures	27h	
Taux horaire	1380/27 = 51,1€/h	

Exemple 2 : partage de risque collectif, 100 patients sont inclus dans le dispositif, y compris ceux de l'exemple précédent. Cette fois, l'expert a opté pour un partage de risque collectif.

Tableau 17 : Exemple 2, calcul du taux horaire de l'expert

	1ere téléconsultation	Autres téléconsultations
60 patients (3TC)	60h	60x2x0,5=60h
20 patients (5TC)	20h	20x4x0,5 = 40h
20 patients (2TC)	20h	20x1x0,5 = 10h
Total Heures	210h	
Taux horaire	13800/210 = 65,7€/h	

On remarque que pour les mêmes patients pris en charge, entre l'exemple 1 et 2, l'expert jouit d'un taux horaire plus élevé. En effet, si, sur les 100 patients pris en charge par le collectif, notre expert a donné des avis pour 10 patients (7 avec 5TC et 3 avec 3TC), il serait rémunéré 65,7€/h contre 51,1€/h dans le cas individuel. Ce taux horaire est donc dépendant du nombre de téléconsultations moyen réalisé par le collectif (dans notre cas 3,2 téléconsultations). Si ce nombre moyen augmente, les taux horaires de l'ensemble des experts diminuent et inversement. Toutefois, on peut supposer que le nombre moyen de téléconsultations effectué par le collectif est sujet à moins de variations que celui d'un individu seul. **Il en découle une rémunération plus stable pour les experts.**

Toutefois, ce partage de risque collectif pose deux questions :

- Quelle est la fréquence de reversement du « pot commun » ?
- Quels montants doivent être versés ?

Reprenons l'exemple 2 : on admet que les 100 patients sont inclus au mois de Janvier. Théoriquement, l'UPRS IDE bénéficie de 13800€ pour payer ces experts. Doit-on verser l'intégralité de la somme à l'issue du mois de Janvier ? Admettons par ailleurs qu'au mois de Février, aucun patient ne soit inclus. Sur les 100 patients inclus au mois de Janvier, certains l'ont été en fin de mois. On comprend que même si aucun patient n'est inclus au mois de Février, les experts continueront de travailler au mois de Février. Donc si on verse l'intégralité du montant au mois de Janvier aux experts, le travail du mois de Février ne pourra pas être rémunéré. Il faut donc trouver une méthode qui nous permette de savoir, mois par mois, quels montants verser aux experts tout en respectant les heures de travail réalisées et les taux horaires fixés en amont. C'est l'objet du paragraphe suivant.

Encadré 1 : L'expérience de CICAT Occitanie

Une solution, évoquée par CICAT Occitanie est de rémunérer à l'acte les praticiens : 60 euros pour une première téléconsultation, 30 euros pour toutes celles qui suivent. En moyenne, c'est 120 euros donnés aux experts, il reste 18€. Ces 18€ alimentent une forme de « cagnotte » qui est reversée en fin d'année sous forme de « prime d'intéressement » au prorata de l'activité de chaque expert comme évoqué dans l'exemple 2. Il s'agit donc d'une rémunération composée d'une partie fixe socle et d'une partie intéressement.

On note deux limites à ce modèle :

- ✓ il ouvre la voie à un déficit potentiel de la structure car CICAT OCCITANIE s'engage à rémunérer les experts quel que soit le nombre d'actes et le nombre de patients inclus dans le dispositif. Pour une grosse structure incluant un nombre de patients par mois plus ou moins stable, cela peut se comprendre, pour une structure plus petite, le risque de déficit peut être plus important.
- ✓ La cagnotte de fin d'année est nommée « prime d'intéressement », elle est reversée au prorata de l'activité de chacun. Sauf que ceux qui ont contribué le plus à la prime sont ceux qui ont traité le plus de dossiers en moins de trois téléconsultations, donc, toute chose égale par ailleurs, ceux qui ont travaillé moins que les autres. Autrement dit, ceux qui ont généré la prime en sont les moins

Admettons que l'on raisonne sur des versements mensuels : Sous forme d'équation, ça donne pour un mois m_1 :

- ✓ $r_{1,1}$: la rémunération du professionnel 1 sur le mois 1.
- ✓ $h_{1,1}$: le nombre d'heure réalisées par le professionnel 1 sur le premier mois.
- ✓ $htot_1$: le nombre d'heures de travail total réalisées sur le mois 1.

$$rém_1 = \frac{h_{1,1}}{htot_1} \times montant\ alloué\ (m_1)$$

Or

$$montant\ alloué\ (m_1) = a\ \times montant\ disponible\ (m_1)$$

Et

$$montant\ disponible\ (m_1) = n_1\ \times f + Report\ à\ nouveau\ (m_0)$$

Avec :

a un coefficient compris entre 0 et 1*,
n_1 le nombre de patients inclus pendant le mois 1,
f le montant du forfait expert (138€),
le report à nouveau le montant encore disponible quand seulement une partie des forfaits ont été versés (montant disponible – montant alloué au mois n-1).

En effet, pour garantir une certaine homogénéité de rémunération entre les professionnels, ce coefficient permet de moduler le montant versé qui n'est pas nécessairement le montant disponible. Par exemple, dans le cas où, sur un mois, beaucoup de patients sont inclus, le montant disponible mensuel sera élevé. Le mois suivant, moins de patients sont inclus mais la charge de travail des experts reste constante du fait du suivi des patients du mois précédent et des nouvelles inclusions. Dans ce cas, ce coefficient a (que l'on appelle* ***coefficient de lissage**) permet de ne pas distribuer l'intégralité du montant disponible au mois 1, pour garder une part de ce montant pour le mois suivant dans le cas où trop peu de patients seraient inclus pour rémunérer les experts.*

Mais comment déterminer *a* ?

On sait que :

$$r_{1,1} = \frac{h_{1,1}}{htot_1} \times montant\ alloué\ (m_1)$$

$$\Leftrightarrow \quad t_1 \times\ h_{1,1} = \frac{h_{1,1}}{htot_1} \times a_1\ \times montant\ disponible\ (m_1)$$

(avec $t_{1,1}$ le taux horaire du professionnel 1 au mois 1)
Donc

$$t_1 = \frac{1}{htot_1} \times a_1\ \times montant\ disponible\ (m_1)$$

Finalement :

$$a_1 = \frac{t_1\ \times htot_1}{montant\ disponible\ (m_1)}$$

Si on fixe le taux horaire des experts à 60€/heure (expérience OCCITANIE) soit $t_{1,1} = 60$, on dispose au mois 1 du nombre d'heures totales réalisées sur le mois et du montant disponible. On peut alors calculer le coefficient de lissage du mois 1. Simulons une situation à travers l'exemple suivant :

NB : pour les taux horaires des infirmiers experts sous protocole de coopération, on peut envisager une répartition sur chaque acte de 70% pour les IDE délégués et 30% pour les délégants. Dans ce cas, cela revient à rémunérer 42€ de l'heure un IDE expert.

Tentons un exemple à travers les tableaux suivants.

<u>Exemple n°1</u> : sur les trois mois d'activité, pour 11 patients inclus, ce sont au total 17,5 h de travail d'expertise (contre 22h prévues par le forfait (1h première téléconsultation, 30 min pour les deux suivantes)).

PERIODE 01 - 31 01 2020	IDE1	IDE2	MED EXP 1	MED SPE	TOTAL
NB d'H	2,5	2	0	0	4,5
QUOTITE TRAVAIL	56%	44%	0%	0%	100%
MONTANT DISPONIBLE				690,00 €*	
COEFFICIENT LISSAGE			0,39		
MONTANT ALLOUÉ				270,00 €	
REPORT A NOUVEAU				420,00 €	
REMUNERATION PAR PRO	150,00 €	120,00 €			270,00 €
TAUX HORAIRE	60,00 €	60,00 €			

* 5 patients inclus au mois de Janvier, on suppose que le forfait est versé à l'inclusion avant la première téléconsultation. Il se peut donc qu'un forfait soit versés alors que la première téléconsultation n'a pas encore eu lieu.

PERIODE 01 - 28 02 2020	IDE1	IDE2	MED EXP 1	MED SPE	TOTAL
NB d'H eq IDEC	3	1,5	3,5	0	8
QUOTITE TRAVAIL	38%	19%	44%	0%	100%
MONTANT DISPONIBLE				834,00 €	
COEFFICIENT LISSAGE			0,58		
MONTANT ALLOUÉ				480,00 €	
REPORT A NOUVEAU				354,00 €	
REMUNERATION PAR PRO	180,00 €	90,00 €	210 €		
TAUX HORAIRE	60,00 €	60,00 €	60,00 €		

PERIODE 01 - 31 03 2020	IDE1	IDE2	MED EXP 1	MED SPE	TOTAL
NB d'H eq IDEC	1	3	0,5	0,5	5
QUOTITE TRAVAIL	20%	60%	10%	10%	100%
MONTANT DISPONIBLE				768,00 €	
COEFFICIENT LISSAGE			0,39		
MONTANT ALLOUÉ				300,00 €	
REPORT A NOUVEAU				468,00 €	
REMUNERATION PAR PRO	60,00 €	180,00 €	30 €	30 €	

TAUX HORAIRE	60,00 €	60,00 €	60,00 €	60,00 €	

Dans le tableau suivant, on régularise la situation des experts au bout de trois mois (par convention). Autrement, on reverse le report à nouveau accumulé sur les moins précédents s'il existe.

REGULARISATION	IDE1	IDE2	MED EXP 1	MED SPE	TOTAL
NB d'H eq IDEC	6,5	6,5	4	0,5	17,5
QUOTITE TRAVAIL	37%	37%	23%	3%	100%
MONTANT A ALLOUER	468 €				
REMUNERATION PAR PRO	173,83 €	173,83 €	107 €	13 €	

SYNTHESE	**IDE 1**	**IDE 2**	**MED EXP**	**MED SPE**	**TOTAL**
VOLUME HORAIRE / 3MOIS	6,5	6,5	4	0,5	17,5
HONORAIRES / 3 MOIS	563,83 €	563,83 €	346,97 €	43,37 €	1 518,00 €
TAUX HORAIRE / 3 MOIS	86,74 €	86,74 €	86,74 €	86,74 €	
TAUX HORAIRE IDE EXPERT APRES REPARTITION AVEC DELEGANT	60,72€	60,72€			

Sur ce scénario on est, à en moyenne, 2,4 téléconsultations par patient (sachant que pour certains, le suivi n'est pas encore finalisé). Globalement, les inclusions de patients et l'activité des experts sont relativement stables et l'ensemble des professionnels du groupe parvient à appuyer des équipes de proximité, dans la prise en charge de leur patient, en moins de trois téléconsultations. C'est la raison pour laquelle le taux horaire est particulièrement élevé. La régularisation, dans ce cas, est une réversion de prime à l'activité.

Le coefficient de lissage est compris entre 0 et 1, plus il est petit et plus le montant alloué est faible par rapport au montant disponible. Plus il est proche de 1, plus le montant alloué se rapproche du montant disponible. Ce coefficient ne peut pas dépasser 1 car cela signifierait que la CNAM verse plus que le montant disponible. Ainsi, selon les heures de travail du mois, le nombre de patients inclus, le montant du report à nouveau, le coefficient de lissage varie chaque mois pour garantir une rémunération de 60 €/h si le montant disponible le permet. Sinon, la rémunération horaire sera inférieure à 60€/h.

<u>Exemple n°2</u> : sur les trois mois d'activité, pour 11 patients inclus, 25 h de travail d'expertise (contre 22h prévues par le forfait (1h première téléconsultation, 30 min pour les deux suivantes)).

PERIODE 01 - 31 01 2020	IDE1	IDE2	MED EXP 1	MED SPE	TOTAL
NB d'H	4	8	0	0	12
QUOTITE TRAVAIL	33%	67%	0%	0%	100%
MONTANT				690,00 €	

DISPONIBLE					
COEFFICIENT LISSAGE	1,00				
MONTANT ALLOUE				690,00 €	
REPORT A NOUVEAU	- €				
REMUNERATION PAR PRO	230,00 €	460,00 €			690,00 €
TAUX HORAIRE	57,50 €	57,50 €			

PERIODE 01 - 28 02 2020	IDE1	IDE2	MED EXP 1	MED SPE	TOTAL
NB d'H eq IDEC	3	1,5	3,5	0	8
QUOTITE TRAVAIL	38%	19%	44%	0%	100%
MONTANT DISPONIBLE				552,00 €	
COEFFICIENT LISSAGE	0,87				
MONTANT ALLOUE				480,00 €	
REPORT A NOUVEAU				72,00 €	
REMUNERATION PAR PRO	180,00 €	90,00 €	210 €		
TAUX HORAIRE	60,00 €	60,00 €	60,00 €		

PERIODE 01 - 31 03 2020	IDE1	IDE2	MED EXP 1	MED SPE	TOTAL
NB d'H eq IDEC	1	3	0,5	0,5	5
QUOTITE TRAVAIL	20%	60%	10%	10%	100%
MONTANT DISPONIBLE	348,00 €				
COEFFICIENT LISSAGE	0,86				
MONTANT ALLOUE	300,00 €				
REPORT A NOUVEAU	48,00 €				
REMUNERATION PAR PRO	60,00 €	180,00 €	30 €	30 €	
TAUX HORAIRE	60,00 €	60,00 €	60,00 €	60,00 €	

Sur ce scénario on est à en moyenne 3,4 téléconsultations par patient (sachant que pour certains, le suivi n'est pas encore finalisé). On remarque que c'est le premier mois qui a nécessité un nombre important d'heures de travail expert par rapport à l'exemple 1 (12h au lieu de 4,5). Le temps de travail moyen par patient au mois de Janvier est donc trop élevé pour rémunérer les experts à un taux horaire de 60€. On remarque ainsi que le coefficient de lissage du mois de Janvier est égal à 1 (on verse l'intégralité du montant disponible). Toutefois, à l'issue des trois mois, on remarque qu'un report à nouveau de 48€ est disponible. On va donc les utiliser pour tenter de régulariser la situation des professionnels n'ayant pas bénéficié d'un taux horaire de 60€ sur les trois mois de travail (cf. tableau ci-dessous, les IDE 1 et 2 présentent des taux horaires globaux inférieurs à 60€/h).

SYNTHESE AVANT REGULARISATION	**IDE 1**	**IDE 2**	**MED EXP**	**MED SPE**	**TOTAL**
VOLUME HORAIRE /	8	12,5	4	0,5	25

3MOIS					
HONORAIRES / 3 MOIS	470,00 €	730,00 €	240,00 €	30,00 €	1 470,00 €
TAUX HORAIRE / 3 MOIS	58,75 €	58,40 €	60,00 €	60,00 €	

Principes de la régularisation : on pourrait penser qu'il suffit de répartir le report à nouveau du mois de Mars, au prorata de l'activité de chaque expert. Cette méthode aboutit à des taux horaires différents entre professionnels sur les trois mois, ce qui est difficilement justifiable. On choisit de faire une régularisation par des séquences successives :

1. la première régularisation réhausse le taux horaire le plus faible (IDE 2) pour le rendre, si le report à nouveau le permet, équivalent au deuxième taux horaire le plus faible (IDE1). Le tableau ci-dessous résume cette première étape.

REGULARISATION	IDE1	IDE2	MED EXP 1	MED SPE	TOTAL
NB d'H eq IDEC	8	12,5	4	0,5	25
ETAPE 1					
MONTANT A ALLOUER POUR REGUL	48,00 €				
TAUX HORAIRE MOYEN PAR PRO	58,75 €	58,40 €	60,00 €	60,00 €	
REGUL 1		4,38 €			
MONTANT ALLOUE PAR PRO 1	470,00 €	734,38 €	240,00 €	30,00 €	
TAUX HORAIRE MOYEN PAR PRO 1	58,75 €	58,75 €	60,00 €	60,00 €	
MONTANT A ALLOUER APRES REGUL 1	43,63 €				

2. La deuxième régulation réhausse les taux horaires minimum (IDE 1 et 2) pour les rendre, si le report à nouveau le permet, équivalent au troisième taux horaire le plus faible (60€ dans notre cas). Le tableau ci-après :

ETAPE 2					
REGUL 2	10,0 €	15,6 €	- €	- €	
MONTANT ALLOUE PAR PRO 2	480,0 €	750,0 €	240,0 €	30,0 €	
TAUX HORAIRE APRES REGUL 2	60,00 €	60,00 €	60,00 €	60,00 €	

3. On réitère ce processus jusqu'à ce que tous les taux horaires soient égaux à 60€ (si le report à nouveau le permet). S'il reste encore un montant à répartir, on le ventile, comme dans l'exemple 1, au prorata de l'activité de chaque expert.

ETAPE 3

MONTANT A ALLOUER POUR REGULARISATION FINALE	18,00 €				
QUOTITE TRAVAIL	32%	50%	16%	2%	
REGULARISATION FINALE	5,76 €	9,00 €	2,88 €	0,36 €	
MONTANT ALLOUE PAR PRO FINAL	485,76 €	759,00 €	242,88 €	30,36 €	1 518,00 €
TAUX HORAIRE FINAL	60,72 €	60,72 €	60,72 €	60,72 €	
TAUX HORAIRE IDE EXPERT APRES REPARTITION AVEC DELEGANT	42,50€	42,50€			

En synthèse : les variables qui affectent la rémunération au mois sont :

- Le nombre de patients inclus ce mois
- Le lissage de la rétribution des inclusions, versement en 1, 2, 3 … fois du forfait.
- La proportion d'activité par professionnel.

Cet exemple montre le degré de technicité que peut nécessiter un projet article 51. Ces problématiques économiques et de facturation étaient, avant l'apparition de ce dispositif, du ressort de l'Assurance Maladie. Ici, ce sont directement les porteurs de projet qui sont confrontés à ces questionnements sans que les pouvoirs publics aient forcément une réponse à apporter du fait de la nouveauté du mode de rémunération proposé. La localisation de la conception de projets orientés parcours de santé, revient, dans les cas que nous présentons, à déléguer des pans très larges de conception (modèle organisationnel, économique, facturation…). La délégation n'est pas totale au sens où les pouvoirs publics restent décisionnaires pour autoriser ou non un projet, néanmoins elle n'a jamais été aussi importante dans un domaine aussi réglementé que la santé.

Evoquons un dernier écueil organisationnel qui nous semble important pour comprendre que le projet vise bien à réguler un parcours dans son ensemble. Comme évoqué précédemment, à l'issue de la validation du projet par le CTIS, un groupe de travail doit se charger de protocoliser les prises en charge types, par plaie, pour garantir une homogénéité et un respect des bonnes pratiques. Ce groupe de travail, non encore réuni à ce jour, a pour objectif de répondre à ces deux questions :

- Quelle conduite à tenir face aux différents types de plaies pour lesquelles le dispositif pourrait être sollicité ? Cette question amènera notamment des professionnels de santé libéraux et hospitaliers, membres du pool d'experts CICA'CORSE, à s'entendre sur les conduites à tenir et les acteurs à mobiliser (professionnels de santé libéraux, services hospitaliers, HAD…).
- Quelles ressources disponibles et opérationnelles sur site pour prendre en charge correctement les patients ? Cette question amène à travailler sur la mobilisation des

ressources disponibles, notamment en médecins spécialistes libéraux par la réservation de créneaux horaires dédiés à CICA'CORSE afin d'assurer la continuité du parcours d'un patient qui nécessiterait l'avis de nombreux spécialistes dans un temps restreint pour déterminer la nature de la prise en charge.

Bien évidemment, ce groupe de travail ne s'est pas encore réuni mais grâce à ces deux questions, on entrevoit un début de régulation d'un parcours de la plaie, régulation qui s'affranchit des barrières sectorielles traditionnelles, par la participation d'acteurs d'horizons variés dans la conception des protocoles de prise en charge des plaies. A la différence des objets étudiés dans le chapitre 4 (MSP/CTPTS, régime des autorisations), l'objectif affiché ici est de réguler la continuité du parcours des plaies chroniques/complexes **dans sa globalité**. Ce dispositif serait alors une composante d'un dispositif d'appui à la coordination qui, malgré sa polyvalence, n'a pas vocation à coordonner des thématiques expertes comme la plaie.

Comme pour le projet EVACORSE, le tableau ci-après synthétise les intervenants ayant contribué de manière directe ou indirecte à l'élaboration du cahier des charges.

Tableau 18 : récapitulatif des concepteurs du projet CICA'CORSE

Institution	Fonction	Echelon territorial	Apport
URPS IDE/ IDE Libérales	Présidente et son équipe	Régional/Local (Ajaccio et ses environs en tant qu'IDE)	Signalement problème accès aux soins, conception du cahier des charges. Animation des COPIL Création d'un DU de plaies et cicatrisation à l'Université de Corse Animation des groupes de travail Elaboration du cahier des charges du système d'information Contact avec une URPS d'une autre région pour l'utilisation d'un système d'information dédié à la plaie.
Cabinet de conseil	Chargé de projet	NA	Appui à la conception du cahier des charges
Cellule Innovation	Médecin Conseil ARS Administrateur DCGDR	Région	Appui à la conception du cahier des charges, conception du modèle économique et du modèle de facturation
CHA	Médecin, infirmiers experts, directeur financier et affaires générales	Départementale	Conception secondaire sous la forme de consultation pour validation du cahier des charges en fonction des contraintes du territoire.

			Participation aux groupes de travail
CHB	Médecin, infirmier experts, directeur financier et affaires générales	Départementale	Conception secondaire sous la forme de consultation pour validation du cahier des charges en fonction des contraintes du territoire. Participation aux groupes de travail.
Entreprise pour Système d'Information de CICA'CORSE	Directeur	Régionale	Fusion du système d'information GECOPLAIES (la Réunion) avec la plateforme de télémédecine ALTA STRADA (URPS ML).
CH Bonifacio	Administratif	Local	Conception secondaire, sous la forme de consultation et de validation du cahier des charges
CH Calvi			
CH Sartène			
HAD de Corse			
HAD Ajaccio			
HAD Maymard			
IFSI (Ajaccio et Bastia)	Infirmier formateur	Départemental	
URPS ML	Président	Régional	Mise à disposition d'une plateforme de télémédecine régionale
Ministère/SGMAS	Médecin	National	Participation à des groupes de travail par thématique pour la rédaction du cahier des charges. Apport notamment sur le volet modèle économique pour l'Assurance Maladie. Contrôle du volet règlementaire du cahier des charges.
Assurance Maladie	Chargé de mission dédié à l'accélération de la conception du cahier des charges	National	
	Référent expert modèle économique		
	Référent expert modèle de facturation		
CTIS (DGOS, DSS, CNAMTS, SGMAS, DGCS, DGS, DREES, le cas échéant HAS).	Divers	National	Echanges avec porteurs pour ajustements à la marge du cahier des charges et validation du projet

Nous avons eu l'occasion d'étudier d'autres projets article 51 au cours de notre recherche (cf. chapitre 2), néanmoins ces deux cas suffisent pour donner un aperçu de ce que peut être le rôle de chacun des acteurs de l'écosystème (professionnels de santé de proximité, hospitaliers,

personnel administratif des ARS et de l'Assurance Maladie, du ministère de la santé, de la CNAMTS et le chercheur intervenant) dans la conception d'un cahier des charges qui précise l'organisation d'un collectif de professionnels de santé autour du parcours d'un patient. On montre, à partir de difficultés que les porteurs de projet rencontrent, qu'il ne s'agit pas seulement d'une consultation des acteurs de proximité, mais bien de la construction d'un projet à partir de leur expérience. En cela, ce type d'entreprise relève d'une organisation inédite de l'activité de conception d'une action publique, et se révèle être un processus très fragile, notamment à cause d'une responsabilité de conception très diffusée dans un écosystème (Moore 1993) particulièrement large.

SECTION 3 : QUELS EFFETS SUR L'ENVIRONNEMENT ?

3.1 Lecture du cas EVACORSE à l'aide de la démarche CDO

Nous cherchons ici à éclairer le cas d'étude EVACORSE à la lumière du cadre d'analyse proposé par la démarche Conception et Dynamique des Organisations (cf. section 1.3). Nous avons montré dans la section précédente que la dynamique de conception est bien locale et fragile car elle mobilise une somme importante d'acteurs interdépendants sur des thématiques complexes. Il s'agit maintenant de savoir comment un projet d'origine locale tient compte à la fois des spécificités de son territoire et des recommandations et règlementations nationales. A l'aide de la démarche CDO, nous souhaitons répondre aux questionnements posés en section 1.

D'abord, notons que ce projet ne remet pas en cause les grands principes de la réadaptation cardiaque. Les trois moments de la prise en charge que sont le renforcement musculaire, la réadaptation fonctionnelle et l'éducation thérapeutique du patient sont respectés. Autrement dit, l'enchaînement des tâches habituelles d'une réadaptation cardiaque n'est pas remis en cause.
Au cours d'une prise en charge médicale, des processus opératoires se succèdent selon un continuum préétabli par les sociétés savantes médicales et relèvent de l'expertise du professionnel concerné. Toutefois, il est important de distinguer deux types de processus opératoires :

- **Les processus opératoires primaires** : ils concernent les séries d'opérations permettant la prise en charge planifiée d'un patient. Par exemple, dans notre cas, tous les processus nécessaires à la réadaptation cardiaque d'un patient à haut risque cardiovasculaire (comment réaliser une éducation thérapeutique du patient, un renforcement musculaire et fonctionnel).

- **Les processus opératoires secondaires** : ils concernent les séries d'opérations permettant la gestion d'un événement médical intercurrent comme une crise cardiaque. Ces opérations font appel à des ressources non utilisées dans une prise en charge de routine. Par exemple, le recours à une unité de soins intensifs en cardiologie n'est impératif que dans des cas de décompensations graves. Ces événements peuvent avoir lieu mais sont assez rares : au cours de deux ans d'existence, aucun arrêt cardiaque n'a eu lieu au sein du centre.

Quelle que soit l'occurrence de ces événements, les pouvoirs publics, à travers l'outil règlementaire, s'assurent de la sécurité des patients en normant à la fois les processus opératoires primaires et secondaires. Le projet étudié consiste à modifier les deux types de processus. En effet, il est précisé dans la présentation du cas qu'une solution alternative a été

imaginée en privilégiant l'usage de bandes élastiques pour la réalisation d'exercices à haute ou basse intensité cardiaque plutôt qu'un matériel onéreux et nécessitant une certaine surface d'installation. Ainsi, alors que le processus opératoire traditionnel faisait appel à des ressources telles que les vélos d'appartements ou des appareils de musculation spécifiques, le nouveau processus opératoire est modifié par l'usage de ressources différentes et plus accessibles y compris pour des professionnels de santé hors centre SSR (bandes élastiques). Ce processus opératoire est modifié de sorte qu'il permet à de nouvelles ressources humaines, plus proches des patients, de le réaliser. La conception d'un nouveau processus opératoire primaire n'est pas sans conséquence vis-à-vis des processus secondaires et des identités professionnelles des acteurs. En effet, concernant les événements médicaux intercurrents qui pourraient survenir au sein d'une Maison de Santé Pluriprofessionnelle, un chariot d'urgence muni d'un défibrillateur sera installé dans chaque maison de santé et les équipes libérales formées à la ventilation au masque et à la mise en place d'une canule de Guedel. Ces gestes seront pratiqués dans l'attente du SMUR qui disposera du matériel d'intubation et de ventilation adéquat pour le transfert vers l'unité de soins intensifs en cardiologie. Enfin, le cardiologue coordonnateur du centre SSR doit rester joignable à tout moment par les équipes de soins primaires, sa présence en cas d'urgence n'étant utile que dans une unité de soins intensifs en cardiologie. Donc, les processus opératoires secondaires sont également affectés et nécessitent une mise à niveau des ressources humaines libérales. On observe ainsi la nécessité d'adapter certains processus ressources, concernant ici la formation des professionnels libéraux.

Si l'on a centré notre analyse sur les processus opératoires, il n'en demeure pas moins qu'ils mobilisent par construction, des ressources (humaines, techniques, cognitives). Tout l'enjeu de ce projet est justement de pouvoir mobiliser des ressources humaines et matérielles au plus proche du domicile du patient pour éviter un renoncement aux soins. Néanmoins, les opérateurs doivent être initiés à cette prise en charge car elle ne relève pas de leur formation initiale. Ainsi, la seule modification d'un processus opératoire primaire implique un changement organisationnel profond affectant les opérateurs, les ressources, les processus ressources, les processus opératoires secondaires et la structure organisationnelle. Ces propos font écho à la démonstration d'Esterle & al (Esterle, 2009) qui témoigne du fort impact de la mise en œuvre de consultations spécialisées par télémédecine sur les pratiques médicales. La mutation de ces pratiques n'est pas anodine pour les professionnels concernés et nécessite une analyse psychosociale concomitante à celle menée d'un point de vue organisationnel. C'est à cet effet que la démarche CDO propose le concept de dynamique identitaire globale des acteurs (DIGA, cf. section 1.3). Dans ce projet, il est apparu que les dynamiques d'acteurs étaient globalement positives du fait d'une part que les capacités objectives (cognitives, physiologiques et stratégiques) étaient bien présentes, et d'autre part, sur le plan subjectif, qu'un engouement des acteurs traduisait leur satisfaction vis-à-vis des modalités organisationnelles et financières et leur sentiment de voir leur activité s'enrichir. A titre d'exemple, la réaction d'un des acteurs : « *Ce que vous nous proposez nous fait sortir de notre exercice quotidien d'infirmière à domicile et c'est très appréciable* » (infirmière libérale).

Ainsi, la démarche Conception et Dynamique des Organisations propose un cadre qui permet de caractériser la nature et les enjeux du changement organisationnel que peut induire la mutation d'un processus opératoire.

3.2 L'ouverture d'un régime de régulation rigide

Nous cherchons ici à mieux caractériser en quoi ce projet déroge au code de la santé publique. Comme précisé dans la première partie, l'article 51 de la LFSS 2018 se présente comme une forme d'ouverture d'un régime de régulation rigide, caractérisé par l'usage du droit. Nous chercherons à montrer en quoi les dérogations juridiques à ce projet permettent de répondre à des problématiques d'accès aux soins générées par ces conditions règlementaires contraignantes.

Les articles D6124-177-1 à 9 et D6124-177-27 à 31 du code de la santé publique prévoient pour l'autorisation d'une activité de SSR mention cardio vasculaire entre autres les éléments suivants :

- En cas d'événement médical intercurrent (ex : arrêt cardiaque) pour un patient pendant la réadaptation cardiaque, un accès à une unité de soins intensifs de cardiologie, le cas échéant par voie de convention avec un autre établissement.
- La possibilité d'une intervention immédiate du cardiologue.
- La présence d'une salle d'urgence dotée à minima d'un défibrillateur de matériel d'intubation et de ventilation ainsi que des lits munis de cardioscopes.
- Un plateau technique comprenant un échographe, une installation d'épreuves d'effort et des espaces d'entraînement physique. Le plateau technique est équipé de monitorages par télémétrie en nombre adapté à celui des patients présents et qui le nécessitent. Un chariot d'urgence et de réanimation cardiaque est situé à proximité du plateau technique.

Ces points juridiques sont précisés car le projet y déroge. Nous tenterons de montrer pour chacun d'entre eux en quoi l'organisation hybride permet d'y satisfaire de manière alternative.

- Pour l'accès à l'unité de soins intensifs en cardiologie, il convient de créer un conventionnement entre les maisons de santé pluriprofessionnelles et les centres hospitaliers référents pour déterminer les protocoles de prise en charge ad hoc.
- Dans l'organisation hybride, la possibilité d'une intervention physique immédiate d'un cardiologue n'est pas envisageable. Néanmoins, le cardiologue reste joignable à tout moment d'autant que sa présence physique n'est utile que dans l'unité de soins intensifs en cardiologie.

- Concernant la salle d'urgence, il est envisagé de doter chaque MSP d'un défibrillateur, d'un chariot d'urgence et de conventionner avec le SMUR local pour une intervention dans des temps dédiés.
- Pour le plateau technique, toutes les étapes de la prise en charge qui nécessitent du matériel (épreuve d'effort, télémétrie…) sont réalisées en centre SSR. C'est la raison pour laquelle les six premières séances sont réalisées de manière « traditionnelle ». Une fois que le risque de réadaptation est correctement stratifié, le patient est éligible ou non à une prise en charge hybride.

Par ces quatre éléments, le projet déroge aux conditions techniques de fonctionnement que tout centre SSR mention réadaptation cardiovasculaire doit respecter. Pour autant, y déroger ne signifie pas les ignorer. Ces normes, bien que contraignantes et générant des inégalités d'accès aux soins, permettent une certaine homogénéité de la prise en charge sur le territoire national et garantissent la sécurité des patients quel que soit leur lieu de vie. Tout l'enjeu de l'expérimentation sera justement de démontrer que les conditions hybrides dans lesquelles se déroulent les prises en charge des patients garantissent une sécurité équivalente à celle des centres « traditionnels ».

En des termes néo-institutionnalistes, ce projet illustre l'avènement d'une nouvelle forme de légitimité dans le champ institutionnel : en tant que législateurs, les pouvoirs publics sont légitimes pour altérer le champ institutionnel ; en tant que représentants de l'évolution des bonnes pratiques médicales, les sociétés savantes disposent d'une légitimité « professionnelle » pour modifier, avec les pouvoirs publics, le champ institutionnel. L'article 51 de la LFSS 2018 laisse émerger une forme de « légitimité territoriale », susceptible de remettre en cause les obligations ou recommandations véhiculées par le champ institutionnel. La source de cette légitimité tient à la proximité des acteurs en santé avec leurs problématiques de territoire.

Dans le cas étudié, la mutation d'un savoir médical a entraîné le changement d'un processus opératoire de la prise en charge. Les recommandations de la Société Française de Cardiologie reposaient sur une hypothèse de séparation des exercices de rééducation musculaire et de rééducation fonctionnelle. Le cardiologue expert du projet a souhaité écarter cette hypothèse en supposant que l'absence de découplage n'affecterait pas l'efficacité de la prise en charge. Cela permettrait au contraire l'utilisation d'exercices de rééducation plus reproductibles pour les MSP et les patients à leur domicile. La prise en compte des spécificités du contexte territorial a débouché sur l'émergence d'un nouveau savoir et sur la conception de cette nouvelle organisation. Pour autant, cette conception n'a pas eu lieu en dehors du champ institutionnel : les concepteurs se sont efforcés de « coller » le plus possible au cadre règlementaire initial qui assure la sécurité du patient. Les grands principes de réadaptation cardiaque ne sont pas remis en cause, de même que la nécessité d'assurer une prise en charge d'urgence en cas d'événement médical intercurrent. Grâce à la démarche CDO, on parvient donc à qualifier une forme de mimétisme global autour des grands principes de la réadaptation cardiaque et la nature de la différenciation locale portée par une légitimité liée à

la connaissance de terrain. Ce cas nous semble donc illustrer comment un champ institutionnel assez rigide peut, à l'aide d'une ouverture règlementaire partielle, générer une mutation du champ institutionnel pour accroître son influence mimétique.

Néanmoins, cette légitimité territoriale existe le temps de mener l'expérimentation. En effet, si celle-ci est concluante, son cahier des charges ferait office de nouvelle règlementation. Si un collectif d'un autre territoire souhaite mettre en œuvre un projet similaire, il devra respecter le cahier des charges organisationnel et financier de l'expérimentateur. Cette forme de régulation rigide s'assouplit donc le temps d'explorer de nouvelles solutions pour se rigidifier de nouveau une fois ces solutions éprouvées. Néanmoins, à quelles marges de manœuvre peuvent aspirer les collectifs intéressés pour répliquer une initiative innovante ? Doivent-ils se conformer aux mêmes processus opératoires, aux mêmes opérateurs, ressources et processus ressources que stipule le cahier des charges ?

Si l'on reprend les propriétés souhaitées pour un dispositif de régulation de la continuité des parcours, (propriétés que nous avons établies au chapitre 3 et utilisées au chapitre 4), le compromis auquel on arrive pour un projet article 51 est de nouveau différent par rapport à ceux qu'on a pu observer pour des dispositifs tels que le zonage, le régime des autorisations... Rappelons les propriétés génériques d'un dispositif de régulation des déserts médicaux que nous avons introduites au chapitre 3. Le dispositif doit :

- **Savoir identifier les zones concernées par les problèmes d'accessibilité aux services de santé**.
  Les projets présentés, que ce soient EVACORSE ou CICACORSE, permettent d'identifier des problématiques d'accès aux soins de manière très fine : déceler des difficultés d'accès à des services de réadaptation cardiaque, à l'aide d'outils statistiques uniformes, serait sûrement plus complexe que d'écouter un acteur local qui évoque ces difficultés. En donnant la possibilité à des acteurs de terrain de proposer des projets innovants, l'article 51 permet l'émergence de problèmes jusqu'à présent absents du champ de vision des pouvoirs publics.

- **Proposer une offre de santé pertinente à tous les usagers du système de santé concernés par des problèmes d'accès aux soins quel que soit leur lieu de vie (principe de pertinence)**.

  De la même façon, les acteurs de terrain, grâce à ce dispositif, ont la possibilité de proposer une offre de santé aux usagers qui éprouvent des difficultés d'accès aux soins, à condition qu'elle soit dérogatoire aux règles de financement ou d'organisation de droit commun. Pour le projet EVACORSE, cela se traduit par une organisation hybride d'un service de réadaptation cardiaque pour le rendre accessible au sein de plusieurs MSP. Pour le projet CICA'CORSE, c'est la mise en place d'une équipe experte consultable par

télémédecine afin de fournir un avis sur la conduite à tenir pour la prise en charge d'une plaie ressentie comme complexe par une équipe soignante et, le cas échéant, coordonner la prise en charge par des acteurs extérieurs à l'équipe soignante de proximité (spécialistes, établissements de santé…).

Les projets étudiés présentent une organisation des services de santé a priori plus appropriés que les dispositifs existants. En effet, dans la mesure où ces projets n'ont pas été encore déployés, il est difficile de conclure qu'ils sont plus pertinents que ce qui a été mis en place jusqu'à présent. Toutefois, s'ils émergent c'est bien parce qu'aucune solution proposée par le droit commun ne permet de répondre aux difficultés rencontrées, par exemple, par des usagers isolés d'un service de réadaptation cardiaque ou sujets à des plaies nécessitant l'intervention d'un nombre important de professionnels difficilement mobilisables de manière continue. En d'autres termes, l'article 51 devrait être un levier pour accroître la pertinence des politiques publiques notamment pour des populations « oubliées » ou difficilement repérables au niveau national.

- **Ne pas créer des inégalités de traitement entre les citoyens (principe d'universalité de l'action publique)**

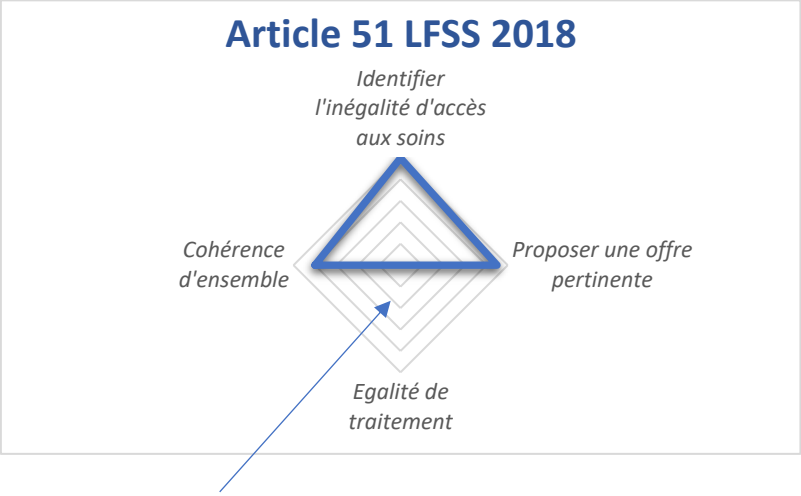
  Concernant ce point, nous ne pouvons pas conclure au regard de notre matériau empirique : pour que les projets présentés n'instaurent pas d'inégalités de traitement entre les citoyens, il faudrait qu'ils soient réplicables sur tous les territoires où des usagers se retrouvent dans des conditions similaires à celles qui ont provoqué l'émergence d'un tel projet en région. Comme aucun projet article 51 n'a, pour le moment, été « passé dans le droit commun », il est difficile de répondre à cette question. Toutefois, pour nos cas d'étude, nous émettrons quelques pistes de réflexions afin d'analyser la réplicabilité d'un projet innovant dans le chapitre suivant.

- **Être cohérent avec l'ensemble des actions déployées par les pouvoirs publics (principe de cohérence).**

  Comme cela a été montré précédemment, le caractère localisé d'un projet article 51 ne signifie pas nécessairement qu'il n'est pas cohérent avec la règlementation en vigueur ou les initiatives proposées par les pouvoirs publics. Même si le projet EVACORSE déroge aux conditions techniques de fonctionnement des SSR mention cardiovasculaire, il essaye de « coller » aux recommandations de la règlementation par de nouvelles organisations. Le projet n'ignore pas le volet sécuritaire de la prise en charge et reste cohérent avec la règlementation sans pour autant la respecter strictement. Un projet local peut donc être cohérent avec les autres actions menées à d'autres échelons territoriaux. Toutefois, nous verrons dans le chapitre suivant que ce n'est pas toujours le cas.

En synthèse, pour réutiliser le schéma du chapitre précédent, l'étude des deux projets article 51 présentés nous montre que ce dispositif permet de bien équilibrer les propriétés d'un dispositif de régulation de la continuité d'un parcours. Toutefois, la question de l'universalité reste en suspens.

Figure 25: équilibre des propriétés d'un projet article 51 de la LFSS 2018



Sans résultat empirique, on suppose que cette propriété n'est pas remplie. Pour autant, dans le chapitre suivant, nous soutenons l'hypothèse que ces dispositifs peuvent être aussi universels que des dispositifs conçus à l'échelon national.

CONCLUSION CHAPITRE 5

Après avoir introduit l'approche « parcours » comme une modélisation plus globale du besoin de santé au chapitre 4, le chapitre 5 a, en introduction, questionné la faisabilité de l'ouverture du processus de conception d'un dispositif de régulation de la continuité d'un parcours. En effet, par rapport aux récentes évolutions législatives et la création de l'article 51 de la LFSS 2018, ce dispositif fait l'hypothèse qu'une modélisation globale d'un besoin de santé serait plus simple à réaliser au niveau local. **En section 1**, nous avons utilisé une revue de littérature complémentaire pour montrer en quoi les attentes des pouvoirs publics vis-à-vis de cet article 51 pouvaient être paradoxales : d'un côté les cognitivistes laissent penser qu'une modélisation par des acteurs de proximité saura mieux tenir compte de l'environnement de vie des patients, d'un autre côté, le courant néo-institutionnaliste défend l'idée selon laquelle les mimétismes liés à l'environnement induisent des similitudes importantes entre les projets quel que soit leur lieu d'émergence**. En section 2,** par la présentation de deux cas d'étude et notamment des difficultés auxquelles sont confrontés les acteurs de terrain, nous montrons que ce sont bien des acteurs locaux qui conçoivent ces projets innovants grâce à une modélisation affinée des besoins des usagers. Les dispositifs créés ont vocation à devenir des composantes dont l'objet est de réguler la continuité d'un parcours (de réadaptation cardiaque, des plaies ressenties comme complexes …). Ceci est rendu possible notamment grâce à la création d'équipes composées de professionnels libéraux et hospitaliers. Nous montrons donc la faisabilité d'une modélisation des besoins de santé à l'échelon local ainsi que de la conception d'une réponse par un écosystème de professionnels. Toutefois, compte tenu des difficultés rencontrées par les concepteurs, le nombre d'acteurs concernés, et l'évolution des métiers que cela suscite, ces projets demeurent très fragiles, dans leur conception ou leur déploiement. **En section 3**, nous sommes revenus sur la contradiction soulevée en première section : à l'aide de la démarche CDO, nous avons montré en quoi un projet peut être innovant sur un processus opératoire pour permettre un meilleur accès aux soins sans pour autant ignorer toutes les contraintes règlementaires responsables de ces inégalités d'accès. En d'autres termes, un projet à dominante locale peut être à la fois innovant et cohérent avec l'environnement institutionnel dans lequel il s'inscrit. L'article 51 donne lieu à l'émergence d'une légitimité territoriale dans la régulation de la continuité des parcours. Toutefois, notre matériau empirique ne permet pas de présenter des résultats tangibles sur le caractère réplicable ou non d'un projet d'origine locale.

Ainsi, un dispositif tel que l'article 51 amorce bien un tournant vers une organisation plus ouverte de la conception de dispositifs de régulation. Cela permettrait notamment de modéliser les besoins de santé, au plus proche des réalités vécues par les usagers et les professionnels de santé de proximité. Néanmoins peut-on qualifier les acteurs présentés dans nos cas d'étude de concepteurs d'une action publique ? En effet, une action publique doit respecter plusieurs propriétés dont celle de l'universalité : toute action publique doit

s’adresser de manière égalitaire aux usagers qui en sont destinataires. Comment s’assurer alors que les projets expérimentés au titre de l’article 51 soient réplicables ?

CHAPITRE 6 : DISCUSSION

INTRODUCTION CHAPITRE 6

Dans ce chapitre, nous revenons sur les hypothèses caractérisant une action publique posées en première partie et montrons en quoi nos résultats de recherche permettent dans une certaine mesure de les remettre en question. Nous explorons également à quelles conditions les pouvoirs publics peuvent adopter un régime de conception favorisant une expansion de connaissances, pour répondre à des besoins de santé méconnus ou pour être plus efficace et efficient. La première section s'intéresse à la propriété d'universalité que toute action publique est supposée respecter. En extrapolant la diffusion des projets EVACORSE et CICACORSE à d'autres régions, nous supposons, à l'aide de la démarche CDO, que répliquer de telles initiatives ailleurs en France ne serait pas aisé. Ces projets « article 51 » présenteraient de nombreux avantages mais également le défaut majeur de ne pas respecter le critère d'universalité d'une action publique. En comparant ces projets au mode de fonctionnement du régime des autorisations étudié au chapitre 4, nous discutons l'idée selon laquelle une action publique peut être universelle et traiterait les citoyens de manière égalitaire. Dans la section 2, nous revenons sur la dialectique cohérence/pertinence d'une action publique, nous illustrons la criticité que cette dernière peut atteindre à l'aide de notre matériau empirique. Enfin nous discutons l'idée selon laquelle cette dialectique serait inexorable en montrant que le projet EVACORSE est à la fois novateur pour répondre aux spécificités de micro-territoires corses mais aussi cohérent avec son cadre règlementaire. Cela nous amène à donner une nouvelle définition du territoire en santé par rapport au rôle que ses acteurs peuvent avoir dans la conception d'une action publique. En revanche, se pose la question de la cohérence entre les différents projets innovants émergeant dans toutes les régions de France. Comment la garantir ?

Dans la section 3, nous questionnons les modalités d'exploitation des remontées d'information locales par les pouvoirs publics nationaux. En effet, de nombreux cahiers des charges article 51 sont en cours de conception, pour certains sur des thématiques très proches. Comment exploiter ces informations ? S'agit-il de dresser un répertoire de projets dans lesquels des acteurs locaux devraient piocher ou est-il envisagé d'exploiter ces projets pour faire évoluer le code de santé public et le système de santé ? Nous discutons alors de l'opportunité d'introduire un régime de conception innovante soit une méthode d'exploration des possibles au niveau national pour tenter de rassembler de manière structurée et cohérente les connaissances parcellaires fournies par les centaines de projets locaux.

SECTION 1 : UNE CONCEPTION CENTRALISÉE D'UNE ACTION PUBLIQUE GARANTIT-ELLE LA FAISABILITÉ DE SA GÉNÉRALISATION ?

1.1 Des projets locaux sont-ils réplicables ?

Nous cherchons ici à questionner la généricité des savoirs créés par ces projets locaux innovants. En effet, une fois expérimentés et évalués, les cahiers des charges des projets article 51 deviennent une source de règlementation. D'un point de vue financier, cela signifie un changement d'enveloppe de financement. Par exemple, pour l'expérimentation d'un projet innovant, le Fonds d'Innovation pour le Système de Santé (FISS) est sollicité. Si l'évaluation du projet est concluante et son efficacité prouvée, il « passe dans le droit commun ». Autrement dit, s'il s'agit d'un projet sanitaire, c'est l'enveloppe du risque de l'Assurance Maladie qui rémunérera les collectifs et non plus le FISS. Néanmoins, si un autre collectif souhaite mettre en œuvre un projet similaire mais pas tout à fait identique, jusqu'où peut-il s'organiser différemment sans pour autant repasser par un financement FISS et par toutes les contraintes que cela engendre ? Comme mentionné au chapitre 5, ces interrogations sont plus d'ordre théorique car, à ce jour, aucun projet article 51 n'a été mis en œuvre.

Le projet EVACORSE par exemple, a émergé compte tenu du contexte local très contraint et notamment du fait de l'existence de plusieurs maisons de santé implantées dans l'ensemble de la région. Ces structures présentent l'avantage de comporter des équipes de soins primaires habituées à un exercice plus collectif, aux réunions de concertation pluridisciplinaires … plus proches des conditions de travail d'un établissement hospitalier que d'un exercice isolé. Ce projet n'a pour le moment pas rencontré d'échos négatifs de la part des professionnels et nous l'expliquons par le fait qu'il génère des dynamiques identitaires globales d'acteurs positives. Pour autant, malgré l'expansion actuelle des maisons de santé pluriprofessionnelles, il reste des territoires où aucune n'existe. Si par exemple, une région souhaite adopter ces pratiques non pas avec une Maison de Santé Pluriprofessionnelle mais avec un centre hospitalier de proximité, le projet doit-il de nouveau faire l'objet d'une candidature à l'article 51 ou est-il considéré comme une réplique du projet initialement accepté ? Est-il possible de choisir une structure d'accueil différente en l'absence de MSP ? En effet, il parait difficilement envisageable pour les porteurs du projet initial d'envisager toutes les solutions possibles et de les recenser dans le cahier des charges. Le même questionnement se pose pour les processus opératoires : notre cas de réadaptation cardiaque ne l'illustre pas nécessairement bien, dans la mesure où le processus opératoire primaire conçu, semble généralisable quel que soit le lieu de prise en charge, compte tenu du peu de matériel qu'il fait intervenir. Néanmoins, il n'existe aucune garantie qu'un processus opératoire innovant soit réplicable vu les ressources ou les opérateurs qu'il est susceptible de mobiliser.

La démarche CDO nous permet de nouveau de faire le lien avec la théorie néo-institutionnaliste concernant la diffusion d'un projet innovant : elle préconise la réorganisation d'un collectif en deux temps. Le premier consiste à dessiner l'activité de chaque acteur, ou groupes d'acteurs, en fonction des réorientations souhaitées par le collectif. Le deuxième, qui

fait notamment intervenir la grille DIGA, s'assure de la cohérence entre les activités dessinées initialement et l'acceptation réelle par les acteurs de ces activités. En effet, il est tout à fait possible que dans un premier temps, le dessin organisationnel présenté au collectif convienne à tous, pour autant, rien ne garantit que cette dynamique perdure. L'approche psychosociale fournie par DIGA permet d'évaluer l'adéquation entre l'activité dessinée initialement et l'activité vécue par les acteurs du collectif. En ces termes, nos questionnements précédents concernent la généricité d'un dessin organisationnel local car il est possible que d'un territoire à l'autre les ressources associées aux processus opératoires varient.

Il existe un deuxième écueil à la diffusion de ces organisations innovantes : quelle est la garantie que la DIGA générée par le projet soit positive quel que soit le territoire de mise en œuvre ? Les positionnements stratégiques des acteurs selon les territoires ne sont pas les mêmes. Par exemple, une telle initiative d'externalisation vers les maisons de santé pluriprofessionnelles pourrait être mal perçue par un SSR polyvalent présent sur le territoire qui se verrait tout à fait légitime pour assurer le même rôle que les MSP. La création d'un mode de paiement « à la qualité » des centres et des MSP pourrait susciter l'indignation de certains acteurs pour qui le contrôle qualité est, de toute façon, du ressort des professionnels qui le réalisent systématiquement. Comme le soulignent les auteurs de cette démarche, il est plus difficile d'identifier les facteurs de réussite d'un projet que les facteurs d'échec d'autant que si une DIGA est positive, elle ne l'est pas nécessairement pour les mêmes raisons d'un acteur à l'autre. Notons par ailleurs la possibilité d'un effet Hawthorne (Mayo 1930) lié à l'expérimentation qui biaiserait l'évaluation des DIGA le temps de l'expérimentation ; risque qui implique d'aller au-delà des premières réactions apparentes des acteurs quand on utilise ce modèle DIGA.

Les projets locaux ont l'avantage de faire apparaitre rapidement et concrètement les contradictions des différentes formes de régulation, et de pouvoir proposer des solutions adaptées généralement en accord avec les sociétés savantes. Pour autant, les projets imaginés sont porteurs de spécificités locales sur le positionnement stratégique des acteurs en santé, leurs capacités cognitives et physiologiques ainsi que leur subjectivité. La démarche CDO et notamment l'outil DIGA permet de préciser les variables d'intérêt dans l'étude de la diffusion d'un projet innovant par les pouvoirs publics.

Dans une perspective de généralisation de ce type d'entreprise innovante, il nous semble donc opportun qu'il existe des possibilités d'adaptation d'un point de vue des ressources mobilisées, voire des processus opératoires tant que les critères de qualité de la prise en charge et les dérogations au code de santé publique sont les mêmes que le projet initial. Dans cette perspective, il ne s'agit plus seulement d'élargir à de nouveaux acteurs l'accès à la conception d'une action de régulation rigide, mais d'assouplir cette régulation pour en permettre une meilleure diffusion.

Au total, la présentation de ce cas d'étude a permis, nous semble-t-il, de préciser comment dans un champ institutionnel supposé favoriser les mimétismes de toutes sortes entre les organisations, des projets innovants peuvent émerger. En l'occurrence, l'innovation porte sur certaines formes de savoirs sans remettre en cause les grands principes du champ institutionnel. La démarche CDO a précisé à quelles composantes de l'organisation ces

savoirs étaient rattachés et explicité les difficultés potentielles de la diffusion de telles innovations.

Toutefois, étendons les réflexions portées sur les couples modalités de conception – mode de régulation à d'autres associations (par exemple conception centralisée – régulation par voie règlementaire). Quand la conception d'une action publique est centralisée, quelle est la garantie que le dessin organisationnel convienne à toutes les régions ?

1.2) Des projets conçus par les pouvoirs publics centraux respectent-ils le critère d'universalité ?

Une initiative d'un collectif au sujet d'un « bien » public perd-elle automatiquement son « label » d'action publique sous prétexte qu'elle est d'origine locale ? Or c'est bien l'égalité de traitement entre les citoyens qui fonde en partie les principes du modèle bureaucratique chez Weber (Weber 1952). Par la standardisation des normes, des procédés, des compétences, le modèle bureaucrate est censé assurer une homogénéité de traitement entre les citoyens. Cette contrainte de l'universalité s'est déjà posée dans l'étude des nouvelles formes d'action publique (Thoenig et Duran 1996, Lascoumes, Le Bourhis, 1998) car ces dernières sont moins centralisées, mobilisent des acteurs locaux (élus locaux, collectivités locales, administrations déconcentrées etc.). Elles sont multipolaires et se substituent au modèle de l'Etat central qui définit au niveau national les objectifs et les moyens de l'action publique. Mais le déploiement de ces initiatives, même s'il permet de favoriser réactivité et souplesse (Aggeri et Pallez 2005) et outre la question de mutualisation ou de transposabilité que nous avons abordée dans le paragraphe précédent, pose des questions en termes d'équité entre territoires et entre citoyens. Dans l'étude des nouvelles formes d'innovation publique (Coblence et Pallez 2015), le principe d'universalité d'une action publique est davantage mis à mal car les approches par le design s'attachent à ancrer localement l'action. Elles ne sont pas donc pas tournées vers la généralisation. Les pouvoirs publics centraux, qui ont essayé de généraliser ces initiatives, n'y sont pas parvenus, vues les singularités fortes de chaque projet. Toutefois certains auteurs avancent que le principe d'universalité n'est qu'un principe, au sens où l'on observe une dialectique entre standardisation et différenciation des services et des politiques publiques sur le territoire (Boussaguet, Jacquot, et Ravinet 2010). Dans la mesure où une action publique doit être pertinente, elle devrait prendre en considération les spécificités des territoires et se différencier selon le lieu de sa mise en œuvre. Pourtant, l'égalité de traitement entre les citoyens la pousse vers une tendance inverse de standardisation de la politique publique. Mais la standardisation des procédés est-elle réellement synonyme d'égalité des citoyens ?

Pour étudier cette question, reprenons l'exemple du projet TAVI et du régime des autorisations et des conséquences qu'il peut avoir dans les territoires. Rappelons que le régime des autorisations standardise un certain nombre d'éléments (ressources matérielles, file active, ressource humaines …) afin que chaque établissement de santé soigne les patients

dans des conditions relativement homogènes sur le territoire national. Nous avons étudié les modalités de conception de ce régime des autorisations au chapitre 4 ainsi que les effets pervers qu'il pouvait engendrer. En résumé, les standards imposés pour pratiquer la transplantation de valves aortiques (TAVI) génèrent des difficultés d'accès aux soins car ils obligent des patients âgés corses à faire un déplacement sur Marseille. Ce déplacement est souvent pour ces personnes, un argument majeur dans le renoncement à l'opération. Mais comment ces standards sont-ils imposés au niveau national ? Ils sont issus de différentes réunions de travail entre le ministère, les sociétés savantes médicales et des représentants des ARS (cf. chapitre 4). Dans quelle mesure le fait que ces groupes de travail siègent au niveau national garantit-il le côté universel des standards imposés ? Alors, tentons une analyse plus cognitive de la réalisation du régime des autorisations : les membres qui représentent les sociétés savantes (ex : société française de cardiologie, association française de chirurgie ambulatoire …) dans ce processus, exercent leur activité dans un certain contexte. En effet, les sociétés savantes sont des « *organisations fondées pour un travail commun ou une action commune qui consiste à développer le champ disciplinaire dont relèvent les membres par l'organisation de rencontres, de publications, d'interventions diverses, etc. Appelées aussi sociétés scientifiques, voire professionnelles, elles jouent un rôle éminent dans la production et la diffusion du savoir scientifique*. » (Dictionnaire Robert, 1985). En tant que médiateurs à la pointe d'un domaine médical ou chirurgical, on peut supposer que les représentants des sociétés savantes exercent leur activité de médecine dans des milieux universitaires. Or les centres hospitalo-universitaires (CHU) sont logiquement implantés dans des aires urbaines denses et présentent des taux d'équipement supérieurs aux autres établissements de santé (cliniques, hôpitaux de recours, de proximité…). On peut également faire l'hypothèse que les équipements spécialisés de ces établissements sont acquis pour garantir une sécurité et une qualité de prise en charge optimale des patients au regard des dernières avancées scientifiques. C'est donc dans ce contexte que les représentants des sociétés savantes sont associés à la conception du régime des autorisations. Comme le précisent Abbott & al (Abbott et al. 2015), les formes collaboratives de régulation sont fréquentes quand celle-ci nécessite un haut niveau d'expertise technique. Les pouvoirs publics sont donc informés, par la présence dans les groupes de travail des membres de ces sociétés, des dernières recommandations pour la prise en charge des cancers hématologiques par exemple. Les agents du ministère et des ARS sont, eux, chargés de s'assurer que les standards et procédés, auxquels seront soumis les établissements, discutés dans les groupes de travail, ne soient pas trop contraignants au risque que seuls quelques établissements en France puissent réaliser les soins. Ces standards étant inscrits dans le code de santé public, les possibilités d'adaptation régionale sont très faibles. La réforme du régime des autorisations est donc un compromis entre une prise en charge hautement spécialisée et peu accessible, et des services mieux répartis sur le territoire, avec des exigences de qualité et de sécurité moindres. Ce compromis s'exprime notamment par la notion de gradation des soins (cf. chapitre 4). Néanmoins, les connaissances utilisées par ce groupe peuvent être déséquilibrées : les sociétés savantes, à l'aide d'études randomisées ou d'autres méthodologies démontrent le bien fondé d'avoir recours à une nouvelle molécule ou une nouvelle machine en termes de sécurité, de qualité

d'une prise en charge. Néanmoins, peu d'études scientifiques évaluent l'impact d'une action de régulation qui imposerait l'utilisation d'un tel matériel sur l'accès aux soins dans les territoires. De fait, les causes de renoncement étant multiples (financier, géographique, social…), pathologies, populations et territoires dépendants, ces études devraient être menées dans des contextes variés et en dehors des champs traditionnels d'émergence des connaissances médicales que sont les CHU. Par exemple, les facteurs de renoncement aux soins ne sont pas les mêmes selon l'âge de la population : un patient âgé isolé, peut décider plus facilement de renoncer à la pose d'un TAVI estimant qu'il y a autant de risques à se déplacer loin de son domicile que de bénéficier de l'opération. Alors qu'on sait mesurer l'efficacité clinique d'un nouveau matériel, on ne connait pas la probabilité de renoncement aux soins, voire la mortalité, causée par les contraintes règlementaires du régime des autorisations. En d'autres termes, le caractère universel d'une action publique n'est pas forcément garanti par une conception centralisée du dispositif de régulation. L'égalité de traitement entre citoyens est assurée quand ceux-ci sont pris en charge dans les établissements de santé soumis à des standards nationaux, mais ces mêmes standards entrainent des inégalités en termes d'accès aux plateaux techniques. Les concepteurs du régime des autorisations, malgré l'aspect concerté du processus, agissent dans un contexte particulier et ne disposent que de connaissances limitées. L'universalité serait bien un principe d'une action publique mais dans les faits, il doit être relativisé, car même les outils apparemment universels sont susceptibles de générer des inégalités entre citoyens.
Partant de là, les problèmes de diffusion d'une action collective locale n'empêchent pas de qualifier celle-ci de publique. En revanche, se pose la question de la cohérence de ces actions avec l'ensemble des programmes menés au niveau national.

En synthèse, procéder à la diffusion d'une expérimentation innovante, dont la conception a lieu dans un contexte nécessairement singulier, n'a rien d'évident. L'approche CDO identifie deux domaines à étudier au cours du processus de généralisation d'une expérimentation : le dessin organisationnel proposé et la dynamique identitaire globale des acteurs qu'il implique. Toutefois, cette difficulté de diffusion des expérimentations article 51 est à relativiser car, même des dispositifs conçus par les pouvoirs publics nationaux, sont soumis à des biais cognitifs et des biais de contexte.

SECTION 2 : COHÉRENCE/PERTINENCE, UN VRAI PROBLÈME ?

Dans cette section, nous revenons sur le questionnement introduit au chapitre 1 au sujet de la dialectique cohérence/pertinence de l'action publique. En effet, nous intéresser aux différentes associations des propriétés d'un dispositif de régulation nous permet dans un premier temps de concrétiser la dialectique cohérence/pertinence. Pour autant, une analyse approfondie de nos cas d'étude remet en cause l'idée selon laquelle une conception locale serait nécessairement plus pertinente mais moins cohérente qu'une conception centralisée de l'action publique.
Ces conclusions amènent à redéfinir le territoire au regard du rôle que ses acteurs peuvent jouer dans la conception de projets innovants.

2.1 Des instruments multiples déployés à des échelons territoriaux variés

Nous discutons l'idée selon laquelle la dialectique cohérence/pertinence liée au territoire d'action publique est susceptible d'être contre-productive en ce qu'elle limite l'efficacité des dispositifs mis en œuvre par les pouvoirs publics. L'objet de notre propos n'est pas d'amorcer de nouvelles discussions autour du découpage géographique optimal qui permettrait une action à la fois cohérente et pertinente mais de documenter dans le domaine de la santé les raisons pour lesquelles cette dialectique est susceptible de poser des difficultés. Pour cela, nous revenons rapidement sur la pluralité de l'instrumentation (Lascoumes, 2007) de l'action publique pour lutter contre les inégalités territoriales de santé et nous analysons plus spécifiquement deux dispositifs révélateurs de la dialectique cohérence/pertinence.
Nous pouvons remarquer la multiplication des dispositifs de lutte contre les inégalités d'accès aux soins mis en œuvre ces dernières années, à des échelons géographiques que l'on qualifierait de fonctionnels : les Groupements Hospitaliers de Territoire ont vocation à regrouper des établissements de santé dans l'optique de la réalisation d'un projet partagé sur leur territoire de chalandise (Cazin 2017). En ce qui concerne les CPTS, il s'agit bien de créer un projet de santé commun à tous les acteurs exerçant une activité sanitaire, sociale ou médico-sociale sur un territoire. Autrement dit, on observe une recrudescence des territoires plutôt fonctionnels au sens où ceux-ci correspondent à un échelon géographique d'action des professionnels de santé et non à un découpage institutionnel ou politique (commune, intercommunalité, département…). Pour autant, ces dispositifs sont voués à mettre en cohérence sur ces territoires les projets d'acteurs variés. L'émergence de ces objets traduit une volonté d'introduire un pouvoir expert (Crozier et Friedberg, 1977) en sus du pouvoir politico-administratif d'ordinaire responsable de l'organisation des services de santé sur les territoires (Pierru 2012a).

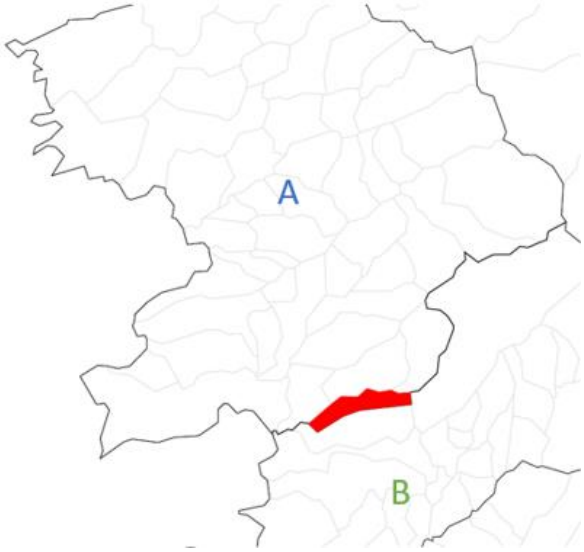
L'étude des inégalités territoriales d'accès aux soins, celle de la diversité des instruments et des découpages géographiques auxquels ils s'appliquent, prouvent combien il peut être facile de créer des dispositifs locaux quoique redondants, et combien il peut être difficile de trouver des échelons territoriaux adaptés pour appréhender une notion aussi complexe que le besoin de santé. Examinons à travers deux exemples la criticité de la dialectique cohérence/pertinence inhérente au choix de la maille territoriale de l'action publique.

2.2 Les zonages conventionnels, un dispositif national exposé à des difficultés méthodologiques de découpage territorial ou quand la pertinence s'en prend à la cohérence.

Nous reprenons ici le cas du zonage des masseurs kinésithérapeutes auquel les services de l'ARS de Corse nous ont associé et que nous avons peu détaillé dans le chapitre 3. Pour rappel, la méthode de zonage (i.e. de détermination des zones sous-denses) est nationale car elle doit garantir une égalité de traitement à la fois pour les professionnels de santé susceptibles d'être éligibles à des contrats incitatifs, mais également pour les usagers des territoires sous dotés. Conscient du fait que les découpages institutionnels ne reflètent pas la réalité de l'activité des professionnels de santé (par exemple, un cabinet Masseur Kinésithérapeute peut drainer des patients de plusieurs communes limitrophes), l'APL (Barlet et al. 2012) qui s'affranchit de ces contraintes a été utilisé. En effet, cet indicateur dépasse le découpage institutionnel communal en intégrant la distance temps du domicile d'un patient au cabinet du professionnel de santé.

Néanmoins, déterminer des zones sous-denses nécessite, par définition, de choisir un maillage territorial valable partout en France (canton, communauté de communes, bassin de vie…). Pour tenter de coller « à la réalité » du territoire, les bassins de vie/santé, censés traduire des habitudes de vie et de travail des habitants, sont utilisés. En somme, une moyenne pondérée des APL communaux est réalisée pour déterminer l'APL du bassin de vie santé. Quand le bassin de vie santé regroupe plus de 30 000 habitants, il est découpé en cantons. A travers cette méthode de découpage géographique apparait déjà la dialectique fonctionnel/institutionnel : les pouvoirs publics tentent de s'affranchir des découpages institutionnels à travers des indicateurs novateurs et des mailles territoriales plus « fonctionnelles » (bassin de vie). Néanmoins, contraints par la nécessité d'utiliser des découpages territoriaux présents dans toutes les régions, et ne disposant pas d'un découpage national infra bassin de vie, le canton, territoire très institutionnel au demeurant, est sélectionné. Mais en quoi est-ce un problème ? Il s'avère que la superposition des bassins de vie avec les cantons ne donne pas des résultats nécessairement cohérents. Par exemple, si une commune appartient à un bassin de vie de plus de 30 000 habitants mais qu'elle fait partie d'un canton dont la majorité des communes dépendent d'un autre bassin de vie de moins de 30 000 habitants, cette commune seule, fait office de bassin de vie/canton ville.

Figure 26 : exemple d'incohérence dans la superposition bassins de vie / cantons



La zone A est un bassin de vie de plus de 30 000 habitants. Elle est donc découpée en cantons. La commune rouge appartient au bassin de vie A mais à un canton de la zone B. Ce conflit est résolu en faisant de la commune rouge un bassin de vie/canton ville à elle seule.

Même si ce biais méthodologique n'est pas fréquent, il a suscité, dans la région étudiée, des réactions de la part des représentants des professionnels concernés : une commune faisant office de bassin de vie a été déclarée sous-dotée alors que les soins y étaient assurés par des professionnels se déplaçant à domicile. Autrement dit, une zone est déclarée sous dotée et des professionnels touchent une prime à l'installation, alors que la couverture des soins est déjà assurée. Face à de tels résultats potentiellement générateurs d'effets d'aubaine et d'inégalités entre professionnels, et, compte tenu des marges de manœuvre très limitées à disposition de l'Agence Régionale de Santé concernée, les représentants des professionnels n'ont pas approuvé ce zonage.
Ainsi, l'universalité et la cohérence de ce dispositif de zonage sont établies par une conception nationale. Néanmoins, malgré les efforts méthodologiques pour s'extraire des biais de découpages géographiques institutionnels, des incohérences mettent en cause sérieusement l'efficacité et l'efficience du dispositif.

2.3 *Quand la pertinence d'un projet par des acteurs locaux est « menacée » par sa mise en cohérence avec d'autres dispositifs.*

Alors que nous avons illustré précédemment en quoi la pertinence et l'efficacité d'un dispositif pouvait pâtir d'une conception à l'échelon national, nous exposons dans ce paragraphe, prenant appui sur des données primaires issues de notre terrain de recherche, comment la mise en cohérence d'un projet local avec d'autres dispositifs est susceptible d'affecter sa pertinence.

Pour cela, nous exploitons un cas d'étude d'un projet article 51 que nous n'avons pas détaillé jusqu'à présent. Il concerne le traitement des cancers par thérapie orale (par opposition aux traitements intraveineux réalisés en établissements de santé). Des praticiens hospitaliers du Centre Hospitalier de Bastia (CHB) ont déposé l'intention de structuration d'une prise en charge partagée entre la médecine de ville et l'hôpital pour ce type de prise en charge et de suivi. En effet, l'enjeu en termes d'accès aux soins est de taille : ces traitements par voie orale diffèrent des traitements traditionnels par voie intraveineuse et cela pose des questions organisationnelles sérieuses. Si dans un premier temps l'équipe hospitalière réalise un suivi rapproché des effets de la thérapie sur le patient, à plus long terme, ce dernier reste à domicile et renouvelle son traitement auprès du pharmacien d'officine par opposition aux traitements intraveineux où le patient revient de manière périodique à l'hôpital jusqu'à la fin de ses soins. Or la surveillance des effets secondaires est impérative dans le traitement du cancer car ceux-ci témoignent de l'adéquation de la molécule prescrite par l'oncologue. Des effets secondaires tardivement détectés sont susceptibles d'accroitre les risques de décès du patient. Enfin, l'observance du patient est un enjeu aussi capital : si le ratio doses prises/doses prescrites est inférieur à 80%, alors le traitement est inefficace. La particularité des thérapies orales réside dans le fait que les professionnels les plus à même de surveiller ces deux variables sont le pharmacien d'officine et le médecin traitant ou l'infirmière libérale le cas échéant. Or ces mêmes professionnels ne se jugent pas suffisamment experts pour assurer ce suivi. Le projet consiste donc à organiser des liens entre l'équipe experte hospitalière et les équipes de ville.
Il s'avère que des idées similaires sont formalisées dans d'autres régions. La décision est prise alors par les différents porteurs de projet de ne faire qu'un seul cahier des charges dont ils seraient tous signataires. S'amorce alors par le biais des Agences Régionales de Santé où ont été déposés les projets, du ministère et d'un porteur de projet au rayonnement national, un travail de mise en cohérence des différents dossiers. Ce travail est loin d'être évident et nous le verrons à travers deux exemples :

- Les différents projets prévoient, entre autres, l'implication du pharmacien d'officine à raison d'une fois par mois, pendant des périodes variables allant de 3 à 11 mois voire plus. Parallèlement à ces travaux, la négociation annuelle de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie (CNAM) avec les représentants des pharmaciens d'officine est en cours et propose une rémunération « conventionnelle » et non dérogatoire à titre expérimental (article 51) pour le suivi des thérapies orales par les pharmaciens d'officine. Toutefois, ces négociations conventionnelles avec les représentants de la profession n'aboutissent pas à un investissement égal des pharmaciens d'officine. Dans le cas dérogatoire, le suivi est régulier et dure entre 3 et 11 mois, dans le cas conventionnel, il est plus restreint. Alors que d'un côté se présente un projet conçu par des équipes hospitalières expertes prévoyant l'implication des professionnels de ville selon les recommandations de l'Institut National du Cancer (INCA), de l'autre, est conclu un accord entre un acteur institutionnel majeur et des représentants d'une profession concernée selon des modalités différentes. Pour l'équipe projet article 51, la difficulté pourrait se poser en ces termes : comment présenter à la CNAM le fait que les modalités d'intervention du pharmacien d'officine fraichement déterminées dans le

cadre de la convention nationale sont sous-évaluées par rapport aux prévisions d'experts hospitaliers ?

- Initialement, quelques projets régionaux prévoyaient une rétrocession hospitalière du médicament pour le premier mois de traitement. En somme, l'équipe hospitalière fournissait au patient, la première fois seulement, son médicament pour laisser le temps au pharmacien d'officine de commander la molécule au laboratoire, par exemple. En effet, certains pharmaciens d'officine interrogés sur le sujet, dans une région, soulignaient le fait que peu de patients étaient concernés par ces traitements, qu'ils n'avaient donc pas les molécules en stock et qu'ils ne les commandaient qu'une fois informés du traitement du patient. Certains avaient même fait l'expérience d'un retard de livraison important, susceptible de mettre en danger le patient, tant l'observance de ces traitements doit être rigoureuse. Néanmoins, cette possibilité de rétrocession hospitalière dérogatoire a suscité des remarques de la part du ministère et des ARS qui soulignaient l'option à contrecourant de la politique nationale et qui conseillait de s'en passer.

Ces deux exemples montrent comment la pertinence d'un projet élaboré à un échelon territorial de relative proximité peut être mis à mal par la nécessité de le rendre cohérent avec l'ensemble des actions menées par les pouvoirs publics. S'agissant d'un projet expérimental au stade de conception d'un cahier des charges, les effets de cette dialectique se limitent pour le moment à de vifs débats et ne préjugent pas d'une efficacité moindre du projet.
Jusqu'ici et notamment à travers les cas précédents, une association implicite se fait entre proximité, fonctionnalité d'un territoire et pertinence de l'appréciation d'une problématique ou de la solution organisationnelle à un problème commun. Pour autant, peut-on être sûr que la proximité d'un territoire est gage d'une bonne problématisation et d'une bonne résolution de cette problématique ?

2.4 La proximité, un gage de pertinence de l'action publique ?

Nous cherchons à discuter ici, notamment à l'aide du projet EVACORSE, que la proximité et le caractère fonctionnel d'un territoire ne sont pas nécessairement suffisants pour assurer la pertinence d'une action de santé publique. En effet, comme mentionné au chapitre 4, le secteur de la santé appelle la nécessité d'une coordination à des échelons territoriaux variés. Le système évolue donc vers une logique de « parcours » de soins qui permet d'apprécier la cohérence de l'action vis-à-vis du patient. Or, l'organisation d'un parcours n'est pas la même partout, car chaque territoire présente des spécificités d'offre, soit par l'abondance, soit par la rareté de certains types d'expertises. Ainsi, d'un territoire à l'autre, les parcours des patients peuvent varier. Compte tenu de la complexité inhérente à la définition du besoin de santé, il est possible que des professionnels locaux, leur champ d'expertise étant dépassé, ne soient pas capables : soit de déterminer le besoin d'un patient, soit d'imaginer une solution localement acceptable pour le prendre en charge. Illustrons nos propos à l'aide du projet EVACORSE.

Nous pouvons retenir de cette expérience que les acteurs d'un territoire de proximité ont su repérer une problématique locale (la difficulté d'accès aux soins de réadaptation de cardiaque) et la partager avec d'autres professionnels et des acteurs institutionnels. Néanmoins, dans la conception de la réponse à cette problématique, la ressource clef est un référent expert hospitalier qui n'appartient pas à ce micro-territoire, tout comme les membres de la cellule innovation et les chercheurs associés au projet.
Bien que non représentatif, ce cas nous éclaire un peu plus dans nos réflexions : si la proximité peut garantir la « révélation » de certains problèmes auparavant invisibles, elle ne permet pas une prise en considération globale, totale, des besoins des usagers et des réponses à y apporter. En cela, proximité n'est pas nécessairement gage de pertinence d'une action publique dans un système de santé sujet à une hyperspécialisation et une multiplication des intervenants dans la prise en charge des patients.
Comment définir alors le territoire en santé à travers une élucidation de son rôle dans la conception d'une action de santé publique ?

2.5 Le territoire comme acteur de la conception d'une politique publique

A partir des travaux systémiques sur la notion de territoire et du cas d'étude EVACORSE (réadaptation cardiaque), nous cherchons à définir le rôle qu'un territoire pourrait jouer quand des problèmes publics émergent.

Le territoire : un système tourné vers l'action collective.

D'après l'approche systémique de Moine (Moine, 2006) le territoire se compose de 3 grandes familles de sous-systèmes : des sous-systèmes d'acteurs, des sous-systèmes spatiaux et des sous-systèmes de représentations. Pour les derniers, il s'agit de « filtres » à travers lesquels les habitants d'un territoire perçoivent les faits, programment des actions et aménagent leur lieu de vie. Il s'avère que cette approche systémique du territoire sous-entend qu'au-delà d'une délimitation géographique ou du lieu de vie de certaines personnes, le territoire se définit comme un espace permettant et nécessitant une action collective. Ainsi, « *les acteurs agissent en fonction de leurs constats, de la connaissance qu'ils ont de leur territoire, des représentations qu'ils s'en font, de la liberté que leur offre le système de gestion au sein duquel ils évoluent, de leurs objectifs propres, du jeu des acteurs locaux.* » Moine précise même que la notion de pouvoir est omniprésente à travers cette définition du territoire. En effet, c'est Foucault (Bert, 2011) qui reconnait le phénomène du pouvoir comme une relation, une médiation inévitable entre les projets collectifs des hommes et leur réalisation. Il va même jusqu'à définir le territoire par l'exercice du pouvoir qu'il permet : «*Le territoire, c'est sans doute une notion géographique mais c'est d'abord une notion juridico politique : ce qui est contrôlé par un certain type de pouvoir*» (Foucault, 1976).
Peut-on, dans les territoires en santé, identifier des dynamiques de pouvoir systématiquement présentes ? En effet, si le pouvoir politique à travers les représentants des communautés de communes, les maires, les départements… et le pouvoir administratif sont présents (en tant

qu'institutions traditionnellement responsables même indirectement d'une politique publique) , les récentes réformes du système de santé permettent l'émergence d'une autre source de pouvoir et de contrôle sur le territoire :le pouvoir de l'expert (Crozier et Friedberg, 1977). L'émergence d'objet tels que les GHT ou les CPTS en sont un bon exemple : si, bien évidemment, une représentation du pouvoir politique et administratif à travers la présence d'élus de tutelles est envisagée dans ces instances, la logique professionnelle entre en jeu et érode les autres sources de pouvoir. Par exemple, quand un maire, dans la perspective de lutter contre les inégalités d'accès aux soins, souhaite à tout prix qu'un médecin généraliste s'installe dans sa commune et non dans la commune voisine alors que cette dernière se trouve à un endroit plus adapté pour rayonner sur le micro-territoire, c'est bien la composante professionnelle de la CPTS qui pourra éventuellement mettre un terme à cette « guerre des clochers ». En effet, si les professionnels de santé libéraux sont relativement libres de s'installer où ils le souhaitent, ils suivent fréquemment les conseils de leurs instances ordinales et syndicales dans leur choix d'installation. Un nouvel arrivant médecin n'aurait pas intérêt d'un point de vue professionnel et personnel de se mettre à dos la communauté professionnelle du territoire. Par ailleurs, les missions assignées aux CPTS telles que l'organisation des soins non programmés (« Ma santé 2022 : un engagement collectif - Ministère des Solidarités et de la Santé ») montrent une certaine volonté politique nationale de laisser une part d'initiative aux professionnels. Cette présence accrue du pouvoir expert au sein du territoire nous semble être une spécificité du secteur de la santé compte tenu de l'objet complexe à appréhender par les pouvoirs publics : le besoin de santé.

Moine fait également référence au « système de gestion » qui laisserait aux acteurs plus ou moins de liberté sans nécessairement donner une vision concrète de ce système de gestion. Il mentionne enfin des contraintes qui affectent les acteurs et les amènent à revoir leurs actions sans pour autant approfondir leur nature. Ce positionnement théorique présente la particularité de ne pas aborder la question des relations aux autres territoires, question qui apparaitrait rapidement si on s'intéresse au système de gestion du territoire et aux contraintes auxquelles ses acteurs pourraient être confrontés.

Ainsi, cette approche semble pertinente car elle définit le territoire à travers plusieurs composantes qui le resituent dans la perspective d'une action collective. A partir de là, tentons de proposer une définition du rôle du territoire de santé en situant l'action collective qu'il permet au regard des besoins de santé de la population et de l'action plus globale des pouvoirs publics.

Quel est le rôle du territoire en termes d'appréciation des besoins de santé et de conception d'une prise en charge pour y répondre ?

Quel rôle du territoire en santé dans l'émergence d'une action publique locale ?

Comme évoqué précédemment, une action publique locale est paradoxale, car elle doit s'adapter aux spécificités du territoire (propriété de pertinence) et rester cohérente avec l'ensemble des actions publiques déployées. Beaucoup de travaux sur l'émergence d'innovations dans des milieux d'interdépendances fortes entre acteurs soulèvent des

questions similaires. En effet, les réflexions actuelles au sujet de la théorie des écosystèmes (Cohendet, Grandadam, et Simon, 2010) abordent l'émergence d'une innovation à travers :

- Un prisme cognitif (Simon, 2009), selon lequel certaines « idées » nécessitent une maturation et une traduction progressive par des acteurs talentueux et informels composant ce que les auteurs appellent « l'underground » vers « l'upperground », un ensemble d'acteurs plus institutionnels. Par l'étude de mécanismes cognitifs, cette théorie s'intéresse aux étapes de création d'un « espace cognitif commun ». Pour faire le parallèle avec la théorie développée par Moine, il s'agit de savoir comment les acteurs d'un écosystème ou d'un territoire parviennent à partager certaines représentations au sujet d'un objet donné.

- Un prisme relationnel qui s'intéresse à la façon dont une idée peut gagner l'adhésion des acteurs de l'écosystème. Les acteurs de « l'underground », au cours du travail de formalisation de leurs idées seraient confrontés à une difficulté d'incompréhension de la part des autres acteurs, qui mettrait à mal le processus créatif. Sans un effort collectif pour atteindre une masse critique d'acteurs engagés dans le processus d'exploration et partageant un socle cognitif, la viabilité du projet est menacée. Les auteurs écrivent alors qu'une phase importante du travail d'exploration est de convaincre les autres communautés de l'intérêt de leur projet. Néanmoins, ils n'abordent pas le processus de traduction (Callon 1986) dans son ensemble que Callon décrit en cinq phases : la problématisation, l'intéressement, l'enrôlement, la mobilisation des alliés et la dissidence.

Cette littérature s'intéressant essentiellement aux modalités d'émergence d'une innovation, tentons un parallèle avec l'élaboration d'une action publique locale : si cette action répond à un problème public, il demeure qu'elle peut s'avérer innovante et respecter les schémas présentés par la théorie écosystémique. Comment une action publique locale peut-elle devenir cohérente avec l'ensemble des actions publiques déployées ?

Pour répondre à cette question, reprenons le cas EVACORSE dont l'objectif est de diminuer le renoncement aux soins des patients habitant à plus d'une heure d'un SSR mention cardiovasculaire. Dans le cas présenté, aucun territoire de santé n'est institutionnalisé par la présence d'une CPTS ou d'un GHT, il n'en demeure pas moins que cet exemple est instructif quant au rôle du territoire dans la conception d'une nouvelle modalité de prise en charge.
Quand un professionnel de santé fait valoir des difficultés d'accès aux soins de réadaptation cardiaque auprès de l'Agence Régionale de Santé, son expérience vécue à travers le prisme spatial et professionnel initie un processus de problématisation. La réponse qu'il propose à ce problème, à savoir le dispositif d'intéressement (Callon, 1986) (un centre SSR réadaptation cardiaque sur le territoire) n'est pas pertinente au regard des contraintes règlementaires et financières des pouvoirs publics. Notons ici que nous employons le terme de « dispositif d'intéressement » dans une acception légèrement différente de celle de Callon : si ce courant de sociologie des organisations s'intéresse essentiellement aux jeux des acteurs conduisant, ou non, à l'adoption d'un dispositif d'intéressement, il décrit moins bien les enjeux techniques

liés à ce dispositif. Autrement dit, dans l'exemple de la baie de Saint Brieuc, les auteurs ne décrivent pas la façon dont est conçu techniquement le dispositif scientifique de fixation des coquilles Saint Jacques et le considèrent comme donné. Or la description de l'émergence d'une solution technique, support d'un dispositif d'intéressement, nous semble aussi importante que la description des jeux sociaux amenant ou non à l'adhésion des acteurs. Cette question est centrale car la capacité des concepteurs à créer des dispositifs techniques nouveaux, conditionne l'adhésion des acteurs en aval. Pour reprendre notre exemple, la création d'un nouveau SSR mention cardiovasculaire au sein du territoire, premier dispositif technique de prise en charge proposé, est vouée à l'échec car celui-ci entre en contradiction directe avec les orientations stratégiques des pouvoirs publics. La mobilisation du coordonnateur du seul centre SSR du département, débouche alors sur une remise en question des modalités de prise en charge traditionnelles en réadaptation cardiaque : comment adapter celles-ci aux contraintes spatiales et structurelles du territoire en difficulté ? Une première idée consistait à reproduire sous la supervision du médecin coordonnateur du SSR, la prise en charge au sein des Maisons de Santé Pluridisciplinaire du territoire concerné. Cette option a rapidement été confrontée à des difficultés matérielles (cf. chapitre 5). Dès lors, une réflexion médicale s'est tenue sur le réentrainement à l'effort, et a évolué pour répondre aux problèmes et aux contraintes sur les territoires. La prise en charge a été adaptée pour être réalisable dans des conditions jugées possibles par les professionnels des maisons de santé (cf. chapitre 5). Elle a alors été repensée pour être réalisable à l'aide de simples élastiques largement accessibles pour les équipes de soins primaires.

Autrement dit, si le territoire de proximité représenté seulement par quelques professionnels de santé, dans ce cas, n'a pas pris part à la conception de la nouvelle prise en charge, il a quand même soulevé son inadéquation et a communiqué les contraintes auxquelles devrait se soumettre la nouvelle prise en charge. Cet exemple montre que le caractère technique d'un dispositif n'est pas donné, et peut évoluer en fonction des attentes des acteurs des territoires.

Parallèlement à ce travail, l'ARS de Corse a contacté l'ensemble des maisons de santé de la région pour estimer l'ampleur de la problématique et le caractère généralisable de la solution conçue. L'intégration très en amont des contraintes mentionnées par les professionnels de terrain dans la nouvelle modalité de prise en charge de la réadaptation cardiaque, et l'association de ces professionnels à la présentation de ces travaux aux autres territoires, a considérablement facilité l'acceptation du projet à l'échelon régional.

Par rapport au cas présenté, comment situer le rôle du territoire dans un processus de conception d'une action publique ? Thoenig et Duran (Thoenig et Duran, 1996) écrivent que « *plus que l'appareil de l'État, le territoire constitue désormais le lieu de définition des problèmes publics* ». A la différence de ces auteurs, le territoire impliqué initialement dans le projet EVACORSE n'est pas une commune ou un département. Par ailleurs, le lien avec le cadre national est pensé : comme démontré dans le chapitre 5, même si le projet déroge au cadre règlementaire, il essaye d'en tenir compte tant d'un point de vue des processus opératoires primaires que secondaires. La dissociation entre exercices musculaires et respiratoires en réadaptation cardiaque est abandonnée pour permettre une adaptation aux conditions de prise en charge dans les territoires de proximité. Ce faisant, l'offre devient plus

pertinente par rapport aux contraintes des acteurs de proximité. Cette mutation entraine un travail important de protocolisation en cas d'événement médical intercurrent pour tenir compte des conditions de sécurité propre à toute activité de réadaptation cardiaque. Cette initiative semble concilier pertinence et cohérence par rapport à un cadre institutionnel et sécuritaire national.

Ainsi, le territoire doit permettre un temps d'identification de dysfonctionnements auxquels il est impossible de répondre en l'état actuel des connaissances et sans altérer les représentations des acteurs (Engestrom, 2000) L'évolution de leurs représentations est la conséquence de l'émergence de contradictions, de dysfonctionnements dans les actions qu'ils portent. Dans la perspective de l'élaboration d'une action publique, le territoire révèle les problèmes aux pouvoirs publics compétents.

Quand ce travail de problématisation a eu lieu et qu'un territoire a l'attention des administrations compétentes, a-t-il à jouer un rôle dans la phase d'intéressement (Callon, 1986)? Le cas exposé invite à penser que le territoire joue un rôle variable dans la création du dispositif d'intéressement : il y présente ses contraintes, néanmoins selon la thématique médicale, sociale ou médico-sociale ciblée, il se peut que ce soit un centre expert en collaboration avec des professionnels du territoire qui imaginent le dispositif d'intéressement.

Enfin, si un dispositif d'intéressement acceptable par le territoire, les pouvoirs publics et les centres experts, s'élabore, les phases d'enrôlement et de mobilisation des alliés sont facilitées par l'intégration des représentations des acteurs de ce territoire dès la phase de conception du dispositif d'intéressement.

Ainsi, à travers cette étude de cas, nous avons ébauché le rôle du territoire en santé à travers l'implication de ses acteurs dans l'élaboration d'une action publique. Leur participation au processus de conception permet d'identifier des problématiques jusqu'ici inconnues des pouvoirs publics. Proposer aux acteurs des territoires de s'investir dans ce processus de conception, implique, compte tenu de la division croissante des tâches dans le secteur de la santé, d'embarquer tout un écosystème (acteurs de proximité, référents centres experts, pouvoirs publics régionaux, nationaux …). En cela, la démarche est lente et fragile mais peut déboucher, en cas de réussite, sur un dispositif à la fois pertinent, cohérent et accepté par tous les acteurs aussi bien de terrain qu'institutionnels.

En synthèse, l'unicité (au niveau national) du lieu de conception d'une action publique garantit la cohérence de cette dernière avec l'ensemble des politiques publiques menées ; mais elle peut aboutir à un programme non pertinent par rapport aux réalités de terrain. Inversement, une action à l'initiative d'acteurs locaux peut être cohérente avec un cadre national à condition qu'une articulation très intense entre les différents lieux de conception (local, régional, national) ait lieu. Cette articulation devra gérer les tensions inhérentes à la contextualisation, dans l'espace et dans le temps, de la conception d'une action publique.

La cohérence d'un programme local avec un cadre national n'est donc pas impossible, tant que ce dernier est lisible pour les concepteurs locaux. Par exemple, les contraintes de sécurité d'une prise en charge de réadaptation cardiaque étaient claires pour le cardiologue référent du projet EVACORSE. En revanche, assurer la cohérence entre des projets d'origine locale, au

niveau national pourrait être une tâche bien plus ardue. En effet, en parallèle du projet EVACORSE sont nés d'autres projets relatifs à la réadaptation cardiaque mais très différents dans leur organisation et leur mode de financement. Comment garantir une forme de cohérence dans les initiatives des porteurs locaux ? Comment les pouvoirs publics nationaux pourraient guider ces multiples processus d'exploration amorcés par chaque expérimentation ?

SECTION 3 : SOUS QUELLES CONDITIONS LES POUVOIRS PUBLICS PEUVENT-ILS ADOPTER UN RÉGIME DE CONCEPTION INNOVANTE ?

Si un projet d'origine locale peut être cohérent avec un cadre institutionnel national, il est impossible pour des porteurs de projets locaux d'avoir une connaissance des initiatives émergentes dans les autres territoires. Ce serait donc le rôle des pouvoirs publics, notamment nationaux, d'assurer une forme de cohérence entre les projets d'origine locale. Dans le cas de l'article 51 de la LFSS 2018, la question de la cohérence entre projets locaux devient importante car des centaines d'initiatives sont déposées auprès du CTIS et beaucoup d'entre elles se ressemblent. Par exemple, une idée similaire à celle d'EVACORSE est née en région parisienne où cette fois, la prise en charge de réadaptation cardiaque était intégralement réalisée par un cardiologue libéral dans son cabinet (équipé pour l'occasion). Le modèle de financement était lui aussi différent. Cet exemple suscite plusieurs interrogations : si les deux projets sont évalués de manière positive, les deux sont-ils « passés dans le droit commun » ? ou une sélection selon certains critères (par exemple, économique, qualité…) est-elle effectuée ? Si un troisième projet relativement similaire, sans être identique, est proposé, fait-il l'objet d'une nouvelle instruction au titre de l'article 51 de la LFSS 2018 ? Ou est-il refusé car il est arrivé « trop tard » ?

Ces éléments questionnent la stratégie des pouvoirs publics nationaux quant au dispositif article 51 : les projets innovants ont-ils vocation à constituer des formes d'aménagement « à la marge » du code de santé publique pour des problématiques territoires dépendants ou vont-ils inspirer les réformes du système de santé de demain ? Au regard des possibilités de dérogation offertes par ce dispositif (conditions de financement pour paiement au forfait, au parcours…), il semble que ces projets ont vocation à servir d'inspiration pour réformer le système de santé. Dans ce cas, cela signifie que les pouvoirs publics centraux devraient disposer d'un retour d'information suffisamment synthétique et structuré, dans un contexte de rationalité limitée, pour avoir une idée globale de la multitude de projets qui passent par le CTIS. Dès lors, un collectif pourra s'intéresser à la phase amont d'un parcours cancer, un autre à la phase avale avec des modalités d'organisation très variables. Comment faire en sorte de ne pas avoir une vision fragmentée et parcellaire des connaissances associées aux projets locaux ? Enfin, n'oublions pas que chacun de ces projets révèle des besoins de santé, auparavant invisibles pour les pouvoirs publics centraux. Or, la présence de l'information ne suffit pas, car trop d'informations pourraient nuire au processus de décision quand on n'a pas la capacité de les traiter dans leur exhaustivité. C'est justement l'utilité d'un tableau de bord, par exemple, que de synthétiser et de simplifier un flux d'informations pour prendre une décision. L'article 51 serait donc un dispositif très utile, dans une modélisation alternative du besoin de santé des usagers, tant que l'information qu'il transmet est exploitable.

Par ailleurs, si des centaines de projets sont proposés, qu'une majorité d'entre eux sont éligibles au dispositif et qu'il faut tenir compte de la contrainte de financement de l'ensemble,

comment choisir entre les différentes initiatives locales ? Le foisonnement et la dispersion des projets locaux créent deux sources de difficultés pour les pouvoirs publics nationaux :

- Structurer des informations et des connaissances dispersées d'une façon relativement homogène et synthétique à des fins de pilotage du dispositif article 51.
- Déterminer des critères de performance, et donc des critères de choix, entre des projets concurrents mais aussi des critères pour ouvrir (ou fermer) les dérogations au code de santé public que permet l'article 51 de la LFSS 2018.

Comme les initiatives locales sont dérogatoires, elles couvrent, par définition, des besoins non prévus par les programmes nationaux. Les pouvoirs publics nationaux seraient donc confrontés, par l'article 51 de la LFSS 2018, à la nécessité de gérer l'inconnu à grande échelle. A ce titre, il nous semble que les courants de littérature relatifs à la conception et à l'innovation seraient des pistes théoriques à explorer pour outiller les pouvoirs publics nationaux en ce sens. Par exemple, la théorie C-K (A. Hatchuel et Weil 2002) est définie par ses auteurs comme un cadre pour analyser l'« inconnu ». Elle a permis d'identifier la mise en place de langages de l'inconnu (fonctionnel, conceptuel, architectural) (Le Masson, Dorst, et Subrahmanian 2013). Globalement, cette théorie consiste à décomposer un raisonnement de conception en deux ensembles : les concepts (C) et les connaissances (K). « *Dans la théorie C-K, un « point de départ » de conception est une proposition qui est interprétable grâce aux connaissances disponibles mais qui, pourtant, est indécidable avec les connaissances disponibles. Les « visions », les propositions folles des designers, des architectes ou des artistes, certaines conjectures des scientifiques, toutes les propositions dont la caractéristique essentielle est précisément d'être partiellement inconnues (mais désirables), ont un statut spécifique dans la théorie C-K, qui les distingue clairement des connaissances (knowledge, le K de la théorie CK).* » (A. Hatchuel et Weil 2002). Les connaissances sont des propositions ayant un statut logique, la nature de la logique étant elle-même libre. L'espace des concepts est celui qui peut-être nous intéresse le plus dans le sens où il s'agit de l'espace des idées, des rêves, des visions … et que la théorie C-K prétend qu'il peut être structuré sous formes d'arborescences. Même si parfois des idées paraissent fragmentées, un travail sur ces concepts doit permettre de les organiser et de les structurer. La théorie C-K, après avoir distingué les deux espaces (concept - C, connaissance - K), décrit leurs interactions et montre qu'en conception, il est nécessaire de créer des opérations qui permettent d'aller de l'inconnu vers le connu et réciproquement. A partir de ces éléments, les auteurs décrivent cette théorie comme une méthode pour savoir si un ensemble d'idées et de projets innovants « couvre » bien l'ensemble des alternatives pensables sur un sujet innovant donné, pour éviter des mesures trop approximatives ou trop subjectives (quantité d'idées, leur variété ou leur originalité). La théorie C-K positionne l'ensemble des idées formulées sur un champ d'innovation dans un référentiel qu'elle aura créé.

Nous ne cherchons pas ici à faire une description exhaustive de cette méthode mais simplement à discuter de l'opportunité que peuvent représenter les théories de la conception pour répondre aux difficultés supposées de l'équipe nationale article 51. Par exemple, un raisonnement de conception consisterait justement à tenter de traduire les projets locaux proposés au CTIS en concepts, à les regrouper en familles de concepts et identifier les liens

entre eux. Structurer le raisonnement dans l'inconnu c'est déjà établir une méthode de raisonnement qui rend possible la comparaison entre des projets hétérogènes, issus de territoires différents, concernant des pathologies variées … Les théories de la conception se déclarent comme des outils permettant d'innover de manière plus radicale, de façon moins aléatoire et dans la durée (A. Hatchuel et Weil 2002). Cela passe par une modélisation du raisonnement de conception, c'est-à-dire par une classification des concepts (pour reprendre la terminologie du modèle CK) et des connaissances associées initiales, des liens entre ces concepts, des concepts non encore explorées … Elles fournissent alors un cadre de décision dans l'inconnu en se demandant quel concept n'a pas été suffisamment exploré par rapport au champ d'innovation dans lequel il se situe. Cela signifie que ces théories peuvent fournir des embryons de réponses aux problématiques exposées, elles apportent déjà des indications quant à l'élaboration d'une grille de classification homogène de tous les projets. Mais comment choisir un projet plutôt qu'un autre ? Comment exploiter des projets refusés ? Comment juger de la performance de l'équipe nationale ?

Dans la mesure où la modélisation du besoin de santé peut être ardue pour des acteurs publics nationaux, on peut supposer que l'objectif de l'article 51 de la LFSS 2018 est de **maximiser l'expansion de connaissances** quant aux besoins de santé non couverts dans les territoires, et quant aux modalités organisationnelles proposées pour y répondre. Par exemple, concernant le projet EVACORSE, l'hypothèse est faite que le renoncement aux soins de réadaptation cardiaque est dû à l'éloignement des patients du centre expert. Pour autant, on sait que les facteurs de renoncement aux soins de réadaptation cardiaque sont multiples (Pavy, Marcadet, et Brion 2018). Il se pourrait par exemple, que ce soit finalement la méconnaissance de ce type de prise en charge, par les professionnels de santé de proximité, qui soit la première cause de non-recours aux soins. C'est seulement la mise en œuvre d'un tel projet qui pourra générer des apprentissages plus approfondis quant aux besoins de santé et aux facteurs de renoncement aux soins en réadaptation cardiaque. De la même façon, la mise en œuvre de l'organisation ville hôpital pour proposer une offre de réadaptation cardiaque dans les territoires de proximité renseignera le niveau national sur la faisabilité du dessin organisationnel proposé et du modèle économique associé. Or, dans un régime de conception innovante (Le Masson, Hatchuel, et Weil 2014) ce n'est pas tant la réussite d'un projet au niveau local qui compte mais plutôt les connaissances produites par un tel projet. Par opposition à la conception innovante, la conception réglée consiste à minimiser les expansions de connaissances pour parvenir à réaliser l'inconnu désirable. Entre les différents chemins de conception qui s'offrent aux concepteurs pour parvenir à leur but, ces derniers choisissent celui qui nécessitent le moins d'exploration. La conception réglée se caractérise par une générativité contrôlée et économiquement très performante (Le Masson, Dorst, et Subrahmanian 2013) car elle réduit au maximum les efforts d'exploration aussi bien sur le plan des concepts que des connaissances. Or, si l'on considère, il semble que l'expansion maximum des connaissances (sur les besoins de santé et les modalités techniques et organisationnelles pour y répondre) soit une fin en soi. Le but de l'équipe nationale ne doit pas être de concevoir une multitude de projets dérogatoires similaires pour répondre à des objectifs quantitatifs fixés par le ministère.

Déployer un régime de conception innovante permettrait, notamment, de déterminer des critères de sélection entre les projets éligibles au dispositif, de valoriser les projets non éligibles et d'instaurer un mode d'évaluation plus approprié de l'équipe nationale article 51. Toutes les initiatives (y compris celles qui ne sont pas finançables par l'article 51 de la LFSS 2018) pourraient être classées selon les concepts qu'elles proposent, dans le but de favoriser des explorations équilibrées, dans toutes les directions pensables à un instant donné. Les projets créant de nouveaux champs d'innovation seraient par exemple prioritaires. En outre, l'étude des initiatives non éligibles au dispositif, est également source d'apprentissage : le projet TAVI n'était pas finançable par l'article 51 mais témoignait quand même d'un besoin de santé non couvert. La multiplication de projets de ce type pourrait guider les pouvoirs publics nationaux quant à l'évolution des dérogations au code de santé public permises par l'article 51 de la LFSS 2018. Enfin, si c'est l'expansion de connaissances qui est recherchée, elle doit être évaluée correctement. Autrement dit, le nombre de projets locaux mis en œuvre et évalués positivement n'est pas le seul indicateur du bon fonctionnement des équipes nationales et régionales des pouvoirs publics : des connaissances peuvent être générées à partir de projets tenus en échec voire même non mis en œuvre. C'est donc l'expansion de connaissances qui devrait être évaluée. Les théories de la conception comme le modèle C-K permettent justement de caractériser ces expansions de connaissances.

On pourrait objecter à juste titre qu'appliquer des théories de la conception à un panel aussi large d'initiatives locales serait illusoire tant les ressources à mobiliser sont conséquentes. Néanmoins, l'essentiel de l'effort de conception ne serait pas supporté par les agents du ministère ou de l'assurance maladie mais par les acteurs locaux. L'équipe nationale aurait davantage un rôle d'orientation et d'instruction des projets, ce qui représente déjà une charge de travail importante. Le rôle de l'équipe nationale serait alors de guider le processus d'exploration sans pour autant s'impliquer dans la mise en œuvre de celle-ci.

CONCLUSION DU CHAPITRE 6

Ce chapitre s'est essentiellement consacré à une discussion autour des problèmes liés à l'origine locale de l'émergence d'une action publique. Dans la première section, nous avons analysé sous un autre angle le principe d'universalité en supposant que tout projet local serait difficilement réplicable ailleurs, compte tenu de sa contextualisation territoriale marquée. Nous avons néanmoins identifié des variables d'intérêt dans la diffusion d'un projet local innovant grâce à l'approche CDO. Nous avons également remis en question le caractère universel d'une action publique conçue au niveau national en argumentant que même les concepteurs d'une politique nationale étaient soumis à des cadres cognitifs contextualisés. Malgré le recours à une régulation bureaucratique supposée la plus égalitaire, l'édiction des normes est réalisée par des individus dont le cadre d'action est lié à un contexte, un territoire donné. Le principe d'universalité d'une action publique n'est donc qu'un principe qui dans les faits est sujet à des arbitrages. En revanche, se pose la question de la cohérence entre, d'une part des actions locales avec un cadre national, et d'autre part entre les actions locales elles-mêmes. En utilisant deux cas d'étude, nous illustrons la criticité de la dialectique cohérence et pertinence d'une action publique. Nous réutilisons le cas EVACORSE pour montrer qu'au prix d'un processus lent, incertain et fragile, cette dialectique peut être résolue. Toutefois, la question de la mise en cohérence de l'ensemble des initiatives locales reste entière. Comment guider des projets épars pour conduire un processus d'exploration permettant de réformer le système de santé ? Nous avons alors utilisé de nouveau une littérature de théorie de la conception comme méthode d'exploration de l'inconnu. Nous proposons ainsi des pistes de réflexion pour classer les projets, déterminer des critères de sélection pour les départager, et imaginer un modèle d'évaluation d'un dispositif tel que l'article 51 de la LFSS 2018. Il semblerait opportun, au vu de la complexité de modélisation du besoin de santé, que l'équipe nationale soit jugée sur son aptitude à identifier des besoins jusque-là méconnus des pouvoirs publics nationaux, et sa capacité à trouver les pistes de réponse à y apporter.

CONCLUSION GÉNÉRALE

Ce travail de recherche est né d'un malaise ressenti au sein de l'Agence Régionale de Santé de Corse : les échanges quotidiens avec les professionnels de santé de terrain montraient que les usagers avaient de fréquents problèmes d'accès aux soins. Pourtant, les moyens d'objectivation à disposition de l'ARS pour détecter des déserts médicaux donnaient des résultats beaucoup moins alarmants. Cet écart était-il lié à une forme d'alarmisme de la part des professionnels de santé ou était-il le signe d'une défaillance des outils de modélisation du besoin de santé ? Cette question initiale nous a amené à étudier le concept de désert médical et les formes très variées qu'il pouvait prendre. Celles-ci étaient parfois loin du seul problème de départ à la retraite d'un médecin de campagne. Nous avons notamment tenté, grâce à une recherche-intervention, de cerner le phénomène, à partir des actions conçues et déployées par les pouvoirs publics et les professionnels de santé. De ce travail sont nées plusieurs contributions théoriques et empiriques, notamment dans le champ des politiques publiques.

D'un point de vue théorique, l'étude des dispositifs de régulation des inégalités d'accès aux soins et l'analyse de la généalogie du concept de désert médical, nous ont permis de montrer que la modélisation de la demande sociale, couplée à la notion de désert médical, est « traditionnellement » construite à partir d'une analyse quantitative et comparative de la dotation des territoires en professionnels de santé. Cette modélisation présente l'avantage d'être actionnable par les pouvoirs publics centraux et leur permet de se prévaloir d'une universalité de l'action publique. Néanmoins, elle présente des limites car il ne tient pas compte de la variété des situations de détresse fondues dans le concept de désert médical (Lucas-Gabrielli et Chevillard 2018), auxquelles, pourtant, le corps social et les pouvoirs publics deviennent de plus en plus sensibles.

Le concept de parcours permet alors une approximation plus pertinente du besoin de santé au regard des enjeux sociétaux qui s'imposent actuellement, car il donne une vision pluriprofessionnelle, intersectorielle et territoriale de l'offre qu'un besoin de santé peut mobiliser. En cela, il évite l'écueil des approches comparatives monoprofessionnelles qui réduisent l'accès aux soins au seul accès à une profession de santé libérale. Nos travaux de thèse analysent les difficultés pour les pouvoirs publics centraux de concevoir et réguler un parcours en respectant les principes de pertinence, de cohérence et d'universalité d'une action publique, en tenant compte de la spécificité des territoires.

Or, l'identification d'un besoin de santé non couvert, n'est possible qu'à un niveau de proximité élevé. Pour autant, les acteurs locaux n'ont pas nécessairement une idée du parcours à construire pour résoudre le problème d'accès aux soins qu'ils ont soulevé. Ainsi, pour concevoir et réguler un parcours, le processus doit embarquer l'ensemble des offreurs concernés, ainsi que les administrations publiques à leurs différents échelons territoriaux. Ce processus collectif peut être lent et instable car il mobilise tout un écosystème. Ces conclusions amènent à penser que certains modes de conception de l'action publique permettent d'échapper aux interrelations décrites par les sciences politiques comme

contradictoires, entre pertinence et cohérence d'une politique publique. La diversité des projets « article 51 » à laquelle nous avons été confrontés a permis de matérialiser la pluralité des demandes sociales auparavant invisibles aux pouvoirs publics. Ces initiatives ont également montré que des espaces d'innovation sont ouverts pour répondre aux spécificités des territoires. Malgré l'ouverture règlementaire proposée, les projets locaux dérogatoires peuvent rester cohérents avec le cadre national. Nous avons alors proposé une définition du territoire comme un espace tourné vers l'action collective, légitimant les professionnels de santé de proximité dans l'appréciation des besoins de santé de la population.
D'un point de vue empirique, notre recherche entame la démonstration de la faisabilité d'une action publique ascendante et répartie. Le travail de conception contraint fortement les acteurs locaux (professionnels de santé et personnel institutionnel local ARS-Assurance Maladie) puisqu'il les confronte à des difficultés de conception plutôt réservées aux pouvoirs publics centraux dans le domaine de la santé. Ces derniers ne sont pas pour autant absents du processus et participent à la démarche avec les équipes locales. Nous proposons également des variables d'intérêt dans l'étude de la diffusion d'un projet innovant à partir de l'approche de Conception et Dynamique des Organisations (Sardas & al, 2011).

Venons-en maintenant aux limites de ce travail de recherche : nous avons mobilisé un matériau empirique, quoique très riche, dans une seule région de France et sur le seul secteur de la santé. Malgré la pluralité des cas analysés, l'étude de cas multiples n'est pas une méthodologie permettant de garantir une représentativité statistique des résultats. La généralité de nos résultats de recherche doit encore être éprouvée au sein d'autres secteurs, et notamment ceux qui ont inspiré les sciences politiques dans leurs réflexions sur le territoire. On peut aussi souligner l'absence d'une analyse d'impact des dispositifs de régulation étudiés. En effet, les temps d'écriture et d'instruction des cahiers des charges d'un projet article 51 sont relativement longs : un an et demi entre la manifestation d'intérêt et la validation par le CTIS du premier projet accepté en Corse. Mesurer l'impact de ces initiatives nécessite donc quelques années de mises en œuvre. Par ailleurs, la demande de l'ARS n'en était pas encore à évaluer une action publique vis-à-vis des déserts médicaux. Enfin, nous n'avons pas pu apprécier l'opérationnalité des organisations conçues : d'un point de vue théorique, ces organisations semblent bien lever les contraintes a priori bloquantes dans l'accès aux soins, mais les dessins organisationnels proposés conviendront-ils ? Un suivi à plus long terme de ces projets permettrait d'infirmer ou de confirmer nos premiers résultats de recherche.

Ces éléments suggèrent donc quelques pistes de recherche : par exemple, analyser la robustesse de nos hypothèses de travail en regard d'autres secteurs tels l'éducation et l'environnement où l'on retrouve des dynamiques de régulation similaires (Barroso 2000; Maroy 2008; Aggeri 2005), ou par rapport aux politiques déployées dans d'autres pays. Le désert médical n'est pas le seul concept aux contours flous que les pouvoirs publics doivent résoudre. Etendre l'étude des modalités de conception dans d'autres secteurs permettrait éventuellement à nos résultats de recherche de gagner en généralité.

Une autre piste de recherche plus opérationnelle s'est dessinée à l'issue du chapitre 6 : face à la diversité des demandes sociales, nous avons évoqué l'idée selon laquelle un dispositif comme l'article 51 de la LFSS 2018 pourrait être, au niveau national, un moyen de systématiser l'exploration des problèmes rencontrés sur les territoires. Donner à l'équipe nationale une méthode de classification synthétique des projets de terrain et un moyen de prioriser l'instruction de certains d'entre eux par rapport à leur potentiel supposé de création de connaissances, serait une perspective de recherche intervention enrichissante. Cette recherche permettrait notamment de recenser le nombre de projets dont l'objectif est de réduire les inégalités d'accès aux soins. Si ces initiatives étaient nombreuses, cela confirmerait nos résultats selon lesquels le désert médical dissimule des besoins de santé « invisibles » pour les pouvoirs publics centraux. Enfin, la faisabilité de la conception ascendante d'une action publique n'a été que partiellement démontrée. Les seules difficultés de conception ont été exposées mais, faute de temps, l'étude de la mise en œuvre des projets d'origine locale reste à faire.

Mais comment conclure sans redonner la parole à Dominique ? C'est lui qui nous a aidés en formulant, avec bien d'autres, sa perception des incohérences du système d'accès aux soins et en renvoyant les peines vécues dans l'isolement, aux processus qui les engendrent. Il dit « on est obligé de se résigner. Est-ce qu'il n'y aurait pas autre chose à imaginer » ?
Reste à espérer que cette tentative d'analyse démolira l'indiscuté, en mettant en lumière le besoin d'une nouvelle manière d'organiser l'activité de conception de l'action publique. S'appuyant sur les acteurs des territoires, cette dernière fera émerger les spécificités locales de l'accès aux soins pour Dominique afin que les manques dans son parcours puissent être identifiés et comblés par des professionnels de terrain adéquats.
Et si conclure est toujours définitif ce n'est jamais que jusqu'à demain.

BIBLIOGRAPHIE

Abbott, Kenneth W., Philipp Genschel, Duncan Snidal, et Bernhard Zangl. 2015. *International organizations as orchestrators*. Cambridge University Press.

Aggeri, Franck. 2005. *Les régimes de gouvernementalité dans le domaine de l'environnement*. Presses Universitaires de Laval.

Aggeri, Franck, et Julie Labatut. 2010. « La gestion au prisme de ses instruments. Une analyse généalogique des approches théoriques fondées sur les instruments de gestion », 33.

Aggeri, Franck, et Frédérique Pallez. 2005. « Restructurations, délocalisations : les nouvelles formes de l'action territoriale ». *La Revue de l'Ires* 47 (1): 235. https://doi.org/10.3917/rdli.047.0235.

Agogué, Marine, Frédéric Arnoux, Ingi Brown, et Sophie Hooge. 2013. *Introduction à la Conception Innovante: éléments théoriques et pratiques de la théorie CK*. Presses des MINES.

Åhgren, Bengt. 2003. « Chain of Care Development in Sweden: Results of a National Study ». *International Journal of Integrated Care* 3 (4). https://doi.org/10.5334/ijic.88.

Alliès, Paul. 1980. *L'invention du territoire*. Vol. 6. Presses universitaires de Grenoble.

Armitage, Gail D., Esther Suter, Nelly D. Oelke, et Carol E. Adair. 2009. « Health Systems Integration: State of the Evidence ». *International Journal of Integrated Care* 9 (2). https://doi.org/10.5334/ijic.316.

Balme, Richard, Alain Faure, et Albert Mabileau. 1999. *Les nouvelles politiques locales: dynamiques de l'action publique*. Presses de Sciences Po.

Baly, Olivier. 2019. « Les effets de la régulation souple intermédiée: le cas du virage ambulatoire des établissements de santé français ». PhD Thesis, Paris Sciences et Lettres.

Barlet, Muriel, Magali Coldefy, Clémentine Collin, et Véronique Lucas-Gabrielli. 2012. « L'accessibilité potentielle localisée (APL): une nouvelle mesure de l'accessibilité aux médecins généralistes libéraux ». *Études et résultats* 795: 1–8.

Barnard, Chester Irving. 1968. *The functions of the executive*. Vol. 11. Harvard university press.

Barr, Victoria, Sylvia Robinson, Brenda Marin-Link, Lisa Underhill, Anita Dotts, Darlene Ravensdale, et Sandy Salivaras. 2003. « The Expanded Chronic Care Model: An Integration of Concepts and Strategies from Population Health Promotion and the Chronic Care Model ». *Healthcare Quarterly* 7 (1): 73-82. https://doi.org/10.12927/hcq.2003.16763.

Barroso, João. 2000. « Autonomie et modes de régulation locale dans le système éducatif ». *Revue française de pédagogie* 130 (1): 57-71. https://doi.org/10.3406/rfp.2000.1053.

Bason, Christian. 2018. *Leading public sector innovation: Co-creating for a better society*. Policy Press.

Bensedrine, J., et B. Demil. 1998. « L'approche néo-institutionnelle des organisations ». *Nioche JP, Laroche H., Repenser la stratégie, Vuibert Entreprendre, Paris*, 85–110.

Berland, Yvon. 2004. « Rapport annuel de l'ONDPS ». *Synthèse générale*.

Bert, Jean-François. 2011. « Introduction à Michel Foucault ». *Lectures, Les livres*.

Bezes, Philippe. 2009. « Les rationalités politiques dans la réforme de l'État : le cas de la Ve République ». *Revue d'histoire moderne et contemporaine* 56-4bis (5): 54. https://doi.org/10.3917/rhmc.565.0054.

Blackler, Frank. 1995. « Knowledge, knowledge work and organizations: An overview and interpretation ». *Organization studies* 16 (6): 1021–1046.
Bonnet, Emmanuel, Pascal Lièvre, et Cécile Godé. 2017. « Le projet d'exploration au prisme d'une théorie sociale de l'apprentissage ». *Management international* 21 (3): 47–164.
Bootz, Jean-Philippe, et Eric Schenk. 2014. « L'expert en entreprise : proposition d'un modèle définitionnel et enjeux de gestion ». *Management & Avenir* 67 (1): 78. https://doi.org/10.3917/mav.067.0078.
Bourdieu, Pierre. 2009. « Questions de sociologie ». http://www.cairn.info/magazine-le-monde-diplomatique-2009-4-p-40.htm.
Bourgueil, Yann. 2007. « Améliorer la répartition géographique des médecins : les mesures adoptées en France », 6.
Bourgueil, Yann, Anna Marek, et Julien Mousquès. 2009. « La pratique collective en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec: état des lieux et perspectives dans le contexte français ». *Santé publique* 21 (hs1): 27–38.
Boussaguet, Laurie, Sophie Jacquot, et Pauline Ravinet, éd. 2010. *Dictionnaire des politiques publiques*. 3e éd. actualisée et augm. Domaine Gouvernances. Paris: Presses de Sciences Po.
Broadfoot, Patricia. 2000. « Un nouveau mode de régulation dans un système décentralisé : l'Etat évaluateur ». *Revue française de pédagogie* 130 (1): 43-55. https://doi.org/10.3406/rfp.2000.1052.
Callon, Michel. 1986. « Éléments pour une sociologie de la traduction: la domestication des coquilles Saint-Jacques et des marins-pêcheurs dans la baie de Saint-Brieuc ». *L'Année sociologique (1940/1948-)* 36: 169–208.
Cases, Chantal, et Dominique Baubeau. 2004. « Peut-on quantifier les besoins de santé? » *DREES, Santé et Solidarités* 1: 17–22.
Caussat, Laurent, Annie Fenina, et Yves Geffroy. s. d. « Les comptes de la santé de 1960 à 2001 », 39.
Cazin, Léo. 2017. « Regrouper pour mieux gouverner?: Le cas des hôpitaux publics français ». PhD Thesis, PSL Research University.
Chanlat, Jean-François. 1990. *L'individu dans l'organisation: les dimensions oubliées*. Presses Université Laval.
Chanlat, Jean-François. 2005. « Chapitre 6. La recherche en gestion et les méthodes ethnosociologiques ». *Méthodes & Recherches*, 159–175.
Chevillard G., Mousques J., Lucas-Gabrielli V., Bourgueil Y., Rican S., et Salem G. 2013. *Maisons et pôles de santé : places et impacts dans les dynamiques territoriales d'offre de soins en France*. Édité par Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé. (I.R.D.E.S.). Paris. FRA. Document de travail Irdes ; 57. Paris : Irdes. http://www.irdes.fr/recherche/documents-de-travail/057-maisons-et-poles-de-sante-places-et-impacts-dans-les-dynamiques-territoriales-d-offre-de-soins-en-france.pdf.
Chevillard, Guillaume. 2018. « « Déserts médicaux » en France : état des lieux et perspectives de recherches », 20.
Chevillard, Guillaume, et Véronique Lucas-Gabrielli. 2018. « Accessibilité aux médecins généralistes en France: les méandres de la construction des zones sous-dotées », 7.
Chevillard, Guillaume, Julien Mousques, Véronique Lucas-Gabrielli, Yann Bourgueil, Stéphane Rican, et Gérard Salem. 2015. « Mesure de l'impact d'une politique publique visant à favoriser l'installation et le maintien de médecins généralistes : l'exemple du soutien au développement des maisons et pôles de santé en France ». *Revue d'Économie Régionale & Urbaine* Octobr (4): 657. https://doi.org/10.3917/reru.154.0657.

Chiapello, Ève, et Patrick Gilbert. 2013. *Sociologie des outils de gestion*. La Découverte Paris.
Christiansen, Jesper, et Laura Bunt. 2014. « Innovating Public Policy: Allowing for social complexity and uncertainty in the design of public outcomes ». *Design for policy*, 41–56.
Coblence, Emmanuelle, et Frédérique Pallez. 2015. « Nouvelles formes d'innovation publique. L'administration saisie par le design ». *Revue française de gestion* 41 (251): 97-114. https://doi.org/10.3166/rfg.251.97-114.
Cohendet, Patrick, David Grandadam, et Laurent Simon. 2010a. « The anatomy of the creative city ». *Industry and innovation* 17 (1): 91–111.
Cohendet, Patrick, David Grandadam, et Laurent Simon. 2010b. « The Anatomy of the Creative City ». *Industry & Innovation* 17 (1): 91-111. https://doi.org/10.1080/13662710903573869.
Coldefy, Magali, et Véronique Lucas-Gabrielli. 2012. « Le territoire, un outil d'organisation des soins et des politiques de santé ? Evolution de 2003 à 2011 », 8.
Coleman, Katie, Brian T. Austin, Cindy Brach, et Edward H. Wagner. 2009. « Evidence on the chronic care model in the new millennium ». *Health affairs* 28 (1): 75–85.
Colombani, F., M. Sibé, M. Kret, B. Quintard, A. Ravaud, et F. Saillour-Glénisson. 2019. « EPOCK Study Protocol: A Mixed-Methods Research Program Evaluating Cancer Care Coordination Nursing Occupations in France as a Complex Intervention ». *BMC Health Services Research* 19 (1): 483. https://doi.org/10.1186/s12913-019-4307-7.
Cordesse, V., T. Jametal, C. Guy, S. Lefebvre, M. Roussel, J. Ruggeri, P. Schimmel, J. Holstein, et V. Meininger. 2013. « Analyse du parcours de santé au cours des maladies neurologiques handicapantes et évolutives ». *Revue Neurologique* 169 (6-7): 476-84. https://doi.org/10.1016/j.neurol.2012.12.004.
Creswell, John W. 2003. *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Method Approaches*. 2nd ed. Thousand Oaks, Calif: Sage Publications.
Crotty, Michael. 1998. *The foundations of social research: Meaning and perspective in the research process*. Sage.
Crozier, Michel, et Erhard Friedberg. 1977. « L'acteur et le système ».
David, Albert, Armand Hatchuel, et Romain Laufer. 2012. *Les nouvelles fondations des sciences de gestion: éléments d'épistémologie de la recherche en management*. Paris: Mines ParisTech.
Déplaude, Marc-Olivier. 2009. « Instituer la « sélection » dans les facultés de médecine. Genèse et mise en œuvre du *numerus clausus* de médecine dans les années 68 ». *Revue d'histoire de la protection sociale* 2 (1): 79. https://doi.org/10.3917/rhps.002.0079.
Deplaude, Marc-Olivier. 2009. « Une fiction d'institution: les "« besoins de santé »" de la population », 17.
Déplaude, Marc-Olivier. 2010. « 8. Rationaliser le système de soins ». In *Aux frontières de l'expertise*, édité par Yann Bérard et Renaud Crespin, 145-57. Presses universitaires de Rennes. https://doi.org/10.4000/books.pur.9940.
Déplaude, Marc-Olivier. 2018. « Enquête sur une politique manquée : l'État français et la démographie médicale (1960-2015) ». *Saúde e Sociedade* 27 (3): 682-92. https://doi.org/10.1590/s0104-12902018180492.
Desrosières, Alain. 2003. « Historiciser l'action publique: l'État, le marché et les statistiques ». *Historicités de l'action publique, Paris, PUF*, 207–221.
DiMaggio, Paul J., et Walter W. Powell. 1983. « The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields ». *American Sociological Review* 48 (2): 147. https://doi.org/10.2307/2095101.

« Données de cadrage : Les affections de longue durée (ALD) - IRDES ». s. d. Consulté le 3 janvier 2020. https://www.irdes.fr/enseignement/chiffres-et-graphiques/ald-affections-de-longue-duree/incidence-ald.html.
Dupont, Olivier. 2012. « De l'expérimentation des MAIA à leur déploiement ». *Gérontologie et société* 35 / HS n° 1 (5): 179. https://doi.org/10.3917/gs.hs01.0179.
Dupouët, Olivier, Murat Yildizoglu, et Patrick Cohendet. 2003. « Morphogenèse de communautés de pratique ». *Revue d'économie industrielle* 103 (1): 91-110. https://doi.org/10.3406/rei.2003.3111.
Engestrom, Yrjo. 1992. *Interactive Expertise: Studies in Distributed Working Intelligence. Research Bulletin 83*. ERIC.
Engestrom, Yrjo. 2000. « Activity Theory as a Framework for Analyzing and Redesigning Work ». *Ergonomics* 43 (7): 960-74. https://doi.org/10.1080/001401300409143.
Esterle, Laurence. 2009. « L'impact des consultations à distance sur les pratiques médicales. Vers un nouveau métier de médecin ? », 18.
Faure, Alain. s. d. « Quelques éléments de réflexion sur la notion de territoire », 6.
Ferlie, Ewan, Louise Fitzgerald, et Andrew Pettigrew. 1996. *The new public management in action*. Oxford University Press, USA.
Foucault, Michel. 1976. « Questions à Michel Foucault sur la géographie ». *Hérodote* 1 (4): 71–85.
Foucault, Michel. 1994. *Qu'est-ce que les lumières? Dits et écrits (Vol. IV)*. Paris: Gallimard.
Gabet, A., V. OLIE, Fr Chin, et A. LAMARCHE VADEL. 2014. « Disparités régionales de la mortalité prématurée par maladie cardiovasculaire en France (2008-2010) et évolutions depuis 2000-2002 ». *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, nº 26: 430–438.
Gaudin, Jean-Pierre. 1995. « Politiques urbaines et négociations territoriales. Quelle légitimité pour les réseaux de politiques publiques ? » *Revue française de science politique* 45 (1): 31-56. https://doi.org/10.3406/rfsp.1995.403501.
Gibert, Patrick. 2003. « L'évaluation de politique : contrôle externe de la gestion publique ». *Revue française de gestion* 29 (147): 259-73. https://doi.org/10.3166/rfg.147.259-273.
Gibert, Patrick. 2011. « Un ou quatre managements publics ? » *Politiques et Management Public*, nº Vol. 26/3 (mai): 7-23. https://doi.org/10.4000/pmp.1442.
Girin, Jacques. 1995. « Les agencements organisationnels ». *Des savoirs en action*, 233–279.
Grenier, Corinne et Denis Jean-Louis, Denis. Introduction-S'organiser pour innover : espaces d'innovation et transformation des organisations et du champ de l'intervention publique. *Politiques et Management Public*, 2017, vol. 34, no 3-4, p. 191.
Grosjean, Sylvie. 2011. « Actualisation et «mise en scène» de connaissances organisationnelles: ethnographie des réunions de travail ». *Recherches qualitatives* 30 (1): 33–60.
Gusfield, Joseph. 2009. « La culture des problèmes publics. L'alcool au volant: la production d'un ordre symbolique ». *Lectures, Les rééditions*.
Hall, Peter A. 1993. « Policy paradigms, social learning, and the state: the case of economic policymaking in Britain ». *Comparative politics*, 275–296.
Halpern, Charlotte, Pierre Lascoumes, et Patrick Le Galès. 2014. *L'instrumentation de l'action publique: controverses, résistances, effets*. Presses de Sciences Po.
Ham, Chris. 2011. « Integrated Care: What Is It? Does It Work? What Does It Mean for the NHS? » *Integrated Care*, 8.
Hatchuel, A., et B. Weil. 2002. *La théorie CK: fondements et usages d'une théorie unifiée de la conception, Colloque sciences de la conception, Lyon, 15-16 mars 2002*.
Hatchuel, Armand. 1994. « Les savoirs de l'intervention en entreprise ». *Entreprises et histoire*, nº 3: 59–75.

Hatchuel, Armand. 2005. *Gouvernement, organisation et gestion: l'héritage de Michel Foucault*. [Sainte-Foy, Québec]: Presses de l'Université Laval.
Hatchuel, Armand, Pascal Le Masson, et Benoît Weil. s. d. « De la R&D à la RID : de nouveaux principes de management du processus d'innovation », 10.
Hatchuel, Armand, et Benoit Weil. 1992. « L'expert et le système ».
Hayek, Friedrich August von. 1981. « Droit, Législation et Liberté, Vol. II ». *Le mirage de la justice sociale», Paris, PUF*.
Hébert, Réjean, Pierre J. Durand, Nicole Dubuc, et André Tourigny. 2003. « PRISMA: A New Model of Integrated Service Delivery for the Frail Older People in Canada ». *International Journal of Integrated Care* 3 (1). https://doi.org/10.5334/ijic.73.
Hegel, Georg Wilhelm Friedrich. 1820. *Principes de la philosophie du droit*. Presses universitaires de France.
Hofmann, Peg A. 1993. « Critical path method: an important tool for coordinating clinical care ». *The Joint Commission journal on quality improvement* 19 (7): 235–246.
Hood, Christopher. 1991. « A PUBLIC MANAGEMENT FOR ALL SEASONS? » *Public Administration* 69 (1): 3-19. https://doi.org/10.1111/j.1467-9299.1991.tb00779.x.
Hood, Christopher, Henry Rothstein, et Robert Baldwin. 2001. *The government of risk: Understanding risk regulation regimes*. OUP Oxford.
Huault, Isabelle. 2009. *Paul DiMaggio et Walter W. Powell-Des organisations en quête de légitimité*. Éditions EMS.
Hutchel, Armand, et Hughues Molet. 1986. « Rational modelling in understanding and aiding human decision-making: About two case studies ». *European Journal of Operational Research* 24 (1): 178–186.
Ignatavicius, Donna D., et Kathy A. Hausman. 1995. *Clinical pathways for collaborative practice*. WB Saunders company.
« Integrated Care Models: An Overview ». s. d., 42.
Jobert, Bruno, et Pierre Muller. 1987. *L'Etat en action*. Presses Universitaires de France.
Jones, Charles O. 1970. « Introduction to the study of public policy ».
Jourdain, A., et I. De Turenne. 1997. « Mots-clés de la planifiation sanitaire ». *Rennes, ENSP*.
Kapadia, Samir R, Martin B Leon, Raj R Makkar, E Murat Tuzcu, Lars G Svensson, Susheel Kodali, John G Webb, et al. 2015. « 5-Year Outcomes of Transcatheter Aortic Valve Replacement Compared with Standard Treatment for Patients with Inoperable Aortic Stenosis (PARTNER 1): A Randomised Controlled Trial ». *The Lancet* 385 (9986): 2485-91. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60290-2.
Kinsman, Leigh, Thomas Rotter, Erica James, Pamela Snow, et Jon Willis. 2010. « What Is Clinical Pathway? Development of a Definition to Inform the Debate », 3.
Kodner, D. L., & Spreeuwenberg, C. (2002). Integrated care: meaning, logic, applications, and implications–a discussion paper. *International journal of integrated care*, *2*.
Lascoumes, Pierre. 2007. « La Gouvernementalité : de la critique de l'État aux technologies du pouvoir », 16.
Lascoumes, Pierre, et Louis Simard. 2011. « L'action publique au prisme de ses instruments ». *Revue française de science politique* 61 (1): 5–22.
Lawrence, Paul R., et Jay W. Lorsch. 1967. « Differentiation and Integration in Complex Organizations ». *Administrative Science Quarterly* 12 (1): 1. https://doi.org/10.2307/2391211.
Le Masson, Pascal, Kees Dorst, et Eswaran Subrahmanian. 2013. « Design Theory: History, State of the Art and Advancements ». *Research in Engineering Design* 24 (2): 97-103. https://doi.org/10.1007/s00163-013-0154-4.
Le Masson, Pascal, Armand Hatchuel, et Benoit Weil. 2014. « Théorie, méthodes et organisations de la conception ».

Le Masson, Pascal, et Benoit Weil. 2010. « Aux sources de la R&D: genèse des théories de la conception réglée en Allemagne (1840-1960) ». *Entreprises et histoire*, n° 1: 11–50.
Leca, Jean. 1987. « Le désenclavement des «études électorales» en France: à propos de l'Explication du vote ». *Revue française de science politique*, 696–722.
« Les réformes hospitalières en France : aspects historiques et réglementaires ». 2017, 44.
Leutz, Walter N. 1999. « Five Laws for Integrating Medical and Social Services: Lessons from the United States and the United Kingdom ». *The Milbank Quarterly* 77 (1): 77-110. https://doi.org/10.1111/1468-0009.00125.
Levi-Faur, David. 2011. *Handbook on the Politics of Regulation*. Edward Elgar Publishing.
Lovell, A. M. 1993. « Estimation des besoins et évaluation des interventions en santé mentale. Nouvelles approches: Epidémiologie et santé mentale ». *Revue d'épidémiologie et de santé publique* 41 (4): 284–291.
Lucas-Gabrielli, Véronique, et Guillaume Chevillard. 2018. « « Déserts médicaux » et accessibilité aux soins : de quoi parle-t-on ? » *médecine/sciences* 34 (6-7): 599-603. https://doi.org/10.1051/medsci/20183406022.
« Ma santé 2022 : un engagement collectif - Ministère des Solidarités et de la Santé ». s. d. Consulté le 15 février 2019. https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/ma-sante-2022-un-engagement-collectif/.
Mack, Michael J., Martin B. Leon, Vinod H. Thourani, Raj Makkar, Susheel K. Kodali, Mark Russo, Samir R. Kapadia, et al. 2019. « Transcatheter Aortic-Valve Replacement with a Balloon-Expandable Valve in Low-Risk Patients ». *New England Journal of Medicine* 380 (18): 1695-1705. https://doi.org/10.1056/NEJMoa1814052.
Mariani, P., et K. Slim. 2016. « Aspects chirurgicaux de la réhabilitation améliorée en chirurgie digestive ». *Journal de Chirurgie Viscérale* 153 (6): S20–S27.
Maroy, Christian. 2008. « Vers une régulation post-bureaucratique des systèmes d'enseignement en Europe ? » *Sociologie et sociétés* 40 (1): 31. https://doi.org/10.7202/019471ar.
Marx, Karl. 1895. *Critique de la philosophie du droit de Hegel*. V. Giard et E. Brière.
Mayo, Elton. 1930. « The Hawthorne Experiment ». *The Human Factor* 6.
Mény, Yves, et Jean-Claude Thoenig. 1989. *Politiques publiques*. FeniXX.
Meyer, John W., et Brian Rowan. 1977. « Institutionalized Organizations: Formal Structure as Myth and Ceremony ». *American Journal of Sociology* 83 (2): 340-63.
Mintzberg, Henry. s. d. « The Structuring of Organizations: A Synthesis of the Research. 1979 ». *University of Illinois at Urbana-Champaign's Academy for Entrepreneurial Leadership Historical Research Reference in Entrepreneurship. Disponível em SSRN: http://ssrn. com/abstract* 1496182.
Moine, Alexandre. 2006. « Le territoire comme un système complexe : un concept opératoire pour l'aménagement et la géographie ». *Espace géographique* 35 (2): 115. https://doi.org/10.3917/eg.352.0115.
Moisdon, Jean-Claude. 2005. « 12. Comment apprend-on par les outils de gestion? » In *Entre connaissance et organisation: l'activité collective*, 239–250. La Découverte. http://www.cairn.info/article.php?ID_ARTICLE=DEC_LORIN_2005_01_0239.
Moisdon, Jean-Claude. 2015a. « Recherche en gestion et intervention ». *Revue française de gestion* 41 (253): 21–39.
Moisdon, Jean-Claude. 2015b. « Recherche en gestion et intervention ». Édité par Jérôme Barthélemy et Jean-Philippe Denis. *Revue Française de Gestion* 41 (253): 21-39. https://doi.org/10.3166/RFG.253.21-39.
Moore, James F. 1993. « Predators and prey: a new ecology of competition ». *Harvard business review* 71 (3): 75–86.

Mousquès, Julien, Yann Bourgueil, et A. Afrite. 2014. *L'évaluation de la performance des maisons, pôles et centres de santé dans le cadre des expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR) sur la période 2009-2012*. IRDES.

Muller, Pierre. 2000. « L'analyse cognitive des politiques publiques : vers une sociologie politique de l'action publique ». *Revue française de science politique* 50 (2): 189-208. https://doi.org/10.3406/rfsp.2000.395464.

Muller, Pierre. 2018. *Les politiques publiques:«Que sais-je?» n° 2534*. Presses universitaires de France.

Munck, Stéphane, Sophie Massin, Philippe Hofliger, et David Darmon. 2015. « Déterminants du projet d'installation en ambulatoire des internes de médecine générale ». *Santé Publique* 27 (1): 49. https://doi.org/10.3917/spub.151.0049.

Nelissen, Nico, et Peter De Goede. 2003. « Public management: the need for ambiguity tolerance and moral engagement ». *International Journal of Public Administration* 26 (1): 19–34.

Niel, X., M. Simon, A. Vilain, et D. Baubeau. 2000. « Les ophtalmologues: densités géographiques et tendances d'évolution à l'horizon 2020 ». *Etudes et résultats*, *n*.

Nolte, Ellen, Cécile Knai, Maria Hofmarcher, Annalijn Conklin, Antje Erler, Arianne Elissen, Maria Flamm, Brigit Fullerton, Andreas Sönnichsen, et Hubertus J. M. Vrijhoef. 2012. « Overcoming Fragmentation in Health Care: Chronic Care in Austria, Germany and the Netherlands ». *Health Economics, Policy and Law* 7 (1): 125-46. https://doi.org/10.1017/S1744133111000338.

Nonaka, Ikujiro, et Hirotaka Takeuchi. 2001. « 5 Organizational Knowledge Creation ». *Creative management*, 64.

Offner, Jean-Marc. 2006. « Les territoires de l'action publique locale: Fausses pertinences et jeux d'écarts ». *Revue française de science politique* 56 (1): 27. https://doi.org/10.3917/rfsp.561.0027.

Pavy, B., D.M. Marcadet, et R. Brion. 2018. « Plaidoyer pour un bilan de prévention secondaire de la coronaropathie ». *Annales de Cardiologie et d'Angéiologie* 67 (5): 339-44. https://doi.org/10.1016/j.ancard.2018.08.009.

Pecqueur, Bernard. 2009. « De l'exténuation à la sublimation : la notion de territoire est-elle encore utile ? » *Géographie, économie, société* 11 (1): 55-62. https://doi.org/10.3166/ges.11.55-62.

Pecqueur, Bernard, et Véronique Peyrache-Gadeau. 2010. « Fondements interdisciplinaires et systémiques de l'approche territoriale Introduction ». *Revue d'Économie Régionale & Urbaine* octobre (4): 613. https://doi.org/10.3917/reru.104.0613.

Pierru, Frédéric. 2012a. « Le mandarin, le gestionnaire et le consultant: Le tournant néolibéral de la politique hospitalière ». *Actes de la recherche en sciences sociales* 194 (4): 32. https://doi.org/10.3917/arss.194.0032.

Pierru, Frédéric. 2012b. « Planifier la santé, une illusion technocratique ? » *Les Tribunes de la santé* 37 (4): 83. https://doi.org/10.3917/seve.037.0083.

Pines, J., J. Selevan, Fet al McStay, M. George, et M. McClellan. 2015. « Kaiser Permanente–California: a model for integrated care for the ill and injured ». *The Brookings Institution) Available at http://www. brookings. edu/~/media/Research/Files/Papers/2015/05/04-emergency-medicine/050415EmerMedCaseStudyKaiser. pdf*.

Radaelli, Claudio M., Daniel Charron, et Yves Surel. 2000. « LOGIQUES DE POUVOIRS ET" RÉCITS" DANS LES POLITIQUES PUBLIQUES DE L'UNION EUROPÉENNE ». *Revue française de science politique*, 255–275.

Radke, John, et Lan Mu. 2000. « Spatial decompositions, modeling and mapping service regions to predict access to social programs ». *Geographic Information Sciences* 6 (2): 105–112.
Reed, R. R. 1987. « The Deprofessionalization of Medicine. Causes, Effects, and Responses ». *JAMA: The Journal of the American Medical Association* 258 (22): 3279-82. https://doi.org/10.1001/jama.258.22.3279.
Rey, Olivier. 2016. *Quand le monde s' est fait nombre*. Stock.
Riou, F, et P Jam. 2000. « Représentation et modélisation des trajectoires de soins », 5.
Rolland, Christine, et Frédéric Pierru. 2013. « Les Agences Régionales de Santé deux ans après?: une autonomie de façade ». *Santé Publique* 25 (4): 411. https://doi.org/10.3917/spub.134.0411.
Sabatier, Paul A., et Edella Schlager. 2000. « Les approches cognitives des politiques publiques : perspectives américaines ». *Revue française de science politique* 50 (2): 209-34. https://doi.org/10.3406/rfsp.2000.395465.
Sahlin, Kerstin, et Linda Wedlin. 2008. « Circulating ideas: Imitation, translation and editing ». *The Sage handbook of organizational institutionalism* 218: 242.
Sardas, Jean-Claude, Cédric Dalmasso, et Philippe Lefebvre. 2011. « Les enjeux psychosociaux de la santé au travail. Des modèles d'analyse à l'action sur l'organisation ». *Revue française de gestion* 37 (214): 69-88. https://doi.org/10.3166/rfg.214.69-88.
Schmidt, Vivien A. 2002. *The futures of European capitalism*. OUP Oxford.
Shaw, S., Rosen, R., & Rumbold, B. (2011). What is integrated care. *London: Nuffield Trust*, 7.
Simon, H. A., et JAMES MARCH. 1976. *Administrative behavior organization*. New York: Free Press.
Simon, Herbert A. 1973. « The structure of ill structured problems ». *Artificial intelligence* 4 (3-4): 181–201.
Simon, Laurent. 2009. « Underground, upperground et middle-ground : les collectifs créatifs et la capacité créative de la ville ». *Management international* 13: 37. https://doi.org/10.7202/037503ar.
Thoenig, Jean-Claude, et Patrice Duran. 1996. « L'État et la gestion publique territoriale ». *Revue française de science politique* 46 (4): 580-623. https://doi.org/10.3406/rfsp.1996.395082.
Van Maanen, John. 2011. « Ethnography as work: Some rules of engagement ». *Journal of management studies* 48 (1): 218–234.
Véran, Olivier. 2013. « Des bacs à sable aux déserts médicaux : construction sociale d'un problème public ». *Les Tribunes de la santé*, nº 39 (juillet): 77-85.
Vigneron, Emmanuel, et François BRAU. 1996. « Approches géographiques de la planification sanitaire: concepts et méthodes ». *Cahiers Géos*, nº 32: 1–4.
Vrijhoef, Hubertus JM. 2019. « Care Coordination: Complicated or Complex? » *International Journal of Care Coordination* 22 (1): 3-4. https://doi.org/10.1177/2053434519840817.
Weber, Max. 1952. « The essentials of bureaucratic organization: An ideal-type construction ». *Reader in bureaucracy* 19: 19–21.
Wielenga, R. 1999. « Safety and Effects of Physical Training in Chronic Heart Failure. Results of the Chronic Heart Failure and Graded Exercise Study (CHANGE) (CHANGE) ». *European Heart Journal* 20 (12): 872-79. https://doi.org/10.1053/euhj.1999.1485.
Yin, Robert K. 1981. « The Case Study Crisis: Some Answers », 11.
Zardet, Véronique, et Florence Noguera. 2013. « Quelle contribution du management au developpement de la dynamique territoriale ? Experimentation d'outils de

contractualisation sur trois territoires ». *Gestion et management public* 2/n°2 (4): 5. https://doi.org/10.3917/gmp.022.0005.

Rapports et sources institutionnelles

- Atlas de la Démographie Médicale en France (2018)
- CHOUSSAT J. (1996), Rapport sur la démographie médicale, Inspection générale des affaires sociales/Inspection générale des finances, Paris.
- Données de cadrage : les affections de longue durée, IRDES, https://www.irdes.fr/enseignement/chiffres-et-graphiques/ald-affections-de-longue-duree/incidence-ald.html
- Plan pour l'égal accès aux soins dans les territoires, 2017, Ministère de la Santé,
- Avis du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, *Innovations et système de santé*, 2016.
- La Stratégie Nationale de Santé 2018 2022, Ministère de la Santé
- L'organisation de la prise en charge des patients sous thérapies orales en hématologie, 2016, Leblond, Salles
- Compte Rendu intégral, 2eme Séance du Mercredi 10 Avril 199, Assemblée Nationale
- Rapport d´information fait au nom de la commission des affaires sociales sur l'enquête de la Cour des comptes relative aux maternités, 2015
- Les réformes hospitalières en France, Synthèse Documentaire, 2017, IRDES
- Evaluation de la coordination d'appui aux soins, Rapport IGAS, 2014

Textes législatifs, réglementaires et gouvernementaux

Arrêté du 18 Juillet 2018 relatif au régime des études en vue du diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée
Arrêté du 14 août 2019 portant approbation de l'avenant n° 7 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie (Assistants médicaux)
Décret n°2010-804 du 13 Juillet 2010 relatif aux missions de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé
Article 51 de la Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST)
Article 1411-11 du Code de Santé Publique
Décret n°2010-804 du 13 Juillet 2010 relatif aux missions de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé – modifié
Article 1434 – 7 du Code de Santé Publique
Article L6323-3 du Code de Santé Publique
Décret n° 2007-388 du 21 mars 2007 relatif aux conditions d'implantation applicables à l'activité de soins de traitement du cancer
Décret n° 2007-388 du 21 mars 2007 relatif aux conditions d'implantation applicables à l'activité de soins de traitement du cancer

Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé - Article 23
Art. L. 6327-1 du Code de Santé Publique
Articles D6124-177-1 à 9 et D6124-177-27 à 31 du code de la santé publique

INDEX DES FIGURES

Figure 1 - Résultats de recherche, stratégie d'enquête et méthodes, approches et processus menant au design de recherche. 71
Figure 2 - Classification des méthodes de recherche (tiré de David & al, 2012) 75
Figure 3 - Représentation schématique de la dynamique du projet de recherche-intervention d'après le modèle proposé par David (2012) 91
Figure 4 - Principes du projet EVACORSE 94
Figure 5 - Synthèse de l'organisation ville-hôpital proposée dans le projet TAVI 102
Figure 6 - Processus de prise en charge d'un patient selon les modalités article 51 LFSS 2018 107
Figure 7 - Évolutions des écarts à la moyenne des densités médicales par région entre 1985 et 2004 122
Figure 8 - : Évolution du Numerus Clausus des médecins entre 1971 et 2005 123
Figure 9 - Zonage médecins 2018 (source ARS de Corse) 138
Figure 10 - Schéma de fonctionnement de l'APL (tiré de Lucas Gabrielli 2018) 140
Figure 11 - Sélection des zones fragiles, 2 étapes 3 seuils 146
Figure 12 - Proposition initiale de zonage par le groupe de travail national 152
Figure 13 - Etape 1, Résultats zonage avant application des marges de manœuvre de l'ARS 154
Figure 14 - Synthèse des étapes de conception du zonage des médecins 156
Figure 15 - Équilibre des propriétés d'un dispositif de zonage 157
Figure 16 - Zonage de la profession d'orthophonistes libéraux 163
Figure 17 - Évolution du nombre de nouveaux cas d'ALD 174
Figure 18 - Évolution des effectifs de patients par groupes d'ALD 176
Figure 19 - Pyramide de Kaiser (tirée de Pines 2015) 181
Figure 20 - Les modèles DIGA et SPSR (Sardas,2011) 228
Figure 21 - Présentation de la procédure de soumission d'un projet article 51 231
Figure 22 - Organisation de la prise en charge hybride de réadaptation cardiaque 235
Figure 23 - Ls participants au projet EVACORSE 237
Figure 24 - Synthèse du fonctionnement envisagé de CICA'CORSE 243
Figure 25 - Équilibre des propriétés d'un projet article 51 de la LFSS 2018 266
Figure 26 - Exemple d'incohérence dans la superposition bassins de vie / cantons 278

INDEX DES TABLEAUX

Tableau 1 - Les multiples approches du management public dans le temps..... 45
Tableau 2 - Une typologie des modes de régulation 61
Tableau 3 - Analyse comparée des épistémologies positiviste et constructiviste 72
Tableau 4 - Synthèse des formes d'interaction du chercheur avec son matériau empirique 79
Tableau 5 - Tableau récapitulatif des entretiens menés 110
Tableau 6 - Synthèse méthodologique 111
Tableau 7 - Correspondance entre nombre d'actes et Equivalent Temps Plein (ETP) 141
Tableau 8 - Correspondance temps de trajet/pondération 143
Tableau 9 - Résultats des premières simulations d'accessibilité aux soins à l'aide de l'APL153
Tableau 10 - Caractérisation des systèmes de soins intégrés extrait du tableau annexe 6 (source OMS) 175
Tableau 11 - Synthèse des chantiers à mener par les pouvoirs publics locaux (ARS, collectivité de Corse) pour mettre en œuvre les DAC..... 211
Tableau 12 - Synthèse des compromis de propriétés des dispositifs de régulation 214
Tableau 13 - Les ouvertures législatives permises par l'article 51 de la LFSS 2018 229
Tableau 14 - Tableau récapitulatif des concepteurs du projet EVACORSE..... 238
Tableau 15 - Structuration du forfait de rémunération de CICA'CORSE à l'inclusion d'un patient 247
Tableau 16 - Exemple 1, calcul du taux horaire de l'expert 249
Tableau 17 - Exemple 2, calcul du taux horaire de l'expert 249
Tableau 18 - Récapitulatif des concepteurs du projet CICA'CORSE 257

ENCADRÉS

Encadré 1 - L'expérience de CICAT Occitanie 250

ANNEXES

Table des annexes :

Annexe 1 – Composition d'un comité régional de l'ONDPS 308
Annexe 2 – Modèle économique conçu pour le projet EVACORSE 309
Annexe 3 – Trame questionnaire entretiens semi directifs pour étude ONDPS 317
Annexe 4 – Questionnaire de recensement des difficultés des professionnels de santé en Corse 318
Annexe 5 – Les différents contrats d'incitation à l'installation 321
Annexe 6 – Caractérisation des systèmes de soins intégrés (tiré de OMS) 326
Annexe 7 – Les principes du modèle de « Chronic Care Model » Management 328
Annexe 8 – Extrait Circulaire N°DHOS/O1/2008/305 du 03 octobre 2008 329
Annexe 9 – Tableau des effets indésirables pour une prise en charge de réadaptation cardiaque 330
Annexe 10 – Publications et communications associées à la thèse 331

Annexe 1 : Composition d'un comité régional de l'ONDPS

Chaque comité régional est présidé par le directeur général de l'agence régionale de santé ou son représentant et comprend :

1° Les doyens des facultés de médecine de la région ou leurs représentants ;

2° Le président du conseil régional de l'ordre de chaque profession de santé qui en est dotée, ou son représentant ;

3° Un représentant régional de la Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne, un représentant régional de la Fédération hospitalière de France et un représentant régional de la Fédération de l'hospitalisation privée ;

4° Le président du conseil régional ou son représentant ;

5° Un représentant des médecins en formation et un représentant des autres professionnels de santé en formation, désignés par le directeur général de l'agence régionale de santé ;

6° Le président de chaque union régionale des professionnels de santé ou son représentant ;

7° Un représentant des associations de patients agréées, désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé.

Des chercheurs ou des experts appartenant aux institutions d'observation, d'enseignement ou de recherche dans le domaine sanitaire et social, ou dont la compétence est reconnue dans le domaine des études en santé, de l'économie de la santé ou de la démographie peuvent être associés aux travaux, en fonction des sujets examinés.

Annexe 2 : Modèle économique conçu pour le projet EVACORSE

1. Modèle de financement

L'expérimentation d'un modèle de rémunération collective valorisant la qualité et l'efficience de la prise en charge à travers des primes dont le versement est conditionné à l'atteinte de certains indicateurs d'évaluation. Le modèle de rémunération des équipes envisagé est dérogatoire à plusieurs titres :

La rémunération envisagée est collective : elle rétribue l'équipe ville hôpital qui se charge de redistribuer les montants selon les contributions de chacun.

Elle valorise une prise en charge de plusieurs patients simultanément compte tenu des effets positifs de l'entrainement collectif sur la qualité des soins. En effet, l'activité groupale permet une démarche collective intégrant la coopération sociale (théorie socio-cognitive Netz et coll., 2005)

Elle valorise la qualité de la prise en charge à travers des primes conditionnées à l'observation d'une amélioration des principaux indicateurs de qualité de la prise en charge (METS, score Interheart, adhésion au régime méditerranéen).

Dans un souci d'efficience, ce modèle doit viser une prise en charge moins onéreuse qu'une Hospitalisation de Jour en SSR (estimée à, en moyenne, 160€ pour de la réadaptation cardiaque).

Le modèle financier proposé suit les principes suivants :

- Une **rémunération de base** calculée à partir des taux horaires des professions concernées.
- Une « **prime d'efficience** » qui rémunère le temps supplémentaire de coordination consacré à trouver des créneaux de prise en charge commun pour les patients.
- Une « **prime qualité** » qui rémunère la qualité des soins prodigués par les équipes de soins primaires en fonction de l'atteinte des indicateurs médicaux déterminés dans le cahier des charges.

2. Méthode de calcul utilisée

La rémunération de base

Elle est fondée sur le temps passé avec les patients (prise en charge effective) et pour les patients (coordination) soit un temps de prise en charge effective et un temps de coordination.
Un temps de prise en charge effective : Séance de 2h30

- 1h30 de renforcement musculaire et cardio training par séance (MK).

- 1h d'Education Thérapeutique du Patient par séance (IDEL ou tout autre professionnel formé à l'ETP : taux horaire d'une IDEL utilisé).

Un temps de coordination :

- Temps de STAFF par patient sur les 14 séances en ESP : 2h (en moyenne).
- Temps de coordination par patient (IDEL pour prise de rdv car contenu des ateliers ETP à connaitre) : en moyenne 3h par patient sur les 14 séances. En effet, parvenir à faire correspondre le calendrier des patients entre eux et avec les thématiques d'ETP est particulièrement chronophage.
- Temps de suivi par patient par le médecin coordonnateur du SSR pour les 14 séances : 2h

Le temps de prise en charge effective (coûts) :

Le temps de prise en charge est considéré comme fixe par rapport au nombre de patients :

- Taux horaire d'un Masseur Kinésithérapeute (MK) estimé par la DCGDR de Corse : 36€
- Taux horaire d'une Infirmière Diplômée d'Etat Libérale (IDEL) estimé par la DCGDR de Corse : 28€.

Quel que soit le nombre de patient (limité à 5 max), le masseur Kinésithérapeute touchera 54€ (1h30), tandis que le professionnel chargé de dispenser l'atelier d'Education Thérapeutique du Patient (ETP) sera rémunéré 28€ (taux IDEL) quel que soit le nombre de patients.

Le temps de coordination, dans la mesure où il est exclusif pour chaque patient est rémunéré selon le nombre de patients soit :

- 72€ pour le MK sur les 14 séances (2h de STAFF) par patient.
- 56€ + 84€ pour l'IDEL sur les 14 séances (STAFF + coordination) par patient.
- 170€ + 170€ (85€/h pour un PH) pour le SSR sur les 14 séances (STAFF + suivi patients) par patient.

Synthèse du calcul de la rémunération de base en fonction du nombre de patients pris en charge au cours d'une séance

Nombre de patients	1			2			3			4			5		
Acteurs	MK	IDE	SSR-CH (Méd)	MK	IDE	SSR-CH (Médecin)	MK	IDE	SSR-CH (Médecin)	MK	IDE	SSR-CH (Médecin)	MK	IDE	SSR-CH (Médecin)
Hypothèses taux horaires (en €)	36	28	85	36	28	85	36	28	85	36	28	85	36	28	85
Temps moyen de **prise en charge** par patient **par séance** (en h)	1,5	1		constant car rémunération "à l'heure" ne tenant pas compte du nombre de patients											
Temps moyen de **coordination** par patient (1 séance) en h		0,21			0,43			0,64			0,86			1,07	
Temps moyen de **STAFF** par patient (14 séances)	0,14	0,14	0,14	0,29	0,29	0,29	0,43	0,43	0,43	0,57	0,57	0,57	0,71	0,71	0,71
Temps moyen de **suivi** des patients (14 séances)			0,14			0,29			0,43			0,57			0,71
Temps de travail moyen en heures pour 1 séance	1,64	1,36	0,29	1,79	1,71	0,57	1,93	2,07	0,86	2,07	2,43	1,14	2,21	2,79	1,43
Rémunération de base en € pour 1 patient (14 séances)	59 €	38 €	24 €	64 €	48 €	49 €	69 €	58 €	73 €	75 €	68 €	97 €	80 €	78 €	121 €
Taux horaire	36 €	28 €	85 €	36 €	28 €	85 €	36 €	28 €	85 €	36 €	28 €	85 €	36 €	28 €	85 €
Rémunération de base	121 €			161 €			200 €			240 €			279 €		
Rémunération de base par patient	121 €			80 €			67 €			60 €			56 €		

La « prime à l'efficience »

Si plusieurs patients sont pris en charge en même temps dans la limite de 5 patients, une prime est versée à l'équipe d'un montant équivalent à la moitié de l'économie réalisée si un seul patient avait été pris en charge.
Cette prime n'est envisagée que parce qu'une prise en charge collective pour les soins de réadaptation cardiaque est considérée comme bénéfique pour les patients. En effet, des « effets d'entrainement » sont souvent observés lors des séances de réadaptation cardiaque collectives (aspect ludique d'un effort collectif versus une contrainte quand l'effort est individuel).

Si l'ESP prend en charge 1 patient sur une séance de 2h30, la **rémunération de base** pour le patient pour l'ESP est de 121,5€.
Si elle en prend 3, la **rémunération de base** serait pour les 3 patients de 200€ (cf. tableau précédent) soit 66€ par patient.
La prime d'efficience s'élève alors à (121,5 x 3 – 200) x 0,5 = 82€ soit environ 27€ par patient.

L'ensemble de la rémunération (base + primes efficience et qualité) est versée à la SISA ou l'association loi 1901. L'ESP peut reverser la somme intégralement aux professionnels de santé ou en conserver une partie pour investir dans d'autres projets communs.

Nombre de patients	1	2	3	4	5
Rémunération de base	121,43 €	160,86 €	200,29 €	239,71 €	279,14 €
Economie liée à la prise en charge collective	- €	82,00 €	164,00 €	246,00 €	328,00 €
Montant prime efficience pour équipe hybride	- €	41,00 €	82,00 €	123,00 €	164,00 €
Rémunération de base	121,43 €	160,86 €	200,29 €	239,71 €	279,14 €
Montant prime efficience	- €	41,00 €	82,00 €	123,00 €	164,00 €
Rémunération base + efficience	121,43 €	201,86 €	282,29 €	362,71 €	443,14 €
Rémunération base + efficience par patient	121,43 €	100,93 €	94,10 €	90,68 €	88,63 €

3- La « Prime qualité »

En fonction de l'atteinte d'indicateurs de qualité (gain de METS, score adhésion au régime méditerranéen, cf. cahier des charges), une prime de qualité d'un montant équivalent à la moitié de la différence entre le tarif d'une HDJ en SSR et le coût par patient d'une PEC en ESP après attribution de la prime d'efficience est attribuée.
Par exemple, pour 3 patients, le coût de la séance par patient après attribution de la prime d'efficience est de 94,10€. Le montant de la prime qualité si les objectifs fixés sont atteints est : (160 – 94,10) x 0,5 = 98,86€ par séance.
A la discrétion de l'équipe ESP-SSR, la prime qualité peut être répartie entre les deux structures.

NB : l'objectif de cette prime n'est pas de rémunérer les offreurs les plus performants mais plutôt de les inciter à prendre en considération des variables clefs dans une prise en charge de réadaptation cardiaque comme l'évolution du gain de METS des patients.

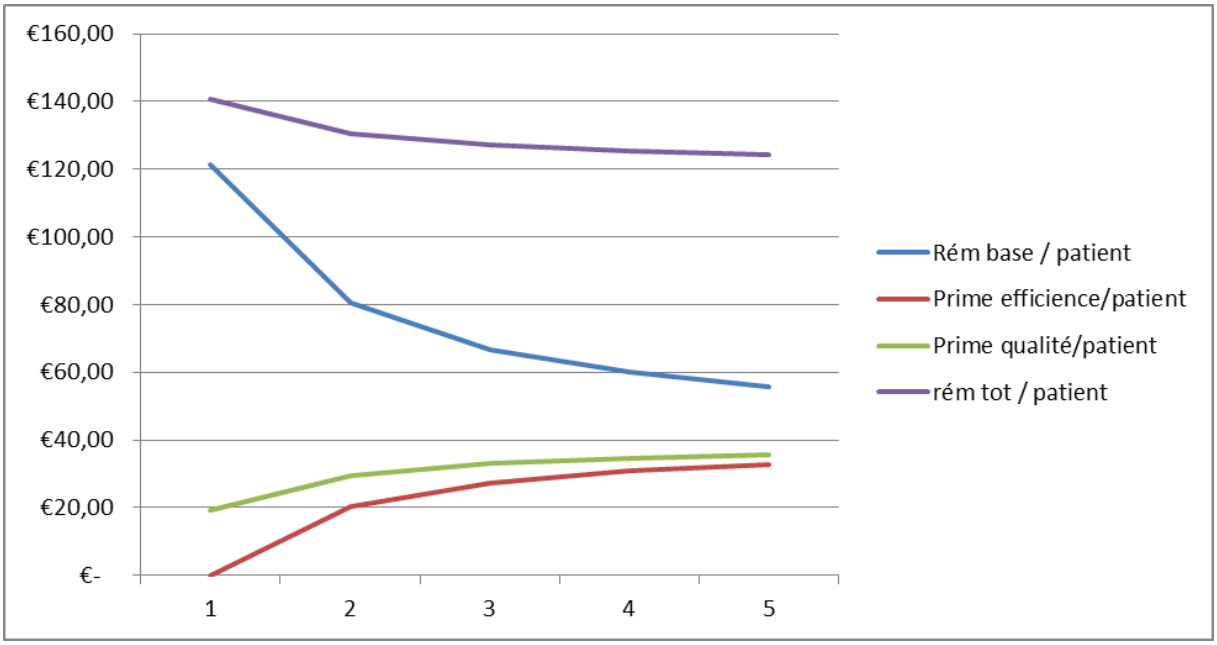
Nombre de patients par séance	1	2	3	4	5
Rémunération base + efficience par séance	121,43 €	201,86 €	282,29 €	362,71 €	443,14 €
Prime qualité par séance	19,29 €	59,07 €	98,86 €	138,64 €	178,43 €
Rémunération de base + efficience + qualité par séance	140,71 €	260,93 €	381,14 €	501,36 €	621,57 €
Rémunération base + efficience par séance par patient	140,71 €	130,46 €	127,05 €	125,34 €	124,31 €

En synthèse

Nombre de patients	1	2	3	4	5
Rémunération base	121,43 €	160,86 €	200,29 €	239,71 €	279,14 €
Prime efficience	- €	41,00 €	82,00 €	123,00 €	164,00 €
Prime qualité	19,29 €	59,07 €	98,86 €	138,64 €	178,43 €
Rémunération équipe hybride par séance	140,71 €	260,93 €	381,14 €	501,36 €	621,57 €
Rémunération équipe hybride par séance par patient	140,71 €	130,46 €	127,05 €	125,34 €	124,31 €

Le graphique ci-après permet de comprendre la structure des coûts d'une prise en charge hybride en réadaptation cardiaque :

La courbe violette représente la rémunération totale de l'équipe hybride par patient, elle se calcule en « sommant » les courbes bleues vertes et rouges. La rémunération de base par patient, étant pour partie indépendante du nombre de patients pris en charge, chute considérablement quand plusieurs patients sont traités de manière collective. Cet effet est corrigé par les primes qualité et efficience mais de manière assez modérée pour que la rémunération totale par patient diminue quand même en fonction du nombre de patients pris en charge collectivement.



Modalités de partage de la rémunération entre les structures d'exercice coordonné et les SSR

- Dans ce tableau, nous détaillons une possibilité de partage de la rémunération entre une structure d'exercice coordonnée et un centre SSR. Concernant le partage de la rémunération de base, chaque structure perçoit la rémunération liée à son temps de travail détaillé dans le tableau page 20.
- Concernant la prime efficience, dans la mesure où l'effort de coordination pour garantir des prises en charges collectives est intégralement supporté par le personnel de la structure d'exercice coordonné, elle est reversée dans sa totalité à la MSP.
- Pour la prime qualité, on suppose que le SSR comme la MSP sont responsables de la qualité des soins. Par conséquent, elle est partagée de manière égalitaire entre les deux entités (50%).

Nombre de patients	1		2		3		4		5	
Acteurs équipe	MSP	SSR	MSP	SSR	MSP	SSR	MSP	SSR	MSP	SSR
Rémunération base		121,43 €		160,86 €		200,29 €		239,71 €		279,14 €
Répartition	97,14 €	24,29 €	112,29 €	48,57 €	127,43 €	72,86 €	142,57 €	97,14 €	157,71 €	121,43 €
Prime efficience		- €		41,00 €		82,00 €		123,00 €		164,00 €
Répartition	- €	- €	41,00 €	- €	82,00 €	- €	123,00 €	- €	164,00 €	- €
Prime qualité		19,29 €		59,07 €		98,86 €		138,64 €		178,43 €
Répartition	9,64 €	9,64 €	29,54 €	29,54 €	49,43 €	49,43 €	69,32 €	69,32 €	89,21 €	89,21 €
TOTAL		140,71 €		260,93 €		381,14 €		501,36 €		621,57 €
	106,79 €	33,93 €	182,82 €	78,11 €	258,86 €	122,29 €	334,89 €	166,46 €	410,93 €	210,64 €

1. Estimation des coûts de la prise en charge actuelle et des coûts évités /économies potentielles

La soutenabilité financière du modèle proposé tient simplement au fait que la prise en charge hybride coûte moins cher qu'une prise en charge traditionnelle. En effet, nous ne cherchons pas à montrer ici l'efficience liée à une réadaptation cardiaque dans la mesure où cette pratique est déjà remboursée par l'assurance maladie et que son intérêt médico-économique n'est donc plus à prouver. Le tableau ci-dessous compare les coûts liés à une prise en charge traditionnelle pour des patients éloignés à plus d'une heure d'un SSR versus les coûts associés à une prise en charge hybride.

Hypothèse :

- On estime à 70% le nombre de patients pris en charge en prévention primaire. Ces patients, compte tenu des règles actuelles de remboursement par l'Assurance Maladie ne peuvent pas bénéficier des transports sanitaires.
- On estime à 30% le nombre de patients pris en charge dans le cadre d'une prévention secondaire. Ces patients sont eux éligibles à un remboursement par l'Assurance Maladie des transports sanitaires pour se rendre sur le site du SSR.
- On estime qu'un aller-retour en transport sanitaire pour les patients ciblés dans l'expérimentation coûte en moyenne 200€ à l'Assurance Maladie.
- Le coût moyen de la prise en charge dans le modèle hybride est estimé à 130€ (i.e. 2 patients par séance en moyenne avec prime qualité attribuée). En effet, en fonction du nombre de patients par séance, le tarif évolue.

DANS LE MODELE 1, on fait l'hypothèse que les patients ne sont pas éligibles à des transports sanitaires en prévention primaire (pas d'arrêt maladie). LE COUT TOTAL POUR UNE PRISE EN CHARGE EN SSR EST CALCULE COMME SUIT : (321 x 200 x 20 + 1070 x 20 x 160) = 4 708 000€.
LE COUT TOTAL D'UNE PRISE EN CHARGE HYBRIDE : (321 x 200 x 6+1070 x 160 x 6 + 1070 x 14 x 130 = 3 359 800 €)
DANS LE MODELE 2, on fait l'hypothèse que même les patients en prévention primaire sont éligibles à des transports sanitaires. LE COUT TOTAL POUR UNE PRISE EN CHARGE EN SSR EST CALCULE COMME SUIT : 1070 x 20 x (160+200) = 7 704 000€.
LE COUT TOTAL D'UNE PRISE EN CHARGE HYBRIDE : 1070 x ((200 x 6) + (160 x 6) + (14 x 130)) = 4 258 600,00 €)

MODELE 1	Nb patients total	Nb patients en prévention secondaire	Coûts transport	Occurrence transport	Occurrence pec SSR	Occurrence pec Hybride	Coût moyen prise en charge 6 premières séances	Coût moyen prise en charge 14 séances	Coût total
Prise en charge traditionnelle	1070	321	200,00 €	20	20	0	160,00 €	160,00 €	4 708 000,00 €
Prise en charge hybride				6	6	14	160,00 €	130,00 €	3 359 800,00 €
								Différentiel	**1 348 200,00 €**

MODELE 2	Nb patients total	Nb patients en prévention	Coûts transport	Occurrence transport	Occurrence pec SSR	Occurrence pec Hybride	Coût moyen prise en charge 6 premières séances	Coût moyen prise en charge 14	Coût total

		secondaire						séances	
Prise en charge traditionnelle	1070	321	200,00 €	20	20	0	160,00 €	160,00 €	7 704 000,00 €
Prise en charge hybride				6	6	14	160,00 €	130,00 €	4 258 600,00 €
								Différentiel	**3 445 400,00 €**

Annexe 3 – Trame questionnaire entretiens semi directifs pour étude ONDPS

Introduction :
Situation professionnelle actuelle

1) PACES et 1er cycle et second cycle d'études en médecine

- ✓ Pourquoi médecine, quelle image de la médecine en début de cursus. Pourquoi le choix d'une certaine université ?
- ✓ Comment évolue cette vision de la première année de médecine aux ECN ?
- ✓ Les stages réalisés au cours de l'externat, leur qualité d'encadrement, l'intérêt d'une forme d'exercice particulière naissant (médecine, chirurgie, polyvalence, spécialisation). Perspectives naissantes du futur métier ? Idée d'une ou plusieurs spécialités.
- ✓ Etat d'esprit pour la préparation des ECN (Epreuves Classantes Nationales).

2) L'internat

- ✓ Le choix de la spécialité a-t-il été subi ? de la ville d'internat ?
- ✓ Votre vision de la spécialité est-elle la même qu'avant les ECN ? Quelle idée de métier est associée à la spécialité choisie ?
- ✓ Comptez-vous vous spécialiser dans votre spécialité ?
- ✓ Quel mode d'exercice vous semble intéressant et pourquoi ? Est-ce compatible avec vos projections personnelles ?
- ✓ Comptez-vous partir vous installer dans une autre région à l'issue de votre internat ?

3) L'installation

- ✓ Quelles sont vos perspectives de post internat ? Surspécialisation par la formation et la pratique, installation « sèche », remplacements …
- ✓ Diriez-vous que vos aspirations personnelles sont en conflit avec vos aspirations professionnelles ?
- ✓ Comment voyez-vous une installation éloignée d'un Centre Hospitalo Universitaire (CHU) ?
- ✓ Etes-vous intéressé par une forme d'exercice coordonné (MSP) ?
- ✓ Est-ce qu'il existe un "grand" décalage entre votre choix d'installation et l'image initiale du métier que vous aviez en entrant en 1ere année ?

Bien évidemment en fonction du degré d'avancement de l'étudiant dans son cursus, nous avons adapté la grille d'entretien.

Annexe 4 – Questionnaire de recensement des difficultés des professionnels de santé en Corse

Partie 1 : Les difficultés que vous rencontrez dans l'information					
Questions :	Très souvent	Souvent	Moyennement souvent	Peu souvent	Jamais
Ressentez-vous des difficultés dans l'exercice de votre métier à cause :					
➢ d'une absence de partage d'informations déjà détenues par un tiers sur un patient **dont vous réalisez un diagnostic/bilan** ?					
➢ d'une absence de partage d'informations dans le déroulé de la **prise en charge** que vous avez prescrite et réalisée par un autre acteur de santé (Etablissement Hospitalier, autre professionnels en ville, structure médico-sociale …) ?					
➢ d'un manque d'informations de la part du prescripteur alors que vous participez à **la prise en charge** ?					
➢ D'un manque d'informations de la part d'autres professionnels (santé, social) alors que vous assurez **l'orientation,** le **suivi** et **l'évaluation** de votre patient ?					
Partie 2 : Vos difficultés dans l'organisation					
➢ Ressentez-vous des difficultés dans l'exercice de votre métier **pour obtenir un avis spécialisé** dans des délais compatibles avec la prise en charge de votre patient?					
➢ Ressentez-vous des difficultés dues à l'absence d'organisation des services de santé sur votre territoire ne permettant pas de prendre en charge les patients au plus près de leur domicile ? *Exemple parcours personne âgée : absence d'aide à domicile.* *Exemple : absence PDSA*					
➢ Ressentez-vous des difficultés dues à des services de santé présents mais peu mobilisables pour assurer une prise en charge que vous jugeriez satisfaisante de vos patients ? *Exemple : difficulté de suivi d'un patient en HAD pour un médecin généraliste compte tenu du temps que cela*					

prend.					
➢ Ressentez-vous des difficultés pour vous engager à la hauteur de vos attentes au sein de votre territoire à cause d'un manque d'accompagnement (professionnel ou institutionnel) ? *Exemple : participation à la PDSA mais pas d'autres professionnels volontaires sur le territoire.*					
Partie 3 : Vos difficultés avec le patient et/ou l'aidant					
Pour les patients que vous jugeriez complexes, ressentez-vous des difficultés dans l'exercice de votre métier à cause :					
➢ D'un **refus d'adhésion en amont de la prise en charge** que vous proposez lié à la décision du patient (refus d'être soigné) ou à des facteurs sociaux (précarité, absence ou fatigue des aidants) ?					
➢ D'un **refus d'adhésion** de vos patients **pendant leur prise en charge** notamment liée à des facteurs physiologiques et sociaux : âge, précarité, absence ou fatigue des aidants ?					
➢ D'un **refus de coopération** de certains patients en rapport avec leur âge, leur état psychologique, leur entourage plus ou moins présent, ce qui vous empêche de les **suivre** correctement ?					
➢ La mauvaise accessibilité ou l'isolement des patients qui les empêcheraient de suivre correctement le protocole de leur prise en charge ?					
Partie 4 : Vos difficultés liées à l'expertise pour vos patients complexes					
➢ **Concernant vos patients complexes,** estimez-vous qu'il serait nécessaire d'élaborer avec d'autres professionnels (santé/social) **un diagnostic pluriprofessionnel** et/ou une **prise en charge protocolisée** ?					
➢ Si oui, pensez-vous que votre environnement est adapté à sa mise en œuvre (offre présente, adhésion des acteurs, organisation) ?					
Pour des patients complexes ressentez-vous des difficultés dans l'exercice de votre métier à cause :					
➢ **D'un manque d'expertise* pour orienter** certains patients en amont de la prise en charge					

compte tenu de l'évolution du système de santé (innovations technologiques, virage ambulatoire) et de l'augmentation du nombre des prises en charges complexes ? *Exemple : pour un médecin généraliste, faculté à orienter un patient vers un oncohématologue en cas de suspicion d'un myélome ?*					
➢ D'un manque d'expertise, **lors d'une prise en charge partagée** avec d'autres professionnels (hôpital, clinique …) pour réorienter le patient quand il présente des signes cliniques le justifiant ? *Exemple : un patient présente des effets indésirables liés à sa thérapie orale, à quel grade de toxicité des effets secondaires contacter le centre référent ?*					
➢ D'un manque d'expertise et de l'absence d'une organisation pouvant vous soutenir sur le territoire ? *Exemple : comment assurer la prise en charge et le suivi de plaies chroniques complexes (ulcères veineux) au plus près du domicile ?*					

Fiche signalétique du sondé :

- ✓ Votre année de naissance
- ✓ Votre zone d'exercice
- ✓ Profession/spécialité
- ✓ Compétence particulière (ex : Diplôme Universitaire, surspécialisations...)
- ✓ Nature d'exercice
- ✓ Structure d'exercice
- ✓ Avez-vous suivi lors de ces cinq dernières années des formations de type Diplôme Universitaire (DU) ou autre vous spécialisant dans votre cœur de métier en dehors de vos formations DPC obligatoires ?
- ✓ Avez-vous suivi lors de ces cinq dernières années des formations autour de la coordination des soins et la prise en charge pluriprofessionnelle d'un patient ?

Annexe 5 – Les différents contrats d'incitation à l'installation

1°) Les aides versées dans les zones « d'actions prioritaires »

1 .1) les aides conventionnelles versées par l'assurance maladie

- **Contrat d'aide à l'installation des médecins (CAIM)**

Ce contrat apporte une aide financière significative aux médecins dès leur installation en zone fragile pour les aider à faire face aux frais d'investissement générés par le début d'activité (locaux, équipements, charges diverses…).

Conditions d'adhésion du médecin

1. S'installer dans une zone identifiée par l'ARS comme « fragile » ;
2. Exercer une activité libérale conventionnée en secteur 1 ou dans le secteur à honoraires différents et ayant adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (secteur 2 avec adhésion au CAS et à partir de 2017 à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO) ;
3. Exercer au sein d'un cabinet de groupe ou appartenir à une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) ou une équipe de soins primaires (ESP).

- possibilité d'adhérer, même si au moment de l'installation le médecin n'exerce pas encore en groupe ou de manière coordonnée dans le cadre d'une CPTS ou EPS. Dans ce cas, le médecin dispose d'un délai de 2 ans suivant la signature du contrat pour remplir cette condition ;
- cette dérogation s'applique au maximum à 20 % des médecins éligibles de la région.

Aide forfaitaire à l'installation de **50000 €** pour une activité de 4 jours par semaine (43750 € pour 3 jours et demi, 37500 € pour 3 jours et 31250 € pour 2 jours)

L'aide est versée en deux fois : 50 % à la signature du contrat, 50 % un an plus tard.

En cas de majoration ARS (pour les zones particulièrement déficitaires en médecins) :

Aide forfaitaire à l'installation jusqu'à **60 000 €** pour une activité de quatre jours par semaine (jusqu'à 52 500 € pour 3 jours et demi, jusqu'à 45 000 € pour 3 jours et jusqu'à 37 500 € pour 2 jours)

Majoration de **2 500 €** si une partie de l'activité libérale (1) est exercée au sein d'un hôpital de proximité. Cette majoration fait l'objet de deux versements : 50 % à la signature du contrat, 50 % un an plus tard

Durée du contrat : 5 ans non renouvelable

- **Contrat de solidarité territoriale médecin (CSTM)**

Ce contrat favorise l'exercice ponctuel de médecins dans les zones identifiées comme « fragiles » par les ARS *(tout type de vacation en zone « fragile » autorisée par le conseil départemental de l'Ordre – contrats éventuels avec un confrère ou une collectivité territoriale, ...).*

Ceci afin de répondre aux besoins en offre de soins des patients.

Conditions d'adhésion du médecin

1. Ne pas être installé dans les zones identifiées par l'ARS comme « fragiles » ;
2. Exercer une activité libérale conventionnée en secteur 1 ou 2 ;
3. S'engageant à exercer en libéral au minimum dix jours par an, en zone « fragile ».

Aide annuelle de 10 % des honoraires de l'activité conventionnée clinique et technique du médecin réalisée en zones « fragiles » (hors dépassements d'honoraires et rémunérations forfaitaires), dans la limite de 20000 € par an, calculée par année civile.

En cas de majoration par l'ARS (pour les zones particulièrement déficitaires en médecins) : aide à l'activité de **20% maximum** des honoraires tirés de l'activité conventionnée clinique et technique réalisée
en zones « fragiles » (hors dépassements d'honoraires et rémunérations forfaitaires), **dans la limite de 24000 € au maximum par an.**
Durée du contrat : 3 ans renouvelable par tacite reconduction

- **Contrat de transition (COTRAM)**

Ce contrat a pour objet de soutenir les médecins qui exercent dans les zones « fragiles » et préparent leur cessation d'activité en accueillant et accompagnant un médecin nouvellement installé dans leur cabinet.
Conditions d'adhésion du médecin
1. Être installé dans les zones identifiées par l'ARS comme « fragiles » ;
2. Exercer une activité libérale conventionnée (secteur 1 ou secteur 2) ;
3. Avoir 60 ans ou plus ;
4. Accueillir au sein de son cabinet, un médecin âgé de moins de 50 ans exerçant en libéral conventionné qui s'installe dans la zone ou est installé dans la zone depuis moins d'un an.

Aide annuelle de **10 %** des honoraires de l'activité conventionnée clinique et technique du médecin (hors dépassements d'honoraires et rémunérations forfaitaires), du médecin, **dans la limite de 20000€ par an,** calculé par année civile
En cas de majoration par l'ARS (pour les zones particulièrement déficitaires en médecins) : aide à l'activité de **20 % maximum** des honoraires tirés de l'activité conventionnée clinique et technique réalisée en zones «fragiles » (hors dépassements d'honoraires et rémunérations forfaitaires), **dans la limite de 24000€ au maximum par an.**
Durée du contrat : 3 ans pour préparer la cessation d'activité renouvelable une fois

- **Contrat de stabilisation et de coordination pour les médecins (COSCOM)**

Ce contrat encourage les médecins qui s'impliquent dans des démarches de prise en charge coordonnée de leurs patients sur un territoire donné ; la formation des futurs diplômés au sein des cabinets libéraux pour faciliter à terme leur installation et leur maintien, en exercice libéral, dans ces territoires ; la réalisation d'une partie de leur activité libérale au sein des hôpitaux de proximité.
Conditions d'adhésion du médecin
1. Être installé dans les zones identifiées par l'ARS comme « fragiles » ;
2. Exercer une activité libérale conventionnée en secteur 1 ou 2 ;
3. Exercer en groupe (médical ou pluriprofessionnel), ou appartenir à une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) ou à une équipe de soins primaires (EPS) avec signature d'un projet de santé avec l'ARS.
En cas de majoration par l'ARS
Rémunération forfaitaire jusqu'à **6 000 € par an** ;
Majoration annuelle jusqu'à 1 500 € si une partie de l'activité libérale a été effectuée au sein d'un hôpital de proximité ;
Rémunération complémentaire maximale de 360 € par mois pour l'accueil d'un stagiaire à temps plein (rémunération proratisée si le stagiaire est accueilli à temps partiel) ;
Pour les médecins exerçant en secteur à honoraires différents, l'aide est proratisée sur la base du taux d'activité réalisé aux tarifs opposables par le médecin.

Durée du contrat : 3 ans renouvelable par tacite reconduction

1 .2) les aides versées par les collectivités territoriales

L'article L1511-8 du Code général des collectivités territoriales définit de façon large les aides : « Les collectivités territoriales et leurs groupements peuvent attribuer des aides destinées à favoriser l'installation ou le maintien de professionnels de santé dans les zones (...) dans lesquelles est constaté un déficit en matière d'offre de soins. »
Des conventions sont passées entre les collectivités et groupements qui attribuent l'aide, les organismes d'Assurance Maladie et les professionnels de santé intéressés. Les centres de santé et des structures participant à la permanence des soins peuvent également être bénéficiaires de ces aides.
La nature et les conditions d'attribution de ces aides peuvent être subordonnées à des modes d'exercice de groupe ou d'exercice pluri-professionnel destinées à améliorer la continuité et la qualité des soins.

2°) Les aides versées par l'Etat dans les zones « d'actions prioritaires » et « d'actions complémentaires »

- **PTMR, le contrat de Praticien Territorial Médical de Remplacement**

Qui peut conclure un PTMR ?
Le contrat est ouvert aux médecins spécialistes en médecine générale ayant soutenu leur thèse depuis moins de trois ans, exerçant à titre de remplaçants et non installés, aux internes et aux assistants spécialistes à temps partiel au sein d'un établissement public de santé.

Quelle est la durée du PTMR ?
Le contrat est conclu pour une durée de 12 mois, renouvelable par tacite reconduction, dans la limite maximale de 72 mois pour les étudiants en médecine (soit 5 renouvellements maximum) et de 36 mois pour les médecins non installés (soit 2 renouvellements maximum).

Quels sont les engagements du praticien ?
Le praticien s'engage à exercer une activité libérale, dans les zones fragiles identifiées par l'ARS, correspondant à un minimum de 5 000 consultations par an pour une activité à temps plein et 2 500 consultations par an pour une activité à temps partiel (y compris les consultations réalisées au titre de la permanence des soins organisée).

Quels sont les engagements de l'ARS ?
En contrepartie, l'ARS lui verse une rémunération complémentaire forfaitaire lui permettant de couvrir les périodes de disponibilité entre deux contrats de remplacement. Elle est équivalente à :

- 200 consultations de médecine générale au tarif opposable lorsqu'il exerce à temps plein (soit 4 600 € brut),
- 100 consultations de médecine générale au tarif opposable lorsqu'il exerce à temps plein (soit 2 300 € brut).

Elle garantit également un complément de rémunération en cas d'interruption de l'activité pour maladie (supérieur à 7 jours), maternité ou paternité.
Enfin, le praticien bénéficie également d'un service d'appui à la gestion de ses remplacements qui sera mis en œuvre par l'ARS.

- **PTMG, le contrat Praticien Territorial de Médecine Générale**

Objectif du dispositif ?

- sécuriser les premiers mois - souvent difficiles - de votre installation, dans une période d'incertitude forte (création de patientèle, difficultés de trésorerie, problèmes matériels liés à l'installation dans une région souvent inconnue), en vous apportant une garantie financière pouvant aller jusqu'à 2 ans ;
- favoriser votre installation dans des territoires fragiles, caractérisés par une offre médicale insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins.

Qui peut bénéficier du dispositif ?

Les jeunes médecins généralistes non encore installés ou installés depuis moins d'un an. La date d'installation s'entend comme la date de la 1ère inscription sur le tableau d'un conseil départemental de l'ordre des médecins, au titre de votre résidence professionnelle habituelle.

En tant que PTMG, le médecin peut par exemple prendre la succession d'un médecin prêt à partir en retraite, rejoindre l'équipe d'une maison ou d'un centre de santé… Sachant que votre contrat sera d'une durée d'un an renouvelable une fois.

Quels sont les avantages du statut de PTMG ?

Sous réserve que le médecin signataire réalise au moins 165 consultations par mois, il se verra garanti un complément de rémunération. Celui-ci sera calculé par la différence entre un revenu mensuel brut garanti de 6 900 € brut/mois et le montant des honoraires qu'il aura perçus (actes et majorations associées) compte tenu de son activité réelle.

Le montant maximum de l'aide versée est de 3 105 € brut/mois.

- **CESP, le Contrat d'Engagement du Service Public**

Objectif du dispositif ?

Le CESP, créé en 2011, est destiné à promouvoir, par une bourse contractuelle, l'installation en zone déficitaire. Il a pour objectif de fidéliser les jeunes médecins dans des spécialités et des lieux d'exercice fragiles où la continuité des soins est menacée.

Qui peut bénéficier du dispositif ?

Ce contrat est destiné **aux étudiants en médecine, de la 2ème année des études médicales à la dernière année d'internat**. En contrepartie, l'étudiant s'engage à pratiquer dans une zone médicalement sous dense dite "zone prioritaire" où l'offre de soins de proximité doit être renforcée (les zones éligibles au CESP sont fixées par l'ARS). En échange il perçoit une aide financière de 1200 € brut (imposable) par mois durant ses études soit un montant net perçu de 1106,88 € par mois (montant imposable : 1140,64 € par mois).

La durée pendant laquelle l'étudiant perçoit cette allocation correspondra à la durée d'installation dans une zone prioritaire et **ne peut être inférieure à 2 ans**.

Pour combien de temps l'étudiant s'engage-t-il ?

Le bénéficiaire s'engage pour une durée égale à celle dont il a obtenu l'allocation. Celle durée est donc modulable sachant qu'un étudiant peut y souscrire jusqu'à sa dernière année d'internat avant l'obtention du diplôme d'état de docteur en médecine (par exemple : 8 ans d'allocation s'il signe en DFGSM2, donc 8 ans d'installation)

- **Exonération cotisation vieillesse - Cumul emploi-retraite incitatif**[12]

Faciliter le cumul emploi/retraite des médecins libéraux pour maintenir des médecins sur les territoires fragiles :

[12] 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

Le plafond de revenu annuel en-deçà duquel les médecins peuvent demander à **être dispensés de cotiser au régime Prestation Complémentaire Vieillesse (PCV) des cotisations** est relevé de 11500 euros à 40000 euros.

Annexe 6 – Caractérisation des systèmes de soins intégrés (tiré de OMS)

Domaines	Principaux attributs	Niveau de progrès dans les attributs pour parvenir à un modèle de santé intégré.		
		I **Réseau fragmenté**	**II** **Réseau partiellement intégré**	**III** **Réseau intégré**
Modèle de santé	1. Population et territoire	Aucune définition d'une population ou d'un territoire sous sa responsabilité	Responsable d'une Population/territoire mais connaissances limitées quant aux besoins de santé de sa population.	Responsable d'une population/territoire et connaissance étendue des besoins de santé de la population qui détermine l'offre de santé correspondante.
	2. Service rendu	Inexistent, très limité ou restreint au premier recours	Inclut presque tous les niveaux de soins mais avec une forte prédominance des services de santé personnels	Un vaste réseau d'établissements de soins de santé qui comprend tous les niveaux de soins et fournit et intègre des services de santé individuels et populationnels
	3. Premier niveau de recours aux services de santé	Prédominance des programmes descendants sans intégration ni coordination	Agit comme une passerelle vers le système mais avec une très faible capacité à résoudre les problèmes de santé et une faible intégration de services	Agit comme passerelle vers le système, intègre et coordonne les soins et répond à la majorité des besoins de santé de la population
	4. Soins spécialisés	Accès non régulés aux spécialistes	Accès aux soins spécialisés régulé mais prédominance du secteur hospitalier	Les soins spécialisés sont réalisés de préférence en dehors du secteur hospitalier
	5. Coordination des services de santé	Pas ou peu de coordination	Existence de mécanismes de coordination mais qui ne couvrent l'intégralité du continuum des services de santé.	Existence de mécanismes de coordination partout dans le continuum des services de santé
	6. Objet d'attention des services de santé	Centrée sur la pathologie	Centrée sur la personne	Centrée sur la personne, sa famille, la population ou le territoire.
Gouvernance et stratégie	7. Gouvernance	Pas de fonction de gouvernance identifiée	Plusieurs instances de gouvernance qui fonctionnent	Un système de gouvernance unifié pour l'ensemble du réseau

			indépendamment les unes des autres	
	8. Participation	Aucune instance pour permettre une participation sociale	Présence limitée d'instances visant à promouvoir la participation sociale	Participation sociale large
	9. Approche intersectorielle	Aucun lien avec les autres secteurs	Quelques liens avec les autres secteurs	Action intersectorielle au-delà des secteurs sociaux
Organisation et management	10. Gestion des systèmes support	Gestion non intégrée des systèmes de support	Gestion intégrée du soutien clinique mais sans intégration des systèmes de soutien administratif et logistique	Gestion intégrée des systèmes de soutien clinique, administratif et logistique
	11. Ressources Humaines	Insuffisantes pour les besoins du réseau	Suffisantes, mais avec des lacunes de compétences techniques et de cohésion dans le réseau	Suffisantes, personnel compétent, engagé et mis en valeur par le réseau
	12. Systèmes d'information	Pas de systèmes d'information	Systèmes d'information multiples sans communication entre eux	Système d'information intégré qui relie tous les membres du réseau avec des données ventilées selon les variables pertinentes
	13. Performance et résultats	Pas de mesure de la performance et des résultats	Mesure de la performance centrée sur les ressources et les processus	Mesure de la performance centrée sur les résultats de santé et la satisfaction des utilisateurs

Annexe 7 – Les principes du modèle de « Chronic Care Model » Management

Domaine	Objectif/description	Stratégies
Communauté	Mobiliser les ressources de la communauté pour satisfaire les besoins des patients	Formaliser des partenariats avec les organisations de la communauté pour soutenir et développer des interventions qui comblent des manques importants dans les services.
Système de santé	Créer une culture, une organisation et des mécanismes qui promeuvent des services de haute qualité	• Utiliser des systèmes qui incitent à la réalisation de services de qualité. • Développer des accords pour faciliter la coordination des services de santé au sein et entre les organisations.
Conception de la mise en œuvre des services de santé	Assurer la prestation de soins cliniques efficaces et efficients et un soutien à l'autogestion	• Définir des rôles des membres de l'équipe. • Planifier les interactions entre acteurs afin de pouvoir les évaluer.
Soutien à l'autonomisation du patient	Habiliter et préparer les patients à être plus autonomes avec leur santé	Insister sur le rôle clef du patient dans la surveillance et la gestion de sa maladie.
Support de décision	Promouvoir des soins cliniques conformes aux preuves scientifiques et aux préférences des patients	Intégrer des recommandations de bonnes pratiques scientifiques dans les pratiques quotidiennes.
Systèmes d'information cliniques	Organiser les données sur les patients et la population pour faciliter des soins.	Partager les informations avec les patients et les professionnels pour coordonner les services de santé

Annexe 8 – Extrait Circulaire N°DHOS/O1/2008/305 du 03 octobre 2008

Les moyens matériels

Éléments obligatoires :

En complément de l'article D.6124-177-7 (conditions générales sur les espaces de rééducation), la structure doit disposer sur place de :

- Matériel pour échographie cardiaque
- Equipement pour test d'effort
- Equipement pour monitorage par télémétrie
- Chariot d'urgence et de réanimation cardiaque situé à proximité du plateau technique
- Salle d'urgence, équipée de manière à permettre les gestes d'urgence et de réanimation cardiaque avant transfert en USIC (1 ou plusieurs lits avec cardioscopes, défibrillateur, matériel d'intubation et de ventilation).

Élément spécifiques minimaux souhaitables

- Plateau de reconditionnement à l'effort (bicyclette, tapis roulant, autres types d'ergomètres adaptés aux handicaps des patients pris en charge …)
- Fluides médicaux en salle d'épreuve d'effort et de rééducation
- Système d'épreuve d'effort cardio-respiratoire avec analyse de la consommation d'oxygène
- Saturomètre
- Système de surveillance électrocardiographique ambulatoire continue des patients avec mémorisations des événements
- Cardiofréquencemètres
- Salle de sport

Annexe 9 – Tableau des effets indésirables pour une prise en charge de réadaptation cardiaque

Evènements indésirables	Degré 1 (léger)	Degré 2 (modéré)	Degré 3 (sévère)	Degré 4 * (menace vitale)
Troubles du rythme	/	Extrasystoles ventriculaires isolées	Trouble du rythme symptomatique nécessitant un traitement	Arythmie nécessitant une hospitalisation
Ischémie	/	Douleur atypique	Apparition d'un angor d'effort	Infarctus du myocarde et syndrome coronaire aigu
Hypertension artérielle	Augmentée < 20 mmHg	Permanente augmentée > 20 mmHg	Permanente PAD > 110 mmHg	Hypertension artérielle maligne
Dyspnée	À l'effort	Activité habituelle	Au repos	Nécessitant une assistance respiratoire
Complications ostéo-articulaires	Permet de continuer les séances	Arrêt temporaire sans soins	Arrêt temporaire avec soins	Arrêt définitif
Arrêt de l'expérimentation	Temporaire	Abandon	Hospitalisation	Décès

Annexe 10 – Publications et communications associées à la thèse

Giusti I., Sardas JC, Kletz F, Pieri X, (2019) *Accès aux soins et territoires : comment articuler action collective locale et action publique ?* Revue Management Avenir santé (article accepté, publication prévue en 2020).

Giusti I, Terramorsi P (2019) *Apports de la recherche intervention dans l'élaboration d'un parcours de soins territorialisé*, Communication présentée à la Journée du Cnam « Recherche – Intervention dans les organisations », Janvier 2019

Giusti I, Terramorsi P (2019) *Apports de la recherche intervention dans l'élaboration d'un parcours de soins territorialisé*, Recherches en Sciences de Gestion-Management (article accepté, publication prévue en 2020).

Giusti I, Kletz F, Sardas JC, Pieri X, Pietri-Zani MH, *Innover localement pour transformer le système de santé : comment s'assurer de la réplicabilité d'un projet innovant ?* Papier présenté au 8eme Colloque Santé, Marseille 20 21 Mai 2019

Giusti I, Kletz F, Sardas JC, Pieri X, Pietri-Zani MH, *Transforming French health system by local innovation: how to ensure the replicability of an innovative project?* papier présenté au RNI Forum Innovation IX & Summer school 17 18 19 Juillet 2019 (Naples)

Giusti I, Kletz F, Sardas JC, Pieri X, Pietri-Zani MH, (2019) *Innover localement pour transformer le système de santé : comment s'assurer de la réplicabilité d'un projet innovant ?* Revue d'économie et de management de l'innovation (article soumis en attente d'un premier retour du comité de lecture)

RÉSUMÉ

Cette thèse traite du concept de désert médical. Malgré un usage très marqué du terme par les médias et les représentants politiques, l'existence et l'identification des déserts médicaux posent question pour les pouvoirs publics. Cerner des inégalités d'accès à des services de santé suppose que l'on sache identifier les besoins des usagers d'un territoire. Or, le besoin de santé est propre à chacun. Mais un individu n'a pas non plus la connaissance totale de ce besoin. On doit donc cerner comment les pouvoirs publics comprennent, eux-mêmes, cet objet et comment ils conçoivent des actions visant à le réguler.
C'est à cela que ce travail s'est essayé. À l'aide d'une recherche intervention avec l'Agence Régionale de Santé de Corse, une analyse des modalités de conception des actions publiques visant à réguler les inégalités d'accès aux soins a été menée.
Nous montrons notamment que l'approche parcours, en tant que modélisation plus globale du besoin de santé, permet d'éclairer la multiplicité des situations inégalitaires fondues dans le désert médical. Lutter contre les déserts médicaux, ce n'est plus seulement garantir la présence de professionnels de santé mais c'est aussi assurer une égalité des citoyens dans la continuité de leur parcours de santé. Or les spécificités des territoires et des individus laissent présager une forte hétérogénéité entre ces parcours, hétérogénéité difficilement gérable au niveau national. Nous montrons alors la faisabilité d'une conception ascendante d'une action publique innovante, pour diminuer les inégalités d'accès aux soins. Par un processus lent, fragile et complexe, des actions d'origine locales peuvent répondre à des spécificités territoriales sans pour autant ignorer un cadre règlementaire et institutionnel national. Néanmoins, multiplier ces expérimentations de proximité nécessite d'introduire, au niveau national, des critères de classement et de sélection des projets. Nous préconisons alors l'utilisation de méthodes de gestion de l'exploration de l'inconnu.

MOTS CLÉS

Désert médical, parcours, innovation locale, territoire, action publique, écosystème, accès aux soins

ABSTRACT

This dissertation deals with the concept of medical desert. Despite widespread use of the word by the media and political representatives, identifying medical deserts is far from easy for public authorities. Spotting inequalities in access to health services requires to identify users' needs wherever they live. However, health needs are individualized. Besides, an individual does not fully know his needs. We must therefore understand how public authorities themselves appreciate this object and how they design actions accordingly to regulate care access.
This is our purpose in this dissertation. We led an action research with the Regional Health Agency of Corsica in order to analyze how public actions are designed to regulate care access inequalities.
We show in particular how the care pathway approach can highlight the diversity of inequalities in a medical desert thanks to a more global modeling of health needs. Fighting medical deserts is no longer limited to guaranteeing the presence of health professionals locally. It also relies on ensuring equality between citizens in the continuity of their care pathway. Yet, territories and individuals specificities suggest a strong heterogeneity between these pathways, which is difficult to manage at a national level. We then evaluate feasibility of a bottom-up innovative public action to reduce inequalities in care access. Through a slow, fragile and complex process, local actions can still address territorial specificities without ignoring a national regulatory and institutional framework. However, multiplying these proximity experiments requires new national-level criteria to select and rank projects. Hence, we recommend methods often used to manage the exploration of the unknown.

KEYWORDS

Care pathway, local innovation, territory, public action, ecosystem, healthcare access