Institut d'études politiques de Paris

ECOLE DOCTORALE DE SCIENCES PO

Programme doctoral de sociologie

Centre de sociologie des organisations & Institut de recherche et de documentation en économie de la santé & Laboratoire interdisciplinaire d'évaluation des politiques publiques

Doctorat en sociologie

Les coûts de l'autonomie

Économistes et médecins libéraux dans les réformes expérimentales des soins primaires

Noémie Morize

Thèse dirigée par Patrick Castel, Directeur de recherche à la FNSP & Cécile Fournier, Directrice de recherche à l'Irdes

Soutenance le 31 mai 2024

Jury :

Mme Sophie Bernard, Professeure des universités en sociologie, Université Paris Dauphine PSL, laboratoire IRISSO (UMR CNRS INRAE 7170-1427) - Rapportrice

M. Patrick Castel, Directeur de recherche à la FNSP, Sciences Po, Centre de Sociologie des Organisations (CSO), CNRS (URM 7116) - Directeur

Mme Nancy Côté, Professeure agrégée en sociologie, Université Laval, titulaire de la Chaire de recherche du Canada en sociologie du travail et des organisations de santé

Mme Cécile Fournier, Directrice de recherche à l'Irdes - Directrice

M. Patrick Hassenteufel, Professeur des universités en science politique, Université Versailles Saint-Quentin et Sciences Po Saint-Germain-en-Laye, laboratoire PRINTEMPS (UMR 8085) - Rapporteur

Mme Anne Paillet, Professeure des universités en sociologie, Université Paris 1 Panthéon-Sorbonne, laboratoire CESSP (UMR 8209)

Résumé et mots clés

Dans le secteur des soins primaires, la demande de soin excède largement l'offre, entre augmentation des maladies chroniques et vieillissement de la population, conjugués à une baisse de la démographie médicale. L'apparition de zones géographiques sous-dotées interroge alors l'absence de régulation de l'installation et des pratiques des médecins généralistes libéraux. Ces dernières décennies sont marquées par le développement des maisons de santé pluriprofessionnelles. Ces organisations permettent à des professionnels libéraux de bénéficier de financements publics en échange, entre autres, d'une coordination pluriprofessionnelle accrue. Leur essor s'accompagne d'une diversification des modes de rémunération, avec l'apparition de financements collectifs et complémentaires au paiement à l'acte. Lancées en 2019, les expérimentations d'une Incitation à une prise en charge partagée (Ipep) et d'un Paiement en équipe de professionnels de santé de ville (Peps) marquent un pas supplémentaire dans ces réformes. Elles visent des redivisions du travail sectorielles (pour Ipep, entre secteur des soins primaires et hospitalier) et professionnelles (pour Peps, entre médecins généralistes et infirmières). La collectivisation des professionnels de santé (et de leurs rémunérations) vise à les responsabiliser malgré leur statut libéral, en leur attribuant le mérite de résultats de santé mais aussi en leur imputant les dépenses en matière de consommation de soins de leur patientèle. Ces expérimentations sont promues par des économistes administratifs, et relayées par des médecins généralistes libéraux, entrepreneurs de ces réformes. Comment expliquer cette alliance *a priori* improbable, entre des médecins historiquement attachés à leur autonomie libérale, et des pouvoirs publics soucieux de réformer l'exercice libéral ?

L'enquête qualitative, conduite de 2019 à 2023, mobilise principalement l'observation de réunions liées à la mise en œuvre des expérimentations, et une centaine d'entretiens semi-directifs aux niveaux national et local avec des acteurs administratifs et des professionnels de santé. Ma thèse montre l'existence d'une communauté d'acteurs composée d'économistes administratifs, de chercheurs et de professionnels de santé libéraux, mobilisés autour de la promotion d'instruments de coordination des soins. Plus précisément, l'analyse révèle des compromis réciproques entre ces acteurs. D'une part, les économistes administratifs amendent les modèles économiques pour préserver leur relation avec les médecins libéraux. D'autre part, certains médecins généralistes, acculturés au style de raisonnement économique, cherchent à présent à organiser les soins selon cette logique. Pour autant, les médecins généralistes réaffirment une place déjà centrale dans les relations entre groupes professionnels de soins primaires, amenant à un renforcement des hiérarchies professionnelles.

Mots clés : Professions libérales – Economie - Economistes - Rémunérations – Action publique – Administrations sanitaires – Soins primaires – Groupes professionnels

Abstract and Keywords

In the primary care sector in France, the demand for healthcare services surpasses the available supply, driven by factors such as the rise in chronic illnesses, an aging population, and a decline in the medical workforce. Consequently, this imbalance has resulted in medically underserved regions. Moreover, concerns have been voiced regarding the absence of regulations for where, geographically, self-employed general practitioners can practice, as they tend to concentrate to well-off urban areas. Over the past few decades, "Multidisciplinary Primary Care Groups," or MSPs, have progressively been introduced to enhance care coordination and interdisciplinary cooperation between self-employed healthcare professionals. These initiatives have diversified the predominantly fee-for-service-based remuneration model within primary care, transitioning to a fee-for-service model complemented by publicly funded add-on payments for efforts improving care coordination. Two pilot programs that were launched in 2019 sought to advance these reforms further: the "Incitation à une Prise En charge Partagée" (Ipep, a pay for quality-type payment to be shared between volunteering care providers across settings), and the "Paiement en Équipe de Professionnels de Santé de ville" (Peps, a lump sum payment scheme for teams of health professionals) aimed to redistribute healthcare responsibilities and tasks by improving coordination between the primary care and hospital sectors (in the case of Ipep) and between general practitioners and nurses (for Peps). These two pilot programs also strive to increase care professionals' accountability and contain patients' healthcare expenses by giving care providers financial incentives for reaching common goals in terms of health outcomes for their shared patient groups. These initiatives were conceived by administrative executives trained in economics and received support from self-employed general practitioners. The aim of this doctoral study was to explore the mechanisms behind the unlikely collaboration between general practitioners, traditionally known for their autonomy, and stakeholders seeking to reform the self-employed system in primary care.

This doctoral study is based on case studies, which involved collecting qualitative data between 2019 and 2023 within the Ipep and Peps pilot programs, by observing meetings during the implementation of these pilot programs and conducting approximately one hundred semi-structured interviews with administrative stakeholders and health professionals about their professional background and their work. The case studies revealed a group of stakeholders including administrative economists, researchers, and self-employed health professionals that advocate for the adoption of care coordination tools and are open to compromises to achieve their respective goals. On one hand, administrative economists adapt their strategies to maintain their relationships with self-employed practitioners. On the other hand, some general practitioners, well versed in economic principles, seek to reorganize care accordingly. However, they also assert their central position in professional relationships, reinforcing the hierarchical structure within the healthcare sector.

Keywords: Independent professions – Economics - Economists - Remuneration – Public policy – Health administrations – Primary care – Health professionals

Remerciements

J'ai vécu ma thèse comme une période sereine et agréable, et je le dois sans aucun doute aux excellentes conditions matérielles, relationnelles et sociales dont j'ai bénéficié. Ces quelques lignes pour remercier celles et ceux qui ont rendu cela possible.

Je tiens tout d'abord à exprimer ma profonde gratitude envers mes directeur et directrice de thèse, Patrick Castel et Cécile Fournier, dont les conseils avisés et la relecture assidue ont grandement contribué à la qualité de ce travail. Leur encadrement a été d'une grande richesse.

Je remercie également chaleureusement Nancy Côté et Anne Paillet d'avoir accepté de faire partie du jury de cette thèse, et Sophie Bernard et Patrick Hassenteufel d'en être les rapportrice et rapporteur.

Ma gratitude va également à toutes les personnes, au sein des administrations sanitaires, de leurs partenaires et des maisons de santé, qui ont accepté de m'ouvrir leurs portes. Je les remercie infiniment pour leur temps et pour leur confiance.

Ma thèse n'aurait pas été la même sans le collectif de recherche « Era2 » autour des expérimentations Ipep et Peps, dont les échanges ont enrichi les analyses tissées au fil de cette thèse. Un remerciement particulièrement chaleureux à l'équipe de sociologues, Isabelle Bourgeois, Cécile Fournier, Julia Legrand, Laure Pitti et Vincent Schlegel. Je suis également reconnaissante envers mes collègues économistes et géographes, notamment Damien Bricard, Matthieu Cassou, Guillaume Chevillard, Carine Franc, Véronique Lucas et Julien Mousquès, pour nos échanges stimulants.

J'ai bénéficié tout au long de ce travail d'un soutien particulièrement précieux de la part des institutions qui m'ont accueillie. Tout d'abord, l'ensemble des membres du CSO m'a accueilli et offert un cadre qui a grandement contribué à me socialiser à la recherche. Je pense particulièrement à l'équipe de soutien à la recherche pour leur aide et leur appui tout au long de la thèse. Je remercie l'ensemble de l'équipe de recherche, chercheurs titulaires, post-doctorants et doctorants, pour les nombreux échanges qui ont contribué à structurer ma pensée. Ici, je glisse des remerciements plus ciblés à Jérôme Aust, Anne-Laure Beaussier, Léonie Hénaut, Étienne Nouguez, Julie Oudot, Olivier Pilmis, Alice Valiergue, pour leurs conseils et leurs relectures. Et à Damien Garcia, Cécile Lavier, Nathan Rivet, Chloé Socha et tous les autres doctorantes et

doctorants avec qui j'ai eu l'occasion d'échanger informellement, pour votre sympathie et nos échanges si précieux.

Cette thèse n'aurait pas été la même sans des collectifs de recherche plus resserrés, fructueux pour faire germer de nouvelles idées. Je pense notamment au collectif doctorant autour des journées d'étude sur les frontières de la santé publique, Crystale Aounit, Damien Garcia, Clara Jacquot, Lucie Krapiel, Cécile Lavier, et Stéphane Lavoipierre. Je remercie également mes collègues du CSO, de l'EHESP et de l'Université Lumière Lyon 2 pour les nombreuses réflexions autour des expérimentations dans l'action publique, Anne-Laure Beaussier, Cécile Founier, Anne Girault, Magali Robelet et Alice Valiergue. Merci encore à Magali Robelet pour son accompagnement régulier et ses précieux conseils depuis ma première année de master. Je remercie enfin Anne Moyal pour nos réflexions croisées autour de l'exercice coordonné.

Cette thèse doit également beaucoup aux membres de l'Irdes, qui m'ont donné l'opportunité de devenir une chercheuse et m'ont accueillie dans leurs murs dès la fin de mon master, en 2019. Je remercie alors particulièrement l'équipe administrative et d'appui à la recherche pour leur soutien. Je remercie également tous mes collègues que j'ai plaisir à croiser quotidiennement, dans cet espace de travail chaleureux qu'est l'Irdes. Pour les « jeunes », je ne ferai pas de liste exhaustive, car le rythme d'arrivées et de départs est difficile à suivre. Je souligne cependant le plaisir que cela a été de partager successivement mon bureau avec Estelle Augé, Fanny Duchaine, Thomas Karnycheff, Noémie Mallejac, et Veera Seppanen, et celui de prendre des thés avec Pierre Brasseur, Marie Bonal, Julia Legrand, Lucie Michel, Sarah Minery ou encore Esther Touitou.

Je souhaite également exprimer ma reconnaissance envers le Laboratoire interdisciplinaire d'évaluation des politiques publiques (Liepp), et notamment Anne Revillard et Samira Jebli, ainsi que les participants du séminaire de l'atelier Jeune Recherche, qui a été un lieu structurant pour mes réflexions sur l'évaluation des politiques publiques.

Le Liepp m'a également permis de concrétiser, avec le soutien de l'École doctorale de Sciences Po, du CSO et de l'Irdes, un séjour de deux mois à la *Columbia University Mailman School of Public Health. I extend my sincere thanks to the members of the HPM department for their warm welcome. A special appreciation goes to Lawrence Brown, Myriam Laugesen, and Thalia Porteny for our insightful exchanges.*

Enfin, parce que la thèse est aussi demandeuse en énergie, un grand merci à toutes celles et ceux qui m'ont soutenue à chaque étape de cette aventure. Merci à Annabelle, Carlo, Juliane,

Matti et Sophie pour votre amitié et vos relectures d'un grand secours. Merci aussi à Jeanne pour ton soutien constant.

Ma famille a bien sûr été une autre source de soutien. Je dois beaucoup à mes sœurs, Gwendoline et Solenne, à mes beaux-frères Mourad et Pierre-Clément, et à mes neveux et nièces, Sabri, Khaylane, Maïssanne et Noann pour leur présence. Un merci particulier à mes parents, Annick et Jacques, avec qui je suis heureuse de partager autant de moments de complicité.

Un dernier mot enfin, pour Mohamed-Khair, que je remercie d'être celui qui, outre de me soutenir au quotidien, me pousse toujours un peu plus loin que là où je pensais être capable d'aller.

Liste des acronymes

ACO *Accountable care organizations*
ALD Affection longue durée
AME Aide médicale d'Etat
Anap Agence nationale d'appui à la performance
APHP Assistance publique des hôpitaux de Paris
ARS Agence régionale de santé
ATIH Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
BD Bandes dessinées
CBR *Comics Based Research*
CMUC Complémentaire santé solidaire
Cnam Caisse nationale d'Assurance maladie
CPAM Caisse primaire d'Assurance maladie
CPTS Communauté professionnelle territoriale de santé
Crédes Centre de recherche, d'études et de documentation en économie de la santé
Crédoc Centre de recherche et de documentation sur la consommation
CSIS Conseil stratégique de l'innovation en santé
CSMF Confédération des syndicats médicaux français
CTIS Comité technique de l'innovation en santé
DGOS Direction générale de l'Offre de soins
DHOS Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
DITP Délégation interministérielle de la transformation publique
DMP Dossier médical partagé
DOM Départements d'outre-mer
Drees Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et de la statistique
DSES Direction de la stratégie, des études, et des statistiques
DSS Direction de la Sécurité sociale
EHESP Ecole des hautes études en santé publique
Ehpad Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
Ena Ecole nationale d'administration
ENMR Expérimentation des nouveaux modes de rémunération
ENS Ecole normale supérieure
ENSAE Ecole nationale de la statistique et de l'administration
FFMPS Fédération française des maisons pluriprofessionnelles de santé
FHF Fédération hospitalière de France
FNSP Fondation nationale des Sciences politiques
GIP Groupement d'intérêt public
HAS Haute autorité de santé
HCAAM Haut conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie
HMO *Health Maintenance Organizations*
HPST (loi) Loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires
Igas Inspection générale des affaires sociales
Ipep Incitation à une prise en charge partagée
Irdes Institut de recherche et de documentation en économie de la santé
LFSS Loi de financement pour la sécurité sociale
MG France Médecin généraliste France (syndicat)
MSP Maison de santé
OCDE Organisation de coopération et de développement économique
OMS Organisation mondiale de la santé
Ondam Objectif nationale de dépenses d'Assurance maladie
Paerpa Parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie
Peps Paiement en équipe de professionnels de santé
PLFSS Projet de loi de financement pour la sécurité sociale
PMSI Programme de médicalisation des systèmes d'information
PREM *Patient-Reported Experience Measurements*

PROM *Patient-Reported Outcomes Measurements*
QEP Questionnaire d'expérience patient
ROSP Rémunération sur objectif de santé publique
Secpa Structures d'exercice coordonné participatives
SGMAS Secrétariat général au ministère en charge des Affaires sociales
SNDS Système national des données de santé
SPTS Service public territorial de santé
UNCAM Union nationale des caisses d'Assurance maladie
URCAM Union régionale des caisses d'Assurance maladie
URPS Union des représentants des professionnels de santé
VIH Virus de l'immunodéficience humaine
WP *Work package*

Table des matières

Résumé et mots clés **3**

Abstract and Keywords **5**

Remerciements **7**

Liste des acronymes **11**

Introduction générale **17**

1. Les instruments économiques au cœur des réformes du système de santé 20
2. Un ancrage théorique en sociologie de l'action publique 24
3. Ce que le cas des expérimentations éclaire 30
4. Saisir l'action publique « en train de se faire » 39
5. Perspectives transversales 53

Première partie. Les acteurs administratifs des réformes des soins primaires. Trajectoires, opportunités et style de raisonnement économique. **57**

Introduction de la première partie 59

Chapitre 1. Des soins intégrés aux instruments économiques. Continuités et reconfigurations des réformes des soins primaires **63**

Introduction 63

1. Les instruments de coordination comme traduction du modèle des soins intégrés 66
2. Les promesses des instruments et leurs traductions en modèles économiques 97

Conclusion : Un « relais » d'économistes vers une économisation des réformes des soins primaires ? 115

Chapitre 2. L'expérimentation, un levier d'action pour les acteurs administratifs. Les marginaux sécants dans le sillage de l'élite du *Welfare.* **119**

Introduction 119

1. Un nouvel instrument de maîtrise des dépenses pour l'élite du *Welfare* 122

2. Des marginaux sécants en première ligne dans la conduite des expérimentations 137

Conclusion : L'expérimentation comme renforcement des capacités d'action des acteurs administratifs 164

Conclusion de la première partie : Une place croissante de l'économie dans les instruments de réformes des soins primaires 167

Deuxième partie : Les liaisons avantageuses. Économistes administratifs et professionnels libéraux dans la fabrique des instruments. 169

Introduction de la deuxième partie 171

Chapitre 3. Un gouvernement sans distance. Interactions et compromis dans la fabrique des instruments. 173

Introduction 173

1. Des intermédiaires inégaux dans la fabrique de l'action publique 175

2. Un « processus de colonisation » sans distance 199

3. Au-delà des modèles économiques, des modèles symboliques 221

Conclusion : Les médecins entrepreneurs en première ligne dans la légitimation des instruments économiques 233

Chapitre 4 : Incitatifs, justes et reproductibles. La fabrique de modèles accommodants par les économistes de l'Assurance maladie 237

Introduction 237

1. La place grandissante des économistes de l'Assurance maladie 240

2. Justesse, justice et pouvoir discrétionnaire dans les modèles 260

Conclusion. La fabrique des modèles comme révélateur des interdépendances entre Assurance maladie et intermédiaires libéraux. 287

Conclusion de la deuxième partie : Des compromis à l'avantage des médecins généralistes 289

Troisième partie : Des modèles à la réalité. Le style de raisonnement économique comme légitimation du maintien des hiérarchies professionnelles. 291

Introduction de la troisième partie 293

Chapitre 5. Les gardiens du temps. Appropriations médicales du style de raisonnement économique. 295

Introduction 295

1. Des réorganisations locales des soins primaires : au-delà du paiement à l'acte 298

2. Résistances et appropriations face aux modèles économiques 312

3. La disponibilité des unes fait le prestige des autres 327

Conclusion : Les appropriations du style de raisonnement économique au prisme des hiérarchies entre groupes professionnels 342

Chapitre 6. Les bons comptes ne font pas l'égalité. La répartition des financements au sein des maisons de santé. 345

Introduction 345

1. Entre professionnels libéraux, plus d'égalité au nom de la coopération 349

2. L'évaluation du travail de ses pairs : une répartition du forfait Peps entre médecins 357

3. Hors du temps pluriprofessionnel, le retour de la valeur marchande 365

Conclusion : Face à une égalité marginale débattue, de profondes hiérarchies passées sous silence 382

Conclusion de la troisième partie : Le prestige renforcé des médecins généralistes libéraux 385

Épilogue. En attendant l'évaluation. Une institutionnalisation des instruments de coordination au-delà des modèles économiques. 387

Introduction 387

1. La place ambiguë des évaluateurs et de leurs savoirs 390

2. Les promesses face aux résultats : reconfigurations des instruments et des relations entre acteurs 405

Conclusion 432

Conclusion générale 435

1. Les médecins généralistes avec l'Assurance maladie 436

2. Pistes de recherche complémentaires 448

Bibliographie..... 455

Annexes 481

Annexe 1. Méthodologie de l'enquête institutionnelle 481

Annexe 2. Méthodologie de l'enquête locale 490

Annexe 3. Informations complémentaires sur les modèles économiques 502

Introduction générale

Gregory Dupuy[1] est un médecin généraliste d'une cinquantaine d'années. Depuis près de vingt ans, il est installé sur la commune de Valmesnil, dans une zone périurbaine. Il a d'abord exercé dans un cabinet médical libéral, partagé avec une collègue. Dans les années 2000, Gregory participe avec d'autres médecins généralistes à organiser une maison médicale de garde, afin de mettre en place une permanence des soins de médecine générale sur la commune. À cette occasion, il fréquente des médecins adhérant à Médecin Généraliste France (MG France), un des principaux syndicats de médecins généralistes libéraux, qu'il rejoint par la suite. « On avait un type localement qui était secrétaire général de MG France, c'était une pointure syndicale. Un type qui avait une vision assez claire de la pratique professionnelle ». En développant son réseau, il se construit une certaine idée de ce que l'organisation des soins primaires[2] devrait être, où les médecins généralistes prendraient un rôle central dans la régulation de l'offre de soins. En 2008, il est contacté par des agents de l'Union régionale des caisses d'Assurance maladie (Urcam) (aujourd'hui Caisses primaires d'Assurance maladie [CPAM]), qui lui proposent de participer, avec des collègues, à une expérimentation : la mise en place d'une Maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) à Valmesnil. En échange d'un financement public, Gregory s'engage avec d'autres professionnels libéraux à rédiger un projet de santé commun, maintenir une permanence des soins et améliorer la coordination pluriprofessionnelle. Une dizaine d'années plus tard, la MSP de Valmesnil regroupe une vingtaine de professionnels de santé libéraux, répartis sur la commune dans des cabinets de groupe[3]. Gregory exerce maintenant dans un cabinet qu'il partage avec deux infirmières et quatre médecins. Toutes les semaines, ils se réunissent pour discuter collectivement du cas de certains patients. En 2018, Gregory est informé par un contact de la Caisse nationale d'Assurance maladie (Cnam) « qu'un super article de loi » va sortir : l'Article 51[4], qui permet d'expérimenter sur une période donnée et un public défini de nouveaux modes de financement dans le secteur de la santé, avant d'en évaluer les effets. « On est rentré dans toutes les expé' possibles », explique Gregory. En effet, à partir de 2018, il va s'engager avec ses collègues dans une puis deux expérimentations de

[1] La maison de santé dont on retrace ici le récit, à partir du point de vue de Gregory, correspond à l'un des trois cas empiriques que je présenterai plus bas. Les citations sont des extraits d'entretien avec Gregory.
[2] Les soins primaires, aussi appelés soins de premiers recours, correspondent aux soins délivrés par les professionnels de santé consultés en première intention (médecins généralistes, infirmières, kinésithérapeutes, etc.).
[3] En effet, les MSP ne sont pas nécessairement un lieu physique, elles peuvent se matérialiser par un réseau local de professionnels de santé.
[4] L'Article 51 est paru dans la Loi de financement pour la sécurité sociale (LFSS) de décembre 2017.

l'Article 51 destinées aux professionnels exerçant en MSP, l'Incitation à une prise en charge partagée (Ipep) et le Paiement en équipe de professionnels de santé de ville (Peps). Ces expérimentations visent des redivisions du travail qui sont à la fois sectorielles (pour Ipep, entre professionnels de l'hôpital et des soins primaires) et professionnelles (pour Peps, entre médecins généralistes et infirmières[5]).

D'un côté, l'expérimentation Ipep donne accès à un financement complémentaire au paiement à l'acte, attribué collectivement à des professionnels s'ils améliorent leur performance dans la qualité et le coût des soins, définie selon des indicateurs médico-économiques. Dans cette expérimentation, il est demandé aux professionnels de santé de réduire la consommation de soins de leur patient en se coordonnant mieux avec l'hôpital : « vous faites faire des éconocroques à la collectivité nationale donc on vous redonne une partie des économies que vous réalisez ! ». Si Gregory valorise les financements obtenus, avec lesquels est embauchée à Valmesnil une infirmière pour coordonner le parcours de certains patients, il déconsidère ce « drôle de modèle » qui heurte ses « valeurs » professionnelles, affirmant son désintéressement économique dans une rhétorique classique à la profession médicale (Hassenteufel, 1997) : « je ne suis pas *trader* » !

De l'autre côté, dans l'expérimentation Peps, la rémunération des médecins généralistes ne se fait plus au paiement à l'acte, mais selon un forfait dépendant du nombre de patients affiliés aux médecins traitants. Celui-ci est attribué collectivement dans la perspective d'améliorer la coordination entre médecins et infirmières. Critique du mode de rémunération à l'acte qu'il trouve « délétère », Gregory conçoit le forfait comme un moyen d'accroître la qualité des soins : « je peux consacrer autant de temps qu'il est nécessaire en fonction des besoins du patient et pas en fonction de mes besoins financiers, de ma montre ».

Gregory est ainsi un médecin généraliste atypique : attaché à l'exercice libéral, il n'en remet pas moins en question certains de ses principes (et notamment, le paiement à l'acte) et s'engage dans des partenariats avec les pouvoirs publics. Pourtant, Gregory n'est pas un cas isolé : il participe d'un mouvement de transformation des soins primaires animé par des médecins généralistes « entrepreneurs » de réformes, dont il représente l'avant-garde. Les motivations de ces médecins généralistes rencontrent des initiatives portées par des acteurs administratifs, telles que les expérimentations Ipep et Peps. Ces dernières apparaissent comme une nouvelle séquence de réformes initiées dans les années 1990. Elles éclairent trois grandes

[5] Les groupes sociaux majoritairement féminisés seront genrés au féminin tout au long de la thèse.

transformations du secteur, concernant : les relations entre administrations sanitaires et professionnels de santé ; les modes de financement et de rémunération ; et les relations entre groupes professionnels.

Tout d'abord, ces expérimentations témoignent d'une transformation des relations entre les pouvoirs publics et les professionnels de soins primaires, et notamment les médecins généralistes. Jusque dans les années 2000, le dialogue se réalisait principalement lors de négociations conventionnelles, entre des syndicats libéraux traditionnellement opposés à la régulation et des pouvoirs publics soucieux de maîtriser les prix des actes médicaux (Hassenteufel, 1997). Loin de cette dualité, les expérimentations semblent le lieu d'une alliance entre des professionnels de santé et des membres des administrations sanitaires, autour du double objectif d'organiser les soins primaires de manière pluriprofessionnelle et de rendre davantage efficiente cette même organisation. Comment expliquer cette collaboration entre des médecins libéraux historiquement attachés à leur autonomie, et des acteurs administratifs soucieux de réformer l'exercice libéral ? Qu'est-ce que ces expérimentations nous révèlent des transformations des administrations sanitaires ?

Ensuite, ces expérimentations accentuent la diversification des modes de rémunération des professionnels de soins primaires, débutée dans les années 2000. Dans le secteur salarial, la diversification des modes de rémunération tend à une flexibilisation et une individualisation des salaires, avec le développement du paiement à la performance (Bernard, 2020a). Dans le cas des professionnels de soins primaires, les évolutions récentes amènent au contraire à des collectivisations, souvent incitatives, des rémunérations, qu'accroissent les expérimentations. En particulier, l'expérimentation Peps constitue un pas supplémentaire dans la remise en question du paiement à l'acte, en le remplaçant par un forfait collectif. Ces expérimentations témoignent également du renforcement d'un certain mode de conduite de l'action publique. En effet, les acteurs administratifs mobilisent un style de raisonnement, des savoirs et des méthodes économiques pour réformer les soins primaires. Ils considèrent la modification des modes de financement et de rémunération comme un levier de changement organisationnel et d'orientation de pratiques professionnelles (Berman, 2022 ; Bernard et al., 2019 ; Dubuisson-Quellier, 2016). Dans quelle mesure ces expérimentations affectent-elles les organisations de soins primaires et les pratiques des professionnels ? En quoi éclairent-elles la mobilisation de savoirs et de méthodes économiques dans l'action publique ?

Enfin, ces expérimentations s'inscrivent dans le développement de l'exercice pluriprofessionnel, susceptible de remettre en question les divisions du travail et les frontières

entre les groupes professionnels (Fournier, 2015 ; Moyal, 2021 ; Schweyer, 2014). Le segment professionnel des médecins généralistes est mis sous tension dans un contexte où la demande de soin excède largement l'offre. Au travers des expérimentations, les acteurs administratifs incitent les médecins généralistes à se réorganiser localement et à rediviser le travail entre secteurs et professionnels. Concrètement, quels sont les effets des expérimentations sur les dynamiques professionnelles ? Participent-elles à reconfigurer la répartition du travail de soins et les hiérarchies professionnelles ?

Cette thèse a pour ambition de démontrer l'existence d'une alliance entre acteurs administratifs et médecins généralistes libéraux, et d'en étudier le renforcement au travers des expérimentations Ipep et Peps, interrogeant à la fois les transformations de la conduite de l'action publique et les évolutions des dynamiques professionnelles en soins primaires.

Afin d'introduire cette enquête, je commencerai par étudier la place qu'ont pu prendre les savoirs, méthodes et style de raisonnement économique dans les réformes du système de santé français depuis les années 1950 (1). Je positionnerai ensuite mon enquête dans les réformes antérieures des soins primaires, soulignant mon inscription dans le cadre théorique de la sociologie de l'action publique (2). Puis, j'exposerai les différents axes de questionnement que j'entends traiter au cours de cette recherche (3). Enfin je présenterai ma méthodologie qualitative (4), avant d'annoncer l'argument de la thèse et son plan (5).

1. Les instruments économiques au cœur des réformes du système de santé

À partir des années 1970, le secteur de la santé devient un domaine d'action publique privilégié pour l'application d'un style de raisonnement, de savoirs et de méthodes économiques, dans un contexte d'augmentation importante des dépenses de santé (Benamouzig, 2005). Les pouvoirs publics se concentrent alors sur la régulation de la Sécurité sociale et du secteur hospitalier (1), alors que le secteur des soins primaires reste difficile à appréhender en raison de l'opposition des médecins libéraux aux réformes (2).

1.1. Le coût de la santé

À partir de l'après-guerre, le gouvernement français entreprend un mouvement de « modernisation » avec l'introduction progressive d'outils économiques, tels que la planification ou la comptabilité nationale, qui s'appliquent également aux administrations de la santé (Benamouzig, 2005). En France, cette administration est caractérisée par une gouvernance

bicéphale, partagée entre l'État et l'Assurance maladie. Cette dernière, d'inspiration bismarckienne, est à l'époque dirigée par des acteurs non étatiques, un conseil d'administration composé de partenaires sociaux. Elle est chargée des négociations avec les professionnels de santé (Hassenteufel, 2009). Une division du travail entre État et Assurance maladie s'opère d'abord par secteur, l'État gérant les hôpitaux tandis que l'Assurance maladie négocie avec les professionnels de ville.

Dans les années 1970, la hausse importante des dépenses de santé, liées au vieillissement de la population et à l'accroissement des maladies chroniques, est progressivement construite comme un problème public. L'État va chercher à augmenter son contrôle sur les dépenses de la sécurité sociale, de manière à réguler « le trou de la sécu » (Benamouzig, 2005). Cette préoccupation n'est pas spécifique à la France, et s'observe dans l'ensemble des pays à la démographie vieillissante. La problématique des dépenses de santé est également soulevée par des organisations internationales telles que l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), qui produit des comparaisons sur cette question (Brissaud, 2022).

En France, le ministère des Finances cherche à reprendre le contrôle des comptes de la santé à partir des années 1980. Cependant, une nouvelle élite administrative, dite « l'élite du *Welfare* », va se constituer au sein du ministère de la Santé autour du double objectif d'étendre le système universaliste de protection sociale et de maîtriser les dépenses (Darviche et al., 2023 ; Genieys et Darviche, 2023 ; Genieys et Hassenteufel, 2012). Cette élite du *Welfare*, principalement issue de la Direction de la sécurité sociale (DSS) au sein du ministère de la Santé, va réaffirmer sa capacité à gérer les comptes de la santé face au ministère des Finances. En 1988, la loi Evin affirme cette volonté de maîtrise des dépenses, mais c'est surtout le plan Juppé, en 1996, qui va en constituer la clé de voûte (Hassenteufel, 2009). Ces réformes sont ainsi portées successivement par des gouvernements situés politiquement à gauche puis à droite. Le plan Juppé introduit des Projets de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS), instruments annuels de régulation de la dépense. Inspirés par le modèle des lois de finances, ils sont sous la responsabilité parlementaire et fixent l'Objectif annuel des dépenses de l'Assurance maladie (Ondam). La recherche d'une rationalisation des dépenses s'accompagne d'une « technocratisation » de l'Assurance maladie et d'une perte de pouvoir des partenaires sociaux (Hassenteufel et Palier, 2005 ; Palier, 2005).

De plus, à partir des années 1990, plusieurs mesures visent à rationaliser le système hospitalier, avec le renforcement d'une administration hospitalière (Bertillot, 2014 ; Gay, 2018), une rationalisation des budgets hospitaliers (Juven, 2016 ; Tartour, 2021), et le développement

d'une approche comptable et gestionnaire de l'organisation hospitalière (Belorgey, 2010 ; Bertillot, 2014 ; Moisdon, 2007).

De nombreux sociologues dénoncent les effets contraignants de cette rationalisation sur l'organisation des soins, évoquant un hôpital « sous pression » (Belorgey, 2010), transformé en « usine à soin » (Pierru, 2013) ou dont les réformes seraient « la casse du siècle » (Juven et al., 2019). En parallèle, les réformes des soins primaires ont rarement été analysées sous l'angle de la maîtrise budgétaire.

1.2. Les soins primaires, une difficile régulation

Après la Seconde Guerre mondiale, l'Assurance Maladie cherche à encadrer nationalement le prix des consultations médicales, mais se heurte à la forte opposition des syndicats de médecins libéraux, qui font échouer un premier projet de loi en 1956-57. À partir des années 60, les médecins peuvent conventionner individuellement avec les caisses primaires au niveau départemental autour d'honoraires encadrés, en échange d'avantages fiscaux et sociaux. Ce n'est qu'en 1971 que la première convention médicale nationale est signée, fixant des tarifs encadrés et sans dépassement d'honoraires. Cet encadrement strict est de courte durée, puisque la convention nationale de 1980, suite à des mobilisations de syndicats de médecins libéraux, crée un double secteur de conventionnement[6] qui permet aux médecins de pratiquer des dépassements d'honoraires (Arliaud et Robelet, 2000 ; Bloy, 2010 ; Hassenteufel, 1997). En parallèle, le *numerus clausus* est mis en place en 1971 avec le soutien d'une profession médicale désireuse de restreindre la concurrence. Pour l'Assurance maladie, il constitue un instrument de maîtrise des dépenses grâce à la régulation de l'offre de soins (Benamouzig, 2005). Jusque dans les années 2000, la régulation des médecins libéraux se fait donc principalement par une régulation du marché (par les prix, par la quantité d'offre de soins) que les pouvoirs publics peinent à imposer aux médecins libéraux.

À partir des années 2000, l'Assurance maladie et le ministère de la Santé développent plusieurs instruments dans le secteur des soins primaires qui s'appuient principalement sur des incitations financières, reposant alors sur le volontariat des médecins (Hassenteufel, Naiditch, et al., 2020). L'enjeu de régulation des dépenses de soins primaires devient moins central, alors que le problème public des « déserts médicaux » gagne en importance (Hassenteufel, Schweyer, et al., 2020 ; Moyal, 2021). En lien avec le *numerus clausus*, le vieillissement de la profession

[6] Les médecins peuvent s'engager à respecter strictement le tarif de ces conventions, pris en charge par l'Assurance maladie (secteur 1), ou bien s'affranchir de cette grille tarifaire en pratiquant des dépassements d'honoraires (secteur 2).

médicale et l'augmentation de la demande de soins, des zones géographiques considérées comme médicalement sous-dotées apparaissent (Chevillard, 2014). Les médecins généralistes sont largement libéraux et refusent une régulation ferme de leur installation, entraînant une inégale répartition de la profession sur le territoire. Un répertoire d'instruments va être mis en place : en 2004 des primes à l'installation dans des zones sous-dotées sont lancées ; à partir de 2009 les étudiants ont la possibilité de conclure des contrats d'engagement de service public avec une Agence régionale de santé (ARS) pour financer leurs études (Hassenteufel, Schweyer, et al., 2020). Un autre ensemble d'instruments se concentre sur les pratiques des médecins généralistes en cherchant à améliorer la coordination et la qualité des soins. Dans les années 2000, les réseaux de santé, issus d'initiatives locales et expérimentés lors du plan Juppé en 1996, sont durablement inscrits dans la loi (Robelet et al., 2005 ; Schweyer, 2005, 2010). Ils visent à inciter à une coordination territoriale et intersectorielle autour des soins, en reconnaissant un rôle central aux médecins généralistes comme coordonnateurs (Robelet et al., 2005). Ces réseaux se centrent cependant sur certaines pathologies. Émanant principalement de soignants hospitaliers, ils resteront peu investis par les professionnels de soins primaires. À partir de 2004, les médecins généralistes peuvent bénéficier d'une rémunération forfaitaire pour les patients qui les déclarent « médecin traitant », afin de rétribuer un nouveau rôle de coordinateur des parcours de soins (Bloy et Schweyer, 2010 ; Brunn, 2020). À partir de 2009, les médecins généralistes peuvent également contractualiser individuellement avec les CPAM autour d'indicateurs de qualité des soins dont l'atteinte est sanctionnée par des Rémunérations sur objectifs de santé publique (ROSP) (Bloy et Rigal, 2012 ; Brunn, 2020).

En 2015, les MSP entrent dans le droit commun après une première phase expérimentale (2007-2015). Conçues par l'Assurance maladie et la DSS au sein du ministère de la Santé, elles doivent inciter les médecins généralistes à s'installer dans les zones rurales. Les MSP sont des organisations qui réunissent des professionnels de soins primaires libéraux, rompant avec le modèle d'exercice jusqu'alors majoritairement monoprofessionnel et individuel de la médecine générale. Ces organisations permettent aux professionnels de bénéficier de financements en contractualisant avec une CPAM et une ARS. Ce contrat impose aux professionnels de rédiger un projet de santé commun, d'assurer une certaine offre de soins et d'augmenter le travail pluriprofessionnel (Moyal, 2021).

Les expérimentations Ipep et Peps marquent un pas supplémentaire dans ces réformes de soins primaires, avec le point commun de mobiliser des instruments d'action publique visant à transformer les pratiques professionnelles au travers d'incitations économiques. Ces

expérimentations introduisent en effet des méthodes économétriques dans le calcul des financements attribués aux professionnels de santé, et s'appuient plus directement sur des travaux issus de la discipline économique.

2. Un ancrage théorique en sociologie de l'action publique

Afin d'analyser les expérimentations Ipep et Peps, je fais deux propositions théoriques ancrées dans la sociologie de l'action publique : tout d'abord, j'insiste sur l'importance de les resituer dans une trajectoire de réformes plus large (Bezes et Palier, 2018) (1) ; ensuite, je mobilise la littérature sur les instruments d'action publique afin de prendre en compte la matérialité de ces réformes tout en mettant en lumière le rôle central d'entrepreneurs de politiques dans leur mise en œuvre (Lascoumes et Le Galès, 2005 ; Voß et Simons, 2014).

2.1. L'exercice pluriprofessionnel comme réforme des soins primaires

Passées d'une vingtaine en 2008 à plus de 2000 en 2022, les MSP initient une révolution générationnelle de la pratique de la médecine générale : 17 % des médecins travaillent en MSP avec contractualisation, mais au total 40 % exercent en groupe pluriprofessionnel. Ces groupes professionnels peuvent être de simples regroupements de cabinets médicaux et paramédicaux, des équipes de soins primaires[7] qui forment des réseaux locaux de professionnels autour d'un projet de santé, des MSP non contractualisées ou en cours de contractualisation (Fournier, 2019), ou encore des centres de santé où les professionnels sont salariés. De plus, l'appellation MSP recoupe des pratiques hétérogènes, allant de professionnels qui collectivisent des charges sans travailler ensemble, à des équipes plus intégrées, organisant des réunions autour de cas de patients de manière hebdomadaire (Fournier, 2015 ; Moyal, 2021). En 2016 est reconnu juridiquement un autre type d'organisation : les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). Ces associations visent à mieux organiser les soins sur un territoire donné, pouvant intégrer dans leur statut des professionnels de soins primaires, mais également des établissements du secteur hospitalier ou médico-social. Les CPTS sont majoritairement portées par des collectifs de professionnels exerçant en MSP (Bergeat et Cassou, 2023). La multiplication de ces formes d'exercice regroupé rend l'exercice solitaire minoritaire chez les

[7] Les équipes de soins primaires ont été reconnues légalement par l'article L1411-11-1 du Code de la Santé publique en 2019, à la demande de certains professionnels de santé qui promeuvent des formes perçues comme « plus légères » de coordination par rapport aux MSP. La définition légale des équipes de soins primaires est floue, puisqu'elle peut désigner aussi bien des équipes avec un projet de santé sans structuration juridique, qu'englober les maisons ou centres de santé salariés.

jeunes médecins généralistes : seuls 5 % des médecins généralistes de moins de 40 ans exercent en cabinet solitaire, contre 46 % pour les 60 ans ou plus (Bergeat et Cassou, 2023). Comment expliquer que l'exercice coordonné soit passé d'un mode d'exercice marginal à un modèle en voie d'être dominant en l'espace d'une vingtaine d'années ?

Avant les années 2000, plusieurs modes d'exercice regroupé marginaux cohabitaient, issus d'initiatives locales. Apparus au 19e siècle, les centres de santé sont des organisations portées par des municipalités, des mutuelles ou des associations qui permettent de salarier des professionnels de santé. Ils ont souvent pour vocation la prise en charge de populations précaires et se développent principalement dans les centres urbains paupérisés (Carini-Belloni, 2022a ; Legrand et Pitti, 2024 ; Steffen, 1983). Dans les années 1980, le Syndicat de la médecine générale (SMG), créé en 1975 avec une volonté de rejet de la médecine libérale, propose la mise en place d'unités sanitaires de base : les médecins, rémunérés à la fonction, y travailleraient de manière pluriprofessionnelle pour prendre en charge la population d'une zone géographique donnée (Hassenteufel, 1997). Dans un contexte de mobilisation des médecins « ultralibéraux », le ministère de la Santé refuse cependant d'expérimenter ces unités sanitaires de base (Hassenteufel, 1997). Dans les années 1990, des initiatives locales se développent sous l'appellation de « réseaux de soins » autour de la prise en charge de patients atteints du Sida, de toxicomanes et de diabétiques (Robelet et al., 2005). À la même période, certains économistes de la santé promeuvent un modèle de réseaux inspiré des États-Unis, et notamment des *Health Maintenance Organizations* (HMO). Aux États-Unis, où les assurances publiques sont peu développées à l'époque, les HMO sont des structures mutualistes qui permettent d'organiser les soins en s'appuyant sur une régulation de marché (Anthony et Banaszak-Holl, 2003). Les HMO proposent aux individus de souscrire un abonnement forfaitaire, en échange duquel ils peuvent avoir accès à un ensemble de services de santé. En France, ce modèle suscite l'intérêt de certains économistes, au sein de *think-tanks* orientés politiquement vers le libéralisme (Benamouzig, 2005). Ils vont attirer l'attention du Commissariat général du Plan, qui y voit un moyen de maîtriser les dépenses de santé (Benamouzig, 2005 ; Robelet et al., 2005). Dans cette version du réseau qui ne sera jamais mise en œuvre, des régies régionales de santé contractualiseraient avec des professionnels de santés isolés ou regroupés en réseau. Les réseaux de soins promus par les professionnels de santé seront en revanche reconnus légalement par la loi du 4 mars 2002, sans vraiment parvenir à se déployer dans le secteur des soins primaires (Robelet et al., 2005).

La séquence des MSP va relancer et amplifier ce projet d'exercice coordonné et pluriprofessionnel à partir de 2007. En 2007, la DSS et la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) au sein du ministère de la Santé, en lien avec l'Assurance maladie, proposent une Expérimentation des nouveaux modes de rémunérations (ENMR). Cette expérimentation permettrait à des professionnels exerçant de manière regroupée de recevoir des financements collectifs. Ceux-ci pourraient rémunérer des temps du travail non pris en charge dans le paiement à l'acte, comme la coordination entre professionnels ou la prévention. Cette expérimentation s'inspire d'initiatives locales, qui vivotent depuis les années 1980 sous forme de cabinets pluriprofessionnels ou d'association, sans reconnaissance légale particulière. Inscrites dans le droit commun en 2015, le succès des MSP est souvent attribué à l'action de professionnels promoteurs de l'exercice coordonné, organisés en acteur collectif au sein de la Fédération nationale des maisons de santé[8]. Définissant la fédération comme un entrepreneur collectif de politiques publiques (Vezinat, 2019a), un groupe d'intérêt (Vezinat, 2019c), ou une communauté d'intérêts (Vezinat, 2020), les travaux de Nadège Vézinat mettent en lumière le double rôle de *lobbying* de la fédération auprès des pouvoirs publics, et de relai de l'instrument d'action publique auprès des professionnels de santé, permettant de diffuser et de légitimer ce modèle à un large ensemble de professionnels de santé. Sans nier ce rôle central de la fédération dans l'ampleur des réformes des soins primaires, je propose d'apporter au cours de ma thèse trois nuances à cette analyse.

Tout d'abord, je souligne l'importance d'inscrire le développement des MSP dans un temps long de réformes des soins primaires, à rebours d'une lecture évènementielle de cette transformation. Philippe Bezes et Bruno Palier développent le concept de trajectoire de réformes (2018), en s'appuyant sur la méthode du *process tracing.* Le *process tracing* est une méthode d'enquête et d'analyse en science politique qui consiste à analyser les processus pour comprendre les différents mécanismes causaux amenant à un résultat donné (Falleti, 2016 ; Palier et Trampusch, 2018). Philippe Bezes et Bruno Palier analysent les réformes sur le temps long, comme une succession de séquences ayant des conséquences les unes sur les autres et dont l'ordre fait partie de l'explication causale (2018). Jérôme Aust et Henri Bergeron soulignent également l'importance de resituer les changements dans des « chaînes d'interdépendances », permettant d'en saisir les conditions sociales (2022). Dans cette perspective, les transformations ne s'expliquent pas par une séquence isolée, qui met l'accent

[8] Successivement appelée Fédération des maisons et pôles de santé (FFMPS) à partir de sa création en 2006, elle a été renommée par ses membres AVECSanté en 2019 pour élargir sa représentation à d'autres formes d'exercice coordonné (Vezinat, 2021).

sur les changements les plus visibles, mais par l'effet cumulatif des séquences. Cette approche processuelle a également des implications épistémologiques, où les causalités ne sont pas linéaires et où la prise en compte du contexte participe pleinement à l'interprétation (Bergeron et Hassenteufel, 2018 ; Delahais et al., 2021). Je propose de lire les expérimentations Ipep et Peps comme une nouvelle séquence de la trajectoire de réformes des soins primaires ayant débuté dans les années 1990 avec les réseaux, en analysant dans quelle mesure elles participent à poursuivre, renforcer ou infléchir ces réformes.

Ensuite, comme souligné plus tôt dans cette introduction, cette enquête éclaire la dimension économique de cette trajectoire de réformes. En effet, le développement de l'exercice coordonné repose sur le recours à de nouvelles modalités de financement et de rémunération des professionnels de santé. Dans le cas du salariat, Sophie Bernard a démontré l'intérêt d'analyser les modes de rémunération, qui révèlent autant qu'ils participent aux transformations du travail (2020a). Hormis la thèse de Lucas Joubert qui traite des médecins généralistes salariés en centres de santé (2023b), les modes de rémunérations et leurs évolutions ont été peu analysés dans le secteur des soins primaires d'un point de vue sociologique. En m'inscrivant dans cette perspective, je conçois les évolutions de modes de rémunération des professionnels de santé comme participant à transformer leur travail, leur statut et les relations entre groupes professionnels.

Enfin, cette thèse apporte une nouvelle perspective sur les réformes des soins primaires en s'intéressant au rôle des acteurs administratifs dans celle-ci. En effet, depuis les travaux sur les réseaux (Robelet et al., 2005), les enquêtes sur les MSP ont favorisé une approche par les professionnels de santé, s'intéressant à la fédération des MSP (Vezinat, 2019a) ou à leur organisation locale (Fournier, 2015 ; Moyal, 2021 ; Schweyer, 2014). Dans sa thèse, Anne Moyal montre comment l'État, l'Assurance maladie, les collectivités territoriales et les professionnels libéraux s'alignent autour de la solution des MSP (2021). Elle n'éclaire cependant pas spécifiquement le rôle des acteurs du ministère et de l'Assurance maladie dans la conception et la mise en œuvre de l'instrument.

2.2. De l'analyse des instruments à l'analyse de ceux qui les promeuvent

En resituant les expérimentations Ipep et Peps dans une trajectoire de réformes, il est cependant essentiel d'appréhender leur matérialité, en analysant les modèles économiques qu'elles portent. Je propose de saisir cette matérialité au travers de la notion d'instrument.

La notion d'instrument est développée dans les années 1950 aux États-Unis (Dahl et Lindblom, 1953). Depuis les années 2000, cette notion a été renouvelée par un ensemble de travaux néo-institutionnalistes (Aust et al., 2019 ; Halpern et al., 2014 ; Hood, 1983 ; Lascoumes et Le Gales, 2005), qui la définisse comme « un dispositif normatif, à la fois technique et social, ayant une vocation générique (applicable à un ensemble de situations) et porteur d'une conception concrète du rapport gouvernant/gouverné fondé sur une conception spécifique de la régulation » (Lascoumes et Simard, 2011, p. 18). Dans la perspective néo-institutionnaliste, les instruments ne sont pas figés, mais font l'objet d'une construction sociale permanente et d'appropriations par les acteurs qui y projettent des symboliques différentes. Ces auteurs s'opposent alors à une lecture fonctionnaliste, en mettant l'accent sur les appropriations locales que connaissent les instruments dans leur mise en œuvre. Ces dernières ne doivent pas être interprétées comme des « échecs », mais comme des processus inévitables qu'il est indispensable d'intégrer à l'analyse pour saisir l'instrument dans sa globalité.

Les modèles économiques Ipep et Peps peuvent être définis comme des instruments. En effet, les modèles sont porteurs d'une certaine conception du gouvernement, quantifiée et reposant sur des incitations économiques. Les professionnels de santé y sont conçus comme des agents rationnels, qui chercheraient à maximiser leurs gains. Les modèles économiques organisent les rapports entre les acteurs des administrations nationales et ces professionnels de santé, tout en faisant l'objet d'appropriations locales, comme nous le verrons par la suite.

Si cette approche semble particulièrement opérante pour analyser la mise en œuvre des instruments, cette thèse présente l'intérêt de se pencher sur les différentes étapes de l'action publique, allant de la conception à la mise en œuvre, en passant par la mise sur agenda et par la fabrique concrète des instruments. Cette dernière, qui pourrait être qualifiée de « phase de formation d'un plan d'action officiel » (Blumer, 1971), apparait moins étudiée dans la littérature sur la sociologie de l'action publique, comme le soulignent Jan-Peter Voß et Arno Simons : *« newer perspectives on instruments as institutions with a developmental trajectory of their own have focused on how instruments are put to work in particular contexts of application, but neglected the processes by which instruments are made across application contexts »*[9] (2014, p. 736). Jan-Peter Voß et Arno Simons proposent alors la notion de communauté d'instruments

[9] « Les nouvelles perspectives sur les instruments comme institutions ayant leur propre trajectoire de développement se sont concentrées sur la manière dont les instruments sont mis au travail dans des contextes particuliers d'application, mais ont négligé les processus par lesquels les instruments sont élaborés dans différents contextes d'application », traduction proposée par Noémie Morize.

(*« instrument constituencies »*[10]) pour analyser les dynamiques d'acteurs au cours de la conception, de la mise sur agenda et de l'élaboration d'instruments de transition écologique (2014, 2018). Les communautés d'instruments sont un réseau d'acteurs académiques, administratifs, consultants ou encore des experts travaillant dans des *think-tanks*, etc. Ces acteurs aux profils et aux intérêts hétérogènes ne constituent pas un acteur collectif à la stratégie unifiée (Voß et Simons, 2014, 2018). Ils se rassemblent autour de la promotion et de la mise en œuvre d'instruments : les acteurs s'enrôlent dans une communauté lorsque les instruments proposent des redivisions du travail entre les organisations ou les acteurs qui leur bénéficient, voire ouvrent de nouveaux marchés qui leur sont favorables (Voß et Simons, 2014, 2018).

La notion de communauté d'instruments permet également de faire le lien entre la littérature sur les instruments et celle sur les entrepreneurs de politiques et le changement institutionnel. Ishani Mukherjee et Michael Howlett soulignent que les communautés d'instruments sont constituées d'acteurs promoteurs de solutions (2015). Cette analyse permet de donner une place centrale aux acteurs dans les processus de mise sur agenda, là où l'on peine parfois à identifier ce qui meut les « flux » de solutions (Mukherjee et Howlett, 2015).

Cette notion de communauté d'instruments rend compte que les acteurs que j'étudie ne sont pas reliés par leur formation, par leur appartenance à une même institution ou par une stratégie commune, mais par leur participation conjointe à la conception et à la diffusion d'instruments. En effet, dans le cas des expérimentations Ipep et Peps, les modèles économiques sont promus à la fois par des économistes travaillant au sein des administrations nationales, mais aussi par des économistes académiques et par des professionnels de santé libéraux. La notion de communauté d'instruments permet d'éclairer les relations qui se nouent entre ces acteurs. Elle contribue également à expliquer une forme de continuité entre les séquences de réformes des soins primaires, alors que les acteurs administratifs sont touchés par un fort *turnover* lié à la faible structuration administrative du secteur. Enfin, la notion de communauté d'instruments concourt à analyser de manière conjointe la place des acteurs administratifs et celle des professionnels de santé dans la production de l'action publique. Mon travail apporte cependant quelques nuances par rapport à la proposition théorique de Jan-Peter Voß et Arno Simons.

Effectivement, ces auteurs conçoivent les instruments comme ayant une forme d'autonomie par rapport à d'autres dimensions de l'action publique : « *we claim that instruments do not simply*

[10] Le terme de « constituency » renvoie à « ceux qui constituent » : il n'a pas de traduction littérale en français, d'où la proposition de le remplacer par le terme de « communauté ».

exist as passive, static, bounded, and transportable tools, but that they have a life of their own »[11] (Voß et Simons, 2014, p. 736). Cette « vie sociale » prend source dans les pratiques hétérogènes que les différents acteurs réalisent pour élaborer les instruments, et qui contribuent à le façonner : élaborer des savoirs théoriques, produire des données, développer du marketing, le mettre sur agenda… Cependant, il me semble difficile de saisir en quoi ces différentes tâches octroient une « vie propre » aux instruments. Au cours de cette thèse, je montrerai que les instruments n'ont pas de vie en soi, car tout en structurant l'action collective, ils sont également structurés par des jeux d'acteurs au sein de la communauté d'instruments, mais aussi avec des acteurs extérieurs à cette communauté. Ces relations de pouvoirs peuvent entraîner des changements substantiels dans l'élaboration des instruments.

3. Ce que le cas des expérimentations éclaire

Partant de ces propositions théoriques, quatre axes de questionnement empiriques traversent cette thèse. Tout d'abord, mon enquête éclaire des évolutions dans le rôle et les relations des administrations sanitaires dans la régulation des soins primaires (1). Ensuite, elle met en lumière la place croissante de l'économie dans les réformes de soins primaires, et plus largement dans la conduite de l'action publique (2). Enfin, elle interroge l'autonomie des groupes professionnels (3) et les relations entre groupes professionnels (4).

3.1. Les évolutions de la place des administrations sanitaires dans la régulation des soins primaires

Tout d'abord, l'analyse de la communauté d'instruments permet de renouveler les interrogations sur la conduite de l'action publique en général, et plus particulièrement dans le secteur sanitaire.

Le cas des expérimentations éclaire d'abord les transformations de la conduite de l'action publique en santé. Depuis les réformes de 2004 de l'Assurance maladie ayant conduit à un affaiblissement des partenaires sociaux, les différents travaux sur la gouvernance du système français montrent une « étatisation » de l'Assurance maladie (Palier, 2005 ; Pierru, 2011, 2012) ou du moins une « technocratisation » de celle-ci (Hassenteufel et Palier, 2005). En effet, le rôle des acteurs administratifs (direction de la DSS, direction de la Cnam, Cour des comptes) se voit renforcé par ces réformes davantage que celui de l'État dans son ensemble, la place des acteurs politiques et du Parlement y demeurant faible (Hassenteufel et Palier, 2005). Les travaux

[11] « Nous affirmons que les instruments n'existent pas seulement comme des outils passifs, statiques, limités et transportables, mais qu'ils ont une vie sociale propre », traduction proposée par Noémie Morize.

portant sur l'élite du *Welfare* montrent la constitution progressive d'une circulation verticale et horizontale des décideurs administratifs, qui font des carrières longues entre la DSS, la Cnam et les agences de santé (Darviche et al., 2023 ; Genieys et Darviche, 2023 ; Genieys et Hassenteufel, 2012 ; Hassenteufel et Genieys, 2021). Ces travaux soulignent un alignement de la conduite de l'action publique sanitaire par ses élites administratives autour de la double problématique de l'universalité de la couverture sociale et de la maîtrise des dépenses. Cependant, aucune enquête ne s'intéresse au travail concret des acteurs des administrations nationales, permettant de saisir les divisions du travail entre ces institutions. De plus, les réformes des soins primaires apparaissent portées par un groupe d'acteurs formés à l'économie, entre le ministère de la Santé et l'Assurance maladie, n'appartenant pas à l'élite du *Welfare*. Qu'est-ce que ces modèles économiques nous révèlent des transformations de l'action publique en santé ?

Par ailleurs, les modèles économiques organisent les rapports entre gouvernants et gouvernés, dans une optique de gouvernement à distance où les professionnels de santé modifient leurs pratiques pour répondre à des indicateurs quantitatifs. Cela s'inscrit dans un contexte de recours accrus à la quantification, définie comme la production et la communication de chiffres (Espeland et Stevens, 2008), lié au développement de la statistique publique et des infrastructures de recueil de données (Desrosières, 1993). La quantification est à la fois un outil de preuve et de gouvernement, permettant de rendre comparable, de classer ou encore d'évaluer les performances des individus et des organisations (Bezes et al., 2016 ; Espeland et Stevens, 2008). Elle est analysée comme un élément clé des transformations des gouvernements néo-libéraux, permettant le développement de nouvelles formes de contrôle « à distance » (Desrosières, 1993 ; Foucault, 2004 ; Hacking, 1992). Michel Foucault développe la notion de « gouvernementalité » pour désigner l'ensemble des éléments (institutions, procédures, calculs, etc.) permettant d'exercer un contrôle de la population, appuyé sur des « dispositifs de sécurité » qui distinguent les comportements normaux et anormaux (2004). Dans l'ensemble de ces travaux, la régulation des comportements individuels repose sur la diffusion de savoirs légitimes, mis en pratique par des dispositifs ou des instruments, et qui utilisent la liberté des individus comme un levier pour le contrôle. En effet, « la gouvernementalité revient précisément à contrôler les conduites des individus en organisant les conditions de leur liberté d'action » (Dubuisson-Quellier, 2016, p. 25). D'autres travaux soulignent que le recours à la quantification affecte également l'État lui-même, en entraînant une rationalisation de l'action publique : « *the space for individual discretion and "irrational politics" is diminished when*

"statistical rules" are implemented »[12] (Bartl et al., 2019, p. 21). Dans quelle mesure les expérimentations étudiées s'inscrivent-elles dans une forme de gouvernement à distance ?

3.2. La place de l'économie dans les réformes des soins primaires

De nombreux travaux soulignent la place croissante de l'économie dans l'action publique, s'intéressant au cas de l'Angleterre, des États-Unis ou de la France (Angeletti, 2021 ; Berman, 2022 ; Fourcade, 2009 ; Hall, 1989 ; Hirschman et Berman, 2014). Selon ces auteurs, le recours à l'économie transforme la manière dont sont conçues et menées les politiques publiques, en donnant une importance croissante aux enjeux économiques, ainsi qu'aux modalités d'action publique et à une certaine façon d'appréhender les problèmes publics. Cette transformation de l'action publique s'appuie sur trois dimensions entremêlées : le développement de la profession des économistes et de leur rôle dans l'action publique (Fourcade, 2009 ; Lebaron, 2022) ; le recours croissant à un style de raisonnement économique (Benamouzig, 2005 ; Berman, 2022 ; Hirschman et Berman, 2014) ; et enfin la mobilisation d'instruments d'action publique ou de dispositifs reposant sur des savoirs et des méthodes économiques (Hirschman et Berman, 2014 ; Muniesa et al., 2007 ; Okbani, 2014).

Premièrement, la place de l'économie dans la fabrique de l'action publique va de pair avec l'autorité acquise par la profession des économistes au cours du 20e siècle. Celle-ci s'accompagne d'une place croissante obtenue par les économistes dans les positions institutionnelles et les réseaux élitaires (Hirschman et Berman, 2014). Ainsi, la structuration de la discipline économique s'est faite en interaction avec les besoins de l'administration (Fourcade, 2009). En France, les hauts fonctionnaires sont formés aux enjeux économiques de manière appliquée, orientés vers les problématiques de l'État (Fourcade, 2009 ; Kolopp, 2014). Aux États-Unis, par contraste, les savoirs économiques viennent principalement d'économistes qui investissent des rôles d'expertises et des *think-tanks*, formant une « péri-administration » (Lepont, 2016), alors que ces compétences sont internes à l'administration en France. Les économistes investissent également les organisations transnationales telles que l'OCDE, qui produisent des normes et des guides de bonnes pratiques dans l'action publique (Brissaud, 2021a ; Gayon et Lecler, 2022).

Deuxièmement, la présence des économistes dans la fabrique des politiques publiques se traduit par un recours croissant aux savoirs économiques. Les travaux de Ian Hacking sur les

[12] « L'espace pour la discrétion individuelle et les "politiques irrationnelles" est diminué quand "les règles statistiques" sont mises en œuvre », traduction par l'autrice.

statistiques (1992) puis d'Elizabeth Popp Berman et Daniel Hirschman sur l'économie (Berman, 2022 ; Hirschman et Berman, 2014) éclairent le rôle de « *style of reasoning* » ou « style de raisonnement » dans la conception de l'action publique (Bessis et Eloire, 2023). Cette notion renvoie à la manière dont les acteurs raisonnent, c'est-à-dire conçoivent et cadrent les problèmes publics, sélectionnent des méthodes et font des liens de causalité. Elizabeth Popp Berman caractérise ainsi le style de raisonnement économique (2022) :

- Les acteurs mobilisent des concepts de base en économie (le marché, l'efficience, l'incitation) pour penser les problèmes publics et leurs solutions.
- Ils privilégient des méthodes économiques (notamment, des modèles), permettant la simplification et la quantification de l'action publique.
- Ils considèrent que les politiques publiques peuvent être pensées selon un raisonnement causal où les résultats de l'action publique sont liés à des causes identifiables et contrôlables.

En s'inscrivant dans ce style de raisonnement économique, ceux qui conçoivent les politiques publiques considèrent les individus et les organisations comme des acteurs rationnels, cherchant à maximiser leur profit. Ce style de raisonnement économique conduit à prioriser l'efficience économique dans les politiques publiques au nom de l'intérêt général et en affichant une neutralité politique, tout en supplantant d'autres valeurs (Berman, 2022).

Troisièmement, la diffusion de ce style de raisonnement est indissociable de sa mise en pratique au moyen d'instruments d'action publique (Lascoumes et Le Gales, 2005 ; Okbani, 2014) ou de dispositifs politiques (Hirschman et Berman, 2014 ; Muniesa et al., 2007). Ces instruments sont conçus pour optimiser l'allocation des dépenses, en s'appuyant sur des mécanismes de marché ou d'incitation. Alors que le gouvernement états-unien privilégie un libéralisme de marché pour réguler les prix, le gouvernement français se distingue par un encadrement des mécanismes de marché (Fourcade, 2009). Les travaux fondateurs de Michel Callon et de Fabian Muniesa montrent au travers de la notion de « performativité » que les résultats de la discipline économique participent à fabriquer les marchés financiers qu'ils affirment décrire (Callon, 2007 ; Muniesa et al., 2007 ; Muniesa et Callon, 2009). Par ailleurs, la littérature critique sur le *New Public Management,* ou nouveau management public, souligne l'import de savoirs économiques, mais également managériaux et gestionnaires dans la plupart des administrations publiques depuis les années 1980, participant à diffuser des mécanismes de marché, de mesures et d'évaluation de la performance dans le secteur public (Bezes et al., 2011).

Le développement d'instruments économiques s'inscrit en parallèle d'un recours accru aux expérimentations et à l'évaluation économique des politiques publiques, permettant d'appuyer les processus de décision sur des prévisions en amont des réformes ou sur des évaluations des instruments suite à leur mise en œuvre (Barbier, 2014 ; Bergeron et Hassenteufel, 2018 ; Jany-Catrice, 2019 ; Okbani, 2014). Les politiques de lutte contre la pauvreté sont particulièrement marquées par le développement de méthodes d'expérimentations randomisées contrôlées, issues de l'économie du développement (Abdelghafour, 2017 ; Jatteau, 2013). Les politiques sociales (Saguin et Howlett, 2019 ; Simha, 2015), les politiques de l'emploi et de l'activité (Béraud et Higelé, 2020 ; Gomel et al., 2017 ; Gomel et Serverin, 2009), de la santé (Beaussier et al., 2022 ; Benamouzig, 2005 ; Berland et Bourgueil, 2006) ou encore les politiques de l'environnement (Godard, 2014) voient se multiplier de tels instruments. Cela se traduit par une conception des destinataires de ces politiques comme des acteurs rationnels, qu'il s'agirait de motiver (notamment économiquement) afin d'orienter leur comportement.

Quelle place tient concrètement l'économie dans la conception et la mise en œuvre des expérimentations ? Dans quelle mesure le recours à l'économie participe-t-il d'un gouvernement à distance ?

3.3. La régulation des médecins, un enjeu récurrent d'autonomie professionnelle

L'analyse de la mise en œuvre des instruments d'action publique, en interrogeant les appropriations qu'en font leurs destinataires (les professionnels de soins primaires), permet de se pencher sur une question classique en sociologie des professions : la régulation menace-t-elle l'autonomie des groupes professionnels, et notamment des médecins ?

Pour certains auteurs, la régulation peut nuire à l'autonomie des médecins, pouvant aller jusqu'à un risque de « déprofessionnalisation » (Freidson, 1984). Dans le cas de l'hôpital, plusieurs travaux ont analysé les réformes managériales comme une atteinte extérieure à la profession des médecins, ceux-ci perdant de l'autonomie au profit des gestionnaires (Belorgey, 2010 ; Pierru, 2013). Avec la croissance du recours aux instruments d'action publique dans la régulation des médecins généralistes, Nicolas Da Silva alerte également sur une « prolétarisation du travail médical » (2018b) ou sur « une industrialisation de la médecine libérale » (2018a).

En France, les analyses des réformes des soins primaires favorisent pourtant l'hypothèse d'une forte autonomie des professionnels, tout en reconnaissant que celle-ci n'est pas non plus totale.

Nadège Vézinat montre la capacité de la Fédération des MSP à faire écran entre les pouvoirs publics et les professionnels de santé, protégeant ces derniers d'une intervention extérieure (2019c). Géraldine Bloy et Laurent Rigal soulignent que la mise en place de la ROSP ne modifie pas ou peu les pratiques des médecins généralistes (2012). Anne Moyal met en avant que dans la mise en œuvre locale des MSP, les professionnels de santé bricolent avec les règles fixées au national (Moyal, 2021), arrangements facilités par les tutelles régionales désireuses de développer le nombre de MSP (Moyal, 2019). Globalement les analyses convergent vers la capacité des médecins à adopter une adhésion superficielle aux instruments tout en neutralisant en pratique leurs effets, ce qui renvoie à la notion de « découplage » (Le Bianic, 2011), ou encore à leur capacité à s'approprier les instruments de contrôle extérieur pour privilégier une régulation par la profession elle-même, ce qui peut être lu au travers des notions de « découplage inverse » (Levay et Waks, 2009), ou de « cooptation » (Numerato et al., 2012).

La participation de professionnels de santé aux réformes du *New Public Management*, notamment dans le secteur hospitalier, a aussi pu être analysée comme une stratégie d'un segment professionnel dominé qui cherche une revalorisation (Belorgey, 2010 ; Pierru, 2013). De nombreux auteurs s'intéressent à des professionnels « hybrides », qui mixent des valeurs et outils issus du management à leur pratique médicale (Chreim et al., 2007 ; Hwang et Powell, 2009 ; Muzio et al., 2013 ; Noordegraaf, 2007). Dans notre cas également, certains professionnels s'impliquent directement dans la fabrique des instruments, participant à les concevoir puis à les diffuser.

Une dernière hypothèse gagnerait cependant à être explorée, dans la continuité de la littérature sur le gouvernement à distance : celle d'une régulation qui repose justement sur l'autonomie des acteurs (Dubuisson-Quellier, 2016 ; Foucault, 2004). Les instruments d'action publique incitatifs, fondés sur un style de raisonnement économique comme les modèles Ipep et Peps, cherchent à s'appuyer sur l'autonomie des professionnels pour orienter leurs pratiques (Lascoumes et Le Gales, 2007 ; Moyal, 2021). L'orientation de leurs pratiques reposerait notamment sur une « colonisation » de leurs propres modes de raisonnement (Power, 1999 ; Robelet et al., 2005), les amenant à intérioriser des contraintes extérieures (et notamment économiques) et à modifier leurs pratiques en conséquence. Alors que la « colonisation » des professionnels est majoritairement lue comme une forme d'aliénation, Charlotta Levay et Caroline Waks nuancent cette analyse au travers de la notion de « *soft autonomy* ». Elles étudient la mise en œuvre de mesures de transparence pour des professionnels de santé et montrent que malgré l'intériorisation de contraintes, les professionnels parviennent à négocier

les transformations de leurs pratiques, de manière à regagner de l'autonomie et du pouvoir dans leur exercice quotidien (2009). La colonisation par le style de raisonnement économique ne s'accompagnerait donc pas systématiquement d'une perte de prestige par la profession concernée.

Quels professionnels participent à promouvoir les modèles économiques Ipep et Peps ? La mise en place des modèles économiques entraîne-t-elle une réduction de leur autonomie professionnelle ?

3.4. Les hiérarchies professionnelles en question

Les promoteurs administratifs des expérimentations Ipep et Peps cherchent à rediviser le travail entre des secteurs (hospitalier et soins primaires pour Ipep) et des groupes professionnels (médecins généralistes et infirmières pour Peps), dans un contexte où la baisse de la démographie médicale amène des tensions dans la définition des tâches et des rôles des différents groupes professionnels. Andrew Abbott propose d'analyser les groupes professionnels comme des « écologies liées », en concurrence les uns avec les autres pour le contrôle d'un ensemble de tâches de travail (2003). Lorsqu'un groupe professionnel parvient à s'attribuer l'exclusivité d'un ensemble de tâches, celles-ci constituent sa « juridiction professionnelle » (Abbott, 1988). Or, que se passe-t-il quand un groupe professionnel (ici, les médecins) ne parvient plus à assurer sa juridiction professionnelle en raison d'un manque d'offre ?

Les relations entre groupes professionnels dans le secteur de la santé ont traditionnellement été analysées sous le prisme de la forte domination des médecins, qui se traduit à la fois par le monopole de certains savoirs, par leur autonomie professionnelle, et par leur rôle de prescripteur du travail des autres groupes professionnels (Freidson, 1984 ; Hughes, 1951). Cette domination médicale s'inscrit également dans des rapports sociaux de classe et de genre qui renforcent les hiérarchies professionnelles. (Avril et Ramos Vacca, 2020 ; Zolesio, 2012). Plusieurs éléments amènent cependant des auteurs contemporains à questionner la pérennité de ces hiérarchies professionnelles, dans un contexte où les coopérations pluriprofessionnelles s'accroissent (Denise et al., 2022), où les professions paramédicales évoluent (Côté et al., 2019b ; Divay et Jovic, 2022 ; Luan et Fournier, 2023 ; Weiss, 2021), et où la profession médicale se féminise (Lapeyre et Le Feuvre, 2005 ; Lapeyre et Robelet, 2010 ; Picot, 2005 ; Svensson, 1996).

Tout d'abord, le travail en santé est caractérisé depuis les années 2000 par une augmentation des « coopérations » entre secteurs et groupes professionnels. Le terme de « coopération », polysémique, renvoie à la fois à des injonctions émises par les pouvoirs publics et à une tendance croissante au travail en équipe (Denise et al., 2022). Certains auteurs proposent une lecture de ce phénomène au travers de la théorie d'Anselm Strauss de l'« ordre négocié » (Strauss et al., 1985), où les différents groupes professionnels négocient leur place dans la division du travail de soin, permettant une revalorisation des professions autrefois subalterne et un lissage des hiérarchies professionnelles (Allen, 1997 ; Liberati, 2017 ; Svensson, 1996). D'autres auteurs soulignent cependant que « la coopération s'inscrit dans des rapports de pouvoir » (Denise et al., 2022, p. 13). Dans le cas des réformes de soins primaires, ces deux approches se retrouvent. Certains travaux soulignent le « sentiment d'appartenance partagé, une forme de fierté et la conviction que l'équipe crée une communauté efficace » (Schweyer, 2014, p. 276) qui se développe dans les structures d'exercice regroupé, ou mettent en avant le « travail d'articulation » (Fournier, 2022, p. 126) nécessaire à leur mise en place. En effet, les professionnels promoteurs de l'exercice coordonné revendiquent une horizontalité entre groupes professionnels, à la fois au niveau national de la Fédération des MSP (Vezinat, 2019a), mais également à l'échelle locale des MSP (Moyal, 2021). Cette horizontalité reposerait sur le statut libéral qu'ils partagent (Vezinat, 2019b), et sur une vision organique de la santé où les professionnels sont perçus comme des éléments complémentaires et également importants dans la prise en charge des patients (Moyal, 2020). Certains travaux sur les MSP démontrent cependant que malgré cette volonté d'horizontalisation, en pratique les hiérarchies entre groupes professionnels sont pérennes, avec une place centrale attribuée aux médecins généralistes tant dans la division du travail que dans les instruments d'action publique eux-mêmes (Moyal, 2020 ; Vezinat, 2019b). Le partage des rémunérations en MSP, lesquelles ont peu été questionnées dans les travaux sociologiques antérieurs, pourrait révéler les reconfigurations entre les différents groupes professionnels autant qu'il y contribue (Bernard, 2020a ; Mottez, 1966).

Par ailleurs, les groupes professionnels de la pharmacie et du secteur paramédical évoluent en parallèle du développement de la coordination. Aux États-Unis, au Canada ou en Angleterre, ce mouvement s'observe depuis trente ans en réponse à la baisse de la démographie médicale. En Angleterre, plusieurs groupes professionnels paramédicaux peuvent prescrire des médicaments indépendamment des médecins depuis les années 2000 (Britten, 2001 ; Weiss, 2021). En France, les syndicats libéraux de médecine générale s'opposent vivement à de telles

évolutions. Malgré cette opposition, les juridictions professionnelles évoluent progressivement : la profession des pharmaciens conquiert de nouvelles tâches, d'abord en pouvant substituer le traitement générique au traitement prescrit depuis 1998 (Nouguez, 2017), puis en 2023 en acquérant le droit de prescrire certains médicaments pour des pathologies précises (angines, infections urinaires). La profession des sages-femmes bénéficie depuis 2016 d'un élargissement de ses juridictions, devant la baisse du nombre de médecins gynécologues. Par ailleurs, les infirmières en soins primaires connaissent une segmentation à la fois verticale et horizontale de leur groupe professionnel (Longchamp et al., 2018), avec l'apparition de nouvelles spécialités et diplômes. Depuis 2016, une association nommée Asalée propose l'embauche d'infirmières de soins primaires dédiées à des missions de santé publique, comme le développement de l'éducation thérapeutique, le suivi d'une patientèle atteinte de maladie chronique, ou encore la réalisation de certains actes techniques (Fournier et al., 2018)[13]. Depuis 2019, les infirmières peuvent également obtenir un diplôme en pratique avancée (équivalent de master 2) suite à une reprise d'étude, incluant dans leurs nouvelles compétences la réalisation de consultations de suivi d'une patientèle atteinte de maladie chronique, ou encore la coordination des patients (Divay et Jovic, 2022 ; Luan et Fournier, 2023). Cette segmentation de la profession infirmière s'observe depuis une trentaine d'années aux États-Unis, au Canada ou encore en Angleterre (Barton et al., 1999 ; Cooper et al., 2019 ; Côté et al., 2019a, 2019b). Dans quelle mesure ces évolutions professionnelles s'articulent-elles avec l'exercice coordonné ? Quels sont leurs effets sur les hiérarchies professionnelles et la division du travail ?

Enfin, la littérature française sur les soins primaires s'est peu intéressée aux questions de genre dans la division du travail. Pourtant, la profession médicale s'est fortement féminisée ces dernières décennies (Lapeyre et Le Feuvre, 2005 ; Lapeyre et Robelet, 2010), et ce mouvement concerne d'autant plus l'exercice regroupé qui attire particulièrement les générations jeunes et féminisées de médecins (Biais et al., 2022 ; Chaput et al., 2019). Or, les hiérarchies professionnelles en santé ont souvent été analysées au prisme d'une répartition genrée des groupes professionnels et du travail, renforçant ces mêmes hiérarchies par des inégalités de genre (Avril et Ramos Vacca, 2020). Comment la relative féminisation des médecins généralistes dans les MSP interagit-elle avec ces dynamiques pluriprofessionnelles ?

[13] Ces infirmières sont formées et embauchées nationalement par l'association Asalée, mais exercent localement dans des cabinets médicaux, des MSP ou des centres de santé.

4. Saisir l'action publique « en train de se faire »

Cette thèse repose sur une enquête qualitative menée entre septembre 2019 et décembre 2023 dans le contexte particulier d'une évaluation de ces mêmes expérimentations (1). Elle mobilise des matériaux au sein des administrations nationales (ministère de la Santé, Assurance maladie) et de MSP participant aux expérimentations, de manière à saisir au mieux l'action publique « en train de se faire » (2). Enfin, quelques planches de bande dessinée sont mobilisées pour mettre en scène le matériel recueilli : je reviendrai sur les enjeux liés à cette forme particulière d'écriture (3).

4.1. Pour une sociologie tournée vers l'action

En sociologie, la thèse est souvent présentée comme un exercice solitaire, et de fait, elle est rarement conduite au sein d'une équipe de recherche. Le caractère à la fois appliqué et collectif de ma thèse en est donc une spécificité.

En effet, j'ai réalisé cette thèse dans le cadre d'un contrat doctoral, financé par la Fondation nationale des Sciences politiques (FNSP) de fin 2020 à début 2024, tout en étant affiliée à l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (Irdes), où j'ai été salariée un an avant le début de mon contrat doctoral. L'Irdes est un groupement d'intérêt public majoritairement financé par la Cnam, qui a une double ambition de recherche et d'évaluation des politiques publiques. Dans cet institut, j'ai intégré une équipe composée d'économistes, de géographes et de sociologues[14] mandatée pour évaluer les expérimentations Ipep et Peps. Ma thèse s'inscrit donc dans un dialogue interdisciplinaire avec l'objectif de mener une recherche tout en évaluant une politique publique. Une telle position entraîne nécessairement certaines précautions dans la conduite de la recherche puis dans son analyse (Alam et al., 2012 ; Naudier et Simonet, 2011). J'affirme cependant qu'il est possible de combiner approches évaluative et de recherche (Delahais et al., 2021).

Cette position de chercheuse évaluatrice a d'abord été une opportunité dans la collecte de matériaux d'enquête. Les relations anciennes entre l'Irdes et la Cnam dans l'évaluation de politiques publiques en santé ont permis à l'équipe de sociologues de bénéficier d'un accès au terrain appréciable : nous étions systématiquement invités aux comités de pilotage des expérimentations et aux réunions avec les professionnels de santé. Nous étions également en

[14] L'équipe est composée d'une quinzaine de chercheurs et d'ingénieurs de recherche, certains salariés de l'Irdes et d'autres en postes à l'université et associés à l'Irdes. La composition détaillée de l'équipe est présentée sur la page web de l'Irdes : https://www.irdes.fr/recherche/enquetes/era2-evaluation-d-experimentations-article-51-de-remuneration-alternative-a-l-acte/actualites.html [consulté en février 2024].

copie de certains e-mails liés au pilotage des expérimentations et avions accès à la plateforme informatique de partage des documents de gestion du projet. L'accès à de tels matériaux est rare dans le cadre d'une recherche en sociologie, et ne se fait en général qu'en position de « chercheur embarqué » (Alam et al., 2012), où la recherche se double d'un engagement salarial par son terrain.

Dans mon cas, je ne suis pas « embarquée » à la Cnam, puisqu'indépendante d'eux dans l'obtention de mon salaire. Je le suis à l'Irdes, où j'ai acquis d'abord comme salariée puis par mon statut de « chercheuse associée » une position d'interne, tout en étant employée par la FNSP pour la réalisation de ma thèse. Or, l'Irdes est un des acteurs de cet écosystème réformateur. L'évaluation, notamment économique, réalisée par l'Irdes d'abord sur la phase expérimentale puis sur la contractualisation des MSP (Cassou et al., 2021 ; Chevillard et Mousquès, 2018 ; Mousquès, 2011 ; Mousquès et Daniel, 2015) a contribué à rendre légitime ce mode d'organisation. Il est fréquent qu'un processus d'évaluation suffise en lui-même, indépendamment des résultats, à influencer l'action publique, ou que les résultats de celles-ci soient utilisés de manière fortuite, lissant les nuances de l'évaluation pour en retirer le positif et servir des intérêts politiques (Delahais et al., 2021 ; Weiss, 2021). Les évaluateurs ne peuvent assumer seuls la responsabilité de ces usages, parfois perçus comme des mésusages de l'évaluation. Pour autant, il est vrai que l'Irdes se positionne au-delà du travail d'évaluation extérieur. L'institut entretient par exemple des relations partenariales avec les fédérations pluriprofessionnelles, qui participent à relire et à diffuser les questionnaires, conscientes de l'intérêt politique de la production de données quantitatives sur leurs organisations. Certains chercheurs, notamment en économie, sont également mobilisés ponctuellement par les membres du ministère de la Santé ou de la Cnam pour rendre une expertise en amont de la conception d'une politique publique, participant à influencer la conduite de l'action publique. J'ai eu à l'Irdes une position de participation observante (Maertens, 2016), cherchant à conserver des traces des différentes réunions autour de l'évaluation. Cependant, sans nier la place que l'Irdes occupe dans la communauté d'instruments, cet institut n'est pas l'objet central de la thèse. La rédaction de la thèse s'est faite avec une attention portée à la transparence sur la position de l'Irdes et ses effets dans l'enquête, sans mettre le rôle des évaluateurs et de l'usage des évaluations au cœur de mon travail.

Cette position d'enquêtrice et d'évaluatrice demande également un travail réflexif. La dimension évaluative de mon enquête s'inscrit dans des évolutions récentes du métier de chercheur, soumis à de croissantes commandes publiques et privées (Alam et al., 2012 ; Aust,

2016). Pourtant, la démarche évaluative reste peu intégrée dans les universités, du fait notamment de son caractère « trans » disciplinaire (Delahais et al., 2021). La démarche d'évaluation recouvre une diversité de pratiques, de praticiens et de méthodes, dont tous ne s'inscrivent pas dans le champ académique (Revillard, 2023). Pour autant, peut-on affirmer de manière universelle qu'« évaluer ne consiste pas à faire de la sociologie » (Divay, 2013, p. 134) ? L'évaluation est une pratique de sociologie appliquée, dont le caractère situé peut être questionné quant à sa capacité à produire des connaissances générales (Delahais et al., 2021). Dans mon cas, l'approche évaluative a contraint certaines dimensions de l'enquête, et notamment le terrain d'enquête et sa temporalité. Ces contraintes sont également des avantages, comme expliqué plus haut, permettant un accès à des terrains administratifs. Dans le protocole d'enquête établi par l'Irdes, la dimension de « recherche » de l'évaluation est affirmée. Les attentes de l'administration reposent dans la production de rapports intermédiaires, rédigés sous la forme de « Question d'économie de la santé »[15] rendus publics et ne comportant pas de recommandations, puis sous la forme d'un rapport final plus normatif, attendu au printemps 2024. La démarche sociologique amène aussi à se concentrer davantage sur les usages que sur les effets des instruments d'action publique, faisant un nécessaire pas de côté vis-à-vis de la commande. La recherche évaluative en sociologie et ses résultats peuvent être également perçus comme une voie alternative dans la production de connaissances sur l'action publique par rapport aux analyses coût efficacité, très attendues par la commande publique, et dont les effets traversent de manière centrale cette thèse (Delahais et al., 2021 ; House et Howe, 1999).

Cependant, cette thèse est écrite de manière indépendante et autonome des attendus des administrations. Les textes rédigés dans le cadre évaluatif sont davantage descriptifs, interrogeant la dimension de « coconstruction » entre pouvoirs publics et professionnels de santé des modèles économiques (Morize et al., 2021) et les « usages » des financements expérimentaux (Morize et Schlegel, 2023). La rédaction de ma thèse a permis de me détacher des questions inhérentes à l'évaluation, à savoir si ces expérimentations produisent les effets voulus et de quelle manière. Davantage qu'une causalité directe, analysant les liens entre deux variables, cette thèse mobilise une épistémologie de l'analyse des processus, interprétant les causalités comme non linéaires et prenant en compte le contexte (Bergeron et Hassenteufel, 2018 ; Bezes et al., 2018 ; Delahais et al., 2021 ; Maillet et Mayaux, 2018). L'évolution de mes

[15] Ces articles de synthèse sont publiés par l'Irdes, dans l'objectif de vulgariser et de disséminer les résultats des recherches scientifiques effectuées par les chercheurs de l'institut.

questionnements et la mobilisation d'un cadre théorique m'ont également permis de m'éloigner des attentes des commanditaires.

Un dernier volet de cette réflexivité passe par la réalisation de plusieurs restitutions des résultats de recherche aux acteurs de terrain. Des résultats intermédiaires ont été présentés de manière régulière aux différents acteurs dans plusieurs espaces. Dans le cadre de l'évaluation, des livrables intermédiaires ont été publiés en cours d'enquête, avant le rapport final qui sera rendu au printemps 2024. Ces résultats ont été rendus publics dans des Questions d'économie de la santé. Ces courts articles ont été présentés lors de réunions spécifiques avec les commanditaires, au ministère et à la Cnam. Par ailleurs, j'ai proposé une analyse intermédiaire et personnalisée aux membres de chacune des MSP enquêtées, lors de restitutions locales. Enfin, les travaux ont plus largement été exposés dans des séminaires grand public, notamment lors de « Mardi de l'Irdes »[16], mais également dans d'autres lieux entre administrations, expertise et évènements professionnels, comme le séminaire du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, ou des journées organisées par la fédération des MSP, permettant d'élargir les retours à un plus grand nombre d'acteurs. Ces restitutions s'inscrivent pour partie dans cette démarche évaluative, visant à faire circuler les savoirs produits vers le grand nombre d'acteurs possible. Je les ai également conçues comme un moyen de constituer un matériel précieux en observant les réactions des acteurs aux résultats, dans la tradition interventionnelle de la sociologie des organisations (Crozier et Friedberg, 1977). Cela participe à entretenir une réflexivité vis-à-vis du terrain enquêté. Par exemple, des réactions trop enthousiastes face aux résultats interrogent sur la conformité entre analyses sociologiques et rhétoriques professionnelles (Feroni, 2000). Des réactions plus critiques peuvent souligner des non-dits au sein des organisations (Alam et al., 2012), ou encore heurter les rhétoriques professionnelles. Les matériaux issus des restitutions sont ainsi mobilisés à plusieurs reprises au cours de la thèse.

4.2. Une enquête longitudinale, qui croise les échelles et les cas

Cette enquête mobilise une méthodologie qualitative, avec l'originalité de suivre deux instruments d'action publique (Ipep et Peps) de leur conception jusqu'à leur mise en œuvre, de manière longitudinale et à plusieurs échelles d'action. L'enquête mobilise des matériaux recueillis au niveau national du pilotage des instruments, au sein des administrations (1), et

[16] Pendant des « Questions d'économie de la santé », les Mardi de l'Irdes sont des séminaires organisés par l'Irdes de manière à présenter les recherches réalisées au sein de l'Institut à un public large, avec une vocation de vulgarisation scientifique et de diffusion démocratique des résultats.

d'autres portant sur l'échelle locale autour des appropriations des instruments dans trois MSP (2).

Ouvrir la « boîte noire » de l'administration

Cette enquête se base sur une étude comparative de deux instruments d'action publique, les modèles économiques Ipep et Peps. Ces deux instruments ont de nombreux points communs : le but de leurs promoteurs est de réguler les pratiques des médecins généralistes *via* l'augmentation de la coordination, ils sont basés sur des modèles économétriques, ils sont portés entre le ministère de la Santé (respectivement par la DGOS et la DSS) et la Cnam. Tous deux sont inscrits dans le cadre de l'Article 51 et possèdent un calendrier commun. Ils s'adressent aussi aux mêmes professionnels de santé et certaines organisations de santé participent à la fois à l'un et à l'autre. Les instruments ont cependant de nombreuses différences, dans leurs promoteurs comme dans le type de financements qu'ils proposent. Au fil de la thèse, j'alternai les moments d'analyse spécifique de chaque instrument, permettant de souligner ces différences, aux moments d'analyses plus globales, renvoyant aux transformations transversales produites par ces instruments.

L'enquête nationale repose sur une méthode qualitative, mêlant observations, entretiens semi-directifs et analyse de documents. En sociologie de l'action publique ou en sciences politiques, l'observation demeure une méthode moins couramment utilisée pour analyser les administrations (Brissaud, 2022 ; Maertens, 2016). Néanmoins, l'observation présente plusieurs avantages dans l'étude des administrations, permettant d'accéder à des dimensions moins faciles à aborder en entretien, comme les routines ou les habitudes de travail (Revillard, 2023). Cette méthode permet également de dépasser les présentations officielles des administrations, souvent présentées comme unifiées, pour dévoiler les fragmentations internes, la diversité des positionnements (Maertens, 2016). Ainsi, face à une analyse parfois très rationnelle de la conduite de l'action publique, l'observation révèle au contraire les complexités des processus à l'œuvre.

Concrètement, ces observations ont été menées entre septembre 2019 et décembre 2023 en qualité de membre de l'équipe d'évaluation de l'Irdes, avec un nombre d'observations plus important de 2019 à 2021[17]. Deux grands types de réunions m'ont été accessibles : les comités

[17] En effet, de 2021 à 2022, j'ai privilégié la réalisation des terrains monographiques au sein des MSP, minorant ma participation aux observations nationales et notamment aux comités de pilotage. J'y ai cependant maintenu un investissement plus ponctuel jusqu'au printemps 2023, date à laquelle j'ai commencé la rédaction de la thèse. À compter de cette date, j'ai encore assisté à quelques réunions collectives, mais j'ai cessé de suivre les comités de pilotage.

de pilotage et les réunions avec les professionnels de santé. D'un côté, les comités de pilotage de chaque expérimentation consistent en des réunions bimensuelles à mensuelles d'une durée de trente minutes à une heure trente. Elles réunissent une dizaine de personnes issues du ministère de la Santé, de la Cnam, de l'Agence nationale d'appui à la performance (Anap) et de cabinets de conseil : il s'agit des personnes qui sont au cœur du pilotage des expérimentations. Les réunions sont organisées à l'avance par un ordre du jour et résumées à la suite par un compte-rendu. Elles permettent de traiter du pilotage au fil de l'eau des expérimentations, abordant des questions diverses telles que la conception des modèles économiques, l'accompagnement des professionnels de santé ou encore l'organisation des réunions plus collectives avec les professionnels. Déjà tenus de manière ponctuelle au téléphone avant la pandémie de Covid-19 en raison de l'éloignement géographique de la Cnam (située en bordure du 20e arrondissement, dans le Nord-Est de Paris) vis-à-vis du ministère de la Santé (situé dans le 7e arrondissement, dans le Centre-Ouest de Paris), les comités de pilotage sont réalisés systématiquement en visioconférence à partir du confinement en mars 2020 et ne sont jamais revenus en présentiel. En plus de ces comités de pilotage, j'ai observé de manière plus ponctuelle des réunions avec d'autres types d'acteurs administratifs, lorsque l'opportunité se présentait.

De l'autre côté, les réunions avec les professionnels de santé sont plus ponctuelles et peuvent prendre plusieurs formes. Les réunions dites « plénières » rassemblent des professionnels de toutes les organisations participant aux expérimentations Ipep ou Peps, lors de demi-journées ou de journées durant trois à sept heures. Ces évènements réunissent 30 à 100 personnes. Les membres des administrations y présentent les avancées des modèles économiques et organisent des ateliers plus horizontaux. Organisés préférentiellement à Paris, ces évènements sont aussi des moments de création de réseau professionnel, où les professionnels de santé se retrouvent, interagissent entre eux et avec les membres des administrations durant les temps de pause. Des décideurs administratifs y assistent également de manière ponctuelle, pour en faire les introductions et les conclusions. En 2020 et 2021, ces évènements ont été organisés en visioconférence en raison des mesures sanitaires liées à la pandémie, limitant certaines de ces interactions.

Les acteurs administratifs organisent également des réunions plus restreintes autour d'une thématique précise, qu'ils appellent des « groupes de travail thématiques ». Ils réunissent vingt à trente participants pour des durées d'une heure trente à trois heures, plus fréquemment en visioconférence. Les acteurs administratifs y mobilisent des professionnels de santé volontaires

pour travailler sur une dimension précise de l'expérimentation, telle que l'élaboration de certains outils (comme le questionnaire d'expérience patient) ou la discussion autour de problématiques rencontrées par les professionnels (comme le partage des rémunérations).

Enfin, les acteurs administratifs réalisent également des réunions autour d'une seule équipe, à l'occasion de sessions de conseil (« accélérateur ») ponctuelles pouvant durer une journée entière, organisée à la demande des organisations de santé, ou de manière plus régulière lors de points de suivi assez courts (trente minutes) avec pour objectif de suivre les évolutions des effets des expérimentations au niveau local. J'ai assisté à la plupart de ces réunions avec les professionnels, dans la mesure de mes disponibilités parfois embolisées par d'autres activités liées à la thèse[18], et des informations obtenues par les acteurs administratifs, plus ou moins régulières quant au suivi des professionnels de santé[19].

J'ai également assisté à quelques autres évènements de manière plus ponctuelle, aussi bien des évènements professionnels comme des congrès de fédérations pluriprofessionnelles ou de sociétés savantes, mais aussi des évènements organisés par le ministère autour de l'ensemble des expérimentations issues de l'Article 51.

L'ensemble des réunions observées s'élève à approximativement 224 heures d'observations, réalisées lors d'une centaine de réunions.

Tableau n° 1 : Nombre d'heures par type d'observations réalisées

	Ipep	Peps	Autre
Comité de pilotage	45h	29h	
Autres réunions nationales			9h
Plénière	36h	35h30	
Groupe de travail	4h	5h30	
Session de conseil	13h30	21h	
Point de suivi		1h30	
Autre évènement professionnel			23h

Les observations n'étaient pas réalisées avec une position interne et ethnographique, permettant d'assister à l'ensemble des coulisses de l'action publique (Maertens, 2016), mais davantage ponctuelle et concentrée sur les temps d'interactions, avec l'avantage d'observer ces acteurs dans un temps relativement long (au total, quatre ans). J'avais lors de ces réunions une posture d'observation directe et la plupart du temps non participante. La présence de consultants

[18] À l'exception des « points de suivi », plus réguliers, mais aussi assez courts et factuels, où j'ai préféré concentrer mes ressources sur les organisations de santé qui faisaient l'objet de monographies.

[19] En effet, certaines informations échappaient à notre vigilance, par « oubli » des acteurs administratifs de nous transmettre les invitations à ces réunions. Ces petits ratés organisationnels résultent sans doute, au moins en partie, d'une volonté de préserver certains échanges du regard des évaluateurs.

réalisant des comptes-rendus rendait la prise de notes réalisée sur ordinateur normale. Cela m'a permis de prendre en note le contenu des interactions entre les acteurs. Certaines de ces observations ont été réalisées en équipe de sociologues, où nous nous organisions pour une prise de note en relai, permettant de maintenir notre attention sur le temps long[20].

Si ces observations constituent un matériel déjà dense, j'ai également mobilisé des entretiens semi-directifs et recueilli des documents de manière à mieux contextualiser ces observations. 33 entretiens semi-directifs[21] ont été menés avec des acteurs de la Cnam (7), du ministère de la Santé (13), d'agences sanitaires (5), de l'Irdes (1), des membres d'ARS (4) et des consultants (3), à la fois avec des membres des directions administratives et avec les membres du pilotage des expérimentations. Ces entretiens semi-directifs portaient sur les parcours des acteurs, sur leurs représentations des modèles économiques et sur leur travail au sein des administrations. Ils ont permis de mieux comprendre le sens que les acteurs donnent aux expérimentations en général et à leur travail en particulier. Ces entretiens ont pu être complétés, notamment pour recueillir de manière systématique les formations des acteurs parties prenantes de la communauté d'instruments, par le recueil de données, notamment grâce au réseau professionnel LinkedIn.

Enfin, un important recueil de documents a été effectué. J'ai récolté les archives de l'Assemblée nationale autour du passage du PLFSS pour 2018, de manière à mieux contextualiser la conception de l'Article 51. J'ai également recueilli de nombreux documents issus du pilotage interne des expérimentations : e-mails, compte-rendu de réunions, supports PowerPoint diffusés lors des réunions, cahier des charges, dossiers sur les candidatures, fichier de suivi des expérimentateurs, documents chiffrés relatifs aux expérimentateurs (nombre de patients, de professionnels, financements obtenus). Ces documents ont particulièrement été utiles sur la période qui précède mon entrée sur le terrain (2017-2019), afin de comprendre les processus de conception des expérimentations. De manière générale, ces documents ont permis de garder une trace objective des différentes décisions prises au cours des processus expérimentaux, et de comparer les évolutions des modèles économiques. Sur les organisations de santé, les documents ont apporté de précieuses informations chiffrées pour mieux les caractériser, et

[20] Certaines observations mobilisées dans la thèse sont le résultat de ces comptes-rendus collectifs, mobilisés avec le consentement explicite de mes collègues.
[21] Toujours dans le cadre du travail d'équipe, certains entretiens ont été réalisés avec d'autres collègues. Deux de ces entretiens ont été réalisés par mes collègues Cécile Fournier et Isabelle Bourgeois, et sont mobilisés dans cette thèse avec leur accord.

objectiver des informations financières pas toujours évidentes à obtenir lors d'entretiens semi-directifs.

Encadré n° 1 : La place des régions dans l'enquête

Les structures déconcentrées et décentralisées de l'État (ARS) et de l'Assurance maladie (CPAM, Directions de la coordination de la gestion du risque) jouent un rôle important dans l'implémentation des réformes de l'exercice coordonné, étant à la fois relais des pouvoirs publics tout en maîtrisant une certaine discrétion dans l'application des règles contractuelles (Moyal, 2019). Une enquête menée par ma collègue Isabelle Bourgois dans quatre régions a cependant montré la place ambiguë que ces administrations occupaient dans les expérimentations Ipep et Peps (Bourgeois, Morize et Fournier, 2021). Systématiquement invités aux réunions avec les professionnels de santé, ces acteurs n'ont cependant jamais été inclus dans le pilotage direct des expérimentations, réalisé au niveau national. En complément du travail réalisé par Isabelle Bourgeois, j'ai mené quatre entretiens exploratoires avec des acteurs d'ARS et de CPAM autour des expérimentations. Ces entretiens ont confirmé le rôle minime qu'ils tenaient, à ce jour, dans la mise en œuvre des instruments, justifiant le choix de ne pas poursuivre y l'enquête.

Des professionnels réformateurs des soins primaires

Les professionnels libéraux qui participent à Ipep et Peps ne sont pas représentatifs des professionnels libéraux en soins primaires. Au cours de mon enquête, j'ai pu établir trois critères communs à ces professionnels et particulièrement distinctifs, lorsqu'ils sont cumulés, par rapport aux autres professionnels libéraux. Ces professionnels sont promoteurs de l'exercice pluriprofessionnel (1), ils sont plutôt critiques du paiement à l'acte (2), et privilégient une démarche contractuelle avec les pouvoirs publics (3).

Les professionnels qui participent à Ipep et Peps forment ainsi une frange réformatrice des professionnels libéraux, acceptant une approche partenariale avec les pouvoirs publics, loin de la traditionnelle opposition des médecins « ultralibéraux » (Hassenteufel, 1997). Ces professionnels réformateurs sont notamment des « médecins entrepreneurs » (Moyal, 2022 ; Schlegel, 2022), acteurs multiposionnés, engagés dans des syndicats ou dans des fédérations pluriprofessionnelles (Vezinat, 2019a).

Étant donné la spécificité de ces acteurs, nous pouvons nous demander en quoi leur étude permet d'éclairer le monde social, au-delà de leur cas. Ces situations minoritaires sont

susceptibles de dévoiler des changements en cours (Mariette et Pitti, 2022). Ainsi, la réforme Debré en 1958, qui a conduit à la fusion entre l'enseignement et la recherche en médecine et a amené à la fonctionnarisation des médecins hospitaliers, a été promue par un petit groupe de médecins marginaux, exclus des canons élitistes des concours médicaux (Jamous et al., 1969). Plus récemment, la réforme des MSP a justement été portée par ces quelques professionnels libéraux réformateurs (Moyal, 2021 ; Vezinat, 2019a), et aboutit aujourd'hui à un changement générationnel (Bergeat et Cassou, 2023).

Cette thèse repose sur trois cas de MSP, enquêtées sous forme monographique, c'est-à-dire en réalisant une analyse organisationnelle. Des entretiens ont été menés de manière répétée entre 2021 et 2023 au sein de ces trois MSP. Le choix des cas a été motivé d'abord par une répartition des organisations de santé expérimentatrices au sein de l'équipe d'évaluation, avec l'intention de couvrir différents types d'organisations (hospitalières, MSP libérales, centres de santé salariés, associations à vocation territoriales comme des communautés professionnelles de santé). Je me suis chargée, en lien avec mon collègue Vincent Schlegel, de réaliser l'enquête dans les structures libérales. Il restait tout de même à choisir parmi les 26 MSP engagées dans les expérimentations Ipep et Peps. Délaissant les critères de représentativité, j'ai sélectionné des cas « extrêmes » (Gerring, 2009), particulièrement pertinents pour observer des transformations encore émergentes. Ces professionnels sont fortement promoteurs de l'exercice pluriprofessionnels, résolument critiques du paiement à l'acte et engagés dans une démarche contractuelle poussée avec les pouvoirs publics au travers du cumul de nombreux financements publics. Dans cette démarche, j'ai choisi d'enquêter dans les deux seules MSP ayant expérimenté le forfait Peps pour l'ensemble de leur patientèle, alors que les quatorze autres MSP s'étaient engagées pour une centaine de leurs patients âgés ou diabétiques. En privilégiant ces MSP, je pensais y trouver des usages plus marqués des expérimentations. L'enquête de mon collègue Vincent Schlegel dans une des MSP participant au forfait pour les patientèles diabétiques a confirmé cette hypothèse : le forfait, n'y concernant que quelques patients, a été très peu utilisé par les professionnels de santé (Morize et Schlegel, 2023). L'une de ces MSP participant également à Ipep, j'ai sélectionné une troisième MSP exclusive à l'expérimentation Ipep. J'ai choisi d'enquêter dans une organisation particulièrement active dans la démarche partenariale, cumulant un grand nombre de financement, et dont le travail organisationnel est réalisé par des professionnels paramédicaux et des salariés davantage que par des médecins.

Le tableau ci-dessous présente les principales caractéristiques de ces MSP et donne des éléments de contexte sur le territoire où elles sont installées.

Tableau n° 2 : Caractéristiques des MSP sélectionnées pour l'enquête monographique

	Agapanthes	Camélias	Sureaux	France hexagonale
Caractéristiques de la MSP[22]				
Nombre de professionnels	30	20	60	15
Nombre de médecins généralistes	5	5	17	4,5
Nombre de patients affiliés aux médecins traitants[23]	6 000	3 000	11 000	4 943
Participation aux expérimentations				
Ipep	Depuis 2020.	/	Depuis 2018.	
Peps	Depuis 2018.	Depuis 2020.	/	
Caractéristiques du territoire				
Échelle retenue	Une commune (Valmesnil).	Une commune (Mazillés).	Trois communes (Juvignon, Saliers, Loubiet).	
Nombre d'habitants	Entre 10 000 et 15 000 habitants.	Moins de 5 000 habitants.	Entre 50 000 et 55 000 habitants.	
Typologie spatiale[24]	Périurbain.	Périurbain.	Centre-ville.	
Caractéristiques de la population du territoire[25]				
Pourcentage de + de 65 ans	17,13 %	14,3 %	14,8 %	19,96 %
Part d'ouvriers et d'employés dans la population de plus de 15 ans	34,07 %	45,9 %	26 %	28,05 %
Taux de pauvreté (part des ménages)	18 %	6 %	18 %	14,5 %
Offre de soins sur le territoire[26]				
Densité médicale (Nombre de médecins généralistes libéraux pour 10 000 habitants)	14,8	15,2	10,6	8,7
Densité d'infirmières diplômées d'État (Nombre pour 10 000 habitants).	21,1	48,7	11,4	15,2

La MSP des Agapanthes, ouverte depuis 2008, regroupe une trentaine de professionnels, dont cinq médecins généralistes. Organisation regroupant plusieurs cabinets, elle est implantée principalement sur la commune de Valmesnil, où résident 15 000 habitants dans une zone périurbaine industrielle. Chef-lieu d'un canton de 30 000 habitants, Valmesnil concentre une

[22] Source entretiens, documentation interne, et Rapport Charges et Produit 2021 pour les données concernant la France hexagonale.
[23] Source documentation interne à l'Assurance maladie, 2019.
[24] Cette typologie spatiale renvoie aux catégories de « territoires de vie » établies par des géographes de l'Irdes dans l'étude de l'accessibilité aux soins et de l'attractivité des territoires (Chevillard et Mousquès, 2018).
[25] Source Insee, 2018.
[26] Source CartoSanté, Fichier national des professionnels de santé (FNPS), 2020.

importante partie de l'offre de soins du secteur. La gestion de la MSP est réalisée par Gregory D., médecin généraliste, en lien avec un podologue. Les collaborations pluriprofessionnelles se traduisent par des réunions occasionnelles, des protocoles de coopération ou quelques actions de prévention. L'ensemble des professionnels ne se réunit qu'une fois par an lors de l'assemblée générale. Les médecins sont installés au nord de Valmesnil dans un cabinet pluriprofessionnel, où ils exercent avec trois infirmières salariées. C'est à l'échelle de ce cabinet pluriprofessionnel médecin-infirmier que se mettent en place les expérimentations Peps et Ipep. Les médecins ont candidaté à l'expérimentation Peps dans une démarche de critique du paiement à l'acte. Découvrant que le forfait ne permet pas l'embauche d'une infirmière salariée, ils candidatent par la suite à Ipep pour financer ce poste. Leur projet expérimental est centré sur la collaboration entre médecins et infirmières salariées.

La MSP des Camélias, créée en 2014 à partir d'un groupe pluriprofessionnel installé depuis 2004 sur la commune de Mazillés, regroupe en 2022 une vingtaine de professionnels, dont cinq médecins généralistes. Mazillés est un village situé en périphérie d'une grande métropole, où réside une population active, issue des classes moyennes et des classes populaires stables. L'offre de soins primaires à Mazillés est supérieure aux moyennes nationales, tant pour les médecins généralistes que pour les infirmières. La MSP regroupe les professionnels au sein d'un même cabinet, avec une organisation voulue horizontale : les professionnels alternent pour gérer la structure et l'ensemble des décisions sont prises collectivement. Les cinq médecins généralistes exercent en partage d'honoraires depuis la fondation de l'organisation. Le passage au forfait Peps s'inscrit dans une volonté de mettre en conformité leur financement avec leur mode de rémunération.

La MSP des Sureaux est l'organisation la plus importante en termes de nombre de professionnels engagés (plus de 60) et la plus ancienne. MSP multisite, elle prend la forme d'un réseau de cabinets mono et pluriprofessionnels répartis sur trois communes en banlieue d'une métropole, entourant un quartier prioritaire des politiques de la ville. L'organisation a été fondée d'abord sous forme associative en 1982 par deux médecins souhaitant promouvoir la prévention et la promotion de la santé et lutter contre les inégalités sociales en santé, au moment de l'épidémie du Virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Structurée en MSP depuis 2012, l'organisation a conservé un mode de gestion associative, sa gouvernance étant composée d'un conseil de gérance, d'un conseil d'administration et d'une assemblée générale. Dirigée par un kinésithérapeute, les professionnels libéraux y promeuvent une horizontalité entre les groupes professionnels. Ils associent également des patients et des associations de quartier à leur

gouvernance. Leur projet de santé est tourné vers les inégalités sociales de santé. Le financement Ipep soutient un programme d'accompagnement de patients jugés précaires.

Dans chacune de ces trois MSP, plusieurs professionnels sont engagés dans les fédérations régionales des MSP. Je suis entrée dans ces terrains par les professionnels qui sont en relation avec les pouvoirs publics. J'ai ensuite pris contact progressivement avec les acteurs identifiés au cours des entretiens comme participants aux activités pluriprofessionnelles des MSP. Cette méthode d'enquête est cohérente avec le parti pris d'enquêter « là où il se passe quelque chose », pour autant, elle rend difficile l'atteinte d'acteurs qui participent moins aux collectifs. Par exemple, je n'ai pas réussi à négocier d'entretien avec des infirmières libérales, qui semblent minorer leur engagement dans les MSP enquêtées, notamment en assistant peu aux réunions pluriprofessionnelles. Si je soupçonne ce retrait d'être lié à une volonté de conserver leur autonomie professionnelle par rapport aux médecins, je n'ai ainsi jamais pu vérifier cette hypothèse sur le terrain.

Les professionnels enquêtés sont à la fois des médecins, des professionnels paramédicaux et « extramédicaux » (coordinateurs, médiateurs, secrétaires médicales) des MSP. L'enquête repose principalement sur des entretiens semi-directifs, certains répétés, menés en 2019 et 2020 lors d'enquêtes antérieures[27] aux Agapanthes et aux Sureaux, puis en 2021, 2022 et 2023 aux Agapanthes, Camélias et Sureaux.

Tableau n° 3 : Entretiens réalisés au sein des MSP

	Médecins	Professionnels paramédicaux	Professionnels « extramédicaux »	Total
Agapanthes	8	8	5	21
Camélias	8	1	4	13
Sureaux	6	10	11	27
Total	22	19	21	61

Le protocole d'enquête reposait principalement sur une soixantaine d'entretiens semi-directifs menés en présentiel lors de semaines de terrain, aucune de ces MSP n'étant située en Île-de-France où je réside. Ces entretiens portaient sur les trajectoires des professionnels, sur l'organisation du travail au sein des MSP, sur la mise en œuvre des expérimentations en

[27] En effet, je réutilise certains entretiens effectués dans le cadre de mon mémoire de master 2, puis dans le cadre de l'enquête Execo² menée à l'Irdes avant le commencement de ma thèse. Mon mémoire portait sur la participation des usagers au sein des MSP (Morize, 2022). L'enquête Execo² portait de son côté sur les organisations pluriprofessionnelles en soins primaires durant le premier confinement lié à la pandémie de Covid-19, en 2020 (Fournier et al., 2021). Ces entretiens sont précieux pour comprendre les trajectoires des professionnels et l'organisation du travail au sein des MSP, en dehors de la participation aux expérimentations que je n'ai commencé à étudier qu'en 2021.

interrogeant les pratiques de travail et les représentations autour des modèles économiques, et enfin les représentations et pratiques de rémunérations. Lors de ces semaines d'immersion, j'ai réalisé également une dizaine d'observations locales et disparates : une observation d'un atelier d'éducation thérapeutique du patient, une consultation, plusieurs déjeuners avec les professionnels, plusieurs réunions pluriprofessionnelles. Ces observations forment un matériel complémentaire, permettant de questionner les rhétoriques professionnelles, notamment sur les questions d'horizontalité pluriprofessionnelle. Par ailleurs, neuf entretiens ont été menés avec des professionnels d'autres équipes expérimentatrices, permettant des points de comparaison, en particulier avec trois équipes ayant quitté le processus expérimental Peps durant sa mise en œuvre d'une part, et d'autre part avec des membres du bureau de certains syndicats ou fédérations pluriprofessionnelles participants également aux expérimentations.

L'ensemble des noms d'acteurs interrogés, des lieux et des MSP sont pseudonymisés. Les observations auxquelles j'ai pu assister ont parfois un caractère sensible, dévoilant certaines pratiques à la limite de la règlementation. Par déontologie et pour protéger les personnes qui ont accepté que j'observe leur travail, j'ai parfois préféré renoncer à mobiliser directement ces terrains au cours de la thèse.

4.3. Illustrer sa thèse en amatrice

Mobiliser des illustrations dans la recherche n'a rien de nouveau, nous pouvons citer les expériences novatrices du *American Journal of Education* dans les années 1940-1950 (Barberis et Grüning, 2021), ou celles d'Actes de la Recherche en sciences sociales dans les années 1970 (Chadoin et Houdeville, 2017). Ces dernières années connaissent cependant un renouveau de l'usage de la Bande dessinée (BD) en recherche en sciences sociales, que certains regroupent sous le terme de « *Comics Based-Research* » (CBR) (Kuttner et al., 2020 ; Weaver-Hightower et al., 2017), dans un contexte où la BD elle-même gagne des lettres de noblesse, liées au développement des romans graphiques (Cancellieri et Peterle, 2021). Dans le cas de la photographie, Sylvain Maresca et Michaël Meyer détaillent trois usages des images en sociologie visuelle : comme objet (sociologie sur les images) ; comme matériel (sociologie avec les images) ; et comme moyen de restituer des résultats, d'écrire (sociologie en images) (2013). Nous pouvons aussi citer l'usage, ancien en anthropologie, de fabriquer son matériel en dessin, au moyen de schéma ou de croquis sur le vif (Weaver-Hightower et al., 2017). Je m'inscris de mon côté dans une approche de sociologie en images, où la BD est un moyen de rendre compte de mon matériel empirique.

L'écriture sociologique sous forme de BD s'est fortement développée ces dernières années : nous pouvons citer de manière non exhaustive la thèse de Nick Sousanis, entièrement dessinée (2015), les efforts de la collection de EthnoGraphic de l'*University of Toronto Press* (Barberis et al., 2021), ou encore de la collection Sociorama de Casterman, pour diffuser la recherche sociologique en BD. La BD apparait comme un moyen d'apporter de la réflexivité dans l'écriture (Nocerino, 2016) ou encore de mieux représenter la subjectivité de la recherche (Cancellieri et Peterle, 2021).

Lectrice de BD, dessinatrice amatrice, l'envie de tester la mise en image d'extraits de matériaux m'est rapidement venue à l'esprit. Quel meilleur moment que la thèse pour expérimenter de nouvelles méthodes, ici pour écrire ? Mon usage de la BD sociologique ne se fait pas à des fins de diffusion de mon travail : quelques planches disséminées au fil de la thèse ne rendront pas ce manuscrit grand public. J'utilise la BD pour restituer mon matériel ethnographique, profitant des avantages de ce format pour montrer des éléments plus difficilement exprimables à l'écrit. Tout d'abord, la mobilisation de la BD permet d'objectiver les conditions de production de la BD, comme l'argumente Pierre Nocerino (2016). La première planche (chapitre 2) rappelle ainsi les conditions de l'enquête, une « ethnographie » réalisée pour partie en visioconférence. Elle montre également certaines caractéristiques sociales parfois passées sous silence, par souci de synthèse, à l'écrit : l'âge, le genre, l'appartenance ethnoraciale, voire l'« hexis corporel ». La BD permet également d'illustrer certaines attitudes qui, à l'écrit, ne sont évoquées que succinctement. Ensuite, la seconde planche (chapitre 3) vous emmène dans les locaux de la Délégation interministérielle pour la transformation publique (DITP), aux côtés de Thomas, consultant « facilitateur ». Les espaces jouent avec les codes de l'entrepreneuriat, les méthodes et le langage utilisés par les consultants diffèrent de ceux mobilisés par les fonctionnaires. Pour éclairer ces éléments, l'usage de la BD est plus efficace qu'un long récit ethnographique. Enfin, la BD permet de jouer avec la narration et son rythme autrement qu'à l'écrit (Weaver-Hightower et al., 2017). Pour exprimer la répétition de certaines critiques adressées à un des outils du modèle économique, ici le questionnaire d'expérience patient, la mobilisation de l'ellipse dans une troisième planche (chapitre 4) permet de regrouper une succession d'évènements étalés dans le temps.

5. Perspectives transversales

Pour conclure cette introduction générale, je vais revenir de manière synthétique sur l'argument transversal de la thèse (1) avant d'en présenter le plan (2).

5.1. L'argument de la thèse : un gouvernement des compromis

Au travers du cas des expérimentations Ipep et Peps, ma thèse démontre l'existence d'une communauté autour des instruments de réformes de l'exercice coordonné en soins primaires. Cette communauté d'instruments est composée à la fois d'acteurs administratifs (ministère de la Santé, Cnam, agences de santé), de chercheurs (entre autres, de l'Irdes), de cabinets de conseils et de professionnels de santé réformateurs. Ces acteurs sont amenés à faire des compromis réciproques, entre logiques économiques et libérales, et à ajuster les instruments en interaction avec d'autres acteurs au-delà de la communauté.

Du côté des administrations sanitaires, des économistes issus du ministère de la Santé et la Cnam promeuvent ces instruments incitatifs de coordination comme solution pour réorganiser les soins primaires. Ces acteurs sont caractérisés par une position non décisionnaire dans les administrations, une formation en économie, des circulations internationales et nationales entre administrations et institution de recherche. Ils ont ainsi un profil de marginaux sécants, tirant leurs ressources de leurs relations extérieures à l'administration, notamment avec des chercheurs en économie (Jamous et al., 1969). La thèse révèle les divisions du travail entre les différents acteurs administratifs, et notamment la place centrale occupée par les économistes de la Cnam dans la mise en œuvre des modèles. Cependant, ces acteurs sont également dépendants de l'enrôlement des professionnels de santé dans les expérimentations. Afin de maintenir l'implication des libéraux, ils compromettent leurs objectifs et leurs modèles économiques.

De l'autre côté, les médecins entrepreneurs participent activement à la conception, à la diffusion et à la mise en œuvre des modèles économiques. On observe une forme de « colonisation » des professionnels de santé par le style de raisonnement économique (Bartl et al., 2019 ; Foucault, 2004 ; Rose et Miller, 1992). Cette « colonisation » s'appuie sur l'autonomie des médecins pour orienter leurs pratiques au travers d'une intériorisation progressive des injonctions : certains médecins cherchent à organiser les soins d'une manière plus efficiente en optimisant l'allocation du « temps médical », c'est-à-dire des temps de diagnostic et de prescription. Cependant, alors que les thèses du gouvernement à distance lisent ces processus de « colonisation » comme aliénants (Foucault, 2004), les médecins généralistes y voient leur prestige professionnel renforcé (Levay et Waks, 2009). Cette thèse démontre que ces politiques organisationnelles permettent aux médecins généralistes, sans le revendiquer, d'assurer un maintien des hiérarchies et de conserver leurs juridictions professionnelles. Elle prouve également les limites des incitations financières à « gouverner à distance », alors que les

pratiques professionnelles et la division du travail apparaissent peu modifiées par les modèles économiques eux-mêmes.

5.2. Plan de la thèse

Cette thèse étudie de manière processuelle la mise en place des modèles économiques Ipep et Peps, où se joue le renforcement d'une communauté d'instruments entre économistes administratifs et un segment réformateur de la médecine générale.

La **première partie** de la thèse s'intéresse à la mise sur agenda des modèles économiques Ipep et Peps dans un contexte plus large de réformes des soins primaires par la promotion de l'exercice coordonné. **Le chapitre 1** se penche sur le rôle d'économistes administratifs dans la promotion d'instruments de coordination dans les soins primaires. Ces acteurs, qui occupent des positions de « marginaux sécants » au ministère de la Santé et à la Cnam, cherchent à inciter les professionnels de soins primaires à mieux se coordonner, et traduisent des instruments internationaux de « soins intégrés » comme solution à un ensemble flou de problèmes publics. Le **chapitre 2** éclaire les efforts de ces économistes administratifs pour mettre leurs modèles sur agenda. Ils bénéficient d'une fenêtre d'opportunité ouverte par certains membres de l'élite du *Welfare*, à l'occasion de la mise en place d'un cadre expérimental, l'Article 51. L'inscription dans ce dispositif les amène cependant à faire des compromis, et notamment à élargir le public ciblé par les expérimentations.

La **seconde partie** de la thèse se concentre sur la fabrique des modèles économiques, en interaction entre économistes administratifs et professionnels de santé. Elle révèle les fortes interdépendances qui lient ces acteurs. Le **chapitre 3** révèle les stratégies des économistes administratifs pour convaincre les professionnels du bien-fondé de leurs modèles, mobilisant les médecins les plus convaincus pour diffuser et légitimer les instruments. Le **chapitre 4** retrace les oppositions entre économistes de la Cnam et du ministère dans la conception des modèles économiques. Alors que les premiers adoucissent les algorithmes pour conserver l'enrôlement des médecins libéraux, les seconds veillent à la maîtrise des dépenses.

La **troisième partie** de la thèse s'intéresse aux appropriations des expérimentations et des modèles économiques dans les MSP. Le **chapitre 5** démontre qu'au sein des MSP, les médecins généralistes sont « colonisés » par le style de raisonnement économique : ils cherchent à répartir le travail de soins de manière plus efficiente, pour préserver le « temps médical ». Ce style de raisonnement économique permet cependant de maintenir le prestige de leur profession, justifiant certaines délégations du sale boulot et asseyant leur centralité dans la division du

travail. Le **chapitre 6** se penche sur la manière dont le partage des financements au sein des MSP éclaire et transforme les relations entre groupes professionnels. Il révèle et matérialise la coexistence entre d'une part, un espace pluriprofessionnel égalitaire, et d'autre part un espace où se maintiennent de fortes hiérarchies professionnelles et de genre dans l'organisation du travail de soins. Le premier espace, marginal, participe à invisibiliser le second.

Pour finir, un **chapitre d'épilogue** revient au niveau national pour analyser les usages des expérimentations par les économistes administratifs et leurs partenaires. Les instruments de coordination en soins primaires apparaissent institutionnalisés, gagnant en légitimité auprès des décideurs administratifs et politiques. Cependant, la poursuite des expérimentations ne s'accompagne pas nécessairement d'une diffusion du style de raisonnement et des méthodes économiques, qui restent circonscrits aux économistes administratifs.

Première partie. Les acteurs administratifs des réformes des soins primaires. Trajectoires, opportunités et style de raisonnement économique.

Introduction de la première partie

Cette première partie s'ouvre sur une question classique en sociologie de l'action publique : celle des transformations institutionnelles. Comment un instrument ou une politique sont-ils mis sur agenda ? Plus largement, comment le changement dans les politiques publiques s'opère-t-il ?

À partir de travaux existants en sociologie de l'action publique, je propose de distinguer trois pistes de réponse à ces questions, non excluantes les unes des autres : les transformations s'expliquent par les acteurs qui les initient ; elles dépendent du contexte où elles se produisent ; elles se rapportent à la diffusion de nouveaux types de savoirs ou d'idées.

Tout d'abord, de nombreux travaux mettent en avant le rôle central de certains acteurs dans la promotion de réformes. Les « entrepreneurs de cause » (Cobb et Elder, 1972) ou les « entrepreneurs de politiques » (Kingdon, 1984) se mobilisent autour d'un problème particulier ou promeuvent certaines solutions. Les travaux sur les entrepreneurs ont cependant tendance à donner une lecture « héroïsée » des transformations, sans identifier les mécanismes qui permettent ces changements (Aust et Bergeron, 2022). Patrick Hassenteufel et William Genieys identifient des acteurs « programmatiques » qui partagent une même approche d'un problème public et agissent collectivement et stratégiquement (2021). Ils intègrent à leur analyse des éléments expliquant les capacités de transformation de ces acteurs, qui sont issues de leurs positions élitaires dans les administrations et de leur investissement de temps long dans un secteur de politiques publiques (Hassenteufel et Genieys, 2021).

La dimension contextuelle du changement est également prise en compte dans la théorie des flux de John Kingdon (1984). La mise sur agenda d'une politique provient alors de la rencontre entre plusieurs flux (de solutions, de problèmes, de politiques) (Kingdon, 1984). Dans le modèle de la « poubelle », Michael D. Cohen, James G. March et Johan P. Olsen soulignent que ces flux sont indépendants les uns des autres, et que les flux de solutions précèdent souvent ceux de problèmes (1972). La mise sur agenda résulte d'une forme de contingence, liée à la rencontre aléatoire entre différents flux, sans qu'un acteur précis n'en contrôle l'appareillage (Cohen et al., 1972). Ainsi, ces théories restent floues sur les processus concrets de sélection de certaines problématiques ou solutions, qui restent désincarnés : « *it is difficult to see how essential*

phenomena such as "streams" intersecting or agenda items "moving forward" actually occur in practice[28] » (Mukherjee et Howlett, 2015, p. 66).

Enfin, un troisième ensemble de travaux s'intéresse à la manière dont des paradigmes (Hall, 1993) comme le néolibéralisme ou le néo managérialisme infusent progressivement la société, modifient les représentations collectives des politiques publiques (Dunleavy et Hood, 1992 ; Pollitt, 1990). D'autres travaux se penchent sur la diffusion de savoirs issus d'une discipline en particulier, comme la statistique (Desrosières, 1993) ou l'économie (Angeletti, 2023 ; Benamouzig, 2005 ; Berman, 2022). Malgré l'intérêt que présentent ces travaux pour comprendre les évolutions dans les politiques publiques, certains auteurs soulignent qu'ils ont tendance à négliger les résistances institutionnelles au changement, tout en invisibilisant le rôle des acteurs dans la circulation de ces paradigmes : « les approches étudiant l'influence des paradigmes néolibéraux et néo-managériaux insistent sur la force des idées, qui semblent emporter tout sur leur passage, les acteurs comme les institutions » (Bezes et al., 2018, p. 1089).

En mobilisant la notion de communauté d'instruments (Simons et Voß, 2018 ; Voß et Simons, 2014), j'entends croiser ces trois approches, mettant en regard le profil des acteurs qui promeuvent les modèles économiques Ipep et Peps, le contexte institutionnel dans lequel ils évoluent et les savoirs et méthodes qu'ils mobilisent. Ce faisant, j'éclaire le fonctionnement des administrations sanitaires et les capacités de transformation des acteurs administratifs. Quels acteurs promeuvent les instruments Ipep et Peps ? Comment s'opèrent ces processus de mise sur agenda ?

Cette partie suit la mise sur agenda de modèles économiques visant à réorganiser les soins primaires dans un cadre expérimental. Le **chapitre 1** décrit les reconfigurations d'une communauté d'instruments autour de la conception de deux nouveaux instruments d'action publique (Ipep et Peps). Ces derniers sont portés par des économistes administratifs et académiques, qui se caractérisent par une conception économique des réformes de soins primaires. Le **chapitre 2** s'intéresse à la mise en place de l'Article 51 de la Loi de financement de la sécurité sociale de 2017, un nouveau dispositif visant à expérimenter des financements dérogatoires au droit commun. Ce dispositif porté par des membres de l'élite du *Welfare* (Darviche et al., 2023) va permettre, non sans compromis, la mise sur agenda des modèles économiques.

[28] « Il est difficile de voir comment des phénomènes essentiels comme les "flux" se rencontrent, ou comment la mise sur agenda "allant de l'avant" se produit en fait en pratique », traduction proposée par Noémie Morize.

En termes de méthodologie, je mobilise des entretiens réalisés avec des membres du ministère de la Santé et de la Caisse nationale d'Assurance maladie, auprès d'acteurs élitaires à la tête des administrations et auprès de « cadres intermédiaires » (Barrier et al., 2015) promouvant les modèles économiques. Ces entretiens permettent de saisir les trajectoires des acteurs, leurs représentations des réformes des soins primaires présentes et passées et les relations entre les différentes administrations. Ce matériel est complété par l'analyse de documents qui permettent de contextualiser et d'objectiver les propos des acteurs. Mon corpus est constitué de documents internes aux administrations (présentations PowerPoint, comptes rendus de réunions, dossiers de candidatures), de documents publics (cahiers des charges, littérature grise, rapports publics) et d'archives de l'Assemblée nationale. Enfin, j'ai constitué un corpus de 48 trajectoires d'individus ayant participé à la conception ou au pilotage des modèles économiques et travaillant au ministère de la Santé ou à la Caisse nationale d'Assurance maladie, afin de systématiser l'analyse de leur trajectoire professionnelle. Pour cela, j'ai utilisé des données issues des entretiens semi-directifs, mais également de réseaux sociaux professionnels en ligne.

Chapitre 1. Des soins intégrés aux instruments économiques. Continuités et reconfigurations des réformes des soins primaires

Introduction

> « J'ai commencé à travailler à la Caisse nationale d'Assurance maladie (Cnam) début 2011 et j'en suis partie en 2017 et, en fait (…), on a évolué dans la façon de regarder les centres de santé[29]. Alors, je dis centres de santé au sens large c'est-à-dire centre de santé ou maison de santé pluriprofessionnelle (MSP). Et c'est vrai qu'au début, quand j'ai commencé à la Cnam, j'avais plus dans l'idée que l'enjeu était de faire en sorte que l'on développe des rémunérations sur objectifs pour les médecins (…), et puis progressivement, le modèle des centres de santé, qui était un modèle jusqu'à présent un peu vieillot, que l'on ne regardait pas trop, on a vu l'intérêt de développer ce modèle où les professionnels sont ensemble. Et là, c'est vrai que l'on a eu beaucoup plus d'investissements sur ce sujet (…). On voit bien qu'à partir de 2012, on s'est beaucoup plus intéressé à comment faire en sorte d'inciter à faire travailler ensemble les professionnels » (Entretien, Camille M., énarque, ministère en charge de la Santé, 06/21).

Depuis une quinzaine d'années, on observe dans les secteurs des soins primaires et plus largement de la santé et du médico-social un foisonnement d'instruments, expérimentaux ou non, qui visent à augmenter la coordination entre secteurs et/ou entre professionnels (Castel et Hénaut, 2022 ; Hénaut et Bloch, 2014). Dans le secteur des soins primaires, les MSP ont connu un essor important, avec à ce jour près de 17% des médecins généralistes exerçant dans des MSP ayant contractualisé avec les pouvoirs publics (Bergeat et Cassou, 2023). En parallèle, l'association Asalée embauche à l'échelle nationale depuis 2012 des infirmières de santé publique salariées pour travailler en coopération avec des médecins généralistes (Fournier et al., 2018). À partir de 2016, les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) sont inscrites dans le droit commun afin d'inciter les professionnels de soins primaires à s'organiser territorialement, en lien avec le secteur hospitalier et le secteur médico-social. Les

[29] Dans les centres de santé, les professionnels sont salariés. Cependant, l'enquêtée utilise ici ce terme de manière générique, pour désigner les organisations d'exercice regroupé en soins primaires en général.

expérimentations Ipep et Peps partagent avec ces séquences antérieures l'objectif « d'inciter à faire travailler ensemble les professionnels », comme le souligne Camille M., identifiant une réorientation de l'action publique autour de la coordination. Comment expliquer l'institutionnalisation progressive de cette conception des politiques de soins primaires ?

Philipe Bezes et Bruno Palier analysent le changement dans l'action publique au travers du concept de « trajectoire de réformes » (2018). En inscrivant les réformes dans un processus de long terme, avec un effet cumulatif, ils proposent de dépasser une lecture évènementielle du changement. Philipe Bezes et Bruno Palier reconnaissent à des « entrepreneurs de réformes » une place centrale pour orienter et promouvoir les réformes, enrichies par des effets d'apprentissage entre les séquences (2018). Dans la théorie des acteurs programmatiques, certains individus sont également porteurs de transformations sur le temps long (Darviche et al., 2023 ; Genieys et Darviche, 2023 ; Genieys et Hassenteufel, 2012 ; Hassenteufel et Genieys, 2021). Cette approche explique le changement dans l'action publique par la mobilisation d'un groupe d'individus (les acteurs programmatiques) qui partagent une même approche d'un problème public et un même programme, agissant stratégiquement comme un acteur collectif (Hassenteufel et Genieys, 2021). Un programme peut être défini comme un ensemble d'actions coordonnées par des acteurs portant une vision politique dans son sens anglais de *policy*[30]. Par exemple, dans le cas des réformes de la sécurité sociale en France, un groupe d'énarques s'est constitué comme un acteur collectif, d'abord au sein de la Direction de la sécurité sociale (DSS) au ministère de la Santé, puis en circulant entre la Cnam et les agences de santé. Cette « élite du *Welfare* » partage un double programme : étendre et maintenir l'universalité de la sécurité sociale tout en contrôlant les dépenses de santé de manière à préserver son autonomie par rapport au ministère des Finances (Darviche et al., 2023 ; Genieys et Darviche, 2023 ; Genieys et Hassenteufel, 2012). Aux États-Unis, la réforme de l'Obama Care en 2012, qui instaure une assurance sociale minimale, a été mise en place malgré un contexte politique fortement libéral. Son acceptation a été analysée comme le résultat d'un long travail de conviction réalisé par des « *long term insiders* » qui ont appris des échecs du plan Clinton en 1993 (Genieys, 2020 ; Genieys et al., 2022). Dans les deux cas, la réforme est permise par la pérennité de ces acteurs programmatiques dans les institutions. Pour autant, dans le cas des réformes des soins primaires, je n'ai identifié aucun acteur pérenne qui promeuve un programme commun sur le temps long. Plus encore, les différents promoteurs administratifs paraissent avoir des objectifs différents.

[30] C'est-à-dire « un programme d'actions poursuivi de manière cohérente par un acteur collectif ou individuel » (Hassenteufel, 2014, p. 7).

Comment expliquer cette réorientation de l'action publique autour des instruments de coordination ? Dans quelle mesure les expérimentations Ipep et Peps s'inscrivent-elles dans une continuité avec les réformes antérieures ?

À la suite des travaux de Jan-Peter Voß et Arno Simons, je propose de relire ces réformes avec le concept de « communauté d'instruments » (Simons et Voß, 2018 ; Voß et Simons, 2014). Ces auteurs identifient un groupe d'acteurs hétérogènes, qui ne forme pas un acteur collectif, à la stratégie uniforme, contrairement aux acteurs programmatiques. Ces acteurs sont issus des administrations, mais également d'universités, de *think-tanks* ou de cabinets de conseil, et ils se réunissent autour de la promotion d'une solution. Cette solution est d'abord un « modèle de gouvernance » générique, qui peut répondre à plusieurs problèmes publics dans divers secteurs politiques. Des communautés d'instruments se forment à des échelles internationales autour de la promotion de ces modèles de gouvernance. Au niveau local, ces solutions sont mises en œuvre (« *implemented policies* »), par d'autres communautés d'instruments qui importent les modèles de gouvernance et les adaptent aux contextes spécifiques, sans nécessairement répondre à un problème public précis. Il n'y a pas de frontière définie entre les communautés qui réfléchissent à des modèles et celles qui implémentent les solutions, et il existe des circulations entre ces groupes (Saguin et Howlett, 2019 ; Simons et Voß, 2018). Les modèles de gouvernance et les solutions mises en œuvre se renforcent mutuellement, les premiers légitimant la mise en place des secondes ; la mise en œuvre des instruments produisant à la fois des preuves empiriques pour les modèles et des financements pour la recherche (Voß et Simons, 2014).

L'objet de ce chapitre est d'analyser comment des économistes exerçants dans des administrations promeuvent deux nouveaux instruments d'action publique (Ipep et Peps) pour poursuivre les réformes des soins primaires. J'analyse alors les modèles économiques Ipep et Peps comme des instruments d'action publique, constituant « *a condensed and finalized form of knowledge about social control and ways of exercising it* »[31] (Lascoumes et Le Gales, 2007, p. 3). Afin de donner une appréhension globale des modèles, le tableau ci-dessous synthétise leurs principales caractéristiques.

Tableau n° 1 : Comparaison des modèles économiques Ipep et Peps

	Ipep	Peps

[31] « Une forme condensée et finalisée de savoir sur le contrôle social et la manière de l'exercer », traduction proposée par Noémie Morize.

Gouvernance	Direction générale de l'offre de soins (DGOS) et Cnam à partir de 2017	DSS, puis intégration de la Cnam dans le pilotage en 2018
Objectif central	Inciter à accroître la coordination Ville/Hôpital	Inciter à augmenter la coopération médecin généraliste/infirmière
Cible idéale de l'instrument	Des grandes MSP (patientèle supérieure à 5 000 patients), des CPTS	Des MSP (minimum 250 patients)
Inspirations internationales	Des instruments qui se réclament des soins intégrés : les *Accountable care organizations* Américains, les *New-Care models* anglais, le modèle *Integreo* belge	Des instruments qui se réclament des soins intégrés : les *Equip d'atenció primària* catalans, les *Zorggroepen* néerlandais et les *Clinical commissioning groups* anglais
Savoirs mobilisés	Théorie des contrats, micro-économie	
Méthodologie mobilisée	Modélisation économétrique des dépenses de santé, indicateurs de qualité des soins	
Périmètre de la patientèle concernée par le modèle	La patientèle affiliée aux médecins traitants (MT) de l'organisation	
Éléments composant le modèle	Des crédits d'amorçage, un calcul de la performance économique, un calcul de la performance en matière de qualité des soins	Des crédits d'amorçages, un forfait substitutif par patients, un calcul de la performance en matière de qualité des soins
Rapport au paiement à l'acte	Financement incitatif (supplémentaire)	Financement substitutif (remplace le paiement à l'acte)
Condition d'utilisation	Financement collectif sans condition d'utilisation	

Au sein des administrations, des acteurs formés à l'économie s'inspirent du modèle des « soins intégrés » à l'échelle internationale pour promouvoir des instruments de coordination (1). Ces économistes traduisent des promesses d'une meilleure coordination sous la forme de modèles économétriques, mobilisant un style de raisonnement économique pour concevoir leurs instruments (2).

1. Les instruments de coordination comme traduction du modèle des soins intégrés

La littérature sur les communautés d'instruments identifie deux grands types de communautés qui interagissent les unes avec les autres : des communautés qui s'intéressent à des « modèles de gouvernance », et d'autres qui mettent en œuvre des instruments concrets (Saguin et Howlett, 2019 ; Simons et Voß, 2018 ; Voß et Simons, 2014). Les premières se situent souvent à des échelles internationales et promeuvent un ensemble de concepts et d'outils, encourageant et accompagnant les secondes dans la mise en œuvre d'instruments à des échelles nationales ou locales (Saguin et Howlett, 2019). Cette littérature nourrit alors les réflexions autour des processus de « *policy transfer* » ou « transfert de politique ». Depuis les années 2000, de nombreux chercheurs en science politique constatent l'augmentation de circulations entre politiques issues de plusieurs pays, qualifiées de transferts de politique (Bulmer et Padgett, 2005 ; Dolowitz et Marsh, 2000 ; Stone, 2012). Cette croissance des références aux politiques

étrangères se fait dans un contexte de mondialisation qui touche particulièrement le groupe professionnel des économistes (Fourcade, 2014). Les organisations internationales gagnent également en légitimité et participent à orienter les politiques publiques (Brissaud, 2021b ; Dolowitz et Marsh, 2000). Cette littérature s'intéresse alors aux processus de transfert d'instruments d'un « système modèle » à un « système client » (Brunn, 2022 ; Dolowitz et Marsh, 2000). Ces processus s'inscrivent également dans une démarche de politique basée sur les preuves, dans une perspective où les décideurs s'inspirent de solutions étrangères ayant montré leur efficacité (Delpeuch, 2008).

Depuis une quinzaine d'années, l'analyse de ces processus s'est renouvelée avec l'introduction du concept de « *translation* » ou de « traduction », tiré des travaux de Michel Callon en sociologie des sciences et techniques (Callon, 1986). Ces auteurs critiquent la simplicité de la théorie du transfert de politiques, où les processus sont analysés de manière linéaire d'un pays émetteur à un pays receveur (Stone, 2012), s'intéressant principalement aux objets et aux degrés du transfert (Delpeuch, 2008). L'introduction de la notion de traduction met l'accent sur le rôle des acteurs et des négociations dans les processus, tout en soulignant le travail de reformulation qu'ils effectuent pour adapter les politiques aux différents contextes culturels, institutionnels et organisationnels (Brunn, 2022 ; Hassenteufel et Zeigermann, 2021). La littérature sur les communautés d'instruments participe également à redonner une place centrale aux acteurs qui promeuvent et importent des solutions, indépendamment de problèmes publics (Saguin et Howlett, 2019 ; Simons et Voß, 2018).

Au niveau international, je montrerai qu'une communauté promeut un ensemble d'instruments autour de la notion des « *integrated care* » ou « soins intégrés » (1). En France, cela se traduit par l'essor de politiques visant à coordonner les acteurs et les secteurs entre eux. Des acteurs administratifs de la DGOS au ministère de la Santé se mobilisent à partir de 2014 autour de l'objectif d'augmenter la coordination entre le secteur hospitalier et les professionnels de soins primaires (2). En parallèle, des acteurs administratifs à la DSS au ministère de la Santé promeuvent un accroissement de la coordination entre professionnels de soins primaires, dans la continuité des instruments soutenant la mise en place des MSP (3). L'ensemble de ces acteurs partagent des caractéristiques communes, et notamment une formation à l'économie et une carrière sectorielle dans la santé — mais pas dans les soins primaires (4).

1.1. Le flou des soins intégrés : un modèle de gouvernance adaptable

En m'appuyant sur des revues de littérature internationales sur les soins intégrés, je montre que cette notion est au cœur d'un « modèle de gouvernance » promu par une communauté d'instruments. L'objet de cette sous-partie est de définir les soins intégrés, de caractériser les acteurs qui les promeuvent et les instruments qui s'en inspirent. Il ne s'agit cependant pas de réaliser une étude exhaustive de cette communauté d'instruments et de ses frontières.

Développé dans les années 1980 dans les suites de la déclaration d'Alma-Ata de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en 1978, le modèle dit des soins intégrés vise à redonner aux soins primaires un rôle clé dans l'organisation des systèmes de soin, valorisant notamment la fonction de coordination des professionnels (Amelung et al., 2017). En effet, les promoteurs des soins intégrés entendent améliorer le système de santé grâce au développement d'une intégration des différents acteurs collectifs et individuels. Ce travail de coordination serait réalisé notamment par les médecins généralistes (*general practitioners* au Royaume-Uni, *family practitioners* aux États-Unis) (Amelung et al., 2017 ; Kodner et Spreeuwenberg, 2002). Ce modèle de gouvernance est promu dès les années 1990 aux États-Unis, notamment dans des espaces professionnels comme le *US Institute of Medicine* en 1996 ou le congrès européen de la *World Organization of Family Doctors* en 2002 (Kodner et Spreeuwenberg, 2002). Depuis, la notion de soins intégrés est mobilisée de manière plus large, pour des types de patientèles (âgées, polypathologiques) ou de pathologies (maladies chroniques, cancers) qui sont perçus comme nécessitant davantage de coordination entre les acteurs (Amelung et al., 2017). À partir des années 2010, la production de recherches autour de cette question s'accroit, aux États-Unis, mais aussi au Canada, au Royaume-Uni et aux Pays-Bas (González-Ortiz et al., 2018 ; Lewis et al., 2019). En France, les pouvoirs publics et les chercheurs ne font pas référence aux soins intégrés, mais à la « coordination » des soins, des parcours, ou des acteurs[32] (Castel et Hénaut, 2022 ; Hénaut et Bloch, 2014).

L'ensemble des articles et ouvrages consultés sur les soins intégrés soulignent le manque de définition consensuelle de la notion (González-Ortiz et al., 2018 ; Goodwin, 2016 ; Kodner et Spreeuwenberg, 2002 ; Lewis et al., 2019). Nick Goodwin analyse cette pluralité de définitions comme le résultat de la diversité des acteurs qui la mobilisent, qu'ils soient médecins, managers,

[32] Les « soins intégrés » peuvent être traduits de plusieurs manières : aux États-Unis la notion de « *managed care* » (soins gérés) est utilisée, au Royaume-Uni celle de « *shared care* » (soins partagés) et aux Pays-Bas celle de « *transmural care* » (soins transmuraux ou soins transversaux) (Kodner et Spreeuwenberg, 2002).

chercheurs en sciences sociales ou patients (2016). Il identifie deux principales caractéristiques de la notion : « *first, it must involve bringing together key aspects in the design and delivery of care systems that are fragmented (i.e. 'to integrate' so that parts are combined to form a whole). Second, that the concept must deliver 'care,' which in this context would refer to providing attentive assistance or treatment to people in need. Integrated care, then, results when the former (integration) is required to optimize that latter (care) »*[33] (Goodwin, 2016, p. 1).

L'absence de définition consensuelle des soins intégrés est souvent présentée par cette littérature comme une faiblesse dans sa diffusion : « *this lack of conceptual clarity stands as a major barrier to promoting integrated care in both theory and practice »* [34] (Kodner et Spreeuwenberg, 2002, p. 1). À rebours de cette idée, on peut se demander à la suite de Jan-Peter Voß et Arno Simons si ce n'est pas la généralité du modèle de gouvernance, « *the apparent emptiness in terms of substantial political goals* [35]» (Voß et Simons, 2014, p. 742), qui permet justement d'agréger un large ensemble d'acteurs porteurs de points de vue, d'opinions politiques et de positions institutionnelles différents. Le modèle de gouvernance des soins intégrés prescrit un certain type d'instruments pour atteindre un ensemble large d'objectifs : améliorer l'expérience individuelle des soins ; accroître la santé des populations ; réduire les dépenses de santé ; ou encore, offrir de meilleures conditions de travail aux professionnels de santé (Raus et al., 2020). Les promoteurs des soins intégrés s'appuient sur l'hypothèse que l'accroissement de l'intégration ou de la coordination (entre acteurs individuels ou collectifs) permettrait d'atteindre ces objectifs. Le modèle de gouvernance est traduit dans différents systèmes de santé par la mise en place d'instruments qui visent à modifier l'organisation des soins en passant par la création d'organisations chargées de coordonner les acteurs existants, par la promotion de procédures de communication entre acteurs, ou encore par le développement de guides de bonnes pratiques, de protocoles ou d'outils de management (Amelung et al., 2017). Le *Handbook of Integrated Care* décrit huit cas d'instruments de soins intégrés mis en place aux États-Unis, au Canada, en Europe et en Israël (Amelung et al., 2017).

[33] « Premièrement, il s'agit de réunir des dimensions clés de la conception et de l'offre du système de santé qui sont fragmentées (c'est-à-dire "d'intégrer" ces parties pour former un ensemble). Deuxièmement, le concept doit produire des "soins", c'est-à-dire dispenser une assistance ou un traitement attentif aux personnes en ayant besoin. Les soins intégrés résultent donc du fait que le premier (l'intégration) est nécessaire pour optimiser le second (le soin) », traduction proposée par Noémie Morize.

[34]« Ce manque de clarté conceptuelle représente une barrière majeure pour promouvoir les soins intégrés à la fois en théorie et en pratique », traduction proposée par Noémie Morize.

[35] « Le vide apparent en matière d'objectifs politiques substantiels », traduction proposée par Noémie Morize.

Il s'agit pour la plupart de politiques d'organisation (Bergeron et Hassenteufel, 2018), développées au travers d'instruments incitatifs ou contractuels (Lascoumes et Le Gales, 2007).

Ce modèle de gouvernance s'institutionnalise progressivement au travers de la création de plusieurs revues spécialisées, comme le *Journal of Integrated Care* (1992), le *International Journal of Integrated Care* (en 2000) ou le *Journal of Integrated Care Pathways* (en 2001, renommé depuis *International Journal of Coordination Care*). L'ensemble de ces revues propose des approches pluridisciplinaires de cette thématique, associant dans leurs comités éditoriaux aussi bien des médecins que des chercheurs en sciences sociales. Du côté des organisations internationales, l'OMS produit dès les années 1990 des rapports autour des soins intégrés (Kodner, 2001, 1994), et développe plus récemment un guide de bonnes pratiques pour aider les gouvernements à mettre en place de telles organisations (2016). L'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) n'est pas en reste sur la question, produisant plusieurs rapports et ouvrages sur les soins intégrés (Barrenho et al., 2022 ; Muller et Hewlett, 2016 ; OCDE, 2023a), des publications autour d'études de cas nationales (OCDE, 2022a, 2022b, 2023b) et des guides pratiques sur des indicateurs relatifs aux soins intégrés (OCDE, 2023c). Certaines institutions spécialisées participent également à diffuser des instruments et outils, comme *l'International Foundation for Integrated Care* créée en 2011. Fondation à but non lucratif, elle réunit à la fois des chercheurs en sciences sociales, des administratifs des pays les plus actifs dans la promotion des soins intégrés (les États-Unis, le Canada, le Royaume-Unis, les Pays-Bas) et des médecins. Ces acteurs proposent à la fois des recherches, des guides de bonnes pratiques et une expertise pour concevoir, mettre en œuvre et évaluer des instruments de soins intégrés. Comme le soulignent Jan-Peter Voß et Arno Simons, la modélisation (ici, autour de la notion de soins intégrés) et les instruments implémentés se renforcent l'un et l'autre : les modèles de gouvernance légitiment certaines solutions, tandis que leur mise en œuvre renforce le modèle en produisant des preuves empiriques et en développant des financements publics pour la recherche (Voß et Simons, 2014). La communauté d'instruments internationale qui promeut ce modèle de gouvernance fournit également une infrastructure, proposant à la fois des savoirs et une assistance technique qui permet de poursuivre la mise en œuvre de nouveaux instruments (Saguin et Howlett, 2019).

En France, les circulations entre cette communauté d'instruments internationale et des économistes français débutent dès les années 1980 : des économistes académiques tentent de promouvoir un instrument, les réseaux de soins coordonnés, inspirés des *Health Maintenance Organization* états-uniens (Benamouzig, 2005 ; Robelet et al., 2005). Ces derniers sont des

contrats tripartites entre une assurance, des établissements et professionnels de santé et des patients. Les patients bénéficient de l'offre de soins des partenaires en échange d'un paiement forfaitaire annuel à leur assurance. Ces économistes académiques ne parviendront cependant pas à mettre sur l'agenda leur instrument dans le contexte français et en absence d'un accès direct à la prise de décision (Benamouzig, 2005 ; Robelet et al., 2005). Trente ans plus tard, quelle place occupent les soins intégrés dans les réformes des soins primaires françaises ?

1.2. La Direction hospitalière à la conquête des soins primaires

En France, les pouvoirs publics commencent dès les années 1990 à inciter les acteurs du système de santé à davantage de coordination (Castel, 2022). Ce n'est cependant que depuis une quinzaine d'années que le manque de coordination entre la ville et l'hôpital apparait comme une thématique privilégiée par l'action publique. Des acteurs de la DGOS, au sein du ministère de la Santé, promeuvent des instruments visant à accroître la coordination entre la ville et l'hôpital. La DGOS est historiquement la direction en charge de l'organisation hospitalière (Gay, 2018), et ses missions ont été élargies seulement depuis 2010. En 2009, la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, connue sous le nom loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST), met au centre de son programme l'augmentation de la coordination entre les acteurs sanitaires et médico-sociaux.

À partir de 2014, certains membres de la DGOS investissent progressivement les soins primaires au travers de la thématique de la coordination entre les secteurs de la ville et de l'hôpital, en élaborant trois instruments successifs. Tout d'abord, la mise en place d'un Service public territorial de santé (SPTS) est retoquée par les syndicats de médecine libérale (1). Les membres de la DGOS proposent un instrument moins contraignant, les CPTS. Le modèle économique Ipep est alors traduit d'un instrument américain dans l'objectif de financer ces nouvelles organisations (2). En parallèle, la Direction déléguée à la gestion et à l'organisation des soins de l'Assurance maladie développe un accord conventionnel interprofessionnel spécifique aux CPTS (3).

Du projet d'un service public territorial à une organisation libérale et volontaire

Les réflexions sur la coordination entre la ville et l'hôpital se concrétisent de manière instrumentale à partir de 2014. Le ministère de la Santé commande à Bernadette Devictor, présidente d'une association d'usagers du système de santé, formée à l'École nationale de la statistique et de l'administration économique (ENSAE), un rapport intitulé « Le Service public

territorial de santé, le Service public hospitalier, Développer l'approche territoriale et populationnelle de l'offre en santé ». Ce travail est réalisé en étroite collaboration avec des membres de la DGOS.

> « J'avais travaillé avec Bernadette Devictor sur la création des CPTS (…), qui était sur l'évolution du service public hospitalier, puisqu'effectivement la droite l'avait défait, on comptait le remettre. Mais remettre en place un service public c'est un peu compliqué. Donc c'était devenu le service public territorial de santé, avec l'idée qu'il fallait que le service public soit partagé entre la ville et l'hôpital. Avec des enjeux d'accessibilité, de coordination, de continuité, etc. » (Entretien, Virginie L., économiste administrative, Masters en droit et en économie, Ipep, ministère de la Santé, 10/2019).

Le rapport présente une ambition de réforme du système de santé au travers du développement de SPTS : dans chaque région, les Agences régionales de santé (ARS) établiraient un contrat avec les « offreurs de santé[36] ». L'augmentation de la coordination irait de pair avec une augmentation de la responsabilité des « offreurs de santé » vis-à-vis de la santé des populations. Cette proposition rencontre cependant l'opposition forte des syndicats de médecine libérale, qui y voient une menace pour leur statut libéral.

> « Les libéraux ne supportaient pas le terme "service public", mais ils étaient d'accord avec le projet, ces histoires de groupement sur le territoire qui vont se coordonner, qui répond à des besoins de service public, donc l'accès au soin, la continuité et la coordination qui était le côté moderne du service public. Donc ça s'est transformé en CPTS » (Entretien, Virginie L., économiste administrative, Masters en droit et en économie, Ipep, ministère de la Santé, 10/2019).

À la suite de l'opposition syndicale, les membres de la DGOS revoient le projet de SPTS pour proposer une version plus consensuelle, les CPTS, dont l'inscription légale se fait dans la loi de modernisation du système de santé de 2016. Contrairement aux SPTS, les CPTS doivent émerger de l'initiative de professionnels de soins primaires et non pas des pouvoirs publics. Il s'agit alors d'organisations (la plupart du temps associatives) qui doivent s'organiser autour de « projets » pour proposer une prise en charge « territoriale » des patients et de la santé publique.

[36] Nous pouvons noter un vocabulaire typiquement utilisé dans la littérature économique pour désigner les professionnels et établissements de santé.

L'ambition d'une régulation territoriale par les ARS est ainsi remplacée par une politique organisationnelle moins contraignante, dont la régulation se fait de manière volontaire par les professionnels libéraux.

Si cette loi précise que des professionnels de santé d'un territoire peuvent se réunir autour d'un projet de santé soumis à validation par l'ARS, elle ne prévoit aucune modalité de financement pour ces organisations. Les financements des soins primaires passent en effet principalement par les négociations conventionnelles, menées par la Cnam. Si certaines ARS investissent dès 2016 dans leur développement, l'absence de financement national en limite l'essor : seules 20 organisations ont obtenu ce label auprès des ARS en 2018, d'après la DGOS.

La traduction d'un modèle américain aux résultats mitigés

En 2017, certains acteurs de la DGOS qui avaient travaillé sur les SPTS puis les CPTS commencent à réfléchir à un mode de financement de ces nouvelles organisations : le modèle économique Ipep. Ces acteurs se réunissent lors de six groupes de travail « Financements innovants » organisés au sein du ministère entre mars et juillet 2017[37]. Ces groupes de travail permettent d'intégrer à la réflexion des acteurs du ministère de la Santé (DGOS, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Drees], DSS) et de la Cnam avec des membres la Direction de la stratégie, des études et des statistiques (DSES). La DSES est une des cinq directions de gestion du risque de la Cnam, elle a pour principales missions d'effectuer des études statistiques, et d'élaborer des recommandations stratégiques au travers d'un rapport annuel (le Rapport Charges et Produits). Elle est moins prestigieuse que la Direction déléguée à la gestion et à l'organisation des soins, qui est notamment en charge des stratégiques négociations conventionnelles.

Assistent à ces groupes de travail également des membres d'agences sanitaires (l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation et la Haute autorité de santé [HAS]) et des chercheurs en économie de l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (Irdes). Ces groupes de travail permettent de déterminer les grands principes de l'instrument. Ils réunissent entre 15 et 20 personnes, majoritairement des personnes formées à l'économie à l'université (9), des médecins de santé publique également formés à l'économie (9), des juristes (3) et des statisticiens (3). Parmi ces acteurs, plusieurs personnes ont fait des séjours de recherche (2) ou des voyages d'études (3) aux États-Unis, en Angleterre ou en Belgique,

[37] Ces mêmes groupes de travail participent à concevoir le modèle économique Épisode de soin, qui sera lancé sous forme expérimentale sous les mêmes modalités qu'Ipep et que Peps, et qui puise également ses inspirations dans des modèles étrangers (Beaussier et al., 2022).

participant à une dynamique de traduction d'instruments issus du modèle des soins intégrés (Brunn, 2022).

Le modèle économique Ipep puise ses inspirations dans trois instruments étrangers rattachés aux soins intégrés : les *Accountable Care Organizations* (ACO) aux États-Unis, qui est la principale inspiration, les *New Care Models* en Angleterre, et le dispositif *Integreo* en Belgique.

Encadré n° 1 : ACO, *New Care Models* et *Integreo* : de quoi parle-t-on ?

Les ACO sont mis en place dans la réforme de l'*Affordable Care Act* en 2012, sous la présidence de Barack Obama. Il s'agit d'un contrat entre un groupe d'offreurs de soins (regroupement d'hôpitaux, de professionnels de soins primaires) et un payeur, qui peut être public (Medicare, l'assurance fédérale qui couvre les dépenses de santé des plus de 65 ans) ou privé (assurance privée). Le terme ACO recouvre ainsi une pluralité de contrats différents, avec des mécanismes économiques hétérogènes. Le contrat propose aux offreurs de soins de bénéficier de financements selon l'atteinte d'objectifs de réduction des dépenses et d'amélioration de la qualité (Shortell et al., 2015).

Les *New Care Models* sont des expérimentations mises en place en 2015 au Royaume-Uni. Elles permettent de tester cinq modèles expérimentaux. Des prestataires du champ sanitaire, médico-social et social sont regroupés sur un même territoire, et leur financement est modulé en fonction d'indicateurs de qualité.

Integreo regroupe douze projets déployés dans le cadre d'un plan de lutte contre les maladies chroniques, intitulé « des soins intégrés pour une meilleure santé », lancé en 2015 par le gouvernement belge. Les projets visent à augmenter la coordination entre acteurs du sanitaire, du social et du médico-social autour de la prise en charge de maladies chroniques.

Un acteur joue un rôle central dans l'importation des ACO en France : Julien Mousquès, chercheur en économie à l'Irdes. Il bénéficie en 2015-2016 d'une bourse de recherche, la *Harkness Fellowship*, portée par le *Commonwealth Fund*. Cette bourse s'adresse à des responsables politiques ou administratifs, à des chercheurs, des responsables hospitaliers, ou des journalistes venant de pays développés. Les boursiers doivent mener une recherche comparative, et il est attendu qu'ils diffusent les résultats de leur recherche. Ciblant des personnes avancées dans leur carrière, qui ont un certain accès à la décision, la *Harkness Fellowship* participe à diffuser les politiques américaines. Lors de son séjour aux États-Unis,

Julien Mousquès conduit une enquête qualitative sur les ACO. À son retour en France, il publie plusieurs articles, dont des articles de vulgarisation à destination des pouvoirs publics (Mousquès et Lenormand, 2017). À sa suite, Natacha Lemaire, énarque ayant travaillé à la DGOS sur les SPTS, bénéficie en 2016-2017 de la bourse *Harkness* et, conseillée par Julien Mousquès, suit ses traces en enquêtant sur les ACO en milieu rural. Elle publie un rapport en novembre 2017 (Lemaire, 2017). Un autre membre de la DGOS, médecin économiste, a travaillé pour la Banque Mondiale à Washington de 2007 à 2009 et a une bonne connaissance du système de santé américain. De plus, trois membres de la DGOS et de la Cnam ont réalisé plusieurs voyages d'études entre 2015 et 2017, en Angleterre et en Belgique. Ces circulations d'acteurs amènent la traduction de plusieurs instruments issus des soins intégrés dans le contexte français.

> « Ça devait être en 2015. On a commencé à réfléchir, on a pris un interne de santé publique qui nous a fait un rapport d'étude sur les ACO, on avait un peu de matière. On est allé en Angleterre, parce qu'ils mettaient en place les nouveaux modes de financement des *Multispecialty Community Provider*, donc on est allé voir ce qu'il se passait là-bas. On a également fait un rapport d'étude là-dessus. On a commencé à se dire que l'on allait pouvoir proposer quelque chose » (Entretien, Virginie L., économiste administrative, Masters en droit et en économie, Ipep, ministère de la Santé, 10/2019).

Si les dispositifs anglais et belges sont souvent évoqués dans les documents produits par le groupe de travail, les ACO américains en constituent la principale inspiration. En effet, la référence aux ACO est constante : dans les communications officielles aux pouvoirs publics, dans la littérature grise, dans la bibliographie scientifique, ou encore dans les communications aux professionnels de santé. L'importation de ces politiques étrangères est tout à fait assumée (Dolowitz et Marsh, 2000). Lors du lancement des groupes de travail, les modèles anglais et américains sont présentés, puis il est proposé de « définir les contours du projet : transpositions des modèles à la France » (Document interne, PowerPoint, GT lancement, 03/17).

Cette traduction de politique se fait aussi dans un contexte où la solution des ACO entend répondre aux objectifs de coordination entre la ville et l'hôpital portés par la DGOS. D'ailleurs, la traduction des ACO ne se fait pas vraiment dans une perspective de « *lesson-drawing* » (tirer des leçons) où la politique originale a fait ses preuves (Delpeuch, 2008). En effet, encore au début du déploiement en 2017, les ACO montrent déjà des résultats mitigés dans l'atteinte de leurs objectifs de réduction des dépenses et d'amélioration de la qualité. Certains

regroupements d'offreurs de soins bénéficient de bons résultats, tandis que la majorité génère peu de gains. Les recherches soulignent la difficulté à identifier des facteurs qui expliquent ces différences dans la performance des collectifs (D'Aunno et al., 2018 ; Kaufman et al., 2019 ; Shortell et al., 2015 ; Spivack et al., 2023). Ces travaux montrent que les résultats varient en fonction de la génération du contrat : les premières contractualisations obtiennent de meilleurs résultats. De plus, la plupart des ACO ont de bons résultats en termes de qualité, mais génèrent peu d'économies. Les économies sont produites par quelques ACO très performants, et résultent d'un focus sur des profils de patients précis, notamment sur les patients à haut risque d'hospitalisation (Kaufman et al., 2019).

Ces résultats sont connus par les membres du groupe de travail. Pour autant, ils les relativisent : en étudiant les ACO qui ont de bons résultats, ils espèrent pouvoir transposer à la France « ce qui fonctionne » en évitant d'adopter les travers de l'expérience américaine.

> « Les résultats sont assez modestes sur les ACO aux États-Unis, pour être très clair. Les résultats que l'on regarde en premier, c'est-à-dire la capacité à générer des gains d'efficience, ils sont modestes. Pourquoi ? Parce que les hétérogénéités de résultats sont très fortes, elles ne sont pas équivalentes. Il y a plus de 1000 ACO aujourd'hui aux États-Unis. On comprend bien que derrière, les résultats ils ne vont pas être intéressants partout. C'est pour cela qu'on s'est concentré sur une vingtaine d'ACO, pour lesquels les résultats étaient très positifs, pour comprendre ce qui faisait que ça fonctionnait bien » (Entretien, Thomas N., économiste académique, Irdes, 10/19).

La traduction des ACO apparait comme une solution de financement pour les CPTS, dans l'optique de mettre en œuvre des organisations intermédiaires entre ville et hôpital. De plus, les références internationales permettent également de légitimer le modèle économique Ipep. Ainsi, dans les documents diffusés aux décideurs politiques et administratifs et aux professionnels de santé, ces inspirations sont fortement mises en avant et valorisées. Dès 2018, les promoteurs administratifs rédigent un rapport de quatre pages sur les ACO, qui se veut accessible et lisible pour les professionnels de santé. Les modèles étrangers sont également présentés lors de réunions avec des professionnels de santé. Dans le rapport cité ci-dessous, les promoteurs administratifs soulignent la nécessité de la mise en place d'un « échelon (…) intermédiaire » entre des professionnels individuels et l'Assurance maladie :

> Quels enseignements pour nous ?

> Il manque en France un échelon de gestion de la santé des populations et de coordination des moyens qui soit intermédiaire entre les divers prestataires de soins individuels d'une part, et le payeur, d'autre part. Aux États-Unis, cet échelon est désormais assuré par les *Accountable care organizations*, devenus le lieu où sont développés et exploités les outils partagés d'aide à la décision et de constitution des parcours de soins (Document public, rapport « Expériences étrangères, Expérimentation Ipep », ministère de la Santé et Cnam, 2018).

Il ne s'agit pas d'un simple copier-coller du modèle des *ACO*, mais d'une traduction au contexte français qui s'avère assez différent de celui des États-Unis. En effet, aux États-Unis, il y a peu de médecins généralistes, et la plupart d'entre eux exercent soit en groupe, soit sont salariés de groupes hospitaliers. Dans ce contexte, l'enjeu organisationnel n'est pas le même qu'en France, où l'exercice solitaire reste commun. Par ailleurs, aux États-Unis, l'assurance publique Medicare propose des contrats avec plusieurs niveaux de partage du risque économique, et notamment tente de généraliser un contrat où lorsque les organisations signataires n'atteignent pas les objectifs de réduction des dépenses, elles se voient attribuer un *malus* (Spivack et al., 2023). Le modèle tel que conçu en France est bien plus clément pour les professionnels de santé : non seulement les organisations de santé ne peuvent avoir qu'un bonus, mais en plus il est prévu qu'elles bénéficient de fonds d'investissement pour mettre en œuvre les actions, ce qui n'est pas le cas dans le modèle américain. Derrière cette adaptation du modèle, il y a l'enjeu de proposer une expérimentation attractive pour les professionnels libéraux.

Deux instruments au lieu d'un

Les promoteurs des CPTS et d'Ipep sont les mêmes acteurs au sein de la DGOS au ministère de la Santé. Au départ, Ipep est pensée comme une solution à l'absence de financement des CPTS dans la loi de 2016.

> « C'était à la suite du rapport de Bernadette Devictor, à la suite de la création des CPTS, qu'était venue l'idée d'Ipep (…). Effectivement c'était cette idée de collaboration d'acteurs sur le territoire, à une échelle plus importante, mais assez libre. Et derrière d'avoir un mode de financement innovant, pour financer ces groupements d'acteurs » (Entretien, Virginie L., économiste administrative, Masters en droit et en économie, Ipep, ministère de la Santé, 10/2019).

Le modèle économique Ipep est ainsi vu comme un moyen de développer les CPTS. Cependant, Ipep s'inscrit dans un calendrier long : une expérimentation avec un petit nombre d'organisations pendant 5 ans, avant une potentielle généralisation en 2025.

Or, au début de la mise en œuvre d'Ipep, des acteurs de la Direction déléguée à la gestion et à l'organisation des soins à l'Assurance maladie vont développer en parallèle un accord conventionnel interprofessionnel pour financer les CPTS. Cette direction est l'une des plus stratégiques de la Cnam, puisqu'elle est en charge des négociations conventionnelles avec les professionnels de santé. Cette direction soutient les instruments de coordination dans les réformes des soins primaires : en 2015, elle avait mené la négociation autour de l'accord conventionnel des MSP. Ces acteurs de l'Assurance maladie ne sont pas les mêmes que ceux qui ont participé à la conception d'Ipep, qui sont rattachés à la DSES.

La contractualisation des CPTS se fait dans un temps court, et rencontre une adhésion relative des deux principaux syndicats de médecine générale, Médecin généralistes France (MG France) et la Confédération des syndicats médicaux français (CSMF). La Fédération nationale des CPTS est créée en 2018 sur le modèle de la fédération des MSP, avec à sa tête un ancien président du syndicat MG France.

En proposant un accord conventionnel interprofessionnel pour les CPTS, la Direction déléguée à la gestion et à l'organisation des soins à l'Assurance maladie produit un instrument concurrent à Ipep : les deux instruments se superposent tant par leurs objectifs (accroître la coordination entre la ville et l'hôpital), que par le type d'organisations visées, et par certains mécanismes de leur modèle économique (par exemple, l'atteinte de scores de qualité reposant sur des indicateurs identiques).

Les acteurs de la Direction déléguée à la gestion et à l'organisation des soins à l'Assurance maladie et les membres de la DGOS au ministère de la Santé promeuvent la même solution, sans avoir nécessairement les mêmes stratégies et sans se coordonner. *In fine,* les CPTS participent à renforcer le modèle Ipep (et vice versa) davantage qu'à le mettre en danger. Les acteurs de la DGOS négocient avec ceux de la Direction déléguée à la gestion et à l'organisation des soins à l'Assurance maladie pour faire en sorte que les deux instruments se distinguent, notamment sur les modes de financement proposés.

> « J'avoue que j'étais très déboussolée l'année dernière quand j'ai appris qu'on finançait les CPTS [au travers des accords conventionnels interprofessionnels] (…). Et donc effectivement quand ils ont commencé les négociations

> conventionnelles avec les CPTS, ce qui me rassure, c'est que là ils financent pas mal les moyens, et ils avaient une brique résultat. Et là avec la Cnam on a dit : "Attention, la brique résultat il ne faut pas y aller, il faut attendre de voir l'atterrissage d'Ipep pour justement valoriser le résultat par le modèle Ipep" » (Entretien, Virginie L., économiste administrative, Masters en droit et en économie, Ipep, ministère de la Santé, 10/2019).

Cette différenciation se joue sur le fonctionnement des modèles économiques : d'un côté, Ipep donne principalement des financements selon l'atteinte d'objectifs d'efficience et de qualité (une grosse part variable et une petite part fixe), de l'autre la CPTS est plutôt un investissement et alloue des financements plus stables selon la taille du bassin de population concerné (une grosse part fixe et une petite part variable). Ces deux solutions reposent sur du volontariat, substituant au projet initial des SPTS une régulation incitative à la coordination entre la ville et l'hôpital.

Les membres de la DGOS reprennent progressivement la main sur la mise en œuvre de la contractualisation en CPTS, permettant de resserrer l'articulation entre les deux instruments. En effet, à partir de 2020 l'équipe de la DGOS en charge de la mise en œuvre d'Ipep acquiert également la responsabilité de la mise en œuvre de la contractualisation CPTS, renforçant le lien entre les deux instruments, qui n'apparaissent plus du tout concurrents.

> Lors d'un comité de pilotage Ipep, Justine G., manageuse à la DGOS, informe le reste de l'équipe que « le sujet CPTS va redescendre au niveau de notre bureau », et qu'elle sera en charge du dossier. Elle ajoute « je pense que c'est mieux pour l'expérimentation Ipep ». Sa remarque reçoit l'approbation du reste de l'équipe (Observation, comité de pilotage Ipep, 11/20).

Les membres de la DGOS ne maîtrisent cependant qu'une partie de la mise en œuvre des accords conventionnels des CPTS, principalement la dimension juridique (suivi et actualisation des décrets). La mise en œuvre de l'instrument se fait principalement à l'échelon régional, où les ARS et les Caisses primaires d'Assurance maladie négocient chaque contrat avec les groupes de professionnels de santé. La Direction déléguée à la gestion et à l'organisation des soins à l'Assurance maladie reste en charge des négociations conventionnelles. La DGOS perd donc une partie du contrôle de l'instrument qu'elle a conçu (les CPTS).

1.3. Une ambition de réforme du paiement à l'acte pour les médecins généralistes (Peps)

En 2007, l'Expérimentation des nouveaux modes de rémunération (ENMR) qui ont initié le financement des MSP avait été conçue au sein de la DSS au ministère de la Santé. Certains des promoteurs des ENMR, encore en poste à la DSS, s'appuient sur le développement des MSP pour proposer une nouvelle étape dans les réformes de l'exercice libéral de la médecine générale : la remise en cause du paiement à l'acte. En effet, Peps prévoit un forfait annuel par patient qui remplace le paiement à l'acte. Par cette expérimentation, les acteurs de la DSS cherchent à augmenter la coordination entre les professionnels exerçant déjà de manière regroupée, et notamment entre médecins généralistes et infirmières. Ils remettent également en question ce qui est considéré par les médecins comme l'un des socles de leur statut libéral : le paiement à l'acte (Bloy, 2010 ; Hassenteufel, 1997). Ce forfait expérimental est une nouvelle tentative d'introduire une rémunération forfaitaire, suite à un premier échec au moment de la séquence des accords conventionnels des MSP (1). L'introduction du forfait est légitimée par son inscription dans les soins intégrés, s'inspirant d'autres instruments relayés par l'OCDE (2).

Du projet d'une réforme du paiement à l'acte à une expérimentation à petite échelle

Christophe R, sous-directeur à la DSS, joue un rôle clé dans la promotion du forfait[38] Peps. Ce dernier a piloté les ENMR qui ont précédé la mise en place de la contractualisation des MSP, a accompagné la mise en place des infirmières de santé publique Asalée, et a supervisé l'expérimentation de Parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie (Paerpa). Le forfait Peps s'inscrit dans la continuité de ces dispositifs, mené par un sous-directeur qui porte une vision de l'organisation des soins primaires comme devant être en équipe pluriprofessionnelle.

> « On avait de la suite dans les idées, on racontait quelque chose par rapport à une stratégie ministérielle, avec les ENMR, avec Asalée, avec Paerpa aussi. Tout cela racontait quelque chose par rapport à une volonté de structuration d'une offre de soins autour d'acteurs qui soient coordonnés, et qui pensent un peu

[38] Peps est un « forfait par patient », aussi appelé « paiement à la capitation ». Il s'agit d'un forfait ajusté aux caractéristiques de la patientèle. Le terme « forfait » renvoie en économie à une définition large et imprécise (le paiement à l'acte est par exemple un « forfait à l'acte », le salariat un « forfait horaire »), cependant pour simplifier l'écriture je parlerai simplement du « forfait Peps » dans la suite de cette thèse.

> parcours » (Entretien, Christophe R., économiste administratif, énarque, Peps, DSS, 07/20).

Le modèle économique Peps apparait comme une nouvelle séquence de réformes des soins primaires. Si Paerpa propose une logique de coordination entre différents acteurs collectifs, les MSP et Asalée se situent davantage au niveau de la coopération interprofessionnelle, qui devrait augmenter l'efficience des soins par un accroissement de la division du travail. Peps s'inscrit dans la continuité de ces deux instruments. Nommé « ENMR V4 » au moment de sa conception, le modèle économique est un projet que Christophe R. a échoué à porter au moment du conventionnement des MSP, en 2016. Il envisageait alors de proposer un financement optionnel au forfait, substitutif à l'acte, dans l'accord conventionnel finançant les MSP. Cependant cette option est abandonnée dans la négociation conventionnelle devant la ferme opposition des syndicats de médecine générale, qui revendiquent le paiement à l'acte comme une des bases de leur exercice libéral (Hassenteufel, 2010).

> « Au moment des ENMR, il y avait un fameux module quatre, le module à la capitation, ou paiement au forfait, et on n'avait pas pu le mettre en place parce que les tirs de barrage étaient trop forts au niveau syndical. Ils étaient d'accord pour le forfait s'il était en plus de l'acte, mais l'acte remplacé par un forfait, ce n'était pas possible. La CSMF, les principaux syndicats avaient mis un veto, c'était remonté jusqu'à Xavier Bertrand [alors ministre de la Santé] qui avait dit : "Rassurez-vous, on ne le fera jamais, ce module quatre des ENMR" (…). On est sept ans après et moi, l'idée, elle me trotte toujours dans la tête, je vois que les acteurs ont un peu bougé (…), on avait des indices qui nous laissaient penser que ce n'était toujours pas l'idée préférée des syndicats, mais que l'on avait des gens qui avaient envie d'y aller, notamment parce que le mouvement des MSP, il a mûri depuis le lancement des ENMR » (Entretien, Christophe R., économiste administratif, énarque, Peps, DSS, 07/20).

L'opposition des syndicats suffit à abandonner ce projet qui ne bénéficie pas de soutien de la part du gouvernement. La pérennité de Christophe R. à la DSS entre 2011 et 2019 ainsi que sa position de sous-directeur lui permettent de promouvoir le forfait, à un moment où les MSP sont davantage installées dans le paysage des soins primaires. Cette sédimentation se fait également dans un contexte institutionnel où la DSS investit de manière croissante dans les soins primaires. Cependant, comme pour les SPTS, cette nouvelle proposition est plus modeste que celle conçue initialement. D'une possibilité de forfait pour l'ensemble des MSP, on passe

à un modèle économique qui est tout de suite pensé comme une expérimentation en lien avec quelques professionnels de santé pour réussir à faire passer cette réforme du paiement à l'acte qui suscite des résistances chez les libéraux.

> « On s'est dit : "On va essayer de renverser la table avec des gens [des médecins] qui l'ont déjà un peu soulevée" (…). Moi [le forfait] c'est un truc que je portais depuis 2010 donc j'y étais très attaché » (Entretien, Christophe R., économiste administratif, énarque, Peps, DSS, 07/20).

Ces modèles incitatifs et peu contraignants n'apparaissent donc pas comme de premiers choix pour leurs promoteurs, mais bien comme des alternatives à une régulation plus forte qui entraînerait des tensions avec les syndicats de médecins.

L'OCDE comme « boîte à outils » pour légitimer le forfait

Le modèle économique de Peps est pensé par deux actrices, Audrey G. et Pauline L., au sein de la DSS au ministère de la Santé, dans la sous-direction de Christophe R. Toutes deux âgées de moins de 35 ans, Audrey G. est médecin de santé publique et possède un master en économie de l'Université de Paris Dauphine, tandis que Pauline L. a un double diplôme de master en économie de l'École normale supérieure et de l'Université de Paris Dauphine. Contrairement au modèle Ipep, où une large diversité d'acteurs est mobilisée pour concevoir l'instrument, la conception du forfait Peps se fait initialement sans le recours à d'autres administrations. La Cnam n'est impliquée dans l'élaboration du forfait Peps qu'à partir de 2018, au moment du lancement de l'expérimentation.

Pour élaborer le forfait Peps, les deux économistes de la DSS s'appuient sur un rapport prescriptif de l'OCDE qui propose de « *better ways to pay for health care »*[39] (Muller et Hewlett, 2016). En accroche, le rapport souligne « *how health care providers are paid is one key policy lever to drive health system performance »* (Muller et Hewlett, 2016, p. 1)[40]. Dans ce rapport de synthèse, les membres de l'OCDE comparent des modes de rémunération des professionnels des soins primaires dans une perspective d'efficience économique. L'OCDE joue ici le rôle d'une « boîte à outils », proposant des solutions adaptables et transposables aux différents contextes nationaux (Saguin et Howlett, 2019). Le rapport ne mentionne pas directement les soins intégrés, mais souligne le développement de paiements populationnels

[39] « De meilleures manières de payer pour les soins ».
[40] « La manière dont les offreurs de soins sont payés est un levier clé de politiques publiques pour atteindre la performance des systèmes de santé », traduction proposée par Noémie Morize.

dans plusieurs systèmes de santé (*population-based payments*). Dans ce type de paiement, un groupe d'offreurs de soins reçoit un paiement sur la base d'une population couverte afin de la prendre en charge. Les paiements populationnels incluent des contrats de type ACO qui donnent à des organisations de santé des financements incitatifs en cas d'atteinte d'objectifs de qualité et d'efficience (à l'image du modèle Ipep), mais également des financements forfaitaires de groupes pour certaines patientèles. Des exemples néerlandais (*Zorggroepen*), catalans (*Equip d'atenció primària*) et anglais (*Clinical commissioning groups*) sont cités dans les documents diffusés par les économistes administratifs.

Encadré n° 2 : *Equip d'atenció primària, Zorggroepen,* et *Clinical commissioning groups,* de quoi parle-t-on ?

Les *Zorggroepen* ont été mis en place en 2010 aux Pays-Bas. Ils permettent une rémunération forfaitaire de réseaux de médecins généralistes pour prendre en charge des patients atteints de maladie chronique (diabète, asthme, risques cardiovasculaires).

Les *Equip d'atenció primària* sont des équipes de professionnels de soins primaires développées en Catalogne par le département de santé publique catalan, Catsalut. Les équipes contractualisent un budget annuel et des objectifs avec Catsalut pour la prise en charge d'une population assignée.

Les *Clinical commissioning groups* sont initiés en 2012. Depuis 2022, ils ont fusionné avec d'autres organisations, formant les *Integrated care systems*. Il s'agit de groupes cliniques responsables de l'organisation des services de soins pour une zone géographique définie.

Les économistes de la DSS s'inspirent de ces instruments étrangers et proposent au départ une approche de forfait par pathologie, qui les distingue du modèle économique d'Ipep, et qui traduit le forfait existant aux Pays-Bas.

> « Audrey G. —Je suis partie des documents de l'OCDE, il y en a un qui était pas mal dessus. C'était "*Better Ways to Pay*" (…). Et donc à partir de ça, j'avais contacté l'OCDE, pour avoir plus d'infos sur les pays qui nous intéressaient : les Pays-Bas, le Danemark…
>
> Pauline L. —La Grande-Bretagne, l'Espagne, aussi. (…) Au tout début, on avait plutôt été orienté là-dessus, par pathologie » (Entretien, Économistes

administratives, médecin de santé publique formée à l'économie et master en économie à l'université, Peps, DSS, 10/2019).

Comme dans Ipep, Peps s'inscrit dans une traduction d'instruments internationaux, mais également dans la continuité de séquences initiées par les promoteurs des instruments de coordination. Il ne s'agit pas de transposer un modèle étranger à l'identique dans le contexte français, mais d'imaginer un modèle qui soit le plus pertinent possible à partir des enseignements étrangers. Les modèles étrangers sont alors considérés au travers de leurs avantages, mais également de leurs défauts qu'il conviendrait de ne pas reproduire en France. Le modèle des Pays-Bas est ainsi la première inspiration, mais il n'apparait pas adaptable en termes d'objectifs de maîtrise des dépenses fixés par la DSS au sein du ministère de la Santé.

> « Je pense que, voilà, payer différemment, moins à l'acte et sous forme de forfaits pour les pathologies chroniques, cela a une valeur en termes de qualité de la prise en charge et puis d'implication des équipes en pluridisciplinaire. On voit bien, en revanche, qu'il y a un certain nombre de travers à essayer d'éviter. Les Pays-Bas, qui étaient dans une dynamique très différente, quelque part, au moins, ils l'ont mis en place, ils voulaient réinvestir en ville. Ils voulaient augmenter les rémunérations en ville. Et donc, ils n'ont pas trop regardé à la dépense (…). Alors que, nous, on était prêt à payer un peu plus, mais si cela produisait des résultats en termes de prise en charge » (Entretien, Camille M., énarque, ministère en charge de la Santé, 06/21).

Le modèle français propose ainsi un forfait plafonné, qui ne peut pas dépasser de plus de 15% la rémunération antérieure à l'acte, permettant de garantir une maîtrise des coûts aux promoteurs administratifs. Alors qu'Ipep est un investissement (vers une réduction des dépenses à terme), Peps est d'abord pensé comme devant coûter le même montant que le paiement à l'acte, de manière à pouvoir être répliqué de manière soutenable à l'ensemble des médecins généralistes volontaires après l'expérimentation.

Par ailleurs, le modèle Peps a d'abord été pensé pour les patients diabétiques à l'image du modèle néerlandais. Cependant, dès 2018 la Cnam propose d'élargir le périmètre de l'expérimentation, demandant d'adopter une vision plus globale du patient, qui correspond davantage à la prise en charge effectuée par les médecins généralistes.

> « Au début la DSS était sur l'exemple diabétique hollandais. (…) Je suis assez réservé sur les forfaits par pathologie, parce que précisément ce qui fait la

> complexité d'un patient ce n'est pas sa maladie, c'est la somme de différentes maladies, c'est une complexité sociale. Et dire on va faire une prise en charge par pathologie, c'est un peu antinomique pour moi qui ai une vision globale du patient. (…). D'où après le Peps "population totale" et le Peps "personnes âgées" » (Entretien, Olivier M., économiste administratif, médecin de santé publique formé à l'économie, Peps, Cnam, 10/2019).

Cette ouverture amenée par la Cnam entraîne la conception de trois modèles économiques différents : un forfait pour les patients diabétiques déclarés en affection longue durée et affiliés à un médecin traitant de l'équipe ; un forfait pour les patients âgés de 65 ans et plus, ainsi que des patients âgés de 50 ans à 64 ans et ayant certaines affections longue durée[41], affiliés à un médecin traitant de l'équipe ; ou enfin un forfait pour l'ensemble des patients affiliés à un médecin traitant de l'équipe. En fait d'un forfait, ce sont trois instruments qui vont être testés simultanément sous l'appellation Peps.

Enfin, encore plus que dans le cas d'Ipep, les références étrangères sont mobilisées par les promoteurs administratifs pour aider à légitimer le mode de paiement au forfait, dans un contexte français où les professionnels libéraux sont traditionnellement très attachés au paiement à l'acte (Bloy, 2010). Les promoteurs administratifs affichent alors l'absence de paiement forfaitaire – ce qui n'est d'ailleurs pas vrai, étant donné qu'un forfait certes réduit existe déjà pour les patients affiliés aux médecins traitants – comme un retard sur le plan international, que l'expérimentation Peps permettrait de combler.

> « La France est dans le groupe minoritaire des 10 pays de l'OCDE qui ne présentent aucune rémunération forfaitaire des professionnels en soins primaires » (Document public, Webinaire Peps, 07/17).

Dans ce processus de traduction, nous pouvons souligner le rôle central de l'OCDE, qui prend la forme d'une « boîte à outils », fournissant de la littérature et des prescriptions adaptables à chaque contexte (Brissaud, 2021a ; Saguin et Howlett, 2019).

En s'appuyant sur les concepts et outils développés internationalement autour des soins intégrés, les membres de la DGOS et de la DSS au ministère de la Santé, et de la DSES à la Cnam, partagent une ambition commune de dépasser la prise en charge individuelle des patients par le médecin généraliste, pour promouvoir une prise en charge plus collective. Les deux

[41] Le modèle prendre en compte la maladie d'Alzheimer, la maladie de Parkinson et la sclérose en plaques.

instruments sont cependant bien distincts, portés par des acteurs aux objectifs et aux pratiques différenciés.

> « C'était aussi lié au fait qu'il y avait Ipep qui se développait avec Virginie [responsable Ipep côté ministère] (…), c'était une approche qu'à la fois, je trouvais extrêmement intéressante, mais qui, pour moi… Comment dire ? On était à nouveau dans une approche qui, au nom du parcours, allait encore faire de l'additif, c'est-à-dire que l'on allait encore voir des gens et leur dire à nouveau – des équipes de soins qui travaillaient ensemble – et leur dire encore : "Vous allez faire des trucs super en plus et on va vous donner de l'argent en plus" (…). Je trouvais que l'on ne bouleversait pas beaucoup le paradigme quand même » (Entretien, Christophe R., économiste administratif, énarque, Peps, DSS, 07/20).

La DSS et la DGOS, au sein du ministère de la Santé, apparaissent en concurrence pour investir la thématique des soins intégrés, bien que cette concurrence n'empêche pas des coopérations entre les deux administrations.

L'influence des soins intégrés comme modèle de gouvernance est perceptible dans la conception des deux instruments. Pour Ipep, cela se traduit par des circulations directes d'acteurs, qui adaptent un instrument américain pour le rendre plus favorable aux professionnels. Pour Peps, l'influence de l'OCDE est plus directe, et la conception du modèle se fait au contraire avec une restriction des dépenses liées à la mise en place du modèle économique. Le recours aux expériences étrangères participe à inscrire les modèles économiques dans une démarche qui se veut scientifique, mais dont les limites sont tout de suite anticipées par les acteurs qui œuvrent à ces traductions. Dans les deux cas, la transposition des modèles étrangers est valorisée par les acteurs administratifs, à la fois auprès des décideurs administratifs et politiques, mais également auprès des professionnels de santé.

1.4. Une continuité des instruments sans continuité des acteurs ?

L'identification de ces promoteurs administratifs permet de comprendre les circulations entre des modèles de gouvernance autour des soins intégrés et les instruments conçus localement. Mais quels sont les profils de ces promoteurs administratifs ? En nous penchant sur leur trajectoire professionnelle, nous montrerons que la continuité entre les séquences des réformes ne relève pas de la pérennité d'une élite administrative portant un programme sur les soins primaires, mais d'un « relais » entre certains économistes administratifs promoteurs

d'instruments de coordination. Ces promoteurs administratifs sont majoritairement formés en économie (1), mais ils n'ont pas de carrière spécialisée sur la thématique des soins primaires (2). De plus, le développement des instruments de coordination des soins primaires s'accompagne également d'un essor de la recherche sur ces questions en France, dont les acteurs sont susceptibles de participer à la communauté d'instruments (3).

Des promoteurs administratifs formés à l'économie

Les promoteurs administratifs des instruments coordonnés travaillent au ministère de la Santé à la DGOS (Ipep) et à la DSS (Peps), ou à la Cnam au sein de la DSES (Ipep, puis Peps). Ces acteurs sont majoritairement formés en économie.

S'intéressant à la place de l'économie dans l'action publique, il est légitime de se demander quelles sont les frontières du groupe professionnel des économistes. Marion Fourcade propose une définition large de ce qu'est un économiste : quelqu'un qui, formé à l'économie, met en pratique ses savoirs dans son exercice professionnel (Fourcade, 2009). Dans le cas français, la chercheuse souligne que peu de personnes formées à l'économie occupent des postes ayant cet intitulé, et invite à élargir ce qualificatif (outre les économistes académiques qui exercent dans le secteur de l'enseignement et de la recherche) à plusieurs catégories de professionnels qui ne s'en réclament pas nécessairement, comme les ingénieurs formés dans les grandes écoles aux approches mathématiques de l'économie, ou les hauts fonctionnaires formés à l'ENSAE (formation technique, centrée sur les chiffres), ou à l'Ecole nationale d'administration (ENA) (formation plus littéraire centrée sur l'économie politique) (Fourcade, 2009 ; Kolopp, 2014). Dans le secteur de la santé, nous pouvons rajouter une quatrième catégorie, suggérée par Daniel Benamouzig : celle des « médecins-économistes » (2005), médecins souvent spécialisés en santé publique, ayant suivi une formation universitaire complémentaire en économie. De manière plus globale, les personnes formées à Sciences Po dans des Masters d'affaires publiques possèdent également des connaissances générales en économie politique (Angeletti, 2011).

À partir d'informations recueillies en entretien ou sur des réseaux professionnels en ligne (notamment, LinkedIn), j'ai composé un corpus de 48 trajectoires d'individus de manière à identifier les profils des promoteurs institutionnels des instruments. Ces individus ont été retenus selon deux principaux critères : avoir participé à la conception ou au pilotage des expérimentations et travailler dans une des administrations nationales impliquées dans la promotion d'instruments de coordination (la Cnam, la DSS, la DGOS, ou le Secrétariat général

du ministère en charge des Affaires sociales). Un dernier critère était davantage méthodologique, relatif à ma capacité à recueillir des informations fiables et exhaustives sur leurs formations et leurs parcours professionnels. J'ai caractérisé ces personnes selon leur genre, leur formation, leur plus haut niveau de diplôme, leur passage (en amont, pendant ou après le travail sur les modèles économiques) dans certaines institutions de la santé[42], le temps passé dans le processus expérimental [43] et enfin leur place dans la hiérarchie au sein des administrations. Sur ce dernier point, j'ai distingué trois classes de positionnement dans la hiérarchie des administrations : les postes de direction[44], les postes de management[45] et les postes d'exécution[46].

Dans les 48 trajectoires étudiées, la part des femmes est légèrement plus élevée (28/48), reflétant la relative parité des administrations de la santé. Je distingue 27 profils d'exécuteurs, 13 de managers et 9 de direction. Sur les 48 personnes, 36 ont un niveau d'étude de master, et 11 possèdent des thèses, détenues pour 10 par les médecins-économistes (dans le cadre de leurs thèses d'exercice), et par une docteure en psychologie. La répartition des genres est légèrement inégale selon le statut, les femmes étant un peu plus souvent exécutrices (15/27) ou managers (10/13) que les hommes, et les hommes étant un peu plus souvent dans la direction (6/9) que les femmes, mais la petite taille de l'échantillon et sa construction rendent difficile la généralisation de ce constat. Enfin, la DGOS apparait comme particulièrement féminisée, parmi les douze personnes y ayant travaillé l'échantillon ne comprend que deux hommes.

Les circulations entre administrations sont courantes et concernent presque la moitié des trajectoires étudiées (18). Elles sont particulièrement marquées entre la Cnam, la DSS et la DGOS. Par exemple, sur 24 individus qui ont travaillé à la Cnam, 7 ont également travaillé au ministère de la Santé. 6 de ces personnes ont travaillé à l'Irdes sur de courtes durées, et 6 à la HAS.

[42] J'ai choisi de retenir les institutions qui se répétaient le plus dans les parcours et de mettre de côté celles qui apparaissaient moins de 5 fois. En ressortent les passages à la Cnam, à la DSS, à la DGOS, à l'Irdes ou à la HAS.
[43] J'ai borné ce temps de février 2017, premiers moments formalisés dans la conception des modèles économiques, à mai 2023 où je rédige ce texte.
[44] Les postes de direction concernent les directions du ministère et de la Cnam, les directions adjointes, les sous-directeurs et directrices et leurs adjoints et adjointes.
[45] Les postes de management concernent les « chefs de bureau » (ministère) ou les « responsables de département » (Cnam) et leurs adjoints et adjointes, et de manière générale les personnes directement responsables de manager une équipe.
[46] Les postes d'exécution se rapportent aux personnes (chargées de mission, chargées de projet, statisticiennes…) responsables des tâches opérationnelles du pilotage et de la mise en œuvre des modèles économiques, et qui n'ont pas de fonction d'encadrement.

Le tableau ci-dessous expose la répartition de ces acteurs selon leur formation.

Tableau n°2 : Répartition des acteurs du panel selon leur formation

Type	Master universitaire en économie	Formation médicale	ENA et/ou ENSAE	Master en Affaires publiques	Grande école d'ingénieur	Master en statistiques à l'université	Autres formations
Effectif	21	10	10	10	5	6	3
Pourcentage	43,8%	20,8%	20,8%	20,8%	10,4%	12,5%	6,25%

Certains de ces diplômes sont cumulatifs : par exemple, parmi les 21 personnes avec un master ou une thèse universitaire en économie, on retrouve 10 médecins, et parmi les 10 personnes formées dans les grandes écoles d'administration se trouvent également trois diplômés de grandes écoles d'ingénieurs.

Les postes de direction sont principalement occupés par de hauts fonctionnaires (6/9) et des médecins formés à l'économie (2/9). Les postes opérationnels se partagent entre personnes formées en master d'économie ou d'affaires publiques et médecins-économistes en début de carrière. Chaque administration a des particularités dans son recrutement. La DSS est marquée par sa double affiliation au ministère de la Santé et au ministère des Finances, qui lui apporte davantage de prestige (Genieys et Hassenteufel, 2012). Elle est ainsi particulièrement investie par des énarques (7/20), qui occupent tous les postes à responsabilité. Elle recrute également un certain nombre de médecins économistes (6/20).

À la Cnam, les plus hauts postes sont également occupés par de hauts fonctionnaires, comme le soulignent les travaux sur l'élite du *Welfare* (Darviche et al., 2023). Les postes de management sont occupés par des médecins économistes et des économistes formés à l'université, tandis que les postes d'exécuteurs sont composés d'économistes formés à l'université et de statisticiens qui participent à la conception et à la maintenance des modèles économiques.

La DGOS est l'administration où on trouve le moins de personnes directement formées à l'économie (3/12), avec des formations en affaires publiques (4/12), des médecins économistes (3/12), ou des formations plus hétérogènes (une personne diplômée en école de commerce, une autre en psychologie). Les décideurs côté DGOS sont plus souvent formés à la direction des hôpitaux (ils n'apparaissent pas dans ce corpus, car ne participent pas au pilotage des instruments). C'est également la seule direction où l'on trouve une circulation marquée entre les postes d'exécuteurs et de grandes firmes de conseil.

Je propose de regrouper sous l'appellation des « économistes administratifs » l'ensemble des personnes formées à l'économie à l'université, à l'ENA, à l'ENSAE ou dans une grande école d'ingénieur, exerçant au sein des administrations nationales, et mobilisant le style de raisonnement, les savoirs et les méthodes économiques pour concevoir les instruments d'action publique. Cela permettra notamment de les distinguer des « économistes académiques » qui font carrière dans la recherche, à l'Irdes, dans une université ou dans une école (notamment l'École des hautes études en Santé publique [EHESP]). Pour les acteurs sortant de ces catégories, je préciserai leur diplôme le plus élevé.

L'absence d'une élite administrative spécialisée en soins primaires

Une des dimensions centrales dans la thèse des acteurs programmatiques est que les membres de l'élite du *Welfare* font carrière au sein des administrations en charge de la Sécurité sociale, permettant une pérennité de leur programme (Hassenteufel et Genieys, 2021). En nous demandant s'il existe une vision programmatique des soins primaires, nous pouvons être tentés de chercher, à partir du processus expérimental, de telles trajectoires dans les soins primaires, et notamment dans les acteurs occupant les plus hauts postes et ayant accès à la décision. Les promoteurs administratifs connaissent cependant un *turnover* régulier. Sur ces 48 acteurs, de février 2017 à mai 2023, seul un acteur a couvert l'ensemble des six années du processus expérimental. 15 acteurs sont restés moins d'un an dans le dispositif, 18 entre un et trois ans et 15 plus de trois ans. Plus la position dans la hiérarchie est basse, plus le *turnover* est rapide (12/27 des exécuteurs restent moins d'un an), lié à des logiques de carrière dans l'administration, mais également à la durée courte des emplois (contrat à durée déterminée voire stages). Le *turnover* en lui-même est habituel au sein des administrations et ne suffit pas à caractériser l'absence de pérennité des acteurs spécialisés dans les soins primaires. En effet, ces personnes pourraient conserver des postes sur les soins primaires permettant d'assurer la cohérence de différentes réformes, voire d'augmenter la coordination entre administrations sur ces thématiques. Cependant, l'analyse qualitative de leurs parcours montre que la spécialisation sur les soins primaires n'est pas pérenne. Je retrace qualitativement trois trajectoires d'économistes administratifs promoteurs des instruments, exerçant en 2018 respectivement à la DSS, à la Cnam et à la DGOS. Ces acteurs ont des carrières sectorielles (dans la santé) à l'image de l'élite du *Welfare* (Darviche et al., 2023 ; Genieys et Hassenteufel, 2012), mais ne restent pas spécialisés sur les soins primaires, quand bien même ils portent une vision de leur organisation.

Encadré n°3 : trois trajectoires professionnelles parmi les principaux promoteurs des instruments

Le parcours de Christophe R., haut fonctionnaire à la DSS et promoteur de Peps :

D'abord Ingénieur polytechnicien, diplômé en 1999, Christophe R. poursuit sa formation par un master à l'ENSAE où il renforce ses connaissances techniques en économétrie avant d'être admis à l'ENA en 2003. Il a ainsi un double profil, formé à la fois à des compétences techniques et mathématiques comme ingénieur, mais également à l'économie politique à l'ENA. Diplômé en 2005, il rejoint l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) où il travaille pendant 6 ans. En 2010, il participe à une mission d'appui sur le développement des ENMR. Intéressé par cette mission, il propose de prendre la suite de la cheffe du projet lorsqu'elle quitte la DSS en 2011. Intégré à la DSS au ministère de la Santé, il pilote les ENMR, un projet de parcours de soins coordonnés pour les personnes âgées, puis le financement expérimental de l'association des infirmières de santé publique Asalée. Nommé sous-directeur du financement du système de soins en 2013, poste qu'il occupera pendant 6 ans, il développe une vision autour de l'organisation des soins primaires. Il participe à l'élaboration de l'expérimentation Peps en 2017, montrant la sédimentation des politiques publiques et les apprentissages effectués au cours de sa trajectoire. « On est aussi des promoteurs d'organisations auxquelles on croit, c'est un peu l'héritage de ce que j'avais fait sur les ENMR. » Il quitte cependant la DSS en 2019, avant la mise en place de Peps, pour être nommé à un poste de direction générale dans une agence de santé, ce qui représente un avancement dans sa carrière, concomitant à la sortie de la thématique des soins primaires.

Le parcours d'Olivier M., médecin-économiste à la Cnam et promoteur de Peps :

Olivier M. est médecin spécialisé en santé publique, il a également un master en économie de l'Université de Paris Dauphine, et un master en politiques de santé de la *London School of Economics.* Durant son internat, il fait notamment un stage à l'Irdes où il travaille sur la répartition géographique des médecins avec des chercheurs en économie, dont Dominique Polton, alors directrice de l'Irdes. Il travaille ensuite au sein de la Mission nationale d'expertise et d'audit hospitalier, pendant deux ans. En 2009, la Mission nationale d'expertise et d'audit hospitalier fusionne avec d'autres agences, aboutissant à la création de l'Agence nationale d'appui à la performance (Anap). Il y reste durant 6 ans dans un rôle d'orientation des stratégies de l'agence. En 2015, Dominique Polton, alors devenue directrice

de la DSES à la Cnam, lui propose un poste dans la direction. Il accepte, et prend en charge la rédaction des Rapports charges et produits, qui proposent annuellement des orientations stratégiques pour les lois de financement de la sécurité sociale. Participant à concevoir le dispositif de l'Article 51, il prend la chefferie de projet Peps à partir de 2018, puis un rôle de coordinateur des expérimentations issues de l'Article 51. Il prend également progressivement un rôle décisionnel dans l'expérimentation Ipep. En 2023, il quitte la Cnam pour rejoindre l'Assistance publique des hôpitaux de Paris.

Le parcours de Virginie L., économiste à la DGOS et promotrice d'Ipep :

Virginie L. a d'abord une formation de juriste spécialisée en santé. Arrivée au début des années 2000 à la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des soins (DHOS, maintenant DGOS), elle est recrutée comme chargée de mission sur la mise en place de la tarification à l'acte. Elle complète alors sa formation initiale par un master en économie de la santé, en parallèle de son travail à la DHOS. Après six ans dans la même direction, elle travaille quelques années à l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation où elle occupe un poste qu'elle décrit comme « beaucoup plus technique » sur la classification et l'information médicale. Elle réintègre la DGOS en 2013 en tant qu'adjointe au chef de bureau, et elle travaille sur de nouveaux modèles de financement de l'hôpital. Durant quatre ans, elle étudie des alternatives à la tarification à l'activité hospitalière, et commence à traiter des sujets davantage tournés vers la coordination entre la ville et l'hôpital. Elle travaille notamment sur les prémices des futures CPTS. Après un passage d'un an à la DSS où elle est cheffe d'un projet de parcours des personnes âgées, elle réalise des voyages d'études en Angleterre et en Belgique sur les soins intégrés. En 2017, elle fait partie du noyau de personnes qui conçoivent le modèle économique Ipep. Intégrée à l'équipe de la rapporteuse générale au sein du Secrétariat général du ministère chargé des affaires sociales, elle poursuit la chefferie de projet Ipep tout en pilotant la mise en œuvre d'autres projets dans le dispositif de l'Article 51. En 2020, elle quitte l'administration centrale pour prendre un poste de responsable au sein d'une Union de représentants des professionnels de santé.

Les postes clés dans les administrations ne portent pas sur la thématique des soins primaires et les possibilités de carrière y sont limitées. Ces acteurs quittent leur poste pour un autre sans lien avec le sujet. Virginie L., une des rares économistes administratives à avoir poursuivi sa carrière autour des soins primaires, le fait en quittant le secteur public.

Par ailleurs, contrairement aux acteurs programmatiques de l'élite du *Welfare*, les économistes administratifs ont des trajectoires hétérogènes et n'occupent pas nécessairement des postes ayant accès à la décision dans les administrations. Patrick Hassenteufel et Williams Genieys identifient que pour former une élite politique, il est nécessaire de détenir « *authority, based on an accumulation of political, administrative, and expert power resources in a policy domain over time*[47] » (Hassenteufel et Genieys, 2021, p. 5). Or si quelques promoteurs des instruments, à l'image de Christophe R., possèdent de telles caractéristiques, la plupart n'ont pas autant de ressources. Ces économistes administratifs sont davantage dans une position de « marginaux sécants » (Jamous et al., 1969) dans les administrations. Ils tirent leurs ressources de leurs circulations (entre administrations, mais également internationales), des relations entre plusieurs administrations et en dehors des administrations (avec des agences sanitaires, avec des économistes académiques). Tout en parvenant à promouvoir des instruments, ils n'appartiennent pas à une élite et n'ont donc pas accès à autant de ressources.

La continuité dans les réformes de soins primaires apparait liée à la relative pérennité de quelques acteurs entre les séquences : Christophe R. fait le lien entre les ENMR et Peps, Virginie L. entre les SPTS et Ipep. Ces acteurs ne sont cependant pas ceux qui mettent en œuvre les instruments puis les promeuvent à la fin des expérimentations, puisqu'ils quittent définitivement le secteur ou l'administration respectivement en 2019 et en 2020. Mais leur départ n'annonce pas la fin des instruments : de nouveaux acteurs, qui n'ont pas connu les séquences antérieures, s'en emparent. La communauté d'instruments permet un « relais » des acteurs administratifs autour de la solution des soins intégrés.

Cette continuité est également liée à la pérennité d'acteurs non administratifs, qui participent à promouvoir un certain type d'instruments : des chercheurs, notamment économistes, qui légitiment les instruments en produisant des savoirs sur eux et participent aux circulations entre modèle de gouvernance et instruments mis en œuvre.

Des experts pérennes, mais sans accès à la décision

Les travaux autour des communautés d'instruments soulignent le rôle d'acteurs extérieurs aux administrations, et notamment de chercheurs, dans la promotion et la légitimation des modèles de gouvernement et des instruments mis en œuvre (Saguin et Howlett, 2019 ; Simons et Schniedermann, 2021 ; Simons et Voß, 2018 ; Voß et Simons, 2014). Jan-Peter Voß et Arno

[47] « De l'autorité, basée sur une accumulation de ressources politiques, administratives et d'expertise dans un domaine de politiques et à travers le temps », traduction proposée par Noémie Morize.

Simons s'intéressent à des instruments de quotas d'échanges d'émissions de gaz à effet de serre. Ils sont d'abord promus par des travaux d'économistes du secteur de l'environnement qui proposent théoriquement de transformer ces gaz à effets de serre en transaction (2018). Gagnant en autorité épistémique après avoir prouvé théoriquement l'efficience de leur proposition, ils convainquent des économistes qui travaillent au sein d'administrations. Ces derniers introduisent progressivement des expérimentations d'échanges d'émissions de gaz. Les évaluations de ces expérimentations sont nuancées (peu de gains d'efficiences sont démontrés), mais les quelques preuves suffisent à légitimer le modèle de gouvernance proposé par ces économistes académiques et à développer les instruments en pratique. Le développement de ces instruments accompagne l'essor de financements publics et de la recherche (Simons et Voß, 2018). De tels effets sont-ils observables dans le cas des soins intégrés en France ?

Plusieurs sociologues observent que la recherche en France sur le système de santé a longtemps été tournée sur l'organisation hospitalière, ce qui est interprété comme « le signe d'une absence de structuration en France des *health services research* » (Hassenteufel et al., 2020, p. 12) ou une reproduction de « l'hospitalo-centrisme du système de santé français » (Moyal, 2021, p. 18). Cette affirmation n'est cependant plus si vraie aujourd'hui, étant donné le nombre de travaux récents en sociologie qui portent sur l'organisation des soins primaires, notamment autour du développement des MSP ou des centres de santé (où l'exercice est salarié) (Aranda, 2022 ; Carini-Belloni, 2022b ; Fournier, 2015 ; Hassenteufel et al., 2020 ; Joubert, 2023b ; Legrand et Pitti, 2024 ; Martinache, 2022 ; Morize et Schlegel, 2023 ; Moyal, 2021 ; Pitti, 2021 ; Schweyer, 2022 ; Vezinat, 2019a)[48]. Comme dans le cas de l'instrument des échanges de gaz à effet de serre (Simons et Voß, 2018), chaque séquence de réformes des soins primaires s'accompagne d'un accroissement de la recherche sur ces sujets. L'Irdes prend alors une place particulière dans cette communauté d'instruments.

Encadré n°4 : L'Irdes, un acteur à la frontière entre administrations et recherche

L'histoire de l'Irdes commence en 1953, avec le Centre de recherches et de documentation sur la consommation (Crédoc). Ce dernier est fondé sous la tutelle du Commissariat au Plan, avec pour mission de mieux comprendre les phénomènes liés à la consommation (Benamouzig, 2005). Dès les années 1960, se constitue en son sein un groupe de chercheurs

[48] Je cite ici les travaux en sociologie à titre d'exemple, mais ce n'est bien sûr pas la seule discipline qui connait cet essor.

qui travaillent sur l'économie de la santé. Ce groupe, d'abord composé majoritairement de médecins, produit des rapports annuels sur les dépenses de santé, les Comptes de la Santé. Dans les années 80, le ministère de la Santé internalise cette tâche, en dépossédant l'équipe d'économie de la santé du Crédoc. Menée par deux économistes de la santé, Arié et Andrée Mizrahi, cette équipe s'autonomise, et fonde le Centre de recherche et documentation en économie de la santé (Crédes) sous statut associatif en 1985. Dès sa fondation, le Crédes bénéficie d'un fort soutien financier de la Cnam (Benamouzig, 2005).

Renommé Irdes en 2004, l'institut accède au statut de groupement d'intérêt public en 2015. Sur la trentaine de chercheurs salariés, dix-sept en 2023 sont des économistes, quelques autres disciplines (médecine spécialisée en santé publique, géographie, démographie, statistiques, sociologie) étant représentées par un ou deux chercheurs chacune. L'Irdes reste majoritairement financé par l'Assurance maladie, bénéficiant également de financements par appels à projets. Ces dernières décennies sont marquées par un mouvement de rapprochement de l'Irdes du monde académique. Ainsi, avant les années 2000, les chercheurs étaient fréquemment recrutés sans doctorat, au niveau bac +5, et certains ont passé leurs thèses entre les années 2010 et 2020. Depuis le début des années 2000, le recrutement de chercheurs déjà docteurs se raffermit. Pour autant, l'Irdes reste un espace de recherche hors du système académique classique, sans rattachement universitaire ou à une école, tourné vers l'évaluation des politiques publiques et l'économie appliquée.

Les relations entre l'Irdes et les administrations restent fortes. Le conseil d'administration de l'Irdes est constitué de huit membres, tous issus d'administrations : quatre appartenant à la Cnam, deux à la DREES du ministère, un à la Mutualité sociale agricole et un à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. Ce conseil est présidé par le ou la directrice en poste à la DSES de la Cnam, le co-président étant le directeur de la DREES. Il y a également des circulations d'acteurs et d'actrices entre l'Irdes, la Cnam et le ministère de la Santé.

À partir des années 2010, un groupe de chercheurs pluridisciplinaires se constitue au sein de l'Irdes en se spécialisant autour de l'évaluation des instruments d'organisation des soins primaires. Ils évaluent notamment l'expérimentation des MSP (Bourgueil et al., 2009 ; Chevillard, 2014 ; Fournier et al., 2014 ; Mousquès, 2015 ; Mousquès et Daniel, 2015), la mise en œuvre des infirmières Asalée (Fournier et al., 2018 ; Loussouarn et al., 2019) et plus généralement l'évolution du groupe professionnel des infirmières en soins primaires (Duchaine et al., 2022 ; Luan et Fournier, 2023 ; Schlegel, 2023 ; Suchier et Michel, 2021).

L'évaluation des MSP démontre que l'exercice regroupé permet d'attirer de jeunes médecins dans des zones sous-dotées, améliorant ou maintenant l'offre de soins (Chevillard, 2014 ; Chevillard et al., 2019 ; Chevillard et Mousquès, 2020). Les résultats économiques soulignent également que l'exercice regroupé a un impact positif sur les gains de productivité (Mousquès, 2015), et sur la qualité des soins, notamment sur la prévention, le dépistage et les prescriptions médicamenteuses (Bourgueil et al., 2009 ; Mousquès et Daniel, 2015). De plus, les MSP offrent de meilleures conditions d'exercice aux médecins généralistes, grâce à une meilleure répartition des temps de loisir et de travail (Biais et al., 2022) et une rémunération légèrement supérieure à leurs collègues hors MSP (Cassou et al., 2020, 2021). Ces évaluations positives participent à légitimer l'instrument des MSP et à le diffuser : les congrès de la fédération des MSP font souvent une part belle aux chercheurs dans leurs invités (Vezinat, 2019a). Ces mêmes recherches relativisent cependant le rôle des incitations économiques dans ces processus, en soulignant que des résultats comparables sont identifiables dans les maisons de santé bénéficiant de financements publics et dans les autres (Cassou et al., 2023).

Ces évaluations permettent également de souder des relations entre ces chercheurs et les promoteurs administratifs des instruments Ipep et Peps. Certains économistes académiques de l'Irdes prennent un rôle d'expert au sein des groupes de travail organisés par les économistes administratifs autours de la conception des grandes lignes du modèle économique Ipep. À partir du lancement des expérimentations, l'Irdes signe une convention d'évaluation et de recherche avec la Cnam autour des deux instruments. Les membres de l'Irdes, et notamment les économistes académiques, prennent alors un rôle d'expert dans la mise en œuvre des modèles économiques. La mise en œuvre de nouveaux instruments leur offre de nouveaux objets de recherche, et leurs recherches encouragent la mise en œuvre de nouveaux instruments. Certains de ces chercheurs participent également à faire du lien entre la communauté d'instruments internationale autour des soins intégrés, et leurs déclinaisons françaises, en produisant du savoir sur des instruments étrangers tels que les ACO (Mousquès et Lenormand, 2017).

Contrairement aux économistes administratifs, ces acteurs sont spécialisés sur les soins primaires et leur suivi des instruments s'inscrit dans le temps long. Ils n'ont cependant aucun accès direct à la décision, manquant de ressources politiques et administratives pour influencer l'action publique. Leur intégration à la communauté leur permet d'influencer la conception des instruments d'une part, et leur travail de recherche contribue à légitimer ces instruments d'autre part.

2. Les promesses des instruments et leurs traductions en modèles économiques

Ces économistes, administratifs et académiques, promeuvent des instruments imprégnés par le style de raisonnement, les savoirs et les méthodes économiques. Il s'agit ici d'une reconfiguration, ou du moins du renforcement d'une tendance, par rapport aux instruments des séquences antérieures. L'accord conventionnel des MSP est un instrument incitatif (Moyal, 2021), qui propose une contractualisation imposant certaines contraintes (en termes de permanence des soins, de coordination) aux professionnels. Les financements sont calculés avec un système de points, dépendant d'une part du nombre de patients affiliés aux médecins traitants et d'autre part de la réalisation de certaines tâches (réunions de concertation pluriprofessionnelles, protocoles de coopération, etc.). Dans le cas des modèles économiques Ipep et Peps, des méthodes d'économétrie[49] vont être mobilisées de manière à imputer certaines mesures (amélioration de la qualité, réduction des dépenses) aux actions des professionnels de santé.

Elizabeth Popp Berman caractérise le style de raisonnement économique par la mobilisation de concepts de base en économie pour penser les problèmes publics et leurs solutions ; le recours aux méthodes économiques ; et l'usage d'un raisonnement causal où les résultats de l'action publique peuvent être rattachés à des causes identifiables et contrôlables (2022). Les économistes administratifs mobilisent les concepts de la théorie des contrats en micro-économie (l'incitation), utilisent des modèles économétriques pour simplifier et quantifier l'action publique, et enfin ils cherchent à orienter le comportement des professionnels de santé afin d'améliorer la qualité des soins et à réduire les dépenses de santé. Ils s'inscrivent ainsi en tout point dans un style de raisonnement économique (Berman, 2022), d'une manière plus affirmée que dans les séquences antérieures. Comment cela se traduit-il de manière pratique dans les instruments d'action publique ?

Les théories de micro-économie sont utilisées en économie de la santé pour comprendre les différences de pratiques des professionnels de santé, et notamment des médecins, selon leur mode de rémunération. Dans cette littérature, on considère que les médecins cherchent à maximiser leur rémunération et modifient donc leur comportement en ce sens. L'hypothèse de la malléabilité de ce comportement fait de la modification des modes de rémunération un mode

[49] Développée à partir des années 1930, l'économétrie est une approche mathématique de l'économie, qui consiste en l'analyse du monde social au travers de modèles algorithmiques fondés à partir de la théorie économique et appliqués à des données.

d'action publique pensé comme efficace pour modifier les pratiques professionnelles (Muller et Hewlett, 2016).

Encadré n°5 : un gouvernement des conduites par la théorie des contrats

Dans les années 70, la théorie des contrats vient renouveler la théorie économique. Critiques face à la théorie des marchés, qu'ils jugent irréaliste, des chercheurs en économie proposent d'introduire une nouvelle dimension dans les modèles économiques qui cherchent à expliquer et prédire les comportements : l'asymétrie d'information. Celle-ci est observable dans des relations contractuelles, lorsqu'un « Principal » propose un contrat à un « Agent ». Alors que l'Agent a des informations que le Principal ne peut pas observer, le contrat doit permettre au Principal d'inciter l'Agent à se comporter de la manière attendue et les acteurs alignent réciproquement leurs objectifs. Une branche de cette théorie se développe en étudiant plus particulièrement le rôle des incitations économiques dans ces interactions. L'incitation économique se fait alors au niveau d'un individu : un Agent économique va pouvoir être induit à produire un effort grâce à des motivations. Celles-ci peuvent être intrinsèques, qui correspondent à un intérêt ou au plaisir que l'individu a à faire une action pour elle-même ; ou extrinsèques, qui correspondent à la réalisation d'une action pour une finalité, qui peut être économique ou symbolique. Avec cette théorie, les économistes reconnaissent l'importance de rétributions symboliques au travail, mais ils se focalisent cependant davantage sur les motivations extrinsèques, notamment économiques, qu'ils estiment plus facilement généralisables (Baker et al., 1988).

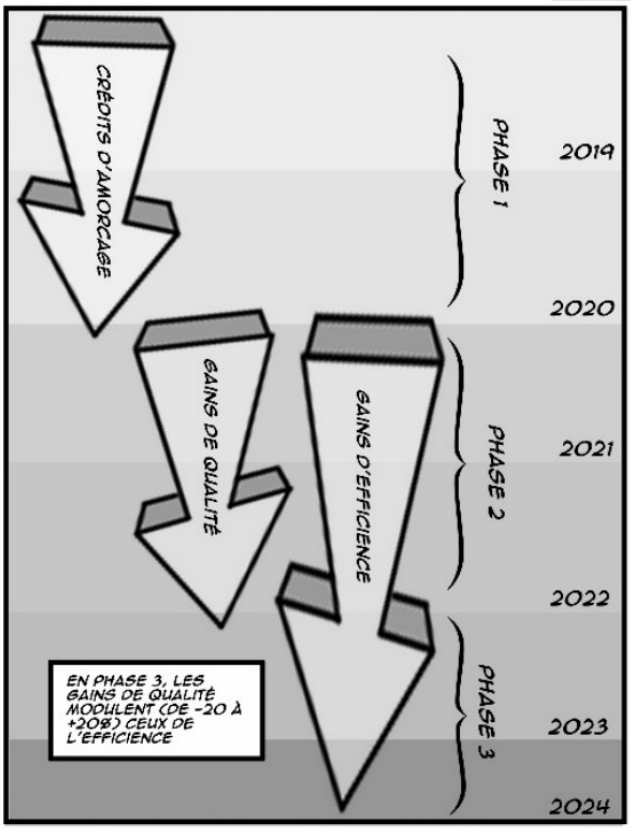
La théorie des contrats est mobilisée par les pouvoirs publics (Berman, 2022), mais également dans les entreprises avec depuis les années 2000 le développement de systèmes incitatifs selon des résultats à la performance (Bernard, 2020a ; Bernard et al., 2019). Dans les gouvernements comme dans les entreprises, cette théorie offre aux décideurs un levier d'orientation des comportements individuels : en ce sens, elle s'inscrit dans une forme de « gouvernement des conduites » : « le gouvernement des conduites suppose que [les conduites], réduites à l'expression de choix individuels, soient économicisées par l'organisation de sanctions économiques et symboliques qui permettent de les orienter » (Dubuisson-Quellier, 2016, p. 15). De manière générale, ces modes de gouvernement visent les pratiques individuelles. Dans le cas d'Ipep et Peps, les modèles sont appliqués à des organisations que les économistes administratifs cherchent à modifier. La théorie des contrats ne propose pas d'analyse à l'échelle

organisationnelle, bien que cette dimension puisse être intégrée comme une « variable » parmi d'autres susceptible d'agir sur le comportement individuel (Newhouse, 1973). Pour autant, les économistes administratifs visent ici une transformation organisationnelle, et non uniquement individuelle.

Les modèles économiques ont une dimension processuelle, liée au mode d'action expérimental dans lequel ils vont être inscrits à partir de 2018. Ils sont évolutifs, les premières années étant perçues comme des périodes d'investissement où l'on subventionne les organisations, avant un passage progressif aux modes de rémunération alternatifs.

La planche ci-dessous présente les différentes composantes des modèles économiques et donne des ordres de grandeur quant aux sommes allouées aux professionnels de santé.

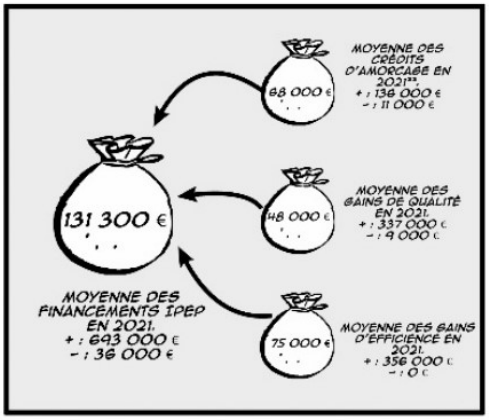
IPEP



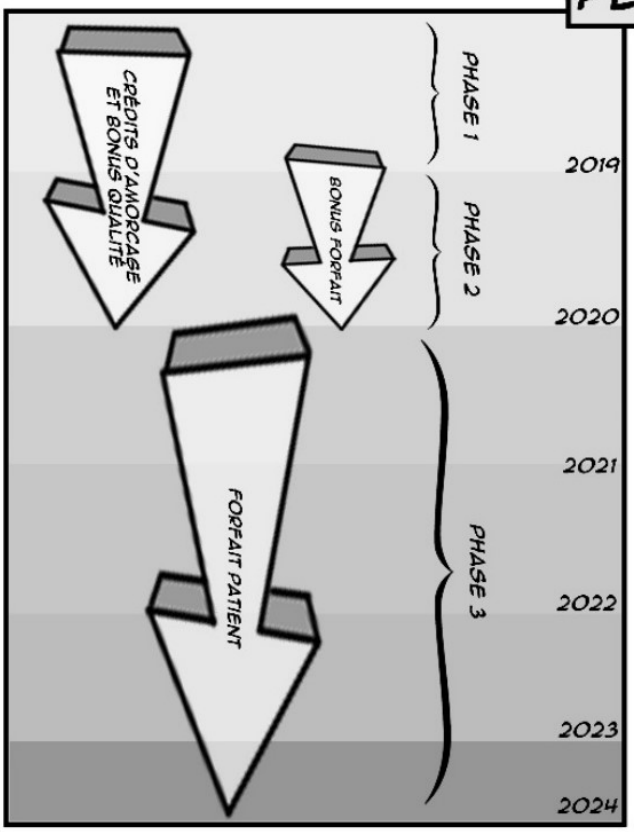
CRÉDITS D'AMORCAGE : SUBVENTIONS ALLOUÉES POUR INITIER L'EXPÉRIMENTATION.

GAINS DE QUALITÉ : FINANCEMENTS ALLOUÉS EN FONCTION D'UN SCORE DE QUALITÉ CALCULÉ À PARTIR D'UNE DIZAINE D'INDICATEURS.

GAINS D'EFFICIENCE : FINANCEMENT ALLOUÉS EN FONCTION D'UN SCORE D'EFFICIENCE, CALCULÉ EN COMPARANT LES DÉPENSES DE LA PATIENTÈLE MÉDECIN-TRAITANT AUX DÉPENSES DE CETTE MÊME PATIENTÈLE L'ANNÉE D'AVANT (2/3) ET À LA MOYENNE NATIONALE (1/3).



PEPS

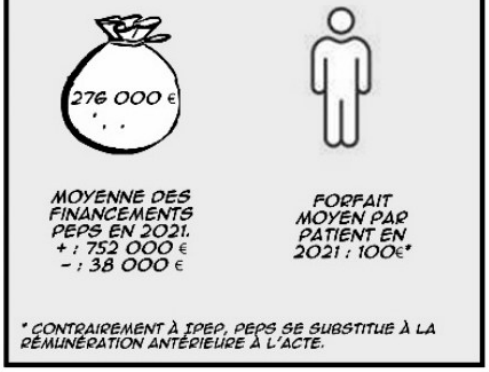


CRÉDIT D'AMORCAGE : SUBVENTIONS ALLOUÉES POUR INITIER L'EXPÉRIMENTATION.

BONUS QUALITÉ : FINANCEMENT ALLOUÉ SELON L'ATTEINTE D'UN SCORE DE QUALITÉ CALCULÉ À PARTIR D'INDICATEURS.

BONUS FORFAIT : FINANCEMENT ALLOUÉ SELON DES SIMULATIONS D'UNE RÉMUNÉRATION AU FORFAIT PATIENT, SI CELLE-CI EST SUPÉRIEUR À LA RÉMUNÉRATION À L'ACTE.

FORFAIT PATIENT : RÉMUNÉRATION COLLECTIVE ALLOUÉE SELON LE NOMBRE DE PATIENTS MÉDECIN-TRAITANT (ET AJUSTÉ SELON PLUSIEURS CRITÈRES, DONT LE PROFIL DES PATIENTS ET LE SCORE DE QUALITÉ).



** LE LECTEUR ATTENTIF SE RENDRA PEUT-ÊTRE COMPTE QUE JE CITE L'ANNÉE 2021 ALORS QUE SUR LE SCHÉMA, IL N'Y A PLUS DE CRÉDITS D'AMORÇAGE. J'AI CHOISI L'ANNÉE 2021 CAR LES INFORMATIONS Y SONT LES PLUS COMPLÈTES. LES CRÉDITS D'AMORÇAGE IPEP, INITIALEMENT PRÉVU POUR 2 ANS, SERONT FINALEMENT RECONDUITS EN 2021 NOTAMMENT EN LIEN AVEC LA PANDÉMIE DE COVID-19.

Les subventions distribuées les premières années sont appelées « crédits d'amorçage ». En plus des crédits d'amorçage, les modèles Ipep et Peps ont tous les deux une double composante : un modèle économétrique et algorithmique, qui se base sur les données de consommation de soin des patients pour essayer de prédire leurs dépenses à venir ; et une dimension de qualité, qui se base majoritairement sur des indicateurs déjà existants, et qui vient majorer ces résultats.

Les modèles économiques ont une matérialité : ils sont composés d'équations mathématiques, basées sur les données de dépenses de santé de l'Assurance maladie et sur des indicateurs produits par des agences sanitaires (Agence technique de l'information sur l'hospitalisation, HAS). Ces modèles économiques cherchent à prédire les dépenses de santé que vont générer les professionnels, en imputant aux professionnels une responsabilité dans la production de ces dépenses, participant à produire ou à expliciter des causalités (Angeletti, 2011). Les modèles économiques partagent également des caractéristiques avec les outils de gestion : comme eux, ils participent à diffuser des normes (Moisdon, 1997) et rencontrent des résistances ou des détournements dans leurs usages (Belorgey, 2013 ; Kletz et Moisdon, 2015). De par leurs dimensions mathématiques, les modèles s'inscrivent dans une « algorithmisation de l'administration » (Cardon, 2018), où l'algorithme n'est pas une transposition neutre et directe des intentions des acteurs et actrices, mais participe à transformer ces intentions durant sa traduction technique (Beaussier et al., 2022). Ainsi, la traduction du style de raisonnement économique en modèles ne se fait pas sans concession face aux théories micro-économiques. Adaptations pragmatiques ou contraintes, les économistes délaissent parfois le style de raisonnement économique pour favoriser ce qu'ils considèrent possible de mettre en œuvre.

L'objet de cette sous-partie est d'analyser les promesses structurelles et fonctionnelles comprises dans ces instruments et leur traduction sous forme de calculs et d'indicateurs, passant en revue tout d'abord le modèle Ipep (1) puis Peps (2). Les instruments présentés ici sont ceux qui ont été pensés et publiés dans les cahiers des charges en 2018[50].

2.1. Des organisations libérales responsables de la santé publique (Ipep)

En analysant le modèle économique Ipep comme un instrument, il est intéressant de se pencher sur les représentations et valeurs dont il est porteur. Selon Jan-Peter Voß et Arno Simons, les instruments comportent des promesses fonctionnelles, c'est-à-dire des objectifs publics qu'ils

[50] Ces instruments ont connu de nombreux ajustements au cours de leur mise en œuvre, qui seront décrits dans le chapitre 4. Voir également en annexe un tableau comparatif des modèles économiques tels que présentés dans le cahier des charges et ceux qui ont finalement été mis en œuvre.

entendent atteindre ; et des promesses structurelles, c'est-à-dire une nouvelle répartition des rôles, des positions et du travail qu'ils impliquent (2014). Les acteurs s'impliquent dans la promotion des instruments en fonction de leurs promesses.

Sous l'objectif public d'augmenter la coordination entre la ville et l'hôpital, l'instrument Ipep implique également une extension de la juridiction des professionnels des soins primaires autour de la prise en charge hospitalière et plus largement en matière de santé publique (1). Ces instruments sont traduits en modèles économétriques reposant sur deux composantes principales : des objectifs d'efficience, où les professionnels peuvent collectivement obtenir une partie des économies qu'ils auraient réalisées en matière de dépenses de santé (2) ; et des objectifs de qualité, autour d'indicateurs portant principalement sur les résultats de santé des patients ayant eu recours aux soins hospitaliers (3).

Un allégement de la surcharge hospitalière par l'extension de la juridiction des professionnels de soins primaires

Le modèle Ipep a pour ambition de combiner trois promesses fonctionnelles, perçues comme allant de pair : l'augmentation de la coordination entre professionnels et secteurs d'exercice, la réduction des dépenses de santé et l'amélioration de la qualité des soins.

> Cette coordination doit se traduire par une meilleure performance des organisations qui recouvre deux dimensions : la dimension qualité qui se traduit par une amélioration de la qualité au bénéfice du « patient » (qualité de la prise en charge) et des « professionnels » (qualité de vie au travail) ; la dimension économique qui se traduit par une maîtrise des dépenses de santé (Document interne, Compte rendu de groupe de travail sur les financements innovants, Fiche Performance, mai 2017).

L'accroissement de la coordination entre les secteurs de la ville et de l'hôpital devrait réduire les dépenses pour l'Assurance maladie tout en améliorant la qualité des soins. Les membres de l'administration font l'hypothèse que les soins primaires peuvent mieux prendre en charge les patients afin de diminuer des hospitalisations dites évitables (par un dépistage précoce ou une prévention accrue), de réduire le nombre de passage aux urgences non suivies d'hospitalisation (par une meilleure offre dite de permanence des soins), ou encore de décroître les réhospitalisassions en augmentant le suivi des patients à domicile après un épisode de soin. Ces objectifs lient réduction des dépenses (les soins hospitaliers étant coûteux) à des soins qui deviendraient de meilleure qualité, suivant une logique d'efficience.

Le modèle économique s'adresse à des organisations : des MSP de taille importante[51] ou des CPTS. Les promoteurs d'Ipep expliquent les difficultés de coordination entre la ville et l'hôpital par l'absence d'organisations intermédiaires en ville, rendant difficile la coopération entre les hôpitaux (comme acteurs collectifs) et chaque professionnel libéral (comme acteur individuel). Comme pour les CPTS, l'objectif d'Ipep est la mise en place d'organisations territoriales susceptibles d'assurer un suivi de la patientèle lorsqu'ils ne sont plus pris en charge par l'hôpital.

> « Nous, il nous faut une organisation territoriale » (Entretien, Julie M., formée en master d'Affaires publiques, DGOS, 11/2019).

> La volonté et la capacité des groupements à travailler ensemble et à mettre en place une organisation territoriale innovante centrée sur le patient constituera un élément clé dans la sélection des candidats. Ils devront définir des objectifs communs pour améliorer le parcours de leur patientèle et mobiliser les autres acteurs de leur territoire (Document public, appel à manifestation d'intérêt Ipep, juin 2018).

Cette promesse fonctionnelle entraîne une promesse structurelle : une certaine vision de la juridiction des soins primaires, c'est-à-dire des tâches que ces professionnels doivent prendre en charge. Cette extension de leurs juridictions professionnelles est pensée *a priori* sans concurrence avec le mandat hospitalier, puisque les professionnels de soins primaires sont principalement amenés à étendre leur activité en amont et en aval des hospitalisations. Les professionnels de santé exerçant en ville sont alors vus comme devant soulager le fardeau hospitalier en s'organisant et en créant ces organisations intermédiaires. La structuration en MSP, au moment où les CPTS n'ont pas vraiment d'existence, permet aux pouvoirs publics de concevoir une politique à destination d'organisations, et non pas de médecins généralistes isolés. En faisant des MSP le support d'expérimentations et de financements publics, le modèle Ipep participe également à renforcer leur légitimité et les ressources des organisations participantes.

Au travers du modèle, les professionnels de santé sont incités à produire moins de dépenses et davantage de qualité pour obtenir des financements, appelés « intéressements ». Cela implique

[51] Les MSP candidates doivent avoir plus de 5 000 patients affiliés aux médecins traitant, alors que la moyenne nationale était de 4 337 patients par MSP en 2019 (Document interne, rapport de la commission paritaire nationale des structures pluriprofessionnelles, Assurance maladie, juin 2022).

une seconde promesse structurelle, où les professionnels sont perçus comme devant prendre leurs responsabilités dans l'organisation des soins. Ils doivent trouver eux-mêmes les solutions pour augmenter la coordination, la qualité des soins et réduire les dépenses. Pour cela, l'expérimentation prévoit une mise à disposition de certaines données territoriales et des restitutions des résultats des collectifs, de manière à ce que les professionnels puissent identifier les besoins spécifiques à leur patientèle.

> « C'est un modèle, où le modèle stratégique est pensé aussi en tirant des enseignements de l'analyse de données appariées "ville hôpital". Si les acteurs sont en capacité de réfléchir à une amélioration du parcours de soins de leurs patients, c'est parce qu'ils s'appuient aussi sur des constats d'évidence, qui sortent de leur expérience, et des données qu'ils ont à leur disposition » (Entretien, Thomas N., économiste académique, Irdes, 10/19).

Le but est de développer des systèmes de gouvernance partagée, comme on peut en observer dans les systèmes anglais et américains. Cette notion de gouvernance partagée implique un transfert de responsabilité autour de la santé publique. Aujourd'hui, les professionnels de santé sont en charge des soins individuels des personnes qui se présentent à eux, mais l'organisation de la prévention et des soins sur un territoire est l'affaire des pouvoirs publics, qu'il s'agisse des ARS ou des collectivités locales (Loncle, 2009). Or dans le modèle Ipep, les professionnels se voient rajouter à leur travail de soin un travail d'organisation des soins, qui doit être ciblé et guidé par les données.

« Faites des économies et nous les partagerons » : le principe des gains d'efficience

Les économistes présentent Ipep comme un moyen de réaliser des économies, notamment, en évitant les passages aux urgences et les hospitalisations estimées statistiquement évitables. Le cœur du modèle est un algorithme qui compare la consommation de soins des patients affiliés aux médecins traitants de la structure expérimentatrice à la consommation de soin au niveau national. Le modèle n'est pas prédictif : il se base sur les données existantes, antérieures, analysées a posteriori pour juger des performances des organisations.

Les gains d'efficiences sont calculés en comparant la dépense du collectif à deux éléments : la dépense du collectif à l'année précédente et la dépense nationale. Ces dépenses sont ajustées aux caractéristiques de la patientèle, c'est-à-dire en prenant en compte les caractéristiques de la patientèle du collectif, notamment en termes d'âge, de genre, d'affection longue durée,

d'affiliation à la complémentaire santé solidaire, et avec un indicateur d'accessibilité potentielle localisée[52] de commune de résidence des patients.

Les deux écarts calculés vont être pondérés : 2/3 pour l'écart avec l'année N-1 (En), 1/3 pour l'écart avec la moyenne nationale (Em). Si l'écart est négatif, il est ramené à zéro. La somme obtenue est ensuite multipliée par « un coefficient de partage » de 50% afin d'obtenir un montant « Ipep » par patient, qui est donc multiplié par le nombre de patients médecins traitants du groupement (Nmt). La formule mathématique est la suivante :

$$\text{Financement lié à la performance} = \left(\left(\frac{2}{3} * En + \frac{1}{3} * Em\right) * \frac{1}{2}\right) * Nmt$$

Pour expliquer simplement : une organisation de santé, pour obtenir des gains d'efficience, doit faire en sorte que sa patientèle consomme moins de soins dans l'ensemble (médicaments, soins hospitaliers, soins ambulatoires, etc.) que l'année d'avant, et/ou que la moyenne nationale.

Des indicateurs de qualité hospitaliers pour réguler les soins primaires

Le modèle comprend également une dimension qualité, qui est présentée comme un but concomitant par les économistes administratifs, car en l'améliorant les professionnels devraient réduire les dépenses simultanément. La qualité devient alors une stratégie de limitation des dépenses. Ce présupposé est présent dans les politiques américaines. Ainsi, aux États-Unis, la qualité a été progressivement acceptée comme une solution de gestion des soins, permettant d'éviter le sujet houleux de la restriction des soins tout en promouvant une rationalisation des dépenses (Lepont, 2020). En France, l'introduction d'indicateurs de qualité à l'hôpital depuis les années 2000 s'est faite comme une « rationalisation douce », plus légitime auprès des professionnels et moins conflictuelle que des mesures d'efficiences (Bertillot, 2014).

Les économistes académiques conçoivent ces indicateurs de qualité comme une sécurité dans le modèle, permettant de s'assurer que les médecins n'encouragent pas leurs patients à la sous-consommation de soins pour obtenir des gains d'efficience.

> Lors d'une réunion à l'Irdes, un des chercheurs en économie fait une présentation au reste de l'équipe d'évaluation pour expliquer le modèle Ipep. Il présente les

[52] L'indicateur d'accessibilité potentielle localisée décrit, pour les soins délivrés par les médecins généralistes d'une commune, l'adéquation entre l'offre et la demande. Il a pour ambition d'être un indicateur d'offre de soins plus fin que celui de la densité médicale, en prenant en compte à la fois les besoins de soins de la population, ajustés selon les tranches d'âges à partir des moyennes de consommation de soin ; le niveau d'activité des professionnels exerçant ; et enfin, la distance à l'offre de soins en prenant en compte les communes avoisinantes (Legendre, 2020).

indicateurs de qualité ainsi : « Les indicateurs de qualité dans Ipep sont des indicateurs de processus : on ne veut pas que ces incitations d'efficience génèrent des pertes de chance en termes de qualité. Donc les indicateurs de qualité sont aussi là pour faire un contrôle, pour documenter l'impact sur la qualité » (Observation, réunion Irdes, février 2022).

Un score de qualité est calculé à partir d'un score sur 100, établi à partir de dix indicateurs. Des objectifs dits « intermédiaires » et « cibles » sont fixés, qui correspondent, lorsque l'indicateur est calculé au niveau national, à la moyenne nationale pour l'objectif intermédiaire, et à un score supérieur à celle-ci pour l'objectif cible. L'atteinte de ces différents objectifs, ou à défaut, l'évolution du groupement par rapport à son score à l'année N-1 permet d'établir le score des indicateurs. Pour les indicateurs qui ne sont pas calculés dans le système national des données de santé, les objectifs intermédiaires et cibles sont fixés au sein par les économistes administratifs. En plus de cela, un questionnaire d'expérience du patient rajoute jusqu'à 20 points de *bonus* à ce score de qualité.

Encadré n°6 : Les dix indicateurs de qualité Ipep

À l'exception du premier, ces indicateurs s'appliquent à la patientèle affiliée aux médecins traitants du collectif.

- Part des usagers domiciliés sur le territoire du groupement qui ont déclaré un médecin traitant (Système national des données de santé [SNDS]) – évolution attendue à la hausse
- Taux de passage aux urgences non suivis d'hospitalisation (SNDS) - évolution attendue à la baisse
- Part des admissions directes en hospitalisation de médecine (SNDS) - évolution attendue à la hausse. Une admission directe à l'hôpital se fait sans passage aux urgences, y compris en cas d'hospitalisation non programmée.
- Taux d'usage des dossiers médicaux partagés (dossier médical partagé [DMP] national ou solution e-parcours DMP compatible) (recueil *ad hoc* en lien avec le service concerné à la DGOS et les ARS) - évolution attendue à la hausse
- Taux de réhospitalisation à 30 jours (SNDS) - évolution attendue à la baisse

- Taux d'hospitalisations potentiellement évitables (SNDS) - évolution attendue à la baisse
- Qualité de la lettre de liaison à l'entrée[53] (recueil *ad hoc* via la remontée des données des professionnels des organisations de santé) - évolution attendue à la hausse
- Part des hospitalisations en médecin et psychiatrie avec une consultation (médecin généraliste ou infirmière) dans le mois suivant (SNDS) - évolution attendue à la hausse
- Actions de prévention et promotion de la santé (recueil *ad hoc* via la remontée des données des professionnels des organisations de santé) - évolution attendue à la hausse
- Part des patients du groupement en polyprescription continue, c'est-à-dire la part de patients à qui l'on a prescrit sur une période donnée plusieurs traitements prolongés. (SNDS) – évolution attendue à la baisse

En plus de ces dix indicateurs, le cahier des charges Ipep prévoyait la possibilité pour chaque collectif d'établir trois indicateurs dits « à la carte », adapté aux spécificités de leur organisation.

Sur ces dix indicateurs, sept d'entre eux sont calculés de manière automatisée dans le SNDS : ils préexistent au modèle Ipep. Six d'entre eux portent sur les dépenses hospitalières, faisant implicitement d'Ipep un modèle tourné vers l'allégement des dépenses hospitalières. C'est un effet de l'orientation d'Ipep pour inciter à la coordination avec l'hôpital, mais aussi de la faible quantification des soins primaires. En France, des indicateurs de qualité ont été élaborés au début des années 2000 dans le secteur hospitalier, dans un processus de normalisation des savoirs et des pratiques médicales (Bertillot, 2014). La conception de ces indicateurs par des acteurs économiques et gestionnaires, notamment à la HAS, s'est fait grâce à l'informatisation des données hospitalières dans le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) (Bertillot, 2014). Or, à l'échelle des soins primaires, le recueil des données par organisation (par MSP) n'existe pas. Les données de l'Assurance maladie reposent principalement sur la production de soins (facturation d'actes, prescriptions médicamenteuses) et sont produites individuellement et automatiquement par chaque professionnel, grâce à la Carte vitale. Ces données ne permettent pas une évaluation à l'échelle d'une organisation, et ne

[53] Pour une hospitalisation programmée, les patients doivent posséder une lettre établie par leur médecin généraliste et détaillant leur situation.

renseignent pas les effets des soins sur la santé des patients. Les indicateurs de qualité sont donc définis, d'abord lors du groupe de travail puis validés avec les professionnels de santé, en se basant à la fois sur les modèles étrangers, mais surtout sur les indicateurs déjà existants en France, notamment ceux développés par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation et la HAS dans le cadre des rémunérations hospitalières.

> « On a fait en première phase une revue des indicateurs de qualité existants, utilisés dans les différents systèmes pour mesurer la coordination et l'efficacité des systèmes de santé. On a identifié les grandes dimensions qu'il nous semblait pertinent de mesurer au regard des objectifs que se fixait l'expérimentation Ipep. On a essayé d'être le plus exhaustif possible, on avait une batterie de 50 ou 100 indicateurs, je sais plus. On les a soumis aux groupements Ipep dans la phase de coconstruction (…). Le critère de faisabilité était le plus important parce qu'il fallait que les indicateurs soient au maximum automatisables. Ce qui est notre objectif, c'est de ne pas avoir des indicateurs déclaratifs qui mettent une charge supplémentaire sur les équipes parce qu'elles impliquent du recueil et du coup des données aussi pas forcément très fiables, qui ne permettent pas non plus de se comparer à une moyenne nationale ou même aux autres groupements » (Entretien, Élodie B., formée en master d'Affaires publiques, Ipep, DGOS, 12/2020).

Si la plupart de ces indicateurs font déjà l'objet d'un recueil automatisé, trois indicateurs ne le sont pas : le taux d'usage des dossiers médicaux partagé, l'évaluation de la lettre de liaison à l'entrée, et l'indicateur de prévention. La conception et la mise en œuvre de ces trois indicateurs vont être prises en charge par différents services : le premier, par un service annexe au sein de la DGOS, spécialisé dans le déploiement des systèmes d'information, le second, par la HAS, et le troisième par les économistes administratifs de la DGOS et de la Cnam. Je reviendrai plus en détail sur le travail concret de conception de ces indicateurs au cours du chapitre 4.

À partir du score obtenu lors du calcul des indicateurs de qualité, les collectifs peuvent obtenir un intéressement à part pour les deuxièmes et troisièmes années de l'expérimentation. Une enveloppe totale d'intéressement qualité est calculée pour l'ensemble des organisations Ipep, qui correspond à 0,2% de l'ensemble des dépenses des organisations. Chaque organisation se voit attribuer une part plafonnée de ce budget qui correspond à la part de sa patientèle médecin traitant sur l'ensemble des groupements. Par exemple, si un groupement a une patientèle qui représente 5% de la patientèle incluse dans l'expérimentation Ipep au niveau national, son

enveloppe qualité sera de 5% du budget national. Puis, selon son score sur 100, il obtient le pourcentage équivalent de cette enveloppe qualité qui lui a été attribuée. Par exemple, si ce même groupement a un score de 60, il obtiendra 60% des 5% de l'enveloppe nationale.

2.2. Une extension des juridictions professionnelles des infirmières vers l'activité médicale (Peps)

Au travers d'une promesse fonctionnelle d'augmenter la coordination entre professionnels de soins primaires, le modèle économique Peps ambitionne d'inciter les médecins généralistes et les infirmières à repenser localement leurs juridictions professionnelles et la division du travail de soin. En effet, le modèle Peps suppose qu'en payant en équipe des médecins généralistes et des infirmières, ces professionnels vont se répartir le travail de soin en augmentant les tâches allouées aux infirmières, de manière à réduire celles prises en charge par les médecins. Ces derniers, dans ce contexte de démographie médicale en baisse, sont perçus comme devant prioriser leur travail autour des tâches de diagnostic et de prescription, alors que les infirmières pourraient plus largement prendre en charge le suivi de certains patients, la coordination des parcours de soins ou encore des tâches de prévention. Dans un premier temps, nous reviendrons sur cette conception du forfait comme moyen d'augmenter la coordination entre les médecins généralistes et les infirmières (1), avant de nous intéresser à sa traduction en modèle économique. Le forfait imaginé par les économistes administratifs ne s'affranchit pas totalement de la référence au paiement à l'acte, de manière à tenter de prévenir certains effets négatifs du forfait soulignés dans la littérature économique (2). Le forfait contient également des indicateurs de qualité, qui portent principalement sur des résultats cliniques fixés par des standards médicaux (3).

Face à la baisse de la démographie médicale, l'extension des juridictions professionnelles des infirmières

L'instrument Peps a comme promesse fonctionnelle l'augmentation de la coordination entre médecins et infirmières, qui devrait permettre d'accroître la qualité des soins tout en limitant les dépenses de santé. La promesse structurelle sous-jacente est que l'instrument permettrait une meilleure répartition du travail de soin, notamment en augmentant la délégation de tâches entre les deux professions. Les infirmières sont ainsi supposées effectuer certaines tâches à la place des médecins, ce qui est moins coûteux et permet aussi aux médecins de prendre en charge davantage de patients. Cette promesse structurelle implique une division des frontières professionnelles entre médecins et infirmières, avec une extension des juridictions professionnelles (Abbott, 1988) des secondes en défaveur des premiers. Ces évolutions sont

cependant pensées à un niveau local, où chaque collectif pourrait ainsi décider collégialement de la répartition du travail. En effet, les économistes administratifs se basent sur les acquis de la séquence des MSP pour poursuivre la structuration organisationnelle des soins primaires, en cherchant à renforcer la coopération interprofessionnelle au sein de ces structures.

> « Donc on commence à travailler là-dessus et on se dit : “Il faudrait… Allez ! Là, on lance un appel à projets ! On veut faire quelque chose autour de cela, justement, autour de la rémunération au forfait.” Et on se dit : “La nouveauté, c’est que tant qu’à faire, on joue le truc jusqu’au bout, on fait un paiement au forfait, pas seulement pour le médecin, mais pour une équipe de soins” » (Entretien, Christophe R., économiste administratif, énarque, Peps, DSS, 07/20).

Si dans le modèle Ipep, l’objectif de faire des économies est affiché de manière frontale, cela est moins direct dans Peps : cet objectif reste implicite, au travers de la délégation des tâches, mais rarement explicité aux professionnels de santé. Pour autant, les membres des administrations nationales ne prétendent pas investir dans les soins primaires ou la prévention au travers du modèle Peps. Au contraire, dans une perspective que le modèle puisse être appliqué à l’ensemble de la France, il est tout de suite pensé comme devant être déployé à coût identique.

> « Pour Peps on veut que le modèle soit efficient, c’est pour ça qu’il y a eu ce parti-pris qui a été fait, qui n’est pas un parti-pris facile, mais qui est que le modèle Peps soit isopérimètre par rapport aux dépenses de santé actuelle, c’est-à-dire qu’en fait ce soit un changement de la structure et de la manière dont on rémunère les professionnels de santé, mais pas un changement en valeur (…). C’est des sujets qu’on a très régulièrement avec les professionnels de santé, on aurait pu faire le choix de dire “on change de modèle et avec ce changement de modèle on majore les forfaits, le modèle économique pour permettre cette transition”. Et il y a un choix qui a été fait, de ne pas le faire justement pour viser la généralisation. Si on avait dit “on donne plus 15% en plus par rapport aux modes de rémunération actuelle”, on savait que la chance de généralisation du projet n’était pas possible et c’est là aussi peut-être une différence, une indication que c’est piloté par la DSS qui est cette prégnance de la question de l’efficacité des dépenses, de l’efficience et du niveau de la dépense pour sa soutenabilité pour le système de santé » (Entretien, Laurent R., économiste administratif, énarque, DSS, 01/21).

Le modèle Peps doit permettre que les médecins, rémunérés pour le même montant, augmentent le volume de leur patientèle sans baisser le nombre total de consultations. Il ne prévoit aucun montant supplémentaire pour financer des actes ou des professionnels non rémunérés par le paiement à l'acte.

Un forfait patient peu assumé : des ajustements contre les risques de la forfaitisation

Dans la conception du modèle économique, les économistes administratifs s'appuient sur la littérature économique pour tenter de prévenir les inconvénients du mode de rémunération au forfait. L'intention de ces acteurs n'est pas de remettre en cause entièrement le paiement à l'acte, mais de répondre à certaines critiques majeures. Ces critiques portent notamment sur la dimension inflationniste de l'acte, et sur la rémunération estimée insuffisante de la prise en charge des patients atteints de maladie chronique, et de la prévention (Paris et Devaux, 2013 ; Samson, 2009). Cette même littérature souligne cependant que les médecins, rémunérés au forfait, pourraient suivre leur patientèle aussi peu que possible, en les voyant trop peu ou en les déléguant à d'autres professionnels ou structures de soin. Les médecins pourraient également sélectionner une patientèle en meilleure santé et demandant moins de suivi (Grignon et al., 2002 ; Paris et Devaux, 2013 ; Samson, 2009).

Devant le constat qu'une solution parfaite n'existe pas, les économistes académiques recommandent des systèmes de rémunération mixtes (Samson, 2009). Le mélange de plusieurs modes de rémunérations permettrait de prévenir voire d'annuler leurs effets négatifs respectifs. En France, cette diversification est déjà en cours, avec l'introduction en 2004 de forfaits pour les patients affiliés aux médecins traitants, et en 2009 de contrats à la performance, les Rémunérations sur objectif de santé publique (ROSP), qui rémunèrent individuellement l'atteinte de certains objectifs de qualité des soins (Bloy, 2010 ; Brunn, 2022). Pour les médecins exerçant dans une MSP contractualisée, le paiement à l'acte représente 71,3% de leur rémunération (Rapport Charges et produits, Cnam, 2021).

Les économistes administratifs conçoivent Peps comme une nouvelle voie de diversification, s'inscrivant dans cette logique combinatoire.

> « Notre abord sur Peps c'était un peu ça. Finalement sur les 20 millions de malades chroniques que l'on a au régime général (…), il faut changer la prise en charge. Notre idée est plutôt de dire : on va essayer de renforcer, sans forcément complètement substituer le paiement à l'acte, renforcer une prise en charge

> forfaitaire qui existe déjà, dans une logique de suivi de population, et sortir de négociations à l'acte, prestation par prestation, et d'avoir une logique plus forfaitaire. Donc on s'est un peu rencontré là-dessus » (Entretien, Olivier M., économiste administratif, médecin de santé publique formé à l'économie, Peps, Cnam, 10/2019).

Connaissant les effets perçus comme négatifs du forfait, les économistes administratifs tentent de les contrer par des ajustements mathématiques des résultats.

L'algorithme du forfait se base sur des données de consommation de consultations de médecine générale de la patientèle affiliées aux médecins traitants sur une année, pour tenter de prédire pour l'année suivante le coût moyen de chaque patient afin de l'allouer sous la forme d'un forfait. Afin de prédire de la manière la plus juste possible ses dépenses, les économistes administratifs y incluent des informations sur ses caractéristiques médicales et sociales : son sexe, son âge, la déclaration d'affection longue durée. Afin d'essayer de saisir les caractéristiques socio-économiques des patients, ils prennent en considération l'affiliation à une complémentaire santé solidaire, et une majoration proportionnelle au taux de pauvreté du territoire où est installée l'organisation.

En plus de ces éléments qui relèvent de la dimension prédictive du modèle (prédire au plus près la consommation des patients), les économistes administratifs incluent deux ajustements relatifs au contrôle des pratiques des médecins généralistes, afin de s'assurer que le forfait n'entraîne pas de sous-consommation des soins. Le premier est un ajustement à l'activité : les économistes administratifs continuent de suivre la production d'actes des médecins généralistes malgré le forfait, et les médecins généralistes doivent maintenir une activité comprise entre 85 et 115% de leur moyenne antérieure pour éviter des sanctions financières. Le second ajustement de contrôle est le « taux de fuite », renommé par la suite « taux de fidélisation ». En mettant en place le forfait, les économistes administratifs font face à la question du libre choix du praticien par le patient, les patients n'étant pas contraints de consulter leur médecin généraliste traitant. Cela entraîne un risque de double facturation : qu'un patient suivi par un médecin A rémunéré au forfait dépense en plus du forfait des consultations avec un médecin B rémunéré à l'acte. Les économistes administratifs contrôlent donc le nombre d'actes de médecine générale réalisés chez d'autres praticiens, et les soustraient au forfait pour éviter de rémunérer deux fois le même travail (une fois au médecin A, une seconde fois au médecin B).

Par ailleurs, se substituant au paiement à l'acte, le forfait Peps ne s'inscrit plus dans les conventions médicales qui impliquent non seulement les professionnels libéraux et l'Assurance maladie, mais aussi deux autres payeurs : les assurances complémentaires et les patients. Or le cadre expérimental rend complexe une négociation avec les complémentaires sur leur participation à un modèle économique peu stabilisé. Il est donc admis que le modèle économique Peps permettra une prise en charge totale, sans avance de paiement ni reste à charge, des soins dispensés dans son cadre. Ce postulat s'écarte de la philosophie de contribution minimale adoptée jusqu'à présent par l'Assurance maladie, censée permettre une autorégulation de la consommation par le patient. Cependant, il ne s'agit pas d'une volonté sociale d'étendre la couverture ou de réduire le reste à charge des patients et patientes, mais d'une difficulté technique de prendre en considération la part des assurances complémentaires dans un modèle en cours d'élaboration.

> « Il y a la question de la participation des complémentaires et des assurés, quand même un sujet très structurant, parce qu'aujourd'hui on a postulé le… Enfin c'est pas qu'on a postulé, c'est qu'on fait faire un premier passage en 100% assurance maladie pour commencer, mais il va falloir quand même réfléchir dans une deuxième phase à la manière on fait participer les complémentaires et les assurés, sinon (…) le modèle ne pourra pas être généralisé » (Entretien, Laurent R., économiste administratif, énarque, DSS, 01/21).

Cette prise en charge totale est pensée comme provisoire, caractéristique de la phase expérimentale.

Des indicateurs de qualité médicaux

Le modèle Peps inclut également des dimensions relatives à la qualité, de manière beaucoup moins centrale que dans le modèle économique d'Ipep. Les résultats d'atteinte d'indicateurs de qualité viennent moduler de -10 à +10 % la rémunération Peps. Davantage que dans Ipep, les indicateurs de qualité Peps sont orientés par une conception médicale de la qualité, intégrant par exemple des indicateurs relatifs à la pertinence de la prescription des médicaments.

Encadré n°7 : Indicateurs de qualité Peps

Les sept indicateurs qualité et performance sont tous calculés à partir du SNDS, et ajustés aux caractéristiques de la patientèle :

- Part des patients Peps en polyprescription continue, c'est-à-dire la part de patients à qui l'on a prescrit sur une période donnée plusieurs traitements prolongés (attendu à la baisse)
- Part des patients Peps en polyprescription cumulative, c'est-à-dire la part de patients à qui l'on a prescrit sur une période donnée plusieurs médicaments (attendu à la baisse)
- Nombre moyen de prescriptions différentes de médicaments remboursés par personne (attendu à la baisse)
- Part de patients Peps ayant eu au moins une consommation inappropriée d'un des traitements décrits comme tels dans la littérature (attendu à la baisse)
- Taux d'hospitalisations potentiellement évitables (attendu à la baisse)
- Part de patients chroniques en affection longue durée ayant eu un rendez-vous (médecin généraliste ou infirmière) dans le mois qui suit leur sortie d'hospitalisation en médecine et psychiatrie (attendu à la hausse)
- Délai médian entre la sortie d'hospitalisation en médecine et psychiatrie et un rendez-vous (médecin généraliste ou infirmière) en aval pour les patients chroniques en affection longue durée (attendu à la baisse)

Pour le forfait patients diabétiques, trois indicateurs clinico-biologiques sont également intégrés :

- les taux d'HbA1c (hémoglobine glyquée), dosage sanguin reflétant l'équilibre glycémique sur les 2 à 3 mois précédant le prélèvement
- Sur la mesure de la microalbuminurie, dosage de l'albumine dans les urines, qui donne une indication sur le fonctionnement rénal
- Sur la mesure de la pression artérielle

Des objectifs dits « intermédiaires » et « cibles » sont fixés, qui correspondent, lorsque l'indicateur est calculé au niveau national, à la moyenne nationale pour l'objectif intermédiaire, et à un score supérieur à celle-ci pour l'objectif cible. L'atteinte de ces différents objectifs, ou à défaut, l'évolution du groupement par rapport à l'année N-1 permet d'établir le score lié aux indicateurs. En plus de cela, un questionnaire d'expérience du patient rajoute jusqu'à 20 points bonus à ce score de qualité.

Ces indicateurs visent à valoriser des pratiques présumées de qualité effectuées au sein des collectifs engagés. Ils permettent aux professionnels d'avoir un levier d'augmentation potentielle de leur rémunération, participant également à une tentative des pouvoirs publics de rendre ce forfait plus attractif pour les médecins généralistes.

> « Mon forfait, je ne peux pas dire qu'il doit coûter exactement la même chose que le paiement à l'acte, parce que cela n'est pas possible, quand on lance une expé, on ne peut pas faire cela, mais ce que je dis un peu, c'est que le forfait ne peut pas coûter, au global, plus cher qu'au paiement à l'acte dans la mesure de la qualité supplémentaire qu'il apporte, c'est-à-dire que si je mets plus d'argent, je veux plus de qualité » (Entretien, Christophe R., économiste administratif, énarque, Peps, DSS, 07/20).

Dans le forfait Peps, les indicateurs de qualité concernent davantage des normes de bonne pratique définies à partir de savoirs médicaux, là où dans Ipep ils renvoient à des dimensions davantage organisationnelles de résultat de processus.

Conclusion : Un « relais » d'économistes vers une économisation des réformes des soins primaires ?

Ce chapitre a démontré une continuité entre les modèles économiques Ipep et Peps et les séquences antérieures de réformes des soins primaires. Tout d'abord, des économistes administratifs et académiques promeuvent des instruments de coordination traduits de modèles internationaux de gouvernance (les soins intégrés). Par ailleurs, ces économistes administratifs mobilisent de manière croissante un style de raisonnement économique, traduisant leurs objectifs en modèles économétriques.

Les économistes administratifs s'appuient sur les séquences antérieures, et notamment celle des MSP, pour concevoir et mettre en œuvre ces nouveaux instruments. Je propose trois pistes principales afin d'expliquer cette sédimentation entre les séquences, malgré l'absence d'une élite pérenne spécialisée sur les soins primaires.

Premièrement, la communauté internationale autour du modèle des soins intégrés légitime les instruments visant à augmenter la coordination dans le système de santé et fournit des outils prêts à l'emploi aux membres des administrations. Les économistes administratifs et académiques effectuent des voyages d'études ou de recherche autour des instruments de soins intégrés. Ils mobilisent également la littérature internationale et les recommandations des

organisations internationales afin de traduire ces modèles de gouvernance sous forme d'instruments adaptés aux contextes nationaux. En cela, mon travail confirme l'intérêt de mobiliser le concept de « communauté d'instruments » dans l'analyse de processus de traduction de politique, éclairant les circulations d'acteurs et de modèles (Saguin et Howlett, 2019).

Deuxièmement, ce chapitre montre qu'il n'y a pas d'élite administrative spécialisée sur le secteur des soins primaires, qui serait constituée d'acteurs pérennes permettant la continuité entre les séquences de l'action publique. En revanche, les instruments sont portés au sein des administrations, par des acteurs en position de « marginaux sécants », à la frontière entre plusieurs administrations (Jamous et al., 1969). Ces acteurs n'ont pas de carrières pérennes spécialisées sur les soins primaires. Cependant la communauté permet un relais entre ces acteurs, qui promeuvent successivement des instruments entre les séquences. Il s'agit ici d'une des spécificités de mon terrain, qui apporte des nuances aux théories existantes en montrant qu'au-delà des acteurs individuels, une organisation collective peut permettre de maintenir une pérennité autour du développement d'instruments malgré le *turnover* des acteurs administratifs.

Troisièmement, comme souligné par la littérature (Simons et Voß, 2018 ; Voß et Simons, 2014), la communauté d'instruments n'est pas constituée uniquement d'acteurs administratifs. Ici, je mets en lumière le rôle de chercheurs, notamment en économie, qui apportent leur expertise durant l'élaboration des instruments, sans directement décider de leur conception. Ils participent également à légitimer les instruments au travers de leur évaluation. Ces chercheurs ne constituent pas une élite, puisqu'ils ont un accès limité aux sphères politiques. Ces économistes académiques constituent des acteurs davantage pérennes qui participent à relayer les séquences d'action publique, et à traduire les modèles de gouvernance dans les contextes locaux.

Cependant, les instruments Ipep et Peps ne sont pas qu'une copie à l'identique des séquences antérieures. Leur comparaison montre que le modèle des soins intégrés est approprié de manière différente par les acteurs administratifs, ces instruments n'étant pas sous-tendus par un programme unifié. Ils permettent de développer un style de raisonnement économique commun dans la conception des instruments et les outils utilisés.

En effet, les instruments Ipep et Peps sont portés par des économistes administratifs, exerçant au ministère de la Santé à la DGOS et à la DSS, et à la Cnam à la DSES. Ces acteurs, issus d'administrations différentes, portent des objectifs variés et parfois contradictoires. Ainsi, la promesse structurelle d'Ipep est de rediviser le travail de soins entre les secteurs de l'hôpital et

de la ville, donnant davantage de responsabilités aux professionnels de soins primaires et notamment aux médecins généralistes. La promesse structurelle de Peps est de répartir le travail de soins entre médecins généralistes et infirmières libérales, de manière au contraire à alléger la charge de travail des médecins généralistes dans un contexte de démographie médicale en baisse. Les instruments n'entendent pas traiter les mêmes problèmes : la surcharge hospitalière pour le premier, la baisse de la démographie médicale pour le second. Dans Ipep, les professionnels de soins primaires sont censés étendre leurs juridictions professionnelles autour de l'hospitalisation, en suivant davantage les patients en amont et en aval. Cela n'implique pas nécessairement une nouvelle division du travail entre ces secteurs. Dans Peps au contraire, les frontières des groupes professionnels des médecins généralistes et des infirmières sont remises en question, dans un contexte où les infirmières doivent effectuer une partie du travail des médecins.

Les réformes de soins primaires ne sont pas portées par un groupe d'acteurs unifiés, mais par plusieurs acteurs susceptibles d'interpréter différemment les instruments. Les soins primaires, historiquement régulés uniquement par l'Assurance maladie, sont devenus un enjeu pour les directions du ministère, qui prennent une place croissante dans la régulation des soins primaires. Il n'existe pas de programme unifié pour les soins primaires, car ils ne constituent pas, contrairement à la sécurité sociale (Genieys 2010 ; Genieys et Hassenteufel 2012) ou à l'hôpital (Juven 2016 ; Gay 2018 ; Bertillot 2014) un secteur de politique publique à part entière.

Par ailleurs, ces deux instruments donnent aux réformes des soins primaires un tournant économique. Les économistes administratifs entendent influencer le comportement et l'organisation des professionnels de santé au travers des méthodes économiques. Il s'agit ici d'une spécificité de mon objet, par rapport aux travaux sur les séquences antérieures de réformes des soins primaires (Moyal, 2021 ; Vezinat, 2019a). Ce tournant économique est lié à la formation des acteurs promoteurs des instruments, qui gagnent en légitimité au fil des réformes des soins primaires. Ils mobilisent un même style de raisonnement économique tiré des théories micro-économiques, pour servir des objectifs différenciés. Alors que la théorie économique s'intéresse aux comportements individuels (Newhouse, 1973), ces économistes administratifs intègrent une dimension organisationnelle à leurs instruments. Cependant, ils considèrent que le changement des organisations de soins primaires découlerait quasi-automatiquement d'un changement de modes de financement, là où les sciences des organisations ont montré depuis longtemps que de telles évolutions sont complexes (Williamson, 2002).

Cependant, la traduction de ce style de raisonnement en instrument ne se fait pas sans concessions de la part des économistes administratifs. Ces derniers anticipent les difficultés de la mise en œuvre et sont confrontés à diverses contraintes, qui les amènent à réaliser des adaptations pragmatiques par rapport au style de raisonnement économique. Dans les deux cas, les instruments incitatifs sont conçus comme des alternatives à des formes de régulation plus fermes des professionnels de santé. L'enjeu est alors d'enrôler les professionnels de santé en rendant les modèles attractifs, notamment financièrement, en subventionnant la participation à l'expérimentation (au travers des crédits d'amorçage) ou en valorisant la qualité des soins. La place de marginaux sécants occupée par les économistes administratifs est à la fois une ressource et une contrainte. Tout d'abord, elle leur permet de mobiliser un large ensemble d'acteurs, au-delà des administrations, dans la communauté d'instruments. Cependant, le manque d'accès aux décisions administratives et politiques peut amener ces acteurs administratifs à dépendre de leurs partenaires. On peut alors se demander dans quelle mesure ces acteurs aux profils de marginaux sécants parviennent-ils à mettre sur l'agenda les instruments de coordination Ipep et Peps ? Le chapitre 2 s'intéressera à l'inscription des modèles économiques dans un cadre expérimental promus par des élites administratives.

Chapitre 2. L'expérimentation, un levier d'action pour les acteurs administratifs. Les marginaux sécants dans le sillage de l'élite du *Welfare*.

Introduction

> « Si on est un petit peu optimiste, on peut considérer que l'Article 51 c'est le laboratoire de grandes réformes que les uns et les autres peuvent porter, soit sur des modes de financement, soit sur des organisations de soins, soit sur des produits de santé (…). Il faut que chaque administration observe ce que fait l'Article 51 et en tire son bénéfice, son miel, parce que c'est des processus d'accélération de réformes structurelles qui peuvent être portées par des administrations (…), y compris par l'Assurance maladie » (Entretien, Yves R., directeur d'hôpital, ministère de la Santé, 07/21).

Pendant l'année 2017, quelques acteurs élitaires des administrations de la santé promeuvent un article de loi visant à mettre en place des expérimentations de financements dérogatoires dans le secteur de la santé : l'Article 51, inscrit dans la Loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) de 2017. Cet article prévoit à la fois des expérimentations initiées par des acteurs locaux et accompagnées au national (dites « à guichet ouvert » ou « à l'initiative des acteurs ») ; et des expérimentations pilotées par les administrations centrales en partenariat avec des professionnels de santé, dans lesquelles vont s'inscrire les modèles économiques Ipep et Peps.

Ce recours à l'expérimentation s'inscrit dans un mouvement plus large de transformation de l'action publique. D'abord imaginées dans les pays anglo-saxons, les expérimentations apparaissent en France dans les années 1960 et connaissent un développement plus important depuis la réforme constitutionnelle de 2003, qui autorise les collectivités à déroger à titre expérimental aux dispositions législatives ou réglementaires. Le recours aux expérimentations se fait aussi bien dans le secteur des politiques sociales (Simha, 2015), des politiques de l'emploi et de l'activité (Béraud et Higelé, 2020 ; Gomel et al., 2017 ; Gomel et Serverin, 2009), des politiques éducatives (Ferréol, 2007 ; Patry, 2020 ; Robert et Teillard, 2012), et de la santé (Beaussier et al., 2022 ; Benamouzig, 2005 ; Berland et Bourgueil, 2006).

Les travaux en sociologie et en science politique ont principalement étudié l'expérimentation comme un moyen de produire des preuves dans une perspective d'*evidence-based policy,* portant une intention de rationalisation de la conduite de l'action publique en elle-même (Cairney, 2016 ; White, 2019). Le développement de l'expérimentation accroît également la mobilisation des savoirs économiques dans l'évaluation des politiques publiques (Bergeron et Hassenteufel, 2018). L'efficacité et la performance devenant le *leitmotiv* de politiques publiques soumises à une forte rationalisation des dépenses, les évaluations permettent d'asseoir la légitimité des décideurs (Duran, 2010). Les évaluations d'impact, en apportant des preuves légitimes et chiffrées, sont censées réduire l'incertitude pour les décideurs et déplacent la question du choix politique : les décisions apparaissent neutres, basées sur des preuves et non plus sur des valeurs (Cairney, 2016). Dans les années 1990, les expérimentations aléatoires contrôlées se développent à cette fin. Inspirées par les essais randomisés utilisés en médecine, elles consistent en la mise en place de politiques sur des publics tirés au sort, en contrôlant les effets produits grâce à des cas témoins également sélectionnés aléatoirement. Ces expérimentations sont promues par des économistes du développement ayant acquis une forte reconnaissance sociale et disciplinaire (Abdelghafour, 2017 ; Bédécarrats et al., 2013 ; Jatteau, 2013). En France, des expérimentations dites sociales sont plus souvent mises en place sur un échantillon de population souvent volontaire, dans un temps défini et avec une méthode d'évaluation le plus souvent économétrique (Simha, 2015). C'est dans ce dernier type d'expérimentation que s'inscrivent les modèles économiques Ipep et Peps.

Au-delà des usages de l'expérimentation dans la prise de décision politique, certains travaux analysent également l'expérimentation comme un instrument d'action publique (Okbani, 2014). Pour ma part, je propose de définir l'expérimentation comme un « méta-instrument » (Jacquot et Halpern, 2015), qui permet de coordonner plusieurs instruments d'action publique (modèles économiques, évaluations, sessions de conseil, etc.). L'expérimentation organise les relations entre les acteurs qui promeuvent des instruments et cadre la mise en œuvre des modèles dans le temps.

Dans le chapitre précédent, nous avons montré que les économistes administratifs entreprenaient les réformes de soins primaires au travers de la promotion de modèles économiques. Ces acteurs sont des marginaux sécants (Jamous et al., 1969), qui tirent leurs ressources de leur position à l'interface entre plusieurs acteurs et de leurs circulations entre les administrations et les espaces nationaux et transnationaux. Haroun Jamous et *al.* avaient démontré la capacité de tels acteurs à produire des changements discrets, susceptibles de

transformer l'action publique sur le long terme (1969). Ces acteurs n'ont pas un profil élitaire, qui leur permettrait d'influencer directement l'action publique comme les élites du *Welfare* (Darviche et al., 2023). Les instruments de coordination ne viennent pas non plus répondre à un problème public précis qui permettent de légitimer leur solution auprès des décideurs politiques et administratifs (Kingdon, 1984 ; Mukherjee et Howlett, 2015). En effet, la référence aux « déserts médicaux », qui renvoient à l'inégale répartition des médecins libéraux sur le territoire français dans un contexte de démographie médicale en baisse (Hassenteufel et al., 2020 ; Moyal, 2021), est quasiment absente de la rhétorique mobilisée par les économistes administratifs, et les modèles économiques ne contiennent pas d'incitatifs à l'installation dans des zones sous-denses. Sans accès direct à la décision et sans problème public pour promouvoir leur solution, comment les économistes administratifs parviennent-ils à mettre sur agenda les modèles économiques Ipep et Peps ?

Ce chapitre participe à documenter le fonctionnement de la gouvernance du système de santé. Cette dernière est caractérisée par une organisation bicéphale, partagée entre l'Assurance maladie et l'État. L'Assurance maladie était à l'origine dirigée par des partenaires sociaux, au sein d'un conseil d'administration. Le rôle de ces acteurs a cependant été affaibli en faveur des acteurs administratifs depuis les années 1990. Tout d'abord, le plan Juppé en 1996 a instauré les LFSS, qui établissent des objectifs nationaux de dépenses de l'Assurance maladie annuels. Rédigées par la Direction de la sécurité sociale (DSS) au sein du ministère de la Santé, elles sont sous la responsabilité du Parlement qui n'a en fait qu'une marge d'action limitée sur son contenu (Hassenteufel, 2009). Ensuite, la loi de réforme sur l'Assurance maladie en 2004 a créé l'Union nationale des caisses d'Assurance maladie (Uncam) pour rassembler les trois principaux régimes d'assurance maladie (général, agricole, profession indépendante). À partir de cette réforme, la direction de l'Assurance maladie est assurée par un Directeur général, nommé par le gouvernement. Parmi ses prérogatives, il négocie avec les syndicats et signe les conventions médicales, rôle autrefois tenu par le conseil d'administration, lequel est remplacé par des conseils consultatifs (Hassenteufel, 2009). Certains auteurs parlent alors d'une « étatisation » de l'Assurance maladie (Pierru, 2011, 2012), tandis que d'autres préfèrent analyser ces transformations comme une « technocratisation » (Hassenteufel et Palier, 2005), soulignant que les acteurs administratifs gagnent en capacité d'action bien plus que l'État dans son ensemble. Par la suite, les travaux sur l'élite du *Welfare* ont démontré que les élites administratives du ministère de la Santé, de la Caisse nationale d'Assurance maladie (Cnam) et

des agences sanitaires constituent un acteur collectif capable de porter un programme d'action commun (Darviche et al., 2023 ; Genieys et Hassenteufel, 2012).

Les travaux sur l'État social portent ainsi principalement sur ses élites (Darviche et al., 2023), ou au contraire sur la mise en œuvre des politiques publiques au niveau de ses agents en relation avec le public (Deville, 2019 ; Dubois, 2015 ; Leduc et Munoz, 2015). D'autres travaux montrent cependant l'intérêt d'approcher l'action publique par les « cadres intermédiaires »[54] des administrations (Barrier et al., 2015 ; Bertillot, 2014 ; Laurens et Serre, 2016). Ce chapitre éclaire les articulations entre élites du *Welfare* et économistes administratifs autour de la mise en place d'expérimentations des soins primaires. Je démontre alors que le recours à l'expérimentation renforce les capacités d'action des acteurs administratifs, qu'il s'agisse d'élites administratives ou des économistes administratifs.

La mise sur agenda des modèles économiques Ipep et Peps s'inscrit dans le sillage d'une autre solution : le méta-instrument expérimental de l'Article 51, promu par des acteurs administratifs pouvant être rattachés à l'élite du *Welfare.* Ces derniers conçoivent l'expérimentation comme un moyen technocratique de déroger aux procédures législatives et de centraliser l'action publique en santé (1). Les économistes administratifs bénéficient d'une proximité avec ces acteurs pour mettre en œuvre les modèles économiques au travers de ce méta-instrument, démontrant leurs capacités à influencer la conduite de l'action publique depuis leur position intermédiaire (2).

1. Un nouvel instrument de maîtrise des dépenses pour l'élite du *Welfare*

Bien que développées depuis plus de 60 ans, les expérimentations sont encore aujourd'hui porteuses de représentations positives, renvoyant à l'« innovation », présentées comme un renouveau de l'action publique (Simha, 2015). Cette rhétorique met l'accent sur le potentiel de transformation qu'offre ce mode d'action pour les pouvoirs publics. Dans notre cas, les expérimentations en santé sont antérieures à l'Article 51 : tous les ans, les LFSS étaient l'occasion de promouvoir quelques expérimentations. Ce n'est donc pas tant la forme expérimentale que l'ampleur du méta-instrument et les moyens mis en œuvre pour l'accompagner qui sont nouveaux. Le rapport de l'Article 51 au Parlement 2023 mentionne

[54] Le terme « intermédiaire » renvoie ici à leur position hiérarchique dans les institutions (ni décideurs ni acteurs opérationnels), davantage qu'à une position d'intersection comme cela est utilisé dans d'autres travaux (Nay et Smith, 2002)

ainsi 1 174 projets déposés depuis le début de 2018 et 144 expérimentations mises en œuvre, qui bénéficieraient à plus d'un million de patients. Entre 2019 et 2023, 172 millions ont été dépensés dans ce cadre, dont 158 millions alloués aux établissements et professionnels de santé, 8 millions consacrés à l'évaluation et 4,5 millions alloués à des séances de conseil pour accompagner l'élaboration des cahiers de charges avec les professionnels de santé. On pourrait ainsi concevoir l'Article 51 comme une forme d'investissement dans le système de santé et son organisation. Pourtant, certains travaux soulignent que l'expérimentation est un mode d'action peu coûteux, permettant aux pouvoirs publics d'investir dans des politiques circonscrites à quelques acteurs, se déroulant sur un temps défini, dans une logique de rationalisation budgétaire (Berman, 2022). Dans quelle mesure l'Article 51 s'inscrit-il dans un programme de rationalisation du système de santé ?

L'Article 51 est promu par des élites administratives, que l'on peut caractériser comme des élites du *Welfare* (Darviche et al., 2023 ; Genieys et Darviche, 2023 ; Genieys et Hassenteufel, 2012). L'expérimentation constitue alors un nouveau levier d'action pour ces acteurs administratifs, face au gouvernement élu et aux agences régionales (1). Ses promoteurs présentent l'Article 51 comme un moyen de maîtriser les dépenses, en s'appuyant sur des savoirs et méthodes économiques (2).

1.1. Une « technocratisation » de l'expérimentation en santé

La mise en place de l'Article 51 se fait dans un contexte politique favorable, au début du premier mandat d'Emmanuel Macron. Bien que soutenu par le nouveau gouvernement, le méta-instrument est porté par les administrations, et notamment initié par un petit groupe d'acteurs élitaires, entre les directions de la Cnam, et au ministère de la Santé de DSS et de la Direction générale de l'offre de soins (DGOS). Ces acteurs correspondent en tout point au profil de l'élite du *Welfare* : énarques, ils occupent des postes clés à la tête des administrations en santé, et font carrière en circulant horizontalement et verticalement dans les différentes administrations sanitaires (Darviche et al., 2023). L'élection d'Emmanuel Macron, particulièrement favorable aux politiques visant à accroître « l'innovation », ouvre une fenêtre d'opportunité (Kingdon, 1984) à ces membres de l'élite du *Welfare* (1). L'Article 51 apparait alors comme un moyen de porter des réformes propres aux deux administrations centrales (l'Assurance maladie et le ministère de la Santé), en dehors du cadre parlementaire, dans un contexte où les deux administrations sont interdépendantes, chacune tenant un bout (opérationnel pour l'une, juridique pour l'autre) de l'action publique en santé (2).

Le premier mandat d'Emmanuel Macron comme fenêtre d'opportunité

Mai 2017, Emmanuel Macron est élu à la présidence de la République. Sous le gouvernement d'Édouard Philippe, Agnès Buzyn, médecin hématologue, est nommée ministre en charge de la Santé. L'installation de ce nouveau gouvernement désireux d'impulser des réformes pour le mandat à venir ouvre une fenêtre d'opportunité (Kingdon, 1984) pour des membres de l'élite du *Welfare*.

> « Il y avait, quelque part, une conjonction de circonstances favorables (…). C'était aussi le démarrage d'un nouveau gouvernement avec un nouveau quinquennat du Président de la République. Et donc, nouveau Gouvernement, nouvelle ministre de la Santé, notamment, qui souhaitait pouvoir impulser des changements. Donc, cela permettait d'avoir, on va dire, cette occasion d'avoir des acteurs qui s'inscrivaient au début d'un mandat avec la possibilité de construire des choses qui, évidemment, doivent produire des effets assez vite, mais qui, aussi, peuvent commencer à se mettre en place » (Entretien, Camille M., énarque, ministère de la Santé, 06/21).

Nicolas Revel, directeur de la Cnam, Mathilde Lignot-Leloup et Cécile Courrèges, tout juste nommées au ministère de la Santé, respectivement à la direction de la DSS et à la direction de la DGOS, sont trois énarques travaillant depuis plusieurs années dans le secteur de la santé. Nicolas Revel et Mathilde Lignot-Leloup sont nominativement cités dans les travaux portant sur l'élite du *Welfare*, leur profil illustrant notamment la seconde génération de cette élite (Darviche et al., 2023 ; Genieys et Darviche, 2023). Nicolas Revel est diplômé de l'École nationale d'administration (Ena) en 1993, il a d'abord travaillé à la Cour des comptes avant de prendre la direction de cabinet de la mairie de Paris, puis comme secrétaire général adjoint de l'Élysée. Il est nommé en 2014 directeur général à la Cnam, poste qu'il occupera jusqu'en 2020. Mathilde Lignot-Leloup de son côté est diplômée de l'Ena en 2000. Elle est d'abord inspectrice à l'Inspection générale des affaires sociales (Igas), avant d'occuper des postes dans des cabinets ministériels. Elle rejoint la Cnam en 2011 comme directrice déléguée à la gestion et à l'organisation des soins (la direction la plus stratégique de la Cnam), où elle reste jusqu'en 2017, puis elle prend le poste de directrice de la sécurité sociale jusqu'en 2020. De son côté, Cécile Courrèges est diplômée de l'Ena en 2002. Elle intègre l'Igas, avant d'enchaîner plusieurs postes au niveau départemental, régional (comme directrice générale d'Agence régionale de santé [ARS]) et national (au Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales, comme directrice générale de l'Institut national du cancer ou au cabinet du Premier ministre).

Elle est nommée en 2017 à la direction de la DGOS, où elle restera jusqu'en 2019. Ces trajectoires professionnelles nous permettent de comprendre la proximité qu'il existe entre ces acteurs. Nicolas Revel et Mathilde Lignot-Leloup ont notamment travaillé ensemble durant plusieurs années à la tête de la Cnam.

La promotion de l'Article 51 illustre la capacité de l'élite du *Welfare* à mettre en œuvre des politiques publiques, pensées au sein des administrations (Darviche et al., 2023 ; Genieys et Darviche, 2023). Nicolas Revel est en première ligne dans la conception de l'Article 51. Les principes généraux du méta-instrument sont présentés par la Cnam dans le rapport Charges et produits publié en juillet 2017, proposant des orientations stratégiques pour le Projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) à venir. Un chapitre entier est consacré à « un dispositif d'appui à l'expérimentation et à la diffusion d'innovations organisationnelles », suggérant les principes fondateurs de l'Article 51.

> « Ce dispositif, on en a fait la proposition [dans le Rapport Charges et Produits], ça a été repris dans le projet de loi. Il se trouve qu'il y avait des réflexions analogues, après tout le monde se disputera la paternité ou la maternité du sujet. Donc je ne veux pas dire que c'est la Cnam qui l'a inventé. Je pense qu'il y avait aussi un bouillon de culture qui était favorable à ça. La politique portée par le gouvernement était très favorable à l'innovation, ça a aussi constitué un environnement favorable » (Entretien, Olivier M., économiste administratif, médecin de santé publique formé à l'économie, Cnam, 10/19).

> « Ils se connaissaient bien, entre le Directeur général de la Cnam, Nicolas Revel, entre la Directrice générale de l'offre de soins, Cécile Courrèges et [Mathilde Lignot-Leloup, la Directrice de la sécurité sociale]. Donc voilà ! L'idée, c'était qu'à partir d'une proposition qui émanait de la Cnam, que l'on puisse la transformer et passer à sa mise en œuvre, ce qui supposait de s'organiser, de prévoir les textes législatifs, l'Article 51 du PLFSS et puis ainsi, construire le dispositif » (Entretien, Camille M., énarque, ministère de la Santé, 06/21).

Les promoteurs de l'Article 51 entendent encourager l'« innovation ». Le gouvernement d'Emmanuel Macron se montre favorable à de telles mesures expérimentales. Ainsi, en 2017, simultanément, est relancé le dispositif « France Expérimentation », conçu lors de la mandature précédente pour développer l'innovation industrielle. France expérimentation est un dispositif juridique qui permet à des entreprises de déroger au droit commun afin d'expérimenter de

nouveaux produits ou services, visant à favoriser l'innovation et le développement économique (Doganova et al., 2023). En novembre 2017, la Délégation interministérielle de la transformation publique (DITP) est créée pour accompagner les régulateurs à « changer de posture » : ces derniers ne doivent plus seulement créer et faire appliquer les règles, mais également accompagner l'innovation (Doganova et al., 2023). S'inscrivant dans ce mouvement, l'Article 51 est également inspiré de modèles de gouvernance étrangers (Saguin et Howlett, 2019) qui participent à le légitimer.

> Le dispositif de l'Article 51 s'inscrit dans un mouvement international, par exemple en Allemagne, aux États-Unis avec *l'Innovation center*, en Grande-Bretagne avec des dispositifs fragmentés. La démarche dans ces pays est identique à celle lancée en France, à savoir un cadre générique avec une volonté de déploiement à grande échelle. (Document public, compte-rendu du Conseil stratégique de l'innovation en santé, avril 2018).

Dans ce contexte favorable, l'Article 51 rencontre le soutien de la majorité présidentielle et de la ministre de la Santé. Durant l'examen du texte à l'Assemblée nationale, à l'automne 2017, l'Article 51 est présenté par la ministre comme la réforme principale portée par le PLFSS.

> Mme Agnès Buzyn [ministre en charge de la Santé].
>
> Il s'agit probablement de l'article le plus important de ce PLFSS pour ce qui est de l'avenir de notre système de santé. (Archives de l'Assemblée nationale, Deuxième séance publique autour du PLFSS, octobre 2017).

Le texte adopté est proche de la proposition rédigée par la DSS au ministère de la Santé : l'Article 51 génère peu de débats dans l'arène parlementaire.

> « Il y avait une espèce de consensus. D'abord, la nouvelle législature avait beaucoup de novices parlementaires donc je pense que c'est quand même compliqué pour eux. Et puis, on était sur un projet qui portait un certain nombre d'ouvertures et d'orientations qui étaient assez en ligne avec la volonté d'innovation, etc. Donc, cela a été assez porté et, par la suite, le Décret en Conseil d'État est passé assez vite donc la machine administrative des technostructures a vraiment porté le dispositif » (Entretien, Olivier M., économiste administratif, médecin de santé publique formé à l'économie, Cnam, 10/19).

Dans les archives parlementaires, nous pouvons cependant souligner une opposition de principe portée par des députés à gauche de l'échiquier politique, qui contestent l'objectif de rationalisation économique affichée par le méta-instrument.

> Mme Clémentine Autain [députée La France Insoumise].
>
> Les innovations qui sont aujourd'hui recherchées, dans le système de santé comme ailleurs, répondent à un objectif : celui de faire des économies pour répondre à l'obligation de réduction de la dette imposée par les normes européennes, que vous validez. Nous en arrivons à une situation littéralement ubuesque… (Archives de l'Assemblée nationale, Deuxième séance publique autour du PLFSS, octobre 2017).

Cette opposition partisane n'amène cependant pas de modification du projet de loi, dans un contexte où le gouvernement élu détient la majorité parlementaire.

Les députés de la majorité demandent cependant une modification du PLFSS : l'intégration d'une dimension participative dans le cadre expérimental.

> M. Olivier Véran [rapporteur du PLFSS].
>
> Quant à la méthode adoptée, elle est géniale. Au lieu de procéder par une loi annuelle faisant appel aux administrations centrales pour définir des protocoles expérimentaux par décret, nous nous appuierons tout simplement sur les initiatives qui fourmillent sur le territoire. Nous ferons appel aux médecins, aux kinésithérapeutes et aux infirmières souhaitant développer des protocoles de coopération. Nous leur ferons confiance et leur attribuerons des financements, en contrepartie de quoi ils se soumettront à une évaluation. (Archives de l'Assemblée nationale, première séance publique de discussion du PLFSS, octobre 2017).

Cette réorientation entraîne la conception des expérimentations dites « à guichet ouvert », là où le dispositif initialement pensé par la Cnam visait davantage à la mise en place d'expérimentations nationales. Cette inflexion contribue à redonner un rôle central aux professionnels de santé dans la conception et la mise en œuvre des expérimentations, ce qui n'est pas sans incidence sur l'élaboration d'Ipep et de Peps, comme nous le verrons par la suite du chapitre.

Ce contexte politique favorable permet aux acteurs administratifs élitaires de mettre sur agenda leur méta-instrument, alors même que ce dernier pourrait donner aux administrations nationales davantage de poids dans la conduite de l'action publique face au gouvernement élu.

Un accroissement des capacités d'action de l'élite administrative

L'Article 51 est d'abord pensé et promu par la Cnam, notamment par Nicolas Revel, son directeur général. Ce dernier associe rapidement d'autres directions administratives du ministère de la Santé.

> « D'emblée, on l'avait même écrit dans le rapport, nous on est dans une logique qui se devait d'être partenariale, parce que, si cela ne l'était pas, cela ne fonctionnerait pas, étant donné la diversité des enjeux, la complexité de l'écosystème » (Entretien, Olivier M., économiste administratif, médecin de santé publique formé à l'économie, Cnam, 10/19).

Cette coopération entre élites administratives du ministère de la Santé et de l'Assurance maladie est antérieure à l'Article 51 : ces élites forment un acteur collectif au programme transversal aux différentes administrations (Darviche et al., 2023). De plus, il faut souligner l'interdépendance forte qu'il existe entre l'Assurance maladie et l'État dans la mise en œuvre de politiques de santé : alors que l'Assurance maladie est l'organisme payeur et se trouve au premier plan dans la mise en œuvre des politiques, de par son accès aux données de dépenses de santé, l'État (à savoir, ses administrations, le gouvernement et les élus parlementaires) maîtrise le processus législatif et encadre les PLFSS (Hassenteufel, 2009). La DSS, au ministère de la Santé, tient notamment un rôle central dans la rédaction et l'orientation des PLFSS (Hassenteufel, 2009).

> « [La DSS] a travaillé justement sur comment cela se traduit juridiquement puisque la Cnam est plutôt sur le volet, on va dire, opérationnel de mise en œuvre. Donc, cela s'est fait en bonne intelligence, aller-retour entre la Cnam, la DGOS, essentiellement » (Entretien, Camille M., énarque, ministère de la Santé, 06/21).

De son côté, la Cnam maîtrise les dimensions plus opérationnelles de la mise en œuvre, au travers de la gestion financière et de l'accès aux données de consommation de soins.

> « On s'est dit qu'à partir du moment où cela touchait au financement de notre système de santé, il fallait que la Cnam soit dedans parce que ce sont eux qui

> tiennent les cordons de la bourse, ce sont eux qui ont l'argent. Il fallait aussi financer, évidemment, tous ces projets et il fallait les inscrire. Si on voulait pouvoir les inscrire dans la durée, il fallait que l'organisme qui finance, c'est-à-dire la Cnam, soit complètement intégrée dès le départ » (Entretien, Maryse G., médecin, ministère de la Santé, 05/21).

L'Article 51 renforce une convergence entre les directions des deux administrations sanitaires nationales. Cela était déjà observé par les travaux portant sur les réformes de l'Assurance maladie à partir du Plan Juppé en 1996, soulignant un renforcement du rôle des élites administratives dans la direction de la Cnam (Hassenteufel, 2009 ; Palier, 2005).

Cette alliance bénéficie aussi bien aux élites administratives de la Cnam qu'à celles du ministère de la Santé. En effet, la direction de la Cnam y gagne un accès direct aux décisions relatives aux expérimentations, les directions du ministère de la Santé un contrôle renforcé sur leur mise en œuvre, diminuant ainsi leurs incertitudes réciproques en accentuant la coopération. En effet, les expérimentations en santé n'ont rien de nouveau : avant l'Article 51, les PLFSS proposaient annuellement quelques expérimentations sous une forme qui ne satisfaisait aucune des administrations. De son côté, la direction de la Cnam, coupée des processus législatifs qui se jouent dans le PLFSS, accusait ces expérimentations de souffrir de « lourdeurs » liées au manque de souplesse juridique.

> [Les expérimentations portées dans la LFSS] présentent également certaines limites, la principale étant la lourdeur de mise en œuvre. Cette lourdeur tient en grande partie à l'absence de cadre juridique standard pour encadrer les expérimentations. Chaque expérimentation doit donc bénéficier d'un cadre juridique *ad hoc*, ce qui complexifie la procédure. (Document public, rapport charges et produits de la Cnam, 2017).

Dans le cas d'expérimentations sociales, Jules Simha constatait déjà que les promoteurs des expérimentations prétendaient répondre à des « lourdeurs administratives » ou « juridiques » (Simha, 2015). Leurs promoteurs présentent les expérimentations comme un moyen d'impulser des changements dans un cadre institutionnel perçu comme contraignant. Cependant, ce changement ne vient pas tant de la forme expérimentale (qui n'est pas nouvelle), que du retrait de ces expérimentations des processus de validation législatifs avec le parlement, présentés comme porteur de lenteurs et de contraintes, freinant la mise en place d'innovations.

> « Une des choses qui me frappe (…), c'est les rigidités organisationnelles. Les outils sont très largement nationaux, ils sont beaucoup quand même juridiques, enfin législativo-réglementaires. Enfin il y a quand même beaucoup de trucs qui relèvent d'un corpus juridique qui n'est pas à notre main (…). On a un cadre juridique hyper contraignant où on doit passer par la case loi systématiquement, la loi doit dire précisément ce qu'est l'expé, on doit attendre les décrets, les arrêtés, les machins, les trucs. On n'y arrive pas quoi, ça ne marche pas » (Entretien, Paul D., énarque, Cnam, 01/20).

L'Article 51 apparait alors pour la direction de la Cnam comme un moyen d'avoir un accès plus direct aux processus décisionnels, étant donné sa faible influence sur la rédaction des textes et dans les échanges avec le parlement.

Les directions du ministère de la Santé cherchent également à réguler ces expérimentations issues des PLFSS, en donnant un cadre plus formel à leur mise en œuvre – qui leur échappait en partie, passant à la Cnam. Les reproches émis par les membres des directions du ministère de la Santé portent alors sur le manque « d'opérationnalité » de ces expérimentations, la lenteur et la lourdeur étant cette fois du côté de la mise en œuvre.

> « Là où ils avaient des arguments, c'est que, chaque année, en PLFSS, pour montrer que l'on existe sur un champ de politique publique qui est un peu à la mode, on crée un article avec une expé. Dans la moitié des cas, ces expé ne voient même pas le jour. Dans la moitié de la moitié des cas qui restent, elle voit le jour vaguement et, à la fin, elle est pratiquement mort-née parce qu'elle ne se déploie pas opérationnellement sur le terrain » (Entretien, Christophe R., énarque, DSS, 07/20).

Au travers de l'Article 51, le ministère assure un contrôle accru de ces expérimentations durant leur mise en œuvre. Les deux administrations s'affranchissent des dialogues jugés longs avec le parlement et s'assurent une collaboration réciproque où chacune trouve un intérêt, dans une perspective d'optimisation de l'action publique. Cela permet aux membres de l'élite du *Welfare* de renforcer la dimension collective et interadministration de son action d'une part ; et d'autre part de contourner provisoirement le processus législatif. En cela, la mise en œuvre de l'Article 51 confirme la thèse d'une « technocratisation » de la conduite de l'action publique en santé (Hassenteufel et Palier, 2005), en offrant aux acteurs élitaires des administrations sanitaires

nationales un moyen légal de promouvoir des réformes en dehors des relations avec les partenaires sociaux et avec le gouvernement élu, au moins durant le temps de l'expérimentation.

1.2. Une rationalisation de l'action publique au travers d'un style de raisonnement économique

Les travaux sur l'élite du *Welfare* montrent que ces acteurs sont réunis autour d'un programme commun, comportant deux volets : d'une part, l'extension d'une sécurité sociale voulue universelle, d'autre part, la maîtrise des dépenses en santé de manière à garantir l'indépendance des administrations de la santé face à celles des finances (Darviche et al., 2023 ; Genieys et Hassenteufel, 2012). Dans quelle mesure l'Article 51 s'inscrit-il dans ce programme ?

Comme tout méta-instrument, l'expérimentation est porteuse de promesses (Lascoumes et Le Gales, 2007 ; Voß et Simons, 2014), et notamment d'objectifs publics qui permettent de le légitimer (promesses fonctionnelles). Tout en prétendant « innover » et transformer l'organisation du système de santé, l'élite du *Welfare* présente l'Article 51 comme un moyen de rationaliser l'action publique par sa conduite, au travers du développement de l'*evidence-based policy* (1), mais également par la réduction des dépenses en santé (2). Ces objectifs inscrivent l'Article 51 dans le second volet du programme de l'élite du *Welfare* (la maîtrise des dépenses). Mon travail vient alors enrichir cette littérature, en montrant que des acteurs élitaires, que l'on peut rattacher à l'élite du *Welfare*, mobilisent un style de raisonnement économique dans la mise en œuvre de ce méta-instrument.

Une centralisation des initiatives en santé par l'évaluation

Les promoteurs de l'Article 51 présentent les expérimentations comme un moyen de développer l'évaluation des politiques publiques. Les expérimentations de l'Article 51 s'apparentent aux expérimentations sociales (Simha, 2015) : sans répondre aux exigences des expérimentations randomisées, il y a l'intention de systématiser les évaluations dans une perspective d'*evidence-based policy,* et de rationaliser les prises de décisions dans l'action publique (Cairney, 2016).

> « Mon idée, c'était que l'on redonne du souffle à ces changements de pratiques en permettant plus de créativité et moins un schéma plaqué, venant de l'administration. Mais là encore, toujours en gardant une démarche d'évaluation parce que pour moi… Alors, c'est parce que je suis scientifique de formation que je n'envisage pas une expérimentation non évaluée. Je trouve que cela n'a pas de sens, en fait, pour moi » (Entretien, Maryse G., médecin, ministère de la Santé, 05/21).

Les évaluations dans le cadre de l'Article 51 sont réalisées *in itinere*, durant la mise en place d'une expérimentation, dans l'espoir qu'elles rendent des résultats rapidement[55]. L'évaluation est censée apporter des preuves permettant aux pouvoirs publics de trouver la manière la plus efficiente de répartir les ressources à disposition (Berman, 2022), montrant de manière normative « ce qui marche » ou non.

Au-delà d'impulser de nouvelles réformes, les élites administratives cherchent également un moyen de réduire certains financements alloués aux établissements ou professionnels de santé. L'idée est notamment d'apporter une légitimité scientifique à la décision d'arrêter une expérimentation qui « ne marche pas », enjeu auquel les décideurs administratifs ont eu du mal à répondre dans des expériences antérieures. En effet, les expérimentations, une fois lancées, trouvent des acteurs qui les soutiennent : des professionnels de santé qui les supportent et bénéficient de financement au travers d'elles. Ces professionnels de santé peuvent alors mobiliser des syndicats ou des fédérations susceptibles d'influencer les décisions administratives comme politiques : Pierre-André Juven montre par exemple le poids des fédérations hospitalières dans les réformes du système hospitalier (2016). Les promoteurs administratifs de l'Article 51 espèrent donc pouvoir arrêter l'allocation de certains financements jugés peu efficients, grâce à des évaluations négatives légitimant leur arrêt.

> « Vous avez des expé qui débutent avec un design où l'on avait prévu une évaluation, mais, en fait, on ne sait pas qui va être désigné pour l'évaluation et on fait des choses à droite, à gauche qui, en général, ont des ambitions très réduites et les délais de fin des expé ne sont pas respectés et vous avez des expé qui vivotent, comme cela, pendant des années, loin des objectifs initiaux, mais que personne ne peut arrêter parce qu'elles constituent un robinet de financement pour certains acteurs, en général toujours les mêmes, qui sont extrêmement bien branchés sur les canaux de financements publics » (Entretien, Christophe R., économiste administratif, énarque, DSS, 07/20).

> Les expérimentations sont très rarement conçues en ayant une idée précise de la cible et des modalités de déploiement au cas où l'expérimentation porterait ses fruits. Beaucoup restent donc des « expérimentations temporaires permanentes »

[55] Les pouvoirs publics prévoient ainsi dix-huit mois entre la fin d'une expérimentation et la prise de décision quant à son arrêt, sa poursuite ou sa généralisation.

> condamnées à des financements non pérennes (Document public, rapport Charges et produits, Cnam, juillet 2017).

Le développement de l'évaluation est donc promu dans la perspective d'une rationalisation des prises de décisions, légitimant l'arrêt de certaines expérimentations et la généralisation d'autres.

Par ailleurs, la systématisation et la centralisation de l'évaluation impliquent un autre enjeu pour l'élite du *Welfare* : celui d'obtenir, au niveau des administrations centrales, des informations sur les initiatives locales issues de professionnels de santé, d'administrations déconcentrées et décentralisées ou de collectivités territoriales. Claire Dupuy et Julie Pollard montrent dans le cas de politiques éducatives et de logement que les capacités d'actions effectives de l'État dépendent du recueil de connaissances sur les politiques locales (2013). L'Article 51 permettrait, au travers des expérimentations, de faire remonter au niveau national des initiatives locales sur lesquelles les décideurs administratifs manquent d'information.

> « Le dispositif, il a été construit, dès le départ, comme étant un réceptacle, et des projets des acteurs, ce qui était la nouveauté, et des projets de l'administration, ce qui était existant et qui continuait. Il y avait ces projets-là. Donc, c'est juste… Voilà, cela a été construit comme cela, dès le départ, pour qu'il y ait une cohérence, en fait, entre les différentes initiatives ministérielles et une sorte d'observatoire, d'endroit où il y a une visibilité sur tout ce qui pouvait se passer en matière d'expérimentations » (Entretien, Sophie L., économiste administrative, énarque, ministère de la Santé, 11/19).

En cela, l'Article 51 vient s'ajouter aux Fonds d'intervention régionaux alloués aux ARS depuis la LFSS de 2012. Les ARS ont la liberté de répartir ces fonds entre plusieurs types d'actions[56]. En 2017, le Fonds d'intervention régionaux s'élevait à plus de 3 milliards d'euros pour les dix-sept ARS françaises[57]. Ces fonds donnent des moyens de financements ciblés selon les besoins spécifiques des territoires régionaux, et financent des projets, expérimentaux ou non, qui sont rarement évalués. Plus encore, l'élite du *Welfare* manque d'information sur ce qu'il s'y fait.

[56] Les fonds des ARS peuvent concerner cinq thématiques : la promotion de la santé et la prévention ; l'organisation des parcours de santé coordonnés, la qualité et la sécurité de l'offre sanitaire et médico-sociale ; la permanence des soins et la démographie médicale du territoire ; l'efficience des structures sanitaires et médico-sociales ainsi que l'amélioration des conditions de travail ; et enfin le développement de la démocratie sanitaire.
[57] Les crédits délégués varient très fortement selon les régions, du plus petit budget pour la Corse qui bénéficiait en 2017 de près de 20 millions, jusqu'à l'Île-de-France qui jouissait de plus de 250 millions.

> « On avait d'un côté un Fonds d'intervention régionaux qui finançait beaucoup de choses, mais pour lequel on avait assez peu de visibilité sur ce que le Fonds d'intervention régionaux produisait en termes de résultats » (Entretien, Olivier M., économiste administratif, médecin de santé publique formé à l'économie, Cnam, 10/19).

> « Je vois à la fois les avantages et les inconvénients du Fonds d'intervention régionaux, c'est-à-dire qu'on voit en région plein de trucs se faire, mais, dans un système où on ne cartographie rien, on ne sait pas. Où évidemment on évalue encore moins et puis les ARS (…) ne sont pas capables elles-mêmes de porter à l'échelle parce que de toute façon elles n'ont pas l'argent pour le déployer vraiment dans leur région » (Entretien, Paul D., énarque, Cnam, 01/20).

Les membres des ARS ne sont pas exclus des processus décisionnels liés aux expérimentations de l'Article 51, puisqu'ils sont invités à mettre en place un accompagnement de ces expérimentations voire à proposer des projets au national. Cependant, la prise de décision dans l'Article 51 reste centralisée et les ARS investissent inégalement le déploiement du méta-instrument (Bourgeois, Fournier et Morize, 2021). Allant à l'encontre du mouvement de régionalisation initié en 2009 avec le développement des ARS (Eliot et al., 2017 ; Rolland et Pierru, 2013), l'Article 51 participe à recentraliser et à reconcentrer les innovations en santé, en donnant à l'élite administrative une vision plus complète des initiatives locales. Cette centralisation de la décision se fait également dans une optique de rationalisation, visant à mieux réguler les initiatives régionales au moyen des outils économiques mis en œuvre, et notamment de l'évaluation. Cela s'accompagne d'un second objectif économique : rationaliser les dépenses de l'Assurance maladie *via* la modification des modes de financement.

Une transformation des organisations à coût fixe

Au travers des expérimentations, les promoteurs de l'Article 51 entendent améliorer la qualité et l'organisation du système de santé : la seconde grande promesse du méta-instrument est de transformer les organisations et les pratiques professionnelles. Ces transformations sont envisagées au travers d'un style de raisonnement économique (Berman, 2022 ; Hirschman et Berman, 2014) : les promoteurs de l'Article 51 privilégient une méthode économique (le changement du mode de financement, les modèles économiques) pour mettre en œuvre leur réforme, en partant du principe qu'il y a un lien causal entre une transformation du financement

et une transformation des organisations et des pratiques professionnelles. Les acteurs mobilisent alors un vocabulaire microéconomique pour expliquer ces causalités.

> « Cela ne sert à rien de réinventer la poudre, il y avait toutes les expériences américaines qui montraient qu'il fallait une incitation financière pour changer les modes de rémunération » (Entretien, Maryse G., médecin, ministère de la Santé, 05/21).

La modification des modes de financement est vue à la fois comme manière d'impulser le changement et d'orienter les pratiques, mais également comme permettant de tracer une frontière entre ce qui serait nouveau (et transformé, innovant) et ce qui existe déjà (et n'a pas pas besoin d'être inventé), et donc entre ce qui peut prétendre aux financements de l'Article 51 et ce qui ne le peut pas.

> « Quelque part, ce que l'on voulait tester, c'est le fait que des organisations différentes entre des professionnels de santé produisent plus de qualité ou plus de résultats en termes d'amélioration de la qualité de santé ou des résultats en termes économiques. Et donc, l'objectif était vraiment de prévoir, lorsque ces modalités d'organisation nécessitent des évolutions du mode de financement, à ce moment-là, il faut une dérogation. En fait, si c'est juste de l'évolution d'organisation et qu'il n'y a pas d'évolution des modes de financement, quelque part, les professionnels peuvent le faire, aujourd'hui, ils n'ont pas besoin que l'on prévoie des modalités dérogatoires » (Entretien, Camille M., énarque, ministère de la Santé, 06/21).

> « En droit, il fallait trouver un critère d'éligibilité à un fonds d'innovation. Et donc le critère qu'on a trouvé était la dérogation aux règles de financement (…). C'était un critère purement administratif, objectif, mais l'enjeu était bien de franchir le pas de l'innovation organisationnelle. Et d'ailleurs il fallait démontrer que la dérogation aux règles de financement était intimement liée à l'innovation organisationnelle » (Entretien, Yves R., directeur d'hôpital, ministère de la Santé, 07/21).

L'Article 51 a ainsi une intention d'organisation, puisque la modification organisationnelle découlerait du changement de financement. Le style de raisonnement économique mis en œuvre dans la conception de l'Article 51 est en adéquation avec celui déployé par les promoteurs des modèles économiques Ipep et Peps : ils partagent la même conception du changement puisant

ses sources dans les théories de microéconomie, et s'intéressent pareillement à des instruments économiques, comme les modèles économétriques.

De plus, les promoteurs administratifs valorisent l'Article 51 comme un moyen de maîtriser les dépenses de santé, ce qui s'inscrit dans le deuxième volet du programme de l'élite du *Welfare* identifié par William Genieys et Patrick Hassenteufel (2012). À la frontière du financement, s'ajoute une frontière plus subjective, plus difficile à saisir : celle de la « nouveauté », de l'« innovation ». L'enjeu est alors de ne pas rémunérer des organisations ou des pratiques professionnelles qui existent déjà sans financement et qui seraient susceptibles de se saisir de l'Article 51 pour les valoriser économiquement. Cette préoccupation est particulièrement présente pour la direction de la DSS au ministère de la Santé, responsable de la maîtrise des dépenses.

> « J'ai une casquette en tant que [membre de] la DSS comme ces choses-là prélèvent des financements sur l'Assurance Maladie, il faut que je vérifie que l'on n'est pas en train de créer des effets d'aubaine majeurs sur des choses que les gens font déjà sans argent » (Entretien, Christophe R., économiste administratif, énarque, DSS, 07/20).

L'objectif de l'Article 51 n'est pas d'investir dans la santé ou de valoriser de bonnes pratiques, mais de transformer les organisations afin de répartir les ressources disponibles de manière plus efficiente, c'est-à-dire, sans coût supplémentaire, en modifiant les modes de financement.

> « On n'est pas dans un mécanisme, on va dire, classique où l'on donne de l'argent en plus. On n'est pas dans un mécanisme où l'on donne des subventions en plus pour faire un projet. Je vais peut-être un peu caricaturer, mais faire mieux en santé avec plus d'argent, ce n'est pas si… enfin, tout le monde peut faire ça (rires) ! L'objectif, c'est vraiment de se dire : On dépense quand même pas mal en santé, comment on peut faire en sorte que l'on dépense mieux ? (…) Et ça, c'est vrai que, du coup, ça ne veut pas dire que, sur certains projets, il n'y avait pas la possibilité d'avoir de l'argent en plus, c'était bien le cas pour certains projets, mais c'est à condition d'avoir, du coup, plus de résultats en termes de qualité, d'efficience, qu'il pouvait y avoir des financements en plus » (Entretien, Camille M., énarque, ministère de la Santé, 06/21).

Les promoteurs administratifs présentent les expérimentations comme permettant une meilleure allocation des ressources. Dans une étude d'impact menée en 2017 et présentée à l'Assemblée

nationale, le méta-instrument est présenté comme pouvant générer davantage d'argent qu'il n'en demanderait au moment de son investissement dès l'année 2020.

> Selon l'étude d'impact, après un coût d'amorçage de 10 millions d'euros en 2018, la mesure devrait s'autofinancer en 2019 et dégager des économies à partir de 2020. Elles sont estimées à 20 millions d'euros en 2020 et 40 millions d'euros en 2021 (Archives de l'Assemblée nationale, Rapport, Avis 313, 10/2017).

Ses promoteurs présentent l'Article 51 comme un moyen de rationaliser les dépenses de santé. Comme le souligne Elizabeth Popp Berman (2022), l'expérimentation apparait comme un mode d'action publique en affinité avec cet objectif, car il permet de tester une initiative sur un petit nombre d'acteurs dans un temps limité, préservant d'un déploiement coûteux avant d'avoir pu en prouver l'efficacité. Expérimenter, c'est aussi montrer qu'on agit, mais à un faible coût, en lieu et place de réformes davantage structurantes et généralisées.

Les promoteurs administratifs de l'Article 51 sont ainsi des membres des élites administratives, qui voient dans la forme expérimentale un moyen de reprendre la main sur des processus qui leur échappaient : des processus législatifs susceptibles d'être amendés par les députés ; des financements trop généreux alloués aux établissements ou professionnels de santé ; ou encore des initiatives locales sur lesquelles ils manquent de connaissances. Pour légitimer les expérimentations, ils les inscrivent dans un programme de maîtrise des dépenses. Au-delà des expérimentations initiées localement, l'Article 51 va également permettre aux économistes administratifs promoteurs d'Ipep et Peps de mettre sur agenda leurs modèles économiques.

2. Des marginaux sécants en première ligne dans la conduite des expérimentations

Les processus de conception des modèles économiques Ipep et Peps et de l'Article 51 sont distincts, les promoteurs des différents (méta) instruments n'étant pas les mêmes : des économistes administratifs au profil de marginaux sécants pour les premiers (Jamous et al., 1969) ; des acteurs élitaires pour le second. Pour autant, ces groupes d'acteurs ne sont pas étanches : les modèles économiques Ipep et Peps sont portés par des économistes administratifs au sein de la Direction de la stratégie, des études et des statistiques (DSES) à la Cnam, de la DGOS et de la DSS au ministère de la Santé. Les promoteurs de l'Article 51 sont les directeurs et directrices de la Cnam, de la DGOS et de la DSS : ce sont les supérieurs hiérarchiques des économistes administratifs. Ces acteurs se connaissent et interagissent. Certains des économistes administratifs qui occupent des postes de management participent à la conception

de l'Article 51, comme Christophe R. (DSS, ministère de la Santé) ou Olivier M. (DSES, Cnam). Ces « cadres intermédiaires » s'appuient alors sur leurs relations avec les élites administratives pour promouvoir les modèles économiques.

Dans la mise en œuvre des expérimentations, les économistes administratifs se voient dotés de nouvelles ressources avec l'élargissement de la communauté d'instruments à de nouveaux acteurs (agences, consultants, évaluateurs), alors que les acteurs élitaires leur confient la mise en œuvre des expérimentations (1). Le mode d'action publique expérimental permet alors aux économistes administratifs d'enrôler des professionnels libéraux dans la mise en œuvre des modèles économiques, mais les contraint également à inclure d'autres types de professionnels de santé, montrant les limites des capacités d'action de ces acteurs administratifs (2).

2.1. Une « vitrine » sans élites

Une fois la LFSS votée, la mise en œuvre de l'Article 51 passe par la création d'une organisation interadministration chargée de coordonner et de piloter les expérimentations : l'équipe de la « rapporteure générale ». Le cadre expérimental permet de formaliser des relations entre Cnam et ministère de la Santé à un niveau opérationnel. En effet, si l'élite du *Welfare* promeut un programme commun aux administrations dans les réformes de la sécurité sociale (Darviche et al., 2023), au niveau opérationnel les administrations sont organisées en silo avec une forte division verticale et horizontale du travail. Les administrations sont structurées en sous-directions, au sein desquelles se distinguent plusieurs services (appelés « bureaux » au ministère de la Santé et « département » à la Cnam). La création d'une organisation commune aux deux administrations, dans le cadre de l'Article 51, apparait assez novatrice.

Les acteurs élitaires s'impliquent peu dans la mise en œuvre des (méta) instruments, se concentrant sur les dimensions de conception de l'action publique. Les économistes administratifs sont ainsi en première ligne pour mettre en œuvre ces modèles économiques. Les promoteurs de l'Article 51 et les économistes administratifs légitiment mutuellement les (méta) instruments (1). La mise en œuvre de l'Article 51 est confiée à une Rapporteure générale au profil d'économiste administrative (2). Les économistes administratifs bénéficient alors de nouvelles ressources humaines au sein et en dehors des administrations pour mettre en œuvre Ipep et Peps, qui contribuent à enrôler de nouveaux acteurs autour de la conception et la mise en œuvre des modèles économiques (3).

Pas de « problème public » ! La rencontre entre deux flux de solutions

Au moment où l'Article 51 prend forme, les économistes administratifs promoteurs des modèles économiques Ipep, Peps, mais aussi d'un troisième modèle baptisé Épisode de Soins[58] utilisent le cadre expérimental pour concrétiser la mise en œuvre de ces instruments. Les promoteurs de l'Article 51, dont nous avons vu qu'ils possèdent des caractéristiques de l'élite du *Welfare*, utilisent ces instruments émergents, qui proviennent de leurs directions respectives, pour donner de la légitimité au méta-instrument expérimental. Grâce aux trois expérimentations, ils garantissent que l'Article 51 ne sera pas une coquille vide, puisqu'il va permettre leur mise en œuvre. Ainsi, dans les rapports transmis à l'Assemblée nationale, les trois modèles économiques sont cités comme moyen de concrétiser l'Article 51.

> Selon l'étude d'impact, trois expérimentations nationales sont d'ores et déjà envisagées pour déployer des organisations innovantes adaptées aux besoins locaux (Archives de l'Assemblée nationale, Rapport, Avis 313, 10/2017).

Ces modèles économiques sont alors présentés par les promoteurs de l'Article 51 comme ses produits « phare », qui démontreraient la capacité d'agir des acteurs administratifs.

> « L'idée, c'était de publier en même temps Peps, Ipep (…) et Épisode de soins. Les Appels à manifestation d'intérêt [ces trois expérimentations] sont la vitrine du 51. Enfin Natacha [la rapporteure générale] nous le présentait comme cela » (Entretien, Anaïs R., économiste administrative, formée en master d'économie, Cnam, 01/20).

L'Article 51 constitue une fenêtre d'opportunité (Kingdon, 1984) pour les économistes administratifs promoteurs des modèles économiques. Non seulement le cadre expérimental va leur permettre de concrétiser la mise en œuvre des instruments, mais il apporte en plus des ressources inespérées à ces marginaux sécants.

> « Tout cela est lié à une imprégnation, à des expériences personnelles en matière de pilotage d'expérimentations, à l'imprégnation des expériences françaises et étrangères et au fait que l'on a des gens qui murissent des idées ou des projets et

[58] Le modèle économique Épisode de soins est inspiré de « *bundled payments* » : il s'agit d'un forfait collectif devant couvrir l'ensemble des actes et des prestations liés à un évènement de santé (ici, la prise en charge chirurgicale des prothèses de hanche, des prothèses du genou et de la colectomie pour cancer) (Beaussier et al., 2022). Le forfait est réparti entre différents établissements et professionnels de santé à l'hôpital et en ville. Ce modèle économique est promu par des économistes administratifs à la Cnam et à la DGOS au ministère de la Santé, par des acteurs et des services différents que ceux qui traitent des soins primaires.

> qui attendent des occasions. Et l'occasion, c'est l'Article 51. Donc, on prépare l'Article 51 et, à ce moment-là, on se dit : "Il va y avoir des choses qui vont partir du terrain, dans tous les sens et nous, on va porter aussi des choses au niveau national. Qu'est-ce que l'on va porter au niveau national ?" Voilà ! C'est à ce moment-là que se dessine, fin 2017, début 2018, l'idée que l'on va faire trois appels à manifestations d'intérêts [c'est-à-dire trois expérimentations à l'échelle nationale] » (Entretien, Christophe R., économiste administratif, énarque, DSS, 07/20).

Le passage de la conception à la mise en œuvre des instruments est souvent analysé en sociologie et en science politique au moyen de la théorie des flux (Kingdon, 1984). Celle-ci décrit la mise sur agenda comme résultant de la rencontre de trois flux au sein d'une fenêtre d'opportunité : les flux de solutions (les instruments), les flux de problèmes publics, et enfin le contexte politique (Kingdon, 1984 ; Mukherjee et Howlett, 2015). Par exemple, Anne Moyal a montré que la mise en œuvre de financements nationaux pour les Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) est le résultat de la rencontre entre ces trois flux. D'abord, la solution de l'exercice coordonnée est promue par des médecins généralistes puis par des acteurs administratifs. Ensuite, un problème public, les « déserts médicaux », est mis en avant par des élus locaux soucieux de la baisse de la démographie médicale dans leur territoire (Moyal, 2021). La raison pour laquelle le gouvernement se saisit de certains problèmes peut alors être analysée selon le « modèle de la poubelle » (« *garbage can model* ») (Cohen et al., 1972). Selon cette approche, la prise de décision ne relève pas tant d'un choix rationnel, mais des contextes organisationnels et collectifs où se rencontrent les flux.

Dans le cas des (méta) instruments promus ici, on peine cependant à identifier des problèmes publics qui permettent leur mise sur agenda. En effet, ces solutions viennent répondre à un ensemble de problèmes flous : les « lourdeurs juridiques » auxquelles répond l'Article 51, les difficultés de coordination entre acteurs de la santé que résoudraient les modèles économiques. Ces problèmes sont davantage soulignés par les promoteurs des instruments eux-mêmes, pour justifier leurs solutions, que traités dans le domaine public par des collectifs d'acteurs indépendants. Ainsi, si la mise en œuvre de ces solutions se fait bien dans un contexte gouvernemental favorable (« flux politique »), elle semble s'affranchir de la rencontre avec un flux de problème public déterminé. La mise sur agenda des (méta) instruments relève davantage de la capacité de l'élite du *Welfare* à promouvoir des instruments au sein du gouvernement, grâce à un accès direct aux prises de décision (Darviche et al., 2023), qu'à la rencontre entre

des flux de problèmes et de solutions. Les économistes administratifs mobilisent alors leurs relations avec l'élite du *Welfare* pour inscrire les modèles économiques dans le sillage de l'Article 51. Cette rencontre entre expérimentation et modèles économiques est facilitée par le partage d'un même style de raisonnement économique entre économistes administratifs et membres de l'élite du *Welfare*. Ainsi, l'Article 51 est pensé comme un moyen de proposer de nouveaux modes de financement, afin de modifier les organisations de santé : c'est exactement la solution que promeuvent les économistes administratifs à l'échelle des soins primaires. Le partage d'un même style de raisonnement économique permet le couplage des (méta) instruments sans que les économistes administratifs aient à effectuer d'ajustement conceptuel de leurs modèles économiques.

Une organisation frontière aux moyens légers

La mise en œuvre de l'Article 51 implique de repenser une organisation susceptible de formaliser les processus de décision et la répartition du travail, d'autant plus cruciale que le méta-instrument est porté à la fois par le ministère de la Santé et l'Assurance maladie, deux administrations possédant leurs organisations et spécialisations bien définies. En effet, l'élite du *Welfare* apparait comme un acteur collectif permettant la mise en place d'un programme unifié entre les administrations (notamment, les agences sanitaires, le ministère de la Santé, et l'Assurance maladie) (Darviche et al., 2023). Pour autant, au niveau opérationnel, cette unité est moins présente, avec des spécialisations différenciées de chaque administration. Afin d'accroître la coopération entre les échelons intermédiaires des administrations, trois instances vont être mises en place par arrêté en février 2018 pour organiser le pilotage et la prise de décision de l'Article 51 : la rapporteure générale et son équipe ; le Comité technique de l'innovation en santé (CTIS) et ; le Conseil stratégique de l'innovation en santé (CSIS). Le schéma ci-dessous montre l'organisation de ce sous-système d'acteurs, entre la Cnam et le ministère de la Santé.

Schéma n° 1 : Organisation formelle des décisions dans l'Article 51

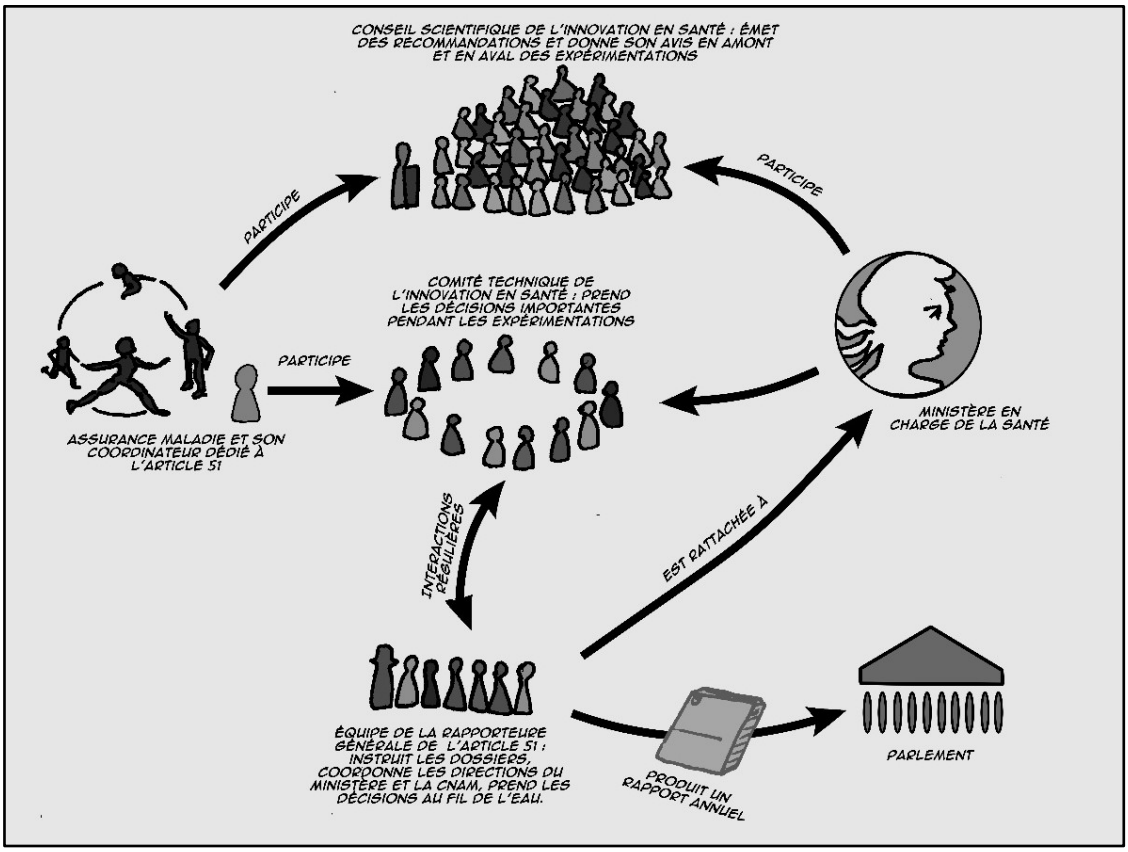


Schéma réalisé par l'autrice, à partir d'éléments recueillis en entretien et dans des documents.

La mise en œuvre opérationnelle de l'Article 51 dans son ensemble est confiée à Natacha Lemaire, nommée « rapporteure générale ». Elle est rattachée au Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales. Énarque, elle a fait carrière au sein de la Cnam et de la DGOS. En 2017, elle bénéficie d'une bourse *Harkness*, et réalise une enquête sur les *Accountable care organizations* suivant le conseil de Julien Mousquès, économiste académique à l'Institut de recherche et de document en économie de la santé (Irdes). Natacha Lemaire est énarque, et elle a une carrière sectorielle dans la santé, d'abord à la Cnam (2005-2010), puis au ministère de la Santé (2010-2016), où elle occupe des postes de manageur puis de décideuse. Ces éléments de sa trajectoire pourraient la rattacher à l'élite du *Welfare* (Darviche et al., 2023). Cependant, elle n'a jamais occupé de postes à l'Inspection générale des affaires ou à la Cour des comptes, ni plus généralement à la tête des administrations sanitaire, contrairement aux acteurs décrits par Mohammad-Saïd Darviche et *al.* (2023). Enfin, elle entretient des relations avec des économistes académiques, comme le montre son expérience aux États-Unis dans le cadre de la bourse *Harkness*. Mobilisant les savoirs et méthodes économiques, son profil s'apparente davantage à celui des économistes administratifs qu'à celui de l'élite du *Welfare*.

Dans son poste de rapporteure générale, elle pilote une équipe de six personnes qui coordonne et dirige l'ensemble des expérimentations, sélectionne les candidatures, accompagne les porteurs de projet dans l'élaboration des cahiers des charges puis dans leur mise en œuvre.

> « L'Article 51 a été repris en force par la DSS, qui pensait au début que ça allait être un gros truc d'administration, avec un petit rapporteur général qui allait faire la synthèse de tout cela. [La future rapporteure générale] revenait des États-Unis, avait travaillé sur les *Accountable care organizations*. (…) Elle a accepté sous condition d'avoir une équipe, ce que la DSS n'avait pas forcément anticipé. Elle a dit : "Moi il est hors de question que je fasse la boîte aux lettres, si je pilote ce type de projet c'est pour avoir une équipe". C'est là qu'elle a *dealé* que chaque direction mette une personne à disposition de l'équipe » (Entretien, Virginie L., économiste administrative, Masters en droit et en économie, Ipep, ministère de la Santé, 10/19).

Si l'Article 51 est conçu par des membres de l'élite du *Welfare*, sa mise en œuvre est déléguée à des acteurs avec moins de ressources. Les membres de l'équipe de Natacha Lemaire sont détachés des différentes directions du ministère et de l'Assurance maladie. Cette équipe semble bénéficier d'une certaine autonomie, extraite des hiérarchies administratives habituelles. Elle est présentée comme étant une organisation frontière entre ministère et Assurance maladie – bien que, factuellement, elle soit hiérarchiquement rattachée au Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales et physiquement localisée dans les bureaux du ministère de la Santé. Cependant, cette équipe n'a finalement pas beaucoup de moyens mis à disposition pour piloter l'ensemble des expérimentations des Articles 51. En effet, son travail est principalement opérationnel : il s'agit d'instruire les propositions qui émanent des « initiatives locales », d'organiser la coordination entre les différentes institutions et de suivre la mise en œuvre des expérimentations. Cette équipe produit également des rapports annuels pour le parlement, qui ont une fonction informative. Dans la première partie de ce chapitre, nous avions expliqué que les promoteurs de l'Article 51 le présentaient comme un moyen de récolter des informations sur les initiatives locales, alors que les financements régionaux leur apparaissaient obscurs. L'Article 51 est cependant un dispositif d'ampleur : en 2023, il permet la mise en œuvre de 144 expérimentations (Document public, Rapport au parlement 2023 sur les expérimentations innovantes en santé). Depuis 2018, l'équipe de Natacha Lemaire a traité 1 174 demandes de financement expérimental. Les sujets traités dans le cadre expérimental sont divers, portant sur le financement du secteur hospitalier ou ambulatoire, de populations

(précaires, handicapées, personnes âgées, femmes, enfants, etc.) ou de pathologies spécifiques, permettant de financer des prises en charge, de la prévention, de l'activité physique adaptée, ou de nouveaux dispositifs médicaux (par exemple, des dispositifs techniques de télésurveillance) (Document public, Rapport au parlement 2023 sur les expérimentations innovantes en santé). Sans que l'enquête ait permis d'éclairer cette question avec précision, nous pouvons alors nous demander dans quelle mesure les organisations mises en place pour suivre ces expérimentations parviennent effectivement à produire de la connaissance pour les membres de l'élite du *Welfare*, au-delà de rapports synthétiques permettant de souligner les grandes tendances dans l'allocation de ces financements.

Les interactions entre l'équipe de la rapporteure générale et les élites administratives se font principalement lors de réunions du CTIS, qui se tiennent d'abord toutes les deux semaines, puis tous les mois. Le CTIS a un rôle de validation et de prise de décision sur la sélection des expérimentations, la validation des cahiers des charges et des modèles économiques. Ce comité est animé par la rapporteure générale et regroupe des représentants des différentes directions du ministère, de la Cnam, du Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales et de l'ARS Île-de-France. N'ayant pas pu effectuer d'observation dans cet espace de décision, je n'ai pas d'éléments sur la manière dont ce comité est investi par les différentes directions, ni si les promoteurs de l'Article 51 y font un suivi régulier des orientations stratégiques des expérimentations. Dans la mise en œuvre des expérimentations Ipep et Peps, le CTIS prend de manière exceptionnelle un rôle véto, imposant une décision aux économistes administratifs, mais la plupart des décisions sont cependant prises entre les promoteurs des modèles économiques et la rapporteure générale, et simplement validées par le CTIS. Les économistes administratifs ont ainsi une autonomie relative dans la mise en œuvre des expérimentations.

Le CSIS est présidé par le ou la ministre de la Santé, ou par sa vice-présidente, Dominique Polton, ancienne directrice de l'Irdes, alors conseillère scientifique au Haut conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie (HCAAM). Il est composé d'une soixantaine d'acteurs qui représentent le Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales, les directions du ministère, la Cnam, les ARS, les agences nationales du secteur sanitaire, mais également des partenaires sociaux comme les complémentaires d'assurance maladie, les représentants de professionnelles de santé ou d'établissements de santé, et des représentants d'usagers. Le CSIS se réunit une à deux fois par an pour émettre des recommandations sur le cahier des charges en amont du lancement des expérimentations, puis en aval pour donner un avis sur leur généralisation, leur poursuite ou leur arrêt.

Côté Cnam, une fonction de coordinateur de l'Article 51 est mise en place progressivement, de manière moins formelle. Elle est assurée par un membre de la direction de la DSES, qui participe aux diverses réunions et conserve une vision d'ensemble des expérimentations de l'Article 51. Au sein des directions du ministère de la Santé, un ou deux postes sont ouverts pour chaque direction pour assurer également la coordination et le suivi des expérimentations.

Fortes des communautés d'instruments émergentes mobilisées autour de la conception des modèles économiques Épisode de soins, Ipep et Peps, les trois expérimentations éponymes vont bénéficier chacune d'une équipe dédiée pour leur mise en œuvre (contrairement à toutes les autres expérimentations, qui sont suivies par l'équipe de la rapporteure générale). Ces « équipes nationales » participent à formaliser, unifier et étendre la communauté d'instruments (Voß et Simons, 2014), c'est-à-dire les acteurs hétérogènes impliqués dans la conception et la promotion des instruments de coordination en soins primaires.

Un élargissement horizontal de la communauté d'instruments

Dès 2018, deux « équipes nationales projet » vont être formalisées. Au sein de ces équipes, on retrouve les économistes administratifs qui ont conçu les modèles économiques : Virginie L. (masters en droit et en économie, ministère de la Santé, Ipep), David L. (master en économie, DSES, Cnam, Ipep), Christophe R. (énarque, DSS, ministère de la Santé, Peps), Audrey G. (médecin économiste, DSS, ministère de la Santé, Peps), ou encore Pauline L. (master en économie, DSS, ministère de la Santé, Peps). Ces communautés d'instruments vont cependant s'étendre, d'abord au sein des administrations. Côté Peps, la DSES à la Cnam, qui n'avait pas participé à la conception du modèle, est incluse dans le pilotage de l'expérimentation. Les « équipes nationales » sont conçues en miroir, avec des ressources équivalentes pour Ipep et pour Peps. Elles sont composées d'environ six personnes, rattachées pour moitié au ministère de la Santé (à la DGOS pour Ipep, à la DSS pour Peps) et pour moitié à la Cnam (principalement à la DSES). Ces personnes ne travaillent pas à temps plein sur les expérimentations, travaillant sur plusieurs autres sujets en même temps. Ces équipes ont une double direction, pilotées à la fois par une personne en position de manageur voire de direction au ministère, et une autre à la Cnam. Les personnes en position exécutive sont économistes spécialisées, administratives généralistes, mais aussi statisticiennes à la Cnam.

Au-delà des deux administrations nationales, des agences sanitaires, notamment l'Agence nationale d'appui à la performance (Anap) et la Haute autorité de santé (HAS) sont ensuite impliquées dans la mise en œuvre des instruments.

Créée en 2009 de la fusion de plusieurs agences nationales (Belorgey, 2010), l'Anap a pour principale mission d'éditer des outils et des guides de bonnes pratiques pour améliorer les performances des établissements sanitaires et médico-sociaux. Les membres de l'Anap ont des formations diverses (en gestion, en administration publique, en ingénierie ou comme professionnels de santé) et ont souvent travaillé dans l'administration hospitalière avant leur prise de poste à l'Anap. Pour l'ensemble de ces personnes, il s'agit de leur première mission sur les soins primaires, qui ne fait pas partie des sujets habituellement traités par l'agence. Dans le cadre de l'expérimentation, l'Anap est mandatée à partir de 2019 pour trois types de tâches : l'organisation de « groupes de travail » centrés sur des points précis, souvent techniques, qui contribuent à la participation des professionnels de santé à la conception des modèles ; la rédaction de rapports de « retours d'expériences » visant à produire de l'information sur le processus expérimental ; et la diffusion d'outils de gestion.

De son côté, la HAS est une agence indépendante créée en 2004. Dans le secteur sanitaire, elle joue à la fois un rôle d'expertise scientifique médico-économique indépendante, et d'aide à la décision dans l'action publique (Benamouzig, 2009). Les membres de la HAS qui interviennent dans la mise en œuvre d'Ipep et de Peps sont médecins de santé publique, épidémiologues ou statisticiens. Pour ces acteurs également, il s'agit pour la plupart du temps de leur première mission sur les soins primaires. Le rôle de la HAS dans le cas des expérimentations est de participer à concevoir et régler certains des outils des modèles économiques, principalement certains indicateurs de qualité. Cela s'inscrit dans la poursuite du travail mené par l'agence autour de la promotion puis de la mise en œuvre des indicateurs de qualité à l'hôpital (Bertillot, 2014). Encore une fois, des solutions se rencontrent : les acteurs de la HAS promeuvent les indicateurs de qualité davantage que les modèles économiques. Ces derniers sont une opportunité d'étendre leur mandat au secteur des soins primaires, alors qu'ils ne travaillaient à présent que sur l'hôpital. Les différentes solutions se renforcent mutuellement, le développement d'un instrument est l'opportunité d'en promouvoir d'autres.

La mise à disposition de certains indicateurs automatisés dans le Système national des données de santé est effectuée par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), qui fournit les données sans intervenir dans le réglage des outils. Pour cette raison, je considère que les membres de l'ATIH ne sont pas intégrés de la même manière dans la communauté : ils ne participent ni à promouvoir ni à concevoir les instruments.

En plus d'intégrer l'Anap et la HAS dans la communauté d'instruments, la relation à l'Irdes se formalise. Quelques économistes académiques de l'Irdes avaient participé à concevoir le

modèle économique Ipep. À partir de 2018, leur intégration dans la communauté d'instruments est formalisée au travers d'une convention, portant sur l'évaluation des deux expérimentations, alors que les autres évaluateurs d'expérimentations de l'Article 51 sont sélectionnés par appels à projets. L'équipe d'évaluation de l'Irdes est alors pluridisciplinaire, composée d'économistes, de géographes et de sociologues.

Enfin, le cadre expérimental donne accès aux économistes administratifs à un autre type de ressources humaines : les consultants. Depuis les années 2000, de nombreux travaux constatent la place croissante des consultants dans la conduite des politiques publiques, au-delà du secteur sanitaire (Belorgey et Pierru, 2017 ; Empson et al., 2015 ; Hurl et Vogelpohl, 2021 ; Saint-Martin, 2006). Pour Nicolas Belorgey et Frédéric Pierru, cet accroissement du recours aux cabinets de conseil est lié d'une part à la proximité sociale entre les hauts fonctionnaires et les consultants, accrue par les circulations entre secteurs publics et privés des hauts fonctionnaires ; et d'autre part à une réorganisation des firmes elles-mêmes qui développent une offre à destination du secteur public, proposant des instruments standardisés (conduite de projet, système d'information et de gestion, méthodes de travail collaboratives…). Dans son enquête sur la réforme du secteur hospitalier, Nicolas Berlorgey s'est particulièrement intéressé à la place des consultants et de leurs méthodes dans l'introduction du nouveau management public (Belorgey, 2010). Au moment de son enquête (2004-2007), le recours aux consultants est principalement le fait de l'Agence d'audit des établissements de santé, une des agences qui sera fusionnée lors de la création de l'Anap : « par rapport à une administration classique, l'Agence d'audit des établissements de santé innove en ce qu'elle a recours au marché pour atteindre ses objectifs » (Belorgey, 2010, p. 45). Plus de dix ans après, le recours aux consultants au sein des administrations centrales n'a plus rien d'innovant. L'Anap contractualise avec des consultants pour l'aider à rédiger des « retours d'expérience » à partir d'entretiens avec des professionnels de santé, la Cnam délègue à des cabinets de conseil la « maîtrise d'ouvrage » de la conduite de l'action publique, mais aussi « l'accompagnement des professionnels de santé » ou encore la mise en place d'une plateforme informatique pour recueillir les données relatives aux articles 51. La HAS sous-traite également une partie du traitement des données à un cabinet de conseil spécialisé. Toutes ces firmes sont recrutées par appel d'offres, généralement pour un ou deux ans. Les missions ne sont donc pas assurées par les mêmes cabinets d'un bout à l'autre des expérimentations. Sans prétendre analyser l'intégralité de ces interventions, je souhaitais revenir sur la place des consultants en « maîtrise d'ouvrage », particulièrement présents dans le quotidien des économistes administratifs. Ces consultants travaillent au sein de firmes

internationales et généralistes. Ils assistent à l'ensemble des réunions, rédigent des comptes-rendus, organisent des réunions, préparent les documents et les supports des réunions. Ces acteurs sont pleinement intégrés à la division du travail du pilotage des expérimentations et participent à formaliser le travail au sein des administrations. Ils proposent ainsi une découpe des tâches en « chantiers thématiques » (Belorgey et Pierru, 2017), attribuées ensuite aux différents acteurs administratifs. Les principaux « chantiers » concernent l'élaboration des différentes composantes des modèles (un indicateur précis, le modèle économétrique de prévision des dépenses, etc.) ; les dimensions juridiques (conventions avec les professionnels de santé) ; les dimensions financières (suivi des versements aux professionnels de santé) ; le suivi des professionnels de santé (organisation de réunions, de points téléphoniques, réponses à des demandes ponctuelles) ou encore le suivi de l'évaluation (mise à disposition des données, interaction avec les évaluateurs).

L'intégration des instruments dans le cadre expérimental a donc deux effets principaux. D'une part, elle uniformise les équipes en charge de leur mise en œuvre entre les deux modèles et formalise leur composition. D'autre part, elle permet aux économistes administratifs d'accéder à de nouvelles ressources, en dégageant des moyens financiers permettant de contractualiser avec l'Anap, la HAS, l'Irdes et des cabinets de conseil. Cet élargissement des acteurs impliqués dans la conception des instruments est horizontal : les nouveaux acteurs qui entrent dans ces collectifs ont des positions de « cadres intermédiaires » : ils sont manageurs, chargés de mission ou consultants juniors.

2.2. Ciblages et surprises dans le recrutement des professionnels de santé

L'Article 51 est pensé par ses promoteurs administratifs comme un moyen d'initier de nouvelles actions en santé, portées par des acteurs administratifs. Cependant, les députés de la majorité (la République en Marche) apportent une inflexion au méta-instrument lors de son passage au parlement, en insistant pour que les professionnels de santé occupent une place centrale dans les expérimentations. Cela montre aussi les limites de l'influence de ces acteurs administratifs : en imposant une approche participative, les députés majoritaires redonnent du pouvoir aux professionnels de santé dans la conception de l'action publique en santé, dont ils n'apparaissent plus uniquement le sujet, mais également les coproducteurs. Quels professionnels s'engagent dans ces processus ?

Les économistes administratifs vont inclure une dimension collaborative dans la mise en œuvre d'Ipep et de Peps. En 2018, les modèles économiques sont conceptuellement avancés, bien que matériellement pas encore fabriqués : il faut réaliser les modèles économétriques pour estimer et prévoir les dépenses de santé des patients, et élaborer certains indicateurs de qualité et leur valorisation. Afin de répondre à l'injonction à la participation, les économistes administratifs vont finaliser l'élaboration des modèles économiques avec des professionnels de santé. Un calendrier commun va être mis en place, fixant des dates butoirs et un rythme de travail soutenu.

Schéma n° 2 : Chronologie du lancement des modèles économiques (2017-2020)

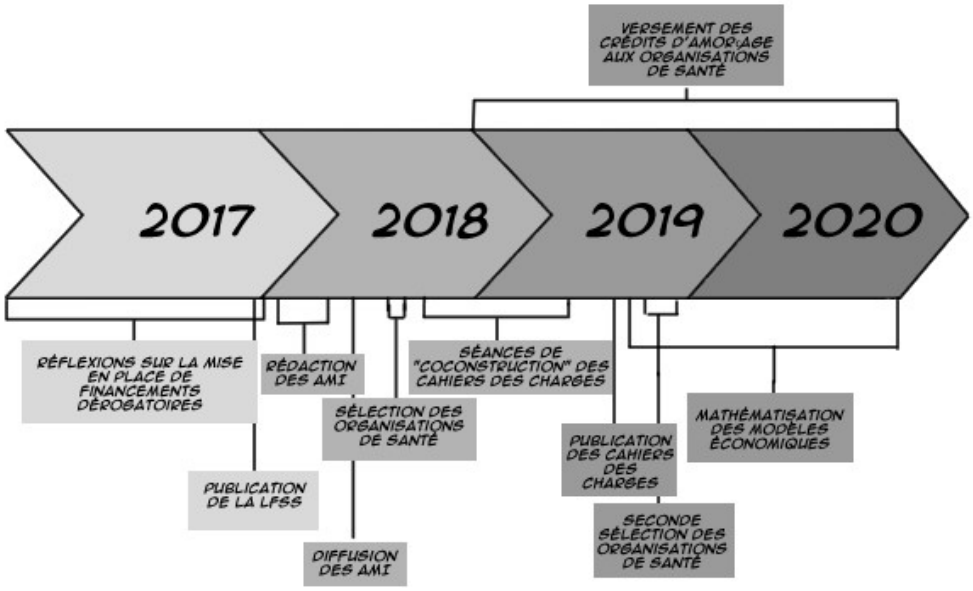


Schéma réalisé par l'autrice, à partir d'éléments recueillis en entretien et dans des documents. Le sigle AMI, utilisé dans le schéma, désigne les Appels à manifestation d'intérêt.

À partir de la publication de la LFSS fin 2017, les « équipes nationales » vont rédiger des Appels à manifestation d'intérêt. Ces documents d'une trentaine de pages décrivent les objectifs publics de chaque modèle économique, et invitent des organisations de santé à soumettre un projet s'inscrivant dans ces objectifs. À la différence d'appels à projets, ces appels à manifestation d'intérêt proposent aux professionnels de participer à des « séances de coconstruction » en amont de l'expérimentation, entre septembre 2018 et mars 2019. L'objet de ces séances est double : d'une part, finaliser la conception des modèles économiques avec les professionnels de santé ; d'autre part, les enrôler dans les expérimentations. Les séances de « coconstruction » portent ainsi sur des dimensions techniques et économiques : sont notamment traités le choix des indicateurs de qualité dans Ipep, la sélection des modalités

d'ajustement du calcul du forfait dans Peps. Elles produisent du consensus entre les acteurs davantage qu'elles n'infléchissent la conception des modèles économiques (Morize et al., 2021), comme nous y reviendrons dans le chapitre 3. À leur issue, un cahier des charges est publié en juin 2019 pour chaque expérimentation. Documents d'une trentaine de pages, les cahiers des charges décrivent les modèles économiques : ils précisent leur périmètre, les modalités de calcul des rémunérations distribuées aux organisations de santé et le calendrier des expérimentations. Ces modèles économiques ne sont toujours pas physiquement élaborés : leur conceptualisation a progressé, mais pas leur mise en calcul et leur automatisation. Les expérimentations commencent officiellement en juin 2019.

Pour mettre en œuvre les expérimentations, les économistes administratifs ont donc besoin d'enrôler (Callon, 1986) des professionnels de santé autour de leurs modèles économiques. Bien que cette dimension participative leur soit imposée, les économistes administratifs promoteurs des modèles Ipep et Peps valorisent l'orientation collaborative donnée à la mise en œuvre des instruments par l'Article 51. En effet, certains de ces économistes administratifs ont déjà expérimenté l'opposition des syndicats de médecins libéraux dans des tentatives antérieures de mise sur agenda de leurs instruments[59]. Ils conçoivent alors l'expérimentation et l'approche collaborative comme un moyen d'enrôler les syndicats de médecine générale dans la conception et la mise en œuvre des instruments (1). Cependant, l'Article 51 donne une visibilité inattendue par les économistes administratifs à ces instruments, ouvrant le recrutement à des professionnels de santé pour lesquels ils n'avaient pas envisagé de mettre en œuvre les modèles économiques : les professionnels hospitaliers (pour Ipep) et les professionnels de centre de santé salarié[60] (pour Ipep et Peps). Ces professionnels de santé cherchent à adapter les modèles pensés pour les MSP à leurs organisations, aussi bien dans Ipep (2) que dans Peps (3). Les ajustements auxquels sont contraints les économistes administratifs révèlent les limites de leurs capacités d'agir dans les interactions avec les professionnels de santé et leurs représentants.

L'enrôlement des syndicats libéraux, un enjeu central pour les économistes administratifs

La démarche collaborative imposée par le gouvernement est bien perçue par les économistes administratifs. Elle formalise d'anciennes pratiques de travail : les économistes administratifs

[59] Dans le chapitre 1, je décrivais ainsi comment suite à l'opposition des syndicats libéraux, Virginie L., à la DGOS, avait échoué à mettre en œuvre un service public territorial de santé ; et Christophe R., à la DSS, avait dû renoncer à proposer une rémunération forfaitaire optionnelle pour les médecins exerçants en MSP.

[60] Les centres de santé sont des organisations municipales, mutualistes, associatives ou coopératives qui réunissent des professionnels de santé salariés en ville.

ont noué, au cours de leurs expériences antérieures, des relations avec des médecins généralistes libéraux, et notamment ceux qui président leurs principaux syndicats (Médecin généraliste France [MG France], la section généraliste de la Confédération des syndicats médicaux français [CSMF]). Avant même la mise en place du cadre expérimental, les économistes administratifs (d'Ipep comme de Peps) priorisent l'enrôlement de ces acteurs au sein de la communauté d'instruments. Dès 2017, ils les associent informellement à la conception des modèles économiques, en les consultant individuellement.

> « C'était qu'on ne prétendait pas avoir inventé l'eau tiède, on prétendait que l'on avait rencontré des acteurs de terrain qui portaient une dynamique, que cette dynamique, on sentait qu'en gros, tout avait été rassemblé, il y avait le petit bois, il y avait la capsule pour le feu, il y avait le papier journal, etc. Et ce qu'il fallait, c'était un incitatif financier avec un modèle qui soit bien discuté avec les acteurs pour que cela puisse démarrer, et un peu de pilotage national pour que tout ne parte pas dans tous les sens (…). Sinon, cela ne peut pas marcher (…). L'important, c'est que vous soyez dans le dialogue et voilà, entre 2010 et 2017-2018, les choses avaient suffisamment muri pour que l'on ait des équipes qui portent le truc, qui aient envie d'y aller et que MG France et la CSMF ne veuillent plus s'y opposer. De fait, on avait Jacques Battistoni [alors président de MG France] et Luc Duquesnel [alors président de la section généraliste de la CSMF] qui étaient dans les discussions sur les deux forfaits » (Entretien, Christophe R., économiste administratif, énarque, DSS, 07/20).

> « Il y en a comme Alain A., médecin généraliste à la Communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) des Amandiers, qui sont très à la pointe des réflexions qu'il y a en économie de la santé. (…) Alain A. nous avait aidés, donné son avis avant la sortie de l'appel à manifestation d'intérêts, dès le mois d'avril 2018, on avait une présentation à l'ARS » (Entretien, Julie M., formée en master d'Affaires publiques, DGOS, 11/19).

Ces prises de contact informelles permettent de « prendre la température » avant même la conception des instruments d'action publique, pour s'assurer qu'ils rencontrent un soutien de la part des médecins généralistes, et notamment ceux situés à des positions clés dans les syndicats, susceptibles d'influencer les négociations lors d'un éventuel passage dans le droit commun ou de diffuser les initiatives en question.

> « On a la maison de santé du président de MG France, et du président de la section des généralistes de la CSMF, les deux principaux syndicats généralistes signataires des conventions. C'est sûr que si ça se passe bien avec eux, les chances de généralisation sont fortes » (Entretien, Laurent R., économiste administratif, énarque, DSS, 01/20).

L'Article 51 vient donc formaliser ces concertations informelles sans bouleverser les pratiques des économistes administratifs. Dans un contexte où les prises de position des syndicats de médecins libéraux contraignent fortement la diffusion de nouveaux instruments, l'implication de ces médecins généralistes dans les réformes est présentée comme une condition de possibilité de leur mise en œuvre.

> « L'idée de se concerter (…), je pense que c'est vraiment un sentiment commun à l'époque, qu'il fallait absolument les impliquer [les professionnels des organisations de santé] » (Entretien, Audrey G., économiste administrative, médecin de santé publique formée à l'économie, DSS, 10/19).

La mise en place des modèles économiques se fait avec l'appréhension des résistances des professionnels libéraux, non sans raison : dans le passé, les économistes administratifs ont vu des instruments être retoqués par l'action des syndicats libéraux (les Services publics territoriaux de santé, la mise en place du forfait dans les MSP). L'association de ces médecins généralistes à la communauté d'instrument est un moyen de s'assurer leur adhésion, pour faciliter d'abord la mise en œuvre expérimentale des instruments puis leur généralisation par le conventionnement. L'approche expérimentale entre d'ailleurs en adéquation avec cette démarche d'enrôlement des professionnels libéraux : les modèles économiques sont d'abord testés en petits nombres avec des médecins *leaders* de syndicats ou de fédération, avant une dissémination potentielle à plus large échelle.

D'un modèle pour les professionnels de soins primaires à l'intégration contrainte d'organisations hospitalières (Ipep)

L'intégration des expérimentations dans le cadre des Articles 51 produit également des effets sur les processus de sélection des organisations qui y participent. Devenues « vitrines du 51 », les expérimentations Ipep et Peps gagnent en visibilité et attirent de nouveaux acteurs, non prévus initialement. Les économistes administratifs sont alors soumis à des processus de décision qui leur échappent. Cette dimension contribue, avant même la mise en œuvre des modèles économiques, à opérer un glissement de taille. Alors que les modèles économiques ont

initialement pour cible les professionnels libéraux de soins primaires, exerçant en MSP, d'autres types d'organisations vont s'inviter dans les expérimentations.

Pour comprendre comment ces acteurs collectifs intègrent les expérimentations et quelle place ils y prennent, revenons sur les processus de sélection, déterminés par l'Article 51. Contrairement aux expérimentations aléatoires randomisées, dont le *gold standard* est la sélection aléatoire des participants, les économistes administratifs s'appuient sur des candidats volontaires qui candidatent aux Appels à manifestation d'intérêt. Les organisations de santé sont invitées à envoyer des dossiers de candidature aux économistes administratifs, à une première occasion durant l'été 2018 pour intégrer la phase de « coconstruction », puis à une seconde occasion à la suite de la publication du cahier des charges durant l'automne 2019[61]. Les dossiers de candidatures sont instruits par les économistes administratifs et par les ARS de la région de candidature, avant que la décision soit validée par le CTIS. Ce processus de sélection ouvert amène à envisager des candidatures qui n'avaient pas été anticipées par les économistes administratifs.

Dans l'expérimentation Ipep, les principaux critères de sélection sont relatifs à la présence de médecins généralistes dans le collectif, ce qui est une dimension clé de la mise en œuvre du modèle économique : ce dernier s'appuie sur des dépenses de santé de patients rattachés à un médecin traitant. Les économistes administratifs fixent un minimum de 5 000 patients déclarés médecins traitants par organisation, ce qui représente un volume important : en 2019, les MSP déclaraient en moyenne 4 300 patients affiliés aux médecins traitants (Rapport Charges et Produits, Cnam, 2022). L'intégration dans l'Article 51 donne cependant à l'expérimentation une visibilité qui n'avait pas été anticipée par les économistes administratifs.

> « On s'était dit quand même : "Ah oui ! Ce serait bien que l'on ait environ 10 candidatures." Et je me souviens que Virginie [la manageuse côté DGOS] avait, je crois, peur que l'on n'ait pas de candidats » (Entretien, Julie M., formée en master d'Affaires publiques, DGOS, 11/19).

En 2018, 78 candidatures sont reçues par les économistes administratifs. Parmi elles, environ un tiers proviennent d'organisations hospitalières, qui n'avaient pas été exclues de l'appel à manifestation d'intérêt. La décision de les inclure échappe d'ailleurs aux économistes administratifs : c'est la direction de la DGOS, traditionnellement spécialisée sur le secteur hospitalier, qui encourage leur participation à l'expérimentation. Dans une logique de

[61] Je reviendrais plus en détail sur ces processus de sélection dans le chapitre 3.

spécialisation par organe ou pathologie caractéristique de l'organisation hospitalière (Pinell, 2005), la plupart de ces candidatures proposent des projets centrés sur une pathologie. Les économistes administratifs négocient d'intégrer uniquement les organisations hospitalières qui s'intéressent à plusieurs pathologies. En effet, ils opposent à cette approche spécialisée une approche qu'ils appellent « populationnelle », en référence à un terme utilisé par les promoteurs des soins intégrés à l'échelle internationale. Ce terme, dont la définition est floue (Bourgeois, 2024), renvoie pour les économistes administratifs au fait d'encourager les professionnels de santé à prendre en charge un bassin de population avec une approche à la fois territoriale et de prise en charge globale du patient.

> « On n'avait pas fermé la porte aux candidatures qui étaient sur une pathologie, cela a été souhaité au niveau de nos hiérarchies (…) Du coup, on a eu énormément de candidatures qui étaient sur des filières qui partaient de l'hôpital. (…) On voyait bien que cela ne répondait pas à la philosophie du projet. (…) On a réussi à convaincre : "Déjà, toutes les candidatures monopathologies, on les exclut d'emblée. On fait vraiment de l'aspect populationnel, d'être au moins sur deux pathologies, un critère discriminant" » (Entretien, Julie M., formée en master d'Affaires publiques, DGOS, 11/19).

Les approches spécialisées proposées par les candidatures portées par des structures hospitalières sont également moins compatibles avec l'approche globale de la médecine générale. Ces arguments permettent aux économistes administratifs de réduire le nombre de candidatures hospitalières acceptables, puisqu'elles ne sont pas la cible de l'expérimentation.

La première sélection de 2018 aboutit à retenir 21 organisations de santé, dont neufs MSP, cinq CPTS ou autre associations de professionnels de santé avec une ambition de prise en charge territoriale (pas nécessairement labellisées CPTS), et sept groupements hospitaliers.

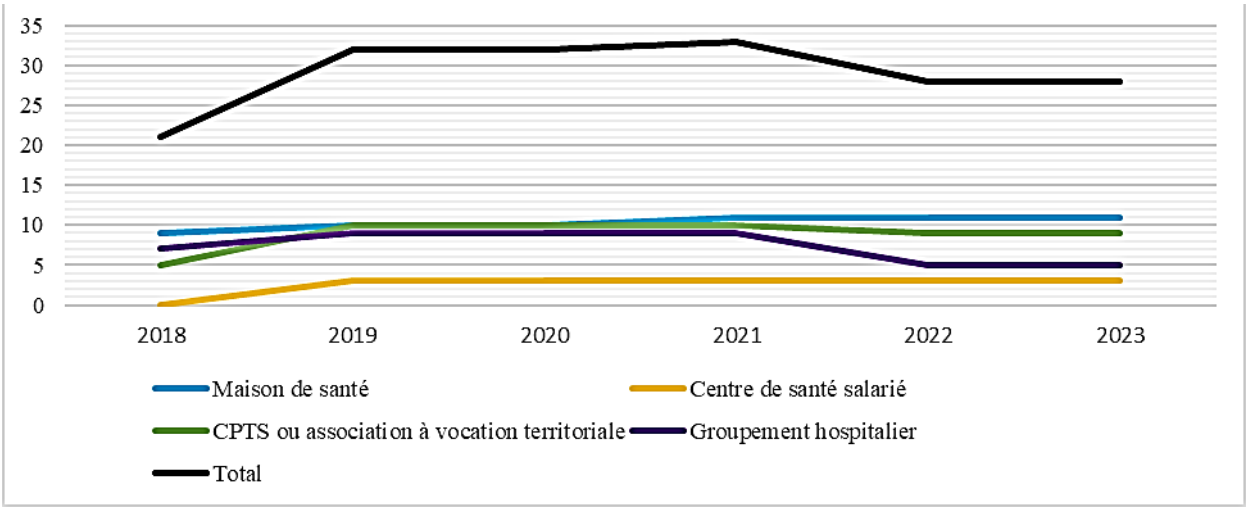
En 2019, la seconde vague de sélection se fait à petite échelle. Les économistes administratifs ont déjà une charge de travail importante avec l'accompagnement des premières organisations retenues, et il n'est pas prévu d'augmenter le temps de travail alloué aux expérimentations. « Comme on n'est pas en capacité d'absorber énormément les nouveaux, on a fait vraiment à bas bruit » (Sophie L., économiste administrative, énarque, ministère de la Santé, 11/19). La sélection de nouvelles organisations se fait de manière beaucoup plus ciblée : ce n'est pas un appel à candidatures ouvert, diffusé sur l'ensemble des réseaux, mais une demande passée aux ARS de faire remonter quelques candidats. Les CPTS sont alors particulièrement ciblées par

les économistes administratifs : l'accord conventionnel est sorti au printemps 2019 et ces organisations libérales correspondent en tout point au projet porté par le modèle Ipep. Comme supposé dans le chapitre 1, les deux instruments (Ipep et CPTS) se renforcent mutuellement davantage qu'ils ne se concurrencent. Cette seconde sélection va permettre d'intégrer cinq autres CPTS, ainsi que deux hôpitaux portant des projets de coordination avec la ville. Une dizaine de centres de santé et une MSP participant déjà à l'expérimentation Peps candidatent également en 2019. Les économistes administratifs les refusent d'abord, considérant leur projet trop proche de celui de Peps, et afin d'éviter une concurrence sur les publics entre les deux groupes d'économistes administratifs.

> Novembre 2019. Le sujet principal du comité de pilotage Ipep est la sélection des nouvelles expérimentations. Les économistes administratifs discutent de la candidature d'une MSP. Virginie L., manageuse côté ministère de la Santé, explique qu'en autre, « ce n'est pas confortable avec la DSS, ils nous ont dit qu'ils préfèreraient qu'on ne prenne pas des structures trop petites dans Ipep ». Julie M., chargée de mission à la DGOS, renchérit « oui, je confirme que la DSS n'est pas très enthousiaste pour qu'on les prenne » tandis que Cyril S., statisticien à la Cnam, renchérit « ils ne se sont pas cassés pour leur dossier, ils disent juste qu'ils veulent sortir de l'acte et que Peps, ça ne marche pas. Nous, sortir de l'acte, ce n'est pas vraiment le sujet ! » (Observation, comité de pilotage Ipep, 11/19).

Cette décision est cependant remise en question : la MSP mobilise son réseau régional, et notamment ses relations avec la Caisse primaire d'Assurance maladie, qui intervient pour légitimer sa candidature auprès des économistes administratifs de sa candidature. Du côté des centres de santé, l'Union syndicale des médecins de centre de santé publie un communiqué de presse dénonçant le refus des économistes administratifs « Article 51, le gouvernement veut-il bloquer le renouveau des centres de santé ? » (Publié sur leur site internet en novembre 2019). À la suite de ce communiqué, le cabinet de la ministre demande aux économistes administratifs d'inclure les centres de santé, montrant les capacités des organisations professionnelles à faire pression sur ces acteurs marginaux sécants. Trois des dix centres candidats seront finalement intégrés à l'expérimentation.

<u>Graphique n° 1 : Évolution du nombre d'organisations de santé engagées dans l'expérimentation Ipep selon leur type</u>



Peu d'organisations quittent l'expérimentation Ipep. Dans les dernières années de l'expérimentation, quelques hôpitaux se retirent en raison de difficultés à intégrer des patients médecins traitants, en lien avec la difficile coordination avec les médecins généralistes depuis l'hôpital (Bourgeois, 2024).

L'inclusion de ces nouveaux acteurs dans les expérimentations n'est pas sans effet sur la mise en œuvre des modèles économiques. Ces derniers, conçus pour les professionnels libéraux, ne sont pas adaptés aux organisations hospitalières. Un cadre de la Fédération hospitalière de France (FHF), qui représente cinq des neuf organisations hospitalières, cherche à réorienter le modèle vers une meilleure prise en compte des hôpitaux.

La FHF est une actrice clé dans la régulation des hôpitaux en France : Pierre-André Juven la qualifie d'« acteur transpolitique », en partie imbriqué à l'État, avec une présidence assurée successivement par plusieurs élus, sénateurs ou députés (2016). Dans le cas de l'expérimentation Ipep, la FHF apparait comme une organisation concurrente à l'État dans la régulation hospitalière. Un de ces cadres nationaux conçoit ainsi, en amont de l'expérimentation Ipep, un projet nommé « Responsabilité populationnelle » (Bourgeois, 2024). Ce dernier, inspiré par des modèles d'organisation de santé nord-américains, consiste en un modèle théorique de classement de patients diabétiques et insuffisants cardiaques selon des critères de risques, qui permettraient aux professionnels et aux organisations d'appliquer des guides de bonnes pratiques selon la classe du patient. Ce projet se veut, comme Ipep, avoir une dimension « populationnelle » : les hôpitaux ne seraient pas uniquement en charge des seuls patients qui les visitent, mais avec l'aide de professionnels de soins primaires d'un bassin de population. La coordination ville hôpital partirait alors de l'hôpital (Bourgeois, 2024). À la sortie de l'appel à manifestation d'intérêt Ipep, le cadre salarié de la FHF joue de la proximité apparente des projets pour rechercher des financements (Bourgeois, 2024). Il apparait cependant assez

rapidement que le modèle économique Ipep, se basant sur une patientèle affiliée aux médecins généralistes, est peu adapté aux hôpitaux. Le cadre salarié de la FHF se lance alors dans une longue négociation avec les économistes administratifs pour adapter le modèle Ipep. Il demande notamment que le calcul du modèle soit réalisé sur un bassin de population et non plus sur des patients affiliés aux médecins traitants. Cela permettrait aux organisations hospitalières de ne pas dépendre de l'inclusion de médecins généralistes dans l'expérimentation pour recevoir des financements. Les économistes administratifs s'opposent à cette démarche. En réunion de pilotage début 2020, la manageuse de la DGOS explique ainsi qu'ils cherchent à éviter cette adaptation. Ils craignent qu'en attribuant les financements sur un bassin de population et non plus à partir de la patientèle des médecins généralistes, les acteurs hospitaliers n'aient plus d'incitation à travailler avec les professionnels de soins primaires.

> En comité de pilotage Ipep, les économistes administratifs font le point sur les demandes du cadre de la FHF par rapport au modèle économique. Virginie L., économiste spécialisée à la DGOS, résume : « C'est le débat qu'on a avec la FHF, est-ce qu'on part sur une population ? C'est l'avenant que pour l'instant on arrive à esquiver. Est-ce qu'on part sur une population médecin traitant ou une population ciblée territoriale ? On essaye d'éviter ça depuis le début » (Observation, réunion de pilotage Ipep, 04/20).

Quelques mois plus tard, la FHF obtient finalement une adaptation du modèle, qui constitue un compromis entre ces deux options. Pour les cinq organisations hospitalières concernées, un amendement du cahier des charges sera mis en place, permettant de calculer le modèle sur une patientèle médecin traitant reconstituée : chaque fois qu'un patient passe par l'hôpital ou est inclus dans le programme Responsabilité populationnelle lors d'une action en dehors des murs de l'hôpital, l'hôpital doit prendre contact avec son médecin généraliste et l'inclure, ainsi que l'ensemble de sa patientèle, dans l'expérimentation. Ces négociations amènent à un glissement important du modèle économique et de son périmètre, qui reste cependant circonscrit aux seules organisations soutenues par la FHF dans cette première phase de son expérimentation, et non pas à l'ensemble des organisations hospitalières. Ces interactions entre FHF et pouvoirs publics ne se font pas dans les cadres d'interaction pensés pour susciter la collaboration des professionnels de santé à la conception des instruments (« séances de coconstruction », « accélérateurs », « plénière »), mais par un *lobbying* auprès des décideurs politiques et administratifs, permis par l'envergure politique de l'organisation : le cadre de la FHF téléphone à la direction de la Cnam, sollicite des rendez-vous privés, écrit des lettres au cabinet du

ministère de la Santé. Ces négociations ne sont pas sans influence sur la rationalité du modèle : comment évaluer, économiquement, un modèle qui se dédouble ? En revanche, ces négociations sont totalement séparées de la mise en œuvre du modèle auprès de la population cible des économistes administratifs : les médecins généralistes libéraux exerçant en MSP ou CPTS.

D'un modèle pour les professionnels libéraux à la participation majoritaire des centres de santé salariés (Peps)

Du côté de l'expérimentation Peps, les processus de sélections sont similaires, également répartis entre les années 2018 et 2019. Le modèle économique cible les MSP, mais au moment de la diffusion de l'Appel à manifestation d'intérêt, la direction de la DGOS suggère aux économistes administratifs de l'ouvrir aux centres de santé.

> « On ne pensait pas que les centres de santé seraient intéressés par le paiement au forfait. On n'avait ciblé que les maisons de santé (…). C'est la DGOS qui nous a dit : "N'oubliez pas les centres de santé". Encore une nouvelle orientation, et ça bien marché » (Entretien, Pauline L., économiste administrative, formée en master d'économie, DSS, 10/19).

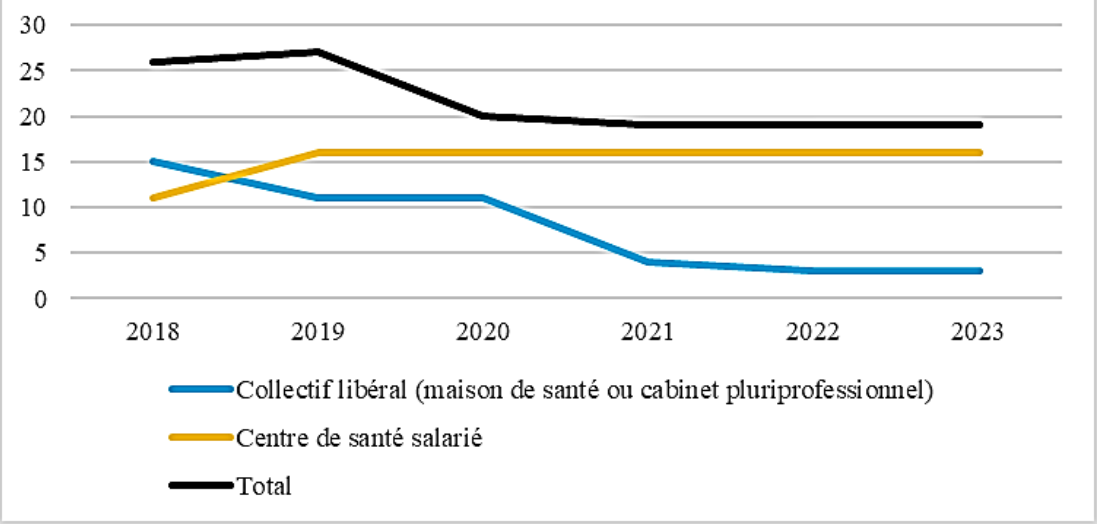
Cette suggestion est adoptée par les économistes administratifs, qui reçoivent 39 candidatures (certaines regroupant plusieurs organisations), dont 12 sur le forfait « patients diabétiques », 6 sur la patientèle âgée et 9 sur l'ensemble de la patientèle. Les candidatures sur les patientèles diabétiques et âgées sont moins engageantes – le forfait ne concerne qu'une partie de la patientèle – et sont portées exclusivement par des MSP, tandis que les candidatures sur la patientèle totale sont portées par des centres de santé et une MSP. Les organisations de santé sont principalement sélectionnées pour leur volonté de modifier leur mode de rémunération.

> « Le fait qu'ils nous disent "moi je n'ai plus envie d'être rémunéré à l'acte", c'est un plutôt bon dossier, parce qu'on sent la motivation, on sent qu'il va aller jusqu'au bout. Alors qu'un dossier qui ne parle pas du tout du mode de rémunération, mais qui dit juste "j'ai des difficultés à joindre des deux bouts", ça va être compliqué comme projet » (Entretien, Audrey G., économiste administrative, médecin de santé publique formée à l'économie, DSS, 10/19).

Les économistes sélectionnent en 2018 15 MSP et 11 centres de santé. Cependant cet équilibre libéral/salarié est rapidement remis en question par des départs successifs des MSP de l'expérimentation : une première vague d'entre elles quitte l'expérimentation à l'issue de la

publication du cahier des charges en 2019, une seconde à la fin de l'année 2020 avant le passage au forfait[62].

Graphique n° 2 : Évolution du nombre d'organisations de santé engagées dans l'expérimentation Peps selon leur type



Le nombre de centres de santé monte de son côté à 16 en 2019 avec l'intégration de cinq nouveaux centres, alors qu'une seule MSP s'est portée candidate à cette seconde sélection. Fin 2023, seules trois MSP restent dans l'expérimentation, contre 16 centres de santé. Pour un modèle économique qui visait initialement les MSP, il manque sa cible.

Les centres de santé participant à Peps sont municipaux, associatifs ou coopératifs, certains d'entre eux ayant une orientation vers la santé communautaire. Ils sont tous installés en centre urbain, dans des quartiers populaires. Les professionnels qui y exercent se distinguent des professionnels libéraux enquêtés par la promotion d'une « médecine sociale » orientée vers l'accès aux soins voire les inégalités sociales de santé, liée à leurs socialisations familiales, professionnelles ou militantes (Legrand et Pitti, 2024).

En 2016, lors de la négociation de la convention des maisons de santé, la fédération nationale des centres de santé a bénéficié de ce regain d'intérêt pour l'exercice coordonné, lui permettant de promouvoir leur modèle organisationnel. Les représentants des centres de santé ont négocié un accord conventionnel qui leur est propre. Ils ont investi divers instruments d'action publique,

[62] Je reviendrai dans le chapitre 6 sur les raisons de ces départs, qui sont principalement liées à des résistances de professionnels libéraux à un passage collectif au paiement au forfait et à la difficulté de répartir cet argent entre eux. Cet enjeu de répartition collective n'existe pas dans les centres de santé, où le passage au forfait impacte le mode de financement sans toucher le mode de rémunération (salarié) des professionnels.

cherchant à transformer l'organisation des soins en promouvant la leur. Engagés dans les expérimentations Ipep et Peps, les représentants des centres de santé mobilisent les réunions avec les économistes administratifs pour porter leurs revendications. Ces dernières concernent prioritairement la meilleure prise en compte des caractéristiques socio-économiques des patients dans les modèles économiques Ipep et Peps, afin de participer à lutter contre les inégalités sociales de santé et à revaloriser la prise en charge de ces patients. Dans Peps, les médecins des centres de santé participent aux « séances de co-construction » et amènent les pouvoirs publics à une meilleure prise en compte des indicateurs de pauvreté dans le modèle. Loin d'être anodine, cette question de prise en compte des inégalités sociales de santé est un défi pour les pouvoirs publics : le Système national des données de santé est pauvre en données socio-économiques. Le principal indicateur socio-économique est le fait de bénéficier d'une complémentaire santé solidaire, mais le non-recours à ces complémentaires et le non-recours aux soins en font un indicateur peu fiable pour saisir les caractéristiques sociales des patients. Les économistes administratifs proposent donc d'utiliser les données liées aux territoires d'installation des organisations, et notamment le taux de pauvreté, pour mieux saisir ces facteurs sociaux économiques. Durant la mise en œuvre des modèles économiques, la prise en compte du taux de pauvreté, appliquée dans quatorze des quinze centres de santé, conduit à gratifier ces médecins d'une rémunération forfaitaire à celle qu'ils avaient auparavant à l'acte[63] (Legrand et Pitti, 2024).

De plus, les médecins des centres de santé demandent à ce que les bénéficiaires de l'Aide médicale de l'État (AME)[64] soient inclus dans le forfait, ce qui n'était pas le cas initialement. Les centres de santé prennent davantage en charge de bénéficiaires de l'AME que les professionnels libéraux : pour les participants à Peps, les centres de santé accueillaient en moyenne 226 patients bénéficiaires de l'AME en 2019, contre seulement 6 pour les MSP. Cette fois également, les économistes intègrent cette demande et conçoivent un forfait plus simple que celui des patients affiliés aux médecins traitants[65], car non ajusté aux caractéristiques sociales (âge, genre, affection longue durée), pour les bénéficiaires de l'AME.

[63] Les médecins des centres de santé obtiennent des rémunérations 15 % supérieures à ce qu'ils recevaient auparavant au paiement à l'acte. Cette majoration est liée à l'ajustement au taux de pauvreté.

[64] L'AME est une aide sociale pouvant être octroyée, sous condition, à des personnes étrangères résidant en France sans titre de séjour.

[65] Les patients AME ne peuvent être affiliés à un médecin traitant.

> « Au début, le projet était vraiment que pour les structures libérales. Et finalement, c'était la DGOS qui avait insisté là-dessus de dire pourquoi on limiterait aux MSP. Pourquoi pas aux centres de santé, finalement ? (…) Ils ont la particularité aussi pour beaucoup d'entre eux des AME, qui posent des difficultés par rapport aux circuits de données, parce qu'ils n'ont pas de médecin traitant. Ce n'est pas la même règle. Et du coup ça change un peu, même beaucoup, certaines dimensions du projet » (Entretien, Olivier M., économiste administratif, médecin de santé publique formé à l'économie, Cnam, 10/19).

Ces modifications apportées au modèle Peps par les médecins des centres de santé sont permises par cette période de « coconstruction ». Plus tard, ces médecins perdent en influence. Les positions entre économistes et médecins des centres de santé se tendent. Au fil de l'expérimentation, les économistes réaffirment leur volonté d'enrôler les professionnels libéraux (davantage que les médecins de centre de santé) dans le modèle économique. Les médecins de centre de santé, de leur côté, continuent de porter les questions des inégalités sociales de santé, mais sont beaucoup moins entendus. Par exemple, dans ce groupe de travail autour d'un questionnaire lié aux actions de prévention, dans Ipep, un médecin généraliste d'un centre de santé intervient pour orienter le questionnaire vers une meilleure prise en compte des inégalités sociales. La planche dessinée ci-dessous retranscrit ces échanges. Outre de livrer un extrait d'observation, elle permet au lecteur de s'immerger dans le contexte – à distance et numérique – de l'enquête (Nocerino, 2016), menée durant la pandémie de Covid-19.

JUIN 2021, J'ASSISTE À UN "GROUPE DE TRAVAIL THÉMATIQUE" IPEP EN VISIOCONFÉRENCE. IL PORTE SUR L'ÉLABORATION D'UN QUESTIONNAIRE POUR UN INDICATEUR DE PRÉVENTION.
SI JE PEUX INTERVENIR...
MORIZE
MSP Beau Temps
CNAM
DR.X
MARIE
ANAP
CDS
DR.X
MSP
JE N'AI PAS LU LE QUESTIONNAIRE, MAIS POUR MOI, CE QUI DEVRAIT ÊTRE CENTRAL, C'EST LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ !
C'EST UN SUJET EXTRÊMEMENT BIEN DOCUMENTÉ !
...
MERCI POUR CETTE INTERVENTION.
SI ÇA VOUS LAISSE SANS VOIX, JE PEUX DÉVELOPPER. VOUS AVEZ POURTANT DES RESSOURCES EN INTERNE AU MINISTÈRE, PAR EXEMPLE, AU BUREAU DES USAGERS, MADAME P. QUI EST SPÉCIALISTE DE CES QUESTIONS...

L'intervention d'un médecin salarié de centres de santé, sur un ton vindicatif, suscite peu de réactions de la part des économistes administratifs et n'entraînera pas de modification du questionnaire en question. Plus encore, les modifications obtenues par les centres de santé sur le modèle économique Peps sont questionnées dans la suite de l'expérimentation, les économistes administratifs interrogeant leur nécessité et leur pertinence.

> Comité de pilotage Peps, mai 2022. Les économistes administratifs de la Cnam reviennent sur le calcul du forfait pour les patients AME, qui pourrait être affiné en intégrant des ajustements, mais les données manquent. Olivier M., médecin-économiste à la Cnam et manageur, tranche : « il ne faut pas se générer trop de travail sur ces questions de patients AME, il ne faut pas dépenser d'énergie pour une problématique qui n'est pas le cœur de notre problème. De toute façon, si c'est des patients qu'ils ne voient qu'une fois, la logique du forfait est discutable ». Emilie B, statisticienne à la Cnam, approuve : « En généralisation, il faudrait ne pas les prendre en compte… », ce qui est confirmé par Olivier M. : « On est d'accord. Du coup, autant faire le minimum syndical » (Observation, comité de pilotage Peps, 05/22).

Si ces ajustements sont maintenus le temps de l'expérimentation pour éviter une confrontation avec les médecins de centres de santé, les économistes administratifs statuent qu'ils ne le seront pas en cas de généralisation du modèle économique.

Ces ajustements des modèles économiques effectués par les économistes administratifs face aux professionnels des fédérations hospitalières ou de centres de santé montrent la capacité de ces professionnels de fédérations ou de syndicats à influencer la conduite de l'action publique. Cette capacité d'action reste cependant limitée au temps de l'expérimentation.

Par ailleurs, si les économistes administratifs intègrent sous la contrainte ces nouveaux types de professionnels dans les expérimentations, les cibles de leurs modèles économiques restent les médecins libéraux. Ce cadrage des expérimentations autour de l'orientation du comportement des professionnels libéraux reste présent tout le long de l'expérimentation et participe à orienter la mise en œuvre des instruments, comme nous le verrons dans les chapitres qui suivent.

Conclusion : L'expérimentation comme renforcement des capacités d'action des acteurs administratifs

Ce chapitre a montré comment des acteurs administratifs parviennent à mettre sur agenda de nouveaux (méta) instruments d'action publique. L'expérimentation apparait alors comme un moyen de renforcer les capacités d'action de ces acteurs. La première partie du chapitre s'est intéressée à la mise en place du méta-instrument expérimental par des membres de l'élite du *Welfare*, désireux de raffermir leurs capacités d'actions face aux acteurs politiques, aux professionnels de santé et aux agences sanitaires déconcentrées et décentralisées. La seconde partie s'est penchée sur l'articulation entre économistes administratifs et élite administrative ; entre modèle économique et expérimentation. Les économistes administratifs s'appuient sur leurs relations avec les promoteurs de l'Article 51 pour intégrer Ipep et Peps à la réforme expérimentale. Tout en parvenant à promouvoir leurs solutions, ils se confrontent aux enjeux d'enrôler les professionnels libéraux et d'intégrer malgré eux d'autres professionnels, montrant les difficultés qu'ont ces acteurs administratifs à mettre en œuvre des instruments dans le secteur sanitaire.

Ce chapitre a contribué à discuter la littérature sociologique sur deux dimensions principales : la caractérisation de l'élite du *Welfare* et de ses actions d'une part ; et les processus de mise sur agenda d'instruments portés par des « cadres intermédiaires » des administrations d'autre part.

Pour commencer, ce chapitre décrit l'élite du *Welfare* en action, autour de la promotion de l'Article 51. Je confirme alors la capacité de ces acteurs administratifs à porter des réformes et à mettre en œuvre des stratégies communes entre les administrations de la santé (Darviche et al., 2023). L'Article 51 peut alors participer d'une « technocratisation » de l'action publique en santé, où les partenaires sociaux de l'Assurance maladie (Hassenteufel et Palier, 2005) et le parlement (Hassenteufel, 2009) occupent des rôles restreints face aux acteurs administratifs (Darviche et al., 2023).

De plus, le cas de l'Article 51 amène deux apports à cette littérature. Premièrement, il permet de questionner les relations entre l'élite du *Welfare* et les administrations sanitaires déconcentrées et décentralisées. Au travers des expérimentations, l'élite du *Welfare* cherche à recentraliser les initiatives locales en santé face aux acteurs régionaux et départementaux. Cependant, la mise en œuvre des expérimentations est confiée à une organisation frontière entre ministère de la Santé et Cnam, aux moyens humains réduits. On peut alors interroger la capacité

effective de ce méta-instrument à produire des connaissances pour les directions administratives sur les nombreuses initiatives locales.

Ensuite, les modes d'action choisis par les promoteurs de l'Article 51 sont empreints d'un style de raisonnement économique. La littérature met en évidence le double programme de l'élite du *Welfare* : la mise en œuvre d'une sécurité sociale universelle ; et la maîtrise des dépenses sanitaires (Darviche et al., 2023 ; Genieys et Hassenteufel, 2012). Ce second volet de leur programme est analysé comme un moyen de garantir l'autonomie de l'administration sanitaire par rapport au ministère des Finances (Darviche et al., 2023 ; Genieys et Hassenteufel, 2012). Cette enquête a montré qu'il découle également de leur style de raisonnement économique, façonné par leur formation d'énarque (Fourcade, 2014 ; Kolopp, 2014). Mobilisant les théories microéconomiques, ils envisagent le changement comme découlant des modes de financement, et cherchent à rationaliser l'action publique sanitaire par la transformation des organisations locales. Ce style de raisonnement est alors partagé avec les économistes administratifs, facilitant l'intégration des modèles économiques Ipep et Peps dans l'Article 51.

Par ailleurs, cette thèse a éclairé le rôle de « cadres intermédiaires » dans la conduite de l'action publique (Barrier et al., 2015 ; Bertillot, 2014).

Les économistes administratifs mobilisent leurs relations avec les acteurs élitaires de l'administration pour promouvoir leurs modèles économiques. Beaucoup de travaux portant sur les instruments d'action publique se centrent sur des cas d'études : ce chapitre a mis en lumière l'intérêt d'analyser les dynamiques qui relient plusieurs (méta) instruments d'actions publiques ; ainsi que les relations entre les différents promoteurs d'instruments. En effet, le cas des modèles économiques Ipep et Peps montre qu'une mise sur agenda peut résulter de la rencontre entre des flux de solutions, portés par des acteurs administratifs différents, mais aux intérêts convergents.

Enfin, les économistes administratifs apparaissent comme des acteurs fortement contraints dans la mise en œuvre des instruments qu'ils promeuvent. Dans le secteur de la santé, les rapports de force avec les différents syndicats et fédérations représentants des établissements ou des professionnels de santé sont omniprésents. L'expérimentation est alors perçue par les économistes administratifs comme un moyen d'enrôler les médecins de syndicats libéraux, afin de s'assurer de leur soutien dans la mise en œuvre des instruments. L'expérimentation apparait donc un mode d'action publique adapté à un secteur d'action publique contraint à la fois par les ressources mises à disposition des acteurs administratifs, mais également dans leur relation aux

médecins et la capacité de ceux-ci à bloquer les réformes des soins primaires. De plus, les économistes administratifs doivent inclure des professionnels hospitaliers ou de centre de santé dans les expérimentations. Cela les amène à négocier avec un ensemble d'acteurs hétérogènes, aux stratégies disparates, les conduisant à faire des compromis dans la mise en œuvre des modèles économiques. Ils cherchent cependant à résister aux amendements demandés par ces nouveaux acteurs (hospitaliers et centres de santé), confirmant les médecins libéraux comme cibles des instruments.

Recentrant le regard sur les interactions entre économistes administratifs et médecins libéraux, le chapitre 3 s'intéressera aux efforts des premiers pour enrôler les seconds dans les expérimentations.

Conclusion de la première partie : Une place croissante de l'économie dans les instruments de réformes des soins primaires

Cette première partie a éclairé la manière dont des économistes administratifs au profil de marginaux sécants parviennent à mettre en œuvre de nouveaux instruments dans les soins primaires. Le **chapitre 1** a montré l'action d'économistes administratifs qui se relaient pour promouvoir des instruments de coordination dans les soins primaires. Les modèles économiques Ipep et Peps s'inscrivent dans la continuité d'instruments antérieurs, comme les maisons de santé ou les communautés professionnelles territoriales de santé, mais marquent également un tournant concernant la place de l'économie dans les raisonnements, savoirs et méthodes mobilisées. Le **chapitre 2** s'est intéressé à la capacité de membres de l'élite du *Welfare* à imposer leur agenda en matière de politiques publiques sanitaires. Le méta-instrument expérimental, promu dans l'Article 51 de la Loi de financement de la sécurité sociale de 2017 par certains acteurs administratifs qui possèdent les caractéristiques de l'élite du *Welfare*, permet de renforcer les capacités d'action des acteurs administratifs. Les économistes administratifs promoteurs d'Ipep et Peps bénéficient de la mise en place de l'Article 51 pour mettre en œuvre leurs modèles économiques.

Cette première partie a mis en évidence trois apports transversaux à la sociologie de l'action publique portant sur le changement dans les politiques publiques.

Tout d'abord, cette enquête a confirmé le rôle d'entrepreneurs de politiques tenu par certains acteurs administratifs pour mettre sur agenda de nouveaux instruments d'action publique, dans la suite des travaux sur l'élite du *Welfare* (Darviche et al., 2023). Par rapport à ces travaux, ma thèse a mis en lumière le rôle d'acteurs administratifs non élitaires, particuliers aux réformes des soins primaires. Ces acteurs ne peuvent imposer seuls leurs réformes et doivent agir stratégiquement dans leur contexte institutionnel pour promouvoir leurs solutions : ils mobilisent alors des ressources entre les administrations et au-delà, en s'alliant notamment avec des économistes académiques.

Ils s'appuient également sur l'élite du *Welfare* pour concrétiser la mise en œuvre des modèles économiques, au travers du cadre expérimental de l'Article 51. En effet, cette recherche a confirmé l'indépendance des groupes d'acteurs promoteurs de solutions par rapport aux acteurs qui dénoncent des problèmes publics (Mukherjee et Howlett, 2015). Elle a permis d'aller un pas plus loin dans l'analyse des flux (Kingdon, 1984), en montrant que la rencontre de deux

flux de solutions peut contribuer à légitimer de nouvelles politiques publiques, même en l'absence d'un problème défini.

Enfin, ce travail a souligné la place importante du style de raisonnement économique, des savoirs et des méthodes économiques dans la conception des politiques publiques de santé, dans la lignée des travaux de Daniel Benamouzig (2005). Par rapport à ces derniers, la thèse a révélé une évolution de la place des économistes dans les administrations sanitaires : avant les années 2000, les acteurs mobilisant un style de raisonnement économique travaillaient principalement dans des administrations spécialisées (le ministère des Finances, le Commissariat général au Plan), dans des *think-tanks* ou à l'université (Benamouzig, 2005). Ma thèse a mis en évidence un accroissement des positions occupées par des économistes au sein même des administrations sanitaires, cohérent avec l'hypothèse d'une institutionnalisation du recours à l'économie dans les politiques publiques depuis les années 2000 (Bessis et Eloire, 2023).

L'enquête au niveau des administrations sanitaires centrales a éclairé la genèse de deux instruments de réformes des soins primaires, Ipep et Peps. Elle a mis en avant la manière dont des acteurs administratifs non élitaires parviennent à influencer la conception de l'action publique. Cependant, cette thèse ne serait pas complète sans analyser la mise en œuvre concrète des instruments, en lien avec les professionnels de santé. Avant de s'intéresser aux appropriations locales des modèles économiques au sein des maisons de santé, la prochaine partie de cette thèse permettra de se pencher sur les relations d'interdépendances entre deux groupes d'acteurs au cœur de ces réformes : les économistes administratifs de l'Assurance maladie et les médecins entrepreneurs libéraux.

Deuxième partie : Les liaisons avantageuses. Économistes administratifs et professionnels libéraux dans la fabrique des instruments.

Introduction de la deuxième partie

Cette thèse se poursuit avec l'étude des processus concrets de fabrication des modèles économiques, ou ce que l'on pourrait appeler la phase de « formation d'un plan d'action officiel » (Blumer, 1971). Cette phase est moins souvent étudiée que celles de conception, de mise sur agenda (Kingdon, 1984) ou d'appropriation (Lascoumes et Le Gales, 2007) des instruments d'action publique. La fabrique des instruments est pourtant intéressante en ce qu'elle révèle des relations de pouvoir entre les acteurs. Cette partie entend contribuer à deux ensembles de littérature : la sociologie du travail des acteurs administratifs d'une part ; et la sociologie des groupes professionnels d'autre part.

Tout d'abord, cette partie met en lumière le travail des acteurs administratifs. Elle s'inscrit alors dans une littérature sur les acteurs administratifs qui s'intéresse au contexte organisationnel dans lequel ils travaillent (Barrier et al., 2015 ; Borraz et Ruiz, 2020 ; Lepont, 2016), permettant de souligner les représentations différenciées qu'ils ont des instruments au-delà d'une lecture unifiée de l'administration sanitaire. Ces acteurs administratifs sont également analysés au travers de leur travail concret, et notamment de la fabrication des outils de quantification et de leur diffusion aux professionnels de santé, apportant une nouvelle lecture des processus de pouvoir discrétionnaire habituellement étudiés dans les relations de guichet (Dubois, 2015 ; Lipsky, 1980 ; Weill, 2016).

Ensuite, cette partie éclaire la place prise par des professionnels de santé « intermédiaires » (Nay et Smith, 2002) dans la conduite de l'action publique. Elle interroge la littérature portant sur l'implication de professionnels de santé dans les réformes de l'action publique ou la mise en œuvre d'outils de gestion. Plusieurs travaux soulignent la participation de médecins à la mise en place d'outils de gestion ou de contrôle comme un moyen de revaloriser une spécialité ou un segment professionnel (Benamouzig et Pierru, 2011 ; Benamouzig et Robelet, 2014 ; Berg, 1997 ; Castel, 2020 ; Robelet, 2001 ; Wadmann et al., 2019). La participation aux réformes peut également permettre de préserver l'intérêt de la profession, au prix d'une « hybridation » entre médecin et management (Hendrikx et van Gestel, 2017 ; Hwang et Powell, 2009 ; Mcgivern et al., 2015 ; Muzio et al., 2013 ; Noordegraaf, 2007).

En me penchant sur les interactions entre professionnels de santé et acteurs administratifs dans la fabrique des modèles, je contribue à la littérature sur la notion de « communauté d'instruments » (Voß et Simons, 2014). Cette littérature montre que les acteurs d'une communauté d'instruments ont des intérêts et des stratégies différenciés, sans spécifier si cela

affecte les instruments et les relations entre acteurs. Dans le cas d'Ipep et de Peps, dans quelle mesure la fabrique de ces instruments révèle-t-elle des rapports de pouvoir dans les relations entre les différents acteurs de la communauté d'instruments ? Dans quelle mesure ces relations affectent-elles la conception des instruments ?

Cette sous-partie montre alors les compromis réciproques (Nay et Smith, 2002) opérés par les économistes administratifs de l'Assurance maladie, et par les professionnels libéraux, révélant les interdépendances fortes qui lient ces groupes d'acteurs. Le **chapitre 3** s'intéresse aux interactions entre économistes administratifs et professionnels libéraux lors de réunions visant à présenter aux seconds les modèles économiques. L'analyse dévoile alors que certains médecins généralistes « entrepreneurs » (Moyal, 2022 ; Schlegel, 2022) jouent un rôle clé dans la diffusion et la légitimation des instruments auprès des autres professionnels de santé. Le **chapitre 4** se penche sur le travail des économistes administratifs autour de la fabrique des modèles économiques. Les économistes de l'Assurance maladie deviennent progressivement centraux dans la conception des instruments. Ils adaptent les instruments selon des valeurs méritocratiques et en cherchant à maintenir l'enrôlement des médecins libéraux, alors que les économistes du ministère de la Santé priorisent les objectifs de maîtrise des dépenses de santé.

Cette partie est le cœur ethnographique de ma thèse. J'y mobilise des extraits d'observations, réalisées lors de réunions entre économistes administratifs et professionnels de santé ; ou lors des réunions administratives de pilotage des expérimentations. Ces observations me permettent de restituer avec finesse le travail des acteurs administratifs autour de la fabrique des instruments. Elles dévoilent également les positionnements et les représentations des différents acteurs autour des modèles économiques. Ces observations sont complétées par des entretiens, aussi bien avec des professionnels de santé qu'avec des acteurs administratifs ou leurs partenaires. Enfin, des documents internes sont ponctuellement mobilisés pour renforcer la démonstration, notamment les documents utilisés par les acteurs eux-mêmes dans ces interactions (document PowerPoint, fichiers Excel, etc.).

Chapitre 3. Un gouvernement sans distance. Interactions et compromis dans la fabrique des instruments.

Introduction

> Juin 2022, plénière Peps. La fin de la matinée approche, après plusieurs présentations formelles du modèle économique et de ses évolutions. Olivier M., médecin économiste à la Caisse nationale d'Assurance maladie (Cnam), conclut ce temps d'échange en revenant sur « le calendrier » du modèle économique. Il annonce : « on va faire des arbitrages en juillet, août, on doit trancher certaines choses, on mettra en place des groupes de travail pour parler avec des éléments chiffrés, ce qui est important c'est que vous travailliez le plus rapidement là-dessus ! » Un des médecins généralistes présents approuve : « vous les envoyez, on vous dira ! » Olivier M. termine la réunion en déclarant : « on est très heureux d'avoir des gens comme vous avec qui travailler », ce à quoi le médecin rétorque : « plaisir partagé ! » (Observation, plénière Peps, 06/22).

Dès septembre 2018, les économistes administratifs organisent des réunions régulières avec certains professionnels de santé participant aux expérimentations. Ces réunions entendent répondre à l'injonction, donnée par le gouvernement aux économistes administratifs, de « coconstruire » l'action publique. Comme Olivier M. le souligne dans cet extrait d'observation, les professionnels ne sont pas seulement la cible des instruments, puisqu'ils vont également être impliqués dans leur conception et leur mise en œuvre. Mais en quoi consiste exactement cette collaboration ?

Ces dernières décennies, les relations entre professions et pouvoirs publics ont principalement été étudiées au travers de la mise en place d'outils de gestion, souvent issus du Nouveau management public. Ce dernier est décrit comme « un puzzle doctrinal, développé par sédimentation et strates successives, qui promeut de nouvelles manières de penser l'organisation administrative à partir d'un ensemble hétérogène d'axiomes » (Bezes et al., 2011, p. 2) issus de théories économiques, managériales et gestionnaires. Une partie critique de cette littérature voit dans la mise en place des outils de gestion une menace pour l'autonomie professionnelle, voire un risque de déprofessionnalisation. Face à ce risque de contrôle total, un

ensemble de textes analyse les capacités de résistance voire d'opposition frontale développée par certains groupes professionnels (Bonelli et Pelletier, 2010 ; Chauvière, 2007 ; Gori et al., 2009). Dans le cas de la profession médicale, l'opposition des syndicats libéraux aux nouvelles formes de régulation est routinière (Hassenteufel, 1997, 2019), à nouveau illustrée à l'automne 2022 par les mobilisations autour du mouvement « Médecins pour demain ».

Cependant, de nombreux travaux constatent des relations plus nuancées entre médecins et mise en œuvre d'outils de gestion (Castel, 2020 ; Levay et Waks, 2009 ; Numerato et al., 2012). Les réappropriations locales des outils de gestion par les médecins sont analysées au travers des notions de « découplage » (Le Bianic, 2011) qui décrit une acceptation superficielle de ces outils pour mieux en contrer les effets, ou encore de « découplage inverse » (Levay et Waks, 2009) ou de « cooptation » (Numerato et al., 2012) qui renvoient aux capacités des médecins à intégrer ces outils en vue d'une autorégulation, protégeant la profession des interventions extérieures. Au-delà de ces effets constatés à une échelle organisationnelle, d'autres travaux soulignent qu'au sein de la profession, une spécialité ou un segment médical cherchent parfois à s'inscrire dans ces mouvements de réformes afin d'influencer le changement plutôt que de le subir (Monneraud, 2011) et de renégocier leur place au sein de leur profession (Benamouzig et Pierru, 2011 ; Benamouzig et Robelet, 2014 ; Berg, 1997 ; Castel, 2020 ; Robelet, 2001 ; Wadmann et al., 2019). Plusieurs travaux mobilisent la notion de « professionnels hybrides » pour décrire ceux qui participent aux réformes organisationnelles (Hendrikx et van Gestel, 2017 ; Hwang et Powell, 2009 ; Mcgivern et al., 2015 ; Muzio et al., 2013 ; Noordegraaf, 2007). Ces professionnels intègrent pleinement les outils de gestion dans l'organisation des soins, tout en préservant l'intérêt de leur profession. Dans le secteur des soins primaires en France, plusieurs auteurs identifient des « médecins entrepreneurs » qui participent à diffuser les nouveaux instruments de coordination (Moyal, 2022 ; Schlegel, 2022).

Les professionnels de santé participant aux expérimentations ont la spécificité d'être associés par les économistes administratifs à la fabrique des modèles économiques Ipep et Peps, ici appréhendés comme des instruments d'action publique. Ils traduisent une forme de régulation quantifiée, qui s'inscrit dans les théories du « gouvernement à distance » (Foucault, 2004 ; Rose et Miller, 1992). Ces instruments seraient symptomatiques d'un État sanitaire qui « fait faire plus qu'il ne fait lui-même » (Hassenteufel, 2008, p. 16 ; cité par Moyal, 2021, p. 19). Dans la théorie de la « gouvernementalité », la mise en place d'un système de contrôle mobilise classiquement des éléments de quantification : production de chiffres, classement et évaluation des performances, mises en concurrence des acteurs (Bartl et al., 2019 ; Bezes et al., 2016 ;

Dubuisson-Quellier, 2016 ; Foucault, 2004 ; Rose et Miller, 1992). Cette forme de gouvernement vise à orienter les comportements individuels grâce à l'intériorisation de savoirs, relayés par des dispositifs techniques. L'intériorisation progressive de ces injonctions normatives est appelée « processus de colonisation » (Power, 1997) ou « redéfinition des subjectivités » (*« recasting of subjectivities »)* (Rose et Miller, 1992).

Étudiant l'élaboration des modèles Ipep et Peps, ce chapitre s'intéresse à un paradoxe : alors que la diffusion d'un style de raisonnement économique apparait centrale dans les interactions entre pouvoirs publics et professionnels de santé, les économistes administratifs ne mobilisent en fait que peu les outils de quantification pour tenter d'orienter les pratiques des professionnels. De plus, comme le constatait Hugo Bertillot dans le cas de la mise en place d'indicateurs de qualité à l'hôpital (2014), cette « colonisation » n'a rien de distancié, mais se fait au contraire au travers d'interactions répétées entre professionnels de santé et économistes administratifs. Quelle place est donnée et prise par les professionnels de santé dans la communauté d'instruments ? Dans quelle mesure sont-ils « colonisés » par ce style de raisonnement économique ?

Ce chapitre démontre la place centrale prise par des médecins entrepreneurs dans la diffusion des modèles économiques, participant à légitimer les instruments mis en œuvre par les économistes administratifs. Les médecins qui assistent régulièrement aux réunions organisées par les économistes, « intermédiaires de l'action publique », voient des ressources antérieures se renforcer par leur participation aux expérimentations (1). Les économistes administratifs et leurs partenaires (Agence nationale d'appui à la performance [Anap] et cabinets de conseil) développent des espaces qui se veulent collaboratifs, mais qui permettent davantage de familiariser les professionnels de santé au style de raisonnement économique que de mettre en œuvre une fabrique collaborative des instruments (2). Enfin, plus que sur la quantification, les économistes administratifs s'appuient sur certains professionnels pour diffuser de bonnes pratiques aux autres organisations de santé (3).

1. Des intermédiaires inégaux dans la fabrique de l'action publique

Traditionnellement, la profession des médecins s'est beaucoup mobilisée en France pour conserver les acquis de l'exercice libéral, s'opposant à la mise en œuvre de nouvelles mesures qu'ils perçoivent comme contraignantes (Hassenteufel, 1997, 2019). Dans le cas des modèles économiques, les professionnels libéraux investissent cependant la conception des instruments

puis dans leur mise en œuvre. Comment expliquer que ces professionnels libéraux, *a priori* attachés à leur autonomie professionnelle, s'engagent dans cette communauté d'instruments ?

Dans les réformes des soins primaires, certains médecins généralistes libéraux adoptent une démarche partenariale avec les pouvoirs publics. Frange réformatrice de la médecine libérale, leur rôle a souvent été analysé au travers de la notion d'entrepreneur (Moyal, 2022 ; Schlegel, 2022 ; Vezinat, 2019a). Cette dernière insiste sur les capacités d'agir d'acteurs (collectifs ou individuels) situés à la frontière de plusieurs mondes sociaux. Les entrepreneurs apparaissent souvent calculateurs ou opportunistes, puisant leurs ressources dans cette position de frontière, comme « le marginal sécant » (Jamous et al., 1969) ou « l'entrepreneur -frontière » (Bergeron et al., 2013) en sociologie des organisations. En sociologie de l'action publique, l'entrepreneur de causes ou de politiques publiques mobilise également ses positions multiples (Aust et Bergeron, 2022 ; Cobb et Elder, 1972 ; Kingdon, 1984).

Dans la continuité de ces travaux, je propose d'élargir l'analyse à l'ensemble des professionnels qui interagissent avec les pouvoirs publics, et non pas aux seuls « médecins entrepreneurs », au travers de la notion d'intermédiaire. Cette dernière recoupe plusieurs définitions. Une des plus utilisées est celle d'Olivier Nay et Andy Smith, qui caractérisent les acteurs intermédiaires de l'action publique comme situés aux frontières de plusieurs mondes sociaux, ce qui leur permet comme les entrepreneurs de maîtriser plusieurs ressources sociales, cognitives ou méthodologiques (2002). Bruno Latour, de son côté, distingue les intermédiaires, qui circulent entre mondes sociaux sans les transformer, des médiateurs qui transforment et modifient le sens de ce qu'ils font circuler (2006). Ce type de distinction est cependant difficile à saisir en pratique, puisqu'en construisant des compromis entre différents modes sociaux, les intermédiaires sont déjà vecteurs de transformation (Bertillot, 2014 ; Nay et Smith, 2002). La notion d'intermédiaire renvoie avant tout à une position d'intersection, entre secteurs privés et publics, entre administrations et usagers, entre différents niveaux d'action publique. Or, ces trente dernières années, le rôle des intermédiaires dans l'action publique s'accroît, avec le développement de politiques transversales à plusieurs secteurs, la multiplication des niveaux d'action publique et le renouvellement des cadres d'interactions avec le développement de politiques procédurales (contractuelles, participatives…) (Hassenteufel, 2014 ; Nay et Smith, 2002). Témoignant de ce phénomène, Anne-Françoise Taiclet et Caroline Frau coordonnent un numéro spécial dans la revue Gouvernement et action publique autour des « acteurs relais de l'action publique » (2022). Elles soulignent la croissance des acteurs intermédiaires dans l'action publique, renforçant le brouillage des frontières entre acteurs privés et acteurs publics.

Les « acteurs relais » assurent la circulation et la diffusion de normes d'action publique. Ainsi, la notion d'intermédiaire permet d'analyser à la fois la manière dont ces acteurs contribuent à construire l'action publique (du bas vers le haut), mais également leur rôle pivot de réorganisateurs locaux qui se font le relais des instruments d'action publique (du haut vers le bas). La notion d'intermédiaire souligne en effet la dimension organisationnelle de cette activité : dans le cas des modèles économiques étudiés ici, les professionnels de santé font l'interface entre les économistes administratifs et leur organisation (les Maisons de santé pluriprofessionnelles [MSP], les Communautés professionnelles territoriales de santé [CPTS]).

Je montre ici que les processus expérimentaux viennent renforcer des ressources organisationnelles et individuelles de médecins entrepreneurs qui en sont déjà dotés, alors que de nouveaux groupes professionnels accèdent aux interactions avec les pouvoirs publics sans en retirer les mêmes avantages. Tout d'abord, des médecins entrepreneurs participent à un ensemble d'instruments de coordination en cherchant à réformer les soins primaires (1). Les expérimentations permettent cependant l'accès aux pouvoirs publics à d'autres professionnels, qui s'approprient différemment les interactions avec les économistes administratifs (2). L'activité d'intermédiaire renforce les ressources des organisations participantes, permettant aux professionnels de santé de se maintenir dans la communauté d'instruments (3).

1.1. Les médecins entrepreneurs des réformes de soins primaires

Au printemps 2018, les économistes administratifs mettent en place des processus pour sélectionner les participants aux expérimentations Ipep et Peps. Ces processus, inspirés des outils de gestion de type appels à projets, sont présentés comme neutres (Breton, 2014 ; Harroche, 2021) : ils permettraient de sélectionner objectivement les meilleurs candidats, c'est-à-dire les organisations les plus à même de mettre en œuvre les modèles économiques localement. Malgré l'apparente neutralité de ces processus, la plupart des organisations libérales ont de nombreuses caractéristiques communes, à commencer par un important cumul de financements publics lié à une participation à plusieurs instruments d'action publique (Morize et al., 2021). Comment expliquer ce résultat ?

Les médecins généralistes qui candidatent aux expérimentations peuvent être qualifiés de « médecins entrepreneurs » (1). Leur accès aux expérimentations est permis à la fois par leurs ressources individuelles et organisationnelles, mais aussi par la volonté des économistes administratifs d'enrôler les principaux acteurs syndicaux dans la conduite de l'action publique (2).

Un segment réformateur de la médecine libérale

À l'automne 2022, dans un contexte d'inflation économique généralisé, plusieurs manifestations soutenues par l'ensemble des syndicats de médecines libérales ont lieu. Les médecins y réclament entre autres une augmentation de leurs honoraires et y revendiquent leur attachement au paiement à l'acte, durcissant leurs positions libérales. En contraste avec ces revendications, un groupe de médecins généralistes libéraux réformateurs se constitue depuis une quinzaine d'années. Ces médecins généralistes promeuvent un mode d'exercice collectif et pluriprofessionnel, et adhèrent à une démarche partenariale et contractuelle avec les pouvoirs publics.

Ces médecins généralistes sont organisés collectivement dans la fédération nationale des MSP, AVECSanté [66] (Vezinat, 2019a). Cette fédération promeut l'exercice regroupé et pluriprofessionnel. Elle joue un rôle de *lobbying* auprès des pouvoirs publics, tout en participant à diffuser et à légitimer le modèle des MSP auprès des professionnels de soins primaires (Vezinat, 2019a). Ce segment de médecine libérale est représenté, au quotidien, par des médecins qui choisissent d'exercer en MSP, et plus encore par ceux qui les initient.

Monter une MSP entre professionnels libéraux puis la maintenir demande un travail organisationnel souvent mené par des médecins généralistes (Bourgeois, 2019 ; Fournier, 2019), surnommés par les acteurs du terrain « présidents », « gérants », « *leaders* » ou encore « porteurs » de MSP. Anne Moyal s'est intéressée à leur rôle d'entrepreneurs de transformation au sein des MSP (2022). Ces médecins, plutôt masculins, approchant de la fin de leur carrière, sont caractérisés par leur multipositionnement : ils travaillent à l'Université ou pour des organismes de formation, sont bénévoles dans des associations ou élus de collectivités territoriales. Ils sont presque tous syndiqués ou au moins sympathisants de MG France. Ils partagent une conception de la médecine générale comme devant être pluriprofessionnelle, mais également contractuelle avec les pouvoirs publics (Moyal, 2022). Anne Moyal souligne trois dimensions du travail organisationnel découlant de leur rôle qui s'ajoute au travail clinique. Premièrement, la mise en place de relations avec des partenaires, notamment administratifs. Ensuite, l'enrôlement des autres professionnels libéraux dans le projet de la MSP. Enfin, un travail gestionnaire, de comptabilité de la MSP, de gestion des ressources humaines, d'organisation des réunions ou encore de gestion de projets pluriprofessionnels. Ce travail est

[66] Initialement appelée Fédération des maisons et pôles de santé (FFMPS) à partir de sa création en 2006, elle a été renommée par ses membres AVECSanté en 2019 pour élargir sa représentation à d'autres formes d'exercice coordonné (Vezinat, 2021).

souvent délégué pour partie à des coordinatrices salariées ou à des professionnelles paramédicales (Moyal, 2022).

Certains médecins participant aux expérimentations correspondent à cette description, mais en plus de ce travail entrepreneurial local, Vincent Schlegel, qui a participé à l'enquête sur les expérimentations Ipep et Peps, montre que certains d'entre eux se font également entrepreneurs de causes [67] auprès des économistes administratifs (Schlegel, 2022). Ces médecins sont caractérisés par un attachement à l'exercice libéral ainsi qu'un goût pour le changement. Vincent Schlegel analyse leur participation à l'action publique comme une démarche de revalorisation de leur spécialité (2022). Ils espèrent modifier l'organisation des soins primaires vers davantage d'exercice regroupé. La participation à la communauté d'instruments apparait comme un moyen d'exercer un *lobbying*. Ces médecins entrepreneurs sont également multipositionnés, souvent élus d'un syndicat ou d'une Union régionale des professionnels de santé, ou membres du conseil d'administration de la fédération nationale ou d'une fédération régionale des MSP. Ces médecins initient la démarche de candidature des organisations libérales (MSP ou CPTS) dans les expérimentations Ipep et Peps. Ils mobilisent un ensemble de ressources pour faire accéder leur organisation aux expérimentations.

Les médecins entrepreneurs acceptent de contractualiser avec les pouvoirs publics, car ceux-ci leur apportent des ressources (notamment financières) pour mettre en œuvre les organisations regroupées qu'ils promeuvent (Moyal, 2022 ; Schlegel, 2022). Dans la mise en place des MSP, les pouvoirs publics et les médecins entrepreneurs se rejoignent sur la volonté de réformer l'organisation des soins primaires par le développement de la « coordination » entre professionnels de soins primaires (Moyal, 2021).

Les médecins entrepreneurs dans la communauté d'instruments

Candidater et être sélectionné dans les expérimentations demandent un ensemble de ressources que cumulent les médecins entrepreneurs. Ces processus de sélection sont comparables à ceux qui s'opèrent dans d'autres secteurs, dans un contexte de généralisation du recours au

[67] Dans son enquête, Vincent Schlegel considère comme « médecin entrepreneur » tout médecin désigné comme « porteur de projet » dans les dossiers de candidature aux expérimentations Ipep et Peps : cela nous ramerait à un ou deux médecins entrepreneurs pour les 26 organisations libérales engagées dans les expérimentations. Cependant, cette définition me semble à la fois trop limitante (certains médecins entrepreneurs pouvant ne pas être désignés comme « porteurs de projet ») et trop large (certains « porteurs de projets » ne partagent pas les caractéristiques des médecins entrepreneurs). Plus qu'une catégorie figée, il me semble que le terme de « médecins entrepreneurs » doit avant tout renvoyer à l'activité d'entrepreneuriat de causes effectuée par ces acteurs, qui dans les cas d'Ipep et de Peps se traduit certes par le « portage » des projets, mais plus largement par la réalisation d'une activité d'intermédiaire auprès des pouvoirs publics.

financement par appel à projets dans l'ensemble des politiques publiques (Breton, 2014), particulièrement documentés dans les politiques publiques de l'enseignement supérieur et de la recherche (Aust, 2016 ; Barrier et Vézian, 2016 ; Harroche, 2021). En effet, les appels à manifestation d'intérêt s'apparentent à des appels à projets. Dans ces documents longs d'une vingtaine de pages, les économistes administratifs expliquent les objectifs publics des modèles économiques, les modalités de candidature et les processus de sélection. Dans un formulaire de candidature de huit pages, les professionnels doivent expliciter leur « projet » sous forme de plusieurs questions ouvertes leur demandant de préciser par exemple les « attentes envers cette expérimentation justifiant le souhait de participer et de contribuer à l'élaboration du projet de cahier des charges avec l'équipe nationale » (Document public, appel à manifestation d'intérêt, Ipep, 05/18).

De manière générale, les appels à projets apparaissent comme des outils de gestion *a priori* neutres, permettant d'optimiser l'action publique en récompensant les acteurs les plus méritants. Dans les faits, ils entraînent une répartition inégalitaire des ressources en renforçant celles des acteurs qui en possèdent déjà (Harroche, 2021). Dans l'enseignement supérieur et la recherche, ce phénomène est théorisé sous le nom « d'effet Matthieu » : la mise en concurrence des chercheurs aboutit à récompenser toujours les mêmes acteurs (Merton, 1968). Dans le cas des expérimentations Ipep et Peps, les appels à manifestation d'intérêts devaient permettre aux économistes administratifs de sélectionner de façon neutre les « meilleures » organisations pour mettre en œuvre les modèles économiques. Cela est revenu à sélectionner majoritairement des médecins entrepreneurs déjà intégrés dans la communauté d'instruments, qui cumulent grâce à celle-ci de nombreuses ressources pour établir leur dossier de candidature.

L'activité d'intermédiation au sein des MSP débute dès la candidature aux appels à manifestation d'intérêts. La première étape est de prendre connaissance de l'existence des appels. Ces derniers sont diffusés sur le site du ministère, et par des listes de mail des Agences régionales de santé (ARS) et des Caisses primaires d'Assurance maladie (CPAM). Le calendrier de sélection est court : les appels à manifestation d'intérêts sont diffusés début mai, les professionnels de santé doivent rendre leurs dossiers à la fin du mois de juin. Dans certaines organisations, les coordinatrices réalisent une veille sur les listes de diffusion et les sites internet afin de maximiser leurs chances d'obtenir des financements. « En trois ans [j'ai lu] à peu près un appel d'offres par mois » (Entretien, Romain M., coordinateur salarié, MSP des Sureaux, 12/21).

La seconde étape du processus de sélection est de soumettre un dossier de candidature. Comme souligné dans le chapitre précédent, les économistes administratifs élaborent des critères de sélection objectifs, notamment relatifs aux tailles minimales des patientèles affiliées aux médecins traitants des organisations. Ces critères sont complétés par d'autres, plus subjectifs, relatifs à la « conformité » entre la candidature et le modèle économique imaginé au national. Eléanore Le Breton a étudié l'apprentissage des normes de l'action publique chez des chargées de mission de collectivités territoriales (2014). Elle montre que les chargées de mission réalisent un travail d'interprétation des attentes des pouvoirs publics, mobilisant un langage partagé acquis au fil des réponses à des appels à projets (Breton, 2014). Dans le cas des expérimentations, les dossiers de candidature comportent plusieurs questions ouvertes. Celles-ci concernent tout d'abord la description de l'organisation et de son contexte (type de patientèle suivi, description du territoire…). Puis elles portent sur le projet envisagé, comprenant une présentation générale, une justification de la cohérence avec le modèle économique, une liste précise d'actions ainsi que l'organisation du travail envisagée.

Ces dossiers de candidature invitent les organisations à « penser en mode projet », comme le souligne Vincent Schlegel (2022). Factuellement, une grande disparité existe entre les dossiers de candidatures reçus par les économistes administratifs : d'une longueur de cinq pages à vingt pages selon les organisations, certains répondent aux *item* sous la forme de listes, sans phrase complète, tandis que d'autres déploient des argumentations précises, allant jusqu'à mobiliser des références scientifiques ou des données statistiques pour soutenir leur projet. La rédaction des dossiers de candidature demande des compétences rédactionnelles et cognitives, acquises au fil des relations avec les pouvoirs publics. Anne Moyal souligne que les médecins porteurs de MSP se sont souvent investis dans d'autres instruments d'action publique, comme les réseaux mis en place dans les années 1990 (2022), ce qui est également le cas des médecins entrepreneurs dans Ipep ou Peps. Par exemple, ce médecin généraliste m'explique avoir recopié une candidature antérieure pour établir son dossier pour les expérimentations.

> « *Comment avez-vous constitué votre dossier de candidature ?*
>
> Il suffisait de faire du copier-coller par rapport à notre projet de santé et on a retrouvé les choses dedans. Il n'y a pas énormément de différences entre quand vous déposez un projet pour participer à une expérimentation Parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie [Paerpa, une expérimentation de coordination antérieure] ou un "je ne sais pas trop quoi" ou

> un Article 51 [de la loi de financement sur la sécurité sociale de 2017] » (Entretien, Jacques P., médecin généraliste libéral, MSP de Belviac, 04/21).

De plus, une partie de ce travail est également déléguée à des coordinatrices (Schlegel, 2022). Pour la plupart diplômées de l'enseignement supérieur (niveau master 2) dans les MSP enquêtées, elles ont acquis au cours de leur formation des compétences de rédaction et de gestion de projet qu'elles mettent à profit pour constituer les dossiers de candidature.

On retrouve dans le cas des instruments Ipep et Peps deux résultats connus de la littérature sur les appels à projets : les candidats retenus sont familiers avec les attentes des pouvoirs publics (Breton, 2014 ; Schlegel, 2022) et accumulent des ressources financières et une légitimité particulière (Harroche, 2021). Un troisième résultat apparait plus spécifique à nos cas : la préexistence d'une communauté d'instruments (Voß et Simons, 2018) engageant à la fois les économistes administratifs et les médecins entrepreneurs.

Dans le chapitre 2, je soulignais l'enjeu pour les économistes administratifs d'enrôler les principaux acteurs des syndicats de médecine générale autour des instruments. Les médecins entrepreneurs ne sont pas seulement sélectionnés parce qu'ils possèdent des ressources (cognitives, financières, organisationnelles), mais parce qu'ils sont déjà impliqués dans des relations d'interdépendance avec les économistes administratifs. En effet, certains médecins entrepreneurs sont directement interpelés par les économistes administratifs, parfois en amont de la parution officielle des appels à manifestation d'intérêts.

> « Il y avait d'autres personnes à qui on avait envoyé le texte de l'appel à manifestation d'intérêts en avance. Par exemple, Daniel D. [médecin généraliste libéral] (…) parce qu'il est dans Paerpa [une expérimentation antérieure menée au ministère de la Santé] et avec Virginie L. [manageuse à la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) au ministère de la Santé], on est allé lui rendre visite » (Entretien, Julie M., formée en master d'Affaires publiques, DGOS, 11/19).

Ces médecins entrepreneurs sont en fait déjà intégrés à la communauté autour de la mise en œuvre d'instruments de coordination en soins primaires (réseaux, MSP, Asalée, Paerpa, etc.). À ces occasions, ils ont noué des liens avec les économistes administratifs, mais également avec les agents des CPAM et des ARS impliqués dans la mise en œuvre de ces instruments. Pour eux, Ipep et Peps sont un moyen de poursuivre leur participation à la communauté d'instruments.

> « En tant qu'expérimentateur de plein de trucs depuis belle lurette, on est un peu venu, quelque part, un peu nous chercher. Mais, on n'a pas eu besoin de venir nous chercher longtemps. » (Entretien, Jacques P., médecin généraliste libéral, MSP de Belviac, 04/21).

Les membres des conseils d'administration des syndicats et de la fédération des MSP bénéficient d'une sélection facilitée, les économistes administratifs souhaitant leur participation aux expérimentations pour garantir des négociations plus aisées par la suite.

> « Il y avait quelques *leaders* que l'on ne peut pas exclure, *in fine*, ils avaient plutôt de bonnes candidatures de toute façon » (Entretien, David L., économiste administratif, formé en master d'économie, Cnam, 07/23).

Ainsi, dans l'expérimentation Ipep comme dans l'expérimentation Peps, les trois quarts des organisations sont représentés par au moins un médecin appartenant à un syndicat, à une fédération pluriprofessionnelle ou à une Union régionale des professionnels de santé. Les médecins sont syndiqués principalement à Médecins généralistes France (MG France), ou à la Confédération des syndicats médicaux français, les deux syndicats majoritaires pour la représentation des médecins généralistes.

Les MSP retenues dans les expérimentations sont des organisations qui ont toutes contractualisé avec l'Assurance maladie et l'ARS dans le cadre de la convention interprofessionnelles des MSP. Elles sont souvent également engagées dans d'autres instruments d'action publique, entraînant un apprentissage dans les relations avec les administrations. De ce fait, ces organisations cumulent plusieurs financements, ce qui leur permet également de salarier des ressources humaines, notamment des coordinatrices, qui peuvent dédier leur temps à la veille et à la rédaction de réponses aux appels à projets. Pour les CPTS sélectionnées dans Ipep, elles sont en grande majorité portées par une ou plusieurs MSP, et font partie des premières à avoir contractualisé avec l'Assurance maladie et les ARS. Ces organisations ont un profil de « *serial*-expérimentateur », pour reprendre le terme d'une des économistes administratives du ministère. Les expérimentations accroissent davantage les ressources d'organisations qui en cumulent déjà beaucoup. Elles participent également à renforcer et à légitimer un type d'organisation, les MSP et les CPTS, en excluant d'office les professionnels de soins primaires n'exerçant pas dans ces structures d'exercice regroupé. En cela, elles valorisent ces médecins libéraux promoteurs de l'exercice collectif.

1.2. Une répartition inégale de l'activité d'intermédiaire entre groupes professionnels

À partir de septembre 2018, les professionnels de santé des organisations sélectionnées sont invités à se rendre régulièrement à Paris pour rencontrer les économistes administratifs et leurs partenaires (agences de santé, Institut de recherche et de documentation en économie de la santé [Irdes], consultants) lors de réunions dites de « coconstruction ». L'objet de ces réunions est d'élaborer de manière collaborative les cahiers des charges des expérimentations, ce qui revient à définir plus précisément le fonctionnement des modèles économiques. Pour Ipep comme pour Peps, six rencontres ont lieu en six mois, sur des journées entières. À partir de 2019, les expérimentations sont officiellement lancées et les formes d'interaction avec les professionnels de santé se multiplient. Des réunions dites « plénières » avec des professionnels de l'ensemble des organisations se poursuivent annuellement, en présentiel ou en distanciel pendant la période de restrictions sanitaires (2020 et 2021). Les plénières se tiennent sur des journées entières ou des demi-journées, et sont divisées entre des temps de présentation par les économistes administratifs qui exposent les évolutions des modèles économiques, et des temps d'échanges moins formels, en sous-groupe, autour de thématiques amenées par les économistes administratifs. Dès 2019, en parallèle, commencent à s'organiser des « groupes de travail thématiques », conduits par l'Anap, qui sont des réunions entre les économistes administratifs et quelques professionnels autour d'un sujet spécifique. Enfin, les économistes administratifs organisent des temps d'échange personnalisés avec les professionnels d'une seule organisation. Ces temps d'échanges peuvent avoir lieu en visioconférences (appelées « bilatérales »), lors de visites des économistes administratifs sur les sites expérimentateurs (dites « visites sur sites »), ou lors de sessions de conseil animées par des consultants (dénommées « accélérateurs »).

Pour Olivier Nay et Andy Smith, la notion d'intermédiaire renvoie avant tout à une activité, et non à un attribut figé (2002). Faire l'intermédiaire, c'est être dans ce rôle de frontière, de relais entre administrations nationales et organisations locales. Assister à ces réunions s'inscrit pleinement dans l'activité d'intermédiaire, qui consiste également à répondre aux mails des économistes administratifs, compléter et envoyer des documents (des « feuilles de route », des questionnaires), gérer des dimensions comptables et juridiques, planifier des réunions avec les autres professionnels, ou encore organiser le travail découlant des expérimentations.

Les travaux sur les « médecins entrepreneurs » mettent l'accent sur la place des médecins généralistes dans les réformes récentes des soins primaires. Ils soulignent cependant que ceux-ci n'effectuent pas l'ensemble des tâches liées à cette activité d'intermédiaire, sans détailler la

répartition de cette activité (Moyal, 2022 ; Schlegel, 2022). Ces médecins affirment une volonté d'horizontalisation des hiérarchies entre professions, qui passe notamment par le développement de l'exercice regroupé en MSP (Moyal, 2021 ; Vezinat, 2019a). On peut alors se demander si l'ouverture plus large de l'activité d'intermédiaire dans le cadre des expérimentations permet de la partager avec d'autres professionnels.

Encadré n° 1 : Objectiver l'activité d'intermédiaire en comptant

Dans mon carnet de terrain, je note souvent des impressions subjectives : à partir de 2022, il me semble que les plénières Ipep sont davantage féminisées qu'avant, tandis que les plénières Peps me font l'impression d'un univers plus médical. De manière à objectiver ces impressions, j'ai compté la présence de chacun aux plénières lorsque c'était possible ; et en reprenant mes notes d'observation, j'ai compté également qui intervenait pendant ces réunions, afin de saisir l'intensité de la participation des différents professionnels.

Ces comptages ont des limites méthodologiques évidentes. La première d'entre elles est la qualité des données à ma disposition : à partir de 2020, les comptes-rendus des plénières cessent de nommer les participants, qui se dénombrent d'une cinquantaine à une centaine, plus nombreux dans Ipep que dans Peps. De mon côté également, mises à part certaines observations réalisées en visioconférence, je n'ai pas pu nommer l'ensemble des participants. La liste des professionnels réalisant l'activité d'intermédiaire est exhaustive principalement pour les années 2018 et 2019.

Ensuite, pour estimer l'intensité de la participation des différents professionnels, je me fie aux prises de notes durant les observations, réalisées sur ordinateur et souvent en relais avec un ou une collègue sociologue. Si ces prises de notes se veulent exhaustives, elles ne sont pas à l'abri d'oublis, ou de difficultés à identifier la personne qui parle. Davantage que des chiffres précis, ces comptages ont pour objectif de donner des ordres de grandeur permettant de confirmer ou d'infirmer des impressions de terrain.

Analyser les intermédiaires dans leur globalité permet de faire ressortir le rôle central des « médecins entrepreneurs » dans ces processus. En effet, à rebours des rhétoriques égalitaristes développées par les acteurs (Vezinat, 2019a), les « médecins entrepreneurs » occupent une place centrale et renforcée par les expérimentations au sein de la communauté d'instruments. Dans l'expérimentation Ipep, l'activité d'intermédiaire est partagée entre des médecins généralistes à la posture critique, et des coordinatrices salariées qui se font le relais des

économistes administratifs (1). Dans l'expérimentation Peps, elle est marquée par le retrait progressif des médecins libéraux, en faveur des médecins salariés de centres de santé (2).

Médecins critiques, coordinatrices relais de normes de santé publique (Ipep)

Dans les comptes-rendus de septembre 2018 à novembre 2019, nous pouvons dénombrer 59 personnes différentes ayant joué un rôle d'intermédiaire pour les organisations libérales participant à Ipep. Pendant la période dite « de coconstruction » d'élaboration du cahier des charges avec les économistes administratifs, ce sont principalement des médecins généralistes qui assistent à ces réunions mensuelles. Entre 10 et 15 médecins généralistes libéraux sont présents à chacune de ces réunions, avec un fort renouvellement : au total, 32 médecins y participent au moins une fois, mais seule la moitié réitèrent leur venue aux réunions. Ces médecins plus assidus sont presque tous des hommes (13/16), correspondant pour la plupart au profil des médecins entrepreneurs. Certains des médecins généralistes qui participent aux interactions avec les pouvoirs publics n'ont pas le profil des « médecins entrepreneurs » : on trouve également des médecins plus jeunes, et plus féminisés, qui accèdent souvent pour la première fois aux interactions avec les administrations au travers de cette activité d'intermédiaire ; ces médecins sont également moins multipositionnés et moins souvent syndiqués ou engagés dans la fédération des MSP que leurs ainés. Si, pour certains de ces médecins, les expérimentations représentent une période d'acculturation aux pouvoirs publics (ils sont susceptibles de « devenir entrepreneurs »), d'autres réalisent l'activité d'intermédiaire de manière occasionnelle. Ils partagent cependant cette vision d'une organisation pluriprofessionnelle de la santé.

En plus des médecins, 3 à 5 coordinatrices salariées de MSP et de CPTS assistent également aux réunions dès les « séances de coconstruction ». Le travail effectué par les coordinatrices au sein des MSP est une délégation du travail d'organisation des MSP, et notamment de ses aspects gestionnaires (Moyal, 2022). François-Xavier Schweyer décrit trois profils de coordinatrices : des professionnelles paramédicales qui réduisent leur temps clinique, des secrétaires médicales qui diversifient leur activité et montent en compétence, et des coordinatrices « de métier », le plus souvent ayant un niveau d'étude élevé (master 2) (2019). Elles sont souvent formées à l'université, en gestion ou en prévention et promotion de la santé. La plupart des MSP et CPTS participant à l'expérimentation Ipep bénéficie de financements publics leur permettant d'embaucher des coordinatrices salariées, la grande majorité correspondant à ce troisième profil.

À partir de juin 2019, le profil des professionnels participants aux réunions se diversifie : par exemple, à la plénière de novembre 2019, les organisations libérales sont représentées par 13 médecins généralistes, sept professionnelles paramédicales et neuf coordinatrices salariées de MSP ou de CPTS. Cette diversification s'accompagne d'une féminisation de l'activité d'intermédiaire : alors qu'aux premières séances, moins de la moitié des professionnels présents étaient des femmes, en novembre 2019 elles sont 17 sur 29.

Les plénières Ipep sont principalement investies par les professionnels des organisations libérales : les représentants des hôpitaux sont très en retrait, les membres des centres de santé interviennent peu. Les médecins généralistes libéraux sont à l'origine de la moitié des prises de paroles, suivis par les coordinatrices (environ 20 % des interventions). À l'encontre d'une représentation de la parole publique comme étant très masculine, ces interventions sont pour la moitié le fait de femmes. Cette féminisation des prises de parole montre aussi le renouvellement important des médecins intermédiaires, qui se diversifient fortement par rapport au profil des médecins entrepreneurs « pionniers ».

Davantage que le genre, la profession est cruciale dans la répartition de l'activité d'intermédiaire entre ces acteurs. Médecins et coordinatrices investissent de manière différenciée l'activité d'intermédiaire. Les coordinatrices cherchent à mieux comprendre le modèle économique : elles appréhendent l'instrument dans sa dimension opérationnelle, le projetant dans leur travail à venir. Les médecins généralistes de leur côté prennent souvent une posture critique, questionnant la pertinence des indicateurs proposés par les économistes administratifs. L'extrait d'observation ci-dessous illustre cette dualité dans les prises de position.

> Plénière de juin 2020. La première partie de la journée est consacrée à une présentation du modèle économique et de ses évolutions. Suite à la présentation, une coordinatrice demande une précision sur l'indicateur « part des patients suivis par un médecin traitant sur le territoire », puis une seconde coordinatrice demande quelles informations chiffrées seront transmises aux organisations. Après ces questions, un médecin souligne d'un ton sceptique qu'il est attendu une progression constante des indicateurs, mais qu'au-delà d'un ou deux ans la marge de progression sera sûrement restreinte sur un indicateur. Une autre médecin fait la remarque que l'indicateur de réhospitalisation ne dépend pas que des équipes de soins primaires, mais aussi des pratiques hospitalières (Observation, réunion plénière Ipep, 06/20).

Plus que les médecins généralistes, les coordinatrices sont en première ligne des activités d'intermédiaires en dehors des temps de réunion : elles organisent les réunions localement, répondent aux mails, complètent les documents demandés par les économistes, font le suivi des indicateurs. L'activité d'intermédiaire s'inscrit pleinement dans leur faisceau de tâches, expliquant une position davantage en conformité avec les objectifs publics des instruments que celle des médecins généralistes. Elles investissent différemment les réunions avec les pouvoirs publics, comme le met en lumière cette observation de plénière.

> Durant la plénière Ipep de janvier 2023, « l'équipe nationale » propose aux professionnels de choisir entre plusieurs ateliers collaboratifs : l'un porte sur un questionnaire de prévention et promotion de la santé, l'autre sur la prise en compte du territoire d'installation dans le modèle économique. Cette deuxième question apparait stratégique à ce moment, suscitant beaucoup de débats entre économistes administratifs et professionnels de santé. Assistant à la plénière avec Cécile Fournier, également sociologue, nous nous répartissons les ateliers : je participe à celui sur la prévention, et elle à celui sur la territorialisation. Dans l'atelier sur la prévention, seules trois coordinatrices sont présentes. En face d'elles, cinq membres des « équipes nationales » ou des tutelles régionales. Les membres des « équipes nationales » leur demandent leurs retours sur un « questionnaire de prévention » en préparation. Les coordinatrices expliquent qu'elles ont apprécié « la deuxième version du questionnaire, qui ressemble plus à un *guideline* pour mener une action, je l'ai envisagé comme un outil pour conduire mon action ». Elles sollicitent « l'équipe nationale » pour leur apporter des bonnes pratiques : « il faudrait avoir quelque chose qui nous aide sur la méthode, une espèce de tutoriel très pratico-pratique ». Elles partagent ensuite leurs difficultés pour mobiliser les médecins généralistes dans la mise en place des actions de prévention : « les médecins généralistes ne communiquent pas aux patients sur les actions de prévention, il faut s'appuyer sur les assistantes médicales, les infirmières en pratique avancée et les internes ». À quelques pas, Cécile Fournier observe l'atelier sur la prise en compte du territoire dans le modèle, qui fait salle comble avec une trentaine de participants. « L'équipe nationale » y demande aux professionnels, pour la plupart des médecins, d'analyser les sources des disparités territoriales (Observation, plénière Ipep, 01/23).

Cet extrait révèle les différentes appropriations de l'activité d'intermédiaires par les coordinatrices et les médecins. Les premières recherchent dans l'activité d'intermédiaire des moyens de simplifier leur travail en acquérant de nouvelles méthodes. Elles sont également dans une position de « relais » de l'action publique (Frau et Taiclet, 2022) et plus généralement des normes de santé publique. Elles cherchent à inciter les professionnels de santé des organisations où elles travaillent à intégrer davantage la santé publique et la prévention dans leurs pratiques. En cela, leurs objectifs rejoignent ceux des économistes administratifs, expliquant une posture plus en conformité avec les instruments. De leur côté, les médecins adoptent une posture davantage distanciée et critique face aux instruments. Ils se positionnent plus sur des dimensions stratégiques de la fabrique des instruments, en lien avec les financements alloués, que sur leur mise en œuvre pratique. Cela reflète une forte division entre la conception de l'organisation des soins primaires (réalisée par les médecins généralistes) et sa mise en place opérationnelle (effectuée par les coordinatrices).

Un désengagement des médecins libéraux (Peps)

Du côté de l'expérimentation Peps, la répartition de l'activité d'intermédiaire se fait davantage entre médecins et professionnelles paramédicales (principalement des infirmières). Les MSP concernées regroupent moins de médecins généralistes que dans Ipep et bénéficient de financements en général plus faibles[68], ce qui fait qu'elles sont moins nombreuses à embaucher des coordinatrices, et que les profils de professionnelles paramédicales réalisant à mi-temps des tâches de coordination (Schweyer, 2019) sont plus courants.

De septembre 2018 à novembre 2019, trente-quatre personnes différentes ont mené des activités d'intermédiaire au sein de l'expérimentation Peps. Comme dans Ipep, les premiers temps de « coconstruction » sont fortement investis par les médecins généralistes, qui sont entre 6 et 10 à venir chaque session. Du fait de la thématique de l'expérimentation, portant sur la coordination entre médecins et infirmières, des infirmières (entre deux et quatre) assistent régulièrement aux sessions de coconstruction. Plus ponctuellement, participent également une coordinatrice, une pharmacienne ou encore deux médecins spécialistes libéraux. Contrairement à Ipep, les séances de coconstruction sont déjà mixtes, avec entre 46 et 75 % de femmes assistant aux sessions, ce qui est en partie lié à la présence des infirmières.

[68] En effet, les financements issus de l'accord conventionnel interprofessionnel des MSP sont proportionnels au nombre de patients affiliés aux médecins généralistes de l'organisation.

Cependant, entre 2019 et 2021, de nombreuses organisations libérales (13 sur 16) se désengagent du processus expérimental. Ces retraits sont liés à la mise en place du paiement forfaitaire, qui en plus de remettre en question profondément le paiement à l'acte, engage fortement les collectifs en demandant aux médecins de se répartir eux-mêmes les rémunérations[69]. Ainsi, durant l'année 2018, on compte environ 15 professionnels libéraux, en novembre 2020 ils ne sont plus que sept (dont six médecins généralistes). En mai 2023 il n'y en a plus que quatre (dont trois médecins généralistes) qui représentent deux maisons de santé. De leur côté, les représentants des centres de santé, principalement des médecins généralistes et des directeurs et directrices administratives, maintiennent leur engagement. Bien que beaucoup moins nombreux que les salariés, les professionnels libéraux occupent encore un tiers des prises de parole dans les interactions avec les pouvoirs publics. Contrairement à Ipep, les interventions sont davantage masculines (environ 66 %) dans Peps. Ce sont également pour la moitié des médecins généralistes qui s'expriment, avec quelques médecins entrepreneurs qui occupent la majorité de ce temps de parole.

Plusieurs infirmières libérales assistent aux premières réunions. Si certaines ne viennent que ponctuellement, d'autres s'investissent durablement dans l'activité d'intermédiaire. Moins nombreuses que les médecins, celles qui réalisent le plus cette activité ont des parcours particuliers : elles sont multipositionnées, avec des expériences antérieures associatives, syndicales, ou dans la fédération des MSP, qui les aident à se positionner dans ce rôle d'intermédiaire. Entièrement féminisées (en lien avec la féminisation de leur profession), elles expriment également une volonté de transformation de l'organisation des soins primaires, dans une perspective pluriprofessionnelle. Cette infirmière qui participe à Peps explique son enthousiasme à assister aux réunions avec les pouvoirs publics, faisant le lien entre cette expérience d'intermédiation et celles de médecins militants en 1968 rencontrés au sein de la fédération des maisons médicales belges :

> « Juste au niveau philosophique, le fait de se dire que l'on participe à un changement un peu important dans le fonctionnement du système de santé, c'est assez fou. Moi, j'étais dans le conseil d'administration de la fédération des maisons médicales belges, qui est quand même très, très militante (…). Il y avait des permanents politiques dans la fédération (…) qui étaient les mecs qui avaient négocié le forfait en 1968, avec le gouvernement, c'était hyper militant, quoi !

[69] Les raisons de ces départs sont analysées de manière détaillée dans les chapitres 5 et 6.

> C'était de gros gauchos, voilà ! Quand ils expliquaient les négociations, tout cela, moi, cela me faisait toujours rêver un peu de les entendre parler. Et puis, le fait de me dire que, bon alors, de manière nettement moins militante, mais quand même, à ma manière, j'allais vivre la même chose. Et de vivre la même chose et donc, de comprendre, enfin, je trouve que cela permet de comprendre les rouages du système de santé, cela permet de comprendre qui fait quoi, où et quand » (Entretien, Annabelle G., infirmière de « parcours » salariée, MSP des Agapanthes, 11/19).

Ces professionnelles paramédicales partagent avec les médecins entrepreneurs une vision de l'organisation des soins primaires comme devant être pluriprofessionnelle, ainsi qu'une volonté de réformer le système de santé. Leur participation contribue également à légitimer la démarche pluriprofessionnelle portée par les pouvoirs publics, mais également par la fédération des MSP, présentant ces instruments comme concernant l'ensemble des soins primaires et non pas seulement les médecins généralistes.

1.3. Des trajectoires renforcées par les expérimentations

Les trajectoires des professionnels intermédiaires ne sont pas homogènes. Collectivement, certaines organisations quittent les expérimentations, tandis que d'autres multiplient leur participation à différents instruments d'action publique. Individuellement, certains acteurs se retirent de l'activité d'intermédiaire, tandis que d'autres l'investissent de manière accrue. Qu'est-ce qui permet le maintien de l'activité d'intermédiaire ? Quels sont les effets de cette activité sur les trajectoires, tant organisationnelles qu'individuelles ?

La littérature traite finalement peu de ce que l'activité d'intermédiaire produit sur les acteurs qui la mènent. Cette sous-partie montre que l'intégration des médecins entrepreneurs dans la communauté d'instruments renforce des ressources existantes, qui bénéficient aux quelques organisations les cumulant (1). Le maintien d'une activité d'intermédiaire n'est cependant pas accessible à tous, et dépend à la fois de leur profession et de leurs parcours professionnels (2).

Les expérimentations comme renforcement des ressources organisationnelles

L'activité d'intermédiaire est intrinsèquement organisationnelle, consistant en la création de lien entre plusieurs groupes d'acteurs. La littérature ne traite cependant pas des modifications que peuvent connaître les organisations impliquées dans ces processus. Mon travail montre pourtant que les expérimentations Ipep et Peps permettent aux MSP et aux CPTS de cumuler de nombreuses ressources (financières, humaines, informationnelles, cognitives,

relationnelles), qui permettent un maintien d'une participation organisationnelle à l'action publique.

Tout d'abord, les organisations tirent parti de nouvelles ressources financières, au travers notamment des crédits d'amorçage et de financements au résultat Ipep, qui leur permettent d'embaucher de nouvelles ressources humaines et de mettre en œuvre des projets valorisables dans l'action publique. Ces financements renforcent « l'effet Matthieu » (Merton, 1968) souligné en début de chapitre : avec davantage de ressources humaines pour répondre aux appels à projets, ces organisations sont davantage susceptibles de participer à d'autres instruments d'action publique.

Ensuite, les professionnels de santé jouissent d'un accès privilégié à des informations relatives aux dispositifs et instruments d'action publique à venir, souvent en amont de leur publicisation. Ces informations sont cruciales dans le secteur des soins primaires, qui foisonne de nouvelles mesures et organisations. Ainsi, en septembre 2019, lors de la réunion de lancement de Peps, les promoteurs administratifs des modèles leur présentent en détail les nouvelles mesures : l'avenant pour recruter des assistants médicaux, le fonctionnement des infirmières Asalée et en pratique avancée, les procédures à mettre en place pour créer de nouveaux protocoles avec la Haute autorité de santé (HAS). De même, lors de plusieurs plénières Ipep, les évolutions sur les décrets puis le conventionnement des CPTS sont expliqué en détail. Ces présentations descendantes sont préparées voire effectuées par des membres des services compétents, à l'Assurance Maladie ou au ministère de la Santé. Les temps de présentation sont également suivis de temps de questions et de réponses. Les économistes administratifs se servent de ces moments d'interaction pour faire la promotion d'autres instruments d'action publique priorisés par le ministère à l'image d'une réunion Ipep portant sur les nouveaux outils numériques déployés en région. De l'autre côté, les professionnels sont mis au courant des dernières actualités, leur permettant de s'emparer de ces instruments avec un temps d'avance, tout en connaissant les bons interlocuteurs à qui s'adresser en cas de besoin. Dans cet extrait d'observation, les promoteurs administratifs présentent les nouvelles ordonnances relatives aux CPTS aux professionnels de santé, avant leur parution.

> Une des chargées de mission de la DGOS, au sein du ministère de la Santé, présente durant la plénière la nouvelle ordonnance, pas encore parue, sur les CPTS. Cette ordonnance va permettre de maintenir un statut d'association loi 1901 pour les CPTS, avec la possibilité de rémunérer des professionnels de santé sous honoraire conventionné avec exonération fiscale pour l'association

> (ce qui n'était pas le cas auparavant). En discussion, Thérèse L., médecin généraliste à la CPTS de Frêt, félicite la DGOS pour cette négociation. Gérard M., médecin généraliste à la CPTS de Piller, confirme sa bonne compréhension de l'ordonnance (Observation, plénière Ipep, 04/21).

Ainsi, il n'est pas étonnant de constater que des dispositifs qui apparaissent comme émergents, tel que celui des assistantes médicales ou des infirmières en pratique avancée, soient particulièrement investis par les organisations expérimentatrices.

Cet accès à l'information s'accompagne d'une acculturation au fonctionnement des pouvoirs publics, de leur langage et de leurs attentes. Ainsi, Jean L., médecin rhumatologue, est porteur de la MSP de Chavelan. Ancien syndicaliste, il a également travaillé au sein d'une société savante. Après avoir participé à la co-construction de l'expérimentation Peps avec assiduité, il se retire cependant en 2019 devant la difficulté rencontrée au sein de son organisation pour se répartir le potentiel forfait entre médecins généralistes.

> « On a bien bossé avec l'équipe, là, à Paris, jusqu'au moment où, finalement, on a compris que la rémunération allait être remise à l'équipe qui s'engageait là-dedans avec la responsabilité de redistribuer cette rémunération entre les acteurs. (…) Finalement tous ces gens-là en MSP sont encore des libéraux » (Entretien, Jean L., médecin rhumatologue libéral, MSP de Chavelan, 03/20).

Pour autant, après la sortie de l'expérimentation Peps, Jean L. continue de chercher des financements pour le programme de prévention des chutes qu'il souhaitait faire financer par Peps. Il s'appuie sur l'apprentissage réalisé au contact des économistes administratifs pour déposer un projet d'Article 51 « à l'initiative des acteurs »[70].

> « Cette expérience a été pour moi tellement enrichissante que j'en suis sorti pour en faire un projet Article 51. J'ai déjà soumis la lettre d'intention, là-dessus, et justement parce que ce que j'ai appris sur le mode de rémunération m'a permis de faire un projet qui soit plus abouti et qui soit plus viable que ce que l'on avait » (Entretien, Jean L., médecin rhumatologue libéral, MSP de Chavelan, 03/20).

On voit ici les effets d'un apprentissage des normes d'action publique (Breton, 2014) durant le processus expérimental, qui permet, malgré le désengagement de l'expérimentation Peps, de

[70] Comme expliqué dans le chapitre 2, les expérimentations de l'Article 51 « à l'initiative des acteurs » ou « à guichet ouvert » sont proposées directement par des organisations ou des professionnels de santé à l'équipe de la rapporteure générale, puis expérimentées à leur échelle.

maintenir l'organisation dans une relation aux pouvoirs publics au travers de la participation aux instruments d'action publique.

De plus, les professionnels développent et renforcent un réseau, aussi bien avec les membres des administrations nationales (Cnam et ministère de la santé), qu'avec des membres des ARS ou des CPAM (susceptibles de faciliter la négociation des contrats ou l'obtention de financements régionaux), ou encore avec les autres professionnels de santé. Plusieurs professionnels témoignent de la relation « de confiance » qu'ils entretiennent avec les économistes administratifs, voire avec les membres des administrations régionales.

> « J'ai rencontré des gens que ce soit localement, sur le plan départemental, que ce soit régionalement, que ce soit nationalement, j'ai toujours rencontré des gens plutôt passionnés par ce qu'ils faisaient, plutôt attentifs à ce que ça se passe bien, etc. Et quand on n'est pas des récrimineurs, des emmerdeurs, et puis qu'on croit à ce qu'on fait, en fait on se rend compte qu'il y a plein de gens qui croient à ce qu'ils font quand même. La réalité c'est que les gens sont plutôt de braves gens (…), qui se comportent avec sérieux, compétence, de l'honneur, des engagements, etc. » (Entretien, Gregory D., médecin généraliste libéral, MSP des Agapanthes, 11/21).

Ces relations peuvent être des leviers dans la conduite de leur projet mais aussi pour obtenir d'autres financements en dehors des expérimentations. Par exemple, lors d'une session de conseil, les professionnels de la CPTS de Bessard interpellent les économistes administratifs et un membre de l'ARS pour solliciter l'aide de l'ARS dans la mise en place du système d'information partagé. Par le biais de la session de conseil, les professionnels de Bressard obtiennent des moyens supplémentaires (ici, du temps de travail de l'ARS) pour compléter les dossiers de leurs patients sur le système d'information. Un second exemple est la sollicitation d'un masseur-kinésithérapeute de la MSP des Sureaux, où j'ai enquêté de 2019 à 2023. En 2021, il me demande par mail s'il est possible de me citer, ainsi que l'Irdes, comme « partenaires de nos projets dans notre dossier de réponse à l'appel à projets "maisons de santé participatives" », utilisant la relation d'enquête comme moyen de légitimer leur organisation auprès des pouvoirs publics dans la candidature à une nouvelle expérimentation. Dans ces deux exemples, les professionnels mobilisent leurs relations avec d'autres membres de la communauté d'instruments (les économistes administratifs, l'Irdes) pour obtenir de nouvelles ressources organisationnelles. Ces mobilisations réciproques sont révélatrices des interdépendances qui se nouent entre ces acteurs. Ces ressources sont utilisées par les

professionnels pour maintenir leurs organisations dans la communauté d'instruments de coordination.

Des trajectoires contrastées pour les professionnels de santé

Les processus expérimentaux offrent l'opportunité à de nouveaux acteurs d'investir les échanges avec les économistes administratifs. En effet, au-delà des « médecins entrepreneurs » (Moyal, 2022 ; Schlegel, 2022), on trouve des professionnelles paramédicales, des coordinatrices salariées ou des médecins qui accèdent pour la première fois aux interactions avec les pouvoirs publics. Quels sont les effets de l'activité d'intermédiaire sur les trajectoires de ces acteurs ?

Les coordinatrices salariées investissent cette activité comme une partie intégrante de leur travail. Elles participent de manière assidue et dans le temps long aux diverses réunions avec les économistes administratifs. De plus, les réunions avec les économistes administratifs sont susceptibles de leur apporter des ressources (informations, guides de bonnes pratiques, etc.) qu'elles peuvent mobiliser par la suite dans leur travail. En revanche, l'enquête n'a pas permis d'éclairer d'effets spécifiques de ces interactions sur leurs trajectoires professionnelles individuelles.

En revanche, les professionnels libéraux sont nombreux à ne pas poursuivre cette activité. Son maintien relève de dimensions liées d'une part à la profession médicale qui offre une position dominante dans ces espaces ; et d'autre part à des socialisations antérieures aux savoirs économiques.

Dans Ipep comme dans Peps, peu de professionnelles paramédicales maintiennent dans le temps l'activité d'intermédiaire. Dans les premières séances de l'expérimentation Peps, la présence d'infirmières aux profils « d'entrepreneuses » est notable. Elles partagent des ressources positionnelles (syndicats, fédération des MSP) et cognitives (formations complémentaires). Elles promeuvent également les soins primaires comme devant être organisés de manière pluriprofessionnelle. Malgré cela, la plupart d'entre elles se retirent progressivement de l'expérimentation. Catherine M. est une de ces infirmières. Âgée de plus de 50 ans, elle est « présidente » de la MSP de Grézilhac. Au cours de sa carrière, elle a occupé successivement des positions à la tête d'un des principaux syndicats d'infirmières libérales, puis au sein de l'Ordre des infirmières. Elle est de plus diplômée d'un master 2 en gestion des entreprises. En entretien, elle témoigne de son désarroi face à l'inégale participation des médecins et des infirmières, pour un forfait initialement destiné aux deux professions.

> « J'étais la seule infirmière. Non, mais je ne plaisante pas. À un moment donné, je me suis dit : "Non, mais attends, qu'est-ce que je viens foutre ici ?" J'ai même dit à Jean-Luc [médecin au sein de la même MSP] : "Vas-y ! Vas-y parce que cela va être une confrérie de toubibs, au moins, ils ne vont pas être perdus !" Et avec un regard médical, je l'ai senti, cela, ce regard vraiment médical, médical, médical. Et là, je vais être méchante, c'est que j'ai retrouvé, puisque j'avais fait du syndicalisme, cette notion, c'est-à-dire qu'il n'y avait plus de transversalité, c'était vraiment : "Tout pour ma gueule". Excusez l'expression, mais c'était cela » (Entretien, Catherine M., infirmière libérale, MSP de Grézilhac, 12/20).

Les espaces d'interactions entre professionnels et économistes administratifs sont investis principalement par les médecins. Les hiérarchies entre les groupes professionnels des soins primaires y sont reproduites, et s'ajoutent à des hiérarchies de genre dans cet espace où la plupart des médecins sont des hommes alors que les infirmières sont des femmes. Ainsi, Catherine M. ne retire pas les mêmes ressources que les médecins de son activité d'intermédiaire. À cette image, Véronique F., infirmière Asalée à la MSP des Camélias, m'explique n'avoir eu que peu de contacts avec les autres professionnels à l'occasion d'une de ces réunions.

> « Je n'ai pas eu d'échange avec d'autres collègues qui étaient concernés par le Peps. C'est difficile dans ces réunions, les médecins se connaissent entre eux, les infirmières pas du tout, qui est qui ? Ce n'est pas évident… » (Entretien, Véronique F., infirmière salariée Asalée, MSP des Camélias, 11/22).

Ce constat n'est cependant pas uniforme : si les infirmières réduisent globalement leur participation à l'activité d'intermédiaire, Annabelle G., infirmière salariée à la MSP des Agapanthes, s'y épanouit au contraire.

> « On était fiers comme des paons avec Gregory [médecin généraliste] quand on y a été mercredi il y a deux semaines, parce qu'ils [l'équipe nationale] n'arrêtaient pas de nous dire : "Oui, vous êtes un peu l'équipe de référence !" Voilà, donc c'est très valorisant pour nous. Et on a l'impression que maintenant, on parle le même langage et cela, c'est vraiment agréable. Je trouve que, il y a eu des moments où vraiment, on se demandait si on vivait sur la même planète. Mais maintenant, c'est vraiment chouette » (Entretien, Annabelle G., infirmière de « parcours » salariée, MSP des Agapanthes, 11/19).

Cette différence de ressenti par rapport à Catherine M. ou à Véronique F. peut tenir à plusieurs éléments. Déjà, nous pouvons noter qu'Annabelle G. n'appartient pas à la même génération. Alors que Catherine et Véronique approchent de la retraite, Annabelle a entre 30 et 40 ans. Mais plus encore, elles n'ont pas le même rapport aux médecins. Philippe Longchamp et *al.* montrent que le groupe professionnel des infirmiers est fragmenté selon des capitaux médicaux (savoirs médicaux, savoirs techniques) et infirmiers (savoirs issus des sciences infirmières) (2018). Selon la position des infirmières dans cet espace, leurs rapports aux médecins et aux hiérarchies professionnelles sont susceptibles de varier. Annabelle G. développe une pratique infirmière basée sur les compétences relationnelles et le travail de coordination, ne pratiquant pas d'acte clinique. N'étant pas en concurrence avec les médecins au quotidien, elle vit sa relation avec eux sous un angle positif, y compris au sein de l'activité d'intermédiaire.

Par ailleurs, entre les médecins généralistes, l'activité d'intermédiaire n'est pas investie de manière uniforme. En effet, assister aux réunions avec les économistes administratifs demande une certaine familiarité avec les savoirs économiques pour comprendre et éventuellement apprécier ces échanges. Ces ressources peuvent provenir d'une acculturation précédente à des instruments d'action publique. Les médecins généralistes qui se montrent les plus pointus sur ces questions ont cependant souvent une formation universitaire complémentaire. Christophe J. par exemple a un diplôme universitaire sur les politiques européennes de santé, un autre en économie de la santé. Il encadre régulièrement des thèses de médecine et participe à un Comité de protection des personnes[71] départemental. Contrairement aux médecins entrepreneurs, Christophe J. n'est pas engagé dans un syndicat ou une fédération pluriprofessionnelle, et a jusqu'à présent peu participé aux instruments d'action publique. Dans le cadre de l'expérimentation Peps, il investit pour la première fois l'activité d'intermédiaire. En plénière, il témoigne aux économistes administratifs sa satisfaction quant aux échanges autour des modèles économiques.

> Juillet 2020, j'assiste à une plénière Peps qui se tient en visioconférence. À la fin de la plénière, Christophe J., médecin généraliste à la MSP des Camélias, intervient : « Nous nous disions que nous gardions des points d'interrogation et quelques inquiétudes, notamment autour de la modulation à l'activité [un des outils du modèle] et les changements de médecin traitant en cours d'année. Mais,

[71] Les Comités de protection des personnes émettent des avis sur les conditions de validité juridiques et éthiques des recherches impliquant des personnes humaines.

> jusqu'à présent, vous avez toujours ajusté le modèle et pris en compte les remarques. Nous restons donc confiants » (Observation, plénière Peps, 07/20).

En entretien, il explique également son attrait pour les sujets abordés durant les réunions :

> « J'avais fait un diplôme universitaire sur les politiques européennes de santé, j'en ai fait un autre sur l'économie de la santé et de la sécurité sociale. Enfin, ce sont des sujets qui m'intéressent et que je connais un peu » (Entretien, Christophe J., médecin généraliste libéral, MSP des Camélias, 09/21).

Pour d'autres médecins généralistes, l'orientation économique de ces échanges est en revanche rédhibitoire, les conduisant parfois à se retirer de l'activité d'intermédiaire. Lors d'une session de conseil, un médecin généraliste libéral déclare aux économistes administratifs : « en 2019 je participais aux réunions sur les indicateurs socles, les indicateurs je ne sais pas quoi, je suis parti parce que ça me donnait de l'urticaire » (Observation, Session de conseil Ipep, CPTS de Frêt, 11/21). Dans l'expérimentation Ipep, une quinzaine de médecins généralistes libéraux ne sont venus qu'une ou deux fois aux réunions avec les économistes administratifs, et une autre quinzaine sont venus plus régulièrement. Parmi les médecins à assister aux régulièrement aux réunions un douzaine ont déjà un profil de « médecins entrepreneurs » avant les expérimentations. Dans l'expérimentation Peps, une vingtaine de médecins généralistes libéraux n'assistent plus aux réunions en raison de leur retrait de l'expérimentation. Dans les deux organisations qui restent, quatre médecins participent régulièrement aux réunions, dont seul un avait un profil qui pouvait s'apparenter aux médecins entrepreneurs en amont de l'expérimentation. Les trajectoires de nouvelles socialisations aux instruments d'action publique restent donc minoritaires, bien qu'existantes.

Pour conclure, au sein des professionnels libéraux, l'activité d'intermédiaire n'est pas investie sur le temps long par tous les acteurs. Les professionnelles paramédicales s'en retirent, car elles y retrouvent des hiérarchies professionnelles, liées à la place prédominante des médecins entrepreneurs dans ces espaces. Au-delà des médecins déjà intégrés à la communauté d'instruments, certains médecins parviennent à investir ces espaces en s'appuyant notamment sur leurs ressources universitaires, à l'image de Christophe J. Lorsqu'il y a maintien de l'activité d'intermédiaire, il semble qu'elle soit susceptible d'influencer les trajectoires individuelles, permettant aux médecins entrepreneurs de renforcer leurs ressources ; et aux autres médecins de peut-être devenir entrepreneurs. Maintenir son organisation dans la conduite de l'action publique est donc un enjeu organisationnel (conserver des financements, des ressources

humaines), mais aussi individuel : continuer à accéder à un cercle relativement élitaire de médecins généralistes.

2. Un « processus de colonisation » sans distance

Les expérimentations sont l'occasion de développer l'usage d'indicateurs dans le secteur des soins primaires, secteur jusqu'alors relativement préservé d'une quantification pourtant commune dans le secteur hospitalier (Belorgey, 2013 ; Benamouzig et Robelet, 2014 ; Bertillot, 2016 ; Juven, 2013). La quantification permet, par une mise en chiffre, de rendre mesurables et comparables des éléments qui ne l'étaient pas auparavant (Espeland et Stevens, 2008 ; Vatin, 2013). Le recours à la quantification par le gouvernement permet le développement de nouvelles formes de contrôle (Desrosières, 1993 ; Foucault, 2004 ; Hacking, 1992). Ce contrôle s'exerce à distance, au travers de ce que Michel Foucault appelle la « gouvernementalité » : il s'agit de l'ensemble des institutions, procédures, calculs qui permettent de contrôler une population, s'appuyant sur des « dispositifs de sécurité » et sur la légitimité de savoirs statistiques et économiques (Foucault, 2004). La distance est un élément clé de la gouvernementalité : « *governmentality* requires *the creation of distance in order that such government can proceed*[72] » (Rydin, 2007, p. 611). Les gouvernants s'appuient sur l'autonomie des gouvernés de manière à ce qu'ils se conforment activement aux injonctions (Dubuisson-Quellier, 2016 ; Epstein, 2006 ; Foucault, 2004).

À rebours de la « gouvernementalité », une grande partie de la mise en œuvre des modèles économiques se fait « sans distance », lors d'interactions répétées entre professionnels et économistes administratifs, comme Hugo Bertillot l'avait observé dans le cas de la mise en place d'indicateurs de qualité à l'hôpital (2014). Quels sont les effets de ces interactions sur la perception des instruments par les professionnels ? Quelle place les professionnels prennent-ils dans la fabrique des modèles ?

Jan-Peter Voβ et Arno Simons s'intéressent à ce qui rassemble des acteurs aux intérêts et stratégies différentes au sein de communauté d'instruments (2014). Ils montrent que les acteurs peuvent être convaincus de la légitimité des objectifs affichés par les promoteurs de l'instrument (les promesses fonctionnelles). L'enrôlement des acteurs tient cependant davantage à la nouvelle organisation du travail (les promesses structurelles) qu'ils projettent dans l'instrument (Voß et Simons, 2014). Contrairement aux promesses fonctionnelles, les

[72] « La gouvernementalité requiert la création d'une distance de manière à ce qu'un tel gouvernement puisse être mis en œuvre », traduction proposée par Noémie Morize.

promesses structurelles sont rarement rendues publiques. Les différents acteurs peuvent ainsi avoir des attentes différenciées en termes de nouvelles organisations à mettre en œuvre au travers des instruments.

Afin de créer du compromis avec les professionnels de santé, les économistes administratifs mobilisent des méthodes issues du secteur du conseil. Nicolas Belorgey étudie les réformes du Nouveau management public (NPM) à l'hôpital. Il observe notamment le travail de membres de l'Agence d'audit des établissements de santé[73] et de cabinets de conseil (2010). Ces derniers proposent de l'accompagnement en « conduite de changement » que Nicolas Belorgey décrit comme un moyen rhétorique de convaincre progressivement les professionnels de santé des réformes en cours (2010). Dans le cas des expérimentations, les économistes administratifs, les membres de l'Anap (Agence nationale d'appui à la performance) et des consultants mettent en œuvre des instruments de « persuasion » : « séances de coconstruction », plénières, « groupes de travail thématique », sessions de conseil… Au travers de ces instruments de persuasion, les économistes et leurs partenaires cherchent à amener les professionnels libéraux à la même conception de l'organisation des soins primaires, en diffusant un cadrage économique de l'action publique.

L'élaboration des cahiers des charges au travers des « séances de coconstruction » permet d'établir un consensus au sein de la communauté autour des instruments (1). Cependant, la collaboration entre économistes administratifs et professionnels se poursuit autour de la fabrique des modèles, où la diffusion du style de raisonnement économique se renforce alors que les instruments de persuasion se multiplient (2).

2.1. Un compromis autour des modèles économiques

De septembre 2018 à mars 2019, les économistes administratifs organisent des réunions dites « séances de coconstruction ». L'objet de ces réunions est d'établir un consensus entre économistes administratifs et professionnels libéraux autour des cahiers des charges des expérimentations. Ces cahiers des charges détaillent avec précision le modèle économique et son fonctionnement tels que présentés dans le chapitre 1, là où ses principes étaient simplement évoqués dans l'appel à manifestation d'intérêts. Alors que les économistes administratifs présentent ces réunions comme un moment de conception commune des instruments, ceux-ci sont en réalité déjà quasiment finalisés en amont des « séances de coconstruction ».

[73] L'Agence d'audit des établissements de santé a été créée en 2005 pour accompagner la transformation gestionnaire des hôpitaux. Elle a fusionné avec plusieurs autres agences en 2014, entraînant la création de l'Anap.

L'objet de ces réunions n'est pas tant la conception collaborative d'un instrument d'action publique, que la recherche de compromis permettant aux économistes administratifs de s'assurer l'enrôlement des professionnels libéraux dans l'expérimentation. Dans Ipep, l'enjeu est de convaincre les médecins généralistes de la nécessité de s'organiser avec l'hôpital (1). Pour Peps, les économistes administratifs doivent rassurer des libéraux frileux face à la proposition de remplacer le paiement à l'acte par un forfait (2).

Des promesses structurelles discordantes entre médecins et économistes (Ipep)

Les « séances de coconstruction » réunissent entre 50 et 70 personnes : des professionnels de santé, des économistes administratifs (ministère de la Santé, Cnam), de la HAS (l'Anap n'est intégrée à la communauté d'instruments qu'en 2019), de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), de l'Irdes et de cabinets de conseil (qui réalisent des tâches de maîtrise d'œuvre). Les réunions se déroulent sur une journée complète, avec des demi-journées suivant des formats similaires : des temps d'informations sur des thématiques précises animés par les économistes administratifs ou leurs partenaires (HAS, ATIH, Irdes) ; des « ateliers » le plus souvent en sous-groupes sur des thématiques ciblées, visant à faire échanger les professionnels autour d'une thématique précise donnée par les économistes administratifs. Les programmes des séances sont prédéfinis par les économistes administratifs et leurs partenaires, et leur objectif est de conceptualiser le modèle économique Ipep et ses outils.

Tableau n° 1 : Synthèse des sujets abordés en « séances de co-construction »

Date	Ordre du jour
27/09/18	Présentation du projet, retour d'expériences étrangères, présentation du questionnaire d'expérience du patient.
18/10/18	Indicateurs de qualité, questionnaire d'expérience du patient, données et cibles de dépenses de santé.
07/11/18	Indicateurs de qualité, questionnaire d'expérience du patient, présentation du modèle de gain d'efficience.
24/11/18	Les moyens nécessaires à la mise en œuvre opérationnelle, retour sur les indicateurs de qualité, discussion sur la place des systèmes d'information dans le projet Ipep.
13/12/18	Synthèse des décisions sur le modèle économique, planning de l'expérimentation, présentation de l'évaluation par l'Irdes.
07/02/19	Synthèse des décisions sur le modèle économique, planning de l'expérimentation, conclusion par la rapporteure générale.

Ce tableau a été réalisé à partir des comptes-rendus des « séances de co-construction » (documents internes).

Pour les économistes administratifs, l'enjeu de ces réunions est avant tout de trouver un compromis avec les professionnels de santé autour de l'instrument, afin de pouvoir le mettre en œuvre au sein des organisations de santé.

> « L'appel à manifestation d'intérêt nous a permis de pouvoir "embarquer" tous les acteurs qui avaient été identifiés avec des approches assez différentes (…). Le défi, pour nous, est d'arriver à un cahier des charges générique qui puisse être accepté par tous et qui sera applicable à tous » (Julie M., formée en master d'Affaires publiques, DGOS, 11/19).

Les professionnels peuvent valider l'instrument soit parce qu'ils sont convaincus des objectifs de l'instrument (pour Ipep, augmenter la coordination entre la ville et l'hôpital, réduire les dépenses de santé et améliorer la qualité des soins) ; soit parce que celui-ci leur propose une nouvelle organisation des soins primaires qui les séduit, qui peut alors être différente de celle promue par les économistes administratifs (à savoir, alléger la surcharge hospitalière en augmentant le suivi des patients en amont et en aval des hospitalisations en soins primaires) (Voß et Simons, 2014). Nous allons voir quels compromis les économistes administratifs effectuent autour de ces objectifs.

Ainsi, les deux premiers objectifs de l'instrument, à savoir « augmenter la coordination entre la ville et l'hôpital » et « réduire les dépenses de santé », apparaissent peu attractifs pour des libéraux dont l'objectif principal est d'augmenter la coordination entre professionnels de soins primaires.

> « Certaines maisons de santé, quand je les ai vus arriver, je me suis dit : "Aïe, aïe, aïe, ils sont super centrés médecins traitants-infirmiers." (…) Je pense que les travaux de coconstruction ont vraiment aidé à ce qu'ils perçoivent les enjeux : "Il faut que je me mette à travailler avec l'hôpital" » (Entretien, Julie M., formée en master d'Affaires publiques, DGOS, 11/19).

La thématique de la coordination ville-hôpital heurte en effet les concurrences qui existent à la fois entre segments professionnels (spécialistes et généralistes) et entre secteurs (hôpital et ville). Dans un contexte où en effet les médecins généralistes apparaissent comme un segment professionnel relativement dominé au sein de leur profession (Bloy et Schweyer, 2010), leur proposer d'initier la coordination avec l'hôpital est perçu par les médecins généralistes comme un renforcement de ces hiérarchies.

Les économistes administratifs vont cadrer les « séances de coconstruction » principalement autour du choix et de l'élaboration des indicateurs de qualité : l'amélioration de la qualité des soins est un objectif peu controversé (Bertillot, 2014), qui permet de souder les acteurs de la communauté. Dès le dossier de candidature, il est demandé aux professionnels libéraux de proposer trois indicateurs de qualité pour le modèle économique.

> Pistes de réflexion concernant les indicateurs (*process*, résultats) pour la mesure de la qualité/performance et le suivi de l'expérimentation (Document public, dossier de candidature, Ipep, 06/18).

Les propositions des professionnels de santé sont ensuite réunies et croisées avec d'autres indicateurs proposés par les promoteurs administratifs — et notamment par la DGOS au sein du ministère de la Santé, dont les membres investissent particulièrement le sujet. Ces listes servent de support à des discussions au cours des « séances de coconstruction ». Elles permettent de déterminer une liste de dix indicateurs pour le modèle économique.

> « J'ai trouvé assez spectaculaire qu'il y ait un consensus sur cette liste de dix indicateurs, qu'ils aient vraiment compris la philosophie qu'il y avait derrière. Franchement, je ne pense pas qu'entre la liste que nous avions initialement en tête et la liste d'arrivée, il y ait eu énormément de différences » (Entretien, Élodie B., formée en master d'Affaires publiques, DGOS, 12/20).

Les « séances de coconstruction » ne permettent pas vraiment de trouver de nouveaux indicateurs, adaptés aux situations locales ou aux spécificités des soins primaires. Elles permettent d'enrôler les professionnels de santé grâce aux promesses fonctionnelles du modèle économique, à l'aide du sujet consensuel de la qualité des soins (Bertillot, 2014). Cela donne également une légitimité à ces outils, puisqu'ils ont été sélectionnés avec l'assentiment des professionnels libéraux.

Au-delà des promesses fonctionnelles, l'enrôlement des acteurs dans une communauté d'instruments se fait avant tout par ce qu'ils y projettent : les différents groupes d'acteur voient dans l'instrument une réorganisation du monde qui est dans leur intérêt (promesses structurelles) (Lascoumes et Le Gales, 2007 ; Voß et Simons, 2014). Ces promesses structurelles ne sont pas nécessairement homogènes (contrairement aux promesses fonctionnelles) puisqu'elles restent la plupart du temps implicites. Ainsi, les promoteurs administratifs d'Ipep n'expriment pas ouvertement que le modèle économique a pour objectif d'alléger la prise en charge des patients à l'hôpital en le déployant vers le secteur des soins

primaires. Les professionnels libéraux ne cherchent pas la même promesse non plus : ils souhaitent obtenir des financements supplémentaires pour mieux organiser le secteur des soins primaires et prendre en charge des soins non remboursés par l'Assurance maladie.

> « Beaucoup de groupements, plus que l'intéressement collectif, ce qui les intéressait, c'était de mettre en place le financement d'activités hors nomenclature des infirmières, sous forme de forfaits souvent horaires, et/ou d'autres prestations dérogatoires comme diététiciennes, psychologues, activité physique adaptée… On a pas mal tourné autour de cette question : est-ce qu'on l'autorise en plus du modèle Ipep prévu ? » (Entretien, Julie M., formée en master d'Affaires publiques, DGOS, 11/19).

Les professionnels libéraux espèrent trouver dans l'expérimentation Ipep une source de financement souple pour leurs projets de santé locaux, qui ne sont pas nécessairement orientés vers la coordination avec l'hôpital. Afin de conserver leur enrôlement, les promoteurs administratifs décident de la mise en place de crédits d'amorçage plus longs. Les crédits d'amorçage sont des financements libres, présentés comme des subventions devant permettre le lancement du « projet ». Les économistes administratifs les avaient prévus initialement sur la première année de l'expérimentation (2018), et décident de les prolonger jusqu'à fin 2020.

> « On a mis en place ce lissage sur les trois premières années et en leur disant : "Vous pouvez utiliser ces fonds pour ces fameuses prestations hors nomenclature", on a réussi à les garder avec nous et à ne pas les perdre. Tout en n'ajoutant pas une nouvelle brique, qui aurait été vraiment : "On ouvre de nouvelles prestations dérogatoires" » (Entretien, Julie M., formée en master d'Affaires publiques, DGOS, 11/19).

Ce compromis leur permet de ne pas modifier le modèle économique en tant que tel, tout en acceptant que les professionnels libéraux y puisent des financements pour réorganiser localement les soins primaires. En cela, les promoteurs administratifs s'assurent leur enrôlement non pas tant en alignant les promesses structurelles des professionnels de santé aux leurs, qu'en leur permettant d'y projeter une organisation du travail différente.

Un équilibre entre l'acte et le forfait (Peps)

Les « séances de coconstruction » Peps réunissent entre trente et quarante personnes, dont des professionnels de santé, des membres des administrations (Cnam et ministère de la Santé), des

membres de l'Irdes et des cabinets de conseils. Les réunions se déroulent sur une journée complète à chaque fois, avec des temps de présentation descendante et des temps d'échanges en sous-groupe. En amont de chaque réunion, les professionnels de santé doivent compléter des « fiches problématisées » portant sur les thématiques prévues pour chaque séance, qu'ils doivent renvoyer deux semaines à l'avance aux économistes administratifs. Pendant les séances, les professionnels de santé sont régulièrement divisés en sous-groupes, selon la patientèle choisie pour leur projet : diabétique, âgée, ou l'ensemble de la patientèle[74]. Cela revient à diviser les professionnels entre libéraux et salariés (en 2018 seule une MSP participe à l'expérimentation pour l'ensemble de la patientèle, et aucun centre de santé n'y participe pour les patientèles diabétiques et âgées). Les « séances de coconstruction » permettent la conceptualisation du périmètre du forfait, de ses mécanismes d'ajustement et des indicateurs de qualité. Pour les économistes administratifs, l'enjeu est de convaincre les professionnels libéraux de l'intérêt de la substitution du paiement à l'acte par un forfait et de les rassurer sur leur capacité à garantir leur rémunération.

Tableau n° 2 : Synthèse des sujets abordés en séances de « co-construction »

Date	Ordre du jour
28/09/18	Retour d'expériences étrangères, présentation des motivations et attentes des participants.
17/10/18	Retour d'expériences étrangères, définition du périmètre de l'expérimentation.
26/10/18	Discussions sur les méthodes du calcul et les ajustements du forfait.
22/11/18	Discussions sur les données à recueillir pour le forfait, présentation de l'évaluation par l'Irdes.
12/12/18	Définition des critères d'éligibilité à l'expérimentation, discussion sur les crédits d'amorçage.
15/02/19	Synthèse des décisions sur le modèle économique, présentation du questionnaire d'expérience patient et de la plateforme de recueil des données.

Ce tableau a été réalisé à partir des comptes-rendus des « séances de coconstruction » (documents internes).

Tout comme dans Ipep, les « séances de coconstruction » sont d'abord un moyen d'établir un compromis avec les professionnels de santé pour s'assurer de la mise en œuvre du modèle économique. Cependant, dans le cas de Peps, le forfait affecte directement la rémunération des libéraux en se substituant au paiement à l'acte, là où Ipep apparait davantage comme un financement complémentaire susceptible d'affecter à la marge (et uniquement en bonus) leur

[74] Effectivement, comme expliqué dans le chapitre 1, trois forfaits différents sont testés dans le cadre de Peps, deux ne concernant qu'une partie des patients affiliés aux médecins traitant (patientèles diabétiques et âgées) et le dernier concernant l'ensemble des patients affiliés aux médecins traitant.

rémunération. L'enjeu apparait crucial, pour des médecins libéraux traditionnellement attachés au paiement à l'acte (Bloy et Rigal, 2012). L'expérimentation Peps a reçu moins de candidats qu'Ipep, et contrairement à Ipep, plusieurs organisations libérales sont sorties de l'expérimentation à l'issue de la « coconstruction »[75].

> « Il fallait des candidats expérimentateurs. Il fallait que l'on trouve des gens avec qui travailler, les co-constructeurs c'était aussi les personnes qui allaient l'expérimenter » (Entretien, Pauline L., économiste administrative, formée en master d'économie, Direction de la sécurité sociale [DSS], 10/19).

> « Peps, c'est sur le fil du rasoir. On a l'impression que l'on va les perdre du jour au lendemain, ils ont tous failli partir, au moins une fois » (Entretien, Anaïs R., économiste administrative, formée en master d'économie, Cnam, 01/20).

Les professionnels libéraux se montrent frileux à s'enrôler dans cette expérimentation qui modifierait leur mode de rémunération, en impliquant en outre un partage collectif du forfait.

Pourtant, en contraste avec Ipep, les professionnels apparaissent davantage convaincus par la promesse fonctionnelle centrale à Peps : augmenter la coordination entre professionnels au sein des équipes de soins primaires. Cet objectif correspond aux transformations attendues par les médecins entrepreneurs, mais aussi par les quelques professionnelles paramédicales intermédiaires.

Les professionnels libéraux qui participent à l'expérimentation ne sont pas les plus attachés au paiement à l'acte : ils se montrent critiques de ce mode de rémunération, soulignant qu'il n'est pas adapté à la prise en charge de certains types de patientèle (âgés, atteints de pathologies chroniques) et qu'il rémunère mal la prévention et la coordination des soins[76]. Le projet d'une rémunération alternative à l'acte n'est donc pas, sur le principe, contesté. En pratique, les professionnels libéraux, soucieux de garantir leurs rémunérations, cherchent cependant des assurances de la part des économistes administratifs.

Tout d'abord, les professionnels libéraux demandent à ce que certaines catégories d'actes ne soient pas prises en compte dans le forfait. En effet, les médecins généralistes ont une nomenclature des actes médicaux conventionnée avec l'Assurance maladie. En 2020, une simple consultation est conventionnée à hauteur de 25 euros. D'autres actes considérés

[75] En effet, quatre organisations de santé se sont retirées à la fin de la période de coconstruction.
[76] Le contenu de ces critiques sera développé de manière détaillée dans le chapitre 5.

techniques sont davantage valorisés économiquement. Les actes réalisés dans des horaires de « permanence des soins » sont également majorés[77]. Les médecins libéraux demandent d'exclure ces actes davantage rémunérateurs du forfait pour s'assurer qu'ils restent valorisés.

> « Il a été précisé concernant le périmètre du forfait Peps que l'exclusion de certains actes et prestations permettrait dans le cas général d'assurer leur meilleure rémunération, très probablement plus incitative pour les acteurs. Cela s'explique notamment par un effet d'égalisation des impacts de ces rémunérations dans le cas de leur inclusion » (Document interne, compte-rendu de la quatrième « séance de coconstruction », Peps, 11/18).

> « À côté des centres de santé, tu as les médecins de campagne qui disent "Moi, une suture, j'ai besoin de la faire payer plus" ! » (Entretien, Anaïs R., économiste administrative, formée en master d'économie, Cnam, 01/20).

En plus de conserver la revalorisation des actes techniques, les économistes administratifs mettent en place une garantie de rémunération : la rémunération au forfait doit être au moins égale à la rémunération que les professionnels auraient obtenue à l'acte, à partir des données d'une année de référence (2019).

> « Notre objectif c'est plutôt de diminuer les contraintes sur les acteurs (…). Et le fait de limiter l'angoisse de ″on ne sait pas combien on est payé″, ça fait partie de limiter les contraintes. Parce qu'en fait ils partiront si en face il y a trop de contraintes » (Entretien, Audrey G., économiste administrative, médecin de santé publique formée à l'économie, DSS, 10/19).

Les professionnels libéraux participent également à restreindre le public du forfait. En effet, les économistes administratifs avaient initialement pensé le forfait à destination d'équipes pluriprofessionnelles composées de médecins généralistes, d'infirmières et de masseurs-kinésithérapeutes. Les médecins libéraux demandent l'exclusion des kinésithérapeutes (cette profession n'est d'ailleurs pas représentée parmi les intermédiaires), sous le prétexte qu'ils ne les associent pas systématiquement aux projets qu'ils souhaitent mettre en œuvre.

> « On pensait partir sur un forfait "médecins/infirmières/kinés". Dans les maisons de santé, ce sont les professions les plus présentes, et en fait une surprise aussi

[77] La permanence des soins se tient les dimanches, les jours fériés, et les nuits de 20h à 8h. Des majorations différentes sont appliquées selon les jours et l'heure.

> au groupe de co-construction, ils ont tous dit : “On va déjà commencer par médecins/infirmiers, kiné on n’en a pas forcément besoin”. Dans le document de l’appel à manifestation d’intérêts, on n’avait pas précisé quels professionnels spécifiquement, on avait mis médecin généraliste, infirmière diplômée d’État, etc. (…). Mais dans le cas de personnes âgées, lorsqu’on on est dans un territoire sous dense, il n’y a pas de masseurs-kinésithérapeutes, donc ça n’a pas d’intérêt » (Entretien, Pauline L., économiste administrative, formée en master d’économie, DSS, 10/19).

Cette exclusion reformule les promesses structurelles du modèle : on n’attend plus une modification du travail entre médecins, kinésithérapeutes et infirmières, mais seulement entre médecins généralistes et infirmières. Par ailleurs, cette exclusion révèle doublement les hiérarchies professionnelles. D’une part, les médecins sont perçus comme centraux, beaucoup plus que les autres professionnels (c’est d’ailleurs sur leur patientèle qu’est calculé le forfait). D’autre part, la forte présence des médecins dans l’activité d’intermédiaire a des effets concrets sur la fabrique des modèles.

2.2. Une « colonisation » par les interactions

Une fois le cahier des charges publié, une nouvelle phase de l’expérimentation commence : celle de la fabrique concrète des modèles économiques. Les économistes administratifs traduisent le modèle conceptualisé en calculs économétriques concrets ; créent de nouveaux indicateurs spécifiques aux soins primaires ; organisent le recueil des données. Cette fabrique des modèles est continuelle tout au long de l’expérimentation : même après avoir commencé le financement des organisations de santé au travers des modèles, les économistes administratifs persistent à faire progresser ces modèles économiques[78]. L’on aurait pu s’attendre à ce que ce travail technique soit réalisé sans dialogue particulier avec les professionnels de santé, à présent chargés de mettre en œuvre localement les expérimentations. Pourtant, les économistes administratifs continuent de mobiliser systématiquement les professionnels autour de la fabrique des modèles.

Par ces interactions répétées, les économistes administratifs entendent familiariser les professionnels de santé au style de raisonnement économique. Pour cela, ils font des présentations régulières des modèles économiques et de leur évolution (1). Ils s’appuient également sur les discussions antérieures et sur certains professionnels pour éviter la remise en

[78] Je reviendrai de manière détaillée sur ces processus dans le chapitre 4.

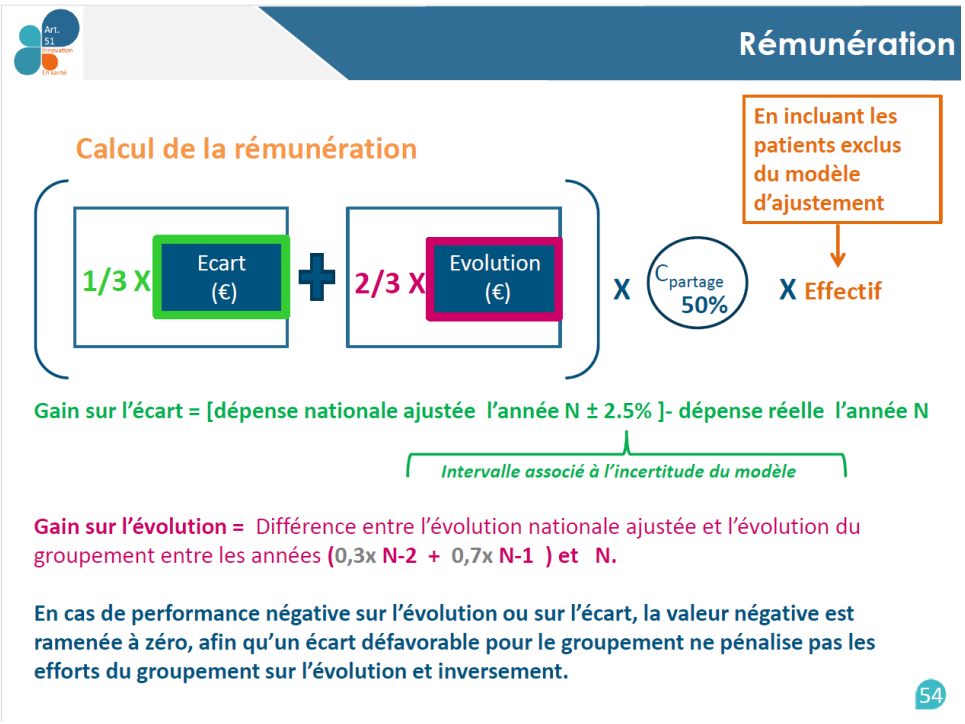
question de leurs outils (2). Enfin, les économistes administratifs mobilisent des « méthodes de travail collaboratives » de manière à incarner concrètement cette collaboration de la fabrique de l'action publique — qui reste pourtant factuellement limitée (3).

Une transformation des médecins entrepreneurs en quasi-économistes ?

Dans la théorie économique, les destinataires d'un modèle économétrique n'ont besoin d'aucun prérequis pour modifier leurs comportements dans le sens attendus par les gouvernants : ils sont incités au travers de la valorisation économique de leurs résultats. Pourtant, lors des réunions plénières qui se tiennent annuellement (voire deux fois par an), les économistes administratifs consacrent une demi-journée à la présentation des modèles économiques et de leur évolution. Comment expliquer cela ?

Les réunions avec les professionnels sont l'occasion pour les économistes administratifs de les acculturer aux modèles économiques. En effet, à chaque plénière, les économistes administratifs fournissent des explications précises, techniques et répétées sur le fonctionnement des modèles économiques. Les modèles économiques, leurs évolutions et leurs limites sont présentés dans le détail, diaporama à l'appui.

Document interne, extrait d'un diaporama sur le modèle économique Ipep, plénière Ipep, 06/20



Le diaporama ci-dessus décrit par exemple le calcul des gains d'efficience dans le cadre de l'expérimentation Ipep. Il fait partie d'un ensemble d'une soixantaine de diaporamas à partir desquels les économistes administratifs s'attachent à décrire de manière détaillée les

mécanismes du modèle économétrique. Durant de longues présentations descendantes, les économistes administratifs expliquent le fonctionnement des modèles, et l'évolution de ses outils (indicateurs, variables d'ajustements, modalités de calcul). Ils s'attachent à adopter une transparence totale à l'égard des professionnels de santé.

La complexité de ces présentations entraîne cependant souvent des incompréhensions de la part des médecins généralistes. Pour autant, ces derniers s'attachent à comprendre le fonctionnement des modèles économiques et prennent soin de donner leur avis sur chacune des évolutions présentées par les économistes. L'extrait d'observation ci-dessous illustre une de ces présentations de modèle, et les réactions qui s'en suivent de la part des médecins généralistes.

> La plénière Peps de janvier 2020 se déroule en visioconférence, sur une demi-journée. Les deux responsables de « l'équipe nationale » (DSS au ministère de la Santé et Cnam) introduisent la plénière, puis le responsable de la Cnam introduit la présentation du modèle économique, qui est l'objectif de cette séance. « Sur la présentation du modèle, le cahier des charges prévoyait un certain nombre de paramètres. Les travaux statistiques ont eu lieu pendant tout le premier semestre, on vous a présenté un certain nombre de données. Ce qu'on va faire aujourd'hui c'est vous présenter les évolutions de ce modèle. On a essayé d'affiner un certain nombre de paramètres (…). La discussion va être un peu technique, mais l'idée c'est que vous puissiez bien comprendre. On va rentrer au maximum dans les entrailles du modèle, il y a plusieurs questions non tranchées. On réfléchira à une présentation plus simple pour que vous puissiez le présenter en interne (…). N'hésitez pas à poser des questions, l'essentiel c'est que vous puissiez bien comprendre comment on a construit ce calcul. » La suite de la présentation, réalisé par des statisticiennes est en effet très technique. Dans le « tchat », de nombreuses questions témoignent des incompréhensions des professionnels de santé. En l'espace de cinq minutes, un médecin généraliste écrit « régression multiple ??? », tandis qu'une autre médecin renchérit « Taux de fidélisation infirmière diplômée d'État ? Vous prenez bien en compte au besoin un cabinet infirmier et non l'infirmière individuellement ? », un autre participant demande « Pourrez-vous réexpliquer le plafonnement à 15 % ? » et un dernier interroge « qu'est-ce que cet "indice de défavorisation" ? ». Les questions se poursuivent tout au long de la présentation et des réponses sont apportées une à une par les statisticiennes (Observation, plénière Peps, 07/20).

Ces plénières permettent aux économistes administratifs d'obtenir la validation des outils des instruments par les professionnels. Cette volonté de faire adhérer les professionnels de santé à l'instrument confirme l'hypothèse de leur intégration à la communauté d'instruments. L'enjeu pour les promoteurs administratifs n'est pas de transformer individuellement les pratiques des médecins par les modèles économiques, mais de convaincre des partenaires politiques du bien-fondé de ceux-ci. Les professionnels sont les relais non seulement des pouvoirs publics vers leurs organisations, mais plus généralement, et notamment au travers des médecins entrepreneurs, des pouvoirs publics vers les professionnels de soins primaires qui s'inscrivent dans cette mouvance pluriprofessionnelle. Les économistes administratifs travaillent d'ailleurs à divers supports de communication autour des expérimentations (« livret pédagogique », vidéo…) pour simplifier cette activité de relais.

Une « colonisation » d'intermédiaires assidus au style de raisonnement économique

Lors de ces plénières, les économistes administratifs présentent leurs traductions du modèle conceptualisé en outils concrets. Ces traductions peuvent présenter des petits amendements par rapport à la version conceptualisée du modèle, au fur et à mesure que les économistes administratifs confrontent les modèles aux données. Lors des plénières, les économistes cherchent à faire valider ces traductions par les professionnels de santé davantage qu'à les remettre en question.

Les économistes administratifs valorisent la dimension évolutive de leur travail. « Notre enjeu c'est de travailler sur ce modèle pour qu'il soit plus efficient, pour l'améliorer » explique David L., économiste spécialisé de la Cnam en novembre 2019 en plénière Ipep ; en juin 2022 Olivier M., médecin économiste de la Cnam, déclare encore en plénière Peps : « n'hésitez pas à nous faire remonter les questions, on est toujours dans une phase de construction du modèle. Le modèle est loin d'être un produit fini, c'est les discussions qu'on va avoir qui vont permettre de le construire ». Le terme « expérimentation » renvoie alors à une méthode inductive, qui laisse la part belle aux « surprises » qui peuvent survenir lors du processus, comme cela a été souligné dans le cas d'essais cliniques (Nelson et al., 2014 ; Rheinberger, 1997).

Cette démarche est surtout amenée par les membres de la Cnam. Dans la division du travail entre Assurance maladie et ministère, les économistes et statisticiennes de la Cnam ont l'accès aux données et sont donc ceux qui élaborent, mettent à jour, « font tourner » les modèles économiques. En cadrant les échanges autour des modèles économiques, ils les limitent

également à leur domaine de compétence, participant à centrer les interactions avec les professionnels de santé autour des préoccupations de l'Assurance maladie.

La rhétorique de la « coconstruction » est cependant également mobilisée en cas d'oppositions de la part des professionnels libéraux. Loin d'être des espaces lissés, ces réunions plénières sont traversées par de nombreux débats. Les économistes administratifs sont confrontés à l'opposition des médecins à certains outils. Les prises de position des médecins libéraux se font dans un registre d'expertise médicale, mobilisant des savoirs expérientiels (organisations des soins, relations professionnelles, profils et comportements des patients) voire des connaissances universitaires pour argumenter d'une meilleure définition des outils, s'opposant aux savoirs économiques.

Les médecins libéraux contestent particulièrement les outils présentés dans l'expérimentation Ipep. L'objectif d'augmenter la coordination entre les secteurs de la ville et de l'hôpital entraîne des contestations régulières de la part des médecins généralistes. Par exemple, les promoteurs administratifs d'Ipep souhaitaient mettre en place un indicateur visant à estimer la qualité des lettres de liaison à l'entrée d'une hospitalisation. Une lettre de liaison est, dans le cas d'une hospitalisation programmée, un document informant des principaux éléments du dossier du patient. Alors que la lettre de liaison d'entrée à l'hôpital est réalisée par les médecins généralistes, les hôpitaux doivent également éditer une lettre de liaison en sortie d'hospitalisation à destination du médecin traitant. L'indicateur de qualité porte uniquement sur la lettre d'entrée, cherchant à évaluer les pratiques des médecins généralistes dans cette perspective de coordination qui vient de la ville. Cet indicateur, acté pendant les « séances de coconstruction » puis travaillé au sein de la HAS, est régulièrement rediscuté par les professionnels de santé lors des plénières. Lors de cette plénière en 2019 par exemple, Julie M., chargée de mission à la DGOS au ministère de la Santé, explique les avancements réalisés autour de cet indicateur. Elle est tout de suite confrontée à une opposition de la part des médecins généralistes présents, qui confrontent leurs pratiques quotidiennes aux outils économiques.

> Novembre 2019. Julie M., chargée de mission à la DGOS, présente les évolutions de l'indicateur de la lettre de liaison. Après avoir expliqué que « la lettre de liaison est un indicateur novateur sur les soins primaires, contrairement aux indicateurs hospitaliers », elle commence à expliquer le mode de calcul « on va calculer un numérateur : la somme des scores individuels de chaque lettre de liaison ; et un dénominateur : le nombre de lettres de liaison attendu pour

> l'ensemble des patients (…) ». Après sa présentation, une médecin généraliste intervient : « je ne vois pas l'intérêt ! » Virginie L., qui elle est manageuse à la DGOS, vient seconder Julie : « c'est pour évaluer la coordination entre la ville et l'hôpital ». La même médecin généraliste lui rétorque « la coordination entre la ville et l'hôpital, ce n'est pas que le médecin généraliste ! » avant d'ajouter « je trouve ça dommage, l'information sur les parcours des patients, ce n'est pas que de la ville vers l'hôpital ». Virginie réexplique : « C'est un indicateur parmi d'autres ! Je vous rappelle qu'il a été choisi. L'hôpital se plaint d'avoir des patients adressés sans courrier, de même pour les généralistes. Il a été reconnu que cette lettre de liaison pouvait améliorer les transitions entre la ville et l'hôpital, je ne pense pas qu'on soit là pour remettre en cause des indicateurs qu'on a définis l'année dernière ». La médecin généraliste attaque l'indicateur sur un autre versant, celui du médico-social : « en plus, ce sont des informations uniquement médicales ». Elle trouve de l'écho chez un de ses confrères, qui approuve « c'est vrai qu'on laisse passer beaucoup de choses en regardant uniquement les informations médicales ». Estelle M., médecin économiste à la HAS, déclare : « on a choisi de commencer à travailler sur les médecins généralistes, mais on a conscience que ce serait bien d'élargir. Voyons si ça marche, et si oui on étendra » (Observation, plénière Ipep, 11/19).

Lors de ces échanges houleux, les médecins généralistes se positionnent successivement sur deux dimensions qui les préoccupent. Tout d'abord, les médecins généralistes perçoivent l'injonction à la coordination avec l'hôpital depuis les soins primaires comme un renforcement des hiérarchies symboliques entre les secteurs. De plus, ils revendiquent une approche globale de la santé, prenant en compte des dimensions sociales qui échapperaient aux économistes administratifs. Afin de ne pas remettre en cause leurs outils, les économistes administratifs et les agents de la HAS renvoient aux accords passés ou aux progrès à venir du modèle économique.

Toutefois, les attitudes des médecins généralistes face aux économistes administratifs ne sont pas homogènes. Cela est lié également à l'intermittence de l'activité d'intermédiaire : certains découvrent le modèle et ses outils au moment de la présentation, tandis que d'autres ont participé aux discussions en amont. Ainsi, si certains des médecins généralistes s'attachent à critiquer les modèles et leurs outils, d'autres participent à légitimer les indicateurs, convaincus

par les économistes. Dans le cas cité plus haut, le débat est d'ailleurs finalement clos par un autre médecin généraliste :

> Suite aux échanges sur l'indicateur de la qualité de la lettre de liaison, un médecin généraliste prend la parole : « je me permets d'intervenir, j'ai participé au groupe de travail sur cet indicateur, et ce n'est qu'un indicateur parmi d'autres, il y a aussi un indicateur sur les entrées aux urgences sans adressage » (Observation, plénière Ipep, 11/19).

Les professionnels de santé interagissent également entre eux, participant à arbitrer les débats en faveur des économistes administratifs. Il apparait alors que certains médecins généralistes sont progressivement « colonisés » (Foucault, 2004 ; Levay et Waks, 2009) par le style de raisonnement économique et défendent les instruments mis en œuvre par les administratifs.

Dans l'expérimentation Peps, des débats récurrents sont portés par les professionnels des centres de santé, notamment autour de la prise en compte des inégalités sociales dans le modèle. Les professionnels libéraux qui continuent de participer aux interactions, peu nombreux, sont les plus convaincus par le modèle. Satisfaits d'obtenir une rémunération au forfait qui correspond à leurs attentes de ne plus être rémunérés à l'acte, ils portent peu de critiques sur ses outils.

En outre, ces espaces sont aussi des lieux d'interactions entre médecins généralistes libéraux et salariés. En effet, les médecins salariés des centres de santé sont actifs dans ces réunions, en particulier dans Peps. Ils se montrent critiques des indicateurs proposés et amènent systématiquement la question de la prise en compte des inégalités sociales de santé dans les débats, comme expliqué dans le chapitre 2. La présence des médecins salariés tend à orienter les débats vers ces thématiques. Ces interactions pourraient ainsi participer à socialiser les médecins libéraux à la prise en compte des inégalités sociales de santé. Ce sujet n'est d'ailleurs jamais rejeté par les médecins généralistes libéraux, qui promeuvent une vision de la santé holiste où la prise en compte des dimensions psychologiques et sociales des patients fait partie des bonnes pratiques professionnelles. Ils portent cependant peu de revendications concrètes sur ces questions.

Dans Ipep comme dans Peps, les professionnels libéraux adoptent une posture plus ou moins critique, mais ils acceptent le cadrage des interactions proposé par les économistes administratifs. Or ce cadrage se présente comme neutre, limité principalement par des dimensions techniques (notamment, l'accès aux données, leur recueil, leur disponibilité…). Ce

cadrage technique participe à donner aux modèles un vernis apolitique, dont les professionnels libéraux ne sont pas toujours dupes, mais qu'ils remettent peu en question. Il y a peu de discussion sur le fond et une adhésion globale aux sujets et méthodes proposées. Les savoirs et méthodes économiques sont au centre de ces échanges. Les économistes administratifs parviennent à établir un compromis autour des instruments, en socialisant progressivement les professionnels les plus réguliers dans l'activité d'intermédiaire au style de raisonnement et aux méthodes économiques.

Une « colonisation » instrumentée : la mise en scène du partenariat entre économistes et intermédiaires

En plus de ces réunions descendantes qui réunissent un large ensemble de professionnels, les économistes administratifs vont organiser avec l'aide de l'Anap et de cabinets de conseil d'autres types de réunions. Concrètement, ces réunions mobilisent des « méthodes de travail collaboratives » : « ateliers » durant les journées plénières ; « groupes de travail techniques » organisés autour d'une problématique précise ; ou encore « accélérateurs », c'est-à-dire des sessions de conseil autour d'une organisation de santé qui vient partager ses difficultés dans la mise en œuvre des modèles. Contrairement aux présentations des modèles économiques, qui sont caractérisées par une forme assez descendante, presque scolaire, ces réunions ont pour objet de faire émerger des échanges entre économistes administratifs et professionnels de santé. En cela, ces espaces semblent incarner la dimension collaborative du pilotage des expérimentations, mettant les économistes administratifs et les médecins sur un pied d'égalité dans la conduite de l'action publique. Pour autant, ces espaces ont pour effet de renforcer la légitimité des modèles économiques auprès des professionnels de santé davantage que de les amender.

Pour illustrer mes propos, je me concentre ici sur les sessions de conseil dénommées « accélérateurs ». Ces nouveaux instruments de persuasion sont promus et financés par la direction de la Cnam, dans le cadre plus global de l'Article 51. À partir de 2019, la direction de la Cnam contractualise avec plusieurs cabinets de conseil pour mettre en place les « accélérateurs ». Il s'agit de sessions de conseil individualisées, proposées à toute organisation participant à une expérimentation issue de l'Article 51 (ce n'est donc pas propre à Ipep et Peps). Les accélérateurs représentent un budget de 4,5 millions d'euros entre 2019 et 2022 pour l'ensemble de l'Article 51 (Document public, rapport au parlement de l'Article 51 2023). Les économistes administratifs présentent cet instrument comme indispensable pour nouer un dialogue avec les professionnels de santé.

> « D'abord, il fallait construire le dispositif pour les accompagner (…). Il y avait cette double tension : autoriser des projets, mais en même temps on n'a pas encore le dispositif pour les accompagner. On a tâtonné sur un certain nombre de projets et, en fait, la première année a quand même, je pense, été consacrée à construire tout cela. Je pense que l'on n'aurait pas été en capacité d'accompagner des projets, y compris sur les appels à manifestation d'intérêts, en réalité. Ce n'est pas forcément quelque chose qui est très visible de l'extérieur, mais on a acquis énormément d'expertise, de savoir-faire, de connaissances sur la façon de faire évoluer cela, sur des doctrines, sur comment résoudre nos conflits entre nous, comment discuter » (Entretien, Olivier M., économiste administratif, médecin de santé publique formé à l'économie, Cnam, 04/21).

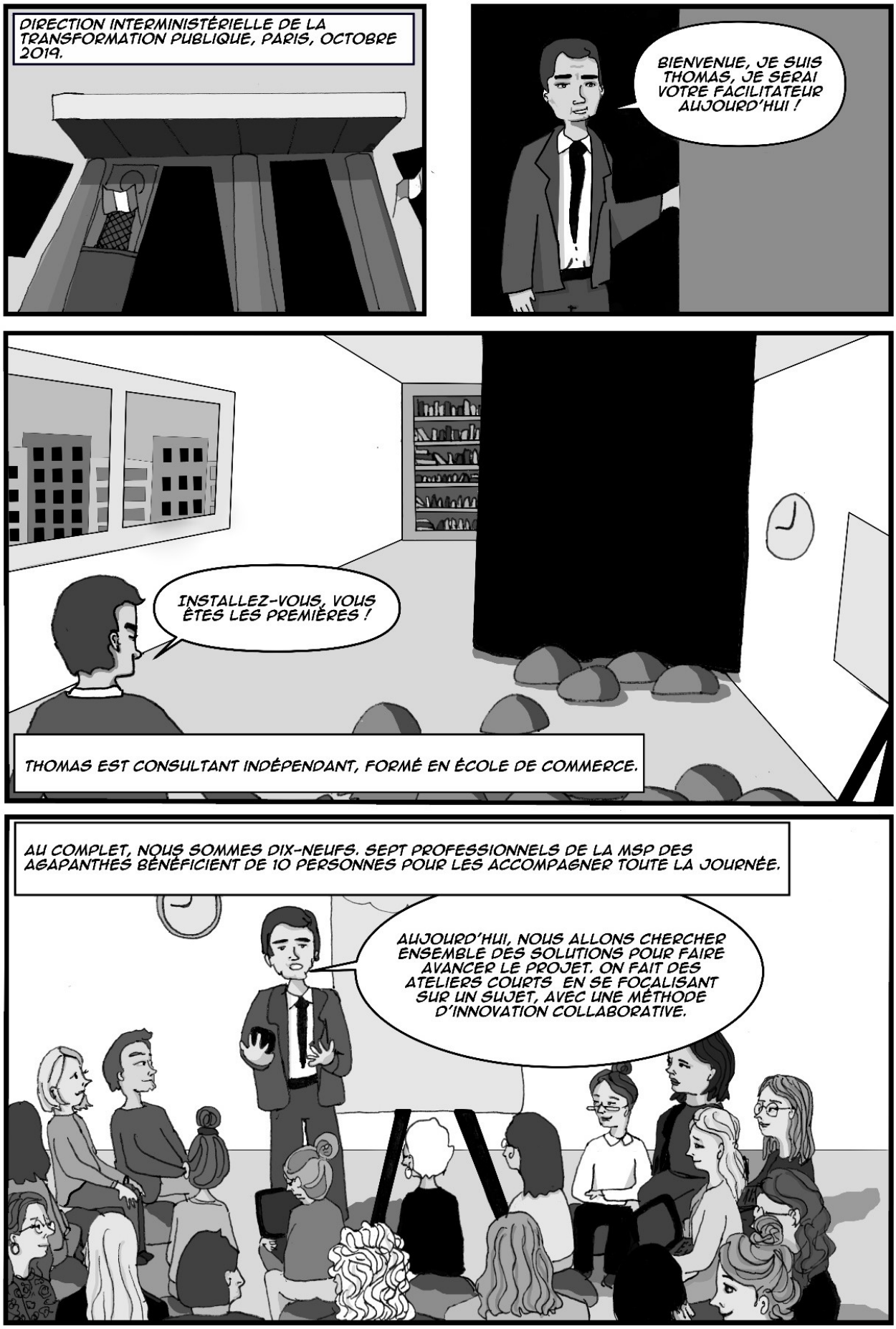
Ces sessions de conseil doivent permettre, dans le cas des expérimentations « à l'initiative des acteurs » de formaliser le cahier des charges en transposant l'idée initiale (émergeant des professionnels de santé) en modèle de financement. Ces sessions de conseil ont une double fonction de traduction et de création de consensus, spécifique aux expérimentations « à l'initiative des acteurs » (la traduction n'étant pas nécessaire pour les expérimentations Ipep et Peps, puisque le modèle économique est déjà déterminé).

Fortement promu (et financé) par la Cnam, cet instrument remporte rapidement l'adhésion de l'ensemble des directions administratives — pourtant au départ réticentes, notamment côté DSS au ministère de la Santé, devant le budget engagé.

> « Ce dont je suis, je dirais, le plus fière, je trouve que c'est une méthode de travail différente. Et là, pour le coup, c'est vrai que c'était une méthode de travail au sein du ministère de la Santé avec l'Assurance Maladie, différente, qui était très positive et puis, la création de l'accélérateur, incubateur, voilà, je trouve que ce sont des éléments de travail différents avec les équipes porteurs de projets dont on voit bien… Enfin, même dans le *wording*, ce qu'elles exprimaient, elles avaient au moins l'impression que l'on était avec elles (…). Je trouve que, voilà, c'était plus en accompagnement que dans une position d'administration traditionnelle qui va juger, sur la base d'un cahier des charges, si cela rentre dans le coût ou pas (…). En termes de méthodes de travail, ce sont des évolutions très positives » (Entretien, Camille M., économiste administrative, énarque, ministère de la Santé, 06/21).

Les acteurs parlent de « nouvelles méthodes de travail », qui permettent d'incarner la collaboration avec les professionnels de santé. Dans ce processus, les consultants persuadent autant leurs clients (les administrations) que leur cible (les professionnels de santé).

Ouvert de 2019 à 2022 pour les professionnels participants à Ipep et Peps, les sessions de conseil sont régulièrement citées par les économistes administratifs et les professionnels libéraux en ayant bénéficié comme « structurantes ». Ces sessions uniques permettent de renforcer la légitimité du modèle économique, en simulant une égalité entre économistes administratifs et professionnels de santé dans la conduite de l'action publique. Cette mise en scène de l'égalité s'appuie sur un renouveau des formes d'interactions, construit par les consultants au moyen des espaces (moins formels), de la forme des échanges (interactifs), mais encore plus de l'usage d'un vocabulaire spécifique (des « accélérateurs » animés par des « facilitateurs » pour faire émerger des « macro-intentions » visant à « *challenger* » le « projet »). Ces éléments (espaces, forme des échanges, vocabulaires) sont nouveaux à la fois pour les économistes administratifs et pour les professionnels libéraux. Les deux planches qui suivent, réalisées par mes soins, décrivent une de ces sessions de conseil. L'usage du dessin permet de donner à voir les différents outils mobilisés par le consultant au cours de la session : aménagement de l'espace, schémas, dessins, langage… Le recours à ces outils, qui sont également visuels, est plus facile à restituer avec le dessin qu'au travers d'un récit ethnographique détaillé.


DIRECTION INTERMINISTÉRIELLE DE LA TRANSFORMATION PUBLIQUE, PARIS, OCTOBRE 2019.
BIENVENUE, JE SUIS THOMAS, JE SERAI VOTRE FACILITATEUR AUJOURD'HUI !
INSTALLEZ-VOUS, VOUS ÊTES LES PREMIÈRES !
THOMAS EST CONSULTANT INDÉPENDANT, FORMÉ EN ÉCOLE DE COMMERCE.
AU COMPLET, NOUS SOMMES DIX-NEUFS. SEPT PROFESSIONNELS DE LA MSP DES AGAPANTHES BÉNÉFICIENT DE 10 PERSONNES POUR LES ACCOMPAGNER TOUTE LA JOURNÉE.
AUJOURD'HUI, NOUS ALLONS CHERCHER ENSEMBLE DES SOLUTIONS POUR FAIRE AVANCER LE PROJET. ON FAIT DES ATELIERS COURTS EN SE FOCALISANT SUR UN SUJET, AVEC UNE MÉTHODE D'INNOVATION COLLABORATIVE.

CES ÎLES SONT DES "MACROINTENTIONS". CE SONT DES RESSOURCES, PAS UN CADRE ENFERMANT, C'EST VOUS QUI CHOISISSEZ LES SUJETS. ON VA COMMENCER PAR UN TOUR DE TABLE.
OUI, C'EST DIFFICILE DE SE PROJETER SANS MODÈLE FINANCIER !
IL FAUDRAIT PARLER DES SOUS, DU MODÈLE FINANCIER.
COMMENT ON SE RÉPARTIT L'ARGENT ? COMMENT ON EST PAYÉ ?
LES PROFESSIONNELS DES AGAPANTHES
IL NOUS FAUDRAIT AUSSI UN PLAN D'ACTION, À LA FIN, ÇA SERAIT BIEN.
AUDREY G., MÉDECIN ÉCONOMISTE, DSS
ON VA SE LANCER SUR UN PREMIER SUJET POUR UN TEMPS DE 45 MINUTES.
VOILÀ LES CONSTATS QUE NOUS AVONS DRESSÉS, POUR FINIR NOUS ALLONS VOIR QUI SE CHARGE DE FAIRE QUOI, POUR CONTINUER À AVANCER ENSEMBLE AU-DELÀ DE L'ACCÉLÉRATEUR.
SE RÉPARTIR LE FORFAIT, ÇA C'EST À DISCUTER AU SEIN DE L'ÉQUIPE DES AGAPANTHES.
ON VA ORGANISER UNE RÉUNION !
CES SESSIONS NE PROPOSENT PAS DE SOLUTIONS CLÉS EN MAIN, MAIS ORGANISENT LE TRAVAIL DES ÉQUIPES NATIONALES ET DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ AVEC UNE APPROCHE GESTIONNAIRE.

Ces sessions de conseil se veulent en décalage avec d'autres formes d'interactions plus descendantes comme les « plénières ». Elles traduisent une volonté de la part des économistes administratifs (mais aussi de leur direction) d'incarner une égalité entre les participants. Ainsi, dans l'extrait d'observation illustré ci-dessus, les économistes administratifs sont mélangés aux membres de la MSP des Agapanthes, et semblent bénéficier de l'instrument autant que les professionnels de santé. Le consultant participe ici à « mettre au travail » les différents acteurs, puisque chaque partie prenante repart avec une liste de choses à faire et des dates à la fin de la séance : les professionnels de santé se voient fixer des échéances, les économistes administratifs des missions spécifiques pour faciliter la mise en œuvre du projet des professionnels des Agapanthes. Cependant, limiter les sessions de conseil à une mise au travail serait restrictif : elles n'arrivent qu'une fois, à la demande d'une organisation (donc une fois en cinq ans, pour environ cinq organisations par expérimentation Ipep et Peps). Elles sont trop anecdotiques pour organiser durablement le travail ou transmettre des outils de gestion aux organisations libérales. Ces sessions de conseil véhiculent en fait une représentation qui se veut différente de la conduite de l'action publique, où les professionnels de santé et les économistes, mis sur un pied d'égalité, formeraient un duo de « régulateurs ».

> « Le gros enjeu de l'Article 51, c'était surtout d'acculturer tout le monde à l'accompagnement de l'innovation et d'opérer un *switch* parce que, finalement, tout le monde est en position de régulateur. Tous les accompagnateurs sont des régulateurs et que la régulation, c'est assez peu compatible avec l'accompagnement de l'innovation, le droit à l'erreur, le test, l'itération, voilà, les grands principes d'accompagnement de l'innovation » (Entretien, Nathalie B., économiste administrative, formée en master d'économie, Anap, 03/20).

Dans cette rhétorique des méthodes collaboratives, les économistes administratifs opposent deux approches : l'ancienne méthode de l'administration, qui reviendrait à imposer par le haut les instruments, et la nouvelle, qui leur permet d'amener les professionnels vers les instruments. Les sessions de conseil sont alors mobilisées par les économistes administratifs pour « accompagner » des organisations de santé qui rencontreraient des « problèmes » dans la mise en œuvre des expérimentations. De manière générale, elles permettent de renforcer la légitimité des modèles économiques auprès des professionnels de santé y participant.

Ces instruments mettent en scène une forme d'égalité entre professionnels de santé et économistes dans la conduite de l'action publique. Cette horizontalisation des rapports n'est pas anodine : il y a déjà une proximité de classe sociale entre les médecins et les membres des

administrations. Les relations avec les médecins sont d'ailleurs fortement valorisées par les économistes administratifs, qui les présentent comme un des premiers attraits de leur travail sur les modèles économiques.

> « Moi ce qui me plaît aussi beaucoup, c'est l'ancrage avec le terrain et le fait de pouvoir discuter avec des relais qui permettent aussi de savoir que ça c'est peut-être une bonne idée sur le papier, mais concrètement ce n'est pas du tout déployable. On l'a vu, on a eu beaucoup de retours là-dessus sur Peps, ça nous a beaucoup permis d'évoluer, à la fois nous côté administration et aussi les équipes sur le terrain, donc non ça c'est aussi très très agréable. Et je ne suis pas sûre qu'on ait tous la chance d'avoir ça en administration centrale, donc c'est un gros plus » (Entretien, Sarah A., formée en master d'Affaires publiques, DSS, 12/23).

Ces sessions de conseil, comme les autres instruments mobilisés par les économistes administratifs, permettent d'incarner une forme de partenariat horizontal entre médecins généralistes et économistes dans la conduite de l'action publique et la mise en œuvre des modèles économiques. Dans les faits, l'ensemble de ces espaces ne sont pas décisionnaires. De plus, les thématiques traitées sont cadrées par les économistes administratifs, et si les outils peuvent être critiqués, le principe des modèles n'est jamais remis en question. Par ailleurs, les médecins ont peu d'expertise sur les modèles économiques et ne possèdent que les informations apportées par les économistes. Somme toute, si les médecins sont susceptibles d'influencer certains outils des modèles économiques, cette collaboration restreinte permet également d'éviter une remise en question plus large des solutions proposées par les économistes.

3. Au-delà des modèles économiques, des modèles symboliques

Au-delà des temps d'interactions entre professionnels de santé et économistes, les indicateurs et les résultats des modèles économiques doivent permettre de comparer, de classer et de récompenser des organisations selon leurs pratiques professionnelles. Les premières parties de ce chapitre s'intéressent à la place des professionnels dans la conception des instruments, questionnant la dimension « distanciée » de la mise en œuvre des indicateurs (Bertillot, 2014). Cette dernière partie s'intéresse davantage aux leviers mobilisés par les économistes pour orienter les pratiques des professionnels de santé. L'on aurait pu s'attendre à ce que les dimensions quantifiées, produites par les économistes, soient au cœur de l'orientation des pratiques des professionnels. Pourtant, j'observe que les économistes administratifs choisissent

certaines organisations libérales comme « exemplaires » et les impliquent davantage dans le pilotage des expérimentations. Ces organisations « exemplaires » deviennent les relais des modèles d'organisations des soins attendues par les économistes auprès des autres professionnels de santé.

Pour orienter les comportements, les économistes administratifs diffusent les résultats des organisations aux modèles économiques et les mettent en concurrence (1), mais ils s'appuient également sur la construction de ces « équipes exemplaires » qui relaient une conception conforme à leurs attentes de l'organisation des soins primaires (2).

3.1. Deux modes d'économisation des soins primaires

Les économistes administratifs diffusent un ensemble de données quantitatives aux organisations de santé : à la fois des données descriptives, visant à les aider à mettre en œuvre des actions ciblées ; mais aussi les résultats de leur « performance », estimée par les modèles économiques. Le recours à la quantification est assez contrasté entre les deux expérimentations. Pour Ipep, les économistes administratifs, encouragés par les économistes académiques de l'Irdes, cherchent à déclencher une forme de « réactivité » (Espeland et Sauder, 2007) des organisations de santé en les mettant en concurrence et en leur attribuant la responsabilité des dépenses de santé de leur patientèle affiliée aux médecins traitants (1). Dans le cas de Peps, le recours à la quantification est assez discret et se fait sans mise en concurrence des organisations (2).

Une responsabilisation par les résultats économiques des organisations de santé (Ipep)

Dans l'expérimentation Ipep, la dimension de gouvernement par les chiffres est centrale dans la conception du modèle économique. Elle est notamment portée par un des économistes académiques travaillant à l'Irdes, qui a participé aux groupes de travail porté par la DGOS, au sein du ministère de la Santé, au moment de la conception du modèle économique. Un des économistes académiques impliqué dans l'élaboration du modèle insiste particulièrement sur l'importance de bâtir une infrastructure de données propre aux soins primaires, permettant à la fois la conception et le pilotage des instruments d'action publique, mais également leur mise à disposition pour les professionnels de santé.

> « L'autre point important, c'était la question de la construction de ces données, et la mise à disposition de ces données. Au départ il n'y avait aucune garantie sur le fait qu'il y ait cette capacité, cette volonté à faire. Il se trouve que la volonté

> de donner des données s'est assez vite éclairée de mon côté. J'ai bien vu que l'État et l'Assurance maladie étaient assez ouverts sur cette question-là. Mais d'un point de vue pratique aujourd'hui, on n'a concrètement aucun dispositif de données appariées, données cliniques, données assurance maladie, données hospitalières. À court terme, c'est une impasse importante pour faire évoluer ce type de contrats (…). Les données ce n'est pas anecdotique, il faut avoir des dispositifs de communication et de partage des données qui permettent à la fois des décisions éclairées dans le parcours de soins du patient, mais aussi qui apportent de la matière pour une réflexion stratégique, elle est centrale dans la construction des modélisations » (Entretien, Thomas N., économiste académique, Irdes, 10/19).

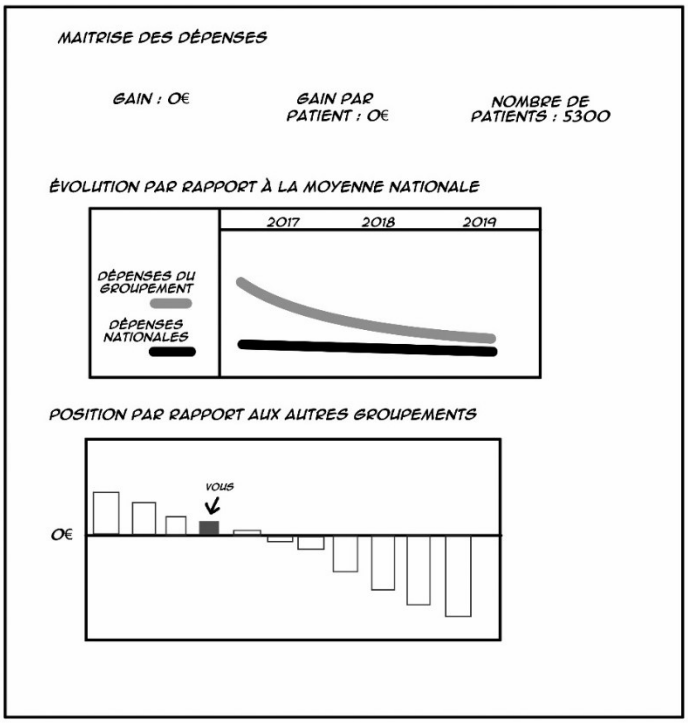
Cet économiste présente la diffusion de données aux organisations de santé comme une dimension clé, leur permettant d'adapter une stratégie de santé publique locale pour améliorer les résultats. Il s'inspire de ce qui est mis en place aux États-Unis dans le cas des *Accountable care organizations* (Spivack et al., 2023). La diffusion des données doit permettre de responsabiliser les organisations de santé quant aux résultats obtenus dans le modèle économique, en les incitant à améliorer leurs scores. Les économistes de la Cnam sont également convaincus par cette approche, et, possédant l'accès aux données, la soutiennent. Cela permet la mise à disposition d'un nombre important de données pour les organisations de santé.

> « Dans Ipep, aujourd'hui, c'est une spécificité, on sort des données descriptives aux groupements Ipep, on est les seuls à le faire et, en fait, parce que nous, dès le départ, on a dit : "Il faut le faire" (…). Sans quoi, quelque part, il leur manque quelque chose et puis cela, il n'y a que nous [la Cnam] qui pouvons le faire » (Entretien, David L., économiste administratif, formé en master d'économie, Cnam, 12/19).

Dès 2019, l'équipe de la Cnam met à disposition de chaque groupement un fichier Excel individuel, portant de manière agrégée (à l'échelle de l'organisation) sur les caractéristiques de la patientèle, les pathologies, les dépenses, la part de patients bénéficiaires de l'Aide médicale de l'État (AME), des éléments sur les parcours des patients, etc. Ces données, en quantité importante, sont systématiquement mises en regard de la moyenne nationale, permettant aux professionnels de santé de situer leur organisation comme ayant de « bons » ou de « mauvais » résultats sur chaque thématique.

Cette mise à disposition de données propose aux professionnels de santé un nouveau paradigme de prise en charge des patients, une conception dans laquelle ils sont en charge globalement de la santé de leur patientèle, et non plus seulement de ce qui relève de la gestion d'un problème de santé soulevé au moment de la consultation. Ce gouvernement par les chiffres se renforce au moment de la diffusion aux professionnels des résultats concernant les différents indicateurs de dépenses et de qualité. Au travers de documents Excel présentant ces résultats, les économistes administratifs procèdent à un classement explicite des organisations de santé participant à l'expérimentation. L'illustration ci-dessous montre un exemple du type de document transmis aux professionnels de santé.

Illustration : représentation d'un extrait de fichier Excel transmis aux organisations expérimentatrices



Cette illustration a été effectuée à partir de documents internes. Le but de l'illustration est ici d'éviter la diffusion des résultats confidentiels d'une organisation précise, ce qui aurait été le cas en mobilisant le document original.

Le document illustré ci-dessus montre le cas d'une organisation de santé qui n'aurait rien obtenu pour la partie « maîtrise des dépenses » du modèle économique, car les dépenses des patients affiliés aux médecins traitants du groupement sont supérieures aux dépenses de la moyenne nationale. Dans ces fichiers Excel, les organisations expérimentatrices sont représentées de manière anonyme. Les professionnels de santé peuvent situer leur propre groupement et le

comparer non plus seulement à la moyenne nationale, mais aussi aux autres organisations engagées dans l'expérimentation. De telles mises en concurrence entre établissements de santé avaient pu être observées dans le cas de la mise en œuvre des indicateurs de qualité à l'hôpital (Bertillot, 2016).

Une diffusion a minima des résultats (Peps)

Dans l'expérimentation Peps, les économistes administratifs recourent moins aux chiffres dans la mise en œuvre des instruments. Cela peut s'expliquer en partie par une moindre implication des économistes académiques au moment de la conception du modèle.

En 2019, l'Assurance maladie fait un travail similaire de description de la patientèle de chaque organisation, qui est transmis sous l'appellation d'une « photographie statistique » aux organisations. Ce document Excel est plus succinct que celui envoyé dans Ipep, il présente sous la forme de graphiques le nombre d'actes médicaux et infirmiers réalisés pour les patients ayant des affections de longue durée. À partir de 2021, sont également transmis aux organisations de santé des fichiers Excel détaillant les différents mécanismes ayant conduit à leur rémunération, avec leurs « résultats » liés aux différents ajustements. Contrairement à Ipep, il n'y a pas de comparaison dans ces fichiers Excel, les organisations ne pouvant ni se situer par rapport à une moyenne, ni par rapport aux autres MSP et centres de santé salariés. La diffusion de données comparatives se fait de manière ponctuelle, en plénière. Cela se produit à deux reprises : une première fois en juin 2022, les économistes administratifs projettent une simulation de résultat selon deux possibilités de modélisation qu'ils discutent avec les équipes de santé. La diffusion de cette simulation n'a pas pour but de responsabiliser les organisations vis-à-vis des données de santé, l'anonymat des organisations est d'ailleurs conservé, ne permettant pas aux différents professionnels d'identifier les gagnants et les perdants. Une seconde fois lors de la plénière de mai 2023, où les économistes font un premier retour sur les données d'activité recueillies dans le cadre de Peps. Sont projetés des graphiques classant nominativement les différentes organisations de santé selon leur production d'actes dans le forfait Peps.

> Emilie B., statisticienne à la Cnam, explique que quatre équipes regroupent 72 % des activités déclarées par l'ensemble des organisations participant à l'expérimentation. Un graphique nominatif est projeté, permettant à chacun de se situer par rapport aux autres. Elle précise « alors on ne compare pas les équipes entre elles, c'est juste factuel ! » Les participants rient : le graphique compare factuellement les équipes entre elles (Observation, plénière Peps, 05/23).

C'est la seule occasion où les économistes administratifs mettent en regard les organisations, à un stade d'ailleurs avancé de l'expérimentation. La logique de mise en concurrence par les chiffres, et de manière plus générale de quantification, est beaucoup moins présente que dans Ipep, voire même atténuée par les économistes lorsqu'elle se manifeste.

Les deux expérimentations traduisent ainsi deux modalités d'économisation différentes des soins primaires, Ipep amenant à une mise en concurrence des organisations contrairement à Peps. Ces différences ne s'arrêtent pas à la mise en œuvre des expérimentations, les modèles économiques étant également différents dans le type de rémunérations qu'ils proposent (à la performance, au forfait). La diffusion d'un style de raisonnement économique dans les réformes des soins primaires ne se fait donc pas de manière uniforme.

3.2. Une orientation des pratiques par l'exemple

Au-delà d'un recours contrasté à la quantification dans l'orientation des pratiques professionnelles, les économistes administratifs mobilisent volontiers une autre forme de mise en concurrence des organisations : la valorisation d'organisations jugées « exemplaires » par les économistes administratifs. Paradoxalement, ces organisations « exemplaires » ne sont pas nécessairement celles qui obtiennent les meilleurs résultats en termes de performance. Qu'est-ce ce qui caractérise ces organisations « exemplaires » ? De quelles manières les professionnels de santé intermédiaires participent-ils à diffuser ces modèles symboliques ?

Les économistes administratifs valorisent certains professionnels de santé dont les organisations incarnent les promesses structurelles des instruments, c'est-à-dire des professionnels capables de mettre en scène la conformité de leurs organisations de travail locales aux instruments (1). Ces professionnels deviennent de véritables alliés dans la conduite de l'action publique, participant à légitimer et diffuser auprès des autres professionnels de santé le style de raisonnement économique promu par les économistes (2).

La construction de l'exemplarité

Les économistes administratifs et les médecins entrepreneurs partagent une conception des organisations de soins primaires comme des objets dynamiques, évoluant avec le temps. Les organisations considérées comme les plus abouties sont alors regroupées sous l'adjectif « matures ».

Cette conception se retrouve d'abord diffusée par les membres de la fédération des MSP (Vezinat, 2019c). Lors des congrès de la fédération, les présentations et ateliers sont

hiérarchisés selon le niveau organisationnel qu'il faudrait avoir pour y assister (« tous niveaux », « intermédiaires », « confirmés », [document public, programme des rencontres AVECSanté, 03/21]). Les MSP sont présentées comme « jeunes » au moment de leur création, puis elles gagneraient en « maturité » avec le temps, mais aussi avec le développement de projets pluriprofessionnels. La fédération des MSP a établi en partenariat avec la HAS une « matrice de maturité » pour objectiver cette évolution. Cette matrice regroupe les actions des MSP en quatre catégories, le « travail en équipe », le « système d'information », l'« implication des patients », et le « projet de santé et l'accès aux soins » (Vezinat, 2019c). Une organisation « mature » déploie des projets dans ces quatre directions : la matrice est également un guide de bonnes pratiques fourni aux professionnels de santé, elle donne un idéal vers lequel tendre.

Les économistes administratifs mobilisent cette qualification de « maturité » et partagent la même conception des organisations de santé comme évolutives. Dans l'appel à manifestation d'intérêts de Peps par exemple, il est directement annoncé que l'expérimentation s'adresse à des équipes « matures ».

> Compte tenu de la nécessité d'une structuration préalable des soins (coordination renforcée entre les différents professionnels de santé impliqués dans le suivi des patients), le présent appel à manifestation d'intérêt s'adresse en premier lieu aux équipes travaillant en mode d'exercice coordonné fortement intégrées ou matures (Document public, appel à manifestation d'intérêts Peps, 06/19).

Cette conception de la « maturité » des organisations est mobilisée tout au long de l'expérimentation pour classer les organisations participant à l'expérimentation. Mais qu'est-ce qu'une organisation « mature » ? Comment objectiver ce qui fait qu'une organisation est considérée comme exemplaire par les économistes administratifs ?

Les économistes administratifs ne mobilisent pas la matrice élaborée par la fédération des MSP. Les organisations considérées comme exemplaires sont celles qui donnent à voir une organisation de leur travail qui correspond aux réorganisations attendues par les économistes administratifs.

> « *Et quand vous parlez de maturité, qu'est-ce qu'une équipe mature, pour vous ?*
>
> C'est simplement : est-ce qu'ils réunissent à peu près toutes les conditions pour pouvoir mettre en place ce que, eux, veulent expérimenter, c'est-à-dire sans que ce soit un truc… Est-ce qu'ils ont les moyens de leurs ambitions (…) ? Est-ce

> que, quelque part, ils sont capables déjà juste de déployer leur expérimentation ? » (Entretien, David L., économiste administratif, formé en master d'économie, Cnam, 12/19).

Globalement, les équipes exemplaires sont celles qui mettent en avant dans leurs interactions avec les économistes que les instruments remplissent leurs promesses structurelles. Les professionnels qui participent davantage aux interactions avec les pouvoirs publics et donnent à voir leurs expériences dans la mise en place des instruments sont davantage susceptibles d'être jugés « matures » que ceux qui ne viennent pas aux réunions, comme le montre cet extrait d'observation.

> Observation d'un comité de pilotage Ipep en novembre 2020. Emma G., chargée de mission à la DGOS au ministère de la Santé depuis seulement quelques mois, a classé les organisations en trois groupes : « difficultés importantes », « ralentis », et « bien lancés », selon deux critères « mise en œuvre » et « aisance dans la mise en œuvre », qui ne sont pas explicités durant la réunion. David L., économiste spécialisé à la Cnam, connaît les organisations depuis plus longtemps qu'Emma G. Il lui demande de remonter deux organisations hospitalières dans le classement « ils font leur route, limite ils n'ont pas besoin de nous, ils sont autonomes, mais pas ralentis », ce à quoi Emma admet les avoir placés parmi les « ralentis », car « ce sont des groupements qui ne participent jamais aux réunions » (Observation, comité de pilotage Ipep, 11/21).

Dans cet extrait d'observation, on voit que les organisations dont les professionnels de santé participent régulièrement aux réunions sont davantage susceptibles d'être bien classées par les économistes administratifs. De plus, les organisations exemplaires sont plus souvent des organisations libérales. Par exemple, dans le comité de pilotage cité juste au-dessus, parmi les organisations qu'Emma G. a spontanément classées » parmi les « biens lancés », on trouve uniquement des organisations libérales (Observation, comité de pilotage Ipep, 11/21), cibles de l'expérimentation.

Au fil de l'expérimentation, certaines organisations apparaissent pour les économistes administratifs comme des exemples de la « réussite » des modèles économiques. Dans le cas de l'expérimentation Ipep, il s'agit de la CPTS de Pillier.

La CPTS de Pillier a été fondée en 2019, à l'initiative de professionnels exerçant déjà dans une MSP, la MSP des Rosiers. La CPTS réunit aujourd'hui environ 110 professionnels. Deux

professionnels assistent régulièrement aux réunions organisées par les économistes administratifs : Gérard M., médecin généraliste ; et Marie L., coordinatrice salariée, formée en master 2 de marketing et communication. Avant leur participation à Ipep, les professionnels de la MSP des Rosiers avaient tissé un partenariat avec un hôpital local : certains médecins généralistes assurent des consultations à l'hôpital pour renforcer la permanence des soins et alléger la surcharge des services d'urgence. Depuis 2019, ces professionnels ont ouvert une nouvelle MSP sur le territoire de la CPTS ; ils ont également équipé les infirmières de dispositifs techniques portatifs pour qu'elles puissent organiser des téléconsultations lors de leurs visites à domicile des patients ; et ont embauché une personne à temps plein pour travailler sur des programmes de prévention et sur les parcours de soins. Les économistes administratifs perçoivent cette CPTS et les actions mises en place localement comme un exemple de ce que devrait produire le modèle économique Ipep.

> Mars 2022. En comité de pilotage, les membres de « l'équipe nationale » reviennent sur certains résultats de l'enquête qualitative qui leur a été restituée récemment. Louise C., médecin de santé publique formée à l'économie, travaillant à la Cnam, souligne que les travaux de l'Irdes montrent un décalage entre ce que les professionnels mettent en place localement et ce qu'ils voudraient qu'ils fassent dans Ipep « ils ne s'adaptent pas forcément au projet Ipep ». David L., économiste à la Cnam, réplique que c'est assez « hétérogène » : « moi ma perception, je pense que ça marche bien dans certaines CPTS avec le cas d'école de Piller qui a vraiment branché le truc, et certaines MSP ». Il complète « il y a un certain nombre qui ont mieux perçu le modèle, qui ont des actions plutôt en phase avec le modèle, orienté patientèle générale et qui s'intéressent le plus au modèle, à l'analyse de leur résultat » (Observation, comité de pilotage Ipep, 03/22).

Les organisations exemplaires sont celles qui sont en capacité de montrer qu'elles peuvent remplir les promesses des instruments en se réorganisant dans le sens attendu par les économistes administratifs : dans le cas d'Ipep, en se coordonnant avec l'hôpital. Les professionnels de santé des organisations exemplaires montrent également qu'elles ont « perçu le modèle » et sont capables d'analyser leurs actions en fonction de celui-ci. L'exemplarité est construite dans les interactions avec les économistes administratifs, et non pas uniquement par des éléments objectifs. Ainsi, dans le cas de la CPTS de Piller, Marie L., coordinatrice salariée, est la professionnelle qui se rend le plus souvent aux réunions avec les économistes

administratifs. Coordinatrice salariée, Marie L. adopte une posture de conformité par rapport aux économistes, cherchant à répondre à leurs attentes.

> Dans une journée nationale organisée pour l'ensemble des expérimentations issues de l'Article 51, Marie L., coordinatrice salariée à la CPTS de Piller, est chargée de faire une présentation de terrain de l'expérimentation Ipep. Elle commence sa présentation par un éloge de l'expérimentation : « L'opportunité de se positionner sur Ipep a été comme une évidence, ça nous a permis de nous arrimer dans un cadre plus large, qui laisse plus de place aux idées » ; « chacun a pu s'emparer de l'opportunité d'Ipep et lui donner un sens ». Au cours de sa présentation, elle fait régulièrement référence à Ipep alors qu'elle raconte les projets mis en œuvre localement « on a pu financer cet équivalent temps plein grâce à Ipep » (Observation, journée nationale de l'Article 51, 11/22).

Le fait que l'activité d'intermédiaire soit principalement assurée par Marie L. participe à construire la représentation des économistes administratifs de cette CPTS comme exemplaire.

Dans le cas de Peps, une MSP est également régulièrement présentée comme exemplaire par les économistes administratifs : il s'agit des Agapanthes. Cette MSP, fondée en 2008, regroupe une vingtaine de professionnels. L'expérimentation Peps est portée à l'échelle du cabinet médical de la MSP, qui regroupe cinq médecins généralistes, mais également deux infirmières salariées de l'association Asalée (dont une également formée en pratique avancée) et une infirmière « de parcours » salariée de la MSP. Engagée au forfait pour l'ensemble de la patientèle, il s'agit une des deux MSP qui a maintenu son engagement dans l'expérimentation. Les professionnels des Agapanthes semblent remplir les promesses de Peps : ils s'organisent étroitement entre médecins et infirmières pour alléger la surcharge des médecins.

> Janvier 2023, plénière Ipep. À la pause déjeuner, je croise Olivier M., médecin de santé publique formé à l'économie de la Cnam, qui suit également l'expérimentation Peps. Nous discutons des actualités de l'expérimentation. Il me fait l'éloge de la MSP des Agapanthes et de leur organisation médecin-infirmière qui permet une prise en charge d'un nombre plus important de patients. Il rajoute que les Agapanthes sont une équipe très « mature », contrairement à d'autres équipes qu'il trouve moins abouties (Observation, plénière Ipep, 01/23).

Dans leur relation aux économistes administratifs, les professionnels de la MSP des Agapanthes ont la même attitude que ceux de la CPTS de Piller : ils se montrent peu critiques de l'instrument, et conscients des attentes des économistes, ils présentent leur organisation comme ayant permis d'y répondre.

Les économistes administratifs associent ces équipes exemplaires à la préparation des réunions avec les autres professionnels : leur exemple permet la diffusion de bonnes pratiques.

Les professionnels exemplaires avec les économistes administratifs dans l'orientation des pratiques

Les économistes administratifs offrent aux professionnels d'organisations exemplaires une place particulière lors des réunions avec les autres professionnels. En effet, ces professionnels sont mis à contribution pour diffuser leurs bonnes pratiques aux autres. Cela se fait sous plusieurs formats : la participation de professionnels à l'animation des réunions organisées par les économistes administratifs, où ils peuvent être invités à présenter leur organisation ou à animer un atelier ; l'invitation à rédiger un texte dans une des « Newsletter » mensuelles diffusées à l'ensemble des organisations à partir de l'année 2021 ; ou encore la présentation de leurs organisations dans les « podcasts Article 51 » lancés en avril 2023 et diffusés plus largement sur le site de l'Assurance maladie[79].

> Les « équipes nationales » diffusent des Newsletters mensuelles, initiées par les membres de l'Anap en partenariat avec les consultants. Ces Newsletters regroupent des témoignages d'équipes exemplaires. Nathan M., consultant en maîtrise d'ouvrage, explique que « pour la Newsletter, on avait dans l'idée de faire une thématique mise en avant, autour des bonnes pratiques, d'un portrait d'une équipe » (Observation, comité de pilotage Ipep, 06/20).

En organisant une plénière Peps, les économistes administratifs choisissent deux équipes « assez en avance sur les questions de système d'information » et leur demandent de « faire un retour d'expérience » (Observation, comité de pilotage Peps, 09/2019). Pareillement, en préparant une plénière Ipep, les économistes administratifs mobilisent les professionnels d'une MSP pour « présenter l'exploitation des dernières données qu'on avait transmises », car « dans les groupements il y en a une bonne moitié qui sont intéressée par les données, mais ils ne savent pas trop quoi en faire, c'est intéressant de montrer comment un groupement peut exploiter les données » (Observation, comité de pilotage Ipep, 11/2019). En plénière, une

[79] Voir ici : https://cnam.video/canal/1-theme/51-Les_PodCasts_de_l_Article_51 (consulté en janvier 2023).

médecin de cette MSP réalise une présentation de 30 minutes pour expliquer leur usage des données dans leur projet Ipep, comme l'illustre l'extrait d'observation ci-dessous.

> Une femme médecin explique comment fonctionne le collectif, puis explique : « nous on s'est dit qu'il fallait quand même partir des données de l'assurance maladie. L'idée c'est qu'Ipep c'est un modèle basé sur des gains d'efficience. On va essayer de voir sur quels axes on pourrait travailler pour essayer d'être plus efficients demain, on va réfléchir de manière rationnelle. » S'en suit une présentation où les données du groupement sont comparées aux données départementales, afin d'identifier les particularités de la patientèle (Observation, plénière Ipep, 11/19).

Dans sa présentation, elle reprend des éléments de langage proches de ceux utilisés par les économistes administratifs, se mettant en conformité avec leurs attentes dans cette démarche d'exemplarité. Les professionnels de santé se prêtent facilement à ce jeu de l'exemplarité qui est symboliquement valorisant pour eux. De plus, ce format est assez proche de ce qui est mis en place par la fédération des MSP lors des congrès nationaux ou régionaux (Vezinat, 2019c). Lors de ces évènements professionnels, les équipes les plus « matures » font des présentations aux autres à propos de leurs « retours de terrain », participant à diffuser de bonnes pratiques et « un récit commun positif » (Vezinat, 2019c, p. 19).

Au-delà de leur rôle de diffusion des bonnes pratiques, les professionnels d'organisations exemplaires ont également un accès privilégié à la fabrique des outils : plusieurs fois, les économistes administratifs les mobilisent pour relire un questionnaire avant sa diffusion, ils participent même parfois à définir les ordres du jour de certaines réunions.

> Lors d'un comité de pilotage Peps, « l'équipe nationale » discute de l'élaboration d'un fichier permettant de présenter les résultats des expérimentateurs. Ce fichier, envoyé à chaque équipe, comporte des éléments descriptifs sur la patientèle et l'activité des professionnels. Olivier M., médecin de santé publique et économiste à la Cnam, suggère de « faire relire le document par des expérimentateurs » avant de le diffuser. Laurent R., énarque à la DSS au ministère de la Santé, renchérit en disant « de faire tester avec des expérimentateurs un peu sympas » (Observation, comité de pilotage Peps, 11/21).

Les professionnels d'organisations exemplaires sont davantage que les autres enrôlés dans la conduite des instruments, puisqu'ils participent à la fois à diffuser les bonnes pratiques aux autres professionnels de santé, mais également puisqu'ils collaborent autour des outils mobilisés par les économistes administratifs au-delà des espaces collectifs.

Conclusion : Les médecins entrepreneurs en première ligne dans la légitimation des instruments économiques

Ce chapitre a démontré la place centrale des médecins entrepreneurs dans la légitimation et la diffusion des modèles économiques. Premièrement, les économistes sélectionnent des médecins au profil d'entrepreneurs, qui portent une certaine vision des réformes des soins primaires et cumulent déjà un nombre important de ressources individuelles et organisationnelles, pour participer aux expérimentations. Deuxièmement, les interactions entre économistes administratifs et professionnels de santé permettent l'établissement de compromis autour des modèles économiques, concourant également à « coloniser » les professionnels de santé avec le style de raisonnement économique. Troisièmement, les économistes administratifs s'appuient sur des professionnels d'organisations jugées « exemplaires » pour contribuer à diffuser des modèles de bonnes pratiques aux autres professionnels.

Au travers du cas des expérimentations Ipep et Peps, ce chapitre a contribué à documenter un cas atypique de participation de professionnels à l'action publique : celui de professionnels au statut libéral qui s'engagent activement dans l'élaboration d'instruments.

Certains travaux illustrent la participation de médecins à des réformes de l'organisation du système de santé, montrant notamment leur capacité à renégocier leur place au sein de leur profession (Benamouzig et Pierru, 2011 ; Benamouzig et Robelet, 2014 ; Berg, 1997 ; Robelet, 2001 ; Wadmann et al., 2019). Dans le cas des médecins entrepreneurs, ce n'est cependant pas tant un segment professionnel dans son ensemble (les médecins généralistes) qu'ils cherchent à revaloriser, qu'une forme d'organisation locale des soins primaires.

Par ailleurs, les travaux sur les « professionnels hybrides » soulignent que les médecins peuvent mobiliser des valeurs et des outils issus du management, tout en parvenant à protéger leurs intérêts professionnels (Chreim et al., 2007 ; Mcgivern et al., 2015). À ce stade de l'enquête, il est cependant difficile de statuer sur l'usage concret des modèles économiques par les médecins entrepreneurs au sein des maisons de santé.

Dans le cas de la recherche, plusieurs travaux décrivent également des chercheurs qui participent à coproduire des règles bureaucratiques (Aust et Gozlan, 2019 ; Barrier, 2011). Dans la poursuite de ces travaux, les professionnels intermédiaires participent ici à élaborer les instruments d'action publique. Je propose de revenir en trois points sur les spécificités de la participation des professionnels — en distinguant les médecins, entrepreneurs ou non — à la production des instruments d'action publique.

Tout d'abord, la mise en œuvre des instruments ne se fait pas sans résistance de la part des professionnels de santé, et particulièrement des médecins généralistes dans leur ensemble. Ce résultat renvoie à la fois à la littérature sur les outils de gestion (Levay et Waks, 2009 ; Moisdon, 2007), et plus largement à celle sur les instruments (Aust et Gozlan, 2018 ; Lascoumes et Le Gales, 2007). Les médecins généralistes confrontent leurs expériences de terrain et leurs savoirs médicaux aux savoirs économiques. De plus, les économistes administratifs et les médecins entrepreneurs ne partagent pas la même vision de l'organisation des soins primaires. Les médecins généralistes se montrent particulièrement critiques vis-à-vis des outils déployés dans Ipep, qui les incitent à se coordonner davantage avec le secteur hospitalier. Face à ces résistances, les économistes administratifs modifient le modèle économique en prolongeant les crédits d'amorçage. Ces financements permettent aux médecins entrepreneurs de subventionner des réorganisations locales des soins primaires (davantage que la coordination entre la ville et l'hôpital). Dans le cas du modèle Peps, les médecins libéraux demandent à ce que le périmètre du forfait exclue les actes les plus valorisés et les masseurs-kinésithérapeutes. Ces ajustements permettent de garantir le maintien d'une rémunération libérale à l'acte d'une part, tout en recentrant le forfait sur les médecins d'autre part. Pour autant, de nombreux professionnels libéraux quittent finalement le processus expérimental, devant la difficulté à réformer leur mode de paiement. Se retirer de l'expérimentation est la forme la plus poussée d'opposition, montrant à quel point la mise en place du forfait heurte les logiques libérales.

Malgré ces résistances et les ajustements effectués par les économistes administratifs pour enrôler les professionnels libéraux, plusieurs éléments laissent à penser à une forme de « colonisation » (Power, 1997 ; Rose et Miller, 1992) des médecins généralistes par le style de raisonnement économique. Les professionnels ne remettent jamais en cause le principe même du modèle, focalisant leurs critiques sur ses outils. Les présentations répétées des modèles économiques participent à légitimer le style de raisonnement et les méthodes économiques. Certains professionnels, qu'il s'agisse de coordinatrices salariées ou de médecins libéraux, acceptent voire défendent le cadrage économique des instruments. Les économistes

administratifs s'appuient sur les professionnels les plus conformes pour convaincre les autres professionnels, en diffusant de bonnes pratiques par leur exemple. Cette mobilisation de professionnels d'organisations « exemplaires » s'inscrit dans un *continuum* avec la diffusion du « modèle » des MSP mis en place par la fédération des MSP (Vezinat, 2019c). Elle est cette fois orchestrée directement par les économistes administratifs, et non plus par les professionnels eux-mêmes. De plus, alors que les savoirs, méthodes et style de raisonnement économiques sont omniprésents dans les interactions entre économistes et professionnels de santé, il est intéressant de souligner que la mise en œuvre concrète des instruments se fait principalement par des acteurs relais, et non pas uniquement par la diffusion de résultats statistiques aux professionnels de santé. Les médecins entrepreneurs et les économistes administratifs sont pris dans des relations d'interdépendance, contraints de trouver des compromis pour maintenir leur alliance : les libéraux compromettent leur autonomie professionnelle ; les économistes leurs modèles.

Devant le rôle central de certains professionnels dans la légitimation et la diffusion des instruments économiques, nous pourrions être tentés de conclure à une « colonisation » de ces acteurs par le style de raisonnement économique. Cependant, la notion de « colonisation » implique une forme d'aliénation pour les acteurs concernés, qui perdraient le contrôle de leur activité (Foucault, 2004 ; Power, 1997). Or, les professionnels de santé participant à l'élaboration des modèles économiques obtiennent de nombreux avantages lors du processus expérimental, en premier lieu des financements organisationnels. Je montre alors une forme « d'effet Matthieu », observé antérieurement dans le secteur de l'enseignement supérieur et de la recherche (Harroche, 2021 ; Merton, 1968) : les maisons de santé qui bénéficient des financements expérimentaux sont celles qui ont déjà bénéficié de financements publics dans le passé. L'originalité de mon approche est alors de faire le lien entre les ressources apportées par l'activité d'intermédiaire et le renforcement des ressources organisationnelles des MSP. Ces financements expérimentaux participent à donner davantage de liberté aux médecins entrepreneurs dans les réorganisations locales des soins primaires, tout en leur permettant de se maintenir dans cette activité d'intermédiaire de l'action publique. Individuellement, les médecins entrepreneurs en retirent également des ressources relationnelles et cognitives. La rhétorique de l'égalité pluriprofessionnelle développée par la fédération des MSP (Vezinat, 2019b) est déjà démentie à ce stade : l'activité d'intermédiaire est inégalement investie par les professionnels libéraux ; et les médecins en retirent davantage de ressources que les autres. Ainsi, les médecins généralistes trouvent de nombreuses valorisations symboliques dans

l'élaboration des instruments d'action publique, au prix d'une « colonisation » par le style de raisonnement économique. L'enquête, à ce stade, ne permet pas d'éclairer si cette « colonisation » conduit à des modifications de pratiques locales, ou s'il s'agit finalement d'une simple adhésion de façade, ayant pour but de faciliter les interactions avec les économistes administratifs et de capter des ressources. Avant de s'intéresser à la mise en œuvre locale des instruments, nous allons à présent poursuivre l'analyse des relations entre économistes administratifs et professionnels de santé en nous penchant sur les processus de fabrication concrets des modèles économiques.

Chapitre 4 : Incitatifs, justes et reproductibles. La fabrique de modèles accommodants par les économistes de l'Assurance maladie

Introduction

La quantification, définie comme la production et la communication de chiffres (Espeland et Stevens, 2008), apparait comme un élément clé des gouvernements néo-libéraux, permettant de développer de nouvelles formes de contrôle (Desrosières, 1993 ; Foucault, 2004 ; Hacking, 1992). Liée au développement de la statistique publique et des infrastructures de recueil de données (Desrosières, 1993), la quantification a également accompagné l'essor de l'économie comme discipline (Angeletti, 2021). Pour les pouvoirs publics, elle apparait comme un outil de preuve et de gouvernement, entre savoir et autorité (Bezes et al., 2016). En effet, la quantification permet de rendre visible, de comparer, de classer, ou encore d'évaluer les performances (Espeland et Stevens, 2008).

La quantification est au cœur du concept de « gouvernementalité » (Foucault, 2004) : les chiffres permettent la circulation de savoirs légitimes, à même d'influencer ou de contrôler à distance les comportements individuels. Le concept de « gouvernement des conduites » renvoie également à une forme de contrôle individuel et distancié, qui passe par l'économisation des conduites au travers de « sanctions économiques et symboliques qui permettent de les orienter » (Dubuisson-Quellier, 2016, p. 15). Cependant le recours à la quantification ne modifie pas uniquement la manière de gouverner, mais est aussi susceptible d'affecter le « gouvernant » lui-même (Porter, 1995 ; Rose, 1999). Ce chapitre s'intéresse à ce que la quantification des soins primaires, dans le cas des modèles économiques, produit au sein des administrations, sur le travail des économistes administratifs et des statisticiennes[80]. Pour certains auteurs, la quantification pourrait être réduire le pouvoir discrétionnaire des acteurs administratifs (Bartl et al., 2019, p. 21). D'autres travaux soulignent au contraire que la fabrique de modèles (Boullier et al., 2021) ou d'algorithmes (Levy et al., 2021) est au cœur de relation de pouvoir (Crozier et Friedberg, 1977). La sociologie des organisations s'inspire des travaux de Max Weber (1922) pour définir le pouvoir non comme un attribut figé, mais comme le résultat d'une

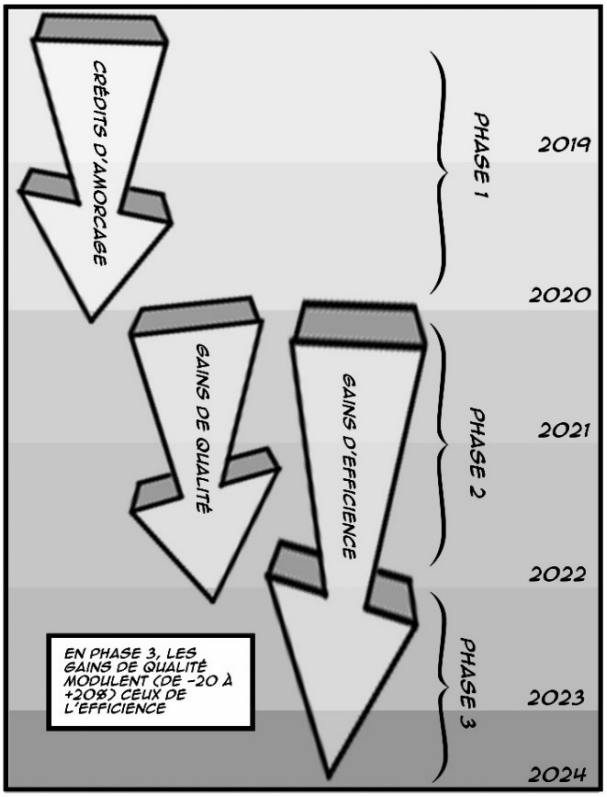
[80] Les statisticiennes de la Cnam étant quasi exclusivement des femmes dans les services enquêtés, je fais le choix de les genrer au féminin dans la thèse.

relation d'acteurs dans un système plus large. Un acteur ou groupe d'acteurs (A) a du pouvoir lorsqu'il est en capacité de contraindre l'autre (B) à faire quelque chose qu'il n'aurait pas fait de lui-même (là où « l'autorité » est définie lorsque B reconnait à A une légitimité) (Crozier et Friedberg, 1977). En s'inscrivant dans ce cadre d'analyse, Ulrike Lepont s'intéresse à la modélisation des réformes de protection maladie aux États-Unis (Lepont, 2021). Elle montre que les experts de la modélisation possèdent du pouvoir sur leurs commanditaires, parce qu'ils maîtrisent des dimensions techniques qui restent opaques pour les autres acteurs (Lepont, 2021). En outre, dans le cas des plateformes de sélection pour l'entrée dans l'enseignement supérieur, la mise en place d'algorithmes de sélection entraîne une redistribution des rôles entre différents niveaux administratifs (Frouillou et al., 2019). De plus, la mise en place d'algorithmes complexes requiert, du fait de la structuration en silos des données, une coordination accrue entre plusieurs agences publiques, voire des réorganisations entre acteurs publics et privés (Levy et al., 2021). Ces différents travaux démontrent que la maîtrise de ces instruments techniques est un enjeu de pouvoir dans les administrations, susceptible de redistribuer les rôles et les ressources entre acteurs des politiques publiques. Dans quelle mesure la fabrique des modèles reconfigure-t-elle la division du travail et les relations entre les économistes administratifs et leurs partenaires ?

En m'inscrivant dans cette littérature, je propose de m'intéresser au travail effectué par les économistes administratifs et les statisticiennes autour de la fabrique des modèles économiques, contribuant à la sociologie du travail administratif (Borraz et Ruiz, 2020 ; Brissaud, 2021a ; Laurens et Serre, 2016 ; Maertens, 2016). Ce faisant, j'éclaire le travail de « cadres intermédiaires » des administrations sanitaires, là où les études antérieures se sont principalement penchées sur leurs élites (Darviche et al., 2023) ou sur le travail administratifs dans les caisses primaires d'Assurance maladie (Leduc et Munoz, 2015). De plus, j'interroge les processus d'élaboration des instruments d'action publique (Lascoumes et Le Gales, 2007 ; Voß et Simons, 2014).

Ce chapitre va revenir en détail sur les différentes évolutions effectuées sur les modèles économiques depuis leur première publication dans les cahiers des charges Ipep et Peps en 2019. Je mobilise ci-dessous une planche présentée dans le chapitre 1. Elle rappelle les différentes composantes évolutives des modèles et leur définition au moment de la publication du cahier des charges. J'y indique également un ordre de grandeur des financements alloués en 2021. Les évolutions des modèles économiques sont également présentées de manière détaillée en annexe.

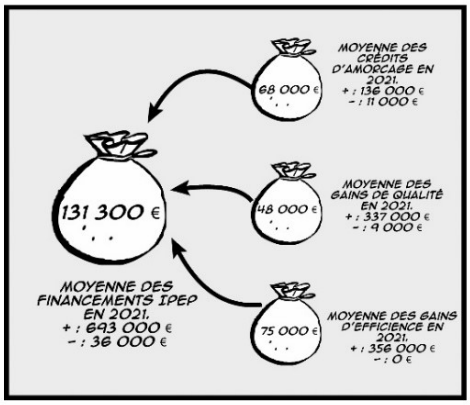
IPEP



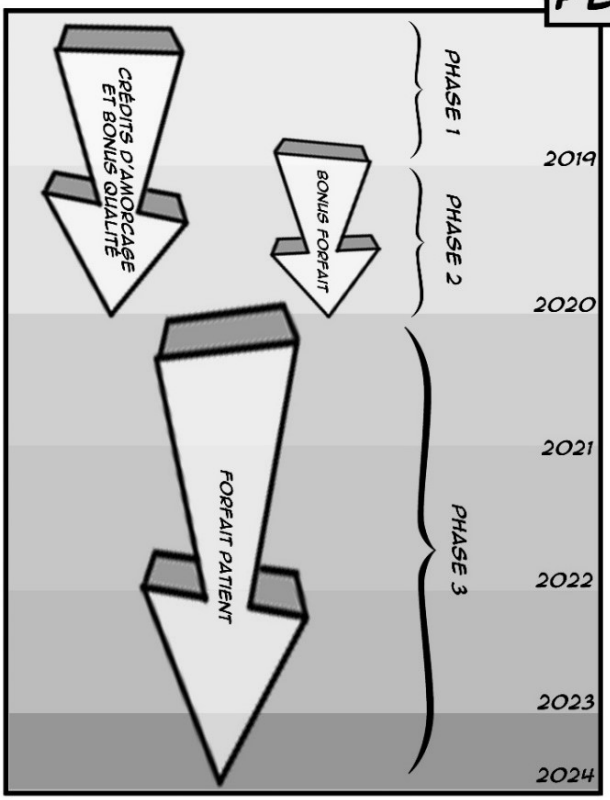
CRÉDITS D'AMORCAGE : SUBVENTIONS ALLOUÉES POUR INITIER L'EXPÉRIMENTATION.

GAINS DE QUALITÉ : FINANCEMENTS ALLOUÉS EN FONCTION D'UN SCORE DE QUALITÉ CALCULÉ À PARTIR D'UNE DIZAINE D'INDICATEURS.

GAINS D'EFFICIENCE : FINANCEMENT ALLOUÉS EN FONCTION D'UN SCORE D'EFFICIENCE, CALCULÉ EN COMPARANT LES DÉPENSES DE LA PATIENTÈLE MÉDECIN-TRAITANT AUX DÉPENSES DE CETTE MÊME PATIENTÈLE L'ANNÉE D'AVANT (2/3) ET À LA MOYENNE NATIONALE (1/3).



PEPS

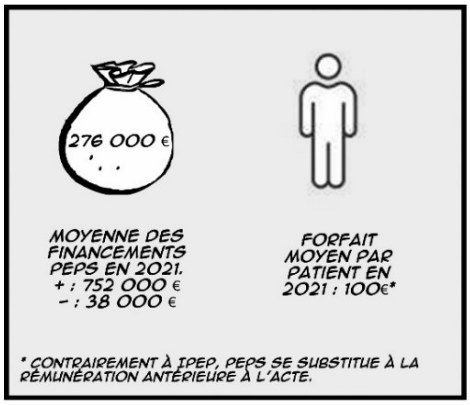


CRÉDIT D'AMORCAGE : SUBVENTIONS ALLOUÉES POUR INITIER L'EXPÉRIMENTATION.

BONUS QUALITÉ : FINANCEMENT ALLOUÉ SELON L'ATTEINTE D'UN SCORE DE QUALITÉ CALCULÉ À PARTIR D'INDICATEURS.

BONUS FORFAIT : FINANCEMENT ALLOUÉ SELON DES SIMULATIONS D'UNE RÉMUNÉRATION AU FORFAIT PATIENT.

FORFAIT PATIENT : RÉMUNÉRATION COLLECTIVE ALLOUÉE SELON LE NOMBRE DE PATIENTS MÉDECIN-TRAITANT (ET AJUSTÉ SELON PLUSIEURS CRITÈRES, DONT LE PROFIL DES PATIENTS ET LE SCORE DE QUALITÉ).



Alors que les économistes administratifs présentent la fabrication des modèles comme un travail essentiellement technique, je montrerai dans ce chapitre qu'elle participe à reconfigurer et révéler les relations de pouvoir et d'interdépendance entre acteurs de la communauté d'instruments. Tout d'abord, la fabrique des modèles économiques octroie aux économistes de l'Assurance maladie une place croissante dans le pilotage des expérimentations face aux membres du ministère, alors que l'ensemble des économistes administratifs peinent à concevoir certains outils des modèles économiques (1). Ensuite, les économistes et statisticiennes de la Caisse nationale d'Assurance maladie (Cnam) adaptent les modèles aux attentes des professionnels libéraux, tout en s'appuyant sur une conception de la justice méritocratique, liée au mode de causalité mobilisé dans le style de raisonnement économique (2).

1. La place grandissante des économistes de l'Assurance maladie

La fabrique des modèles économique est un enjeu de pouvoir entre acteurs des administrations, à la fois car l'accès aux données (et donc, l'accès à des informations et à des outils de travail) est fortement réglementé et segmenté (Levy et al., 2021), mais également, car le travail sur les modèles demande une grande expertise technique (Lepont, 2021). Dans le cas des expérimentations Ipep et Peps, qu'est-ce que la fabrique des modèles révèle de l'organisation de l'administration sanitaire ?

De nombreux auteurs soulignent que depuis les années 2000, l'Assurance maladie a progressivement perdu son autonomie face à l'État, et plus particulièrement face au ministère de la Santé (Benamouzig, 2012 ; Darviche et al., 2023 ; Hassenteufel, 2009, 2012 ; Nay et al., 2016 ; Palier, 2005 ; Pierru, 2011, 2012). Cette « étatisation » (Pierru, 2012) ou « technocratisation » (Hassenteufel et Palier, 2005) de l'Assurance maladie se fait en deux séquences principales. Tout d'abord, en 1996 le Plan Juppé instaure les Lois de financement de la sécurité sociale (LFSS), qui permettent de fixer annuellement un budget pour l'Assurance maladie. Les LFSS apparaissent comme un renforcement du rôle du ministère de la Santé (et notamment de la Direction de la sécurité sociale [DSS]), dans un contexte où le parlement n'a qu'un rôle limité dans l'élaboration de ces lois annuelles (Hassenteufel, 2009). Puis, à partir de la loi de 2004 sur l'Assurance maladie, les partenaires sociaux sont restreints à un rôle consultatif, tandis qu'un directeur général administratif est nommé par conseil des ministres à la tête de l'Union nationale des caisses d'Assurance maladie (Uncam). Ces réformes ont deux principales conséquences : d'une part, les décisions sont à présent majoritairement prises par des acteurs administratifs, alors que les partenaires sociaux et le parlement ont un rôle réduit

dans l'action publique sanitaire (Hassenteufel et Palier, 2005). D'autre part, une élite, dite « du *Welfare* », se constitue à la tête de ces administrations sanitaires, participant à unifier le programme des différentes institutions (Darviche et al., 2023).

Ces travaux documentent cependant les relations entre élites de l'administration sanitaire. Or, l'apport de cette thèse est de se pencher sur le travail des économistes administratifs, « cadres intermédiaires » des administrations, et des statisticiennes, acteurs peu étudiés dans la littérature (Barrier et al., 2015). Or les interactions entre ces acteurs participent également à éclairer le fonctionnement des administrations de la santé. Les expérimentations Ipep et Peps apparaissent des cas d'études particulièrement intéressants : leurs promoteurs administratifs cherchent à mettre en œuvre de nouveaux instruments et outils de quantification, dans un secteur (les soins primaires) où celle-ci est peu développée. En effet, en soins primaires, les données standardisées sont assez rares, en lien avec la faible structuration organisationnelle du secteur (Naiditch, 2020)[81]. La Rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) attribuée aux médecins généralistes est par exemple calculée à partir d'indicateurs déclaratifs que les médecins complètent individuellement ; et à partir d'indicateurs automatisés basés sur la consommation de soins des patients, transmise par le circuit de paiement associé à la Carte vitale (Brunn, 2020). Dans le cadre des expérimentations, les économistes administratifs promeuvent de nouveaux outils visant à attribuer plus nettement des causalités entre les actions des professionnels de santé et des résultats, concernant à la fois la consommation de soins, mais aussi des indicateurs de qualité utilisés dans le secteur hospitalier ou de nouveaux indicateurs spécifiques aux soins primaires. Ces derniers demandent une coordination accrue entre ministère de la Santé, Assurance maladie et Haute autorité de santé (HAS).

La conception d'indicateurs de qualité spécifiques aux soins primaires est révélatrice des difficultés rencontrées par les économistes administratifs dans l'élaboration des instruments. Leur analyse permet d'éclairer les relations organisationnelles entre les différentes administrations et agences sanitaires. La mise en œuvre d'un indicateur visant à mesurer l'expérience du patient fait alors figure de cas typique (Gerring, 2009) de la trajectoire de ces

[81] Les professionnels libéraux n'ont aucune obligation d'utiliser un logiciel pour rentrer les informations de leurs patients. Les professionnels exerçant en MSP contractualisée ont en revanche l'obligation de mettre en place un logiciel pluriprofessionnel, qui s'ajoute souvent à leur logiciel professionnel. Cela génère des problèmes de double saisie et d'interopérabilité (possibilité d'échanger des informations entre logiciels de manière automatisée ou semi-automatisée). Les logiciels sont produits par des sociétés privées, qui proposent une offre variée. Enfin, les professionnels font peu de saisie standardisée des données et privilégient la complétion individuelle des dossiers des patients, en saisie libre (Naiditch, 2020). L'ensemble de ces éléments rendent le recueil de données standardisées, voire automatisées, complexe en soins primaires.

outils, montrant la place des économistes de l'Assurance maladie, qui sans cumuler l'ensemble des expertises nécessaires à la fabrique des modèles se situent au carrefour des relations organisationnelles (1). Alors que la modélisation des dépenses gagne en importance dans les modèles économiques, les économistes de la Cnam prennent progressivement une place stratégique (2).

1.1. Trajectoire d'un indicateur de qualité : le questionnaire d'expérience du patient

Le questionnaire d'expérience du patient est un indicateur commun aux modèles économiques Ipep et Peps. La conception d'un indicateur mesurant l'expérience du patient s'inscrit dans un contexte national et international, où la place accordée aux « expériences subjectives » des patients s'accroît (Bousquet et Ghadi, 2017). Dans les pays anglo-saxons, des outils de collecte et de mesure sont développés par des chercheurs en médecine, en épidémiologie ou plus rarement en économie (Akrich et al., 2020). Sous l'étiquette des *Patient-Reported Outcomes Measurements* (PROM), des questionnaires standardisés permettent d'interroger les patients sur leur qualité de vie, afin de mesurer les effets de traitements ou de politiques de santé (Akrich et al., 2020). Plus tardivement, les *Patient-Reported Experience Measurements* (PREM) sont développés en réaction à des critiques émises par les patients sur les PROM, soulignant un décalage entre les questions posées et le vécu subjectif de la maladie. Les PREM ne se concentrent plus sur des critères objectifs liés à la qualité de vie, mais sur l'expérience subjective qu'ont les patients de leur maladie ou de leur traitement (Akrich et al., 2020), souvent résumée sous l'appellation « expérience patient » en France.

La démarche des PREM est encore émergente en France. À l'échelle nationale, la HAS développe depuis 2015 un questionnaire nommé *e-satis,* qui interroge la « satisfaction et l'expérience » des patients suite à une hospitalisation. Envoyé par mail à la suite d'une hospitalisation[82], le questionnaire *e-satis* comporte plus de 60 questions portant à la fois sur les conditions matérielles de l'hospitalisation (horaires de visite, accessibilité des locaux, température de la chambre ou qualité des repas) et sur la relation du patient avec les professionnels lors de sa visite (qualité des informations reçues, de la communication avec les différents professionnels).

[82] Plus précisément, les questionnaires sont administrés à la suite d'une hospitalisation en chirurgie ambulatoire, en soins médicaux et de réadaptation, ou en séjours hospitaliers de plus de 48h pour des soins de courte durée en médecine, chirurgie ou obstétrique.

La fabrique du questionnaire d'expérience du patient mobilise un grand nombre d'acteurs et d'institutions : membres du ministère ; de la Cnam ; de la HAS ; d'associations de patients ; de cabinets de conseil ; de professionnels de santé intermédiaires ; patients des organisations de santé participant à l'expérimentation… En 2018, à l'aube des expérimentations, l'ambition de ces acteurs est d'établir un questionnaire qui puisse être généralisé à la fin des expérimentations à l'ensemble des soins primaires (1). Sa mise en œuvre révèle des tensions entre les acteurs qui portent différentes conceptions des objectifs du questionnaire et de sa dimension scientifique (2).

L'ambition d'un questionnaire d'expérience du patient généralisable à l'ensemble des soins primaires

En 2018, le projet d'un questionnaire d'expérience du patient est promu par les membres de la direction générale de l'offre de soins (DGOS) au ministère de la Santé, et donc, davantage par les promoteurs d'Ipep que par ceux de Peps. Les économistes administratifs présentent les expérimentations comme une phase de test d'un questionnaire qui pourrait être par la suite généralisé à grande échelle dans les soins primaires.

> « Sur l'expérience patient, on pourrait faire un saut quantique avec… C'est très peu utilisé aujourd'hui en France. L'un des résultats de l'expertise, ça pourrait être de se dire que c'est intéressant à injecter, indépendamment du reste finalement. C'est assez autonome ces parties-là. Ça, c'est un truc qui m'avait beaucoup frappée aux États-Unis. Dans le modèle des *Accountable Care Organizations*[83], l'expérience patient c'est un quart de la pondération, des scores qualité » (Entretien, Sophie L., économiste administrative, énarque, ministère de la Santé, 11/19).

Les membres de la DGOS au ministère de la Santé sollicitent la HAS pour participer à la conception de ce questionnaire d'expérience patient qui concernerait cette fois-ci les soins primaires. Leur collaboration est définie formellement par une lettre de mission entre la HAS et la Cnam. Le service qui travaille sur les indicateurs de qualité n'a jamais travaillé auparavant sur les soins primaires. L'équipe de la HAS se base sur la méthodologie utilisée pour le questionnaire *e-satis* et la transpose aux soins primaires.

[83] Les *accountable care organizations* sont des instruments contractuels déployés aux États-Unis depuis 2012 dans le but de maîtriser l'accroissement des dépenses de santé grâce à l'augmentation de la coordination. Voir Chapitre 1.

Dès le début, le principe d'un indicateur portant sur l'expérience des patients rencontre l'adhésion des médecins généralistes libéraux, notamment de la fédération des Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP). Cette dernière développe depuis quelques années une réflexion avec France assos santé[84] autour d'une meilleure inclusion des patients dans les MSP (Morize, 2022).

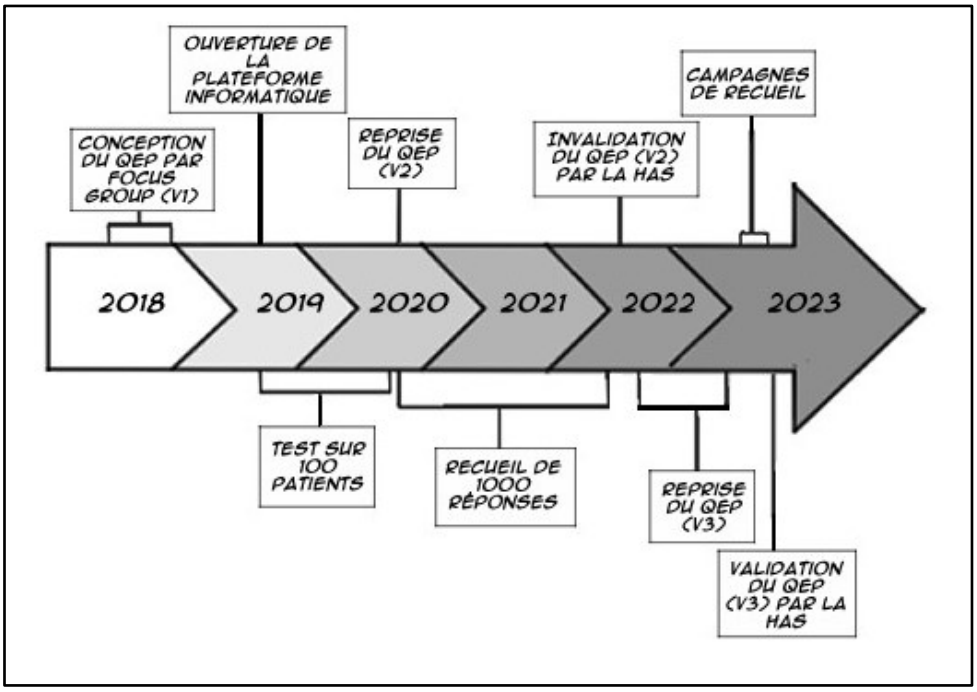
> « Sur le questionnaire "expérience patient" (…), les groupements étaient très, très, très intéressés par la thématique et par l'idée qu'il y ait un questionnaire (…). Ils étaient super contents parce que, en fait, ils avaient tous envie d'avancer sur ces questions-là, avec des initiatives personnelles, ils ont dit : "En fait, vous allez nous faire gagner un temps fou si c'est le national qui fait la revue de littérature, qui propose une première version, qui ceci, qui prend contact avec la HAS, et tout cela" » (Entretien, Julie M., formée en master d'Affaires publiques, DGOS, 11/19).

Les professionnels libéraux voient dans le développement de ce questionnaire d'expérience du patient une opportunité : ils essayent eux-mêmes de mettre en œuvre ce type d'outils à leur échelle, mais les expérimentations leur permettent de bénéficier de ressources administratives pour y parvenir.

Le questionnaire devait permettre d'évaluer annuellement les performances des organisations en matière d'expérience du patient, majorant les résultats à la qualité de 20%. La conception du questionnaire est cependant plus longue que prévu. Le schéma ci-dessous retrace les différentes étapes de cette conception, qui seront ensuite détaillées[85].

[84] France assos santé est une association créée en 1996 pour regrouper les associations de patients et d'usagers du champ de la santé.
[85] La première version du questionnaire est disponible en annexe de cette thèse.

Schéma n° 1 : Conception du questionnaire d'expérience du patient (QEP) (2018-2023).



Ce schéma a été réalisé par mes soins à partir de données recueillies dans des documents ou en entretien.

Le questionnaire est élaboré en parallèle des « séances de co-construction » au second semestre 2018, au travers de groupes de travail et de *focus groups* où participent des professionnels de santé intermédiaires et des patients de mêmes organisations. Ces groupes de travail sont animés avec l'aide d'une sociologue rattachée au « Diabète Lab », laboratoire de recherche de la Fédération française des diabétiques. Les économistes académiques de l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (Irdes) assistent également à ces réunions.

> « Pendant les travaux de co-construction, c'était très intense, on profitait de ces déplacements [des professionnels de santé à Paris] pour, avec quelques groupements qui seraient volontaires, faire ces fameux *focus groups* avec quelques patients qu'ils ont conviés. La sociologue du Diabète-Lab nous a appuyés pour construire la trame de ces *focus groups* et l'animation. De mémoire, il y en a eu huit qui ont réuni une cinquantaine de patients. C'était super intéressant, c'était génial. Et donc ça a permis de faire certains amendements sur le questionnaire » (Entretien, Julie M., formée en master d'Affaires publiques, DGOS, 11/19).

La mobilisation de savoirs sociologiques dans la conception des questionnaires provient d'une familiarité de la HAS avec les sciences sociales (Benamouzig, 2009), mais aussi des recommandations dans la littérature scientifique internationale qui souligne l'intérêt de solliciter les patients dans la conception des questionnaires de PREM (Akrich et al., 2020). Le premier questionnaire publié dans le cahier des charges en 2019 comprend une quarantaine de questions, portant sur les caractéristiques sociales des patients (genre, âge, statut professionnel et catégorie socioprofessionnelle), et sur les relations des patients avec les professionnels de soins primaires, notamment sur des dimensions d'information et de communication.

L'approche protocolaire face à l'approche inductive

La mise en place du questionnaire d'expérience du patient se fait par la suite entre plusieurs acteurs. L'équipe de la HAS se positionne sur la dimension de validation méthodologique et scientifique du questionnaire. Les économistes administratifs diffusent les questionnaires aux professionnels de santé et organisent des réunions régulières. Au sein de la Cnam, à la direction déléguée aux systèmes d'information, une équipe technique est chargée de mettre en place une plateforme informatique qui doit servir, entre autres, à diffuser et recueillir les questionnaires auprès des patients. Cette plateforme sert de manière plus générale dans les expérimentations Ipep et Peps à échanger des documents confidentiels avec les organisations de santé. Par ailleurs, des consultants mandatés par la Cnam interviennent à certains moments pour réaliser de premières analyses à partir des données recueillies. Dans cette configuration organisationnelle, les économistes administratifs apparaissent comme un pilote sans volant : l'expertise scientifique de la mise en place du questionnaire est détenue par la HAS, et l'expertise technique par l'équipe plateforme. La DSES à la Cnam a une centrale dans les relations entre les acteurs, faisant le lien entre les différentes parties prenantes et étant en contact avec les experts, les prestataires et les professionnels de santé. Cette position d'interface est décrite comme une source de pouvoir dans les travaux de sociologie des organisations (Crozier et Friedberg, 1977) : les membres de la Cnam sont au centre des relations entre acteurs de la communauté d'instruments.

Les membres de la HAS se définissent comme experts sur les dimensions statistiques du questionnaire.

> « Nous, en tant qu'HAS, on intervient, enfin on est intervenu surtout en appui méthodologique et vraiment pour cette dernière phase qui est la validation du questionnaire » (Entretien, Sandra T., docteure en épidémiologie, HAS, 09/23).

Cependant, les critères scientifiques qui sous-tendent la validation du questionnaire influencent énormément son pilotage. Le protocole est présenté comme le garant de la scientificité du questionnaire – et donc de sa légitimité.

> « C'est la HAS, c'est une instance en France qui a la légitimité sur toutes ces questions d'indicateurs de qualité. C'était important pour nous d'avoir un questionnaire validé, reconnu sur le plan national » (Entretien, Élodie B., formée en master d'Affaires publiques, DGOS, 12/20).

Le protocole scientifique prévoit que le questionnaire soit administré à 1 000 patients, de manière à pouvoir analyser les taux de réponse et valider la pertinence de sa structure[86], des questions et du mode de recueil. L'équipe de la HAS propose de transposer le mode de recueil du questionnaire *e-satis* :

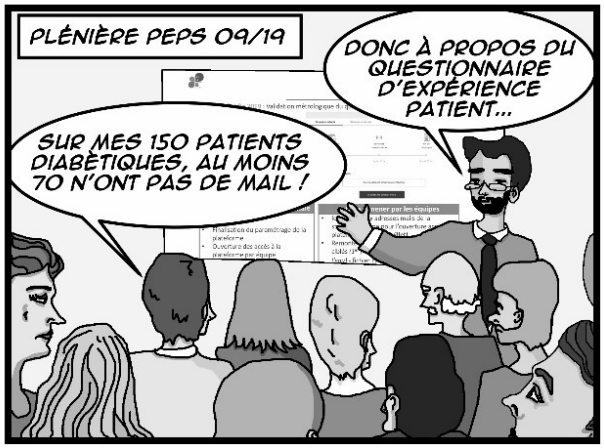
i. Les adresses e-mail des patients sont recueillies au sein des organisations de santé, lorsqu'ils viennent consulter.
ii. Les professionnels de santé les colligent dans un fichier Excel et les déposent sur la plateforme nationale.
iii. La plateforme transfère aux patients un lien par mail pour compléter le questionnaire.

Il peut se passer plusieurs mois entre le recueil de l'adresse e-mail et le moment où les patients reçoivent le questionnaire par e-mail.

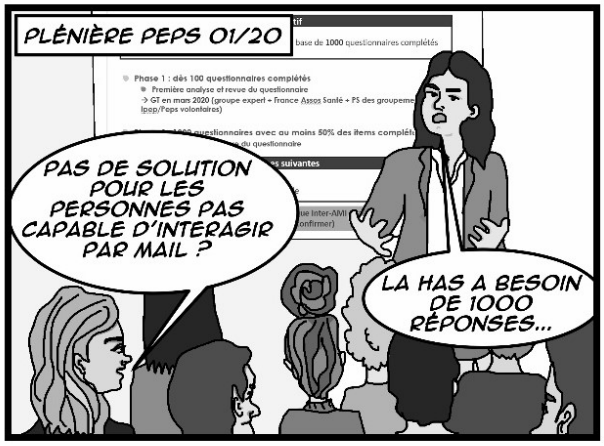
Assez rapidement dans la mise en œuvre, deux groupes d'acteurs émettent des réserves sur les modalités de recueil des questionnaires : les économistes académiques de l'Irdes et les professionnels de santé. Les premiers, dans une position d'experts, alertent sur le risque d'un manque de représentativité entraîné par un mode de recueil susceptible de toucher uniquement des personnes lettrées et ayant une bonne compréhension de l'informatique. Ils suggèrent de mettre en place un recueil complémentaire par téléphone. Les professionnels de santé rejoignent ces critiques, témoignant de la présence de nombreux patients non lettrés, non francophones ou simplement sans adresse e-mail. Ils soulignent également le temps nécessaire pour recueillir les adresses e-mail des patients, demandant un travail supplémentaire au sein des organisations de santé. L'absence de modification du protocole face à ces retours récurrents cristallise des tensions autour des modes de recueil.

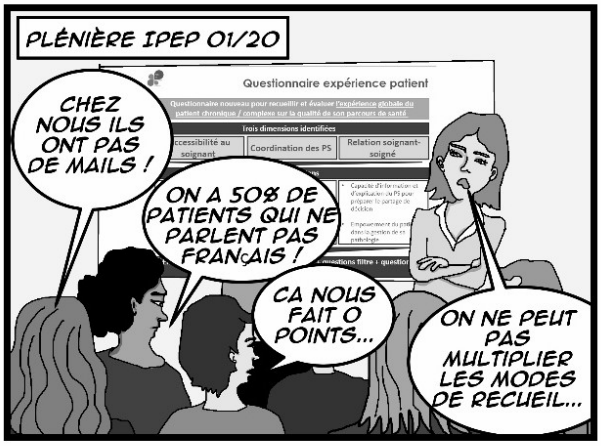
[86] La structure du questionnaire renvoie ici à l'ordre dans lequel les questions sont posées.

La planche dessinée ci-dessous restitue plusieurs extraits d'observations, principalement durant des réunions en plénière, entre 2019 et 2022. L'utilisation du dessin permet ici de faire des ellipses entre les séquences d'observations, soulignant la récurrence de ces critiques.

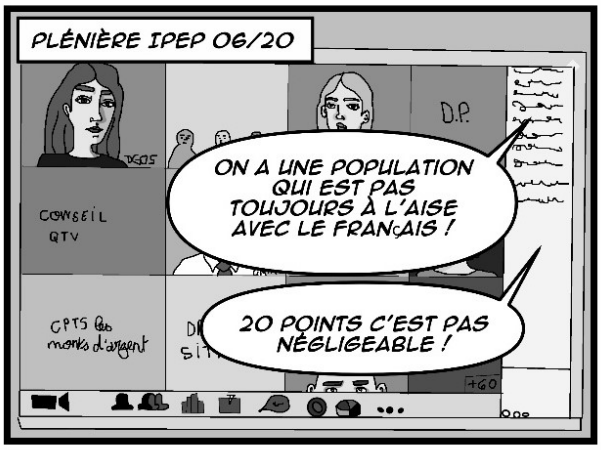

PLÉNIÈRE PEPS 09/19
DONC À PROPOS DU QUESTIONNAIRE D'EXPÉRIENCE PATIENT...
SUR MES 150 PATIENTS DIABÈTIQUES, AU MOINS 70 N'ONT PAS DE MAIL !

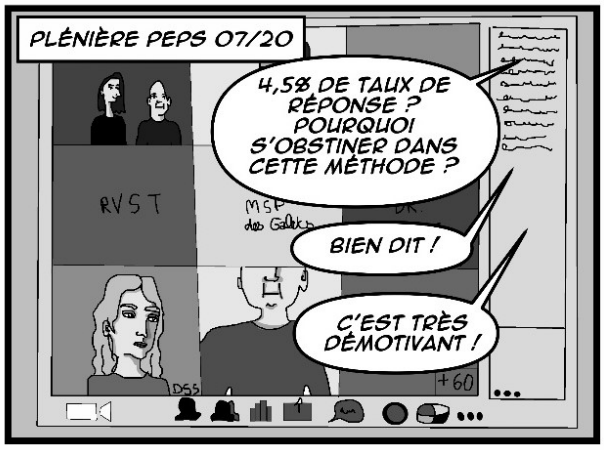
PLÉNIÈRE IPEP 11/19
L'ATELIER DU JOUR NOUS PERMETTRA DE VOIR CE QUI BLOQUE...
CEUX QUI UTILISENT LE PLUS LES MSP ONT DES SITUATIONS COMPLEXES... MAIS CE SONT LES MOINS SUSCEPTIBLES DE RÉPONDRE !


PLÉNIÈRE PEPS 01/20
PAS DE SOLUTION POUR LES PERSONNES PAS CAPABLE D'INTERAGIR PAR MAIL ?
LA HAS A BESOIN DE 1000 RÉPONSES...


PLÉNIÈRE IPEP 01/20
Questionnaire expérience patient
CHEZ NOUS ILS ONT PAS DE MAILS !
ON A 50% DE PATIENTS QUI NE PARLENT PAS FRANÇAIS !
CA NOUS FAIT 0 POINTS...
ON NE PEUT PAS MULTIPLIER LES MODES DE RECUEIL...

COMITÉ DE PILOTAGE IPEP 01/20
IL Y A UN PROBLÈME DE REPRÉSENTATIVITÉ DANS LE MODE DE PASSATION, C'EST PAS ROBUSTE !


PLÉNIÈRE IPEP 06/20
D.P.
CONSEIL QTV
ON A UNE POPULATION QUI EST PAS TOUJOURS À L'AISE AVEC LE FRANÇAIS !
20 POINTS C'EST PAS NÉGLIGEABLE !


PLÉNIÈRE PEPS 07/20
4,5% DE TAUX DE RÉPONSE ? POURQUOI S'OBSTINER DANS CETTE MÉTHODE ?
RVST
BIEN DIT !
C'EST TRÈS DÉMOTIVANT !

PLÉNIÈRE PEPS 06/22
Expérience patient : historique
LE QUESTIONNAIRE S'ADRESSE À UN CADRE DYNAMIQUE QUI A UNE GASTRO TOUS LES CINQ ANS ! L'IRDES VOUS DISAIT QUE CA ALLAIT PAS MARCHER !

Concrètement, le seuil des 1000 réponses est difficile à franchir en raison du faible nombre d'adresses e-mail transmises par les professionnels de santé, et du faible taux de complétion des questionnaires par les patients. Ainsi, en novembre 2019, environ 800 adresses e-mail sont chargées, ce qui n'est pas beaucoup si l'on prend en compte que chaque médecin suit environ 800 patients affiliés médecin traitant (DREES, 2017). Parmi ces 800 adresses e-mail, seules 190 personnes ont ouvert le lien envoyé, et 140 ont complété le questionnaire. Suite à ces résultats médiocres, les économistes administratifs organisent plusieurs groupes de travail pour mobiliser les professionnels de santé. Entre novembre 2019 et mai 2020, 5 830 adresses sont collectées, mais seules 500 personnes ouvrent le lien, et 300 personnes répondent.

Document interne : taux d'ouverture et de réponse aux questionnaires d'expérience du patient

	08/11/2019		17/12/2019		07/05/2020	
	IPEP	IPEP + PEPS	IPEP	IPEP + PEPS	IPEP	IPEP + PEPS
Nombre de groupements	6	10	6	10	6	13
Nombre d'adresses mails chargées *(questionnaires envoyés)*	622	807	760	945	1042	5834
Taux d'ouverture *(atteinte de la page de garde du questionnaire)*	141 (22,7%)	189 (23,4%)	156 (20,5%)	205 (21,7%)	169 (16,2%)	509 (8,7%)
Taux de réponse *(questionnaires complétés)*	96 (15,4%)	138 (17,1%)	97 (12,8%)	139 (14,7%)	106 (10,2%)	306 (5,2%)

Durant ce processus, les économistes administratifs se rangent du côté des économistes académiques de l'Irdes et des professionnels de santé. Ils demandent à la HAS de diversifier les modalités de recueil. L'équipe de la HAS oppose à cette demande le protocole scientifique initial, mais surtout les importantes ressources humaines et financières que demanderait un recueil par papier ou téléphone.

> « Ça fait vraiment des années, j'ai envie de dire presque depuis le début, qu'il y a cette question de la modalité de recueil (…). Surtout pour les patients qui auraient plus de mal à répondre par mail ou avec un questionnaire numérisé, en fait notre recommandation en général était de bien prendre en compte la faisabilité parce qu'à la base la littérature, lorsqu'il y a des comparaisons entre un recueil papier versus un recueil numérique, il n'y a pas forcément une différence liée au type d'administration papier *versus* numérique, donc c'est pas forcément la crainte directe (…). Mais plutôt en termes de faisabilité (…), qui va saisir les questionnaires (…) ? Ce qui ressortait, ce qui était bloquant

> finalement c'est le côté logistique qui n'est pas évident à gérer » (Entretien, Sandra T., docteure en épidémiologie, HAS, 09/23).

En cela, le questionnaire d'expérience du patient est également révélateur des contraintes budgétaires des administrations sanitaires.

Durant cette période où l'outil n'est pas opérationnel, le questionnaire d'expérience du patient perd sa fonction dans le modèle économique. Les réponses au questionnaire devaient moduler de 20% les financements obtenus par chaque organisation aux autres indicateurs de qualité. Cette modulation n'est pas enlevée, mais elle ne se fait pas de manière automatisée. La première année, les économistes administratifs prennent en compte le dépôt des adresses e-mail dans la plateforme pour attribuer un score. La seconde, ils valorisent la participation des professionnels aux groupes de travail portant sur cette thématique. Les financements obtenus par les organisations ne dépendent plus d'un score de « satisfaction » attribué selon les réponses aux questionnaires, mais de l'implication des professionnels dans l'élaboration de l'outil.

Durant cette période, l'équipe de la HAS mobilise les économistes administratifs pour remettre au clair la division du travail entre les acteurs. Alors qu'elle est responsable du questionnaire d'expérience des patients de l'expérimentation Épisode de soins[87], l'équipe de la HAS réaffirme un positionnement uniquement méthodologique dans les expérimentations Ipep et Peps. Au printemps 2021 notamment, plusieurs réunions de coordination ont lieu pour redéfinir le rôle de la HAS.

> Emma G., qui est chargée de mission à la DGOS au ministère de la Santé, a échangé avec certains membres de la HAS qui expriment leur malaise dans leur relation à « l'équipe nationale » : « ils nous demandent de nous positionner en tant que pilote ». Sophie L., économiste administrative au ministère, demande à « l'équipe nationale » s'ils sont prêts à leur laisser le pilotage : « c'est la maîtrise d'ouvrage du questionnaire expérience patient, l'idée c'était qu'à la suite des expérimentations ils puissent l'endosser, et pour ça il faut qu'ils aient la main ». Olivier M., médecin économiste à la Cnam, s'oppose cependant à cette proposition en expliquant « il faut aussi être à l'écoute des expérimentateurs, est-ce qu'on veut un questionnaire pur et parfait avec quatre personnes qui le

[87] L'expérimentation Épisode de soins est une autre expérimentation nationale, lancée en même temps qu'Ipep et Peps dans le cadre de l'Article 51. Elle met en place un forfait collectif devant couvrir l'ensemble des actes et des prestations liées à un évènement de santé hospitalier : ici, la prise en charge chirurgicale des prothèses de hanche, des prothèses de genou et de la colectomie pour cancer (Beaussier et al., 2022).

> remplissent ? La problématique qu'on a sur Peps et Ipep c'est le *challenge* d'un questionnaire par mail, qui est jugé long par certains expérimentateurs. Si on leur donne la main, il faut qu'ils soient à l'écoute des expérimentateurs », ce à quoi Sophie répond « si on leur donne la main, ils ne seront pas à l'écoute, c'est mécanique, c'est une autorité indépendante » (Observation, réunion de décisions autour des trois expérimentations Ipep, Peps et Épisode de soins, 04/21).

Les enjeux organisationnels des différents acteurs sont clairs : d'un côté la HAS ne peut ni piloter le questionnaire comme elle l'entend, de l'autre elle possède une expertise et une légitimité scientifique irremplaçable pour les économistes administratifs. Ces derniers constatent cependant le décalage croissant entre le protocole scientifique et les attentes des professionnels de santé. Afin de ménager les professionnels libéraux, les membres de la Cnam sont partisans de modifier les modalités de recueil du questionnaire, quitte à perdre la légitimité scientifique de la HAS. Se rajoute à cette configuration organisationnelle une difficile coordination avec l'équipe technique de la plateforme au sein de la Cnam pendant cette même période. Les expérimentations sont en effet dépriorisées par les services techniques pendant la période Covid (2020-2022), les ressources humaines étant réorientées autour de la gestion de la pandémie (traçage des cas, gestion de la vaccination et des « pass sanitaires »).

Le seuil de 1 000 réponses nécessaires pour valider la scientificité du questionnaire est finalement atteint au premier trimestre 2022, alors que le questionnaire était initialement pensé comme une évaluation annuelle. À partir de ces 1 000 réponses, l'équipe de la HAS réalise une analyse des taux de réponses aux différentes questions, qui conduit à invalider le questionnaire en raison de trop nombreuses questions où les patients ont répondu ne pas être « concernés ».

> « Le problème était lié à la définition de la population, donc c'était plutôt quelque chose d'ordre conceptuel en fait (…). Déjà, c'est un questionnaire qui porte sur deux expérimentations différentes avec un souhait en fait de la part des structures d'administrer le questionnaire à l'ensemble de la patientèle (…). Je pense que quand même, normalement, le questionnaire était quand même conçu pour être administré aux populations qui sont concernées en fait par les expérimentations, donc plutôt un suivi multidisciplinaire des patients ayant des pathologies chroniques (…). On a vu énormément de résultats où les patients n'avaient pas choisi une des modalités principales, mais des modalités de sortie type "je n'étais pas concerné", etc. » (Entretien, Sandra T., docteure en épidémiologie, HAS, 09/23).

Pour l'équipe de la HAS, il s'agit principalement d'une mauvaise définition de la population : les questionnaires sont envoyés à l'ensemble de la patientèle suivie, tandis que la HAS recommande de cibler le questionnaire sur les patients les plus concernés par l'expérimentation. Cette problématique est spécifique aux soins primaires : les expérimentations, ciblant les médecins généralistes, ne concernent pas des patients faciles à définir par leur état de santé. De plus, le suivi en soins primaires ne constitue pas un évènement circonscrit contrairement à une hospitalisation et s'inscrit davantage dans le quotidien.

Suite à l'invalidation du questionnaire, les économistes administratifs reprennent le questionnaire en fonction des recommandations de la HAS, de manière à le rendre plus court. La dernière version du questionnaire comporte une première partie de cinq questions ciblant toute la patientèle, portant sur le dernier rendez-vous chez un médecin généraliste ou une infirmière ; puis une seconde partie de quinze questions pour les patients ayant un suivi régulier. De plus, les questions portant sur les caractéristiques sociales des patients ont été supprimées de manière à alléger le questionnaire. L'effet potentiel des caractéristiques sociales s'en trouve invisibilisé.

L'équipe de la HAS accepte finalement la mise en œuvre d'autres modalités de recueil, notamment la mise en place d'un QR code [88] qui permet aux patients de s'inscrire indépendamment des professionnels de santé, et la possibilité de remplir les questionnaires sur le lieu de soin avec un ordinateur à disposition. Ces nouvelles modalités de recueil sont acceptables pour la HAS, notamment car elles ne demandent pas de ressources supplémentaires de la part de l'agence sanitaire.

À propos de cette diversification des modalités de recueil, les économistes de la Cnam parlent volontiers d'une « expérimentation dans l'expérimentation ».

> En plénière Ipep, Louise C., médecin-économiste de la Cnam, présente aux professionnels de santé les dernières avancées sur le questionnaire d'expérience patient. Elle explique que l'année passée, la HAS n'a pas validé le questionnaire. « On a repris les travaux à la suite de ça sur la révision du questionnaire en lui-même, avec l'idée d'aller au-delà des préconisations de la HAS. Nous allons tester de nouvelles modalités de recueil, faire une expérimentation dans l'expérimentation ! » (Observation, plénière Ipep, 01/23).

[88] Les QR codes (pour *quick response codes*) sont des codes-barres lisibles par un téléphone portable connecté, qui renvoient à un lien informatique.

Les économistes de la Cnam s'affranchissent partiellement des recommandations de la HAS pour adopter une démarche plus inductive, qu'ils décrivent comme expérimentale et qui se conforme davantage aux attentes des professionnels de santé.

De plus, la HAS recommande de réaliser des « campagnes » pour le recueil et l'envoi des questionnaires, de manière à ce que le patient reçoive le questionnaire à proximité d'une consultation. Grâce à ces campagnes, le seuil des 1 000 réponses est atteint en quelques mois, et l'équipe de la HAS valide finalement le questionnaire en septembre 2023.

La trajectoire du questionnaire d'expérience du patient montre que l'expérimentation est un temps de conception de l'instrument d'action publique et de ses outils davantage qu'un temps de mise en œuvre. Plus encore, la lenteur non anticipée avec laquelle ces outils sont fabriqués révèle les différentes conceptions que les acteurs y projettent. Dans le cas du questionnaire d'expérience patient, l'équipe de la HAS souhaite élaborer un outil respectant ses normes scientifiques, tout comme les économistes du ministère de la Santé. Les professionnels de santé et les économistes académiques de l'Irdes critiquent ces mêmes normes scientifiques et y opposent des arguments de faisabilité et de représentativité sociale. Les économistes de la Cnam, au centre de ces interactions, tentent de concilier les différents acteurs sans toujours y parvenir. Le questionnaire final présente un amendement de certains critères de la HAS, notamment sur les modalités de recueil. Ces compromis ne répondent cependant pas aux critiques formulées par les économistes académiques et les professionnels, puisque les nouvelles modalités de recueil ne permettent pas nécessairement de mieux prendre en compte les patients éloignés du numérique ou moins lettrés. De plus, les nouveaux questionnaires ne prennent plus en compte les dimensions sociales, ce qui participe à invisibiliser les effets des modes de recueil.

1.2. Un amenuisement des outils… et des économistes

La trajectoire du questionnaire d'expérience du patient dans les expérimentations Ipep et Peps est similaire à celle d'autres indicateurs de qualité spécifiques aux soins primaires, élaborés à l'occasion des expérimentations. Les difficultés rencontrées dans la conception de ces outils amènent les économistes administratifs à progressivement renoncer à plusieurs des nouveaux indicateurs spécifiques aux soins primaires (1). Les économistes de la DSES à la Cnam détiennent à la fois l'expertise technique, mais sont également au centre des interactions entre les différents groupes d'acteurs. Leur rôle gagne en importance au fil de l'expérimentation,

alors que les économistes administratifs du ministère réduisent leur implication dans les expérimentations (2).

Un abandon progressif des indicateurs spécifiques aux soins primaires

Dans l'expérimentation Ipep et Peps, les économistes administratifs rencontrent d'importantes difficultés dans la conception d'indicateurs de qualité spécifiques aux soins primaires, à l'image de la trajectoire du questionnaire d'expérience du patient.

Dans le modèle économique Ipep, sept des dix indicateurs de qualité sont automatisés et calculés en routine par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), avec laquelle aucune difficulté de coordination n'est déclarée. Ce sont des indicateurs liés aux soins hospitaliers. Les nouveaux indicateurs développés (voir encadré ci-dessous) devaient permettre une meilleure prise en compte des actions des professionnels de soins primaires.

Encadré n° 1 : liste des indicateurs de qualité non automatisés dans le modèle Ipep

- Indicateur de prévention et de promotion de la santé, qui consiste en un questionnaire déclaratif, complété par les professionnels de santé et évalué par les économistes administratifs.
- Indicateur de la qualité de la lettre de liaison à l'entrée en hospitalisation programmée (recueil *ad hoc* via la remontée des données des professionnels de santé), évalué par la HAS.
- Indicateur d'usage des dossiers numériques (messagerie sécurisée, dossier médical partagé, système « *e-santé* » régional), évalué par un service spécialisé à la DGOS.
- Indicateur d'expérience du patient, évalué par la HAS.

Ces indicateurs non automatisés sont élaborés pour moitié par la HAS, pour l'autre par la DGOS au ministère de la Santé. Comme pour le questionnaire d'expérience des patients, l'objectif est de standardiser des indicateurs qui pourront être automatisés à la fin de l'expérimentation. Leur mise en œuvre sollicite beaucoup de travail, sans que les économistes parviennent à automatiser leur recueil et leur évaluation. Les économistes administratifs concluent finalement que de tels indicateurs ne peuvent être mis en place à l'échelle nationale, comme le montre ici le cas du questionnaire de prévention.

> Durant le comité de pilotage, Louise C., médecin économiste à la Cnam chargée de la coordination autour des indicateurs de qualité, fait un point sur l'indicateur

> de prévention. Elle explique que le « *scoring* », le fait d'attribuer un score aux organisations à partir du questionnaire, est compliqué. Elle soulève la question de la généralisation « il faut se demander ce qu'on veut en faire par la suite, qu'est-ce qui peut être applicable ou généralisable, parce que ça prend énormément de temps, pour les groupements pour le renseigner, et pour nous pour le "scorer". » (Observation, comité de pilotage Ipep, 10/21).

En effet, le questionnaire de prévention a été revu chaque année par les économistes administratifs pour l'améliorer. Tout le processus est réalisé sans automatisation. Les professionnels de santé remplissent le questionnaire de manière déclarative ; puis les économistes administratifs attribuent un score par questionnaire après une concertation collective. Le travail de gestion de ce questionnaire est considérable. Étendre le questionnaire à un nombre plus large d'organisations de santé, en l'absence d'un processus automatisé, apparait inenvisageable.

Dans l'expérimentation Peps, les économistes administratifs ont davantage anticipé la difficulté d'élaborer des indicateurs non automatisés. Ils avaient donc limité le recours à de tels indicateurs dans la conception du modèle économique.

> « On a essayé de ne pas avoir d'indicateurs qui étaient déclaratifs, alors qu'Ipep en a. C'est une des principales différences (…). Ça permet de simplifier le recueil, d'alléger la charge de travail pour les participants (…). C'est la même raison pour laquelle l'ajustement se fait sur des données qui sont disponibles par ailleurs » (Entretien, Audrey G., économiste administrative, médecin de santé publique formée à l'économie, DSS, 10/19).

Quelques indicateurs spécifiques au forfait concernant uniquement la patientèle diabétique restent à élaborer. Ces indicateurs sont construits à partir de la littérature médicale pour mesurer certains résultats cliniques. Les économistes administratifs devaient organiser le recueil des données, tandis que les médecins étaient censés prescrire des examens biologiques et faire remonter les résultats des patients. Ces indicateurs non automatisés sont abandonnés en 2021 en lien avec le retrait de la grande majorité des organisations participant au forfait pour la patientèle diabétique.

Les difficultés rencontrées dans la conception des indicateurs de qualité spécifiques aux soins primaires ont deux effets principaux. D'une part, d'un point de vue organisationnel, ils traduisent un désengagement du ministère de la Santé, qui n'a pas les moyens de concevoir ces

outils. D'autre part, dans les modèles économiques, les dimensions de qualité se raréfient. Cette évolution des modèles se fait discrètement et ne suscite pas de résistance de la part des professionnels de santé (qui valorisent pourtant ces indicateurs), car elle est masquée par le processus expérimental où aucun outil (indicateurs de qualité, calcul de l'efficience) n'apparait figé.

Le rôle devenu stratégique des économistes de l'Assurance maladie

L'abandon progressif des indicateurs de qualité non automatisés va avoir pour effet de renforcer les divisions du travail entre économistes administratifs du ministère de la Santé et la Cnam. Au départ, les membres de la Cnam s'occupaient des dimensions liées aux dépenses dans le modèle, et ceux du ministère se positionnaient davantage sur les indicateurs de qualité. Progressivement, la gestion du modèle va être entièrement réalisée par la Cnam. Le ministère de la Santé prend une place moins stratégique dans le pilotage des expérimentations, les membres de la Cnam s'occupant également beaucoup des relations avec les professionnels de santé. Durant les plénières, les membres de la Cnam sont en première ligne pour présenter les modèles aux professionnels de santé. Ce renforcement de la place de la Cnam se fait sans tension : les managers au ministère de la Santé ne cherchent pas à conserver le pilotage des expérimentations. Le *turnover* est plus marqué côté ministère que côté Cnam. Par ailleurs, la pandémie de Covid-19 a davantage affecté les services des ministères que ceux de la DSES à la Cnam. Les membres de la DSES n'ont pas travaillé sur la gestion de la pandémie. De leur côté, certains membres du ministère de la Santé, particulièrement au sein de la DSS, ont vu leurs missions sur les expérimentations être dépriorisées au moment du premier confinement pour se voir confier des missions liées à la pandémie. De manière plus globale, la crise sanitaire a entraîné un nouvel agenda politique, qui affecte davantage les équipes du ministère que celles de la Cnam, notamment autour du Ségur de la Santé, aboutissant à plusieurs mesures annoncées en juillet 2020.

Les membres de la Cnam ont également une position stratégique pour faire le lien avec les différents acteurs qui participent à la fabrique des modèles ou au pilotage des expérimentations. La Cnam conclut avec la HAS, l'ATIH et l'Agence nationale d'appui à la performance (Anap) les lettres de mission qui définissent leur rôle dans les expérimentations. La Cnam contractualise avec les nombreux cabinets de conseil qui interviennent pour accompagner les professionnels de santé, réaliser la « maîtrise d'ouvrage » pour les économistes administratifs ou plus ponctuellement réaliser des missions techniques liées à la plateforme ou au développement d'indicateurs. Enfin, plusieurs expertises techniques telles que le service

juridique ou la gestion de la plateforme informatique sont réalisées en interne à la Cnam, par d'autres services que ceux de la DSES. Les membres de la DSES se situent au carrefour de ces différents acteurs, centralisant les informations et l'accès aux ressources.

Cette position d'interface est une source de pouvoir pour les acteurs de la DSES. Au fil du processus expérimental, la place grandissante de la DSES va se traduire dans des dimensions plus stratégiques de pilotage des expérimentations. Progressivement, les managers et directeurs de la DSES prennent davantage d'importance dans les prises de décisions routinières liées aux expérimentations.

Ainsi, l'expérimentation Ipep était initialement portée par le ministère de la Santé, notamment en lien avec la DGOS. La manageuse, Virginie L., économiste spécialisée, était initialement rattachée au Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales, dans l'équipe de la rapporteure générale. La rapporteure générale participait d'ailleurs régulièrement aux comités de pilotage au début de l'expérimentation. En 2020, Virginie L. quitte ses fonctions au ministère. Le pilotage de l'expérimentation Ipep au sein du ministère est repris par une adjointe au chef de bureau au sein de la DGOS, avec une position hiérarchique moindre que celle détenue auparavant par Virginie L. Le nombre de personnes en charge du projet diminue côté ministère.

> « Côté ministère, tout le monde a un peu bougé. D'abord, je pense que si l'on compte dans l'équipe côté ministère, il devait y avoir quatre personnes au départ, donc un vrai investissement. Et aujourd'hui, il y en a une (…). On a eu des périodes de creux où cela a été super compliqué parce que l'on n'avait pas de… C'est quand même un gros boulot et au global, on est peu et il n'y avait plus assez de ressources côté ministère » (Entretien, David L., économiste administratif, formé en master d'économie, Cnam, 07/23).

De l'autre côté, David L., économiste spécialisé et chef de département à la Cnam, continue le pilotage de l'expérimentation côté Cnam. Il devient le principal interlocuteur des professionnels de santé : « du coup, vis-à-vis des expérimentateurs, moi, j'ai pris une posture différente c'est-à-dire que de fait, je suis devenu leur référent » (David L. économiste spécialisé, Cnam, 09/23).

Au printemps 2021, Olivier M., médecin-économiste, son supérieur à la DSES à la Cnam et pilotant Peps, demande à augmenter son information sur l'expérimentation Ipep au moyen de comptes-rendus hebdomadaires.

> Étienne F., consultant, explique que l'équipe Peps envoie chaque semaine un « *flash report* » [compte-rendu synthétique d'une page] à Olivier M., et qu'Olivier a suggéré en « inter-AMI » [réunion où s'actent des décisions communes aux trois expérimentations Ipep, Peps et Épisode de soins] qu'Épisode de soins et Ipep fassent la même chose. Alice M., consultante, rajoute : « Le *flash report* c'est un outil de *reporting* qu'on utilise, on transfère tous les vendredis à Olivier pour donner les faits marquants, faire les arbitrages. C'est très utile sur Peps, on a souvent besoin d'arbitrage, c'est important pour Olivier de garder un œil, il ne peut pas participer à toutes les réunions » (Observation, comité de pilotage Ipep, 04/21).

À partir de cette date, Olivier M. s'investit davantage dans le pilotage d'Ipep et dans les décisions stratégiques liées à l'expérimentation, bien que le management quotidien continue d'être réalisé par David L. Le pilotage des deux expérimentations, au départ très distinct, devient davantage intégré au sein de la DSES. Olivier M. assiste aux dernières plénières Ipep. Au fil du processus expérimental, on observe donc un double mouvement de retrait des économistes du ministère et d'investissement croissant de la DSES dans la mise en œuvre de l'expérimentation Ipep, sans augmentation des ressources opérationnelles.

Du côté de Peps, l'expérimentation était initialement portée uniquement par la DSS au ministère de la Santé. Les premières années de mise en œuvre de l'expérimentation sont marquées par des tensions entre la Cnam et le ministère. Ces tensions portent principalement sur le montant à attribuer aux professionnels de santé : les économistes de la Cnam seraient en faveur d'un forfait assez généreux, permettant aux médecins généralistes de réinvestir dans l'organisation des soins au-delà de leur propre rémunération. Les économistes de la DSS promeuvent un modèle strictement substitutif, où l'écart entre paiement à l'acte et paiement au forfait est encadré. C'est cette seconde solution qui est retenue dans la mise en œuvre du forfait.

À partir de 2020 cependant, la Cnam prend une place croissante dans le suivi des expérimentations. Le manager de la DSS au ministère de la Santé n'assiste plus systématiquement aux réunions, le ministère étant la plupart du temps représenté par une chargée de mission. Côté Cnam, Olivier M. devient le temps de l'expérimentation le décideur principal, comme en témoignent ces échanges amusés lorsqu'il arrive en retard à un comité de pilotage.

> Le comité de pilotage débute. La consultante dresse l'ordre du jour, mais Olivier M. n'est pas arrivé. Sarah A., chargée de mission à la DSS, est embêtée : « on doit attendre Olivier pour certains points… Pour parler de la MSP des Agapanthes, il faut l'attendre, pour parler du centre de santé de Pérouac aussi… » Anaïs R., économiste spécialisée à la Cnam, plaisante : « c'est le pilier ! », et Sarah confirme « sans lui, on peut rien faire » (Observation, comité de pilotage Peps, 03/22).

Les décisions importantes continuent d'être formellement prises par le Comité technique de l'innovation en santé (CTIS), en lien avec la rapporteure générale, mais le pilotage des expérimentations devient plus régulièrement assuré par les économistes de la DSES au sein de la Cnam.

Le retrait du ministère n'est pas nécessairement à l'avantage des économistes de la Cnam, même si cela leur donne une plus grande marge de manœuvre dans la mise en place des expérimentations. En effet, comme le souligne David L., la Cnam n'investit pas davantage de ressources humaines alors que le ministère en retire. Les économistes administratifs peinent à atteindre leurs objectifs, faute de temps. Les difficultés rencontrées dans la mise en place des indicateurs de qualité sont symptomatiques de ce manque de ressources.

2. Justesse, justice et pouvoir discrétionnaire dans les modèles

Les modèles attribuent des valeurs financières aux pratiques des professionnels en les mesurant et en les classant, permettant d'organiser la distribution de l'argent (Barraud de Lagerie et al., 2013 ; Benoît et Nouguez, 2018 ; Espeland, 2001 ; Vatin, 2013). L'élaboration de ces modèles suppose une forme d'automatisation des processus d'évaluation et de valorisation, s'appuyant sur la comparaison entre les données de consommation de soins des patients affiliés aux médecins traitants des organisations et les moyennes nationales. Les économistes administratifs et les statisticiennes s'appuient sur des critères techniques pour estimer du bon fonctionnement des modèles, recherchant une stabilité statistique. Cependant la fabrique des modèles économiques n'est pas que technique : les algorithmes sont à la fois dépendants des données disponibles et influencés par les représentations de ceux qui les conçoivent (Levay et al., 2020 ; Tighanimine, 2023).

La fabrique des modèles algorithmiques se fait au sein de la DSES à la Cnam, dont les membres sont les seuls à avoir accès aux données de dépenses de santé et possèdent en interne les

compétences statistiques. Ces modèles algorithmiques ont des objectifs différents. Dans Ipep, le calcul de l'efficience cherche à estimer les effets des actions des professionnels d'une organisation de santé sur les dépenses de santé de la patientèle affiliée aux médecins traitants, avec une double injonction à améliorer ces résultats de manière évolutive et à les maintenir en dessous de la moyenne nationale. Dans Peps, l'algorithme vise à modéliser les dépenses des patients en soins médicaux et en soins infirmiers selon certaines caractéristiques (âge, genre, affection longue durée, complémentaire santé…). L'algorithme doit déterminer pour chaque patient un montant annuel aussi proche que possible de sa consommation à l'acte[89]. On aurait pu s'attendre à ce que la fabrique de ces modèles réponde à une exigence d'objectivité et de scientificité (Porter, 1995 ; Rose, 1999). Pour autant, les économistes et statisticiennes de la DSES à la Cnam apprécient les modèles selon des critères moraux, cherchant à ce que les algorithmes attribuent une « juste » valeur aux organisations de santé (Boltanski et Esquerre, 2016). Ces acteurs s'appuient sur plusieurs critères pour déterminer quelle valeur est « juste ».

Tout d'abord, les valeurs attribuées doivent s'inscrire dans un *continuum* avec les rémunérations que les professionnels obtiennent dans le mode de rémunération à l'acte et plus largement sur le marché du travail, dans un principe que Étienne Nouguez et Cyril Benoît qualifient de justesse marchande (2017). Cette justesse marchande est cruciale pour les économistes administratifs : elle permet de maintenir l'enrôlement des professionnels (en les rémunérant assez) tout en concevant des modèles qui puissent être généralisés (en respectant la maîtrise des coûts).

En outre, dans le cas de la fixation des prix des médicaments remboursés, Étienne Nouguez et Cyril Benoît montrent que les acteurs mobilisent également des valeurs morales dans la détermination des prix. Les acteurs peuvent alors porter différentes conceptions de ce qui est juste socialement (Nouguez et Benoît, 2017). Dans le cas des économistes administratifs, j'observe qu'ils mobilisent principalement des valeurs méritocratiques pour déterminer si l'allocation des financements est juste. Le mérite s'inscrit dans leur style de raisonnement économique : dans la conception économique de la causalité, il est possible d'identifier les effets des actions des professionnels de santé sur la consommation de soins des patients ou sur la qualité des soins reçus. Les incitations économiques permettent à la fois de déclencher ces actions, mais aussi de les récompenser. Les économistes administratifs sont ainsi soucieux de

[89] Par exemple, on peut facilement supposer que la consommation annuelle de soin d'une jeune femme en bonne santé sera plus faible que celle d'un homme âgé polypathologique. Le forfait pourrait, de manière hypothétique, attribuer 25 euros à la première (estimant une consultation par an) et 300 euros au second (estimant 12 consultations par an).

concevoir des modèles qui permettent d'identifier clairement les causalités ; qui incitent les professionnels de santé ; et qui respectent les impératifs budgétaires.

De plus, ces calculs ne sont pas exempts d'une forme de pouvoir discrétionnaire. La littérature sociologique a mis en évidence le pouvoir discrétionnaire des *street-level bureaucrats*, fonctionnaires aux guichets qui maîtrisent les incertitudes liées à l'application de la règle dans les dossiers qu'ils traitent (Dubois, 2015 ; Lipsky, 1980). Mark Bovens et Stavros Zouridis proposent d'appliquer cette notion au niveau institutionnel dans le cas de concepteurs de systèmes d'information (2002). Ces derniers effectuent des choix qui affectent la mise en œuvre pratique des politiques, traduisent les cadres légaux en algorithmes et maîtrisent ces incertitudes au niveau de l'institution (*system-level bureaucracy*) et non plus à celui des interactions avec les bénéficiaires (Bovens et Zouridis, 2002). Dans la fabrique des modèles, les différentes administrations de la santé ont des rôles et des positions différenciées. Les économistes de la Cnam cherchent à rendre les modèles accommodants pour les professionnels libéraux, pratiquant un pouvoir discrétionnaire au niveau de l'institution. De leur côté, les économistes au ministère priorisent la perspective de la généralisation en insistant sur la maîtrise des dépenses. Ainsi, dans la conception d'Ipep, les économistes de la Cnam assouplissent progressivement le modèle devant le constat que les organisations de santé obtiennent peu de rémunération avec le modèle originel (1). De plus, la fabrique de Peps est révélatrice de l'inégale prise en compte des médecins et des infirmières par les économistes administratifs, qui peinent à élaborer une rémunération forfaitaire pluriprofessionnelle (2). Par ailleurs, dans Ipep comme dans Peps, les économistes de la Cnam intègrent progressivement les contextes territoriaux dans la modélisation de manière à mieux saisir l'imputabilité des actions des professionnels de santé (3). Enfin, les économistes exercent également un pouvoir discrétionnaire direct dans l'attribution de financements marginaux, dont l'allocation repose en partie sur des critères non objectivés (4).

2.1. Un adoucissement du modèle économique (Ipep)

Au moment de la conception d'Ipep, les économistes académiques et administratifs s'inspiraient des *Accountable care organizations* américains[90]. Ces contrats sont proposés par un « payeur » (assurance privée ou publique) à des « offreurs de soins » (hôpitaux ou autre forme de regroupement de professionnels de santé), engageant les premiers à faire des économies en leur en redistribuant une partie (Spivack et al., 2023). Ces instruments ont pour

[90] Voir en détail dans le chapitre 1.

objectif central la baisse des dépenses de santé, particulièrement élevées aux États-Unis. Dans le contexte français, l'instrument Ipep est avant tout pensé comme un moyen d'inciter les professionnels de soins primaires à mieux se coordonner avec les acteurs hospitaliers, mais intègre également un calcul de « l'efficience » des organisations. L'on aurait pu s'attendre à ce que dans la fabrique du modèle, la dimension de maîtrise des dépenses soit centrale. Pour autant, les économistes administratifs de la Cnam se saisissent d'éléments imprévus tels que la pandémie de Covid-19 (1) puis un contexte budgétaire favorable (2) pour assouplir le modèle afin de mieux valoriser les organisations de santé. Ces ajustements sont révélateurs des liens d'interdépendances entre les membres de la DSES à la Cnam et les professionnels libéraux.

Le Covid-19, une crise imprédictible pour le modèle

La pandémie de Covid-19, survenue la seconde année de l'expérimentation, perturbe la mise en place du modèle Ipep. Durant le premier confinement, de mars à mai 2020, les dépenses en consommation de soins de ville baissent fortement. Les dépenses dans leur ensemble, en revanche, augmentent (+6,5% par rapport à 2019), en lien avec l'accroissement des indemnités journalières qui rémunèrent les personnes en arrêt maladie. Or une partie importante des rémunérations Ipep dépend de la comparaison des dépenses des organisations avec les moyennes nationales et avec l'année antérieure. La pandémie affecte aussi les indicateurs de qualité relatifs aux hospitalisations, en lien avec la prise en charge des patients atteints de Covid-19, et les déprogrammations des interventions et des examens médicaux durant le confinement. Comment prendre en compte de telles variations dans la consommation de soins alors que le modèle s'appuie sur des données moyennes ?

Les économistes administratifs envisagent d'abord d'appliquer le modèle économique en essayant de neutraliser les effets liés à la pandémie, c'est-à-dire en excluant du modèle les dépenses spécifiquement liées au Covid. Cette solution est cependant vite écartée en constatant que certaines organisations ont des dépenses de santé très basses. Les économistes considèrent que l'application du modèle à l'année 2020 pourrait valoriser le non-recours au soin durant la pandémie.

> Lors d'un comité de pilotage, David L., économiste spécialisé de la Cnam, explique que si une organisation de santé a plus dépensé qu'au niveau national, « c'est plutôt une bonne chose, c'est que ce sont des patients qui ont pu être suivis, mais dans le modèle Ipep ils seront pénalisés ». Il précise qu'ils n'ont pas

encore les données et les attendent pour pouvoir se prononcer (Observation, comité de pilotage Ipep, 04/21).

Les économistes sont soucieux d'obtenir des résultats justes. Dans ce cas, la réduction des dépenses de santé est liée à la pandémie et non aux actions des organisations de santé. Valoriser une baisse des dépenses pourrait favoriser des organisations ayant été moins actives durant la crise sanitaire, moins méritantes aux yeux des économistes. Pour éviter cela, les économistes de la Cnam proposent de reconduire les résultats de l'année antérieure pour les organisations sélectionnées en 2018, qui en sont à leur seconde année de financement Ipep[91]. Cette option est cependant moins défendue par les économistes du ministère de la Santé.

Comité de pilotage Ipep. En prévision du CTIS de septembre qui actera les décisions, « l'équipe nationale » discute de la meilleure option pour prendre en compte la pandémie de Covid-19 dans le modèle économique. David L., économiste spécialisé à la Cnam, explique que certaines organisations ont eu un ralentissement à cause de l'épidémie, certaines actions ont été décalées. Certaines organisations demandent la prolongation de l'expérimentation. La consommation de soins a été fortement impactée par la pandémie, ce qui rend difficile le calcul des gains d'efficience et des indicateurs liés aux hospitalisations. Appliquer le modèle sur les données de l'année 2020 semble compliqué. Déborah C., statisticienne à la Cnam, a travaillé sur trois options :

1. Les organisations de santé ne touchent que des crédits d'amorçage.
2. Les organisations obtiennent la même rémunération qu'en 2020, à partir des données 2019.
3. Les organisations obtiennent un montant par patient à partir de la moyenne des sommes attribuées par patient à toutes les organisations de santé participant à l'expérimentation en 2020, à partir des données 2019.

Déborah explique qu'avec l'option n° 3, certaines organisations seraient perdantes (celles qui avaient eu de bons résultats l'année précédente), « alors qu'elles sont très impliquées dans le projet ». Les économistes de la Cnam

[91] En effet, les organisations ont été sélectionnées en deux temps : une première « vague » en 2018 et une seconde en 2019. Les organisations entrées dans l'expérimentation en 2019 commencent à être rémunérées au financement incitatif en 2021, l'année 2020 étant considérée comme une année de lancement, financée par les crédits d'amorçage.

> orientent vers l'option n° 2. Sophie L., économiste administrative du ministère, rétorque qu'elle aurait plutôt retenu l'option n° 1. Celle-ci est de loin l'option la moins coûteuse selon les estimations de Déborah : les organisations recevraient au total 1,2 million d'euros de moins qu'en 2020. David L. argumente que beaucoup y perdraient, et que « l'option 2 semble inattaquable du point de vue des groupements ». C'est l'option qui est finalement retenue par « l'équipe nationale » (Observation, comité de pilotage Ipep, 07/21).

L'option retenue est la plus valorisante pour les organisations de santé. Les arbitrages réalisés par les membres de la Cnam traduisent une volonté de reconnaitre « l'implication » des professionnels de santé dans l'expérimentation et d'adopter une posture accommodante avec eux.

De plus, les membres de la Cnam proposent de transformer le modèle économique en reconduisant les crédits d'amorçage une année de plus en cas d'une absence de résultats dans le modèle économique. Cette proposition vient en réponse à des professionnels de santé qui ont demandé la prolongation de l'expérimentation, jugeant son développement freiné par la pandémie. L'ensemble de ces propositions sont validées par le CTIS.

Présentées en plénière aux organisations de santé, elles sont reçues avec enthousiasme par les professionnels libéraux, leur permettant un maintien des financements.

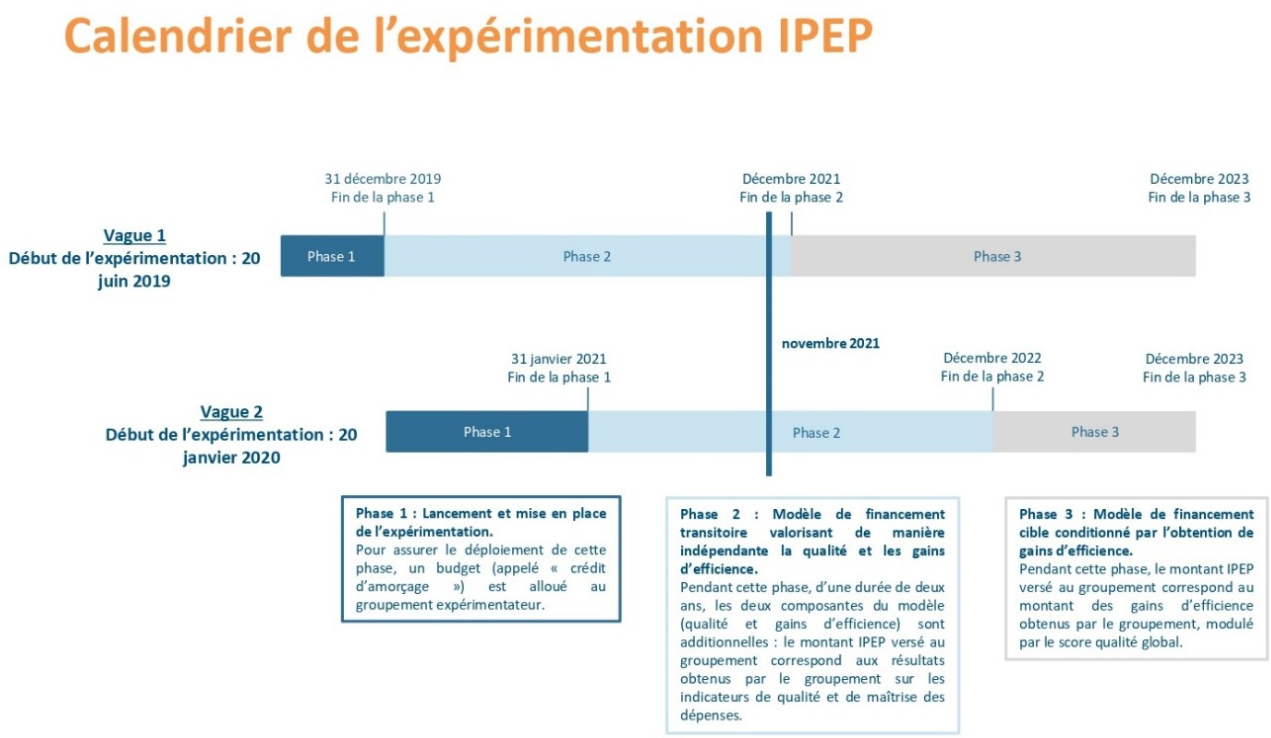
> La plénière Ipep se tient en visioconférence. « L'équipe nationale » conclut la plénière en expliquant les décisions relatives à l'année Covid. Justine G, chargée de mission à la DGOS, souligne que le CTIS a décidé de ne pas prolonger l'expérimentation, mais de maintenir une année supplémentaire le mécanisme de garantie budgétaire [les crédits d'amorçages]. David L., économiste spécialisé à Cnam rajoute : « c'est une prolongation de la sécurité, le temps de l'expérimentation. Est-ce que cette solution vous semble satisfaisante à ce stade ? » Dans la messagerie du logiciel de visioconférence, les médecins réagissent avec enthousiasme dans le Tchat [retranscription des réactions écrites] : « très correct », « OUI MERCI », « logique ! » ou encore « C'est une très bonne nouvelle pour les groupements et pour tous les professionnels engagés dans la démarche. Merci beaucoup ! » (Observation, plénière Ipep, 11/21).

Dans le contexte exceptionnel de la pandémie du Covid-19, la reconduction des crédits d'amorçage est un premier adoucissement du modèle, permettant de garantir un revenu minimal aux organisations participantes pendant une année de plus.

De trop rares « gagnants » dans le calcul de l'efficience

Ce premier adoucissement est cependant temporaire : le modèle économique prévoit à partir de 2023 un raffermissement des modalités d'attribution de financements pour les organisations sélectionnées en 2018.

Cet extrait de PowerPoint rappelle les différentes phases de l'expérimentation Ipep. À partir de l'année 2022, les organisations sélectionnées en 2018 (dites « vague 1 »)[92] doivent passer au financement de la « phase 3 ». Ces organisations ne bénéficieront plus des crédits d'amorçage. En phase 1 et 2 du modèle, les financements étaient dépendants des gains liés à la qualité et/ou à l'efficience. En phase 3, les professionnels de santé doivent avoir obtenu des gains liés à l'efficience, les financements liés à la qualité dépendant à présent.



Document interne : Extrait de PowerPoint diffusé en plénière Ipep, 11/21

[92] Comme expliqué dans le chapitre 2, les organisations de santé ont été sélectionnées en deux temps : un premier groupe en 2018 a participé aux « séances de coconstruction », et un second ensemble a été sélectionné en 2019. Pour les organisations sélectionnées en 2019, la mise en place du modèle économique est décalée d'une année.

Sophie L., économiste administrative au ministère, avait insisté en juillet 2021, au moment du premier assouplissement, sur l'importance de conserver cette troisième phase du modèle économique.

> Sophie L., économiste administrative, ministère de la Santé : « En 2024 on verse au nom de 2023. Moi je trouve ça gênant de ne pas arriver au modèle à la fin, au calcul uniquement sur l'efficience, sans garantie, même si c'est pour la dernière année. Le modèle dans son essence, c'est que si t'as pas de résultats, t'as rien. Ça me parait important pour les enseignements. Je pense qu'il faut aller jusqu'au bout de la logique. On est à la moitié de l'expérimentation, l'année prochaine, vous faites un système avec garantie, et la dernière année on le fait vraiment. C'est important au niveau de la théorie, du modèle » (Observation, comité de pilotage Ipep, 07/21).

Sophie L. conçoit l'expérimentation comme une démarche scientifique, respectant une méthode hypothético-déductive permettant d'en tirer des « enseignements », une « théorie ». En cela, sa démarche se rapproche de celle des chercheurs en économie de l'Irdes, tandis que les économistes de la Cnam promeuvent une approche davantage inductive, de construction du modèle par tâtonnement qui permet des adaptations.

Les économistes de la Cnam vont obtenir le soutien inattendu du CTIS. Le comité, composé des différentes directions administratives, constate que l'expérimentation Ipep est jusqu'à présent moins coûteuse que budgétée. Cela est lié au fait que peu d'organisations de santé obtiennent de bons résultats et bénéficient de financements, contrairement aux projections initiales. En avril 2022, de premières simulations [93] sont effectuées, toujours sur les données 2019[94]. Elles montrent que la plupart des organisations risquent de ne rien gagner avec cette dernière phase du modèle économique. Les économistes de la Cnam décident de maintenir une forme de valorisation supplémentaire de la qualité, qui se ferait au moyen d'une nouvelle méthode de calcul basée sur l'attribution de points. Cette initiative est encouragée par le CTIS, afin de ne pas accroître la sous-dépense dans une logique administrative et budgétaire. Les économistes doivent définir la valeur du point de qualité qui s'insèrera dans ce nouveau modèle.

[93] Une simulation, c'est le fait d'appliquer le modèle à des données (ici celles de 2019) qui ne seront finalement pas utilisées pour le résultat définitif (puisque le modèle sera appliqué aux données de l'année 2021).
[94] Les données de l'année précédente n'arrivent que durant le second semestre. Le modèle sera appliqué sur les données 2021, mais elles ne sont pas encore disponibles. Les données 2020 sont considérées impropres à l'application du modèle, la simulation se fait donc sur les données 2019.

> David L., économiste spécialisé, Cnam, explique que la valorisation du point qualité ne repose pas « vraiment sur une méthode », c'est quelque chose « d'arbitraire ». « La valeur de ce point qualité va dépendre de l'enveloppe qu'on dépense au global, et là c'est une question de signal. Soit on passe sur un modèle plus restrictif et on baisse la valeur du point qualité, soit on fixe un point qualité un peu stable, en continuité. Sur Ipep on distribue beaucoup moins que ce qui avait été budgété, et le CTIS dit qu'il faudrait qu'on dépense plus (petit rire). » Pour lui, « c'est un choix politique ». Déborah C., statisticienne à la Cnam, renchérit : « il y a aussi un enjeu incitatif, celui de faire le lien entre l'amélioration de leur qualité, voire de la performance, et la somme touchée. Sinon on va les perdre en termes de motivation. Si un groupement a des résultats pas terribles, mais que son enveloppe augmente ou reste la même, on perd le lien avec la logique de l'incitation. On gagne plus si on est moins performant, c'est pas logique. Il y a une logique d'enveloppe globale, ensuite au niveau de chaque groupement, il faut s'assurer qu'on est bien en ligne entre son évolution et l'évolution de son enveloppe » (Observation, comité de pilotage Ipep, 04/22).

En définissant la valeur du point de qualité, les économistes et statisticiennes de la Cnam maintiennent une approche incitative des modèles économiques, en cohérence avec le style de raisonnement économique qu'ils mobilisent. Tout en remodelant le modèle pour parvenir à dépenser l'argent budgété pour l'expérimentation, les économistes sont soucieux de conserver un modèle permettant de rémunérer davantage les groupements jugés les plus performants. Les statisticiennes réalisent plusieurs simulations pour choisir une valeur permettant de respecter cet équilibre entre dépense et juste dépense. Le point de qualité est finalement fixé de 3 à 10 centimes par patient « assurant ainsi la stabilité du montant de l'enveloppe globale redistribuée aux groupements Ipep » (Document interne, rapport d'étape Ipep, 2022). Ce point de qualité finance les organisations de santé qui obtiennent de bons résultats de qualité, mais pas de performance budgétaire. Les économistes administratifs augmentent ainsi le nombre de « gagnants » dans le modèle économique.

Lorsque les économistes expliquent cette nouvelle modification du modèle aux professionnels de santé, lors d'une réunion en « plénière », ils ne reçoivent pas un accueil enthousiaste. En effet, dans le respect du principe initial du modèle économique, certaines organisations ne gagnent rien du tout lorsqu'elles n'ont pas de résultats, ni aux indicateurs de qualité ni en

matière de réduction des dépenses. Cette règle, bien qu'annoncée dès le début de l'expérimentation, contrarie les professionnels libéraux.

> David L., économiste spécialisé de la Cnam, présente le nouveau système de point à la qualité pour la dernière phase du modèle. Il annonce que malgré cela, quatre organisations ne toucheront pas d'argent en 2023. Les gains d'efficience sont « plus volatiles et imprévisibles ». Sur la méthodologie du calcul de la valeur du point, il explique que « c'est un seuil qui nous semblait avoir du sens, par rapport à des simulations sur les données 2019 ». Suite à de premières réactions désapprobatrices, il précise : « plus sérieusement, on voit quand même que l'ancien modèle est beaucoup plus restrictif, donc on vous propose une solution qui modère ce passage à un modèle purement économique, on maintient une valorisation en tant que telle de la qualité, mais on la modère ». Cette explication échoue à calmer le débat, un médecin généraliste s'exclame « là, vous êtes en train de nous dire qu'on fait tous des choses et qu'on était quand même tous perdants ? », un autre rebondit « je pense qu'on a été très investis, qu'on a tout fait du sol au plafond, on a tous dit que le Covid a aussi renforcé les coopérations, donc il y a un décalage entre les efforts qu'on a fournis, et je vous y associe, et le fait que les résultats sont faibles. Finir sur une note où on dit finalement, vous aurez un peu moins, donc on change le modèle de calcul, c'est pas positif, je le dis très calmement. » De nombreuses autres exclamations de mécontentement sont exprimées, les interactions durent plusieurs minutes dans un brouhaha important. (Observation, plénière Ipep, 03/22).

Les protestations des professionnels de santé ne portent pas tant sur la mise en place du point de qualité (qui sera conservée) que sur les résultats du modèle. Ils mettent en avant leurs bonnes pratiques pour étayer que ces résultats ne viendraient pas de leur manque de mérite, mais de l'incapacité du modèle à saisir leurs actions. Cette rhétorique n'est d'ailleurs jamais niée par les économistes administratifs, qui, soucieux de maintenir l'enrôlement des professionnels libéraux, continuent d'avancer que le modèle sera retravaillé pour mieux prendre en compte leurs pratiques. Ainsi, dans les interactions entre professionnels de santé et économistes, les modèles économiques ne sont pas présentés comme des objets techniques neutres et scientifiques, à rebours des représentations sociales associées à la quantification (Bartl et al., 2019 ; Boullier et al., 2021). Au contraire, les économistes font attention à souligner les limites inhérentes aux modèles. La démarche de fabrique par tâtonnement des modèles leur permet

également de justifier les ajustements successifs comme liés au processus expérimental – là ils où sont également liés à leur manque de ressources, mais aussi à leur volonté de valoriser les actions des professionnels libéraux.

2.2. Un modèle par et pour les médecins généralistes (Peps)

Contrairement au modèle économique Ipep, le modèle économique Peps a été relativement peu impacté par la pandémie de Covid-19. En effet, les médecins généralistes sont rémunérés selon le nombre de patients médecins traitants affiliés, qui n'est pas modifié par la baisse de la consommation de soins de ville durant le premier confinement en 2020. Pour autant, le modèle mis en place s'écarte également de celui conçu avec les professionnels de santé en 2018-2019.

En effet, le modèle Peps est originellement pensé comme un moyen d'accroître la coopération pluriprofessionnelle entre médecins généralistes et infirmières libérales, visant notamment à augmenter la délégation de tâches entre ces professions. Dans sa mise en place, les économistes administratifs peinent pourtant à articuler la modélisation des dépenses des deux groupes professionnels. La fabrique du modèle Peps est révélatrice de la place inégale des médecins et des infirmières libérales dans la conception de l'instrument, alors que les économistes administratifs renoncent à modéliser un forfait pour les infirmières libérales (1). Ils encouragent alors la coopération avec des infirmières salariées, sans qu'elles ne soient prises en compte dans la nouvelle modélisation (2).

L'abandon du forfait pour les infirmières libérales

Dès l'année 2019, les statisticiennes de la Cnam rencontrent des difficultés pour modéliser le forfait infirmier. Ces difficultés sont liées à la fois à la spécificité des actes infirmiers (qui sont très variés), mais aussi au calcul du modèle à partir de la patientèle des médecins traitants.

Tout d'abord, les infirmières, contrairement aux médecins généralistes, ont un grand nombre d'actes différents, avec une forte variabilité du coût de ces actes. Or le modèle fonctionne avec des moyennes, et plus les données sont dispersées, plus il est difficile d'être fiable statistiquement. Les statisticiennes de la Cnam travaillent en priorité sur la modélisation du forfait pour les médecins généralistes, pensant initialement pouvoir transposer ce modèle aux dépenses infirmières. À partir d'avril 2020, elles se rendent compte de la difficulté de l'exercice et commencent à envisager une modélisation propre aux infirmières.

> Comité de pilotage Peps. Les statisticiennes font le point sur l'évolution de la modélisation. Elles ont commencé à travailler séparément sur un forfait pour les

médecins, et un autre sur les infirmières. Elles suggèrent cependant de ne pas communiquer l'existence de ces deux modèles aux organisations de santé, pour éviter d'orienter la répartition des rémunérations « on ne va pas donner un montant médecin généraliste et un montant infirmière en tant que tel ». Olivier M., médecin économiste à la Cnam explique « le modèle sous-jacent des dépenses infirmières n'est pas du tout le même que celui des médecins généralistes, avec le modèle médecin généraliste on arrive à prédire assez précisément les dépenses, on est sur quelque chose qui est assez robuste. Les infirmières, les hypothèses aboutissent à des écarts très significatifs, si on enlève les valeurs aberrantes, c'est des écarts financiers majeurs. Pour les infirmières, soit on modèle les dépenses avec le forfait actuel et on va payer des forfaits beaucoup plus chers que ce qu'on aurait payé, ou soit il y a des équipes qui vont être très perdantes ». Ces difficultés sont renforcées par l'application du modèle à différents types de population (totale, âgée, diabétique), impactant énormément les dépenses en soins infirmiers. La statisticienne explique : « soit j'arrive à bien prédire la patientèle âgée, mais pas la patientèle totale, soit j'arrive à bien prédire la patientèle totale, mais pas âgée ». Le décideur côté ministère, Laurent R., énarque, propose dès lors « de sortir les infirmières » du modèle (Observation, comité de pilotage Peps, 04/20).

La spécificité de la cotation des actes infirmiers et de leur activité complique techniquement la fabrique d'un modèle économétrique stable. Les statisticiennes cherchent un modèle avec une justesse marchande, de manière à ne pas sous-payer les infirmières sans les payer « beaucoup plus cher que ce qu'on aurait payé » non plus. Cette justesse marchande devrait permettre d'enrôler les professionnels libéraux tout en gardant l'horizon d'une généralisation soutenable en matière de maîtrise budgétaire.

Outre ces difficultés techniques, les statisticiennes sont confrontées au manque de moyens mis à leur disposition au sein de la Cnam : elles ne travaillent pas à temps plein sur l'expérimentation, et peinent déjà à modéliser le forfait des médecins généralistes. De plus, d'un point de vue cognitif, les promoteurs administratifs des modèles sont moins en interaction avec les infirmières qu'avec les médecins, et connaissent moins bien les spécificités de leur activité. Cela est lié au faible nombre d'infirmières intermédiaires dans Peps : le modèle est d'abord pensé pour et avec les médecins. Les économistes administratifs n'ont pas anticipé la

complexité de la cotation infirmière, pas plus qu'ils n'ont prévu que les patientèles des infirmières et des médecins diffèrent.

En effet, une seconde difficulté dans la modélisation du forfait infirmier est liée au calcul du forfait à partir des patientèles des médecins traitants. Le forfait attribué aux infirmières ne concerne que les actes réalisés sur la patientèle des médecins de l'organisation. Cela suppose que les infirmières et les médecins suivent les mêmes patients, ce qui n'est pas le cas. Les économistes administratifs réalisent ce décalage en 2020, lors d'une session de conseil où participe notamment Catherine M., infirmière libérale à la MSP de Grézilhac.

> Catherine M. est infirmière libérale dans une petite ville périurbaine, Grézilhac. Elle explique à « l'équipe nationale » que son collègue, le docteur A., compte un tiers de sa patientèle en dehors de la commune de Grézilhac, et qu'il ne peut pas refuser un patient lorsque l'infirmière qui le suit n'est pas de Grézilhac. De son côté aussi, elle ne va pas refuser un patient lorsqu'il n'est pas suivi médicalement à Grézilhac. Audrey G., médecin-économiste à la DSS au ministère de la Santé, lui conseille d'orienter les nouveaux patients vers les infirmiers de la MSP, ce à quoi Catherine M. répond « j'ai des fiefs syndicaux dans le coin, alors j'aimerais quand même bien rester vivante ! » (Observation, session de conseil Peps, MSP de Grézilhac, 02/20).

Les infirmières et les médecins généralistes d'une même MSP ne partagent pas nécessairement une patientèle commune. Dans les territoires bien dotés en offre de soins, la concurrence entre infirmières est forte (Duchaine et al., 2022) et limite les orientations de patients entre professionnels d'une même MSP. Dans une zone urbaine où la MSP ne regroupe pas l'ensemble de l'offre de soins, Catherine M. souligne l'inadéquation du modèle : « c'est un modèle qui est très bien sur une île déserte votre truc ! » (Observation, session de conseil Peps, MSP de Grézilhac, 02/20).

Les modèles médecins et infirmiers doivent être finalisés pour la fin de l'année 2020, le début de l'année 2021 marquant le passage au paiement forfaitaire. Cependant, l'année 2020 est caractérisée par le départ de plusieurs MSP de l'expérimentation, comme évoqué dans le chapitre 2. Les deux MSP engagées en patientèle « totale » qui restent dans l'expérimentation ne sont pas associées avec des infirmières libérales. Les statisticiennes dirigent leur effort vers l'élaboration des modèles infirmiers pour les patientèles âgées et diabétiques. Or ces forfaits ne concernent qu'une partie de la patientèle affiliée aux médecins traitants, réduisant le nombre de

patients concernés par un suivi à la fois médical et infirmier au sein de la même MSP. Par exemple, à Grézilhac, les trois médecins ont 600 patients âgés qui leur sont affiliés[95], et Catherine M. estime que seulement une centaine sont également suivis par des infirmières de la MSP.

Fin 2020, les statisticiennes ne parviennent pas à élaborer un modèle satisfaisant pour les dépenses infirmières.

> En comité de pilotage Peps, les membres de la Cnam admettent n'avoir pas réussi à « modéliser de manière satisfaisante les rémunérations infirmières ». Devant le petit nombre de patients concernés, ils décident d'arrêter leurs efforts : « Le point qui m'a le plus marqué dans l'échange avec Catherine M. [infirmière à Grézilhac], c'est qu'on va pouvoir améliorer les pratiques pour 5% des patients, et puis pour 95% des patients, ça ne sera pas possible, car ils seront pas rattachés aux médecins généralistes : ils ont seulement 100 patients communs avec les médecins généralistes, la superposition des populations n'est pas suffisamment importante pour que ça marche. Et puis ils [les infirmiers] sont trop dépendants des médecins, c'est pas équitable, ils ne peuvent pas changer leur pratique en tant qu'infirmiers » (Observation, comité de pilotage Peps, 10/20).

Les économistes de la Cnam expriment une volonté de maintenir une certaine équité entre médecins et infirmières, montrant une certaine sensibilité aux relations entre groupes professionnels. Pour autant, la centralité des intérêts des médecins généralistes dans la conception du modèle démontre l'importance que tiennent les échanges avec les professionnels intermédiaires dans la compréhension des pratiques professionnelles par les économistes administratifs. La surreprésentation de médecins par rapport aux infirmières dans l'activité d'intermédiaire est alors un enjeu stratégique pour les groupes professionnels.

Les membres de la Cnam envisagent de modéliser le forfait infirmier en s'inspirant d'un modèle de dépenses infirmières mis en œuvre dans une autre expérimentation de l'Article 51[96]. Cependant en décembre 2020, trois MSP annoncent leur retrait de l'expérimentation, dont celle

[95] Pour donner un ordre de grandeur, la moyenne nationale en 2017 du nombre de patients affiliés médecin traitant par médecin généraliste était d'environ 800 (DREES). Ces patients représentent donc un peu moins d'un tiers de la patientèle des trois médecins généralistes concernés.

[96] Le forfait Équilibre est expérimenté de 2019 à 2024 dans une trentaine de cabinets infirmiers libéraux. L'expérimentation propose un forfait collectif rémunérant le temps passé auprès des patients selon une évaluation standardisée de leur situation.

de Grézilhac. Les quatre MSP restantes acceptent le passage à un forfait uniquement médical, les médecins travaillant principalement avec des infirmières salariées (notamment, de l'association Asalée).

Seule la MSP de Belviac refuse ce forfait médical. Jacques P. en est le « président ». Médecin membre du conseil d'administration de la fédération des MSP, il décline le passage au forfait en médecin généraliste seul. Jacques P. exprimera d'ailleurs publiquement à plusieurs reprises son désir de voir ce forfait médecin-infirmière se concrétiser, restant aligné à l'organisation des soins fermement pluriprofessionnelle promue par la fédération.

> Durant une plénière, Jacques P., médecin généraliste membre du conseil d'administration de la fédération des MSP, intervient à l'écrit suite à la présentation du modèle économique. « On voit bien que les exemples sont très orientés médecins généralistes et en lien direct avec la patientèle médecin généraliste, mais cela pose des limites à un raisonnement plus large avec les infirmières. Peps, je l'ai déjà dit, ne doit pas devenir une modification de la rémunération des médecins généralistes, mais plutôt de nouvelles approches de la rémunération d'équipe » (Observation, plénière Peps, 11/20).

Ne concernant plus que la MSP de Belviac, demandant trop d'investissement en termes de ressources humaines, la modélisation du forfait infirmier est finalement abandonnée au cours l'année 2021. Il s'agit d'un glissement important entre l'idée initiale d'un forfait pluriprofessionnel et un recentrement sur un forfait uniquement médical. Les économistes administratifs n'abandonnent cependant pas leur objectif d'accroître la coordination entre médecins et infirmières, les infirmières libérales n'étant simplement plus perçues comme ayant le statut adapté pour mettre en place cette coopération.

Une valorisation uniquement symbolique de la coopération avec les infirmières salariées

À partir de l'année 2021, les économistes administratifs réinvestissent la thématique des infirmières salariées exerçant en MSP libérales pour légitimer la dimension pluriprofessionnelle du forfait Peps. Les économistes administratifs s'appuient alors sur des évolutions déjà existantes de la profession infirmière, et notamment sur le développement d'infirmières de santé publique salariées de l'association Asalée (Fournier et al., 2018), ou d'infirmières diplômées en pratique avancée pouvant réaliser certaines consultations de suivi (Divay et Jovic, 2022 ; Luan et Fournier, 2023 ; Schlegel, 2023).

La MSP des Agapanthes propose depuis le début de l'expérimentation une organisation de la coordination entre médecins généralistes libéraux et infirmières salariées. Les médecins travaillent déjà avec deux infirmières Asalée, dont une est également diplômée en pratique avancée. Ils recrutent à l'aide d'autres financements (notamment issus de l'expérimentation Ipep) une infirmière dite « de parcours », salariée du cabinet de groupe. Au début de l'expérimentation, leur modèle organisationnel était marginal, les autres MSP associant plus volontairement des infirmières libérales. Comme expliqué dans le chapitre 3, les économistes administratifs vont progressivement considérer cette MSP comme « exemplaire », valorisant symboliquement leur coopération avec les infirmières salariées.

Les professionnels des Agapanthes demandent cependant dès le début de l'expérimentation une révision du forfait pour mieux y inclure le salariat infirmier. Ils souhaiteraient bénéficier d'un financement complémentaire au forfait pour pouvoir salarier davantage de temps infirmier. Cette thématique était qualifiée de « non prioritaire » en juin 2020 (Observation, comité de pilotage, 06/20). À partir de 2022, elle devient cruciale pour les promoteurs administratifs, mais fait se rejouer des oppositions entre économistes à la Cnam et à la DSS.

> Comité de pilotage Peps. La prise en compte des infirmières salariées dans le forfait est présentée comme une question « à prioriser ». Laurent R., économiste administratif à la DSS, souhaiterait, au contraire des professionnels libéraux, réduire le forfait lorsqu'il y a une infirmière Asalée dans l'équipe. En effet, des recherches antérieures de l'Irdes, qu'il cite, auraient montré que les infirmières Asalée permettaient d'augmenter d'environ 10% la file active des médecins généralistes associés : « dans le paiement à l'acte, l'infirmière Asalée ne code pas, elle ne rapporte pas plus de sous qu'à l'acte. Là, dans le forfait, elle apporte un gain supplémentaire en dégageant du temps ». Cela légitimerait une baisse du forfait médecin lorsqu'il collabore avec une infirmière. Une des chercheuses économistes de l'Irdes, présente au comité de pilotage, nuance son appropriation des résultats scientifiques : « c'est pas complètement clair, elle dégage du temps médical, c'est pas forcément plus de patients médecins traitants, ça ne veut pas dire que ça rapporte plus ». Olivier M. rebondit en disant « je ne suis pas sûr qu'il y ait une surdépense nette dans Peps. Pour moi, si on considère que dès qu'on a une Asalée, on va réduire la rémunération de Peps, on envoie un contre incitatif majeur ! Si ça marche mille fois mieux avec des Asalées, j'entends qu'il ne faut pas payer double, mais il ne faut pas envoyer le signal "on baisse votre

> forfait" ! » Le comité de pilotage, déjà en retard sur son horaire, se termine sans prise de décision sur ce sujet (Observation, comité de pilotage Peps, 02/22).

Dans cette interaction, deux logiques s'opposent. L'économiste administratif de la DSS est dans une logique où la régulation des dépenses prime, quitte à perdre l'enrôlement des professionnels de santé. De son côté, le médecin économiste de la Cnam se positionne en faveur de la demande des professionnels libéraux et s'oppose fermement à la proposition de la DSS, qui serait elle « contre-incitative ». On comprend ici que l'enrôlement des médecins demeure pour la Cnam plus importante que la régulation des dépenses, bien que celle-ci reste en ligne de mire. Dans ce dialogue intervient également une chercheuse en économie de l'Irdes, qui tient un rôle d'experte, rectifiant les interprétations que les différentes parties prenantes font des recherches économiques. Au final, le forfait expérimental restera sur ce *quiproquo*, sans revalorisation ni dévalorisation des infirmières salariées, ce qui permet aux économistes de la DSS de s'assurer qu'il n'y ait pas de dépenses supplémentaires. Malgré une moindre implication dans le pilotage des expérimentations, les économistes du ministère conservent ainsi une capacité de résistance face à ceux de la Cnam.

2.3. La prise en compte des territoires : une recherche du juste modèle

Durant la fabrique des instruments, les économistes et statisticiennes de la Cnam s'inscrivent dans une recherche constante d'amélioration des modèles. Cela consiste à prendre en compte un ensemble de dimensions statistiques, permettant d'obtenir un modèle stable qui puisse supporter des variations de taille de patientèle, de dépenses, de type de patientèle. La stabilité du modèle permet de l'appliquer de manière standardisée à des organisations exerçant dans des contextes contrastés, dont les patientèles ont des dépenses de soins hétérogènes. Cependant, l'amélioration des modèles ne concerne pas uniquement sa « robustesse ». Les membres de la Cnam cherchent également à établir un modèle juste.

Comme nous l'avons expliqué en introduction de cette partie, les économistes administratifs définissent une valeur comme juste à la fois en la comparant avec la valeur du travail des professionnels de santé sur le marché du travail (et notamment dans la rémunération à l'acte), mais aussi en s'appuyant sur des valeurs morales, et notamment la méritocratie.

Étienne Nouguez et Cyril Benoît précisent que les valeurs morales mobilisées pour déterminer des « justes » prix peuvent être multiples. En effet, dans le cas de l'élaboration des modèles économiques, les économistes de la Cnam sont confrontés aux médecins salariés des centres de

santé. Ceux-ci promeuvent une valeur d'équité dans l'allocation des financements, afin de compenser certaines inégalités sociales ou territoriales de santé.

Ces différentes justifications de la « juste » valeur se confrontent lorsque les économistes administratifs proposent, pour les deux modèles, la mise en place d'un ajustement selon le contexte territorial d'exercice. Cet ajustement territorial vise à mieux saisir le lien entre les actions d'une organisation de santé et les résultats dans le modèle, afin de récompenser les acteurs méritants (1). Cela contribue toutefois à invisibiliser les disparités sociales et territoriales en termes de consommation de soins (2).

Le mérite comme critère de justice

En 2020, les économistes administratifs commencent à appliquer les modèles économiques aux données des organisations de santé. Cette période est un moment de mise à l'épreuve des modèles : en effet, les modèles donnent des résultats qu'inductivement, les économistes administratifs ne comprennent pas. Par exemple, une équipe jugée exemplaire, mettant en œuvre toutes les actions souhaitées par les économistes administratifs, obtient une faible rémunération au modèle Ipep. Une autre, plus éloignée de ces critères d'exemplarité, en obtient une plus élevée.

> En comité de pilotage Ipep, Virginie L., économiste administrative au ministère de la Santé, explique être embêtée par les résultats du modèle. Deux organisations obtiennent des gains particulièrement élevés, « ils gagnent dix fois plus que les autres territoires Ipep ». Pourtant, ces gains ne semblent pas s'expliquer par leur mérite : « par exemple, Joises [nom de la ville], alors que ce n'est pas un groupement très dynamique, ils gagnent énormément » (Observation, comité de pilotage Ipep, 08/20).

Ces premiers résultats amènent les économistes et les statisticiennes à ajuster les paramètres de calculs, dans Ipep comme dans Peps, pour mieux prendre en compte la causalité entre actions des professionnels de santé et résultats dans les modèles. En cherchant à expliquer ces écarts, ils s'intéressent à la prise en compte du contexte territorial, jusqu'alors peu intégrée aux modèles.

Dans le cas du modèle Ipep, un premier calcul de l'intéressement est réalisé au cours de l'année 2020, sur les données de l'année 2019. Un exemple marquant de recherche de justice est celui des organisations de santé situées dans les Départements d'outre-mer (DOM). En effet, deux organisations participantes sont respectivement installées en Guyane et à La Réunion.

Leur candidature a été vivement appréciée par les économistes administratifs, dans un contexte où le cabinet de la ministre de la Santé leur a donné l'instruction de prioriser les territoires d'outre-mer dans le cadre de l'Article 51.

Dans le modèle économique, ces organisations obtiennent des résultats faibles. Les modèles fonctionnent à partir de moyennes. Une partie importante des financements dépendent d'une comparaison entre les dépenses des patients affiliés aux médecins traitants d'une organisation et celles des dépenses nationales. Cette comparaison est ajustée, c'est-à-dire que les économistes prennent en compte certaines caractéristiques de la patientèle à partir des données administratives en santé (âge, affection longue durée, complémentaires santé…). Cependant, en Guyane et à La Réunion, les indicateurs socio-économiques (taux de chômage, taux de pauvreté) et d'offre de soins sont éloignés des moyennes nationales. Les statisticiennes de la Cnam ont conscience de ces écarts et estiment que les ajustements du modèle économique ne suffisent pas à les prendre en compte.

> Alors qu'elle présente les résultats des différentes organisations au modèle, Déborah C., statisticienne à la Cnam explique que les résultats des DOM « sont un peu décourageants. Ils sont tellement loin du national ». Elle conclut qu'elle va regarder ce qu'elle peut faire dans le modèle pour rééquilibrer ces résultats (Observation, comité de pilotage Ipep, 01/21).

Les statisticiennes cherchent à mieux prendre en compte les éléments de contexte susceptibles d'influencer les résultats des modèles, de manière à mieux saisir les actions propres aux organisations de santé. Les statisticiennes orientent leur travail autour d'un ajustement géographique. Cet ajustement a pour but de mieux saisir les variations socio-économiques et d'offre de soins territoriales. Les résultats des patients seraient comparés à ceux du même territoire et non plus uniquement au national.

> Déborah C., statisticienne à la Cnam explique « On a des effets contextuels, on a des départements où les patients dépensent plus ou moins, ça dépend de la demande de soin qui peut être induite par l'offre, le contexte socio-économique » (Observation, comité de pilotage Ipep, 04/21).

Cet ajustement est d'abord réalisé à l'échelle départementale, avant d'être ajusté grâce à une typologie économique et géographique réalisée antérieurement par des chercheurs de l'Irdes (Chevillard et Mousquès, 2018). Cette « typologie des territoires de vie » propose une lecture

plus fine des dynamiques territoriales, prenant en compte l'offre de soins, les besoins de soins et l'attractivité des territoires.

Du côté du modèle économique Peps également, les statisticiennes de la Cnam travaillent également à une meilleure prise en compte des dimensions territoriales. Fin 2021, les économistes et statisticiennes font un point sur les premiers résultats du paiement au forfait sur l'année. Le forfait comprend un plafond minimum, qui compare les rémunérations au forfait avec celles antérieures à l'acte pour prévenir une perte de rémunération chez les médecins. Un plafond maximum de 15% a également été mis en place pour éviter que des organisations ne soient trop fortement revalorisées par le forfait. Les organisations « gagnantes » ne bénéficient donc que d'une revalorisation maximum de 15% de leur rémunération antérieure à l'acte. Les membres de la Cnam tentent de comprendre les écarts de résultats entre les organisations, afin de voir s'ils sont justes ou s'ils proviennent d'un mauvais ajustement du forfait.

L'enjeu est important dans une perspective de généralisation. Dans ce système de plafonnement, les économistes administratifs comparent la rémunération au forfait des médecins à leur rémunération antérieure à l'acte, avec des ajustements selon le nombre de patients et d'actes réalisés. À grande échelle et sur le temps long, ils ne pourront pas conserver cette comparaison avec le paiement antérieur à l'acte. Il faut donc s'assurer d'un forfait qui soit juste indépendamment de ce plafond.

L'exploration statistique montre qu'une partie des « gagnants » sont des organisations cumulant beaucoup de patients par médecin traitant et réalisant peu d'actes par patient[97]. Il s'agit là d'un résultat classique de la forfaitisation, connu dans la littérature économique (Samson, 2009). Cependant, les membres de la Cnam l'interprètent différemment selon leurs représentations des organisations. En effet, certaines MSP sont considérées comme exemplaires, valorisées pour leur organisation avec une infirmière salariée. Celle-ci permettrait d'espacer les consultations médicales en déléguant des patients aux infirmières, expliquant ces bons résultats. Certains centres de santé obtiennent aussi d'excellents résultats, mais ceux-ci sont suspectés d'être liés à un moindre suivi des patients.

> Jérôme D., économiste spécialisé à la Cnam, remarque que la MSP des Agapanthes a beaucoup de patients et peu d'actes. Sarah A., administrative généraliste, DSS, lui explique qu'ils sont « bien organisés » avec leur infirmière

[97] Ce résultat est plus probable dans des zones où la démographie médicale est basse, ce qui peut conduire les médecins à suivre un plus grand nombre de patients tout en espaçant les consultations par patient.

> Asalée. Olivier M., médecin économiste à la Cnam, rajoute que s'ils enlèvent le plafonnement actuel, « les Agapanthes font fortune ». Il s'interroge ensuite « Est-ce que c'est logique et normal, parce qu'ils sont bien organisés, et donc c'est normal qu'ils fassent fortune ? Le centre de santé des Bleuets [qui a de très bons résultats aussi], est-ce qu'ils font moins de consultations parce qu'ils voient moins leurs patients, leur patient est moins bien suivi ? (…) Est-ce que pour les Bleuets, la prise en charge est d'aussi bonne qualité que les Agapanthes et dans ce cas on n'a pas de souci à faire sauter le plafonnement ? » (Observation, comité de pilotage Peps, 11/21).

L'évaluation des pratiques des organisations se base sur les impressions issues des interactions avec les professionnels plus que sur des éléments objectifs. Les Agapanthes et les Bleuets ont des résultats similaires, mais les Agapanthes sont une équipe considérée comme exemplaire, libérale, dont l'organisation correspond aux attentes des économistes de la Cnam.

De plus, l'ensemble des centres de santé dépasse ce plafond des 15%, tandis que seule une des quatre MSP encore participantes (les Agapanthes) l'atteint. Si pour certains centres de santé, comme les Bleuets, ces bons résultats sont liés à leurs pratiques professionnelles (un nombre important de patients qui consultent peu), la plupart des centres de santé bénéficient d'une revalorisation grâce à la prise en compte des taux de pauvreté de leurs lieux d'exercice. En effet, comme expliqué dans le chapitre 2, les médecins salariés des centres de santé ont négocié la prise en compte du contexte d'exercice lors des séances de « coconstruction ». Ils ont obtenu un ajustement du forfait selon le taux de pauvreté, or, celui-ci « dessine en creux la répartition spatiale des centres de santé, implantés dans des territoires défavorisés » (Legrand et Pitti, 2024, p. 15). Il augmente ainsi de manière considérable la rémunération de la majorité des centres de santé.

En s'inspirant du travail réalisé pour le modèle Ipep, les statisticiennes de Peps cherchent à tenir compte des caractéristiques territoriales afin de mieux expliquer les écarts entre les organisations, mais également pour remplacer ce taux de pauvreté que les économistes administratifs jugent trop coûteux. Se confrontent alors les valeurs de mérite, portées par les économistes administratifs, à celles d'équité, demandées par les médecins salariés.

Lors des plénières Peps, les membres de la Cnam rencontrent cependant ainsi l'opposition des médecins salariés de centres de santé. Ceux-ci contestent à cet ajustement, argumentant qu'il serait antidémocratique, car susceptible de créer une différenciation entre les territoires. Sous

cet argument politique, les médecins salariés tentent de conserver l'ajustement à la pauvreté, s'inscrivant dans une logique de redistribution sociale.

> Olivier M., médecin économiste à la Cnam, présente durant la plénière l'évolution du modèle avec l'ajustement territorial. « Si on fait l'hypothèse que la consommation de soins d'une équipe reflète en partie les consommations de soins du bassin de vie où elle est, le modèle sur ou sous valorise l'équipe. Aujourd'hui on pourrait appliquer un ratio entre la dépense départementale et la dépense locale. » Il explique que bien que cette modulation soit « fruste, améliorable », elle permettrait d'enlever le plafonnement et demande leur avis aux professionnels. Un médecin généraliste exerçant en centre de santé intervient longuement pour souligner la dimension inégalitaire de la démarche. En effet, la mise en place de cet ajustement amènerait à rémunérer différemment la prise en charge d'un même patient selon le contexte territorial. Pour lui, il s'agit d'une rupture du principe d'égalité entre les territoires : « Dire qu'on dépense 200 euros dans le nord et dans le sud 20 euros, ça me parait inégal ! » Il souligne également la dimension politique de cet ajustement : « Ce n'est pas seulement technique, c'est aussi un débat de fond ! » (Observation, plénière, 06/20).

L'opposition forte des médecins des centres de santé freine les membres de la Cnam : l'ajustement territorial ne sera pas testé au cours de l'expérimentation. Cependant, les statisticiennes de la Cnam continuent à travailler dessus, de manière à pouvoir proposer un forfait prenant en compte le territoire dans une perspective de généralisation (et donc à supprimer à terme l'ajustement selon le taux de pauvreté).

Un renforcement des inégalités sociales de santé dans les modèles

En France, les inégalités sociales de santé sont principalement analysées au regard des différences entre classes sociales, entre genre et plus rarement entre races (Arborio et Lechien, 2019 ; Basson et al., 2021 ; Boltanski, 1971 ; Darmon, 2021 ; Gelly et al., 2021 ; Loretti, 2021). Ces inégalités sociales résultent à la fois de socialisations différenciées des individus à leur corps et à la maladie ; de moyens financiers inégaux ; et des représentations des soignants sur ces catégories sociales qui impactent le diagnostic et la prise en charge des maladies (Arborio et Lechien, 2019 ; Basson et al., 2021 ; Boltanski, 1971 ; Darmon, 2021 ; Gelly et al., 2021 ; Loretti, 2021 ; Paillet, 2021). De plus, les inégalités sociospatiales s'accroissent ces dernières décennies avec la baisse de l'offre de soins, qui affecte particulièrement les zones rurales et les

zones urbaines précarisées (Honta, 2021 ; Lapinte et Legendre, 2021 ; Lucas-Gabrielli et al., 2022 ; Mariette, 2021 ; Mariette et Pitti, 2021).

Dès le début des expérimentations, les médecins salariés des centres de santé demandent une meilleure prise en compte des inégalités sociales et territoriales de santé dans les modèles économiques (Legrand et Pitti, 2024). Installés dans des quartiers urbains paupérisés, ils s'estiment lésés par la rémunération à l'acte qui ne permet pas de prendre en compte les temps de consultation plus longs que demanderait leur patientèle. Ces temps de consultation rallongés seraient liés par exemple à des maladies chroniques lourdes diagnostiquées plus tardivement ; ou encore à la part plus importante de patients étrangers dans leur patientèle ne parlant pas couramment français. Ils espèrent que la mise en place du forfait Peps permettra de revaloriser leur travail (Legrand et Pitti, 2024).

La littérature sur les algorithmes et les processus de quantification montrent que ceux-ci tendent à reproduire voire à amplifier les discriminations sociales (Levay et al., 2020 ; Tighanimine, 2023). En effet, les résultats algorithmiques dépendent à la fois des données disponibles, mais aussi des représentations sociales de leurs concepteurs (Levay et al., 2020 ; Tighanimine, 2023). La prise en compte du contexte territorial dans les modèles Ipep et Peps permet-elle une allocation plus équitable des financements ?

Dans le modèle Ipep, cette question est abordée de manière incomplète à partir des données administratives. David L., économiste spécialisé de la Cnam, explique : « on essaye d'approcher les critères sociaux *via* la complémentaire santé solidaire, l'assurance complémentaire santé, la liste des affections longue durée ou les indicateurs d'accessibilité potentielle localisée[98] ». Ces données administratives sont cependant limitées pour prendre en compte les inégalités sociales, notamment en lien avec le non-recours important à ces droits (Carré et al., 2021 ; Rode, 2010). Dans l'expérimentation Peps, les inégalités sociales sont prises en compte au travers des taux de pauvreté du territoire d'exercice, à la demande des médecins salariés de centres de santé. Cette modulation a cependant vocation à disparaître au profit de l'ajustement selon les territoires de vie que les statisticiennes cherchent à mettre en œuvre.

[98] L'indicateur d'accessibilité potentielle localisée décrit, pour les soins délivrés par les médecins généralistes d'une commune, l'adéquation entre l'offre et la demande. Il a pour ambition d'être un indicateur d'offre de soins plus fin que celui de la densité médicale, en prenant en compte à la fois les besoins de soins de la population, ajustés selon les tranches d'âges à partir des moyennes de consommation de soin ; le niveau d'activité des professionnels exerçant ; et enfin, la distance à l'offre de soins en prenant en compte les communes avoisinantes (Legendre, 2020).

La prise en compte des contextes d'exercice au travers de la typologie des territoires de vie (Chevillard et Mousquès, 2018) dans les deux modèles économiques pourrait entraîner une reproduction des inégalités sociales. Cette typologie permet de caractériser les territoires en six classes[99] en prenant en compte des données portant sur l'offre de soins, mais également des données sociales sur les territoires (telles que la part d'ouvriers et d'employés, le revenu médian, le taux d'emploi ou la part de diplômés du supérieur). En mettant en place cet ajustement, les statisticiennes cherchent à mieux prendre en compte les actions des professionnels de santé, indépendamment du contexte d'exercice. Or le contexte d'exercice a déjà un effet sur le financement de la santé, en dehors des expérimentations.

En effet, en économie et en géographie de la santé, les chercheurs montrent que le niveau de consommation de soins dépend à la fois du niveau d'offre de soins et des caractéristiques sociales des personnes. Lorsque la densité de médecins est plus élevée, on constate une augmentation de la consommation de soins (Delattre et Dormont, 2000). Par ailleurs, les classes sociales les moins favorisées tendent à moins consommer de soins, notamment chez les spécialistes, que les personnes plus aisées (Jusot, 2013). On peut parler d'effet cumulatif, les populations les moins aisées résident plus souvent dans des communes moins bien dotées en offre de soins, et les contraintes d'accessibilité aux soins (dépassements d'honoraires, mobilité géographique) leur pèsent davantage (Lapinte et Legendre, 2021 ; Lucas-Gabrielli et al., 2022).

Dans Ipep et Peps, l'ajustement des modèles selon les « territoires de vie » permet d'expliquer des différences entre la consommation de soins de la patientèle d'une organisation et la moyenne nationale. Par exemple, dans le modèle Peps, les statisticiennes recherchent des résultats proches du paiement à l'acte, conçu comme un standard neutre, et permettant d'assurer la reproductibilité du forfait. Les médecins de la MSP des Capucines obtiennent la première année un forfait plus bas que leur rémunération antérieure à l'acte. Les statisticiennes appliquent le mécanisme de sécurité[100], permettant aux médecins de maintenir leur rémunération, mais ce mécanisme de sécurité devrait être enlevé en cas de généralisation. Les statisticiennes cherchent donc à comprendre les résultats de ces médecins, en analysant leur contexte territorial. Ils sont installés dans un département où l'offre de soins est supérieure aux moyennes nationales, sur

[99] Les six classes sont les espaces périurbains avec une moindre accessibilité aux soins ; les marges rurales peu attractives et aux populations fragiles ; les espaces de retraite et tourisme bien dotés en offre de soins ; les espaces urbains ou ruraux défavorisés aux plans socio-économiques et sanitaires ; les villes centres hétérogènes socio-économiques à l'offre de soins abondante ; et les villes et couronnes périurbaines favorisées (Chevillard et Mousquès, 2018).

[100] Le forfait Peps comprend en effet un système de plafonnement de 0 à 15% de la rémunération antérieure à l'acte, comme expliqué un peu plus haut dans ce chapitre.

un territoire où les densités médicale et infirmière sont élevées et le taux de pauvreté faible. En comité de pilotage, les statisticiennes de la Cnam expliquent que « le modèle les sous-estime », car « ils sont dans un département où il y a une surconsommation » (Observation, comité de pilotage Peps, 06/22). Leurs patients se rendent plus régulièrement chez le médecin généraliste que la moyenne nationale, ce qui désavantage le paiement des médecins généralistes au forfait. En corrigeant ce « biais » avec la prise en compte des caractéristiques du territoire, les médecins ne sont plus désavantagés par les pratiques de consommation de leur patientèle de classe moyenne. Si l'on regarde du côté de l'équité, leurs patients continuent à bénéficier d'un meilleur financement de leurs soins que d'autres.

Dans le modèle Ipep, une situation similaire est évoquée. La MSP des Mauves obtient des financements importants dans le modèle Ipep : plusieurs centaines de milliers d'euros lui sont attribués grâce aux dépenses peu élevées de sa patientèle, en comparaison à la moyenne nationale. Les économistes administratifs sont surpris par ce résultat, car ils considèrent cette organisation comme « peu mature ». L'analyse de son contexte territorial montre que la MSP des Mauves est située dans une zone rurale, avec une faible densité médicale. Ses patients consomment moins de soins que la moyenne nationale, car ils ont accès à moins d'offres. Comme dans le cas de la MSP des Capucines, ses résultats ne dépendent pas directement des actions des professionnels de santé (et donc de leur mérite). La correction du modèle permet d'améliorer l'imputabilité des résultats aux actions des professionnels de santé, ce qui est la première préoccupation des économistes administratifs.

En effet, les économistes administratifs ne prétendent pas prendre en compte les inégalités sociales et territoriales de santé. L'équité n'apparait pas comme un critère de justice pour ces acteurs.

> Au cours d'une session de conseil, un médecin généraliste prend la parole pour souligner que la médecine générale, c'est aussi de la psychiatrie, et que « séparer le médical du social n'a pas de sens ». Laurent R., économiste administratif à la DSS, lui répond qu'il faut « distinguer qu'est-ce que Peps et qu'est-ce qui n'est pas Peps. Quand on parle du social, de prise en charge du social, ce n'est pas Peps. On ne peut pas prétendre résoudre certains problèmes » (Observation, session de conseil, 10/19).

Pour les économistes administratifs, un modèle est juste s'il rémunère les professionnels selon le mérite découlant des actions mises en place localement. L'ajustement territorial des modèles

est effectué pour neutraliser les effets du contexte territorial sur les résultats, et non pas dans une perspective de redistribution sociale des moyens financiers. Il invisibilise les inégalités sociales et d'offre de soins auxquelles sont confrontés les patients et les professionnels de santé. Le paiement à l'acte entraîne une répartition inégale de la dépense de santé (et donc de son financement public) que reproduisent les modèles économiques. En cela, les économistes et statisticiennes adoptent une vision de la justice méritocratique et libérale, contrairement aux médecins des centres de santé qui orientent leurs actions vers la prise en charge des inégalités sociales (Legrand et Pitti, 2024).

2.4. Aux marges des modèles, un pouvoir discrétionnaire

Au-delà de ces ajustements dans le dessein des modèles, les économistes administratifs exercent un pouvoir discrétionnaire proche de celui des *street-level bureaucrats* (Dubois, 2015 ; Lipsky, 1980). Le pouvoir discrétionnaire peut être défini comme « l'espace, entre les lois ou autour d'elles, à l'intérieur duquel les acteurs investis d'une autorité légale peuvent faire des choix » (Weill, 2016, p. 224). Au cours de la phase expérimentale, les économistes administratifs et les statisticiens peuvent arbitrer de manière favorable ou défavorable l'attribution de certaines dimensions du calcul des financements à partir de critères non objectivés. Ces marges permettent aux économistes d'ajuster certains résultats du modèle, dans une perspective de justice ou d'enrôlement.

Un premier exemple est celui de l'attribution des crédits d'amorçage dans Ipep. Ces crédits sont alloués aux organisations de santé durant la première phase de mise en œuvre de l'expérimentation. D'un montant de 30 000 à 130 000 euros par an, ils dépendent du nombre de patients affiliés aux médecins traitants de l'organisation et d'une évaluation qualitative effectuée par les économistes administratifs (jusqu'à 20% du montant). Cette évaluation se fait selon deux critères, notés de 1 à 3 : le caractère pluriprofessionnel de l'organisation, et sa maturité. Ces deux dimensions ne sont pas clairement explicitées. Leur évaluation est inversée : plus une organisation est considérée pluriprofessionnelle, plus elle aura d'argent dans une perspective de récompense ; en revanche plus elle est « mature », moins elle obtiendra de financement dans une perspective de besoin (l'expérimentation étant jugée plus facile à mettre en place dans une organisation plus « mature »). Ces deux critères d'évaluation vont permettre une adaptation des crédits d'amorçage, modulant des financements de 30 000 euros de plus ou de moins.

Il arrive que pour certaines organisations, les économistes administratifs arbitrent en fonction d'autres critères qualitatifs, qui ne sont pas clairement énoncés. Cela peut être une forme de compensation, pour une organisation dont ils estiment que les ajustements du modèle ne neutralisent pas assez le contexte territorial. Cela peut également conduire à une dévalorisation, pour une organisation qu'ils estiment peu impliquée dans l'expérimentation. Ces arbitrages entraînent des variations d'environ 30 000 euros annuels dans les financements attribués aux organisations de santé.

Il arrive également que le pouvoir discrétionnaire s'applique de manière circonstanciée, pour donner suite à des demandes spécifiques d'organisations de santé. Dans l'expérimentation Peps, certains médecins contestent la rémunération forfaitaire qu'ils reçoivent. Le modèle peine notamment à prendre en compte les jeunes médecins en constitution de patientèle. Le forfait se base sur la patientèle de l'année antérieure (N-1), en cas de forte augmentation de la patientèle il est effectivement probable qu'il sous-évalue la rémunération des médecins. Un ajustement se fait chaque année (N+1), une fois les données obtenues pour l'année passée (N) : si les médecins ont eu davantage de patients en N qu'en N-1, ils obtiennent en N+1 une compensation. S'ils ont eu moins de patients en N qu'en N-1, leur rémunération en N+1 est réduite en fonction du surplus de rémunérations qu'ils ont obtenu en N.

Cet ajustement doit rester marginal pour ne pas affecter trop fortement les rémunérations des médecins. Si les médecins ont beaucoup plus de patients en N qu'en N-1 (par exemple suite à l'installation d'un jeune médecin), ils vont devoir attendre N+1 pour recevoir la rémunération qui en découle. Inversement, s'ils ont perdu beaucoup de patients (par exemple suite à un départ à la retraite non remplacé), ils vont devoir rendre une grosse somme d'argent en N+1.

En argumentant d'une augmentation à venir de leur patientèle, liée à l'installation de deux jeunes médecins, certains médecins négocient une rémunération forfaitaire plus importante (40 000 euros), sous condition de l'atteinte d'un certain nombre de patients. Cette revalorisation du forfait est acceptée par les économistes administratifs dans un contexte où ils peinent à maintenir l'engagement des MSP libérales dans l'expérimentation. Ils préfèrent assouplir le financement pour éviter un autre départ de l'expérimentation.

Les économistes administratifs s'appuient donc sur des critères non objectivés dans l'allocation de certains financements lors de cette phase expérimentale, à la fois pour répondre à leurs critères de justice méritocratique ; mais également en s'en affranchissant lorsque ces critères ne sont pas favorables aux médecins libéraux.

Conclusion. La fabrique des modèles comme révélateur des interdépendances entre Assurance maladie et intermédiaires libéraux.

Ce chapitre a analysé la fabrique des instruments d'action publique (Lascoumes et Le Gales, 2007 ; Voß et Simons, 2014), révélant les relations de pouvoir entre les différents acteurs de la communauté d'instruments. En cela, mon enquête a confirmé les apports de la littérature sur les modèles et les algorithmes, qui soulignent que la dimension technique de ces instruments est un enjeu de pouvoir plus que le garant d'une conduite neutre et rationnelle de l'action publique (Frouillou et al., 2019 ; Lepont, 2021). Dans la première partie de chapitre, j'ai montré la place grandissante des économistes administratifs de la Cnam dans le pilotage des expérimentations, qui se fait en parallèle d'une diminution de la prise en compte des dimensions de qualité des soins dans le modèle économique. Dans la seconde partie du chapitre, j'ai analysé les ajustements des modèles économiques effectués par les économistes de la Cnam, qui révèlent le pouvoir des médecins libéraux dans leur relation avec ces acteurs administratifs.

Ce chapitre a apporté principalement trois contributions que j'aimerais souligner ici, discutant de l'organisation des administrations de la santé ; des relations de pouvoir dans les communautés d'instruments ; et de la place des inégalités sociales de santé dans l'élaboration des politiques publiques.

Mon enquête a étudié un espace intermédiaire – au sens où il n'y a pas d'accès direct à la décision – des administrations sanitaires, où la dualité entre Assurance maladie et ministère de la Santé reste forte. Cela nuance les thèses d'une « étatisation » de l'Assurance maladie (Pierru, 2012), en démontrant la pérennité d'une autonomie des agents de la Cnam, particulièrement lorsqu'il s'agit d'instruments techniques mobilisant les données de santé. De plus, la Cnam occupe une place centrale dans les relations entre administrations sanitaires, et dans les relations aux professionnels de santé. Cette observation va cependant dans le sens de la « technocratisation » de l'Assurance maladie (Hassenteufel et Palier, 2005), car l'autonomie des agents de la Cnam tient à leur maîtrise technique et à leur rôle de carrefour plus qu'à une place donnée aux partenaires sociaux. De plus, cette autonomie n'est pas nécessairement désirée par les économistes de la Cnam, et se fait au prix d'une baisse des ressources humaines travaillant à la conception des instruments.

Cependant, cette autonomie est mobilisée par les économistes de la Cnam pour mettre en place des modèles accommodants pour les professionnels libéraux, quitte à s'affranchir le temps des

expérimentations des principes de maîtrise des dépenses promues par l'élite du *Welfare* (Darviche et al., 2023) et par les économistes du ministère de la Santé. L'analyse de la fabrique des instruments révèle ainsi les fortes interdépendances entre économistes de l'Assurance maladie et professionnels libéraux. Cela contribue alors à la littérature sur les communautés d'instruments (Mukherjee et Howlett, 2015 ; Saguin et Howlett, 2019 ; Simons et Voß, 2018 ; Voß et Simons, 2014), en montrant que celles-ci peuvent être le lieu de relation de pouvoir. Ces relations de pouvoirs sont susceptibles d'entraîner des changements substantiels dans l'élaboration des instruments : ici les économistes de l'Assurance maladie amendent leurs modèles pour qu'ils restent attractifs, voire pour qu'ils récompensent les professionnels libéraux pour leur participation aux expérimentations. En ce sens, les économistes administratifs mobilisent le style de raisonnement économique avec ambiguïté. D'une part, ils cherchent à obtenir un modèle qui rémunère avec justice les professionnels de santé, dans une définition très économique de la justice : le mérite imputable aux professionnels. D'autre part, les amendements qu'ils effectuent sur les modèles montrent qu'ils compromettent en partie le style de raisonnement économique et remettent régulièrement en doute leurs modèles. L'exercice de pouvoir discrétionnaire en faveur des professionnels libéraux met en lumière que l'enjeu d'enrôler les professionnels libéraux supplante les valeurs de mérite et le style de raisonnement économique.

Enfin, la question de la prise en compte des inégalités sociales et territoriales de santé dans les modèles est révélatrice du style de raisonnement économique de ces acteurs administratifs, où l'équité ne fait pas partie des valeurs à considérer, comme Elizabeth Popp Berman l'avait avancé dans son analyse (2022). Cela confirme également la centralité des médecins libéraux dans les expérimentations : alors que les économistes administratifs sont prêts à mettre de côté leur style de raisonnement économique pour éviter de perdre des MSP, ils n'acceptent pas de le compromettre face aux médecins salariés. Plus encore, ils le durcissent au fil de l'expérimentation, en cherchant par exemple dans Peps à supprimer l'ajustement au taux de pauvreté. Au-delà des expérimentations, cela montre également la faible prise en compte des inégalités sociales et territoriales dans la conception des politiques publiques de santé.

L'analyse détaillée de ces instruments resterait cependant inaboutie sans une enquête au niveau local, permettant d'éclairer les pratiques des professionnels de santé (Lascoumes et Le Gales, 2007). Le chapitre 5 permettra d'aborder les appropriations locales des instruments et du style de raisonnement économique par les professionnels de trois MSP.

Conclusion de la deuxième partie : Des compromis à l'avantage des médecins généralistes

Cette seconde partie a analysé les relations des économistes administratifs et des professionnels libéraux « intermédiaires » dans la fabrique et la diffusion des instruments d'action publique. Le **chapitre 3** a montré la place centrale prise par les médecins entrepreneurs dans la légitimation et la diffusion des instruments économiques, compromettant leur autonomie professionnelle en adoptant au moins en façade le style de raisonnement économique. Le **chapitre 4** a mis en avant le travail des économistes et statisticiennes de la Caisse nationale d'Assurance maladie dans la fabrique des modèles. Leur place centrale dans le pilotage des expérimentations et leur maîtrise technique des modèles leur donne un pouvoir stratégique dans leurs relations avec les économistes du ministère de la Santé et avec les membres des agences sanitaires. Pour autant, les compromis qu'ils réalisent dans l'élaboration de modèles favorables aux professionnels libéraux révèlent leurs relations d'interdépendance avec les médecins généralistes.

En premier lieu, cette partie a contribué à la sociologie des administrations en soulignant l'intérêt d'observer le travail administratif. Alors que certains travaux tendent à unifier le fonctionnement des administrations (Maertens, 2016), mon enquête a mis en lumière les discordances entre ministère de la Santé et Assurance maladie dans la mise en œuvre des expérimentations. Cela nuance la thèse d'une « étatisation » de l'Assurance maladie (Pierru, 2012) en montrant l'autonomie des économistes de l'Assurance maladie dans la fabrique des modèles économiques et le pilotage des expérimentations. Cela montre que les instruments sont structurés par les relations de pouvoir à l'intérieur de la communauté d'instruments, davantage qu'ils n'ont une « vie sociale » propre (Voß et Simons, 2014).

De plus, cette partie a également éclairé le rôle de médecins entrepreneurs dans les réformes des soins primaires. En s'appuyant sur la notion « d'intermédiaire de l'action publique » (Nay et Smith, 2002), mon travail a démontré la participation de certains médecins à la légitimation et à la diffusion des modèles économiques. Davantage qu'une « hybridation » entre management et médecine, la mise en place de ces instruments a révélé la participation des médecins à la conception de l'action publique. En cela, mes travaux rejoignent d'autres enquêtes qui s'intéressent à la mise en place de nouvelles règles bureaucratiques dans l'enseignement supérieur et la recherche, impulsées par les administrations centrales, mais co-produites par les chercheurs (Aust et Gozlan, 2019 ; Barrier, 2011). Ici, cette enquête montre le cas particulier de médecins généralistes libéraux qui s'impliquent dans la coproduction de

l'action publique pour protéger leur rôle professionnel. En effet, je souligne la place inégale que prennent les différents groupes professionnels dans l'action publique, à la fois entre les différentes professions, mais également entre médecins critiques ou partenaires.

Cette partie ethnographique a permis, en entrant dans les coulisses de la fabrication des modèles économiques, de révéler des relations de pouvoir au sein de la communauté d'instruments. Afin de comprendre les instruments dans leur globalité, il est nécessaire d'éclairer les usages concrets des modèles économiques par les professionnels de santé au sein des maisons de santé.

Troisième partie : Des modèles à la réalité. Le style de raisonnement économique comme légitimation du maintien des hiérarchies professionnelles.

Introduction de la troisième partie

L'analyse des instruments ne saurait se passer d'une enquête au niveau local : « l'instrument n'est jamais un dispositif clos, il est indissociable de modes d'appropriation contextualisés » (Lascoumes et Simard, 2011, p. 20). Les instruments sont susceptibles de déclencher des mobilisations professionnelles, d'être l'objet d'activités de reformulations ou de résistances (Aust et Gozlan, 2019 ; Lascoumes et Le Galès, 2005 ; Lascoumes et Simard, 2011). À l'encontre d'une lecture fonctionnaliste de l'action publique, de telles appropriations sont systématiques et ne doivent pas être interprétées comme une preuve de l'« échec » des instruments. Cette troisième partie éclaire la mise en œuvre des modèles économiques par les professionnels au sein des maisons de santé. Elle permet d'interroger l'autonomie des professionnels face à ces instruments de gouvernement et d'étudier les évolutions des hiérarchies entre groupes professionnels.

La mise en place des modèles économiques au niveau local soulève des questions d'autonomie des différents groupes professionnels, alors que les instruments peuvent constituer de nouvelles modalités de « gouvernement à distance » (Foucault, 2004). La littérature sur les groupes professionnels décrit un large éventail de réactions à l'introduction de nouveaux outils de contrôle ou de réglementation : une opposition frontale (Bonelli et Pelletier, 2010 ; Chauvière, 2007 ; Gori et al., 2009) ; mais aussi des formes d'adhésion superficielle aux outils pour mieux les neutraliser comme le « découplage » (Le Bianic, 2011), le « découplage inverse » (Levay et Waks, 2009) ou la « cooptation » (Numerato et al., 2012) ; ou finalement des formes d'aliénation voire de déprofessionnalisation liées à la « colonisation » des groupes professionnels par ces outils de contrôle (Foucault, 2004 ; Freidson, 1984).

Cette littérature se concentre dans la plupart des cas sur un seul groupe professionnel. Cependant, dans le cas des maisons de santé, les hiérarchies professionnelles sont susceptibles d'évoluer avec l'accroissement de l'exercice coordonné. Certains travaux sur l'exercice coordonné mettent en avant la construction d'un « sentiment d'appartenance partagé » (Fournier, 2022 ; Schweyer, 2014) permettant de souder ces collectifs. D'autres auteurs soulignent plutôt le maintien de hiérarchies professionnelles au sein des structures d'exercice coordonné (Moyal, 2020 ; Vezinat, 2019a). De plus, certaines juridictions professionnelles sont remises en question avec la segmentation croissante des groupes professionnels paramédicaux, et notamment des infirmières en soins primaires (Côté et al., 2019b ; Longchamp et al., 2018 ; Luan et Fournier, 2023). Enfin, les instruments transforment les modalités de financement et de

rémunération, qui participent de ces évolutions du travail (Bernard, 2020a) et contribuent à hiérarchiser les groupes professionnels.

En m'intéressant à la mise en œuvre des instruments, j'interroge leurs appropriations et effets pour différents groupes professionnels. Dans quelle mesure la mise en œuvre des modèles économiques reconfigurent-elles les relations entre groupes professionnels au sein des maisons de santé ?

Cette troisième partie montre les effets de la mise en œuvre des instruments, au niveau local. Le **chapitre 5** se penche sur la mise en place des modèles économiques au sein des maisons de santé. Il montre que bien que les professionnels de santé mettent à distance les modèles économiques, les médecins entrepreneurs promeuvent une nouvelle organisation des soins primaires imprégnée d'un style de raisonnement économique, restant favorable à la profession médicale. Le **chapitre 6** approfondit l'analyse des relations entre groupes professionnels au travers de l'étude du partage des rémunérations collectives. Alors que les professionnels de santé mettent en place des barèmes de rémunération égalitaires dans des temps collectifs qui restent marginaux, ils maintiennent des rémunérations hiérarchisées et des différences de statut dans le travail de soin.

Dans cette troisième partie, je mobilise d'une part des entretiens et des observations réalisées au sein de trois maisons de santé. Ce matériel permet d'interroger les trajectoires professionnelles des acteurs, les représentations des modèles économiques et des différents modes de rémunération, ainsi que les relations et divisions du travail (et de l'argent) entre groupes professionnels. Pour la sélection de mes cas, j'ai identifié trois caractéristiques communes aux professionnels réformateurs, à partir d'entretiens exploratoires et de la littérature existante (Fournier, 2016 ; Moyal, 2021 ; Schlegel, 2022) : la promotion de la coordination pluriprofessionnelle ; la contractualisation avec les pouvoirs publics ; et la remise en question du paiement à l'acte. À partir de ces critères, j'ai sélectionné des « cas extrêmes » (Gerring, 2009), c'est-à-dire des maisons de santé où les professionnels promeuvent fortement la coordination pluriprofessionnelle ; cumulent de nombreux financements publics ; et se montrent critiques du paiement à l'acte. L'enquête auprès de ces « cas extrêmes », répétée entre 2019 et 2023, permet d'éclairer des transformations en cours, tout en soulignant leurs limites par la mise en lumière des résistances qui perdurent au sein de ces collectifs réformateurs.

Chapitre 5. Les gardiens du temps. Appropriations médicales du style de raisonnement économique.

Introduction

> En septembre 2023, j'interviens à un séminaire du Haut conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie. J'y présente les « usages » des financements Ipep et Peps en maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), à la suite de la parution d'un article sur ce sujet (Morize et Schlegel, 2023). Les personnes qui assistent à ce séminaire sont à la fois des administratifs et des partenaires sociaux, notamment des représentants de syndicats professionnels ou paramédicaux, et des fédérations pluriprofessionnelles. Durant la discussion, Cyril B., médecin généraliste libéral, anciennement syndiqué à Médecins généralistes France (MG France), actuellement au bureau de la fédération des Communautés professionnelles et territoriales de santé (CPTS), rappelle que « d'un point de vue du gouvernant, il faut avoir en tête qu'à la fois Asalée[101], les MSP, et même les CPTS sont en fait des initiatives locales » (Observation, séminaire HCAAM, 09/2023).

Cyril B. met en avant le rôle des médecins promoteurs de l'exercice regroupé dans les réformes récentes des soins primaires, avec une rhétorique qui n'a rien d'inhabituelle. Faisant à la fois écran et relai entre les gouvernants et les professionnels, les membres des fédérations des MSP et des CPTS insistent régulièrement sur la dimension *bottom-up* des structures d'exercice coordonné, dont certaines existent à la marge de l'exercice individuel depuis les années 1980. Ce faisant, ces acteurs se positionnent comme des régulateurs internes à leur profession, voire à leur secteur, protégeant les professionnels d'une intervention directe des pouvoirs publics (Moyal, 2021 ; Vezinat, 2019a). La notion de « découplage » analyse ainsi la capacité de professionnels à adopter une adhésion superficielle aux instruments de contrôle tout en neutralisant leurs effets en pratique (Le Bianic, 2011). Les notions de « découplage inverse » (Levay et Waks, 2009), de « cooptation » (Numerato et al., 2012), ou de « bricolage » (Timmermans et Berg, 1997) renvoient toutes trois à la capacité de professionnels à s'approprier

[101] L'association Asalée embauche des infirmières de santé publique à l'échelle nationale, qui sont ensuite réparties dans des cabinets pluriprofessionnels, des maisons ou des centres de santé pour travailler au côté de médecins généralistes. Créée à l'initiative de médecins généralistes et d'ingénieurs, l'association Asalée bénéficie de subventions publiques, au titre d'une « expérimentation » en cours depuis 2007 (Fournier et al., 2018).

des instruments de contrôle extérieur pour privilégier une régulation par la profession elle-même. La littérature sur les instruments d'action publique souligne également la diversité des résistances et des appropriations dont ceux-ci sont sujets lors de leur mise en œuvre (Aust et al., 2019 ; Aust et Gozlan, 2018 ; Espeland et Sauder, 2007 ; Halpern et al., 2014). Les réformes des soins primaires promues par les économistes administratifs seraient-elles simplement une chambre d'écho pour les médecins entrepreneurs, permettant d'amplifier des initiatives locales, comme le suggère Cyril B. ?

Toute l'ambigüité d'instruments d'action publique comme les modèles économiques Ipep et Peps est de se fonder sur une régulation incitative, s'appuyant intentionnellement sur l'autonomie des professionnels pour orienter leurs pratiques (Lascoumes et Le Gales, 2007 ; Moyal, 2021). L'autonomie revendiquée des professionnels pourrait alors masquer une intériorisation d'injonctions normatives, au travers d'un « processus de colonisation » (Power, 1997) ou d'une « redéfinition des subjectivités » (Rose et Miller, 1992). Dans le cas présent, les professionnels de santé pourraient être amenés à « *thinking like an economist* »[102] (Berman, 2022), adoptant le style de raisonnement économique, utilisant leurs savoirs et leurs méthodes. Si le « processus de colonisation » implique une forme d'aliénation des professionnels, Charlotta Levay et Caroline Waks décrivent des cas de *« soft autonomy »,* où les modalités de contrôle sont présentes, mais négociées par les professionnels de manière à reprendre du pouvoir ou de l'autonomie dans leur travail (2009). Dans le cas de la mise en place de mesures de transparences dans le secteur de la santé, les professionnels compromettent leur autonomie en se laissant « coloniser » par d'autres formes de contrôle, mais ils y retrouvent également des avantages professionnels (Levay et Waks, 2009).

Le cas des expérimentations Ipep et Peps est également intéressant en ce que les modèles économiques sont adressés à des organisations (ici, des MSP), alors que la plupart des formes de gouvernement à distance étudiées s'intéressent à l'orientation de conduites individuelles (Dubuisson-Quellier, 2016). Les économistes administratifs cherchent à influencer les pratiques individuelles des professionnels au moyen d'incitations collectives. Ils sont alors tributaires des professionnels de santé intermédiaires (Frau et Taiclet, 2022 ; Nay et Smith, 2002) pour relayer le style de raisonnement économique et les instruments de coordination. De plus, ces modèles économiques sont incitatifs. Peu de comptes sont demandés aux professionnels, les instruments prévoyant une marge d'action volontairement large. Les instruments sont alors susceptibles

[102] « Penser comme un économiste », qui est le titre de l'ouvrage d'Elizabeth Popp Berman (2022).

d'être appropriés et reformulés par les différents professionnels des MSP (Lascoumes et Le Gales, 2007 ; Lascoumes et Simard, 2011).

Face à la forte revendication de leur autonomie par les médecins entrepreneurs, je constate cependant qu'un style de raisonnement économique sous-tend les différentes réorganisations locales des soins primaires : les professionnels de santé cherchent à rationaliser l'utilisation du « temps médical ». Comment la participation aux divers instruments d'action publique amène-t-elle les professionnels de santé à repenser leurs organisations pluriprofessionnelles ? Dans quelle mesure ces réorganisations locales affectent-elles leur autonomie professionnelle ?

L'enquête par monographie permet de détailler les appropriations locales de ces instruments, dans trois MSP sélectionnées [103] comme des « cas extrêmes » (Gerring, 2009) des transformations des soins primaires, les MSP des Agapanthes, des Camélias et des Sureaux. Cette démarche de sélection par « cas extrême » permet de saisir des transformations en cours au travers de l'analyse de situations marginales (Mariette et Pitti, 2021). De même, elle éclaire les limites de ces mêmes transformations, qui restent discrètes dans des organisations pourtant réformatrices. Les MSP enquêtées sont « extrêmes » au regard de trois critères[104], à savoir une approche partenariale avec les pouvoirs publics illustrée par la participation à plusieurs instruments ; une organisation pluriprofessionnelle voulue égalitaire ; et une critique partagée du paiement à l'acte. Le tableau ci-dessous rappelle quelques éléments descriptifs des trois MSP enquêtées.

Tableau n° 1 : Caractéristiques des MSP sélectionnées pour l'enquête monographique

	MSP des Agapanthes	MSP des Camélias	MSP des Sureaux
Nombre de professionnels (à la dizaine près)	30	20	60
Nombre de médecins généralistes	5	5	17
Part de femmes (à l'entier près)	71 %	70 %	81 %
Participation aux expérimentations	Ipep et Peps	Peps	Ipep

Ce chapitre montre que les médecins entrepreneurs promeuvent de nouvelles divisions du travail de soin, en s'appuyant sur les financements expérimentaux, et en mobilisant un style de raisonnement économique. Ces nouvelles divisions du travail de soin renforcent la place des médecins dans les hiérarchies professionnelles. Les professionnels intermédiaires s'engagent dans les expérimentations afin de poursuivre une réorganisation locale des soins primaires (1).

[103] Une présentation de ces MSP et la méthodologie de leur sélection ont été exposées dans la partie méthodologique de l'introduction. Des éléments plus détaillés sont également fournis en annexe de cette thèse.
[104] J'ai déterminé ces critères au regard de la littérature existante et de premiers entretiens exploratoires.

Les modèles économiques sont alors mis à distance par les intermédiaires, à la fois parce qu'ils sont dilués dans un millefeuille de financements, mais aussi dans une volonté de démontrer le maintien de l'autonomie des professionnels (2). Pour autant, les médecins entrepreneurs mobilisent un style de raisonnement économique autour de la répartition du « temps médical », qui légitime des divisions du travail qui leur sont favorables (3).

1. Des réorganisations locales des soins primaires : au-delà du paiement à l'acte

Affiche de l'association Médecins pour Demain, diffusée en ligne, https://medecinspourdemain.fr/ (consulté en septembre 2023).

Consultations à 50 euros, fin du conventionnement des MSP… À l'automne 2022, le mouvement « Médecins pour demain » ravive des mobilisations « ultralibérales » (Hassenteufel, 1997). Leurs revendications contrastent avec celles des professionnels de santé engagés dans les expérimentations Ipep et Peps. En effet, alors que les premiers promeuvent un retour aux fondements de la charte de la médecine libérale de 1927[105], les médecins généralistes des trois MSP enquêtées partagent un rapport plus ambigu à l'exercice libéral. Tout en

[105] La charte de la médecine libérale, édictée en 1927 par la Confédération des syndicats médicaux français (CSMF), dresse sept principes de l'exercice médical libéral, dont le libre choix ; le secret professionnel ; le droit à des honoraires ; le paiement direct par l'assuré ; la liberté thérapeutique et de prescription (Hassenteufel, 2019).

continuant à promouvoir celui-ci au nom de leur autonomie (Schlegel, 2022), ils se détachent de certains de ses fondamentaux et partagent une critique du paiement à l'acte.

Si le paiement à l'acte demeure le socle de la rémunération des médecins généralistes libéraux[106], les modes de rémunérations se sont cependant diversifiés depuis les années 2000. Ainsi, les médecins touchent depuis 2004 une rémunération au forfait par patients affiliés avec le dispositif « médecin traitant ». Depuis 2012, ils peuvent également être rémunérés à la performance, avec la mise en place de la Rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) (Bloy et al., 2012 ; Brunn, 2020) qui valorise l'atteinte d'objectifs liés à des indicateurs de qualité. Depuis 2009, les professionnels peuvent également recevoir une rémunération collective en échange de la contractualisation en MSP (Fournier, 2015 ; Moyal, 2021 ; Schweyer, 2014). Au-delà de la diversification des modes de rémunérations, ces professionnels connaissent un mouvement de contractualisation avec les pouvoirs publics, qui s'accompagne d'une collectivisation d'une partie des financements et du travail.

Au sein des trois MSP enquêtées, les professionnels revendiquent une conception de la santé comme globale, nécessitant une prise en charge à la fois physique, sociale et psychologique. Aux Agapanthes et aux Sureaux, ces MSP sont avant tout un réseau local, les différents professionnels ne partagent pas un même lieu d'exercice. Ils se croisent principalement durant des réunions, auxquelles l'ensemble des professionnels ne participent pas toujours. De plus, les MSP regroupent des professionnels au statut majoritairement libéral, où les rapports hiérarchiques sont informels et reposent sur un principe de collégialité, voire d'égalité (Moyal, 2020). Les modes d'action en MSP s'appuient sur deux principaux leviers, qui se recoupent parfois : la mise en place d'actions communes (projet de prévention, ateliers pour les patients, protocoles de délégations de tâches, etc.) qui s'inscrivent dans le projet de santé ; et le financement de ressources humaines, de matériel, ou encore de formation à disposition des professionnels de santé. Ces actions influencent rarement directement le cœur de l'activité professionnelle, qui reste réalisée de manière indépendante, dans le colloque singulier avec les patients.

Dans ces trois MSP, les professionnels de santé partagent une critique du paiement à l'acte comme ne permettant pas de rémunérer justement leurs pratiques professionnelles. Ils présentent alors les expérimentations comme un moyen de rémunérer une organisation des soins

[106] Pour les médecins exerçants dans une MSP contractualisée, le paiement à l'acte représente 71,3 % de leur rémunération (Rapport Charges et produits, Cnam, 2021).

primaires plus soucieuse de la qualité des soins octroyés aux patients (1). Dans le cas de l'expérimentation Ipep, ces nouveaux financements permettent de développer des services aux patients, jusqu'alors non pris en charge par l'Assurance maladie (2), tandis que le forfait Peps permet aux médecins généralistes de collectiviser leurs rémunérations et de mieux prendre en compte l'ensemble du travail médical (3).

1.1. Le paiement à l'acte construit comme un problème

Au sein des MSP enquêtées, les professionnels se montrent critiques du système de paiement à l'acte, reprenant un style de raisonnement économique. Ainsi, ces professionnels présentent le paiement à l'acte comme inflationniste : ce mode de rémunération encouragerait les professionnels à réaliser davantage d'actes pour gagner de meilleurs revenus, ce qui serait associé à une perte de qualité dans les soins.

> « Dans le système français, plus on veut faire de la qualité en médecine générale moins bien on est rémunéré. Il y a quasiment un rapport inverse et direct entre la qualité du travail fourni et le niveau de revenu des médecins généralistes français » (Entretien, Christophe J., médecin généraliste libéral, MSP des Camélias, 09/21).

> « J'ai toujours dit que c'était pervers. La perversité du paiement à l'acte. C'est insupportable, en fait, d'être obligée de voir un maximum de gens pour avoir un salaire digne de quelqu'un qui a fait huit ans d'étude » (Entretien, Valérie M., médecin généraliste libérale, MSP des Agapanthes, 11/21).

Les médecins opposent des pratiques de travail quantitatives, parlant « d'abattage de patients », à leurs pratiques qualitatives. Le temps passé en consultation est ainsi souvent considéré comme un critère de qualité des soins. Cette critique est partagée par les autres professionnels libéraux, et est portée bien au-delà des médecins entrepreneurs. Par exemple, ce kinésithérapeute dénonce les pratiques de confrères qui prennent plusieurs patients en même temps pour augmenter leur revenu.

> « Les kinés qui font moins bien leur boulot, ils gagnent beaucoup plus leur vie que moi (…). Ils ont des créneaux de groupe qu'ils n'animent pas vraiment (*rire ironique*), mais ils ont plein de patients en même temps » (Entretien, Matthieu F., masseur-kinésithérapeute libéral, MSP des Sureaux, 12/21).

Pour les professionnels des MSP enquêtées, le paiement à l'acte valorise injustement les professionnels qui feraient du travail de moindre qualité. D'autres médecins jugent également que des actes simples seraient trop rémunérateurs, et déclarent avoir de l'inconfort à les facturer.

> « Avec la médecine d'aujourd'hui, les gens ont besoin, des fois, de rien, d'un petit conseil. Voilà, un petit conseil, cela ne coûte pas 25 euros. Enfin, je veux dire, voilà, c'est quoi 25 euros pour une consultation ? Donc, c'est vrai que moi, j'ai toujours vu cela dans la globalité. J'ai une patientèle, si elle ne va pas bien à 19 heures, le soir, et qu'elle m'appelle… Un conseil, ça n'a pas de prix » (Entretien, Valérie M., médecin généraliste libérale, MSP des Agapanthes, 11/21).

Cette critique est particulièrement présente parmi les médecins engagés au forfait Peps. Les actes courts, demandant peu d'expertise, comme une vaccination ou un suivi téléphonique sont considérés illégitimes à facturer aux patients.

Certains professionnels portent une autre critique : le paiement à l'acte, en mettant les professionnels en concurrence, ne permettrait pas les coopérations interprofessionnelles.

> « Ces paiements à l'acte c'est quand même très bizarre, parce qu'assez rapidement on s'est rendu compte que si vous essayez de faire de la coopération ou du partage de compétence ou du transfert de compétence. Si vous faites ça, mais que le modèle économique est à l'acte, en fait ça vous met immédiatement en concurrence avec le professionnel à qui vous déléguez ou vous partagez ou vous transférez les compétences, ça ne marche pas » (Entretien, Gregory D., médecin généraliste libéral, MSP des Agapanthes, 11/21).

Dans cette perspective, déléguer une tâche à un autre professionnel reviendrait à perdre de l'argent, dans une situation de concurrence, et constituerait un frein potentiel à la coopération interprofessionnelle. Leurs revendications se situent dans l'ensemble à un niveau systémique : il faut modifier les modes de rémunération de manière à modifier ces pratiques qui portent atteinte à l'intérêt général. Cela rejoint l'affirmation d'un désintéressement historiquement mobilisé par les médecins pour défendre leur intérêt, y compris économique (Hassenteufel, 1997).

Toutefois, la critique du paiement à l'acte se porte également à un niveau plus personnel. En effet, une partie des médecins jugent que certaines tâches, comme la prévention, ou certains

types de patientèle, comme les patients malades chroniques ou âgés, génèrent un travail qu'ils estiment insuffisamment rémunéré à l'acte. Ces médecins considèrent que leur patientèle est particulièrement âgée ou complexe, ce qui ne permet pas de « rééquilibrer » leur rémunération par des consultations plus courtes avec des patients jeunes et en bonne santé. Ils se considèrent alors personnellement lésés par le paiement à l'acte.

> « Ma file active est autour de 700 ou 800 personnes (…). Dans ces patients-là, j'ai plus de 80 personnes qui ont une affection de longue durée, j'ai je sais plus combien de gens très âgés, plus de 80 ans, j'ai recruté des gens avec des problématiques par rapport à leur âge, soit complexe par rapport à leur maladie, soit complexe par rapport à leur situation psychosociale. Ce qui fait que (…) je suis passée de consultations prévisibles de 30 minutes à plus 15 ou 20 [au total, 45 ou 50 minutes de consultation]. Sauf que mes collègues travaillent 15 ou 20 minutes à côté, et moi je n'arrive pas à tenir ma demi-heure. En pratique, je fais un métier qui est plus difficile, parce que je me colle toutes les situations complexes (…) et je suis payée deux fois moins dans le système du paiement à l'acte » (Entretien, Aurélie B., médecin généraliste libérale, MSP des Sureaux, 12/21).

Ainsi, ces médecins revendiquent une diversification des modes de rémunération également dans leur intérêt personnel, de manière à mieux valoriser leurs propres pratiques de travail.

L'ensemble de ces critiques ne sont pas portées de manière équivalente par les professionnels. Dans l'expérimentation Ipep, la plupart des professionnels attribuent au paiement à l'acte une certaine pertinence, notamment pour la prise en charge de pathologies aiguës, et voient dans les modes de paiement complémentaires (notamment, incitatifs) une solution aux limites de ce mode de rémunération.

> « C'est sûr que quand on va voir son médecin pour une angine, c'est bien d'être payé à l'acte. C'est une consultation, ça dure dix minutes, un quart d'heure, on paie, voilà, c'est bon. Mais, quand on est diabétique et que l'on va voir le médecin, l'infirmière, le pharmacien, le podologue, le diététicien et le psychologue, là, on peut se poser la question de nouvelles modalités de financement et qui permettent, à la fois la coordination, mais aussi la cohérence entre les actions qui sont portées, et pas un enchaînement d'actes, qui permettent aussi le lien, éventuellement, avec l'endocrinologue, avec le diabétologue, avec

> le deuxième recours et l'hôpital » (Entretien, Jacques P., médecin généraliste libéral, MSP de Belviac, 04/21).

Les professionnels voient le paiement à l'acte comme une base pour leur rémunération, qui a besoin d'être complétée et enrichie par des financements complémentaires permettant plus de souplesse dans le suivi des patients et une meilleure coordination entre les professionnels (puisque ce travail deviendrait rémunéré).

Face à cette critique modérée du paiement à l'acte, les professionnels des Camélias et des Agapanthes, qui participent au forfait Peps, portent une critique plus radicale.

> « Les modes habituels de rémunération de la médecine générale sont tout sauf appropriés. Le paiement à l'acte, il est inflationniste, il est individualiste. Il est complètement à côté de la plaque en ce qui concerne les missions du médecin généraliste » (Entretien, Audrey T., médecin généraliste libérale, MSP des Camélias, 02/22).

Contrairement aux professionnels engagés dans Ipep, ils considèrent que le paiement à l'acte est inadapté à la pratique de la médecine générale, et gagnerait à être substitué par un paiement forfaitaire par patients.

L'ensemble de ces critiques s'inscrivent dans un raisonnement causal caractéristique du style de raisonnement économique. Pour rappel, celui-ci est défini par Elizabeth Popp Berman comme possédant trois composantes : la mobilisation de concepts de base en économie (le marché, l'efficience, l'incitation) pour penser les problèmes et les solutions ; l'usage de méthodes économiques ; et la croyance en un raisonnement causal où les actions sont liées à des causes identifiables et contrôlables (Berman, 2022). Et effectivement, le mode de rémunération est perçu comme influençant les pratiques de travail, incitant les professionnels à une logique productiviste, non qualitative. Les professionnels ne se présentent pas eux-mêmes comme intéressés : au contraire, ils se considèrent comme désintéressés, puisque sacrifiant une partie de leur rémunération pour assurer des soins de qualité.

Les professionnels de santé conçoivent leur intérêt comme totalement aligné avec celui de la population et de la santé publique (Hassenteufel, 1997). Dans cette même perspective, les professionnels de santé critiquent et demandent de nouveaux modes de rémunération pour améliorer le suivi des patients et la qualité des soins. De manière plus surprenante, ils soulignent les comportements délétères de leurs collègues : contrairement à eux, ces derniers seraient des

agents économiques, cherchant à maximiser leur profit au détriment des patients. La modification des modes de rémunération devrait inciter ces professionnels intéressés à des prises en charge plus qualitatives tout en valorisant davantage les pratiques déjà vertueuses.

> « Et moi, j'ai vu [dans Peps] une possibilité de sortir de cette frustration que j'ai, toujours avec mes consultations longues et complexes, j'avais l'impression que, vraiment, le paiement à l'acte m'était très fortement défavorable… » (Entretien, Christophe J., médecin généraliste libéral, MSP des Camélias, 02/22).

Les revendications portant sur le système et sur leur propre rémunération sont ainsi mêlées, puisqu'elles se rejoignent dans l'intérêt général.

Les critiques que les professionnels font du paiement à l'acte rejoignent celles de la littérature économique (Paris et Devaux, 2013). On y retrouve une conception commune du comportement individuel orienté par l'intérêt économique, incarné principalement par leurs collègues auxquels ils attribuent de mauvaises pratiques. À critique économique, solution économique : les professionnels sont convaincus de la nécessité de changer les modes de rémunération, ce qui explique également leur participation aux expérimentations Ipep et Peps.

1.2. Un développement du périmètre des soins primaires (Ipep)

L'expérimentation Ipep est mise en œuvre dans une quinzaine d'organisations libérales, MSP ou CPTS. Elle repose sur deux mécanismes de financement : des crédits d'amorçages[107] les quatre premières années, et à partir de la seconde année un financement variable au résultat, dépendant de l'atteinte d'objectifs de performance en matière de dépenses de santé et d'indicateurs de qualité[108]. Les professionnels de santé ne savent pas à l'avance combien d'argent ils vont obtenir au total. En 2020, les organisations entrées dans l'expérimentation en 2018[109] ont reçu en moyenne 9,3 euros par patients médecins traitants, avec une variation importante, de 2,7 euros à 16,9 euros par patients. Au total, les montants versés par structure varient de 37 000 euros à 693 000 euros, avec une moyenne à 162 000 euros.

Cet argent collectif finance des ressources humaines, des formations pour les professionnels, l'achat de matériel médical, ou encore des frais de fonctionnement (locaux, frais de comptabilité, frais juridiques…). Les organisations de santé doivent justifier ces dépenses

[107] Il s'agit de subvention octroyée aux organisations libérales pour mettre en œuvre leurs projets expérimentaux.
[108] Les organisations qui n'atteignent pas les objectifs de qualité et d'efficience ne reçoivent pas de financement.
[109] La sélection s'est faite en deux temps, un premier ensemble d'organisations dont les intermédiaires ont participé aux « séances de co-construction » de 2018 à 2019, puis un second ensemble d'organisations qui ont été sélectionnées fin 2019 après parution du cahier des charges finalisé.

auprès de la Caisse nationale d'Assurance maladie (Cnam) en faisant remonter des documents déclaratifs, sans justificatif. Avec ces documents, les statisticiennes de la Cnam estiment quantitativement l'usage des financements. Pour 2021, les dépenses en ressources humaines représentaient ainsi environ 74 %[110] des dépenses Ipep, confirmant les résultats de l'enquête qualitative (Morize et Schlegel, 2023). Le financement des ressources humaines recoupe à la fois la rétribution de professionnels libéraux pour leur participation au travail collectif ; le salariat de certaines professionnelles (secrétaires, coordinatrices, infirmières) ; ou encore la prise en charge par le collectif de la rémunération de professionnels libéraux non remboursés par l'Assurance maladie, le collectif se substituant au paiement du patient, par exemple pour des consultations de psychologie.

Je vais revenir successivement sur l'usage des financements dans la MSP des Agapanthes puis des Sureaux, après une brève description du contexte local.

Aux Agapanthes, la candidature à l'expérimentation Ipep se fait en 2019, alors que les médecins généralistes sont déjà engagés dans l'expérimentation Peps. Ils recherchent alors une source de financement pour salarier une infirmière. Ce n'est pas le collectif complet de la MSP qui candidate, mais un cabinet pluriprofessionnel recoupant cinq médecins généralistes et trois infirmières salariées (deux employées de l'association Asalée, une troisième du cabinet pluriprofessionnel). Les fonds obtenus sont versés sur le compte bancaire de la Société civile de moyen du cabinet pluriprofessionnel, permettant le recrutement d'Annabelle G. en qualité d'infirmière dite « de parcours », en complément d'un financement issu de l'aide à l'embauche d'assistants médicaux[111]. Au sein du cabinet pluriprofessionnel des Agapanthes, Annabelle G. complète les dossiers des patients nouvellement inscrits « médecins traitants », elle aide les patients à faire des demandes administratives liées à leurs statuts sociaux (aide médicale de l'état, complémentaire santé solidaire) ou à leurs états de santé (demande de prise en charge d'une affection longue durée, dossier pour la maison départementale pour les personnes handicapées). Elle téléphone aux patients voir se rend à leur domicile après un épisode de soin, comme une sortie d'hospitalisation ou un diagnostic de Covid-19. Elle participe également à orienter et à prendre des rendez-vous pour les patients, ainsi qu'à préparer les dossiers en amont des consultations. Plus rarement, elle aide les secrétaires à l'accueil lorsque celles-ci sont

[110] Ce chiffre s'appuie sur des données autodéclaratives, transmises par les professionnels de santé. Sa fiabilité est donc questionnable, il permet cependant d'établir un ordre de grandeur sur l'utilisation des financements.
[111] Depuis 2019, les médecins généralistes peuvent bénéficier d'une aide à l'embauche pour recruter des « assistants médicaux ». Leur faisceau de tâches est juridiquement flou, elles peuvent aider le médecin dans des tâches de secrétariat, d'accueil des patients, de contrôle des mesures voire de soins si l'assistante médicale a un diplôme d'infirmière.

débordées. Les tâches d'Annabelle recoupent du travail auparavant réalisé par les médecins, mais elle propose également des services de médiation et de coordination des parcours des patients qui n'existaient pas auparavant. Ces services visent à mieux prendre en compte les situations sociales des patients dans leur suivi au sein de la MSP.

De son côté, la MSP Sureaux est une organisation de taille importante, recoupant en 2022 une soixantaine de professionnels de santé. Ils bénéficient de plusieurs financements publics (contractualisation en MSP, financements régionaux) qui leur permettent de salarier une douzaine de professionnels extramédicaux [112] (coordinateurs, chargée de communication, psychologues, médiateur en santé, etc.). Ils ont initié en 2019 une CPTS, qui s'est autonomisée juridiquement de la MSP en 2021. Les fonds obtenus dans Ipep ont ainsi été versés dans un premier temps sur le compte de la Société Interprofessionnelle de soins ambulatoires, structure juridique qui porte la MSP, avant d'être versés à partir de 2021 à l'association de la CPTS. Les professionnels des Sureaux ont candidaté à Ipep dans l'objectif de financer un programme destiné aux patients jugés vulnérables, que nous nommerons ici « Agir ». Ce dernier, mis en œuvre depuis 2016[113], permet un accompagnement individuel et collectif de patients que les professionnels de la MSP qualifient de « vulnérables », se rapportant à des critères de santé, sociaux ou psychologiques. Les patients bénéficiaires du programme Agir sont pris en charge par une équipe de coordination, composée d'un médiateur en santé salarié, d'une médecin généraliste « référente clinique » et d'un groupe d'environ sept professionnelles paramédicales libérales. Chaque patient se voit attribuer une professionnelle paramédicale qui aura la responsabilité de l'accompagner individuellement, par un suivi régulier et des entretiens motivationnels[114]. Les patients bénéficient également d'ateliers collectifs financés par la MSP : de la littéracie en santé, menée par un linguiste ; de l'art-thérapie ; des ateliers animés par des kinésithérapeutes sur la gestion de la douleur chronique ; de l'Activité physique adaptée ; de la méditation. Les patients peuvent être également orientés vers des séances d'Éducation thérapeutique du patient. Le financement Ipep permet ainsi le maintien de ce programme qui accompagne individuellement et collectivement les patients dans une perspective de prise en charge globale.

[112] Le terme « extramédicaux » est proposé ici pour distinguer ces métiers encore émergents, qui n'entrent pas dans les conventions médicales ou paramédicales, mais qui participent à l'organisation des soins primaires.
[113] En effet, le financement Ipep prend le relai d'un autre financement expérimental, qui arrivait à sa fin en 2019.
[114] L'entretien motivationnel est une méthode de communication, élaborée dans les années 1980 aux États-Unis par deux psychologues. Cette méthode consiste, schématiquement, à faire émerger par une série de questions les « besoins » du patient, afin de pouvoir établir une thérapeutique adaptée à ces besoins et scindée en étapes.

En comparant le cas des Agapanthes et des Sureaux aux autres organisations libérales[115], l'on peut tirer plusieurs enseignements communs concernant l'usage des financements Ipep dans les MSP. Tout d'abord, cet usage n'a rien de standardisé, chaque collectif met en œuvre un projet différent, qui peut impliquer de recruter une infirmière, de financer des formations, de repenser les parcours d'un certain type de patientèle… Malgré cette variabilité, ces réorganisations locales ont en commun de proposer des services aux patients au-delà des consultations médicales, souvent en portant une attention particulière à leur situation sociale. Le travail généré par ces services est effectué par des professionnelles paramédicales ou extramédicales. Ces services n'affectent pas le travail médical, puisqu'ils sont développés au-delà de celui-ci.

De plus, l'expérimentation Ipep n'initie aucune de ces réorganisations, ce qui dément l'épistémologie causale mobilisée par les économistes. En effet, le financement Ipep s'inscrit dans une antériorité des projets développés au sein des MSP, et participe d'un millefeuille de financements publics. D'ailleurs, le montant du financement est imprévisible, car conditionné aux résultats, ce qui peut entraîner de l'incertitude dans l'embauche de ressources humaines. L'accumulation de financements permet de prévenir cette incertitude. Lorsque les financements Ipep sont importants, ils peuvent cependant participer à donner de l'ampleur à ces réorganisations, en permettant par exemple d'embaucher une seconde infirmière (Schlegel, 2022).

1.3. Une collectivisation du travail entre médecins généralistes (Peps)

Au cours du processus expérimental, seules deux MSP sur les seize engagées à un moment du processus ont effectué le passage au forfait[116]. Avant de revenir sur les raisons de ce désengagement, je vais présenter l'organisation des deux collectifs de médecins qui y sont restés. Ces médecins apparaissent comme des cas « extrêmes » (Gerring, 2009) dans la critique du paiement à l'acte : ils le considèrent comme délétère et poursuivaient de longue date l'ambition d'un mode de rémunération alternatif.

Le modèle économique Peps remplace la rémunération à l'acte[117] des médecins par un forfait annuel par patient, dont le montant total s'élève de 0 à 15 % de leur rémunération à l'acte en

[115] Cette comparaison est permise par le recueil d'entretiens complémentaires dans d'autres organisations, par les observations menées au national où les professionnels présentent leurs actions, et enfin par le travail réalisé par mon collègue Vincent Schlegel dans une autre MSP participant à Ipep (Morize et Schlegel, 2023).
[116] Une troisième MSP, la MSP des Bougainvilliers, participe en fait au forfait en patientèle diabétique, mais cela ne concerne qu'une centaine de patients, de plus la MSP a continué à facturer le suivi des patients à l'acte et ne semble pas avoir changé beaucoup ses pratiques (Morize, Schlegel, 2023).
[117] Exception faite de certains actes davantage valorisés économiquement, comme les actes techniques ou les actes réalisés dans des horaires de permanence des soins.

2018. Des crédits d'amorçages de 9 000 à 12 000 euros ont été versés en 2019 et 2020. Le forfait Peps affecte la manière dont les médecins généralistes sont rémunérés, mais ne suffit pas en lui-même pour financer un poste supplémentaire (contrairement à Ipep). Je vais revenir successivement sur l'organisation des médecins de la MSP des Agapanthes puis des Camélias, depuis leur passage au forfait.

Aux Agapanthes, le forfait est versé collectivement sur le compte d'une Société civile de moyen qui regroupe cinq médecins généralistes et deux infirmières salariées (une de l'association Asalée, une autre par la même société civile de moyen). Les cinq médecins généralistes ont redéfini leur planning de travail, en adoptant des temps de travail répartis sur trois ou quatre jours selon leurs préférences personnelles.

Les médecins ont des plages de consultation courte (pour la patientèle aiguë) et des plages de consultations longues (pour la patientèle malade chronique, âgée, la gynécologie ou la pédiatrie), afin de mieux adapter les temps de consultation aux besoins des patients. Certaines des médecins femmes prévoyaient déjà des créneaux adaptés aux patients dans leur planning, mais le forfait Peps permet de standardiser cette pratique aux cinq médecins.

> « Je travaille par demi-heure, contrairement à mes collègues. Enfin, j'ai toujours travaillé à la demi-heure, en fait, parce que maintenant, les autres s'y sont mis » (Entretien, Valérie M., médecin généraliste libérale, MSP des Agapanthes, 11/21).

> « Avant, je voyais mes nourrissons, parce que je fais beaucoup de pédiatrie, je doublais mes créneaux donc cela me faisait 40 minutes, c'était presque un peu long. Alors que là, je peux les mettre en 30 minutes donc je pense que, pour moi, ça n'a pas changé grand-chose (…), je ne pense pas que j'ai vraiment augmenté mon temps de consultation » (Entretien, Marion B., médecin généraliste libérale, MSP des Agapanthes, 11/21).

De plus, ils intègrent à leur planning du temps de travail dédié aux tâches extérieures aux consultations, donc non rémunérées par le paiement à l'acte. Ces tâches sont notamment administratives (faire les comptes, mettre à jour les dossiers de la patientèle, etc.), et de coordination (appeler un service pour une prise en charge, rappeler un patient, etc.). Pour autant, ces tâches restent non quantifiées et débordent largement des plages horaires consacrées.

> « Le temps administratif, ça peut être plein de choses. Ça peut être de classer tes biologies, ça peut être rappeler des patients par rapport à des résultats, orienter des patients dans des services, classer tes courriers (…). Moi, globalement je n'arrive pas à le faire sur mes plages bleues [formalisées pour ces tâches], donc je reste facilement une heure en plus le soir. Et ça m'arrive très régulièrement de travailler sur mes jours *off* (…), quasiment une demi-journée, voire deux demi-journées en plus de mes trois jours de présence. » (Entretien, Coralie D., médecin généraliste, MSP des Agapanthes, 12/22).

Le passage au forfait ne prend pas pleinement en compte ces temps de travail ni ne les quantifie. Si ces médecins revendiquent une meilleure appréciation de leur temps de travail, ils maintiennent cependant une logique de productivité où le temps passé à réaliser ces tâches dépendrait de leurs performances, et non pas d'éléments extérieurs (une installation récente avec de nombreux nouveaux dossiers de patientèle, une patientèle demandant davantage de coordination, etc.).

Aux Agapanthes, les médecins touchent 15 % de plus que dans leur rémunération antérieure au paiement à l'acte (en 2018). Cet argent supplémentaire participe à financer les postes des infirmières salariées.

> « Tout tombe dans la même boîte. Donc, dire que l'on paie un truc avec Peps, c'est compliqué parce que comme tout est mis en commun, il y a aussi la ROSP, les actes techniques, les consultations majorées… » (Entretien, Annabelle G., infirmière de « parcours » salariée, MSP des Agapanthes, 11/21).

En même temps que l'expérimentation Peps, ils bénéficient des financements Ipep qui contribuent au recrutement d'une infirmière « de parcours ». Ils collaborent également avec deux infirmières de santé publique, salariées de l'association Asalée, dont l'une est également formée en pratique avancée[118].

Dans la MSP des Camélias, la participation au forfait Peps se fait dans un contexte assez différent : les médecins exercent depuis 2004 en partage d'honoraires, pratique qui consiste à mettre en commun toutes les rémunérations libérales pour les redistribuer ensuite collégialement. Le passage au forfait ne bouleverse donc pas les pratiques médicales, mises en

[118] Depuis 2019, les infirmières peuvent obtenir un diplôme de master 2 en pratique avancée, qui leur permet de réaliser un ensemble plus large de tâches incluant le suivi de patients atteints de maladie chronique et le renouvellement de leurs ordonnances, de la coordination des patients ou encore des missions de recherche en soins infirmiers.

œuvre depuis plusieurs années. Les médecins possédaient déjà un planning commun : « On a des plannings qui sont absolument identiques, on bosse en partage d'honoraires depuis huit ans » (Entretien, Christophe J., médecin généraliste libéral, MSP des Camélias, 09/21). Ce planning comporte des plages de consultation de 20 minutes chacune, et deux demi-journées de visites à domicile par semaine. Les temps de travail sont strictement identiques, répartis sur quatre jours, pour chaque médecin. Ces temps de visite à domicile sont en fait des temps adaptables aux pratiques des professionnels, certains y réalisant également une partie du travail administratif.

Aux Camélias, les médecins ne sont par revalorisés par le forfait, ils gagnent strictement la même chose qu'au paiement à l'acte en 2018[119]. Le forfait ne permet donc pas d'augmenter leur rémunération ou de réinvestir dans leur organisation. Cependant, ils estiment que sa mise en place a eu un effet symbolique sur leurs pratiques de travail, les amenant à plus de souplesse dans la prise en charge des patients.

> À la suite d'une présentation que j'effectue au sein de la MSP, Éric H., médecin généraliste, explique son ressenti autour de la mise en place du forfait : « moi je me sens beaucoup plus à l'aise de faire toute sorte d'activités autour de simplement voir les gens en consultation, parce que je sais qu'on est dans un autre mode de fonctionnement. Je peux prendre du temps pour voir un cas à domicile dans une situation complexe, rester du temps au téléphone à discuter avec quelqu'un. Tous ces à-côtés, toute cette gestion, moi maintenant j'ai l'impression que je suis rémunéré pour » (Observation, réunion au sein de la MSP des Camélias, 11/22).

Le changement de mode de rémunération permet de revaloriser symboliquement ces « à côté » du travail médical.

Les médecins des Camélias coopèrent également avec une infirmière Asalée, à qui ils ont délégué une partie du suivi des enfants depuis la mise en place du forfait.

> « Il y a eu plusieurs choses qui se sont connectées, le Peps, la fin des certificats médicaux pour les enfants, et donc on a décidé de formaliser des consultations de prévention approfondies à des âges clés : six ans, neuf ans, onze ans où là, on les oriente vers Véronique [l'infirmière Asalée] et elle fait des consultations

[119] Sans la garantie qui leur permet de ne pas descendre en dessous de ce niveau de rémunération, ils auraient même pu gagner moins.

> d'une heure à une heure et demie avec tout ce qui est dépistage visuel, auditif, information sommeil, scolarité. Enfin voilà, elle fait absolument tout sauf l'auscultation cardiaque. Six ans et onze ans, ce sont des âges de vaccin et puis on a rajouté neuf ans pour prévoir une autre étape » (Entretien, Christophe J., médecin généraliste libéral, MSP des Camélias, 09/21).

Comme dans le cas des Agapanthes, cette coopération ne dépend cependant pas financièrement du forfait Peps : Véronique F. est salariée de l'association Asalée, et réalise ces nouvelles tâches sur son temps de travail.

Par ailleurs, le forfait a pu faciliter ou amplifier le suivi par téléconsultation ou téléphone des patients, qui s'est développé lors de la pandémie de Covid-19 (DREES, 2021).

> « On fait plus de consultations téléphoniques qu'avant. Du coup, on s'est rajouté des créneaux de consultations téléphoniques. Donc ça, je ne sais pas si c'est le Covid, mais, en tous cas, Peps a complètement lissé ça parce que, du coup, vu que ce sont nos patients et que l'on a réussi à mettre un truc comme quoi on pouvait les faire par téléphone, c'est nettement plus facile » (Entretien, Pauline C., médecin généraliste libérale, MSP des Agapanthes, 12/21).

Ainsi, le forfait permet plus de souplesse dans la forme que prend le suivi des patients. La rémunération ne dépend plus de la présence du patient au cabinet et les médecins déclarent avoir davantage de facilitée à ajuster le suivi au besoin du patient qu'auparavant. Au-delà de modifications concrètes des modes de rémunérations, le passage au forfait-patient permet de valoriser symboliquement les tâches qui ne l'étaient pas avant à l'acte en les incluant mieux dans les temps de travail, répondant à la critique portée au paiement à l'acte.

Comme dans le cas d'Ipep, l'expérimentation Peps s'inscrit dans un millefeuille de financements. Ainsi, les économistes administratifs conditionnent la participation à Peps à une coopération médecins-infirmières salariées, sans donner de moyen supplémentaire pour recruter les infirmières. Les médecins s'associent avec des infirmières salariées de l'association Asalée (aux Camélias ou aux Agapanthes), et aux Agapanthes une infirmière de parcours est financée par l'expérimentation Ipep et par une aide à l'embauche d'assistante médicale.

À l'échelle des organisations, l'analyse des usages des financements Ipep et Peps de manière exclusive est artificielle, car seule l'accumulation des financements permet des réorganisations locales des soins primaires. Attribuer des effets causaux à une seule expérimentation s'avère

délicat, puisque le cumul de financement est une condition de possibilité de la mise en œuvre locale des expérimentations.

2. Résistances et appropriations face aux modèles économiques

Les économistes administratifs conçoivent les modèles économiques Ipep et Peps comme des instruments de transformation des pratiques des professionnels de santé : ces derniers devraient adapter leur comportement afin de répondre aux incitations financières. Ce faisant, les modèles permettraient à l'Assurance maladie et à l'État d'influencer les pratiques professionnelles, dans une perspective de gouvernement à distance (Foucault, 2004 ; Rose et Miller, 1992). Cependant, la dimension organisationnelle demeure non pensée par les économistes administratifs, qui supposent que les intermédiaires relaieraient quasiment automatiquement les incitations économiques auprès des autres professionnels. Dans le chapitre 3, nous avions analysé l'activité d'intermédiaire au travers des relations des professionnels de santé avec les économistes administratifs, du bas vers le haut. Ce chapitre s'intéresse à l'activité d'intermédiaire au sein des MSP : dans quelle mesure et de quelle manière les professionnels de santé intermédiaires relaient-ils les instruments d'action publique au sein des organisations (Frau et Taiclet, 2022 ; Nay et Smith, 2002) ? Participent-ils à diffuser le style de raisonnement et les outils économiques ?

En mobilisant la littérature sur les relations entre groupes professionnels et les instruments de contrôle (Aust et al., 2019 ; Bezes et al., 2011 ; Levay et Waks, 2009), je montrerai que dans la réorganisation locale des soins primaires, les professionnels de santé résistent face aux modèles économiques et s'en approprient les objectifs. Ils les mettent à distance, les considérant comme de simples sources de financement (1). Plus encore, les modèles économiques Ipep et Peps heurtent les dynamiques professionnelles de différentes manières. Le modèle Ipep, renvoyant les professionnels à la dimension économique de leur activité, est effacé par les intermédiaires (2). Le forfait Peps est lui abandonné par la plupart des MSP libérales, devant la difficulté de se répartir des fonds collectivement. Paradoxalement, les deux MSP restantes le présentent comme un mode de rémunération idéal (3).

2.1. Une absence de relai sur les modèles

Dans les MSP enquêtées, seuls les acteurs qui réalisent l'activité d'intermédiaire sont informés des principes sous-jacents aux modèles économiques. Ce résultat n'est d'ailleurs pas particulier aux MSP enquêtées, puisqu'il se retrouve à la fois dans d'autres organisations libérales (Morize

et Schlegel, 2023), mais également dans des centres de santé (Legrand et Pitti, 2024), et dans des groupements hospitaliers (Bourgeois, 2024).

Dans la MSP des Sureaux, l'activité d'intermédiaire est réalisée par trois professionnels de manière régulière : une médecin généraliste, un kinésithérapeute et un coordinateur salarié. Aux Agapanthes, elle est principalement effectuée par un médecin généraliste et une infirmière de parcours salariée. Enfin, aux Camélias, l'activité d'intermédiaire est assurée en alternance par les cinq médecins. En revanche, l'infirmière salariée n'y participe pas.

Les économistes administratifs conçoivent ces acteurs intermédiaires comme des « relais » des modèles économiques (Frau et Taiclet, 2022). Dans leur conception des expérimentations, les présentations régulières des modèles économiques décrites dans le chapitre 3 devraient ensuite être diffusées dans les organisations. Certains outils sont d'ailleurs mis en place par les économistes administratifs à cette fin, par exemple des vidéos pédagogiques expliquant les principes des modèles économiques.

Pour autant, dans les MSP enquêtées, les intermédiaires ne diffusent pas le contenu des modèles économiques. Les professionnels non intermédiaires connaissent tout au plus (et pas toujours) le nom de l'expérimentation, et n'ont aucune idée précise des modèles. Par exemple, cette médecin généraliste des Sureaux n'a qu'une vague idée de ce qu'est l'expérimentation Ipep.

> ***« Est-ce que tu connais un peu l'expérimentation Ipep ?***
>
> J'en ai entendu parler, et pour moi, je croyais que c'était une évaluation de nos pratiques, et qu'on était censé, je ne sais pas, étudier un petit peu l'impact positif ou négatif de notre type d'exercice coordonné sur des critères que je n'ai pas en tête, voilà » (Entretien, Julie B., médecin généraliste libérale, MSP des Sureaux, 01/23).

Dans la MSP des Agapanthes, Anna M., infirmière salariée, n'a pas d'information précise sur les modèles. Dans cette MSP qui participe à la fois à Peps et à Ipep, elle ne connaît pas la différence entre les deux expérimentations.

> « Les tenants et les aboutissants de Peps, je ne les connais pas. Je sais juste que c'est de la forfaitisation et qu'ils sont payés par rapport à la patientèle médecin-traitant déclarée, que tous les mois, ils ont le même revenu (…). Et puis, c'est tout ce que je sais, en fait. Je ne sais rien d'autre. Alors, je n'ai pas posé de questions. Je ne me sens pas concernée en fait (…). Pour Ipep, c'est pire, je ne

> sais même pas ce que c'est ! Donc, je ne savais même pas que j'avais signé pour Ipep. Alors bon (…) ! Je sais qu'ils touchent des sous, mais je ne sais pas à quoi ça sert » (Entretien, Anne M., infirmière salariée Asalée, formée en pratique avancée, MSP des Agapanthes, 12/22).

Ce manque d'information est largement partagé par l'ensemble des acteurs non intermédiaires, comme le souligne encore cet extrait d'entretien avec une médecin des Agapanthes qui m'explique : « Tu vois, je ne fais pas trop la différence entre Peps et Ipep » (Coralie D., médecin généraliste, Agapanthes, 11/22). Les éléments chiffrés diffusés par les économistes administratifs, comme les résultats des organisations sur les indicateurs ou les crédits obtenus, ne font l'objet d'aucun retour aux différents professionnels.

Ce manque d'information peut être analysé comme une résistance collective des professionnels de santé face aux modèles économiques. En effet, les professionnels non intermédiaires affirment leur désintérêt pour les instruments d'action publique. Lorsque l'entretien est annoncé comme portant sur les expérimentations, ou que je pose des questions sur ce sujet vers la fin de l'entretien, il n'est pas rare qu'on me renvoie vers un des acteurs intermédiaires :

> « Aurélie Bard, il me semble qu'elle était beaucoup là-dessus, et très intéressante. Voilà ! Je pense qu'elle, elle saurait en dire beaucoup plus » (Entretien, Virginie P., psychologue libérale, MSP des Sureaux, 12/21).

> « On a le rapport de la coordinatrice qui suit ça de près, voilà avec les subventions accordées, les trucs, les machins, voilà, mais sans plus, quoi » (Entretien, Véronique F., infirmière salariée Asalée, MSP des Camélias, 11/22).

> « Le dossier a été fait plutôt par Gregory, donc voilà… » (Entretien, Marion B., médecin généraliste libérale, MSP des Agapanthes, 11/21).

Les acteurs non intermédiaires s'investissent en fait peu dans la gestion de la MSP, dont font partie les expérimentations, et ne s'intéressent pas aux informations liées aux modèles économiques. Ainsi, après une présentation de mes premiers résultats aux Sureaux, Guillaume B., kinésithérapeute libéral et acteur intermédiaire, revient en détail sur ce qu'est l'expérimentation Ipep, qu'il n'a jamais présentée au reste de ses collègues. Pendant qu'il explique ce qu'est Ipep, les autres professionnels réagissent au moyen de blagues, se moquant du modèle Ipep, perçu comme alambiqué. À la fin de la présentation une des médecins s'exclame « Eh bah ! Merci de vous occuper de ça ! », ce qui est suivi d'éclats de rire

approbateurs de la part des autres professionnels (Observation, réunion de restitution, Sureaux, janvier 2023). L'activité d'intermédiaire est représentée comme technique et peu valorisée au sein des MSP. De leur côté, les acteurs intermédiaires valorisent les relations avec les économistes administratifs, mais ne se flattent pas des informations obtenues autour des modèles économiques, qu'ils présentent également comme inintéressantes et sortants de leur domaine de compétence.

> « On n'avait pas de prétention à la compréhension intrinsèque d'un système économique à une telle échelle, enfin moi j'y connais… Je suis capable de dire ce que c'est que mon métier et comment je le pratique et comment j'imagine le pratiquer en coopération avec un certain nombre de mes collègues, mais ce qui se passe à l'échelle nationale fiou, je n'y connais rien, les statistiques ce n'est pas ma… voilà je peux les lire quand elles sont dans le domaine médical, mais quand elles sont dans le domaine économique ça m'échappe largement » (Entretien, Gregory D., médecin généraliste libéral, MSP des Agapanthes, 11/21).

Dans un autre entretien, une médecin généraliste intermédiaire parle de « prendre du doliprane ou de l'aspirine avant d'y aller, sur les indicateurs, comment ils sont calculés » (Thérèse L., médecin généraliste, CPTS de Fret, 11/2021). Les intermédiaires comme les non-intermédiaires estiment ainsi l'information sur les modèles économiques comme superflue à leur pratique professionnelle. L'extrait d'entretien avec Gregory D. souligne d'ailleurs ce décalage entre les modèles économiques, et la pratique quotidienne de son métier. Les modèles économiques sont ainsi perçus par les professionnels de santé comme des objets techniques dont la compréhension, même minime, n'est pas nécessaire pour mener à bien leur travail de soin, et donc pour réorganiser leurs pratiques. L'absence de relai des informations par les intermédiaires est une première manière de limiter les effets des instruments au sein des MSP et de résister à la mise en place de ces outils économiques.

2.2. Un modèle qui bouscule les dynamiques professionnelles (Ipep)

Les intermédiaires relaient peu d'information sur les instruments en eux-mêmes, mais ils diffusent des représentations générales et normatives des modèles économiques, amenant à les valoriser et à les dévaloriser. Ainsi, les instruments véhiculent une certaine représentation du monde (Aust et al., 2019 ; Lascoumes et Le Gales, 2007) et des réorganisations du travail (Voß et Simons, 2014) qui peuvent heurter les dynamiques professionnelles. « Par "dynamique

professionnelle", on entend à la fois l'émergence de nouvelles pratiques professionnelles et les mobilisations collectives visant la reconnaissance d'une compétence et/ou d'un statut ou la défense d'un territoire professionnel » (Robelet et al., 2005, p. 233-234).

Aux Sureaux et aux Agapanthes, les intermédiaires dévalorisent le modèle économique Ipep, présentant une forme de découplage inverse ou de bricolage face à l'instrument (Levay et Waks, 2009 ; Timmermans et Berg, 1997). (1). Cette résistance est également liée au fait que l'instrument véhicule une représentation de leurs groupes professionnels qui heurte leur rhétorique de désintéressement (2), tout en proposant des redéfinitions sectorielles du travail qui vont à l'encontre de leurs intérêts (3).

Une dévalorisation du modèle au sein des MSP

Aux Sureaux comme aux Agapanthes, les intermédiaires affirment ne pas chercher à orienter les actions de leurs collègues en fonction du modèle économique. Durant les entretiens, le modèle économique Ipep suscite toujours un détachement ironique de la part des intermédiaires. Aux Sureaux, l'expérimentation Ipep est présentée comme inintéressante en soi, se limitant au financement du programme Agir.

> « Sincèrement je me suis dit rapidement si ça nous amène de l'intéressement tant mieux ça nous permettra de faire d'autres projets (…) Mais je n'y voyais pas forcément plus d'intérêt que ça sur le reste » (Entretien, Guillaume B., masseur-kinésithérapeute libéral, MSP des Sureaux, 11/21).

Les professionnels libéraux ne se sentent pas régulés par le modèle. Aux Agapanthes, Gregory D. ironise sur leur participation à l'expérimentation, qu'il présente comme intéressée – quand bien même le financement Ipep ne vient pas augmenter ses revenus personnels, mais les fonds du collectif.

> « ***Et côté IPEP, qu'est-ce qui vous a amené à rentrer dans l'expérimentation ?***
>
> L'appât du gain *(rires)* » (Entretien, Gregory D., médecin généraliste libéral, MSP des Agapanthes, 11/21).

Le modèle Ipep est réduit à une source de financement, présenté comme peu intéressant pour lui-même. Comme aux Sureaux, les professionnels revendiquent leur autonomie par rapport au modèle et affirment ne pas avoir changé leurs pratiques sous l'incitation d'Ipep, et notamment ne pas avoir mis en place d'action spécifique pour augmenter la coordination avec l'hôpital.

> « En vrai, on n'est pas prêt à aller négocier à l'hôpital des trucs pour améliorer notre rémunération Ipep » (Entretien, Annabelle G., infirmière de « parcours » salariée, MSP des Agapanthes, 11/21).

En critiquant le modèle et en diffusant des représentations négatives aux autres professionnels, les intermédiaires s'inscrivent dans une démarche de découplage inverse ou de bricolage (Levay et Waks, 2009 ; Timmermans et Berg, 1997). En effet, face aux économistes administratifs ils montrent une adhésion de façade au modèle (sans se priver de critiques), mais en neutralisent localement ses effets. Contrairement à un cas de découplage (Le Bianic, 2011), l'instrument produit des effets localement en finançant des actions. Ces actions ne s'inscrivent cependant pas nécessairement dans les objectifs affichés par les économistes administratifs et les professionnels privilégient une autorégulation locale plutôt que de suivre les orientations nationales.

De plus, les effets du modèle sont faciles à neutraliser : aucune contrainte n'est imposée aux professionnels, le modèle est encore plus lâche que ne l'était celui des MSP (Moyal, 2021). Par ailleurs, les deux équipes enquêtées ne figurent pas, en 2021, parmi les grandes gagnantes du modèle Ipep. Aux Sureaux, ils ne parviennent pas à atteindre les objectifs du modèle et touchent uniquement les crédits d'amorçage, environ 30 000 euros par an. Aux Agapanthes, le collectif obtient 40 000 euros en 2021. Ces sommes suffisent à financer environ un poste salarié en équivalent temps plein pour un an. Si aux Agapanthes, le cabinet pluriprofessionnel de six professionnels peut se réjouir d'embaucher Annabelle G., aux Sureaux la MSP emploie en 2022 environ douze personnes (dont plusieurs à temps partiel), et le financement Ipep disparait parmi les autres financements publics.

Face aux autres professionnels, les intermédiaires mettent en scène leur autonomie par rapport à cet instrument d'action publique.

> Je restitue mes premiers résultats à la MSP des Sureaux, parlant notamment du rapport distancié aux incitations du modèle économique Ipep. Suite à ma présentation, Romain M., coordinateur salarié, intervient pour expliquer cette distance à la trentaine de professionnels présents : « Je voulais revenir aussi, cette histoire qu'Ipep n'est pas très connu, du coup que les professionnels ne changent pas leurs pratiques par rapport aux indicateurs, c'est absolument voulu ! C'est-à-dire qu'on ne veut pas que vous travailliez pour des indicateurs ! On est vraiment dans cette idée d'aller chercher des financements. » Alison C.,

> médecin généraliste libérale et également membre du conseil de gérance, confirme qu'ils en ont discuté ensemble. Romain M. rajoute : « oui discuté dans ce sens-là, au conseil de gérance et tout ça. C'est l'objectif, c'est pour pas que vous modifiiez vos pratiques pour une expérience principalement médico-éco, enfin économique. » (Observation, réunion de restitution, MSP des Sureaux, 01/23)

La mise à distance du modèle Ipep réside dans une volonté de préservation de l'autonomie des pratiques professionnelles : seuls les professionnels sont perçus comme légitimes pour définir ce que sont de bonnes pratiques, et non pas un modèle économique. Ce recul est mis en scène dans les temps collectifs. Cette résistance au modèle Ipep pourrait facilement être rattachée au statut libéral des professionnels enquêtés. Cependant, au-delà d'une résistance corporatiste à toute tentative de contrôle extérieur, le modèle Ipep est également rejeté parce qu'il heurte les dynamiques professionnelles.

La maîtrise des dépenses mise à distance en faveur de la qualité des soins

Tout d'abord, le modèle Ipep véhicule une représentation des professionnels de santé comme étant des acteurs économiques et intéressés, là où leur rhétorique professionnelle est justement ne nier les intérêts économiques de leur travail : « le médecin ne vend pas ses soins » (Hassenteufel, 1997, p. 101).

Or, le modèle Ipep est justement centré sur les dépenses de santé : les professionnels obtiennent des financements en échange d'économies réalisées dans le suivi des patients. Cette démarche suscite des critiques de la part des professionnels de santé.

> « Nan, mais alors ça pour le coup, moi Ipep *(soupire de manière exacerbée),* je trouvais le modèle rigolo, mais bon franchement au départ ça m'intéressait quand même beaucoup beaucoup beaucoup moins [que Peps].
>
> ***Pourquoi rigolo ?***
>
> Parce que c'est rigolo de dire OK vous êtes des professionnels de santé, dans votre pratique vertueuse vous faites faire des éconocroques à la collectivité nationale donc on vous redonne une partie des économies que vous réalisez. Voilà c'est l'extrême du paiement à la performance, quoi. De l'ultracapitalisme (…), ce n'est pas ma tasse de thé au départ » (Entretien, Gregory D., médecin généraliste libéral, MSP des Agapanthes, 11/21).

Le modèle Ipep fait apparaitre les professionnels de santé comme des agents économiques, intéressés et motivés par le gain économique. Or, les professionnels engagés dans les expérimentations ne se considèrent pas comme tels : les professionnels intéressés sont ceux qui ont de mauvaises pratiques et accumulent les actes médicaux pour augmenter leur rémunération. Au contraire, ces professionnels se considèrent comme désintéressés, faisant passer la qualité des soins, et donc l'intérêt des patients, avant leur propre rémunération.

> « Je pense que le partage de valeurs, c'est sans doute un préalable à toute association, mais, quelle que soit la nature de l'association, quelles que soit les valeurs qu'on partage d'ailleurs. Je n'ai aucun jugement de valeur sur la valeur en question, on aurait pu avoir comme partage de valeur de gagner un maximum de pognon *(rire).* Je ne la trouve… enfin bien sûr que si je la trouve péjorative, mais si tu veux je comprends que ce soit une valeur qui puisse fonder une relation, un groupe et un objectif professionnel. Bon peut-être pas en santé, mais dans d'autres… si tu es *trader* dans une banque d'affaires, finalement c'est ça que tu cherches » (Entretien, Gregory D., médecin généraliste libéral, MSP des Agapanthes, 11/21).

Comme souligné plus tôt, cette rhétorique professionnelle n'a rien de spécifique aux professionnels de santé de ces organisations : elle est régulièrement mobilisée par les médecins pour défendre leurs intérêts professionnels (Hassenteufel, 1997). Leur désintéressement se traduit alors dans leur volonté d'investir dans les soins primaires et d'augmenter la qualité des soins.

Les professionnels de santé estiment qu'il serait difficile de combiner des soins de meilleure qualité et une réduction des dépenses. Comme l'a montré Hugo Bertillot dans le cas de la mise en place d'indicateurs de qualité à l'hôpital, la régulation à la qualité est plus légitime auprès des professionnels de santé, face à des injonctions à la performance économique qui s'avèrent souvent conflictuelles (Bertillot, 2014).

> « Ma participation dans Ipep à moi, depuis le début, je suis en boucle là-dessus, à chaque fois que je vais dans une réunion *(elle rit nerveusement),* "vous [l'équipe nationale] parlez de qualité des soins, mais en vrai vous parlez de faire des économies". En fait c'est pas synonyme ! Chaque réunion où j'ai participé je suis revenue là-dessus à un moment ou un autre (…). "Si vous produisez moins de dépense chers petits praticiens, vous allez toucher un intéressement". Vu

> qu'on est convaincu qu'on met la qualité des soins en premier, et que de toute façon il faut se contorsionner pour obtenir les financements pour faire perdurer cette qualité des soins là, je suis prête à des contorsions, du moins je l'étais » (Entretien, Aurélie B., médecin généraliste libérale, MSP des Sureaux, 12/21).

Contrairement aux économistes administratifs qui présentent les objectifs de réduction des dépenses et d'amélioration de la qualité des soins comme concomitants, les professionnels de santé opposent ces deux dimensions. Dans leur conception, ils ne peuvent pas économiser sur les dépenses de santé alors qu'ils cherchent à donner des soins de qualité et attendent un investissement dans le système de santé. Cet investissement est permis par Ipep, mais au prix de « se contorsionner », d'adhérer facticement au modèle économique pour mieux s'en affranchir (Levay et Waks, 2009 ; Timmermans et Berg, 1997).

L'activité des intermédiaires auprès des autres professionnels consiste également à mettre en adéquation les instruments aux dynamiques professionnelles, en sélectionnant les informations diffusées. Ainsi, les intermédiaires ne relaient pas les objectifs d'efficiences, mais présentent le modèle Ipep comme un investissement dans les soins primaires et dans la qualité des soins. Ce constat peut être généralisé aux autres organisations libérales expérimentant Ipep, au travers d'autres cas étudiés (Morize et Schlegel, 2023) ou d'observations réalisées au national. Dans la diffusion du modèle Ipep aux restes de leur équipe, les intermédiaires insistent sur les dimensions de qualité et tendent à invisibiliser les dimensions de performance économique.

> Lors du déjeuner de la plénière en janvier 2023, un médecin généraliste libéral m'explique que le problème d'Ipep, c'est l'entrée sur l'efficience. Il souligne que c'est difficile de motiver les médecins généralistes à travailler sur les dépenses globales, il faut les faire travailler à la limite sur les indicateurs de qualité (Observations, plénière Ipep, 01/23).

Au-delà de la dévalorisation de la dimension économique du modèle, les professionnels de santé contestent également la nouvelle division sectorielle qui est attendue d'eux dans la mise en place de l'instrument.

Une mise en lumière des concurrences sectorielles entre ville et hôpital

Dans le chapitre 3, nous avions déjà décrit que les promesses structurelles, c'est-à-dire les réorganisations du travail de soin attendues par le modèle (Voß et Simons, 2014), étaient discordantes entre les économistes administratifs et les médecins entrepreneurs. D'un côté, les économistes administratifs souhaitent voir augmenter la coordination entre les secteurs de la

ville et de l'hôpital, et pensent inciter les professionnels de soins primaires à mieux prendre en charge les soins en amont et en aval des hospitalisations. De l'autre, les médecins entrepreneurs veulent obtenir des financements supplémentaires pour prendre en charge des services non remboursés par l'Assurance maladie, tels que ceux mis en place aux Agapanthes et aux Sureaux. La mise en place des crédits d'amorçage avait permis d'enrôler les libéraux malgré ces promesses structurelles discordantes.

Localement, ces objectifs différenciés se retrouvent. Les professionnels de santé critiquent le modèle Ipep comme étant trop centré sur l'hôpital et ne permettant pas de prendre en compte les actions des professionnels de soins primaires. Les termes de cette critique reprennent également une rhétorique spécifique aux médecins généralistes, qui cherchent à revaloriser leur spécialité face à aux spécialistes hospitalo-universitaires (Hassenteufel, 1997). Les professionnels de santé soulignent alors que les indicateurs de qualité choisis pour évaluer le modèle ne permettraient pas de prendre en compte leurs actions : en effet, un certain nombre de ces indicateurs (7 sur 10) sont en lien avec l'hôpital.

La résistance au modèle Ipep est alors aussi une mise à distance de l'hôpital. Ainsi, lorsqu'Annabelle G, infirmière de parcours salariée, explique que le modèle Ipep ne modifie pas leurs pratiques, elle précise « on n'est pas prêt à aller négocier à l'hôpital » (MSP des Agapanthes, 11/2021)[120]. Les professionnels de santé tendent à considérer les rémunérations obtenues dans le cadre d'Ipep comme aléatoires, déconnectées de leurs pratiques, puisque leurs actions s'inscrivent en dehors de la coordination hospitalière promue par les économistes administratifs.

> Suite à une restitution de mes premiers résultats aux Sureaux, Guillaume B., kinésithérapeute libéral, explique à ses collègues les grands principes de l'expérimentation Ipep : « Au-delà de la partie efficience économique, la partie qualité dans Ipep c'est dix indicateurs, dont sept sont hospitalo-centrés, sur le taux de réhospitalisation, sur l'accès direct à des services hospitaliers sans passer sans les urgences, des trucs très hospitalo centrés qui du coup ne dépendent pas de nous (…) nous en tant que MSP qui sont impliquées dans ce dispositif, en fait on n'a pas vraiment de prise là-dessus ». Il rajoute : « On a reçu nos résultats 2021 il y a une semaine. » Le coordinateur salarié, Romain M., renchérit : « c'est la loterie. Tous les ans on attend ce papier en se disant, c'est

[120] L'extrait d'entretien a déjà été mobilisé quelques pages plus tôt.

> comme le loto, des fois on gagne (rires) ! » (Observation de restitution, MSP des Sureaux, 01/23).

Les résultats sont lus comme dépendant davantage du hasard que des actions mises en place. Les professionnels de santé ne sont pas convaincus de la pertinence du modèle Ipep et de sa capacité à prendre en compte leurs pratiques. De plus, les professionnels n'adhèrent pas aux promesses structurelles d'Ipep, car ils estiment que cela contribue à renforcer des hiérarchies existantes entre secteur des soins primaires et secteur hospitalier.

Pour conclure, le modèle Ipep n'est pas valorisé au sein des MSP enquêtées : il est moqué et critiqué, les intermédiaires n'en parlent pas aux autres professionnels pour ne pas heurter les dynamiques professionnelles et pour préserver leur autonomie. Pour autant, les professionnels de santé ne cherchent pas à quitter l'expérimentation, pas davantage qu'ils ne cherchent au niveau national à freiner sa potentielle généralisation. Le manque d'adhésion au modèle économique Ipep est largement compensé par l'autonomie laissée dans la mise en œuvre de l'instrument. Participer à Ipep n'a rien d'engageant : une fois par an, ils ont une chance de gagner la « loterie ». Ils ne mettent pas en place davantage d'action, mais bénéficient de crédits d'amorçages et espèrent obtenir des résultats financiers qui leur permettraient de réinvestir dans leurs organisations.

> Lors d'une réunion avec les autres professionnels, après avoir vivement critiqué le modèle économique, Guillaume B., kinésithérapeute libéral, nuance sa diatribe. Il explique que « Ipep nous a permis malgré tout de maintenir le programme Agir sereinement et de pouvoir continuer à le développer, et ça c'est quand même assez chouette », avant de rajouter « on se débrouille avec les financements qu'on a » (Guillaume B., kinésithérapeute libéral, observation, réunion de restitution, Sureaux, janvier 2023).

Ainsi, Ipep n'entame en rien l'autonomie de ces professionnels, mais permet au contraire de leur redonner localement des marges de manœuvre pour investir dans des services de santé permettant une prise en charge plus globale des patients.

2.3. Entre retrait et conformation (Peps)

Dans leur article sur la mise en place d'un instrument de mise en concurrence des établissements de l'enseignement supérieur et de la recherche, Jérôme Aust et *al.* décrivent des appropriations hétérogènes d'un même instrument selon les contextes de mise en œuvre et les capacités

d'action collective des acteurs (2019). Dans le cas de la mise en œuvre d'Ipep, les appropriations de l'instrument semblent relativement homogènes entre les différentes organisations libérales. Ce n'est pas le cas dans la mise en œuvre de Peps, où l'on observe des réactions contrastées face à la mise en œuvre du forfait.

Ainsi, la plupart des organisations libérales quittent l'expérimentation, qui heurte leur attachement à l'exercice libéral (1). Cependant, les professionnels des deux organisations restantes, la MSP des Agapanthes et des Camélias, valorisent fortement ce nouveau mode de rémunération (2). Aux Camélias, les médecins se conforment même aux injonctions à l'efficience contenues dans le modèle (3).

Une difficile collectivisation des rémunérations

Les professionnels de treize MSP ont choisi de quitter le forfait Peps avant même sa mise en œuvre. Certaines équipes, ayant participé aux « séances de coconstruction », n'atteignent finalement pas le seuil minimum des 500 patients pour entrer dans l'expérimentation. Mais la plupart des départs apparaissent liés à la difficulté à mettre en commun des rémunérations entre professionnels de santé libéraux. Certains intermédiaires n'avaient pas compris, au moment de la candidature à Peps, que les rémunérations seraient mutualisées et le réalisent au fur et à mesure des « séances de coconstruction ».

> « Le projet sur lequel on a été retenu, c'était de développer notre projet de prévention sur les personnes âgées avec un financement forfaitaire et que l'on voulait partager avec deux autres MSP, une à Cambernain et une à Lanves. Et donc finalement, j'ai réussi à convaincre les collègues et nous avons signé notre projet (…). On a bien bossé avec l'équipe, là, à Paris, jusqu'au moment où on a compris que la rémunération forfaitaire allait être remise à l'équipe qui s'engageait là-dedans avec la responsabilité de redistribuer cette rémunération entre les acteurs. Et cela a tout de suite tilté dans l'équipe des médecins généralistes et de la MSP de Lanves, en particulier (…). Le *leader* de Lanves a vite senti qu'il n'avait pas la posture ni l'autorité pour imposer à ses collègues une distribution d'honoraires. Il ne se sentait pas capable de le faire, ni la légitimité de le faire et il a vu que, s'il se mettait dans ce rôle-là et que cela causait, qu'il y avait des discussions, cela allait faire exploser l'équipe » (Entretien, Jean L., médecin rhumatologue libéral, MSP de Chavelan, 03/20).

La libre répartition des forfaits au sein des collectifs était conçue par les économistes administratifs comme un moyen d'éviter de heurter l'identité libérale des médecins, en leur laissant l'autonomie de définir leurs grilles de rémunération. Cependant, l'autonomie des médecins n'est pas uniquement relative aux pouvoirs publics, mais également à leurs collègues (Castel, 2005). En proposant une distribution collective de la rémunération[121], le forfait Peps implique une forte interdépendance entre les médecins, dans des collectifs où ceux-ci travaillent de manière autonome les uns des autres. Le retrait de l'expérimentation apparait ainsi comme la réaction la plus commune : celle d'une résistance forte face à cette remise en question de leur autonomie libérale dans l'allocation de leur rémunération.

Une idéalisation du mode de rémunération au forfait Peps

À la différence des professionnels des autres MSP, les médecins des Camélias et des Agapanthes véhiculent des représentations positives du modèle Peps. En effet, la participation au processus expérimental génère beaucoup d'enthousiasme, ce qui contraste avec la mise à distance des modèles économiques dans leur dimension technique. La valorisation de Peps ne concerne pas tant son modèle économique et ses outils (ajustements, indicateurs de qualité) que le mode de rémunération auquel il permet d'accéder : le forfait par patient, alors que les médecins sont très critiques du paiement à l'acte. Ces médecins présentent le paiement au forfait comme un moyen de ne plus subir l'impératif de productivité au paiement à l'acte, mais également d'être payé et de faire payer les soins de manière plus juste.

Ils décrivent alors le paiement au forfait comme un mode de rémunération idéal, voire un aboutissement dans leur carrière pour les médecins les plus expérimentés (qui ont plus de quarante ans).

> « Non, moi je suis enthousiaste sur le… enfin vraiment le paiement au forfait, enfin cette expérimentation, elle… J'ai l'impression que dans mon parcours professionnel, tu vois, il y a toujours eu cette quête-là (…), que c'est un peu la consécration (rire), tu vois de ça, donc je suis hyper contente et j'ai envie de continuer » (Entretien, Sophie W., médecin généraliste libérale, MSP des Camélias, 02/22).

[121] Je reviendrais en détail dans le chapitre 6 sur le partage des rémunérations au sein des MSP.

> « Concrètement que ça (Peps) a l'air de fonctionner et que moi ça m'a permis de trouver cette espèce d'exercice professionnel dont je rêvais » (Entretien, Gregory D., médecin généraliste libéral, MSP des Agapanthes, 11/21).

Le paiement au forfait est fortement valorisé par les médecins, ainsi que tout ce qui se rapporte à l'expérimentation Peps. Cet enthousiasme est transmis aux autres professionnels de l'équipe, comme cette jeune médecin installée en 2022 aux Agapanthes qui témoigne son adhésion au forfait : « moi j'ai un peu l'impression d'être née avec une cuillère d'or dans la bouche (rires) » (Coralie D., médecin généraliste libérale, Agapanthes, 11/02). Relayer l'instrument aux autres médecins généralistes est d'ailleurs plus aisé dans Peps que dans Ipep, puisqu'il s'agit de petits collectifs (cinq personnes).

Une efficience acceptable

Le forfait n'est cependant pas exempt de logiques d'efficience. L'objectif du forfait est d'accroître la coopération entre médecins et infirmières, permettant aux médecins de se centrer sur les tâches curatives, pendant que les infirmières, moins coûteuses, étendent leur juridiction professionnelle. Cette dimension est diffusée moins frontalement aux médecins que dans Ipep, le terme d'efficience étant peu utilisé par les économistes administratifs dans leur communication.

Ainsi, lorsque les économistes administratifs cherchent à changer les pratiques des professionnels, ils rencontrent une adhésion plus facile. Cela concerne principalement les professionnels de la MSP des Camélias : en effet, ceux de la MSP des Agapanthes sont considérés comme déjà « exemplaires » par les économistes administratifs, développant une coopération avec les infirmières salariées. Dans la MSP des Camélias, les coopérations avec l'infirmière Asalée sont moins développées. Par ailleurs, les médecins obtiennent un financement minimal avec le forfait. Ces résultats bas s'expliquent par un nombre de patients médecin traitant réduit. En effet, les médecins de la MSP des Camélias avaient en 2020 3 000 patients médecins traitants, soit environ 600 patients par médecins, tandis que la moyenne nationale était en 2017 d'environ 800 patients affiliés médecin traitant par médecin (Observation, Comité de pilotage Peps, 11/21). Cela s'explique par l'installation récente de deux jeunes médecins, qui se constituent une patientèle, mais également par des pratiques de consultation longue répandues dans la MSP. En outre, les médecins des Camélias voient un peu plus leurs patients que les moyennes nationales : ainsi, ils réalisent en 2020 3,74 actes par patients pour une année, là où la moyenne nationale est de 3,4. Les économistes administratifs

expliquent aux médecins des Camélias qu'ils doivent augmenter le nombre de patients affiliés médecins traitants tout en réduisant le nombre d'actes par patients, grâce au développement de la coopération avec les infirmières. Cela devait entraîner mécaniquement l'augmentation de la patientèle des médecins.

> En comité de pilotage, Olivier M., médecin économiste de la Cnam, commente les résultats des Camélias « ils ont des consultations longues, peu de délégation, ils arrivent aux limites, sans transformation d'activité, ils arrivent au max de ce qu'ils peuvent avec un modèle qui prédit la dépense de manière pas trop mauvaise et qui est moins réactif que l'acte » (Observation, comité de pilotage Peps, 11/21).

Ces éléments conduisent à un montant de la rémunération au forfait qui est similaire à celui de leur rémunération à l'acte. Ce constat d'une stagnation de leur rémunération — parfois perçue comme une baisse, du fait de la montée en charge des patients pour les jeunes médecins qui ne sera prise en compte que l'année suivante — est progressif. Lors de réunions avec les médecins des Camélias, les économistes administratifs les encouragent à accroître leur patientèle pour augmenter leur rémunération. Les médecins vont alors modifier leurs pratiques au cours du second semestre 2021 pour satisfaire les demandes des économistes administratifs et augmenter leur rémunération : voir moins leurs patients et augmenter leur file active.

> « Ce que Peps nous a permis de réaliser et dont on n'avait pas du tout conscience, on pensait être des médecins très poussant nos patients à l'autonomie, du coup, générant globalement très peu de consultations et on s'est dit, je caricature : "Super ! Le forfait, cela va être une très, très bonne affaire !" Et, on se rend compte d'après les chiffres de la Cnam qu'en fait, on fait, pour un patient donné, entre 25 et 33 % d'actes en plus que ce qu'ils appellent leur référence, on ne sait pas trop la médiane, la moyenne ; enfin voilà ! Donc, non seulement on est des médecins qui font des consultations longues, ça, on le savait, mais on est aussi des médecins qui font beaucoup de consultations par patient » (Entretien, Christophe J., médecin généraliste libéral, MSP des Camélias, 09/21).

> « Ce qui nous a frappés, c'est qu'on s'est rendu compte, sur certains calculs initiaux, que l'on avait tendance à voir nos patients, finalement, assez souvent par rapport à la moyenne des médecins. Et donc, cela nous a beaucoup surpris

> parce que, nous, notre *leitmotiv*, c'est quand même d'autonomiser le patient » (Entretien, Éric H., médecin généraliste libéral, MSP des Camélias, 02/22).

Les médecins modifient leurs pratiques, car ils estiment légitime la demande des économistes administratifs : ils interprètent la régularité des consultations de suivi comme une mauvaise pratique professionnelle, ne privilégiant pas « l'autonomie » des patients, qu'il conviendrait de corriger. En cela, le modèle Peps semble suivre, dans le cas des Camélias, un « processus de colonisation » par le style de raisonnement économique (Levay et Waks, 2009 ; Rydin, 2007). Cela les amène à réduire les consultations par patients.

> « J'ai espacé les renouvellements notamment chez les patients qui vont bien. Sachez que c'est Peps, c'est parce que je suis dans une logique aussi de répondre à un modèle financier qui fait qu'on a augmenté notre patientèle… et donc clairement le mode de rémunération influe la pratique » (Entretien, Sophie W., médecin généraliste libérale, MSP des Camélias, 02/22).

Le modèle Peps serait donc une démonstration d'un gouvernement à distance réussi ? Il faut toutefois relativiser ce constat : sur seize MSP engagées initialement, cinq médecins généralistes ont espacé leurs consultations. De plus, alors que les économistes administratifs leur prescrivent d'augmenter la coordination avec leur infirmière, les médecins des Camélias concentrent leurs efforts sur la modification de leurs pratiques professionnelles, sans coopération poussée avec l'infirmière salariée. Enfin, nous pouvons également souligner que la distance de ce gouvernement est toute relative, comme démontré dans le chapitre 3. Dans le cas de Peps comme d'Ipep, les transformations amenées par les modèles économiques sont finalement marginales et nuancées.

3. La disponibilité des unes fait le prestige des autres

Face à toute étude de cas se pose la question de comment passer de cette connaissance détaillée et localisée à une connaissance plus large sur la société, permettant de conférer à la recherche une portée générale (Becker, 2016). Ainsi, que nous indiquent les cas de ces trois MSP sur le rapport de professionnels aux instruments d'actions publiques ? À première vue, les rapports des professionnels aux instruments semblent différer, à la fois selon le modèle économique, mais également selon les contextes locaux de mise en œuvre. Cependant, saisir ces dynamiques au-delà d'une relation causale et fonctionnaliste de la mise en œuvre des instruments permet de les resituer dans des processus plus globaux (Bergeron et Hassenteufel, 2018 ; Bezes et Palier, 2018 ; Delahais et al., 2021) de transformation des organisations des soins primaires. Ainsi,

lorsqu'on déplace le regard des appropriations des instruments vers les réorganisations du travail de soin, certaines dynamiques apparaissent transversales aux équipes de soins primaires. Celles-ci ne peuvent être reliées aux seules expérimentations, et sont plus globalement le résultat de la sédimentation des différentes séquences de réformes de soins primaires au niveau local.

Les professionnels des MSP enquêtées ont en commun de promouvoir des réorganisations du travail de soin marquées par un style de raisonnement économique. En effet, les professionnels de santé visent à mieux répartir les ressources humaines disponibles, et plus particulièrement « le temps médical ». Dans un contexte de démographie médicale en baisse, le « temps médical » renvoie aux juridictions professionnelles (Abbott, 1988) des médecins généralistes (1). La mobilisation de cette rhétorique permet aux médecins de promouvoir des réorganisations du travail où des professionnelles paramédicales ou extramédicales se rendent disponibles pour eux ou pour les patients, afin de préserver ce temps médical (2). Les médecins se confrontent alors à un paradoxe, entre volonté de gain de temps médical et tentative de conservation d'un rôle central dans le suivi des patients (3).

3.1. Les habits neufs de l'efficience : le « temps médical »

Le temps médical est une notion indigène, mobilisée de manière récurrente à la fois par les professionnels de santé, mais aussi par les économistes administratifs. Elle est d'ailleurs citée dans le cahier des charges de l'expérimentation Peps, dont un des objectifs affichés est « d'améliorer l'accès aux soins en particulier dans les zones sous-denses », notamment « en libérant du temps médical grâce au travail en coopération » (Document public, Cahier des charges Peps, 01/21). Si personne ne définit clairement cette notion, son implicite ne laisse aucun doute. Le temps médical est le temps de travail qui peut être réalisé exclusivement par un médecin, et non délégué à d'autres professionnels. En langage plus sociologique, il s'agit des juridictions professionnelles médicales (Abbott, 1988). Ce temps médical regroupe ainsi les tâches les plus prestigieuses de diagnostic et de prescription. Ce sont également les tâches les mieux rémunérées par le paiement à l'acte.

Ce temps est construit comme une ressource rare, sacralisée dans l'optique de pouvoir répondre à une demande de soins croissante. Les délégations de tâches sont justifiées par un besoin de conserver du temps de consultation dans un contexte où la désertification médicale inquiète les professionnels.

> « Là, aujourd'hui, la problématique du territoire et de chez nous, c'est de pouvoir voir des gens, de pouvoir les prendre en charge. Et on se rend compte que c'est compliqué. Il y a de moins en moins de médecins, il y a de moins en moins de places. Certains d'entre nous ne peuvent plus prendre de nouveaux patients parce qu'après, on met deux mois à les voir » (Entretien, Marion B., médecin généraliste libérale, MSP des Agapanthes, 11/21).

Cette notion est mobilisée par les professionnels de manière transversale dans Peps et dans Ipep. Les expérimentations sont vues comme un moyen de protéger ce temps médical, notamment en redéfinissant localement les juridictions des différents professionnels, de manière à permettre aux médecins de concentrer leur temps sur ce qui est considéré comme le plus important. Cette rhétorique est mobilisée aussi bien par les médecins libéraux des MSP, que par les médecins généralistes salariées des centres de santé (Legrand et Pitti, 2024 ; Morize et Schlegel, 2023).

L'argument de la préservation du temps médical permet aux médecins généralistes d'impulser des réorganisations des soins primaires, en occultant les dimensions économiques de ces transformations. Il ne s'agit plus de se répartir de l'argent (issu de modèles économiques), mais de répartir collectivement du temps de travail. Par exemple, lors d'une séance individuelle de conseil, les deux professionnels intermédiaires de la MSP de Grézilhac, qui participent à l'expérimentation Peps, abordent la question de la répartition du forfait.

> Observation d'une session de conseil au ministère de la Santé, à Paris. Catherine M., infirmière libérale et présidente de la MSP de Grézilhac, déclare : « Bon, voilà, maintenant, il va falloir aborder la notion qui fâche : l'argent ». Jean-Luc A., médecin généraliste qui l'accompagne, ironise : « La raison d'agir ! ». Catherine rebondit : « Nous, notre motivation, c'est qu'est-ce que le patient peut gagner en plus, quand on travaille ensemble ! ». Jean-Luc renchérit sur le même ton : « Oui, nous notre objectif c'est de gagner du temps, et de voir plus de patients » (Observations, session de conseil MSP de Grézilhac, 02/20).

Les préoccupations des économistes sont ici opposées à une organisation efficiente des soins, permise par les réorganisations locales. En détournant la dimension économique de l'allocation du temps médical, les professionnels de santé peuvent également plus facilement valoriser leur approche désintéressée, orientée vers la qualité des soins donnés aux patients et le bien commun.

Pour autant, « gagner du temps », pour reprendre la formule de Jean-Luc A., relève d'un style de raisonnement économique. La préoccupation des professionnels de santé est d'allouer le plus efficacement les ressources à leur disposition. Pour cela, leur solution est également économique : il faut modifier les modes de rémunération pour modifier les pratiques, comme expliqué en début de chapitre.

La baisse de la démographie médicale entraîne les médecins généralistes à repenser leurs juridictions professionnelles, dans une situation où la demande de soins surpasse l'offre. En mobilisant la notion de temps médical, ils repensent la division du travail tout en conservant les hiérarchies professionnelles. Les médecins devraient réaliser uniquement le travail pour lequel ils sont les seuls compétents, et être préservés des autres tâches par la coopération professionnelle. C'est ce qu'explique par exemple Gloria E., médecin généraliste participant à Ipep, lorsqu'elle présente les actions mises en place dans la CPTS où elle travaille lors d'un évènement réunissant les « porteurs de projet » de l'Article 51.

> Lors d'une journée « Article 51 », qui réunit plusieurs expérimentations menées dans ce cadre, j'assiste à un atelier autour de l'expérimentation Ipep. Gloria E., médecin généraliste libérale, y explique les actions mises en place dans la CPTS des Glycines. Celles-ci consistent en une coopération accrue entre médecins, infirmières et assistantes sociales. Elle explique, entre autres, que « le médecin traitant reste le pivot, le chef du parcours de santé », grâce à des réunions de concertation qui se tiennent toutes les semaines. L'infirmière ou l'assistante sociale voient ensuite le patient, elle explique que « chacun a sa fonction, l'idée c'est d'apporter le bon soin au bon moment à la bonne personne » (Observation, journées nationales des articles 51, 11/22).

Tout comme la qualité des soins est un registre d'action publique légitime dans la régulation des professionnels de santé (Bertillot, 2014), l'allocation du temps médical renvoie à l'intérêt général et permet de promouvoir des réorganisations du travail au sein des MSP.

3.2. L'indisponibilité permanente des médecins généralistes

Si l'on suit cette logique de préservation du temps médical, le médecin se concentre sur les tâches les plus prestigieuses de diagnostic et de prescription, et délègue les autres, ce qui peut être analysé sous le prisme de la division symbolique du travail (Hughes, 1951). Everett Hughes propose une analyse du travail qui met l'accent sur les relations entre les groupes professionnels. Dans leur travail quotidien, les différents groupes professionnels cherchent à se

déléguer, au cours de leurs interactions, une partie de leurs tâches, qui se rapportent à du « dirty work » ou « sale boulot ». Ces tâches ont en commun d'être salissantes, qu'il s'agisse d'une saleté physique (réaliser des toilettes par exemple), ou morale (par exemple, surveiller des patients). En se débarrassant de son « sale boulot », le professionnel concerné gagne du prestige, évitant cette « salissure » physique ou morale (1951). Irène Ramos-Vacca et Christelle Avril proposent une relecture contemporaine des travaux de E. Hughes (2020). Elles soulignent le caractère souvent genré de la délégation du « sale boulot » : ce sont des femmes, qui faisant des « métiers de femme[122] », se retrouvent à effectuer le « sale boulot » d'autrui. Plus encore, ces professionnelles tiennent un rôle dans la division du travail. Davantage que des tâches valorisées et dévalorisées, il y aurait des « bons » et des « mauvais » rôles, qui ne se rapportent pas nécessairement à un ensemble précis de tâches. Dans le cas d'aides à domicile, d'aides-soignantes et d'infirmières, elles montrent que ces professionnelles occupent un rôle de disponibilité permanente, peu valorisé, et socialement construit comme féminin (Perrot, 1987 ; Pinto, 1987, 1990).

Au sein des MSP qui participent aux expérimentations et sous couvert de préserver le temps médical, des réorganisations du travail participent à renforcer les hiérarchies entre les groupes professionnels. Alors que certaines infirmières salariées prennent un rôle de disponibilité permanente pour le collectif (1), les médecins maîtrisent individuellement leur temps de travail (2).

Au-delà de la délégation de tâches, un rôle de disponibilité permanente pour les infirmières salariées

Au sein des MSP, certaines professionnelles se retrouvent dans ce rôle de disponibilité permanente caractéristique des métiers féminins (Avril et Ramos Vacca, 2020 ; Pinto, 1987). Aux Camélias et aux Agapanthes, ce rôle est attribué plus particulièrement aux infirmières salariées. Les infirmières dans le secteur des soins primaires connaissent une fragmentation récente de leur métier, avec le développement des infirmières de santé publique salariées de l'association Asalée (Fournier et al., 2018), et des infirmières diplômées en pratique avancée (Divay et Jovic, 2022 ; Luan et Fournier, 2023). En plus de cela, les financements publics permettent aux professionnels de santé de recruter localement des infirmières, dont les missions ne sont pas institutionnalisées. Dans les MSP enquêtées, ces différents profils d'infirmières salariées co-existent (voir tableau 2).

[122] Un « métier de femme » renvoie ici à un métier traditionnellement représenté comme féminin.

Tableau 2 : infirmières salariées présentes dans les différentes MSP enquêtées

	MSP des Sureaux	MSP des Agapanthes	MSP des Camélias
Infirmière Asalée	3	2	1
Infirmière en pratique avancée	1	1	0
Infirmière salariée de la MSP	0	1	0

Bien que des décrets régulent les faisceaux de tâches des infirmières Asalée et en pratique avancée, le contenu de leur travail diffère localement (Luan et Fournier, 2023 ; Schlegel, 2023). Aux Sureaux, Sylvie V., infirmière Asalée, concentre son activité autour de l'éducation thérapeutique du patient, qu'elle réalise à la fois lors de consultations individuelles, mais aussi en animant des sessions de groupe. Elle organise également un groupe de marche pour les patients. Aux Camélias, Véronique F., également infirmière Asalée, réalise de l'éducation thérapeutique du patient, mais aussi du sevrage tabagique et du dépistage. Depuis l'entrée dans l'expérimentation Peps, les médecins lui ont aussi confié le suivi et la vaccination des enfants de six, neuf et onze ans. Aux Agapanthes, Laurence V., infirmière Asalée, travaille en duo avec Anne M., infirmière Asalée et infirmière en pratique avancée. Tandis que Laurence V. réalise les soins et examens techniques (index de pression systolique, électrocardiogramme, monofilament), Anne M. se charge de l'éducation du patient et de la prévention. Depuis qu'elle est formée en pratique avancée, il lui arrive également de renouveler les traitements de patients malades chroniques, ce qui brouille les juridictions professionnelles entre elle et les médecins.

Ces déclinaisons locales dépendent en partie de ce que les unes et les autres valorisent dans leur travail. Ainsi, un article de synthèse sur l'espace professionnel infirmier souligne trois manières différentes d'investir ce travail : au travers de la technique, des relations aux patients, ou de la dimension organisationnelle de leur travail (Longchamp et al., 2018). Par exemple, Laurence V. privilégie la réalisation d'actes techniques, tandis qu'elle investit peu la dimension relationnelle.

> « L'éducation thérapeutique, en fait, j'ai l'impression qu'au bout d'un moment, je tourne en rond et que je n'apporte plus rien. Et ça, je ne peux pas ! Je ne peux pas ! Si je sens que je n'apporte plus rien, enfin, il vaut mieux passer le relai et qu'il voie quelqu'un qui apporte plus. Cela ne sert à rien de les faire revenir 15 fois si tu n'as pas de solutions à leur apporter » (Entretien, Laurence V., infirmière salariée Asalée, MSP des Agapanthes, 12/22).

De son côté, Anne M. valorise davantage la relation avec les patients, qu'elle oppose aux dimensions techniques de la médecine.

> « Moi, je ne suis pas là pour poser un diagnostic, filer des cachetons et basta. Moi, je suis là pour, effectivement, renouveler un traitement, dire : "Bon, ben voilà ! Qu'est-ce que vous pourriez faire pour que cela aille mieux ? Est-ce que vous ne voulez pas que je vous mette en relation avec une association de personnes qui marchent ? Est-ce que vous ne voulez pas adhérer à France Asso Diabétique ? Est-ce que vous ne voulez pas que l'on marche ensemble ? On a un groupe de marche !" » (Entretien, Anne M., infirmière salariée Asalée, formée en pratique avancée, MSP des Agapanthes, 11/21).

Les infirmières s'approprient ainsi différemment les faisceaux de tâches prescrits par les décrets, selon les dimensions de leur activité qu'elles valorisent. Cependant, au-delà de ces appropriations, elles s'inscrivent également dans un travail collectif avec les médecins, qui leur orientent des patients au-delà des juridictions professionnelles légalement définies.

> « C'est quand même diversifié ici parce que souvent, on nous envoie des plaies, on nous envoie des vaccins, on nous envoie plein de trucs qui sont hors protocole Asalée » (Entretien, Laurence V., infirmière salariée Asalée, MSP des Agapanthes, 12/22).

Dans ces coopérations avec les médecins, sont déléguées des tâches qui relèvent parfois du sale boulot. Anne M. explique ainsi son agacement face aux délégations de certaines tâches peu valorisées, qui ne demandent ni technique ni relationnel, telles que de déboucher des oreilles ou de vacciner des patients.

> « Tu vois, hier j'avais deux débouchages d'oreille. Là, en ce moment, on vaccine plein pot les gamins, alors que cela ne fait ni partie du job de Laurence en tant qu'infirmière Asalée, ni du mien en tant qu'infirmière en pratique avancée. Tu me diras, cela comble les trous, on peut le voir comme ça aussi, mais bon voilà » (Entretien, Anne M., infirmière salariée Asalée, formée en pratique avancée, MSP des Agapanthes, 11/21).

Si la délégation de sale boulot est présente dans les relations entre médecins et infirmières, les coopérations interprofessionnelles ne s'y résument pas. Les infirmières salariées réalisent d'ailleurs un ensemble de travail de prévention, d'éducation du patient, qui n'était pas ou peu

pris en charge par les médecins auparavant, et qui ne relève donc pas uniquement de délégations. Pour reprendre l'analyse de Christelle Avril et Irène Ramos-Vacca, c'est davantage le rôle de disponibilité permanente qui caractérise la place donnée aux infirmières salariées au sein des MSP (2020). Ainsi, la plupart des infirmières salariées témoignent avoir du mal à remplir leur calendrier de consultations. Elles se retrouvent avec un emploi du temps lâche, et du temps libre, disponibles donc pour « combler les trous » comme dit Anne M. Leur statut salarié, en contraste avec le statut libéral des médecins, renforce d'ailleurs cette dimension. Le contenu du travail salarié est plus souple et plus flou, non défini par un ensemble précis de tâches dont découle leur rémunération.

Cette disponibilité permanente est incarnée de manière exacerbée par le rôle occupé par Annabelle G aux Agapanthes. Recrutée localement grâce au financement Ipep et à l'aide à l'embauche d'assistants médicaux, Annabelle G. est officiellement « infirmière de parcours ». Au sein de la MSP, elle revendique d'être avant tout salariée pour « boucher les trous ».

> « Le pari de cette fonction infirmière initiale qu'en rigolant, on avait appelé "infirmière bouche-trou", mais c'est vraiment cela, en fait. C'est de dire : les problèmes démographiques font que les médecins sont à flux tendu en permanence. Or, en médecine générale (…), ils ne savent jamais vraiment ce qu'il va se passer à une consultation et du coup, l'idée, c'était d'avoir un professionnel de santé en appui » (Entretien, Annabelle G., infirmière de « parcours » salariée, MSP des Agapanthes, 11/21).

Comme le soulignent Christelle Avril et Irène Ramos Vacca, cette disponibilité correspond également à un rôle social construit comme féminin. Des hiérarchies professionnelles se cristallisent autour de cette disponibilité, face à l'argument d'un temps médical précieux dans un contexte de démographie professionnelle tendue. Ainsi, Annabelle G. hérite d'un faisceau de tâches volontairement flou, son rôle étant avant tout de s'adapter aux besoins des médecins.

> « On a réfléchi mon poste en essayant de décharger les médecins en termes de charge de travail (…). L'accueil des nouveaux patients, c'est un truc qui n'était pas du tout dans mes missions initialement. Et puis, voilà, en en discutant (…), on s'était dit : "En fait, ce serait cool qu'avant que le patient vienne en première consultation chez le médecin, tout cela soit déjà fait" (…). Enfin parfois, les patients arrivent chez le médecin en ayant déjà passé deux, trois examens, en ayant eu une prise de sang et puis, en ayant fait leur automesure tensionnelle,

cela fait gagner du temps » (Entretien, Annabelle G., infirmière de « parcours » salariée, MSP des Agapanthes, 11/21).

« Annabelle, c'est un peu le couteau suisse, c'est-à-dire qu'elle est plus flexible, elle a plein de compétences et donc tu peux te décharger de certaines urgences de la journée sur son planning » (Entretien, Coralie D., médecin généraliste, MSP des Agapanthes, 12/22).

Bien que les tâches qu'Annabelle accomplit sont pour beaucoup du sale boulot, son rôle au sein du collectif est valorisé comme un « bon rôle », où elle prend en charge de manière altruiste « ce qu'il reste à faire » : « un sale boulot a d'autant plus de chance d'être accepté qu'il peut être inscrit dans un rôle positif » (Avril et Ramos Vacca, 2020, p. 94).

Des médecins indisponibles ? Une maîtrise de « son » temps médical

Aux Agapanthes et aux Camélias, les infirmières salariées se rendent disponibles pour préserver le temps médical, dans l'intérêt des patients. Aux Sureaux, les infirmières salariées sont peu investies dans le collectif, n'assistant que rarement aux réunions pluriprofessionnelles. Pour autant, on retrouve des dynamiques similaires où la disponibilité de certaines professionnelles s'oppose à l'indisponibilité des médecins.

Le programme Agir, qui permet de prendre en charge collectivement des patients jugés vulnérables, est assuré par des professionnelles paramédicales : cinq masseurs-kinésithérapeutes, une psychologue, une pharmacienne, une diététicienne et une infirmière libérale. Ces professionnelles réalisent un suivi individuel des patients, qui peuvent aussi être pris en charge dans des ateliers collectifs. Ce travail se fait en marge de leur activité libérale, et bien qu'une médecin référente chapeaute le programme, ces professionnelles restent autonomes dans la réalisation du suivi des patients. La dimension de disponibilité se retrouve différemment que dans le cas d'Annabelle G. Cette dernière est disponible pour répondre aux besoins des médecins : « notre pari c'est que ça [son travail] allait peut-être améliorer les conditions de travail des médecins » (Annabelle G., infirmière de parcours salariée, Agapanthes, 11/21). De leur côté, les professionnelles paramédicales des Sureaux ne répondent pas à un besoin direct et urgent d'un médecin. Elles se mettent en revanche à disposition des patients qu'elles suivent, avec lesquelles elles réalisent des entretiens téléphoniques programmés, mais également en se rendant joignables par messagerie téléphonique en cas de besoin. Matthieu F., kinésithérapeute, explique ainsi suivre quotidiennement les patients qui lui sont confiés dans le cadre du programme.

> « Ça me gêne pas de prendre deux heures pour faire le premier entretien plutôt qu'une heure, c'est pas seulement trois fois une heure d'investissement avec le patient, c'est quand même vachement plus lourd. Moi je sais que je textote, enfin je me rends disponible par texto avec tous ces patients-là (…). Il y a du travail de tous les jours quand même » (Entretien, Matthieu F., masseur-kinésithérapeute libéral, MSP des Sureaux, 12/21).

Ce travail, bien que rémunéré par la MSP, est réalisé en dehors de leur exercice professionnel libéral, prenant alors sur leur temps personnel. Souvent initiateurs de nouvelles organisations visant à une prise en charge plus globale des patients, les médecins généralistes s'investissent pourtant peu dans ce travail, comme cela avait aussi été observé autour de la participation des usagers dans les maisons de santé (Morize, 2022). En contraste avec ce rôle de disponibilité, les médecins ont un rôle d'indisponibilité permanente. En effet, lorsque je demande s'il a été envisagé que des médecins prennent ce rôle d'accompagnant, les acteurs soulignent le manque de temps de ces derniers.

> « Et puis au niveau emploi du temps aussi, c'était un peu… délicat » (Entretien, Julia V., médecin généraliste libérale, MSP des Sureaux, 10/21).

> « Les médecins sont trop débordés » (Entretien, Guillaume B., masseur-kinésithérapeute libéral, MSP des Sureaux, 11/21).

> « Il n'y a pas de médecin qui propose un accompagnement individuel. Je ne sais pas si c'est volontaire, si c'est une histoire de préciosité du temps médical » (Entretien, Olivier D., coordinateur salarié, MSP des Sureaux, 11/21).

Les différents professionnels mobilisent la rhétorique du temps médical, et légitiment ainsi un désengagement des médecins de certaines tâches collectives.

Nul doute que la baisse de la démographie médicale génère une pression sur l'exercice des médecins, qui affecte leur manière de concevoir leur travail. Les différents médecins enquêtés témoignent de leur frustration à ne pas pouvoir proposer des rendez-vous dans des délais raisonnables à leurs patients, même lorsqu'ils sont installés dans des zones relativement denses en offre médicale. Sans contester cette pression exercée par la demande de soins, la référence au « temps médical » n'est pas sans ambigüité. Ainsi, beaucoup de médecins prennent également de leur temps pour réaliser l'activité d'intermédiaire ou gérer en interne l'organisation du travail des MSP (Moyal, 2022 ; Schlegel, 2022). Contrairement au

« débouchage des oreilles », ce type de travail apporte des ressources symboliques aux médecins. Le temps libéré n'est pas uniquement utilisé pour augmenter le suivi des patients. Les instruments d'action publique sont d'ailleurs paradoxaux à cet égard : ils comportent des injonctions à préserver le temps médical, tout en demandant aux médecins de se rendre davantage disponibles nationalement pour accompagner la mise en œuvre de l'action publique et localement pour développer la coordination.

Du point de vue de la répartition des temps personnels et professionnels, de nombreux médecins travaillent trois à quatre jours par semaine, suivant une évolution générationnelle connue du rapport à l'activité médicale (Lapeyre et Robelet, 2010). De manière générale, l'usage (personnel, clinique, en recherche, en activité d'intermédiation) que chaque médecin fait de son temps ne fait pas débat au sein des MSP, alors même que d'autres professionnelles mettent leur temps (professionnel, mais aussi personnel) au service de ces collectifs. La rhétorique du temps médical appuie ainsi un rôle d'indisponibilité permanente tenu par les médecins généralistes au sein des MSP qui contribue à renforcer les hiérarchies professionnelles.

3.3. Gagner du temps sans perdre son rôle de généraliste

La préservation du temps médical constitue un objectif commun, qui participe à animer les collectifs des MSP. Pour autant, la transformation locale des organisations du travail ne se fait pas sans tension, car elle entraîne une redéfinition des juridictions et des rôles professionnels. Ainsi, le temps médical préservé se réduit aux seules tâches curatives et prescriptives, au risque de perdre à la fois le suivi des patients, mais également une approche globale de leur travail promue par certaines médecins (1). Les médecins généralistes délèguent alors leurs tâches au compte-goutte pour préserver la spécificité de leur spécialité (2).

Entre recentrement sur les tâches curatives et approche globale de la médecine

La médecine générale s'est construite comme une spécialité dont l'approche globale du patient et le suivi sur le long terme font la spécificité, en contraste avec une approche segmentée des soins proposée par la médecine spécialisée (Bloy et Schweyer, 2010 ; Hassenteufel, 2010)[123]. Cependant, en recentrant leur activité sur les tâches de prescription et de diagnostic, les médecins généralistes risquent de perdre cette spécificité. Ils se retrouvent alors pris en tension entre deux mouvements contraires : le développement d'une prise en charge globale des

[123] Certains médecins spécialistes effectuant le suivi de malades chroniques peuvent également prendre ce rôle de suivi de patients sur le long court, comme le soulignent Henri Bergeron et Patrick Castel (2010).

patients qui se fait par les professionnelles paramédicales ; et la volonté de conserver le suivi des patients et une diversité dans leur activité.

Ainsi, la division du travail de soin repensé pour préserver le temps médical n'affecte pas uniquement la délégation de sale boulot, mais également des tâches qui bien que moins valorisées que le curatif étaient appréciées par les médecins généralistes.

> « Je ne fais plus de suivis de grossesse, il y a des choses que je ne fais plus : en me disant, bah voilà les suivis alimentaires, ou les surpoids, bah je les envoie systématiquement à l'infirmière Asalée, les sevrages tabagiques avant je les faisais, maintenant je ne les fais plus. Des choses où finalement je délègue, beaucoup plus qu'avant » (Entretien, Sophie W., médecin généraliste libérale, MSP des Camélias, 02/22).

Pourtant, une partie des médecins enquêtés ont des pratiques de consultation longues, incluant de manière routinière la prévention. Ce recentrement de leur activité autour du curatif est paradoxal au regard de leur profil singulier, ces médecins promouvant une approche holiste de la santé. De plus, les deux tiers des médecins de l'ensemble ces MSP sont des femmes. Or les femmes tendent à avoir des temps de consultation plus longs que les hommes en moyenne, qu'on peut supposer lié à une plus grande prise en compte des dimensions de prévention et relationnelles dans leur activité (Jakoubovitch et al., 2012 ; Lapeyre, 2003). Le profil holiste de ces médecins pourrait ainsi être renforcées par les pratiques professionnelles liées à leurs socialisations de genre.

En outre, les expérimentations sont présentées par ces médecins comme un moyen de développer cette approche globale au travers de projets de santé publique. Certaines médecins expriment alors une frustration quant à l'évolution du contenu de leur travail.

> « Ce qui est un peu triste, aussi, c'est de me dire que finalement nous on est relayés à faire encore plus de curatif qu'avant, alors qu'on essaie de se dire qu'on veut être dans une approche globale, donc c'est un peu le paradoxe » (Entretien, Sophie W., médecin généraliste libérale, MSP des Camélias, 02/22).

Comme le souligne ce dernier extrait, cette nouvelle organisation du travail doit permettre d'augmenter le nombre de patients affiliés médecin traitant. Dans une certaine mesure, cette incitation peut être perçue par les médecins comme un changement de paradigme de productivité, passant de l'acte au nombre de patients déclarés : « On sort de la course à l'acte,

mais on rentre dans une course à la déclaration de nouveaux patients » (Entretien, Christophe J., médecin généraliste libéral, MSP des Camélias, 09/21). Cette division plus poussée du travail ne se fait pas sans résistances de la part des médecins.

Des délégations de tâches sous contrôle

Certaines tâches que réalisent les infirmières s'inscrivent à la frontière des juridictions professionnelles médicales. Anne M. par exemple, en sa qualité d'infirmière en pratique avancée, est habilitée à réaliser les consultations de suivi de patients malades chronique et à renouveler leurs prescriptions. De manière plus globale, certains médecins souhaitent continuer à réaliser eux-mêmes la prévention ou le sevrage tabagique qui pourraient être délégués à une infirmière salariée. Les médecins, soucieux de conserver leur rôle de généraliste, résistent ainsi au recentrement sur leur rôle curatif.

Gregory D. aux Agapanthes est promoteur de la coopération entre les médecins et les infirmières salariées. Il est présenté par ses collègues comme la personne orientant le plus de travail vers les infirmières. Cependant, il s'assure de ne pas perdre le suivi régulier de ses patients, au moyen de réunions régulières ou de lecture de compte-rendu de consultations.

> Suite à la restitution de mes premiers résultats dans la MSP des Agapanthes, Gregory D. réagit à ma présentation, où j'aborde la question de la place du médecin dans une division plus poussée du travail médical. Il explique : « je réfléchissais à ce que tu disais là sur le côté qu'on aimait bien les suivis. Moi j'ai pas l'impression quand je délègue, par exemple à Anne M. (infirmière Asalée formée en la pratique avancée), de perdre en qualité de suivi. Je me positionne à un autre niveau de suivi. Ça vient de m'arriver ce matin, elle a vu une personne, elle a fait exactement le boulot que moi j'aurais fait, et en débriefant, je me suis rendu compte qu'il y avait en fait un bilan à faire, le fait de pas avoir le nez dans le guidon des patients, je prends de la hauteur. Donc elle a fait vraiment le boulot que j'aurais fait en tant que médecin sur les pathologies chroniques, mais sur les à côté du dossier sur la prise en charge globale, y a des choses que moi j'ai pas du tout l'impression de perdre en plus-value » (Observation, réunion de restitution, MSP des Agapanthes, 12/22).

En assurant ce contrôle plus distancié des consultations déléguées, il se garantit de ne pas perdre son rôle de « pivot » dans le parcours des patients. Par ailleurs, les délégations de tâches sont disparates selon les médecins. Certains médecins orientent beaucoup de patients vers ces

nouveaux services proposés par les professionnelles paramédicales ou les salariées, tandis que d'autres, notamment des femmes, préfèrent continuer à suivre l'intégralité de leurs patients, résistant aux injonctions d'efficience.

> « Et bon globalement ce qui est dessiné pour le futur de toute façon c'est ça, c'est y'a plus assez de médecins, donc il va falloir rentabiliser leur temps, il va falloir qu'ils voient au minimum six patients par heure. Donc c'est un patient toutes les dix minutes, donc y'a à un moment donné, il va falloir aller plus vite et du coup faire moins de choses. Bon, ça ne me plaît pas trop parce que la délégation de tâches, euh… de façon générale dans la vie (rire), j'ai un peu de mal avec le fait de déléguer des tâches et de déléguer ma responsabilité » (Entretien, Audrey T., médecin généraliste libérale, MSP des Camélias, 02/22).

L'effet de genre est d'ailleurs confirmé par une récente enquête quantitative, qui constate que « par rapport à leurs confrères, les médecins femmes ont des interactions moins régulières avec les infirmières, ces écarts confortant les résultats descriptifs : par exemple, 61 % échangent une fois par semaine ou plus régulièrement avec des infirmières, contre 73 % des hommes » (Bergeat et Cassou, 2023, p. 2).

Les travaux portant sur les infirmières en pratique avancée en soins primaires soulignent la nécessité pour chaque infirmière de négocier individuellement avec les médecins leur faisceau de tâches (Luan et Fournier, 2023). Ce constat se retrouve également pour les infirmières salariées des MSP ou encore pour les infirmières Asalée.

> « [Le contenu de mon travail], cela dépend des médecins (…). Par exemple, avec Marion, je fais beaucoup de pédia, beaucoup de pédia et de géria. Avec Gregory je fais beaucoup de tout (…). Gregory c'est assez vaste, et là il m'envoie beaucoup maintenant des patients justement avec problématiques santé mentale à débrouiller, des choses comme cela (…). Valérie, c'est beaucoup de pertes d'autonomie de la personne âgée, voilà, c'est principalement à partir des dossiers d'activité physique adaptée que cela part. Pauline, c'est beaucoup de problématiques de travail, des patients en arrêt de travail, lombalgie, troubles musculosquelettiques, accidents de travail, ce genre de choses, et un peu de pédia aussi (…). Coralie, on a pas mal de patients en commun, elle m'envoie un peu du tout-venant. Et Astrid, elle commence sur des problématiques de travail, des dossiers de la maison départementale des personnes handicapées, des petites

> choses, on commence tout doucement » (Entretien, Annabelle G., infirmière de « parcours » salariée, MSP des Agapanthes, 12/22).

Les infirmières salariées dépendent ainsi des médecins et de leurs pratiques professionnelles pour négocier progressivement et localement leurs juridictions professionnelles. Dans les relations entre groupes professionnels, cela entraîne une perte d'autonomie dans la réalisation de leur travail. Aux Camélias comme aux Agapanthes, les infirmières Asalée ont ainsi du mal à remplir les plages prévues pour des consultations, ce qui semble d'autant plus paradoxal dans une situation de forte demande de soins qui presse les médecins. De son côté, Anne M., infirmière en pratique avancée aux Agapanthes, constate que si certains médecins jouent le jeu, d'autres ne lui délèguent que les tâches les plus ingrates.

> « Les médecins, il y a des choses qu'ils peuvent faire eux-mêmes, mais qu'ils n'ont aucune envie de faire. Donc, ils se disent : "Ah ben là-bas, il y a Anne ! Elle va peut-être pouvoir le faire !"
> ***Comme déboucher une oreille ?***
> Voilà ! Comme Anne, elle ne dit pas souvent non (…) ! Du coup, je le fais. Parce que, voilà, cela rend service, parce que… » (Entretien, Anne M., infirmière salariée Asalée, formée en pratique avancée, MSP des Agapanthes, 11/21).

Si la coopération entre médecins et infirmières salariées introduit davantage de hiérarchies professionnelles, en mettant les infirmières dans un rôle de disponibilité permanente, celles-ci sont paradoxalement moins marquées lorsque les coopérations sont régulières. Ainsi, contrairement à ce qu'observait Emmanuelle Zolesio à l'hôpital (2012), les pratiques médicales liées au genre tendent presque à renforcer les hiérarchies professionnelles dans la division du travail, les médecins hommes semblant déléguer plus facilement certaines tâches aux infirmières. Lorsque les médecins cherchent au contraire à conserver l'ensemble de leurs juridictions professionnelles, ils et elles coopèrent plus occasionnellement avec les infirmières, réduisant ces coopérations à de la délégation de tâches de sale boulot.

L'enquête par cas « extrême » révèle alors également les limites des transformations en cours, en montrant que même dans ces MSP où les médecins promeuvent la coopération interprofessionnelle, cette dernière est rare et se traduit par un renforcement des hiérarchies professionnelles.

Conclusion : Les appropriations du style de raisonnement économique au prisme des hiérarchies entre groupes professionnels

Ce chapitre a démontré la capacité des médecins à s'approprier le style de raisonnement économique pour mettre en œuvre de nouvelles organisations des soins primaires qui leur sont favorables. La première partie du chapitre a analysé les usages des financements expérimentaux au sein des MSP, montrant que les expérimentations renforcent des transformations davantage qu'elles ne les initient. La seconde partie du chapitre s'est penché sur les résistances et les appropriations que les professionnels ont des modèles économiques, mettant en lumière des attitudes contrastées selon les instruments et les contextes d'exercice. La dernière partie a éclairé les appropriations du style de raisonnement économique par les professionnels de santé, qui permet de légitimer un rôle d'indisponibilité permanente pour les médecins et de justifier des délégations du sale boulot. Les médecins entrepreneurs auraient-ils trouvé un compromis idéal avec les pouvoirs publics grâce aux modèles incitatifs, leur permettant de négocier des financements avantageux tout en évitant toute forme de régulation ?

Comme souvent, la réponse appelle à la nuance. Tout d'abord, les instruments d'action publique étudiés ici sont incitatifs et s'appuient intentionnellement sur l'autonomie des professionnels de santé : aucune menace directe ne pèse sur leur autonomie. Il faut cependant souligner le décalage important entre les intentions affichées par les pouvoirs publics et les actions mises en œuvre localement. Alors que l'expérimentation Ipep appelle à la coordination avec l'hôpital, les professionnels utilisent librement les financements pour embaucher une infirmière ou rémunérer des professionnelles paramédicales pour mieux accompagner des patients vulnérables. Dans l'expérimentation Peps, l'échec de l'enrôlement d'une large majorité de MSP dans le forfait est frappant. Dans les organisations restantes, les effets du forfait sont ambigus. Si les médecins des Camélias acceptent d'adapter leurs pratiques médicales en voyant leurs patients moins souvent, ils ne mettent pas davantage en place de coordination avec les infirmières. Ces constats porteraient à penser que finalement, les instruments d'action publique ont peu d'effets directs sur les organisations de travail. En cela, mes résultats confirment d'autres recherches qui soulignent les capacités de résistances des professionnels dans la mise en place de nouveaux instruments ou outils de contrôle (Aust et Gozlan, 2018 ; Belorgey, 2013 ; Le Bianic, 2011). Mais resituer les transformations en cours dans une lecture processuelle a permis d'aller au-delà de la forte revendication à l'autonomie exprimée par les professionnels de santé.

Mon chapitre a alors mis en lumière deux apports principaux face à la littérature existante sur le rapport entre profession et instrument ou outil de contrôle : tout d'abord, les professionnels s'approprient partiellement le style de raisonnement économique ; et ensuite, les réformes des soins primaires amènent à un renforcement des hiérarchies professionnelles dans la division du travail.

Tout d'abord, les professionnels de santé semblent intérioriser certaines des injonctions normatives diffusées par les économistes administratifs, laissant penser à une forme de « processus de colonisation » (Foucault, 2004 ; Power, 1997 ; Rose et Miller, 1992) qui s'opère par la sédimentation des réformes successives de soins primaires. Plusieurs caractéristiques du style de raisonnement économique sont identifiables : les professionnels de santé cadrent un problème (le paiement à l'acte) et une solution (le changement de mode de rémunération) de manière économique. Ils identifient des liens de causalité entre les modes de rémunération et les pratiques professionnelles. Ils mobilisent même ponctuellement des notions d'économie (incitation, efficience). Pourtant, dans la mise en œuvre des modèles, ils résistent à l'imposition des outils des économistes administratifs (calculs de la performance, indicateurs). La rhétorique du « temps médical » permet de justifier de nouvelles organisations du travail de soin, plus efficientes, mais elle reste assez abstraite : elle ne repose pas sur des méthodes économiques concrètes. Ce constat invite à relativiser les effets des « processus de colonisation » : alors que ceux-ci sont souvent lus comme aliénants (Foucault, 2004 ; Power, 1997 ; Rose et Miller, 1992), mon enquête a montré qu'ils se combinent aux dynamiques préexistantes plus qu'ils ne les remplacent. Charlotta Levay et Caroline Waks parlent de « *soft autonomy* » lorsque l'autonomie professionnelle est réduite par un contrôle extérieur continu, mais que les professionnels conservent de la liberté dans leur exercice et y regagnent une forme de prestige (Levay et Waks, 2009). Mon cas se distingue de celui-ci à la fois par les appropriations du style de raisonnement économique que font les médecins, mais également par la pluralité des effets produits par ces « processus de colonisation » sur les différents professionnels.

En effet, au-delà des médecins entrepreneurs, certaines médecins, bien que convaincues de la nécessité des réorganisations en cours, résistent grandement à ces nouvelles divisions du travail de manière à conserver l'ensemble de leurs juridictions professionnelles. Or, les MSP enquêtées représentent, rappelons-le, des cas « extrêmes » (Gerring, 2009) dans les soins primaires. Les professionnels qui y travaillent sont les plus réformateurs des libéraux, ceux qui promeuvent une organisation pluriprofessionnelle. Dans ces MSP où l'on peut s'attendre à ce que les évolutions dans l'organisation des soins primaires soient les plus marquées, on constate que les

modifications du travail médical sont finalement marginales, montrant l'inertie de cette profession face à l'injonction à repenser leur exercice.

Enfin, l'analyse des relations entre groupes professionnels nous permet d'analyser les effets des « processus de colonisation » au sein du système des différents groupes professionnels de soins primaires (Abbott, 1988). La littérature sur les relations entre outils de contrôle et profession se concentre la plupart du temps sur les effets d'un instrument sur un seul groupe professionnel. Or mon enquête a montré l'intérêt de penser ces effets sur un système professionnel, ici à une échelle locale. Dans le cas des MSP, l'appropriation du style de raisonnement économique par les médecins généralistes leur permet de maintenir le prestige de leur profession. Sous pression d'une démographie médicale basse qui demande aux médecins de céder certaines de leurs juridictions professionnelles, la préciosité du temps médical leur redonne de la légitimité et valorise leur activité. Finalement, ces instruments d'action publique n'ont pas les mêmes résultats sur l'autonomie de l'ensemble des professionnels de soins primaires. Si les médecins y trouvent une revalorisation de leur activité, le style de raisonnement économique leur permet également de justifier des délégations du sale boulot envers d'autres professionnelles, et notamment des infirmières. Pourtant, avec la baisse de la démographie médicale, l'augmentation des pathologies chroniques et le vieillissement de la population, certains travaux présentent les infirmières comme « le pilier des systèmes de santé » (Longchamp et al., 2018, p. 219). Métier en pleine évolution, le groupe professionnel des infirmières voit ses compétences s'étendre. On aurait pu penser que les infirmières y gagneraient en légitimité et en autonomie. Paradoxalement, les redivisions des tâches ne leur sont que peu favorables. Le salariat des infirmières en soins primaires permet de développer de la prévention, du dépistage et de l'éducation thérapeutique du patient, autant de tâches jusqu'à présent sous-prises en charge dans notre système de santé. Cependant, le développement d'une prise en charge plus globale des patients en soins primaires se fait pour l'instant au prix de l'autonomie d'un segment des infirmières par rapport aux médecins généralistes, ces nouvelles divisions du travail les renvoyant dans une position subalterne.

Le chapitre 6 va permettre d'affiner l'analyse de l'évolution des rapports entre groupes professionnels, au travers de l'étude du partage des financements publics au sein de ces trois MSP.

Chapitre 6. Les bons comptes ne font pas l'égalité. La répartition des financements au sein des maisons de santé.

Introduction

> « Les médecins ont toujours été hyper moteurs, hyper pilotes, hyper impliqués (…). Ce qui est le plus prépondérant, c'est effectivement la présence systématique de beaucoup de médecins, ce qui dit encore plus de leur implication dans l'interprofessionnalité et ce sont ceux qui perdent le plus d'argent quand ils viennent. C'est pas négligeable à noter, quand même ! (Rires) Il y a beaucoup de gens qui nous envient et qui disent : "Mais comment vous arrivez à avoir autant de participations de vos médecins alors que vous les payez si mal ?" » (Entretien, Guillaume B., masseur-kinésithérapeute libéral, Maison de santé pluriprofessionnelle [MSP] des Sureaux, 01/23).

Dans cet extrait d'entretien, Guillaume B., kinésithérapeute et président des Sureaux, souligne que l'implication des médecins dans l'organisation pluriprofessionnelle n'est pas fortement valorisée économiquement par le collectif. En effet, aux Sureaux, les médecins, comme les autres groupes professionnels, sont rémunérés 40 euros de l'heure pour chaque réunion pluriprofessionnelle. Alors qu'on vient de démontrer la pérennité des hiérarchies professionnelles dans la division du travail, comment expliquer ces rémunérations à barème égal ? Quels critères guident la répartition des financements expérimentaux ?

Dans un secteur de la santé marqué par des hiérarchies professionnelles et des inégalités de genre souvent entremêlées (Avril et Ramos Vacca, 2020 ; Zolesio, 2012), les professionnels promoteurs de l'exercice regroupé se distinguent par une volonté de réformer ces mêmes hiérarchies. À l'échelle nationale, la fédération des MSP diffuse des guides de bonne pratique autour de la mise en place d'une organisation de travail plus égalitaire (Vezinat, 2019b). Elle est également revendiquée localement par les professionnels libéraux exerçants en MSP (Moyal, 2021). S'inscrivant dans cette littérature sur les dynamiques professionnelles, ce chapitre propose de les relire sous le prisme du partage des financements collectifs au sein de ces structures, dimension des réformes des soins primaires qui n'a pas encore été analysée sous l'angle sociologique. L'hypothèse est que le partage des financements constitue un révélateur

analytique des hiérarchies professionnelles et des inégalités de genre (Baudelot, 2020 ; Meron et Silvera, 2006), mais agit également concrètement sur ces mêmes hiérarchies dans un contexte où la transformation de l'organisation des soins primaires passe par une évolution des modes de financement, renforcée par l'introduction des expérimentations Ipep et Peps.

Alors que le salariat est touché depuis les années 2000 par une flexibilisation et une individualisation croissante des salaires (Bernard, 2020a ; Bernard et al., 2019), les MSP amènent au contraire à une collectivisation incitative des modes de rémunération des professionnels libéraux. Ce mouvement s'accroit avec les expérimentations Ipep et Peps.

Tableau 1 : Présentation des montants de financements publics pour l'année 2020 ou 2021 en euros

	Agapanthes (2020)	Camélias (2021)	Sureaux (2020)	Montant moyen au national (2020)
Accord conventionnel interprofessionnel des MSP	98 000	40 000	Non connu	62 000
Ipep	40 000	Non concerné	30 000	136 500
Peps [de 0 à +15 % du paiement à l'acte antérieur]	480 000	330 000	Non concerné	276 000

En plus de l'accord conventionnel des MSP et des financements Ipep et Peps, les professionnels peuvent recevoir divers financements publics liés à des subventions régionales ou de collectivités locales, ou à d'autres expérimentations nationales. Ce chapitre s'intéresse à l'ensemble de ces financements, puisqu'il est rarement explicité ce que chacun d'entre eux rémunère précisément. Une distinction sera faite cependant entre les financements incitatifs (les accords conventionnels, Ipep, la plupart des financements publics), qui permettent de payer un bien ou un service jusqu'alors non pris en charge (sous-parties 1 et 3), et le forfait Peps, qui rémunère les médecins autrement (sous-partie 2).

Comme expliqué dans le chapitre 5, les financements incitatifs sont principalement utilisés pour rémunérer des ressources humaines, qu'ils s'agissent de professionnels libéraux ou salariés. Le forfait Peps quant à lui est librement réparti entre médecins généralistes. Ces financements ont en commun d'être alloués collectivement aux professionnels, leur laissant libre choix dans leur répartition. Dans la mise en œuvre des expérimentations, les pouvoirs publics se retirent de la gestion de la répartition de l'argent. Le libre usage des financements est perçu par les économistes administratifs comme un moyen de faire adhérer les professionnels libéraux aux instruments d'action publique. Cette absence de positionnement des économistes administratifs

sur l'usage des financements témoigne d'un rapport de force favorable aux médecins libéraux (Jamous et al., 1969). En effet, Haroun Jamous et *al* soulignaient qu'avant la réforme hospitalière de 1958, les médecins y exerçaient de manière libérale et se partageaient librement la somme des honoraires de chaque service, avec des pratiques peu équitables (1969). Cette liberté leur était laissée par des pouvoirs publics cherchant à éviter l'opposition des médecins libéraux (Jamous et al., 1969).

Au sein des MSP, comprendre ce qui sous-tend ces répartitions participe à éclairer les appropriations concrètes des instruments d'action publique.

Le paiement à l'acte reste central dans la rémunération des professionnels[124], en dehors des médecins rémunérés au forfait Peps ou des professionnels salariés. Cependant, même pour ces professionnels, il fait référence et sert de point de comparaison avec leur rémunération. Les tarifs du paiement à l'acte sont fixés conventionnellement avec l'Assurance Maladie. Ce mode de rémunération rétribue le nombre d'actes réalisés, dépendant du contenu et de la cadence de travail, là où cette notion de productivité est moins centrale dans le salariat (Bernard, 2020a ; Bernard et al., 2019 ; Mottez, 1966). Ces rémunérations sont inégales selon les groupes professionnels en soins primaires. Ainsi, en 2008[125], le revenu libéral moyen net annuel[126] d'un médecin généraliste était de 71 700 €, contre 43 200 € pour les infirmières et 38 900 € pour les masseurs-kinésithérapeutes (Bellamy et Frechou, 2010). Les hiérarchies professionnelles se superposent à une distribution inégale de genre selon les professions, les métiers les plus subalternes et les moins rémunérateurs étant davantage réalisés par des femmes (Avril et Ramos Vacca, 2020). Ces inégalités de genre se retrouvent par ailleurs au sein d'une même profession, notamment chez les médecins généralistes. La spécialité de médecine générale est l'une des plus féminisées (39 % de femmes) (Biais et al., 2022), en raison notamment des conditions de travail permettant une articulation plus aisée entre vie professionnelle et vie personnelle par rapport aux spécialisations hospitalières et chirurgicales (Lapeyre et Le Feuvre, 2005 ; Lapeyre et Robelet, 2010). Les revenus libéraux sont très inégaux selon le genre, de 77 500 € pour les

[124] Pour les médecins exerçants dans une MSP contractualisée, le paiement à l'acte représente 71,3 % de leur rémunération (Cnam, 2021).

[125] Cette étude qui date de 2008 a l'avantage de comparer des revenus nets, obtenus en déduisant notamment les rétrocessions d'honoraires (qui interviennent principalement en cas de remplacement des professionnels de santé) et les charges, qui représentent une part importante des rémunérations brutes des professions libérales. J'ai privilégié ces données plus anciennes à des études plus récentes, comme celle de Dixte et Vergier (2022), qui informent sur la rémunération brute des médecins en 2019, sans comparer différents groupes professionnels, et sans renseigner les variations de genre au sein de la profession.

[126] Ces revenus ne correspondent pas à une comparaison en « équivalent temps plein », ou à une comparaison au taux horaire.

hommes, à 50 900 € pour les femmes, soit un revenu de 25 % inférieur (Attal-Toubert, 2009). Cela s'explique par un temps de travail plus réduit (environ 10 %) pour les femmes, mais également par des pratiques professionnelles genrées, notamment des temps de consultation plus longs chez les femmes (Jakoubovitch et al., 2012 ; Lapeyre, 2003). De manière globale, les femmes se distinguent dans leur rapport à la rémunération par des attentes moins élevées que les hommes, traduisant une relation au travail où les dimensions pratiques et relationnelles importent davantage que la rémunération (Baudelot et Serre, 2006 ; Lapeyre, 2003).

Les temps de travail collectif ne sont pas inclus dans la nomenclature à l'acte, et les financements complémentaires comme Ipep ou l'accord conventionnel des MSP ont aussi l'objectif de rémunérer la coordination et les actions pluriprofessionnelles. La définition collective des rémunérations du travail s'inscrit dans des processus de valuation, incluant d'une part l'évaluation du travail de ses pairs (le compter, le mesurer, le qualifier) et d'autre part sa valorisation (lui attribuer une valeur) (Vatin, 2013). La distinction de ces deux étapes de la valuation donne à voir les processus, tant quantitatifs que qualitatifs, d'évaluation du travail à l'échelle locale, ne se concentrant pas uniquement sur la valeur attribuée comme résultat (Barraud de Lagerie et al., 2013).

Dans l'attribution d'une rémunération, se confrontent alors plusieurs principes d'évaluation pour déterminer la valeur du travail des différents groupes professionnels : les processus de valuation « organisent la (re)distribution de valeurs entre les échangistes. Ils soulèvent par conséquent de multiples jugements de valeur qui visent à les qualifier comme "justes" ou "injustes" » (Nouguez et Benoît, 2017, p. 402), en mobilisant des principes de justice concurrents (Boltanski et Esquerre, 2016). Étienne Nouguez et Cyril Benoît proposent de distinguer les principes de justification relevant d'une justesse marchande de ceux attribués à une justice sociale (2017).

Tout d'abord, les écarts de rémunération peuvent être justifiés par des différences de diplôme ou de pratiques dans une logique de justesse marchande, la valeur du travail étant comparée à celle qu'elle a sur le marché du travail (Nouguez et Benoît, 2017). Les rémunérations suivent alors des ordres de grandeur similaires à celles du paiement à l'acte et hiérarchisent les professions.

Cependant, les professionnels peuvent également s'appuyer sur des valeurs morales, portant sur des « formulations de l'intérêt général » (Yon, 2014) dans les processus de valuation, dans un principe de justice sociale (Nouguez et Benoît, 2017). Comme observé dans le chapitre 4, les

conceptions de la justice sociale peuvent différer voire s'opposer dans les processus de valuation [127] (Nouguez et Benoît, 2017). Dans les MSP, les professionnels convoquent principalement le principe d'égalité entre les groupes professionnels pour amener à de nouvelles évaluations du travail, qui s'affranchissent alors du principe de justice marchande.

Ce chapitre entend contribuer à une sociologie des rémunérations, sujet longtemps délaissé par les enquêtes sociologiques (Bernard, 2020a ; Bernard et al., 2019). Des travaux récents montrent pourtant tout l'intérêt de ce sujet pour analyser les transformations du monde du travail (Bernard, 2020), pour éclairer les dynamiques collectives au travail (Wagner, 2020) ou encore pour questionner les frontières entre travail salarié et indépendant (Bernard, 2020b).

Ce chapitre démontre que, malgré la volonté d'une organisation plus égalitaire, le partage des rémunérations tend à renforcer la place des médecins généralistes au sein de ces collectifs, et participe à invisibiliser les inégalités de genre. Ainsi, les évolutions de la division du travail, mises en œuvre pour mieux répartir le temps médical, reposent sur des professionnels dont le travail est peu valorisé financièrement par les collectifs. Trois situations différentes de partage de rémunérations au sein des MSP donnent à voir les débats, ou l'absence de débats, sur la valorisation du travail. D'abord, les financements complémentaires répartis entre professionnels libéraux participent à matérialiser une égalité dans des temps de travail marginaux (1). Ensuite, le financement substitutif au forfait Peps éclaire des évaluations hiérarchisées du travail selon les pratiques professionnelles, le genre et la profession (2). Enfin, la rémunération des temps de travail hors du collectif, qu'il s'agisse du travail organisationnel ou du travail salarié, révèle les limites de l'égalité entre les groupes professionnels (3).

1. Entre professionnels libéraux, plus d'égalité au nom de la coopération

Au sein des MSP, les financements incitatifs complémentaires (accord conventionnel MSP, Ipep, autres…) sont en grande partie utilisés pour rémunérer des tâches réalisées par des professionnels libéraux pour le collectif, et qui ne sont pas prises en charge dans le paiement à l'acte. Dans la continuité du chapitre 5, ce chapitre s'intéresse au-delà des seules expérimentations à la répartition des financements collectifs incitatifs.

[127] Dans le chapitre 4, je montrais ainsi comment les économistes administratifs mobilisaient les valeurs de mérite pour allouer des financements aux professionnels, en opposition avec les médecins salariés des centres de santé qui tentaient d'orienter la fabrique des modèles économiques vers plus d'équité.

Enquêtant dans trois coopératives, Anne-Catherine Wagner a montré comment le partage de rémunérations peut permettre d'atténuer des inégalités salariales présentes sur le marché du travail et de construire un intérêt collectif (Wagner, 2020). À première vue, le cas des MSP a peu en commun avec ces coopératives : les professionnels qui y exercent sont majoritairement libéraux, les coopérations restent à la marge de leur exercice clinique individuel. Pour autant, dans les trois MSP enquêtées, le partage des rémunérations entre professionnels libéraux contribue à incarner une égalité dans la coopération pluriprofessionnelle.

En effet, les professionnels libéraux cherchent à atténuer les hiérarchies professionnelles dans le travail de soin et dans l'organisation de la MSP (1). Cela se traduit par la mise en place de barèmes égalitaires dans les temps de travail collectif (2).

1.1. Une égalité revendiquée entre groupes professionnels

Les MSP permettent d'augmenter la coopération entre professionnels, au travers d'échanges formalisés tels que des protocoles de coordination ou des réunions de concertation pluriprofessionnelles, mais aussi lors d'échanges moins formels facilités par la proximité (Fournier, 2015). Les MSP reposent sur des interdépendances entre professionnels libéraux. Anne Moyal parle d'une « norme organisationnelle de la collégialité » (2021, p. 267), qui serait à la fois promue par les pouvoirs publics dans une perspective d'incitation à la coordination et développée localement afin d'induire un engagement réciproque dans l'organisation des soins. Si cette volonté d'égalité dans l'organisation n'est pas particulière aux MSP enquêtées, elle y apparait particulièrement présente et fait l'objet d'une réflexivité tant sur les pratiques professionnelles (1) que sur l'organisation de la MSP (2).

Une vision organique du travail de soin

La mise en place d'une égalité entre les professionnels de santé libéraux s'incarne tout d'abord dans les moments de coopération. Pour Anne Moyal, elle s'appuie sur la « complémentarité des compétences » entre groupes professionnels (2021). En effet, dans les MSP enquêtées les professionnels partagent une vision organique du travail de soin : ce dernier requiert différents savoirs et techniques répartis entre groupes professionnels.

> « Une des particularités les plus frappantes dans ce groupe professionnel, c'est la qualité de la discussion et l'absence de hiérarchie entre les différentes professions, c'est-à-dire que les infirmières et les médecins se parlent de pair à pair, les kinés, on est juste conscient que l'on n'a pas les mêmes champs de compétences (…). Ce n'est pas que sur le papier, cela se décline dans la vraie

vie. C'est absolument formidable » (Entretien, Aurélie B., médecin généraliste libérale, MSP des Sureaux, 12/21).

« En réunion, quand on présente des cas, ce qui est hyper drôle, c'est que les infirmières, elles donnent toujours leur avis parce que ce sont toujours des situations complexes (…). Tout le monde a pris sa place (…). On est au même pied d'égalité. Et donc, tout le monde a le droit à sa parole, tout le monde a droit à son temps et personne ne sera rabaissé » (Entretien, Pauline C., médecin généraliste libérale, MSP des Agapanthes, 12/22).

Cette égalité est jugée extraordinaire (« hyper drôle », « absolument formidable ») dans un environnement professionnel habituellement très hiérarchisé. Le travail de soin est présenté comme devant être réalisé en équipe pour répondre aux différents besoins des patients, et les professionnels les plus engagés dans le collectif soutiennent que les médecins ne doivent pas nécessairement y avoir une place dominante.

Janvier 2023, j'observe une réunion des professionnels de la MSP des Sureaux. Trente-cinq professionnels sont présents, dont un tiers de médecins généralistes, la profession la plus représentée. Une interne de médecine générale présente sa thèse sur « l'interprofessionnalité ». Elle avance des résultats issus d'un questionnaire sur les compétences à acquérir pour développer un « *leadership* collaboratif », différent du « *leadership* traditionnel avec le médecin descendant. L'idée est que chaque professionnel puisse diriger les équipes de soins », explique-t-elle à ses collègues. Sa présentation est suivie de remarques approbatrices. Le coordinateur va jusqu'à suggérer : « est-ce qu'on tiendrait un critère d'entrée à la MSP ? » (Observation, réunion au sein de la MSP des Sureaux, 01/23).

Promue par certains et certaines médecins, cette vision égalitaire du travail de soin permet également aux autres professionnels de valoriser leur travail.

« Eux [les médecins], ils sont médico-centrés. Moi, je ne suis pas médico-centrée. Moi, je suis dans le social, dans la famille, dans l'amical, dans tout ce qui gravite autour de la personne (…). Donc, la complémentarité des compétences, elle est là ! » (Entretien, Anne M., infirmière salariée Asalée, formée en pratique avancée, MSP des Agapanthes, 11/21).

Ce principe même de « complémentarité des compétences » ne suffit cependant pas à expliquer la rhétorique égalitaire. En effet, des travaux antérieurs ont montré que la coopération entre professionnelles de santé n'implique pas d'égalité entre les professionnelles, par exemple dans le secteur hospitalier (Avril et Ramos Vacca, 2020). La volonté d'égalité apparait alors également liée à la nécessité de souder des interdépendances entre professionnels libéraux, pour faire tenir le collectif. Cette égalité se matérialise dans les pratiques, par la mise en place d'une gouvernance voulue démocratique au sein des MSP.

Des organisations voulues égalitaires

Les professionnels développent une réflexivité sur le travail ensemble et son organisation. Dans les trois MSP, le conseil de gérance inclut différents groupes professionnels.

Aux Agapanthes, les Assemblées générales réunissent l'ensemble des professionnels une fois par an. Avant 2021, la MSP était co-gérée par deux hommes médecins, elle est maintenant co-gérée par un médecin et un podologue. Le collectif plus restreint de médecins et d'infirmières qui participe aux expérimentations est structuré en société civile de moyen. Cette société était jusqu'en 2020 détenue par trois des médecins, la participation aux expérimentations, et notamment la collectivisation des rémunérations dans Peps, a élargi l'association à deux médecins auparavant collaboratrices, mais aussi aux deux infirmières salariées, Anne M. et Annabelle G.

> « Peps a aussi permis, quand même, d'arrêter le fonctionnement d'avant. Donc avant, c'était une société civile de moyen avec Nicolas, Gregory et Valérie, qui avaient Pauline et Marion comme collaboratrices et avec des difficultés pour elles de s'engager en tant qu'associées. (…) Avec Peps, ça a permis (…) que l'on soit une société avec sept associés et qu'on soit locataire de notre maison tous ensemble, employeurs de nos secrétaires tous ensemble (…). C'est chouette, c'est plus horizontal. » (Entretien, Annabelle G., infirmière de « parcours » salariée, MSP des Agapanthes, 11/21).

Les décisions se prennent alors lors de réunions hebdomadaires où sont discutés à la fois des cas de patients et la gouvernance du cabinet pluriprofessionnel.

Aux Camélias, les professionnels revendiquent une organisation en « auto-gestion », développant une réflexivité sur la gouvernance de la MSP. Le conseil de gérance est tenu par deux ou trois professionnels qui s'alternent tous les trois ans. Au moment de l'enquête, ce travail est effectué par une médecin, Audrey T., ainsi qu'une psychologue et une orthophoniste.

> « Un des principes fondamentaux de la MSP, c'est l'autogestion. (…) On essaie de respecter au mieux l'horizontalité entre chacun dans cette MSP et dans cette optique-là, les gestionnaires tournent. Et donc, l'année dernière, c'était le moment de changer de gestionnaires puisque les précédents gestionnaires avaient fini leur mandat de trois ans » (Entretien, Audrey T., médecin généraliste libérale, MSP des Camélias, 02/22).

Ce conseil de gestion s'occupe principalement de la comptabilité de la société interprofessionnelle de soins ambulatoires, et de la gestion des ressources humaines (embauche, fiche de paie, entretiens annuels, recrutement de prestataires). Les trois femmes se réunissent une heure par semaine, et prennent des temps individuels en plus pour s'en occuper. Pour autant, le conseil de gestion n'est pas l'organe décideur, puisque toutes les décisions sont discutées lors de réunions hebdomadaires, où tous les professionnels libéraux et salariés sont conviés.

> « Les gestionnaires ne sont pas décisionnaires. Là, c'est l'ensemble des membres de la société interprofessionnelle de soins ambulatoires qui sont décisionnaires (…). Pour simplifier les choses, on [le conseil de gérance] a fait le budget de l'année précédente et on a émis des propositions pour l'année d'après et ensuite, tous ensemble, en réunion, on a discuté de ces propositions et on en a fait émerger d'autres » (Entretien, Audrey T., médecin généraliste libérale, MSP des Camélias, 02/22).

Les décisions sont ensuite prises par consensus : chaque professionnel doit les valider.

> « On a quand même réfléchi sur les relations de pouvoir, parce qu'on est quand même dans une organisation, on essaie d'être dans une gouvernance partagée, tout ça… Enfin (…), on essaie de se former » (Entretien, Sophie W., médecin généraliste libérale, MSP des Camélias, 02/22).

Les acteurs rencontrés se montrent particulièrement réflexifs sur cette organisation voulue égalitaire. Ils sont conscients des limites qu'elle présente, et soulignent qu'elle ne suffit pas à aplanir les hiérarchies professionnelles.

> « L'autogestion, cela va plus ou moins. La non-hiérarchie, c'est requestionné, je pense (…). À la longue, avec les années, certaines personnes disent : "Ben non ! En fait, une hiérarchie, il y en a une !" » (Entretien, Éric H., médecin généraliste libéral, MSP des Camélias, 02/22).

Aux Sureaux également, les processus de décision font l'objet de débats entre les professionnels. La MSP des Sureaux est particulièrement importante du point de vue du nombre de professionnels qui y sont engagés, une soixantaine alors que la moyenne des MSP en compte quinze (Cnam, 2021). Les décisions sont prises dans plusieurs instances. Un conseil de gérance, composé de cinq professionnels libéraux[128] et présidé par un kinésithérapeute, se réunit une fois par mois et permet un suivi régulier des actions de la MSP (notamment, en matière de gestion de projet). Les décisions plus cruciales, comme le budget de la structure, sont votées en conseil d'administration. Le conseil d'administration est composé de quatre « collèges » devant représenter les différents acteurs impliqués dans la MSP : les professionnels de la Société interprofessionnelle de soins ambulatoire, les autres professionnels de la commune, les habitants et les partenaires (cliniques, Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes [EHPAD], réseaux de santé, associations locales). Ce conseil d'administration inclut ainsi des acteurs extérieurs aux seuls professionnels libéraux : cela s'explique par l'ancienne structuration associative du groupe pluriprofessionnel, qui a été fondé sur les bases d'une association de prévention et de promotion de la santé portée par les professionnels libéraux de la commune dans les années 1980. Une assemblée générale réunit l'ensemble des acteurs une fois par an.

Aux Sureaux, une attention particulière est portée à la place des médecins dans le collectif. Ainsi, la présidence de la MSP est occupée depuis 2019 par un kinésithérapeute, et non pas un médecin comme dans la plupart des MSP (Moyal, 2022).

> « T'es pas sans savoir le médico-centrisme de notre système de santé (…). À la MSP, le président est un kiné, ce qui n'est pas rien symboliquement (…). C'est volontaire, l'interprofessionnalité est vraiment mise en avant » (Entretien, Romain M., coordinateur salarié, MSP des Sureaux, 04/19).

Ainsi, au sein des trois MSP, les gouvernances sont pensées de manière pluriprofessionnelle, avec aux Camélias et aux Sureaux une réflexion sur les processus de prise de décision.

Ces relations d'égalité sont également facilitées par des proximités sociales en termes de genre (Zolesio, 2012) et d'âge (Cartier et al., 2011). Ainsi, les professionnels exerçant dans ces MSP sont souvent féminisés (environ 60 à 75 % de femmes). Ces femmes nouent des relations amicales, autour de discussions sur leurs vies extra-professionnelles, et sans se restreindre à leur groupe professionnel, ainsi que l'a observé Emmanuelle Zolesio à l'égard de chirurgiennes

[128] Un kinésithérapeute, deux femmes médecins, une infirmière Asalée et une pharmacienne.

et d'infirmières (2012). S'ajoute parfois une homogamie d'âge, comme dans la MSP des Camélias où les professionnels ont presque tous et toutes entre 30 et 45 ans. Plus que de simples collègues de travail, certaines nouent des relations amicales sans se restreindre à leur groupe professionnel, renforçant cette impression d'égalité (Cartier et al., 2011).

1.2. Une égalité incarnée par le partage des rémunérations

L'introduction progressive de rémunérations collectives complémentaires au paiement à l'acte, d'abord par les financements issus de l'accord conventionnel en MSP, puis par l'expérimentation Ipep, permet la rémunération des professionnels libéraux pour leur participation au travail de la MSP. Les modèles économiques ne sont pas mobilisés dans la répartition des financements. Les financements sont versés sur le compte bancaire d'une société commune à plusieurs professionnels, à l'échelle de la MSP ou de cabinets de groupe. Les différents financements sont compulsés sur le compte commun puis leur source n'est pas spécifiée dans leur usage. Des barèmes horaires ou à la tâche (par réunion) sont mis en place.

Dans les trois MSP, la valorisation des temps de travail des professionnels libéraux aboutit à un barème de rémunération égal entre groupes professionnels, s'affranchissant des hiérarchies professionnelles instituées.

> « Je ne vois pas pourquoi je serais plus payée quand j'agis dans la MSP parce que je suis médecin alors que l'infirmière fait la même chose que moi ! » (Entretien, Emilie P., médecin généraliste libérale, MSP des Sureaux, 11/21).

Les temps professionnels sont distingués du travail collectif, où les professionnels paramédicaux acquièrent autant de valeur que les médecins, illustrant la séparation nette entre deux évaluations du travail des différents groupes professionnels. Loin d'être taboues, ces rémunérations des temps collectifs font l'objet de débats entre groupes professionnels.

> « Au départ ce n'était pas le même forfait selon les professionnels et avec ma collègue [médecin généraliste] on s'est battu pour que ce soit le même forfait pour tout le monde et on a eu gain de cause, mais les médecins n'étaient pas d'accord avec nous. Y'en a qui voulait que ce soit plus pour les médecins parce que quand on donne une heure à la MSP, ça nous fait trois consultations en moins par jour donc 3x25, ça fait 75 euros donc ils demandaient 60 pour l'heure à la MSP, on faisait pareil pour les infirmières et ça faisait 30 euros. Mais en fait on s'engage pareil sur les actions de la MSP donc on aimerait que tout le monde

> soit rémunéré pareil » (Entretien, Emilie P., médecin généraliste libérale, MSP des Sureaux, 11/21).

Plusieurs principes de justification se confrontent : certains médecins attendent que la rémunération des temps collectifs corresponde à leur valeur sur le marché du travail (75 ou 80 euros brut), et de même pour les autres professionnels (par exemple, 30 ou 40 euros brut pour une infirmière). D'autres médecins généralistes, et notamment des femmes, soutiennent des rémunérations plus égalitaires, qui reflèteraient la place qu'occuperaient les différents professionnels au sein des MSP. Aux Sureaux, le barème de rémunération est finalement fixé à 40 euros par réunion, prenant la rémunération basse comme référence. Aux Camélias, les professionnels ont moins de financements publics : le barème était fixé en 2020 à 5 euros. Avec l'augmentation récente de leur financement des accords conventionnels MSP, lié à une augmentation de la patientèle médecin traitant[129], le barème s'élève en 2021 à 30 euros par réunions.

L'argent incarne alors l'égalité, et ce faisant la renforce. Cette égalité de barème signifie une égalité professionnelle plus large, reconnaissant le travail des autres professionnels comme ayant une valeur égale à celles des médecins.

> « Ce que je trouve génial, c'est que cette rémunération est la même pour tout le monde. On peut être infirmier, psy, kiné, médecin, il n'y a pas de hiérarchisation des salaires, là, en fonction du niveau d'études ou de quoi que ce soit. C'est chacun participe et c'est le temps que l'on y consacre qui est rémunéré de la même façon (…). Et d'ailleurs, ce que j'apprécie beaucoup dans la MSP, c'est le fait que la voix du médecin ne prime pas » (Entretien, Virginie P., psychologue libérale, MSP des Sureaux, 12/21).

Alors qu'à l'échelle globale les rémunérations hiérarchisent le social, selon le diplôme, l'ancienneté, dans le cas des espaces interprofessionnels, la rémunération des temps de travail collectifs euphémise au contraire ces hiérarchies en faveur d'une valorisation de la coopération interprofessionnelle. L'évaluation du travail est uniquement quantitative, relative à un nombre d'heures ou de tâches, et non qualitative, relative au contenu du travail effectué. Plus que le travail en lui-même, c'est alors un engagement dans le collectif qui est valorisé au travers de ces rémunérations. La valorisation, quant à elle, dépend totalement des financements publics

[129] En effet, le montant obtenu dans l'accord conventionnel interprofessionnel des MSP est lié au nombre de patients affiliés aux médecins traitants.

obtenus et du nombre de réunions et de professionnels à rémunérer. Elle est ainsi inégale selon les MSP, les financements étant attribués en fonction du nombre de patients affiliés aux médecins traitants, leur montant dépend du nombre de médecins dans le collectif (et cela, qu'importe le nombre de professionnels paramédicaux qui y sont associés).

Cependant, ce système d'évaluation co-existe avec le système institué davantage qu'il ne le remplace. Le travail collectif occupe une part marginale (deux à trois heures par semaine maximum) face à l'exercice individuel libéral, si bien que ces rémunérations sont souvent qualifiées par les médecins de « symboliques » : « On rémunère les réunions de coordination, mais cela reste assez symbolique comme rémunération » (Audrey T., médecin généraliste, Camélias, 02/22). Les médecins généralistes acceptent de baisser leur taux horaire, mais ils y perdent peu. L'égalité de ces rémunérations n'aplanit pas les différences instituées de revenus entre groupes professionnels — qui ne sont d'ailleurs pas discutées. Il s'agit d'un amendement à la marge de ces hiérarchies, dans le temps du travail collectif, autour de tâches qui sortent du cœur de métier de ces professionnels. Les rémunérations permettent alors de saisir une séparation existante entre deux espaces de travail : l'exercice professionnel individuel, dans le colloque singulier avec la patientèle, dont la rémunération n'est pas modifiée par le collectif, et le travail interprofessionnel collectif qui s'ajoute à celui-ci, et qui est un espace de réflexion autour des hiérarchies professionnelles.

2. L'évaluation du travail de ses pairs : une répartition du forfait Peps entre médecins

Les financements liés à l'accord conventionnel des MSP ou à l'expérimentation Ipep se rajoutent au paiement à l'acte, ce qui n'est pas le cas de Peps, dont le modèle consiste en un forfait collectif ajusté aux caractéristiques de la patientèle affiliée aux médecins traitants. Initialement pensé pour des médecins généralistes et des infirmières travaillant en MSP, il remplace le paiement à l'acte.

La mise en place de ce forfait brouille la séparation entre le travail professionnel individuel payé à l'acte, et le travail collectif interprofessionnel rémunéré égalitairement. Entre médecins généralistes, le forfait offre des conditions de travail proches du salariat (1). Sa répartition se fait en fonction d'une évaluation des pratiques professionnelles (2). Entre médecins généralistes et infirmières, la confrontation des modes d'évaluation met en lumière le maintien de hiérarchies professionnelles dans le travail de soin (3).

2.1. Des avantages quasi salariaux grâce au forfait

Les médecins des Camélias et des Agapanthes mutualisent l'ensemble des rémunérations qu'ils perçoivent, et pas uniquement le forfait Peps. Cela regroupe donc, en plus du forfait, la Rémunération sur objectif de santé publique (ROSP), qui est annuelle, mais également les forfaits liés aux patients affiliés médecins traitants et les actes techniques non pris en compte dans le forfait.

> « Tout tombe dans la même boîte, que ce soit la ROSP, enfin tout est mis en commun. Et donc, dire que l'on paye un truc avec Peps, c'est compliqué parce que comme tout est mis en commun, il y a aussi la ROSP… En fait, Peps, pour nous, c'est plus la philosophie du forfait que l'enveloppe que l'on reçoit chaque trimestre » (Entretien, Annabelle G., infirmière de « parcours » salariée, MSP des Agapanthes, 11/21).

> « Tout est versé directement sur le compte de notre société. Tous nos revenus ! Donc en fait, tout arrive sur le compte de la société, tout est mélangé » (Entretien, Audrey T., médecin généraliste libérale, MSP des Camélias, 02/22).

Dans la MSP des Agapanthes, ces rémunérations sont versées sur une société regroupant à la fois les médecins et les infirmières salariées, tandis qu'aux Camélias, la société est exclusive aux médecins. Tout comme le financement Ipep se retrouve fusionné parmi les autres financements publics, le financement Peps est fondu parmi les rémunérations des médecins dans une enveloppe collective.

La mise en œuvre du forfait dans des collectifs de médecins généralistes nécessite de déterminer collectivement un nouveau système de rémunération, différent du paiement à l'acte. Cela amène les médecins à définir collectivement les frontières de leur travail, passant à un mode de rémunération au temps de travail. Les médecins définissent un planning commun, comme détaillé dans le chapitre précédent. Leur rémunération dépend du nombre de jours travaillés dans l'année, strictement égal aux Camélias où les médecins travaillent quatre jours[130] par semaine, plus souple aux Agapanthes où certaines jeunes médecins font le choix de trois jours de travail par semaine. En plus de ces journées de travail, les horaires de permanence des soins (samedi, soirée), obligatoires en MSP contractualisées, sont réparties entre les professionnels.

[130] Ces journées de travail sont assez longues — de 9 h à 19 h minimum.

Ce partage des rémunérations brouille les frontières entre statut libéral et salarié : les médecins utilisent le forfait (ou avant, le partage d'honoraires) pour contrer certains inconvénients de l'exercice libéral. Leurs rémunérations sont lissées sur l'année, permettant aux médecins généralistes d'avoir des « congés payés[131] », en échange d'un engagement de présence sur les temps de travail décidés collectivement.

> « Ça marche bien parce qu'il n'y a personne dans le groupe qui travaille, un coup, jusqu'à 22 heures, un coup, qui part en vacances comme ça… Ça demande une certaine rigueur dans le temps de présence. Donc, on a refait un règlement intérieur qui cadre tout ça, avec notre temps d'absence, etc. pour que ce soit bien équilibré. Et voilà ! Si l'on est absent, on rattrape ou, en tous cas, on a un nombre de congés payés qui est pour tout le monde pareil et des congés formation… On a recréé une espèce de modèle propre à nous » (Entretien, Marion B., médecin généraliste libérale, MSP des Agapanthes, 11/21).

Aux Agapanthes, leur accord collectif prévoit également une prise en charge des jours de carences en cas d'arrêt maladie.

La répartition des rémunérations permet également de lisser des écarts liés à l'entrée récente dans la profession. Ainsi, les jeunes médecins s'installant bénéficient d'une rémunération fixe, permettant une sécurité de revenu le temps de constituer leur patientèle. Le forfait permet ainsi des conditions de travail quasi salariales, gommant également les différences de rémunération liées à l'ancienneté et à la création de la patientèle. Les médecins généralistes restent pourtant libéraux, conservant ainsi un statut socialement valorisant (Bessy, 2010) et un niveau de rémunération équivalent.

> « Le partage d'honoraires à cinq [c'est] très facile. Très sécurisant parce qu'on sait que quand on voit un peu moins de patients (…), c'est compensé par les autres qui voient un petit peu plus. Il n'y avait pas trop de fluctuation des revenus » (Entretien, Clément L., médecin généraliste libéral, MSP des Camélias, 02/22).

La collectivisation des rémunérations permet ainsi aux médecins libéraux de résoudre les incertitudes liées à l'exercice libéral, et d'accéder à un statut « quasi salarial ». Il est alors intéressant de constater la porosité entre les statuts libéraux et salariés, déjà soulignée dans le

[131] Ce sont des congés payés par le collectif, sans système de cotisation sociale.

cas des avocats (Bessy, 2010) ou autour du développement du statut de travailleur indépendant (Abdelnour, 2017 ; Bernard, 2020b). Les médecins aux Agapanthes et aux Camélias restent attachés à leur statut libéral.

> « Je ne me sens pas salariée, la grosse différence avec le salariat c'est qu'il y a un patron (…). C'est vraiment une valeur forte d'être… d'être nos propres décideurs, d'esprit libéral, mais dans le sens libre du terme, d'être indépendant, quoi, c'est ça ! » (Entretien, Sophie W., médecin généraliste libérale, MSP des Camélias, 02/22).

La collectivisation des rémunérations leur permet ainsi de conserver leur indépendance, valorisée dans leur profession et à l'échelle sociale, tout en bénéficiant d'une réduction de l'incertitude liée à la fluctuation de leur rémunération.

2.2. Une évaluation différenciée des pratiques professionnelles

La définition de la valeur du temps de travail est différenciée selon les MSP : égalitaire à la MSP des Camélias, pondérée selon la productivité aux Agapanthes. Aux Camélias, les médecins ont une rémunération strictement égale, lissant des écarts liés aux pratiques professionnelles, dans un collectif où celles-ci ne sont pas conformes aux normes de genre. Ainsi, deux médecins hommes plus expérimentés ont des pratiques de consultation longue (30 à 40 minutes). Rémunérés individuellement à l'acte, ils auraient été moins bien payés du fait de ces pratiques moins productives. La mise en commun des rémunérations, puis le passage au forfait, revalorisent leurs pratiques.

> « Chaque année, on discutait, moi, je faisais quand même finalement moins d'actes que Sophie, parce que j'ai un travail qui est un peu plus lent qu'elle et Sophie disait : "Non, mais moi, je vois bien qu'en fait, tu compenses sur d'autres trucs !" (...). Elle disait : "Mais voilà ! Moi, je vois bien que tu vois peut-être moins de gens, mais tu passes plus de temps en consultation, sur certains cas, que moi, je ne pourrais pas gérer" » (Entretien, Éric H., médecin généraliste libéral, MSP des Camélias, 02/22).

Ces deux médecins hommes prennent notamment en charge une patientèle jugée complexe et donnent de la valeur à leurs savoirs techniques et relationnels. Comme dans le cas de la répartition de l'argent entre professionnels libéraux, une logique de division du travail de soin est avancée, justifiant une rémunération égale malgré les différentes pratiques.

Ce raisonnement contraste avec celui mis en œuvre aux Agapanthes. Certaines médecins du collectif, en particulier des jeunes femmes récemment installées, appréhendaient une perte de rémunération en passant au forfait, en 2021. L'équipe se met alors d'accord pour partager cet argent de manière que chacun et chacune conserve la même rémunération qu'au paiement à l'acte. Les tutelles nationales mettent à disposition de chaque équipe des fichiers contenant des données sur les pratiques des médecins : patientèle affiliée aux médecins traitants, nombre d'actes réalisés, etc. À partir de ce fichier, Gregory D., qui s'occupe de la gestion de la MSP, établit une clé de répartition. Celle-ci prend en compte le temps passé à la MSP, mais aussi le nombre d'actes réalisés par les médecins généralistes, sur la base de données de l'année 2019.

> « J'ai fait un tableur Excel et puis on a fait un système (…) avec une base qui était qu'on doit gagner autant qu'en 2019, puisque c'est notre année de référence. J'ai fait une espèce de tableur qui répartit le forfait en fonction d'une notion de productivité au sens large du terme » (Entretien, Gregory D., médecin généraliste libéral, MSP des Agapanthes, 11/21).

Cette clé de répartition établit des revenus qui prennent en compte le nombre de jours travaillés, et qui diffèrent selon la productivité à l'acte des médecins[132]. La répartition au forfait maintient les écarts existants à l'acte, ici marqués par le genre. Dans ce collectif comportant en 2021 cinq médecins (deux hommes et trois femmes), les hommes ont une rémunération annuelle brute autour de 100 000 euros, les femmes s'échelonnant entre 60 000 et 80 000 euros. Seule une des médecins travaille à ce moment-là trois jours par semaine, les quatre autres médecins ayant un temps de travail équivalent. Ce partage des rémunérations continue de dévaloriser des pratiques de consultations plus longues dans une MSP où la division du travail médical est genrée : les deux hommes assurent davantage la permanence des soins (et donc des actes courts et plus rémunérateurs), là où les femmes réalisent des consultations longues, pour une patientèle considérée comme complexe, mais également pour des consultations gynécologiques et pédiatriques[133]. Contrairement à la MSP des Camélias, la pratique de consultations longues n'est pas analysée sous le prisme de la technique, mais sous celui de préférences personnelles, qui n'apportent rien au collectif.

[132] Dans le cadre de l'expérimentation, les médecins doivent continuer de comptabiliser le nombre d'actes produits. Gregory s'appuie sur ces documents pour établir une forme de pondération à la productivité, dont l'influence réelle sur la rémunération est restée floue dans l'enquête.

[133] Les deux hommes sont également maîtres de stage d'internes en Stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée (SASPAS), cas dans lequel l'interne, rémunéré par la faculté, réalise des consultations en autonomie qui sont facturées au maître de stage.

> « Moi, ce que j'aimerais, aujourd'hui, dans le cabinet, c'est que l'on gagne tous pareil. Mais, je suis un peu utopiste (…) ! Aujourd'hui, je pense que l'on n'est pas prêt à gagner tous le même salaire et qu'il y ait des gens qui voient plus de patients. Ils se sentiraient… Voilà ! Et moi, je me sentirais peut-être aussi mal à l'aise par rapport à eux (…). Pour gagner pareil, il faut faire exactement pareil (…). C'est moi qui travaille le moins… Enfin, qui voit le moins de patients par jour, parce que je ne travaille pas moins (*Rires*) » (Entretien, Valérie M., médecin généraliste libérale, MSP des Agapanthes, 11/21).

Ces pratiques apparaissent, y compris pour les médecins concernées, comme une charge qu'elles feraient peser sur le collectif si la rémunération était égalitaire : la logique de répartition des rémunérations est alors marchande (Nouguez et Benoît, 2017), prenant comme référence le paiement à l'acte pour estimer la valeur du travail réalisé, alors que le temps de travail est le même. De plus, ces femmes médecins revendiquent un rapport différencié à leur pratique, où elles font passer les besoins de leur patientèle, mais aussi leurs habitudes de travail avant leurs intérêts financiers (Baudelot et Serre, 2006 ; Lapeyre, 2003), mais n'attendent pas du collectif de supporter ces choix.

Ces disparités de rémunération sont ainsi peu questionnées au sein des Agapanthes, entre autres parce qu'à part Gregory D. qui s'occupe de la gestion, les autres médecins n'ont pas ou peu conscience de ces écarts.

> *« Enquêtrice : Donc une demi-journée de Pauline, ça vaut le même prix qu'une demi-journée de Gregory ?*
>
> Je n'en sais rien. C'est ça que je ne sais pas du tout » (Entretien, Pauline C., médecin généraliste libérale, MSP des Agapanthes, 12/22).

Le mode de calcul reste par ailleurs obscur pour l'ensemble du collectif, Valérie M. parlant d'une « espèce de bazar qui a l'air de convenir » (médecin généraliste, Agapanthes, 11/21). L'enquête n'a ainsi pas permis d'éclaircir avec précision les modalités de calcul de la répartition des rémunérations.

Aux Agapanthes, le partage des rémunérations montre que les pratiques professionnelles sont collectivement discutées, mais que leurs dimensions genrées sont invisibilisées au sein des collectifs, rendant tabou les inégalités de rémunération qui en découlent. Ces inégalités de genre

sont invisibilisées – alors que les hiérarchies professionnelles sont plus largement questionnées – dans un contexte où les médecins se considèrent égaux.

2.3. Une impossible égalité dans la rémunération du travail de soin entre groupes professionnels libéraux ?

La mise en place du forfait est également l'objet de discussions interprofessionnelles, entre médecins généralistes et infirmières libérales. En effet, en 2018, le forfait Peps est conçu comme un forfait pluriprofessionnel, incluant les infirmières, avant d'être restreint à partir de 2021 aux seuls médecins[134], tel qu'il est mis en place aux Agapanthes et aux Camélias. Ce forfait aurait dû remplacer le paiement à l'acte à la fois pour les médecins et pour les infirmières libérales. En prévision de cette transformation, les professionnels cherchent à estimer la valeur du travail de chaque profession pour des tâches qui concernent leur cœur de métier, dans le but de déléguer certaines tâches médicales aux infirmières libérales. Cette perspective suscite des discussions : faut-il continuer de valoriser le travail des infirmières libérales à égalité avec celui des médecins, comme dans les temps collectifs, ou réintroduire des hiérarchies liées aux différences de diplômes et de responsabilité entre professions ? Une même tâche a-t-elle la même valeur selon qu'un médecin ou une infirmière la réalise ? Cette sous-partie s'appuie sur un entretien et une observation de session de conseil, réalisés autour de la MSP de Grézilhac qui a quitté l'expérimentation Peps fin 2020.

Dans la MSP de Grézilhac, dont Catherine M., infirmière libérale, est la présidente, le principe d'une rémunération égalitaire pour les temps collectifs est acté lors de la création de la MSP.

> « C'est vraiment dans les statuts fondateurs, c'est-à-dire qu'on a voté, dès qu'on a démarré, que le temps d'un médecin valait autant que le temps d'une infirmière puisqu'on n'était pas du tout dans un temps professionnel, mais bien dans un temps interprofessionnel et que la parole d'un kiné ou la parole d'une infirmière a autant de valeurs que la parole d'un médecin. Donc, si ça vaut la même chose, ça vaut la même chose aussi en argent » (Entretien, Catherine M., infirmière libérale, MSP de Grézilhac, 12/20).

[134] Ce forfait pluriprofessionnel n'a factuellement jamais été mis en place. Ici sont analysés les débats que la perspective de sa mise en place a suscités dans des collectifs qui se sont ensuite retirés de l'expérimentation.

Le collectif s'engage dans l'expérimentation pour les patients et patientes âgées, qui représentent environ 600 personnes pour trois médecins[135]. En février 2020, j'observe une session de conseil au ministère de la Santé avec Catherine M. Cette dernière leur demande conseil à propos de l'allocation du forfait dans la MSP.

> Catherine M. explique aux membres de l'équipe nationale que les médecins ont « freiné » la mise en place du forfait, et qu'elle sait pourquoi : c'est lié au partage des rémunérations. Elle détaille « Nous, la philosophie de la MSP, c'est qu'on partage les actes sur le nombre de participants à parts égales. Mais pour la mise en place de Peps, sur du libéral c'est beaucoup plus compliqué. » La chargée de mission rétorque qu'il existe des MSP en partage d'honoraires, Catherine M. ironise : « entre médecins, je l'entends bien, c'est facile, les loups ne se mangent pas entre eux, mais là on a une autre catégorie [les infirmières] derrière ! » (Observation, session de conseil, MSP de Grézilhac, 10/21)

Les infirmières souhaiteraient étendre une rémunération égalitaire au travail qui dépasse le cadre des temps collectifs. Elles prendraient alors en charge des actes cliniques auparavant effectués par les médecins, pour une rémunération égale puisqu'elles réalisent le même travail. Touchant au cœur de métier des médecins, ces derniers refusent ce principe, laissant de côté le principe égalitaire. Mettant en tension à la fois la répartition du travail de soin, mais également celles des rémunérations, le forfait Peps menace le collectif.

> « C'était une expérimentation (…) ça nous plaît, on reste et on va plus loin et si ça ne nous plaît pas ou, en tous cas, on voit des difficultés et pas plus d'avantages, dans ce cas-là, on retire nos billes parce qu'il ne fallait pas non plus fragiliser le groupe » (Entretien, Catherine M., infirmière libérale, MSP de Grézilhac, 12/20).

Cette difficulté à se répartir l'argent n'est pas marginale, comme souligné dans le chapitre précédent. Quitter Peps apparait alors la seule solution pour conserver le collectif de travail, devant l'impossibilité de trouver un compromis dans la répartition des rémunérations. Dans les MSP des Camélias et des Agapanthes, qui ont poursuivi l'expérimentation, les médecins

[135] Pour donner un ordre de grandeur, la moyenne nationale en 2017 du nombre de patients et patientes affiliées médecin traitant par médecin généraliste était d'environ 800 (Drees). Ces patientes et patients représentent donc un peu moins d'un tiers de la rémunération des médecins généralistes concernés.

généralistes s'associent à des infirmières salariées, embauchées par l'association Asalée ou par la MSP elle-même, déplaçant la question de leur rémunération.

3. Hors du temps pluriprofessionnel, le retour de la valeur marchande

Les financements complémentaires au paiement à l'acte comme Ipep ou les accords conventionnels des MSP permettent également de rémunérer des tâches qui ne sont pas réalisées collectivement, tels que le travail organisationnel ou les services développés pour les patients au sein des MSP[136]. Ces tâches apparaissent centrales pour le fonctionnement de la MSP et la mise en œuvre des projets de santé collectifs. Pour autant, réalisées en dehors des temps pluriprofessionnels, les rémunérations des professionnels qui s'y consacrent sont soumises à d'autres processus d'évaluation, qui conduisent à peu valoriser ces tâches. Cette sous-partie questionne les limites de l'organisation égalitaire des MSP. Le travail pluriprofessionnel et les transformations mises en œuvre dans les MSP, qui répondent à l'injonction des pouvoirs publics à mieux se coordonner, reposent tout d'abord part sur l'engagement de ceux qui réalisent le travail organisationnel (1). D'autre part, le salariat en MSP forme un contrepoint intéressant aux processus d'évaluation des rémunérations concernant les professionnels libéraux. Le contenu du travail salarié est plus souple et plus flou, non défini par un ensemble précis de tâches dont découle la rémunération. Le cas de deux groupes professionnels fortement féminisés et présents dans l'ensemble des MSP enquêtées, les infirmières salariées en soins primaires (2) et les secrétaires médicales (3), éclaire des dynamiques de hiérarchies professionnelles entremêlées à des rapports de genre. Leur comparaison met en regard des professionnelles de santé jusqu'à présent rarement salariées, les infirmières, à des professionnelles dominées dans les hiérarchies professionnelles, traditionnellement employées par les médecins, les secrétaires.

3.1. Le travail organisationnel entre engagement et faible valorisation

Anne Moyal qualifie de « travail organisationnel » les tâches effectuées par certains professionnels découlant de l'installation en MSP (2022). Elle détaille trois dimensions relatives à ce travail organisationnel : la mise en place de relations avec des partenaires, notamment administratifs, dont fait partie l'activité d'intermédiation, l'enrôlement des autres

[136] Évoqués dans le chapitre 5, ces services sont par exemple la mise en place d'un programme d'accompagnement de patients jugés vulnérables aux Sureaux, ou le recrutement d'une infirmière pour coordonner les parcours aux Agapanthes.

professionnels libéraux dans le projet de la MSP, et enfin un travail gestionnaire, comprenant la comptabilité de la MSP, la gestion des ressources humaines, l'organisation de réunions ou la gestion de projets pluriprofessionnels (Moyal, 2022). Anne Moyal souligne que ce travail est divisé entre « médecins entrepreneurs », coordinatrices salariées et professionnelles paramédicales (2022). Les tâches qui le constituent sont peu valorisées, pour autant elles s'inscrivent dans un « bon rôle » (1). Les professionnels des MSP rétribuent cependant peu ce « bon rôle », dont la réalisation repose en partie sur un engagement altruiste pour le collectif, qui limite les demandes de valorisation économique de ces tâches (2).

La division du travail organisationnel

Les différentes tâches qui composent le travail organisationnel n'ont pas la même valeur symbolique. Les dimensions d'orientation stratégique de l'organisation locale et de relation avec les partenaires sont valorisées, les tâches gestionnaires le sont moins. Les répartitions du travail d'organisation entre groupes professionnels suivent une division par délégation, les tâches les moins valorisées étant confiées aux groupes professionnels les moins prestigieux.

Aux Agapanthes, le travail d'organisation est pris en charge principalement par Gregory D., médecin généraliste libéral, et Annabelle G., infirmière salariée de la MSP. Gregory s'investit particulièrement sur le versant gestionnaire, réalisant la recherche de financement, l'organisation de réunions ou encore la comptabilité interne des médecins.

> « Je déteste tout ce qui est paperasse (…). On a un pilier dans le cabinet qui est Gregory D., et qui, donc, s'occupe de toute la paperasserie et, du coup, ça n'a pas été compliqué pour moi de m'installer parce qu'il m'a vachement aidé, soutenu pour tout ce qui est du côté administratif, ce qui ne m'intéresse pas du tout, à titre perso. Moi, je ne suis intéressée que par les patients qui entrent dans mon cabinet » (Entretien, Valérie M., médecin généraliste libérale, MSP des Agapanthes, 11/21).

Bien que considéré comme peu intéressant, ce travail ne peut être qualifié sociologiquement de « sale boulot » : en effet, le « sale boulot » tel que défini par Everett Hughes se rapporte à des tâches « impurs » ou « salissantes » moralement ou physiquement (Hughes, 1951), adjectifs qui ne définissent pas le travail organisationnel dans son ensemble.

Annabelle G. s'investit également progressivement dans le travail organisationnel depuis son embauche dans la MSP en 2020. Elle s'implique notamment dans la gestion des ressources humaines et dans les relations avec les partenaires extérieurs. La division de ces tâches pourrait

être analysée sous le prisme du genre — Gregory prenant en charge des dimensions techniques, là où Annabelle assume du travail relationnel. Cette analyse peut cependant être nuancée, car Annabelle accède également à une partie des tâches plus valorisées, celles des relations avec les partenaires extérieurs, qui permet de développer des ressources sociales. Enfin, une partie du travail de comptabilité est réalisé par une des secrétaires salariées de la MSP, Laëtitia C.

Les autres médecins, toutes des femmes, ne s'investissent pas dans ce travail organisationnel. Elles réalisent pour autant un travail plus proche du travail domestique (Avril, 2019) au sein de la MSP.

> « Moi, je ne gère rien. (*Rires*) Si ! Ils m'ont mis à la gestion… Ici, on m'a mis à l'épicerie du haut et gestion de linge sale, de serviettes… » (Entretien, Valérie M., médecin généraliste libérale, MSP des Agapanthes, 11/21).

> « Moi, c'était vraiment plus sur les travaux, enfin que des trucs un peu sur l'écologie. Moi, je suis la team écolo (…). Donc on a mis un compost en bas, donc on essaie de composter notre papier. On a mis les petits pots à compost ici pour… On a fait le bar à thé, on a changé les filtres à café » (Entretien, Pauline C., médecin généraliste libérale, MSP des Agapanthes, 12/21).

Ce travail apparait d'autant plus invisibilisé qu'il se rapporte à des tâches typiquement féminines. Il est cependant intéressant de souligner qu'il est réalisé par des médecins, là où d'autres travaux observent sa délégation à des professions subalternes, telles que les secrétaires à l'hôpital (Avril, 2019). Cela montre d'une part que les réflexions sur l'égalité professionnelle conduisent à des effets concrets dans l'attribution des tâches. D'autre part, cela confirme le maintien de rôles genrés entre les médecins et plus généralement dans les MSP.

Aux Camélias, le travail d'organisation est réparti entre le conseil de gérance, une coordinatrice salariée, et certains médecins, notamment en ce qui concerne l'expérimentation Peps. La coordinatrice salariée, Sonia A., réalise une grande partie du travail organisationnel, dans ses dimensions de mise en relation, de management d'équipe et de gestion de projet. Le conseil de gérance réalise également une partie de la gestion. Cependant, au-delà de cette organisation formelle du travail organisationnel de la MSP, Sophie W., médecin généraliste et fondatrice de la MSP, s'investit particulièrement dans la recherche des financements et s'implique dans l'organisation territoriale des soins au travers d'une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS).

Au sein du collectif plus restreint des médecins, Christophe J. est reconnu comme « le spécialiste des rémunérations » (Éric H., médecin généraliste, Camélias, 02/22). Il s'occupe de la comptabilité et de la répartition des rémunérations collectives.

> « Sur les questions de gestion financière, de vérifier les comptes en banque, de faire les comptes, de se rendre compte que : "Ah oups ! Il manque 30 000 € !" En gros, si je ne le fais pas, je ne suis pas sûr que les autres, forcément, le fassent (…). Je suis juste plus à l'aise avec les histoires de paperasse et de gestion financière » (Entretien, Christophe J., médecin généraliste libéral, MSP des Camélias, 09/21).

Une fois de plus, le cas des Camélias est intéressant du point de vue du genre : les tâches les plus valorisées (orientation stratégique, relations extérieures) sont prises en charge par une femme médecin, là où ce rôle échoue à un médecin homme dans la plupart des MSP (Moyal, 2022). Les ordres locaux peuvent ainsi contribuer à repenser ces inégalités localement.

Aux Sureaux, une partie du travail organisationnel est également réalisé par les salariés, dont le nombre s'accroît continuellement durant l'enquête. Ainsi, lors des premiers entretiens réalisés en 2019, la MSP employait trois salariés pour deux équivalents temps pleins, récemment recrutés, en plus des secrétaires médicales. Bénéficiant de plusieurs financements publics, la structure salarie en 2023 treize personnes, pour dix équivalents temps pleins. Parmi elles, trois personnes sont dédiées à temps plein à la coordination et réalisent une large partie de ce travail organisationnel. Celui-ci est cependant également pris en charge par les membres du conseil de gérance, et particulièrement par Guillaume B., kinésithérapeute et président de la MSP depuis 2019. En 2019, il exerçait comme kinésithérapeute libéral deux à trois jours par semaine et réalisait du travail d'organisation le reste de la semaine. Cependant, avec la croissance des financements publics, du nombre de salariés recrutés et des projets mis en œuvre, ce travail organisationnel ne cesse de croître. Il finit par arrêter son activité clinique à l'automne 2022 pour se consacrer à temps plein au travail organisationnel. Entre lui et l'équipe de coordination salariée, Guillaume B. se positionne davantage sur les dimensions « politiques » et notamment sur la mise en réseau des acteurs locaux, à un moment où la MSP est également porteuse d'une CPTS.

> « Moi j'ai en charge la partie politique, le choix des projets. Vulgairement c'est un peu comme si Romain [le coordinateur] c'était le Premier ministre et moi le Président. Moi je décide un peu ce qui doit se passer, ce qu'il doit faire et derrière

> c'est lui qui se tape tout le sale boulot (rire). Moi j'ai quand même aujourd'hui toute la dimension politique de prise de décisions, de choix de projets auxquels on va répondre ou pas, de représentation auprès des instances publiques » (Entretien, Guillaume B., masseur-kinésithérapeute libéral, MSP des Sureaux, 05/20).

Dans l'ensemble des MSP, le travail organisationnel prend une ampleur variable selon le nombre d'actions de santé publique et de relations sur le territoire engagées. Ce travail est systématiquement réparti entre plusieurs acteurs, à la fois des professionnels de santé libéraux, mais aussi des professionnels salariés, et notamment des coordinateurs.

Les extraits d'entretiens donnent à voir la place ambiguë du travail organisationnel au sein des MSP. Les tâches qu'il regroupe apparaissent globalement peu désirables, bien que peu salissantes (physiquement ou moralement). Guillaume B. parle de « sale boulot », Valérie M. et Christophe J. de « paperasse ». Cependant, ces tâches peu désirables s'inscrivent dans un bon rôle (Hughes, 1951) : Valérie M. dit par exemple que Gregory D. est le « pilier dans le cabinet », Guillaume B. se qualifie de « président » (son titre officiel au sein de la MSP) et désigne le coordinateur principal, Romain M., comme son « premier ministre ». Ce bon rôle renvoie d'une part à la dimension altruiste de ce travail, qui se fait au service du collectif et entraîne une forme de reconnaissance sociale de la part des professionnels libéraux. D'autre part, la valorisation de ce rôle est également associée à une représentation masculine du « *leader* » (pour reprendre le vocable indigène) au sein de la MSP, amenant les professionnels libéraux qui l'endossent à prendre des décisions pour les autres, et à élargir leurs réseaux locaux (Moyal, 2022). La répartition du travail organisationnel en fonction du genre n'a cependant rien de systématique : aux Camélias, la fondatrice de la MSP est une femme (Sophie W.), aux Sureaux, les tâches de coordination sont effectuées par des hommes (Romain M. et Olivier D.). Dans ces deux MSP où les professionnels développent une réflexivité particulière sur les hiérarchies professionnelles, les rôles professionnels apparaissent également moins genrés.

Un travail organisationnel peu rémunérateur

Ce travail organisationnel est rémunéré de manière différenciée selon les MSP, et selon les statuts des acteurs. Du côté des libéraux, certaines tâches sont rémunérées à la même hauteur que les réunions pluriprofessionnelles, et d'autres ne le sont pas du tout. Aux Agapanthes, les médecins sont rémunérés par le collectif pour leur temps de travail au sein de la MSP dans le cadre du forfait Peps, ces tâches s'inscrivent dans leur planning de travail. Aux Camélias et aux

Sureaux, les professionnels libéraux qui participent aux conseils de gérance reçoivent une rémunération identique à la participation aux autres types de rémunérations pluriprofessionnelles.

> « On a choisi de rémunérer les gestionnaires de la société interprofessionnelle de soins ambulatoires à la hauteur d'une réunion par semaine, donc, au même titre que les réunions de coordination s'il reste des sous à la fin, on sera rémunéré tout à fait symboliquement (…). Je trouve, philosophiquement parlant (…), important que ce soit rémunéré, même si c'est très symbolique. C'est du boulot et tout travail doit être rémunéré. Pour que l'on considère que c'est un travail et que l'on s'y implique autant que dans notre travail de soignants (…). Après, le montant des sous, je trouverais absurde que la rémunération des gestionnaires de la société passe avant les projets de la maison de santé. Évidemment, c'est ce qu'il reste s'il reste des trucs. Et le but du jeu, c'est de faire des projets pour les patients. Cet argent, il est là pour bénéficier aux patients » (Entretien, Audrey T., médecin généraliste libérale, MSP des Camélias, 02/22).

La valorisation de ce travail est « importante », perçue comme une forme de reconnaissance collective, mais elle n'est pas priorisée par les professionnels de la MSP. Ainsi le montant de ces rémunérations est déterminé « avec ce qu'il reste », après avoir payé les autres dépenses de la MSP. Aux Camélias, une partie des financements de l'accord conventionnel interprofessionnel est utilisée pour prendre en charge des consultations de psychologie aux patients qui en auraient besoin, mais ne pourraient le financer eux-mêmes. Dans une logique de désintéressement, la rémunération des réunions de gestion est considérée comme moins importante que ces subventions. On retrouve alors dans la réalisation du travail organisationnel des ressorts similaires au travail associatif. Le travail est vu comme le prolongement d'un engagement personnel, dont l'objet est source de motivation et compense d'autres désavantages (notamment, une rémunération moins élevée de ce travail) (Hély, 2008). D'ailleurs, d'autres tâches, comme la mise en réseau d'acteur, ne sont parfois pas du tout rémunérées par le collectif. C'est le cas du travail réalisé par Sophie W., qui constitue une CPTS sur le territoire et met en place des projets de santé publique, comme un atelier thérapeutique pour les patients atteints d'insuffisance cardiaque.

> « J'ai beaucoup de bénévolat. Notamment (…) dans la CPTS, pour l'instant, tout est bénévole » (Entretien, Sophie W., médecin généraliste libérale, MSP des Camélias, 02/22).

La non-rémunération de ce travail est liée à plusieurs éléments. D'une part, il est plus difficile à quantifier que des réunions de gestion hebdomadaire. Appeler au téléphone des partenaires, envoyer des mails, réaliser des dossiers de financement, organiser et réaliser des réunions avec ces mêmes partenaires sont autant de tâches fragmentées, dont il est difficile d'estimer le temps qu'elles prennent. D'autre part, le caractère collectif de ce travail est également moins évident. Ainsi, réaliser la comptabilité de la MSP se fait au service des autres professionnels, c'est un travail qu'il faut effectuer. Monter une CPTS sur le territoire est moins directement un travail qui implique l'ensemble des professionnels de la MSP, puisqu'il dépasse ses frontières.

Pour nuancer le parallèle avec le travail associatif (Hély, 2008), il faut cependant souligner que ce travail organisationnel se fait en marge de leur exercice clinique pour la plupart des professionnels libéraux. Il s'agit finalement de deux à trois heures par semaine qui seront peu ou non rémunérées, et qui impactent peu leur rémunération globale professionnelle. Ce n'est cependant pas le cas lorsque les MSP développent de nombreux projets de santé publique, comme aux Sureaux. Aux Sureaux, Guillaume B. consacre un temps de plus en plus important au travail organisationnel. Comme Audrey T. aux Camélias, il est rémunéré à la même hauteur que pour des réunions de coordination, soit 40 euros brut de l'heure, versés en rétrocession d'honoraires[137]. Séparant son activité dans le temps, ses heures de travail sont facilement quantifiables : il consacre certaines de ses journées au travail clinique, d'autres au travail organisationnel.

> « Aujourd'hui, les honoraires ont été calculés ou en tous cas sur une estimation du temps que j'y passe, sur la même base que toutes les participations des professionnels de santé à la maison de santé ou à la CPTS, sur une base de 40 euros de l'heure » (Entretien, Guillaume B., masseur-kinésithérapeute libéral, MSP des Sureaux, 01/23).

Cependant, cette rémunération est inférieure à celle qu'il touche lors de son exercice clinique en tant que kinésithérapeute libéral. Comme Audrey T. ou Sophie W., il explique n'être, dans un premier temps, pas dérangé de cette faible rémunération puisque réalisant ce travail de manière désintéressée.

[137] Les rétrocessions d'honoraires permettent le plus souvent de rémunérer les professionnels libéraux remplaçants : le praticien qu'ils ont remplacé leur rétrocède les honoraires des actes effectués. Dans les MSP, les professionnels libéraux sont rémunérés pour leur participation à l'activité collective avec ce même système libéral.

> « Quand j'ai commencé à m'investir dans la maison de santé, pendant deux ans, je n'ai fait que réduire mes honoraires, effectivement. Parce que j'ai eu beaucoup de mal à… parce que, au début, il y a cette culpabilité de réclamer de l'argent pour s'investir dans un projet qui est presque associatif, pour le bien commun et tout cela. Et donc d'accepter que ce temps-là ne doit pas être bénévole et que ce n'est pas comme quand tu t'investis dans une association bénévole pour le bien commun » (Entretien, Guillaume B., masseur-kinésithérapeute libéral, MSP des Sureaux, 01/23).

Cependant, lorsque celui-ci gagne en importance, il demande une revalorisation de sa rémunération par le collectif.

> « Au bout de deux ans, quand je me suis rendu compte qu'en fait, là, je ne gagnais plus ma vie, c'est là que j'ai commencé à discuter avec mes collègues en disant (…)… Quand j'ai arrêté mon activité clinique, au mois de novembre, j'ai posé la question à mes collègues du pôle en disant qu'en gros, pour moi, c'était 1 200 euros de rentrée d'argent en moins par moi, 300 euros par jour, mais quatre jours par mois où je travaillais au cabinet. Et du coup, je leur ai dit : "Ben en fait, si le pôle compense avec 1 000 euros par mois, en fait, moi, je trouverai mon équilibre" » (Entretien, Guillaume B., masseur-kinésithérapeute libéral, MSP des Sureaux, 01/23).

La revalorisation de sa rémunération passe par une comparaison avec sa valeur marchande en tant que kinésithérapeute, et est aisément acceptée par le collectif. Elle est également permise par les nombreux financements publics dont bénéficie la MSP, qui permettent de couvrir ce travail organisationnel tout en le générant.

Par ailleurs, pour les coordinatrices, une grille de salaire a été établie par la convention collective nationale du personnel des cabinets médicaux, qui régule également les rémunérations des secrétaires médicales. Cette convention détermine le salaire selon deux critères : le niveau de diplôme de la coordinatrice, et la « complexité » de son travail, ce dernier point étant assez flou. Le salaire minimal brut s'élève ainsi à 2282,48 euros en équivalent temps plein. Parmi les personnes enquêtées, les salaires de coordinateurs et coordinatrices variaient de 2500 à 2650 euros brut en en équivalent temps plein, dépassant ce salaire minimal. Ces rémunérations restent inférieures à la moyenne des personnes ayant un niveau de diplôme supérieur à bac+2 en 2019, qui s'élève à 3101 euros brut mensuels en équivalent temps plein

(Insee, 2019), mais similaires aux rémunérations du secteur de l'économie sociale et solidaire, qui montent à 2 370 euros brut mensuels en équivalent temps plein (Insee, 2012).

Aux Sureaux comme aux Camélias, les coordinateurs et coordinatrices valorisent avant tout leur travail comme étant au service du bien commun, davantage que motivé par la rémunération. Cela peut s'expliquer par leurs trajectoires professionnelles et militantes.

Encadré n° 1 : trois trajectoires de coordinateurs.

Sonia A., 45-50 ans, niveau d'étude baccalauréat, coordinatrice des Camélias.

Après son baccalauréat professionnel, Sonia A. a exercé dans plusieurs secteurs d'activités, de manière discontinue. Embauchée comme secrétaire-accueillante à la MSP des Camélias en 2012, elle valorise les « missions de santé publique » qu'elle y effectue. Elle développe en parallèle un engagement politique local, étant élue d'une commune voisine durant trois ans, adjointe déléguée aux missions sociales. Elle réalise progressivement des tâches de coordination aux Camélias. En 2019, elle suit une formation de coordinatrice de l'École des Hautes études en santé publique (EHESP) (Schweyer, 2022), puis se consacre exclusivement à la coordination. En parallèle, elle fonde une association de permaculture pour soutenir l'agriculture de proximité.

Romain M., 30-35 ans, niveau d'étude master 2, coordinateur des Sureaux.

Romain M. est formé en master 2 en gestion. Après ses études, il travaille quelques années dans une entreprise de formation d'infirmiers libéraux, puis quitte son emploi suite à un problème de santé. Il fonde ensuite bénévolement un supermarché coopératif, tout en vivant de « petits jobs » à côté. Il est recruté aux Sureaux en 2018 pour son « expérience dans le monde associatif », et il se forme par la suite à l'EHESP.

Olivier D., 30-35 ans, niveau d'étude master 2, coordinateur des Sureaux.

Olivier D. a une formation d'ingénieur mécanique. Il travaille d'abord comme ingénieur dans une entreprise de fabrique de prothèses orthopédiques, pendant cinq ans. Il quitte son poste suite au rachat de l'entreprise, n'approuvant pas la dimension lucrative de son travail : « le financier passait en premier ». Impliqué dans l'équipe du candidat écologiste de sa ville en 2020, il est également engagé bénévolement dans une association d'aide alimentaire. Pensant

d'abord à se reconvertir comme kinésithérapeute, il rejoint finalement l'équipe des Sureaux en 2020 comme coordinateur de la CPTS.

Ces trois coordinateurs ont différents niveaux d'études, ainsi que des expériences diverses dans le secteur privé. Ils ont en commun un engagement passé dans le milieu associatif et/ou dans les politiques locales.

Leur travail dans les MSP s'inscrit dans la continuité de ces engagements, davantage que dans la continuité de leur parcours professionnel. Ainsi, comme dans le cas des salariés du secteur associatif, leur motivation première n'est pas la rémunération (Hély, 2008).

> « Bon, je ne suis pas venu là pour la rémunération, clairement, par rapport à ce que je gagnais en tant qu'ingénieur et les perspectives d'évolution de salaire que j'avais, etc. si je prenais des responsabilités, des machins, je savais très bien que je n'allais pas dans un milieu où je serais aussi bien payé et je n'y allais pas pour ça » (Entretien, Olivier D., coordinateur salarié, MSP des Sureaux, 11/21).

Les financements publics ne permettent cependant pas toujours de les embaucher à temps plein, et ils travaillent alors à temps partiel contraint. C'est le cas d'Olivier D. au début de son embauche comme coordinateur de la CPTS, avant que celle-ci reçoive des financements propres. C'est également le cas de Sonia A., aux Camélias, qui travaille seulement 20 h par semaine, et envisage de chercher un autre travail pour compléter ce temps partiel.

Dans l'ensemble, le travail d'organisation reste peu valorisé économiquement. Ce constat est lié à des dynamiques de répartition de l'argent au sein des MSP : le travail d'organisation est réalisé par les professionnels les plus engagés dans le collectif et dans les transformations des soins primaires. Ils perçoivent leur travail comme altruiste et n'attendent pas de fortes rémunérations. Outre ces effets de redistribution interne, les financements alloués aux MSP s'avèrent rarement suffisants pour couvrir l'ensemble du travail organisationnel. Alors que les politiques publiques multiplient les injonctions à la coordination, le temps d'organisation n'est que peu pris en compte dans le calcul des financements publics.

Au-delà du travail organisationnel, un nouveau segment professionnel émerge pour prendre en charge le développement des services aux patients : les infirmières de soins primaires salariées.

3.2. Salarier des infirmières sans y mettre de sa poche

Les infirmières en soins primaires sont un segment professionnel en pleine mutation. Traditionnellement, les infirmières en soins primaires ont un travail majoritairement libéral, caractérisé par des tâches de soins réalisées à domicile (Douguet et Vilbrod, 2018 ; Feyfant, 2016). Ces dernières années sont cependant marquées par la croissance de nouveaux modes d'exercice infirmier salarié, dont certains sont formalisés au niveau national, comme les infirmières Asalée ou en pratique avancée. Dans le chapitre précédent, nous avons discuté de la division du travail au sein des MSP. Nous avons ainsi montré que les expérimentations amplifiaient des divisions du travail existantes entre médecins et infirmières salariées, tout en maintenant voire en renforçant les hiérarchies. Est-ce que les financements complémentaires, notamment Ipep et les accords conventionnels des MSP, permettent de valoriser leur travail ?

La rémunération de ces infirmières fait l'objet de peu de discussions collectives. Pour les infirmières employées de l'association Asalée, la relation employeur – employé est complètement externalisée de la MSP, incarnée par une association nationale peu présente dans le quotidien des infirmières : « C'est une hiérarchie un peu compliquée Asalée, quand même (…). On n'a pas vraiment affaire à eux sauf en cas de gros problème » (Véronique F., infirmière Asalée, Camélias, 11/22).

Leur salaire, plus faible que ce qu'elles gagnaient en libéral, est alors défini par des grilles nationales. Les infirmières Asalée sont rémunérées environ 2 000 euros net mensuels, tandis qu'en libéral elles gagnent en moyenne 3 600 euros nets mensuels (Bellamy et Frechou, 2010). Cette perte est cependant acceptée en vertu des avantages octroyés par le salariat, d'une baisse du nombre d'heures de travail par rapport à l'exercice libéral, mais aussi de la comparaison avec les salaires à l'hôpital, où les infirmières ont exercé en début de carrière.

> « Ils prennent quand même l'ancienneté [en compte] donc moi, cela ne fait que quatre ans que je suis dans Asalée, mais je trouve que le salaire est assez correct pour un temps plein. Je trouve que l'on est mieux payé en tant qu'Asalée que j'étais payée, moi, en tant qu'infirmière en soins intensifs ou quoi que ce soit à la clinique. Et, on n'a pas les mêmes responsabilités [que à l'hôpital], quand même ! » (Entretien, Laurence V., infirmière salariée Asalée, MSP des Agapanthes, 12/22).

Au regard des conditions de travail, les infirmières admettent une certaine justesse marchande à ces rémunérations qui sont décidées au niveau national. Aux Camélias, l'infirmière Asalée

réalise depuis le passage au forfait Peps des consultations de suivi pour les enfants. Elle effectue ces nouvelles tâches dans son temps de travail Asalée, sans revalorisation de la part des médecins.

Pour Annabelle G., salariée de la MSP des Agapanthes, son salaire dépend en revanche de l'allocation de financements publics complémentaires, et est également inférieur aux rémunérations en libéral. Son salaire et son temps de travail sont définis avant tout selon les financements publics reçus, n'engageant pas les médecins généralistes dans le financement de ces postes. Bien que son travail contribue à alléger celui des médecins, ces derniers ne se considèrent pas comme ses employeurs. D'ailleurs, Annabelle G. est à la fois associée et salariée de la société qui l'embauche.

> « On est une société avec sept associés (…). Alors moi, c'est un peu foireux parce que je suis employeur des secrétaires et de moi-même. » (Entretien, Annabelle G., infirmière de « parcours » salariée, MSP des Agapanthes, 11/21).

Les infirmières salariées sont ainsi incluses dans l'organisation égalitaire au même titre que les professionnels libéraux. Elles ne sont cependant pas considérées par les professionnels libéraux comme relevant du partage collectif des rémunérations qui participent à matérialiser l'égalité. Les médecins estiment les faibles rémunérations des infirmières comme extérieures à leur volonté, dépendant uniquement des décisions prises au national, permettant d'évincer les débats collectifs. Pourtant, quelques infirmières parviennent à renégocier localement leurs rémunérations.

D'une part, les infirmières valorisent leur travail en dehors du salariat, en conservant un exercice libéral plus lucratif, ou en ayant des activités complémentaires fragmentées. Par exemple, aux Agapanthes, Annabelle G. cumule les activités complémentaires pour compenser sa faible rémunération : elle réalise ponctuellement des audits de contrats locaux de santé pour un cabinet de conseil ; est formatrice pour une école de santé publique ; est « facilitatrice » pour la fédération régionale des MSP ; et est coordinatrice dans deux autres MSP.

D'autre part, ces activités extérieures aux MSP leur permettent de valoriser en interne leur rémunération. Ainsi, en augmentant son temps de travail salarié (de 60 % à 80 %), Annabelle G. négocie une augmentation relative à la perte financière que représente l'abandon de ses activités complémentaires.

> « En plus de tout le travail que je faisais, je bossais pour un cabinet de conseil avant, très occasionnellement, mais financièrement c'était quand même assez lucratif (…). Et donc, je leur ai dit : "Si j'augmente mon temps de travail (…), je vais devoir lâcher des trucs". En fait, à la base, historiquement, on avait mis un salaire pas trop élevé parce que l'on ne savait pas du tout ce qui allait se passer (…). Mais là ça devenait vraiment mon activité principale, et donc ça changeait évidemment mon plan financier avec » (Entretien, Annabelle G., infirmière de « parcours » salariée, MSP des Agapanthes, 12/22).

La négociation de cette augmentation ne se situe pas dans le principe d'égalité entre infirmières et médecins, mais en faisant valoir sa valeur sur le marché du travail. De manière parallèle, Anne M., embauchée comme infirmière Asalée, mais diplômée en pratique avancée, a obtenu une valorisation locale de sa rémunération par les médecins : une rétrocession d'honoraires à hauteur de 1400 euros bruts mensuels afin de valoriser son diplôme[138]. Encore une fois, cette augmentation se fait davantage par une logique de justesse marchande que par une recherche d'égalité.

Par ailleurs, les infirmières de soins primaires salariées offrent un cas contrasté par rapport aux médecins libéraux de Peps en matière de porosité des statuts salariés et libéraux. En effet, les infirmières salariées cumulent les deux statuts, mais dans le cas l'enjeu est avant tout de garantir un certain niveau de rémunération. Le travail indépendant leur permet ainsi de compenser la faible valorisation de leur travail salarié, comme cela a déjà été observé chez les travailleurs indépendants (Abdelnour, 2017).

3.3. Les secrétaires médicales, cas limite de l'égalité

Pourquoi analyser le cas des secrétaires médicales dans cette thèse qui porte sur des expérimentations visant à transformer les pratiques des médecins généralistes ? En effet, les secrétaires médicales ne sont pas visées par les expérimentations, et ne sont pas financées par l'argent collectif. Groupe professionnel peu diplômé, largement féminisé, les secrétaires sont le plus souvent employées collectivement par les médecins généralistes. Les autres professionnels paramédicaux réalisent en majorité eux-mêmes les tâches de secrétariat (Bouchayer, 2010). Les travaux sociologiques sur les soins primaires se sont peu intéressés au groupe professionnel des secrétaires, et Christelle Avril souligne plus généralement le nombre

[138] En 2021, il n'y a pas de système de valorisation des diplômes de pratique avancée pour les infirmières employées par association Asalée.

réduit d'enquête sur ces professionnelles depuis les années 1990 (2019). Christelle Avril montre dans le cas de grandes bureaucraties (universités, hôpitaux) que la place et le rôle des secrétaires a peu évolué depuis les années 1990, leur travail s'inscrivant dans des « rapports domestiques » où leur carrière dépend grandement des relations personnalisées de subordination (2019). Qu'en est-il dans le cas des MSP ? La volonté d'égalité entre groupes professionnels participe-t-elle à atténuer la subordination de ces professionnelles ?

Dans leur démarche de réflexivité, les médecins libéraux questionnent la place des secrétaires médicales, qu'ils et elles identifient comme une limite à l'égalité souhaitée. Aux Camélias, elles sont présentées comme faisant partie de l'équipe soignante et systématiquement conviées aux réunions. Cette revalorisation symbolique transparaît également dans le nom d'« accueillante » attribué à leur poste[139]. Dans d'autres MSP, comme aux Sureaux et aux Agapanthes, elles sont moins incluses dans les dynamiques collectives, mais cela reste sujet à discussion pour les médecins. J'observe une réunion au sein de la MSP des Sureaux, où les médecins débattent de la place des secrétaires dans la MSP en leur absence.

> Alors qu'un kinésithérapeute parle de l'organisation des réunions de concertation pluriprofessionnelles, Aurélie B., médecin généraliste intervient : « Ça fait des années que dans nos réunions il y a un grand absent, c'est les secrétaires médicales. Elles ne sont pas conviées parce que c'est les employées des médecins. C'est une profession de l'équipe de soin qui n'est jamais associée à nos discussions, mais ce sont des gens qui sont centraux dans la plaque tournante autour de quelqu'un [dans la coordination de la patientèle] ». Suite à cette remarque, Alison C., médecin généraliste, proteste : « C'est infaisable ! C'est irréaliste, on ne peut pas laisser le standard sans secrétariat. » Ce à quoi Jacques R., médecin généraliste, répond : « Je pense qu'une secrétaire a sa place ici, ça fait partie de son travail. On a convié Marie [la secrétaire médicale de son cabinet] deux trois fois ici pour qu'elle connaisse, on a considéré que ça faisait partie de son travail, de sa paie » (Observation, réunion à la MSP des Sureaux, 01/23).

Les secrétaires occupent une place ambiguë dans le collectif, où les médecins généralistes essaient de les inclure sans vraiment y parvenir, échouant à considérer les temps collectifs dans

[139] Cette appellation est pour partie une revalorisation symbolique du poste de secrétariat médical, pour partie liée à l'origine belge de certains médecins de cette MSP, ce qualificatif étant courant dans les maisons médicales belges.

les temps de travail de leurs secrétaires, et à les rémunérer pour ces tâches. De plus, les décisions se font le plus souvent entre médecins, en l'absence des concernées.

Pour autant, le travail des secrétaires évolue au sein des MSP. Tout d'abord, elles prennent une part croissante et formalisée au travail administratif et de coordination de la structure. Aux Agapanthes, Christelle R. réalise la comptabilité de la MSP, tâche pour laquelle elle est rémunérée par les financements issus de la contractualisation en MSP, et non pas par les médecins. Aux Camélias, Sonia A. a d'abord été embauchée comme secrétaire avant de prendre la fonction de coordinatrice, comme c'est le cas de nombreuses coordinatrices de MSP (Schweyer, 2022). Dans ces cas, le changement de métier entraîne souvent une revalorisation économique de leur travail. Toujours aux Camélias, Laura B. et Patricia M. participent à faire remonter les données requises pour l'expérimentation Peps, contribuant à la marge à l'activité d'intermédiaire.

Ensuite, les secrétaires sont davantage impliquées dans le travail de soin, se voyant confier des tâches de prévention : faire des rappels de prévention, rédiger des flyers, participer à l'animation d'ateliers de prévention ou informer les patients à l'accueil. Elles apprécient ces tâches qui les extraient d'une posture de service dans la relation à la patientèle. Laura B. a par exemple été formée par les sages-femmes à l'accueil des patientes venues faire une interruption volontaire de grossesse.

> « Au niveau des sages-femmes on a appris plein de choses (…) c'est un super projet. C'est nous qui allons réceptionner l'appel, accompagner la patiente, calculer ses dates de règles, envoyer les prescriptions, fixer les échos (…). Ce travail-là, ça change d'un cabinet lambda où c'est que rendez-vous et voilà » (Entretien, Laura B., secrétaire salariée, MSP des Camélias, 02/22).

Ces évolutions du contenu de leur travail leur apportent des rétributions symboliques, les intégrant au travail de soin. Pour autant, elles s'accompagnent rarement de rétributions financières. Les médecins libéraux apparaissent embarrassés par ces processus d'évaluation des rémunérations salariales. Les salaires sont déterminés à l'aide de conventions nationales ou de grilles diffusées par les syndicats médicaux, et discutés entre médecins employeurs en l'absence des secrétaires. Au sein de la MSP des Sureaux, les médecins ont demandé à leur coordinateur salarié de les aider à constituer un Groupement employeur afin d'employer à l'échelle de la MSP les secrétaires employées jusqu'alors par chaque cabinet. Dans une réunion ils évoquent cette possibilité, le coordinateur demande aux médecins comment les rémunérations des

secrétaires, en formation pour devenir assistantes médicales[140], sont fixées. Son objectif est d'uniformiser leurs rémunérations.

> Le premier médecin, Julien R., explique qu'il paye sa première secrétaire 1950 euros brut, et la seconde 1850 euros brut, car elle a moins d'ancienneté et moins de diplômes. Elles sont en train de se former pour devenir « assistantes médicales » et accroître leur faisceau de tâche. Le coordinateur lui demande s'il compte revaloriser leur salaire après la formation, Julien R. répond « alors j'ai de la chance, parce qu'elles sont riches, de par leur mari, donc elles ne demandent pas beaucoup ». Un second médecin, Sébastien B., paye sa secrétaire 1520 euros net, il explique que pour fixer la rémunération « j'ai fait au hasard ! Elle a dit oui, et voilà ! ». (Observation, réunion à la MSP des Sureaux, 01/23)

Ces médecins maintiennent des représentations de salaires féminins comme revenus d'appoint (Roy, 2019), alliant aux hiérarchies professionnelles des stéréotypes de genre. De plus, ils peinent à considérer le travail des secrétaires comme ayant une valeur propre, à évaluer. Les salaires des secrétaires font partie des charges professionnelles[141] : une augmentation de leur rémunération est une baisse de celle des médecins. Les aides à l'embauche dont bénéficient les médecins dans le cadre du dispositif « assistante médicale » sont utilisées ici pour soulager les employeurs de leurs charges professionnelles (et donc, augmenter la rémunération des médecins), et non pour valoriser les nouvelles tâches réalisées par les secrétaires ou simplement leur formation. Cette invisibilisation des processus de valuation des salaires des secrétaires contraste avec les larges débats sur les rémunérations libérales collectives, d'autant plus que les secrétaires sont exclues des discussions concernant leurs rémunérations. Le travail des secrétaires (et ses évolutions) est alors invisibilisé par leurs employeurs.

Malgré cette absence de concertation, les secrétaires des Camélias et des Agapanthes réclament des revalorisations de leur travail en parallèle de l'accroissement de leur faisceau de tâches. Aux Camélias, elles s'appuient sur un guide national de rémunération des coordinatrices. Elles classent leurs tâches selon plusieurs niveaux de coordination, espérant faire valoir le travail

[140] Créée par arrêté en 2019, la fonction d'« assistant médical » renvoie à un faisceau de tâches juridiquement flou, allant du secrétariat à la participation aux consultations médicales, et a pour but de réduire le temps des consultations médicales. Les médecins peuvent bénéficier d'aide à l'embauche à titre personnel, allant de 10 000 à 36 000 euros et souscrites à des conditions d'augmentation de leur patientèle.

[141] « Les charges des médecins sont composées pour leur plus grande partie des cotisations sociales personnelles, des frais de personnel, des loyers, des travaux, fournitures et services extérieurs, des frais de gestion, des frais de déplacement et des impôts et taxes sur l'activité (TVA, taxe professionnelle, taxes foncières, CSG, CRDS et autres) » (Audric, 2001, p. 2).

qu'elles réalisent au-delà du secrétariat médical. En 2022, lorsque je les revois, elles ont obtenu une augmentation de 3 %, liée à l'inflation et à la révision des conventions nationales davantage qu'à la valorisation locale de leur travail.

> « C'est Sonia [la coordinatrice de la MSP] qui a regardé, en fait on n'était même pas au salaire minimal parce qu'il avait augmenté en juin d'avant, la convention avait changé, mais on ne savait pas (…). Là on a eu l'augmentation inflation. Et on a eu la différence avec le salaire minimal » (Entretien, Laura B., secrétaire salariée, MSP des Camélias, 12/22).

Malgré leurs mobilisations, la valorisation de leur rémunération reste peu questionnée par les médecins. L'observation suivante illustre les dynamiques différenciées qui sous-tendent la valorisation du travail des infirmières salariées et des secrétaires.

> En décembre 2022, je profite d'une semaine d'entretien aux Agapanthes pour leur faire un premier retour sur mon enquête. J'aborde l'accroissement du faisceau de tâches de certaines professionnelles et l'absence de valorisation financière de celui-ci. Quand je parle des infirmières, Gregory, un des médecins généralistes approuve mon constat à voix haute « tout à fait, tout à fait ! ». En revanche, lorsque j'aborde la rémunération des secrétaires, Gregory me répond : « on les a augmentés ! ». Une des infirmières le coupe : « [mon prénom] a enquêté en novembre 2021, il n'y avait pas encore eu l'augmentation ». Gregory rétorque « en novembre 2021, elles étaient déjà BIEN payées. C'est vrai (*en interpellant la secrétaire présente*), Christelle, vous étiez déjà bien payées ! » (Observation, réunion au sein de la MSP des Agapanthes, 12/22).

Les secrétaires ont en fait obtenu en 2022 une augmentation de 3 % liée à l'inflation, comme aux Camélias. Ainsi, alors que les infirmières salariées sont considérées comme pas assez payées, mais dépendant des décisions nationales, les rémunérations des secrétaires, s'intégrant aux charges professionnelles, sont estimées justement rémunérées. Ces représentations s'appuient dans les deux cas sur des logiques de justesse marchande, les valeurs d'égalité n'entrant en jeu que dans la rémunération des professionnels libéraux. Les dynamiques de genre et de hiérarchies sociales qui sous-tendent les rémunérations des salariées sont invisibilisées par le recours de la rhétorique égalitaire, qui rend paradoxalement difficile leur remise en cause par les concernées et leur prise en charge collective.

Conclusion : Face à une égalité marginale débattue, de profondes hiérarchies passées sous silence

Contribuant à la sociologie des rémunérations, ce chapitre a démontré au travers de l'analyse du partage de financement public la coexistence de redistributions égalitaires entre professionnels libéraux et la persistance des hiérarchies professionnelles, des inégalités de genre et de revenus dans les MSP. La première partie du chapitre s'est penché sur la manière dont une rémunération à barème égal permet aux professionnels de santé libéraux d'incarner une égalité des groupes professionnels tant dans le travail pluriprofessionnel de soin que dans l'organisation même des MSP. La seconde partie du chapitre s'est intéressé à la répartition du forfait Peps, qui permet aux médecins d'obtenir des conditions de travail quasi salariales, mais n'efface pas toujours les écarts entre genre relevant de pratiques professionnelles. La troisième partie du chapitre a mis en lumière qu'en dehors des temps pluriprofessionnels, le travail effectué pour le collectif était peu valorisé et les hiérarchies professionnelles et de genre restent pérennes, malgré des évolutions dans la division du travail.

En m'inscrivant dans la perspective développée par Sophie Bernard sur les modes de rémunération comme révélateur analytique de transformations du travail (2020), j'ai démontré l'intérêt de se pencher sur l'usage de financements publics pour analyser les relations entre groupes professionnels en soins primaires. Je reviens en conclusion sur trois apports transversaux à ce chapitre.

Tout d'abord, ce chapitre a documenté les relations professionnelles, en montrant les reconfigurations des hiérarchies au sein des MSP. La répartition de l'argent entre professionnels libéraux incarne une volonté d'égalité entre groupes professionnels, développée au sein des MSP. Bien que marginales, ces rémunérations contribuent à construire le collectif en engageant les différents groupes professionnels dans la coopération, comme observé par Anne-Catherine Wagner dans le cas de coopératives (2020). Cependant, cette volonté d'égalité ne suffit pas à aplanir les hiérarchies professionnelles, qui persistent dans le travail de soin. Une lecture binaire — puisqu'il y a un maintien des hiérarchies, c'est que l'égalité des temps collectifs n'est qu'une façade — me semble rapide. Les MSP apparaissent comme des espaces d'hétérarchies (Stark, 1990), c'est-à-dire des organisations où cohabitent plusieurs systèmes de valeur différents. Dans les temps collectifs interprofessionnels, les rapports hiérarchiques entre groupes professionnels et les rapports de genre sont euphémisés au profit d'un collectif uni. Dans le travail de soin en revanche, des hiérarchies se jouent entre groupes professionnels, qui apparaissent présentes aussi bien entre hommes et femmes qu'entre femmes. De plus, au sein

de la profession médicale, la division du travail médical peut participer à renforcer les inégalités de genre.

Ainsi, alors que d'un côté, les temps collectifs égalitaires sont valorisés par les professionnels libéraux et font objets de nombreux débats, de l'autre, le maintien de fortes hiérarchies y compris dans les rémunérations est passé sous silence. Ce chapitre montre ainsi l'intérêt de questionner le tabou qui entoure parfois l'argent (De Blic et Lazarus, 2007) et contribue ainsi à la littérature socio-économique. Le partage de l'argent est collectivement débattu lorsque certains professionnels opposent à la répartition antérieure des justifications audibles (Boltanski et Esquerre, 2016). Les médecins libéraux argumentent que le travail des autres professionnels vaut autant que le leur dans la prise en charge globale des patients ; certains médecins décident de se répartir égalitairement leur temps de travail en justifiant par la complexité et la complémentarité des approches leurs différences de productivité ; les infirmières salariées s'appuient sur leur valeur marchande en dehors de la MSP pour négocier des augmentations de salaire. Dans l'ensemble de ces situations, les débats aboutissent à des répartitions de l'argent qui vont dans le sens d'une moindre hiérarchie des professions. En revanche, d'autres situations ne sont pas débattues collectivement. Les inégales rémunérations entre hommes et femmes ne sont pas abordées au sein des collectifs de médecins. Si la rémunération des secrétaires est collectivement discutée entre médecins, cela se fait en l'absence de leurs salariées. Le partage de financements collectifs, fortement débattu dans des espaces interprofessionnels marginaux, participe à invisibiliser un maintien local de hiérarchies professionnelles et de genres. L'hétérarchie des maisons de santé permet aux médecins généralistes de légitimer leur position centrale dans l'organisation du travail. L'enquête, menée dans des maisons particulièrement réformatrices et désireuses de développer une égalité professionnelle, a également mis en lumière les limites de ces transformations. De plus, le travail effectué pour préserver le temps médical, répondant aux injonctions des pouvoirs publics, est peu valorisé économiquement et repose sur l'engagement de certains professionnels pour le collectif.

Enfin, le cas des MSP a illustré la porosité entre statut salarié et statut libéral (Abdelnour, 2017 ; Bernard, 2020b ; Bessy, 2010). Avec l'exercice regroupé, les médecins libéraux développent des modes de collectivisation qui leur permet, sans perdre les avantages de leur statut, de lutter contre certaines incertitudes : annualisation de la rémunération, prise en charge collective d'arrêts maladie, mutualisation des risques financiers, etc. Ils jouent alors de la porosité des statuts pour accumuler des avantages – une rémunération élevée liée à l'exercice libéral assortie du confort d'une rémunération stable lié à la collectivisation des rémunérations. De l'autre côté,

le travail infirmier évolue vers davantage de salariat en soins primaires, mais offre des rémunérations limitées. En multipliant les activités en dehors de leur travail salarié, les infirmières salariées en soins primaires illustrent un cas déjà décrit dans la littérature (Abdelnour, 2017), où le travail indépendant permet de compléter le revenu salarial.

Conclusion de la troisième partie : Le prestige renforcé des médecins généralistes libéraux

Cette dernière partie a souligné les nombreux décalages entre les promesses des instruments et leurs appropriations, mais aussi entre les rhétoriques des acteurs et leurs pratiques. À la suite du chapitre 3, le **chapitre 5** a démontré une relative « colonisation » des professionnels de santé par le style de raisonnement économique. Les médecins généralistes reformulent localement les objectifs des instruments, en centrant l'usage des financements autour de la répartition du « temps médical », qui permet aux médecins généralistes de promouvoir des redivisions du travail qui leur sont favorables. Le **chapitre 6** a révélé que la répartition des financements appuie ces redivisions du travail. Des barèmes égalitaires sont mis en place entre professionnels libéraux dans les temps collectifs. Ces formes marginales de redistribution participent à invisibiliser le maintien – voire le renforcement – de hiérarchies professionnelles et d'inégalités de genre.

Tout d'abord, l'analyse de la mise en œuvre locale a souligné que les professionnels de santé mettent fortement à distance les instruments. Cependant, tout en étant dans une posture de « résistance » vis-à-vis de certains des objectifs promus par le national et plus largement des méthodes utilisées, ils mobilisent un style de raisonnement économique dans la réorganisation des soins primaires. D'une part, ils estiment que les modifications des modes de financement et de rémunération entraînent automatiquement des changements organisationnels et de pratiques. D'autre part, les médecins promeuvent une organisation du travail dont l'objectif principal est de gagner du « temps médical », en répartissant de manière plus efficiente les tâches de travail entre différents professionnels de manière à ce que les médecins puissent se concentrer sur les tâches de diagnostic et de prescription. Ces formes de « colonisation » apparaissent cependant peu aliénantes pour les médecins généralistes, rejoignant l'analyse d'une « *soft autonomy* » développée par Charlotta Levay et Caroline Waks dans le cas de la mise en place de procédures de transparence en créant des accréditations de laboratoires médicaux et en développant des registres de qualité (2009). Elles constataient que les professionnels s'impliquent activement pour se rendre auditables, mais que l'accroissement des audits renforçait leurs ressources plus qu'il les menace (Levay et Waks, 2009). Une dimension originale de mon travail est le constat que cette « *soft autonomy* » vaut pour les médecins bien plus que pour les autres groupes professionnels, et notamment les infirmières salariées, qui tendent à perdre de leur autonomie – non pas en lien avec le contrôle à distance, mais comme effet direct d'un raffermissement des hiérarchies professionnelles.

Pour finir, mon travail a mis en lumière un renforcement des hiérarchies professionnelles dans le cadre du développement de l'exercice coordonné, à la suite des travaux d'Anne Moyal (2020). J'ai souligné les reconfigurations que connaissent ces hiérarchies professionnelles, alors qu'une rhétorique égalitaire infuse les structures d'exercice coordonné. Mon travail contribue alors à la sociologie sur les rémunérations (Bernard, 2020a, 2021 ; Wagner, 2020), en analysant le partage des financements publics au sein des maisons de santé. Celui-ci révèle la coexistence d'espaces pluriprofessionnels où les hiérarchies professionnelles sont discutées (mais quantitativement moins nombreux) et d'espaces professionnels où les rémunérations demeurent très inégalitaires entre groupes professionnels, ou entre genre au sein d'une même profession. Dans la division du travail de soin, l'exercice coordonné permet également aux médecins de conserver un contrôle sur les délégations de tâches aux professionnels paramédicaux, notamment aux infirmières salariées.

Avant de conclure cette thèse, je vais revenir au niveau national dans un chapitre d'épilogue afin de saisir les apprentissages (Hall, 1993) et les appropriations que les acteurs administratifs font de ces processus d'expérimentation, alors que leur fin approche

Épilogue. En attendant l'évaluation. Une institutionnalisation des instruments de coordination au-delà des modèles économiques.

Introduction

> Avec mon collègue Vincent Schlegel, nous présentons au sein d'une réunion interne à l'Institut de recherche et de documentation de la santé (Irdes) les résultats intermédiaires de l'évaluation, qui seront publiés par la suite dans un article « Question d'économie de la santé » édité par l'Irdes (Morize et Schlegel, 2023). L'article porte sur les usages des financements Ipep et Peps au sein de cinq Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP). À la suite de la présentation des résultats, un des économistes académiques exprime sa surprise face aux écarts entre les objectifs initiaux présentés dans les cahiers des charges des expérimentations et les appropriations locales des instruments : « Je me dis sur les résultats, bon sang ! Qu'est-ce qu'on conclut d'Ipep et de Peps ? » (Observation, réunion interne à l'Irdes, 01/23).

Au fil de cette thèse, nous avons observé un écart se creuser entre les objectifs portés par les économistes administratifs au moment de la conception des instruments et leur mise en œuvre. Notamment, dans le chapitre 4, nous avons montré les décalages entre les modèles économiques tels que pensés initialement et ceux finalement mis en œuvre : abandon progressif de nouveaux indicateurs de qualité spécifiques aux soins primaires, réajustement du modèle des gains d'efficience (dans Ipep), renoncement à la modélisation pour les infirmières libérales (dans Peps). Dans le chapitre 5, nous avons souligné que les instruments orientent finalement peu les pratiques des professionnels de santé, marquant les limites des incitations économiques à « gouverner à distance », contrairement aux attentes des économistes administratifs. Ces résultats sont connus des acteurs de la communauté d'instruments, soit parce qu'ils font l'objet d'une réflexivité (pour les ajustements des modèles économiques), soit parce que nous les avons présentés à plusieurs reprises lors de restitutions (pour les effets sur les pratiques des professionnels). Ces écarts ne sont pas étonnants au regard de la littérature sociologique sur les instruments, qui souligne l'importance de se pencher sur les « modes d'appropriation contextualisés » : « c'est à tort que l'on interprète souvent ces dynamiques en termes

d'ineffectivité de l'instrument dont l'orientation initiale se verrait ainsi sur ou sous-interprétée. Il s'agit au contraire d'un phénomène de "sociologie normale" (au sens durkheimien du terme) ayant ses régularités » (Lascoumes et Simard, 2011, p. 20).

Les processus expérimentaux se sont déroulés de septembre 2018 à juin 2024. Ce chapitre se concentre sur les derniers mois du processus, entre fin 2022 et mars 2024. Au moment où la fin des expérimentations approche, les différents acteurs de la communauté d'instruments anticipent la poursuite éventuelle des modèles économiques, tout en ajustant ces derniers selon les apprentissages effectués au cours du processus.

Pourtant, formellement, les processus de décision échappent aux économistes administratifs promoteurs d'Ipep et de Peps. D'après les textes légaux qui encadrent l'Article 51[142], les décisions devraient dépendre des évaluations, prévues ici pour avril 2024 et réalisées en même temps que les expérimentations. Les décisions seront ensuite prises par le gouvernement, et notamment par le cabinet du ministère de la Santé, à la suite des avis du Comité technique d'innovation en santé (CTIS) et du Conseil stratégique de l'innovation en santé (CSIS)[143]. Les expérimentations peuvent connaître trois issues[144], qui sont présentées comme découlant des résultats évaluatifs : un arrêt simple, si l'évaluation est négative ; une poursuite par une autre expérimentation, si la première n'est pas estimée suffisante pour faire ses preuves ; et enfin une stabilisation dans le droit commun, en cas d'évaluation positive. La transcription dans le droit commun peut se faire par une inscription dans une loi et/ou par une négociation conventionnelle entre les syndicats représentatifs des professionnels de santé concernés et l'Assurance maladie.

Dans cette perspective, les expérimentations sont présentées comme un moyen de produire des preuves, afin de rationaliser l'action publique (Jatteau, 2013). Dans une lecture fonctionnaliste de l'action publique, les écarts entre objectifs initiaux et résultats pourraient être interprétés comme des « échecs », révélateurs des fragilités tant dans le fonctionnement interne de l'administration que dans sa capacité à « gouverner » les pratiques des professionnels libéraux.

À l'encontre de cette lecture normative, la perspective « néo-institutionnaliste » propose d'interpréter ces appropriations selon les contextes dans lesquels ils sont mis en œuvre

[142] Voir notamment le décret n° 2018-125 du 21 février 2018 relatif au cadre d'expérimentations pour l'innovation dans le système de santé prévu à l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale.
[143] Il s'agit des deux instances mixtes en l'Assurance maladie et le ministère de la Santé chargées des prises de décision sur les expérimentations issues de l'Article 51.
[144] À la suite des expérimentations, le cadre juridique prévoit une période de dix-huit mois pour prendre une décision et la rendre opérationnelle, durée pendant laquelle les organisations de santé peuvent bénéficier d'un maintien des financements si l'évaluation est positive.

(Lascoumes et Le Gales, 2007 ; Lascoumes et Simard, 2011). En m'inscrivant dans cette littérature, je souligne également l'intérêt d'inscrire les appropriations de ces instruments dans le contexte global de réformes des soins primaires présenté en début de thèse (Bezes et Palier, 2018). En effet, cette thèse s'ouvrait sur la question de la mise sur agenda de ces instruments, à la suite d'une série de réformes des soins primaires au moyen d'instruments de coordination. Les modèles économiques Ipep et Peps semblaient annoncer une économisation de ces réformes et le développement d'un gouvernement par la quantification. Plus de cinq ans après, on peut se demander de quelle manière les processus expérimentaux ont contribué à influencer ces réformes ? Permettent-ils de produire des changements institutionnels, au-delà de la communauté d'instruments ?

Avec la fin des expérimentations, une nouvelle séquence d'action publique débute. Elle fait suite aux processus expérimentaux, durant lesquels les acteurs de la communauté d'instruments sont susceptibles d'avoir connu des apprentissages collectifs (Bezes et Palier, 2018 ; Hall, 1993). Comme Nadia Okbani le souligne dans le cas de réformes du revenu de solidarité active, la fin des processus expérimentaux entraîne une nouvelle mise sur agenda des instruments d'action publique qui peuvent alors être recadrés (2014). Je fais l'hypothèse que la fin de cette première phase expérimentale est susceptible de reconfigurer les relations entre les acteurs de la communauté d'instruments.

Dans ce chapitre d'épilogue, je défends la thèse que ces expérimentations tracent autant qu'elles contribuent à une institutionnalisation des instruments de coordination en soins primaires, qui s'inscrivent progressivement dans le programme de l'élite du *Welfare*. L'institutionnalisation peut alors être définie comme un processus par lequel des dimensions cognitives, des procédures ou des croyances deviennent légitimes et permanentes (Colyvas et Jonsson, 2011). Cependant, Jeannette Colyvas et Stefan Jonsson insistent sur la nécessité de distinguer institutionnalisation et diffusion, qui ne sont pas nécessairement liées (2011). En effet, la diffusion se rapporte au degré d'utilisation d'une pratique ou d'un mode d'organisation (Colyvas et Jonsson, 2011). Dans le cas de l'économie dans les réformes de soins primaires, j'observe alors que l'institutionnalisation des instruments de coordination ne s'accompagne pas d'une diffusion des méthodes et savoirs économiques, qui apparaissent spécifiques aux économistes administratifs marginaux sécants et relativement délégitimés par les processus expérimentaux.

Dans un premier temps, il s'agit de revenir sur la place ambiguë de l'évaluation et de l'Irdes dans le processus expérimental : alors que ces chercheurs sont pleinement intégrés à la

communauté d'instruments, ils peinent à accéder aux données pour réaliser les évaluations économiques (1). Ensuite, nous nous pencherons sur les apprentissages résultant des processus expérimentaux au sein de la communauté d'instruments ainsi que sur les évolutions récentes des réformes des soins primaires (2).

1. La place ambiguë des évaluateurs et de leurs savoirs

En promouvant le dispositif de l'Article 51, les membres de l'élite du *Welfare* ont fortement valorisé le développement du recours à l'évaluation, présenté comme indissociable de la démarche expérimentale[145]. Depuis les années 1960, le recours à l'expérimentation a en effet accompagné le développement de l'évaluation des politiques publiques (Barbier, 2010 ; Cairney, 2016). À l'échelle internationale, la démarche expérimentale est promue par des économistes académiques, autour de politiques sociales ou de développement, qui entendent ainsi prioriser les critères économiques dans la conduite de l'action publique (Abdelghafour, 2017 ; Jatteau, 2013 ; Simha, 2015). L'expérimentation est alors présentée comme un moyen de rationaliser l'action publique (Simha, 2015). Cette représentation de l'expérimentation imprègne les différents acteurs de la communauté d'instruments étudiée.

Deux éléments viennent cependant remettre en question cette supposée rationalisation de l'action publique. D'une part, mes observations montrent que, alors que le rapport d'évaluation n'est pas encore publié, les économistes administratifs annoncent déjà aux professionnels de santé leur volonté de poursuivre (dans le droit commun ou sous forme expérimentale) la mise en œuvre des instruments, en l'absence de preuve de leur supposée efficacité. D'autre part, la littérature sur l'évaluation des politiques publiques relativise la place des preuves scientifiques dans la prise de décision en politiques publiques. En effet, les résultats d'évaluation sont souvent sujets à des usages et à des « mésusages », conduisant à une instrumentalisation pour servir des intérêts stratégiques (Delahais et al., 2021). En somme, les résultats de l'évaluation ne sont qu'une source d'information parmi d'autres, qui ne suffisent pas à eux seuls à déterminer la conduite des politiques (Weiss, 1988). En m'inscrivant dans cette littérature, je propose ici d'analyser les représentations qui entourent l'évaluation menée par l'Irdes dans le cadre des expérimentations Ipep et Peps, avec un point de vue interne de chercheuse et d'évaluatrice. Je m'intéresse plus particulièrement à la place des évaluateurs et de leurs savoirs au sein de la communauté d'instruments, davantage qu'aux usages de l'évaluation (qui n'est pas finalisée au moment où j'écris ces lignes). Alors que les évaluateurs ont une place dans le

[145] Voir dans le chapitre 2.

processus expérimental, traduite par l'allocation de moyens et une présence régulière dans les réunions de pilotage (1), l'évaluation est finalement marginale dans l'anticipation de la poursuite des instruments (2).

1.1. Au-delà de l'évaluation, les évaluateurs dans la communauté d'instruments

La plupart des travaux sur l'évaluation des politiques publiques se concentrent sur les usages de l'évaluation dans les processus de décision (Delahais et al., 2021 ; Weiss, 1988). Je m'inscris ici dans la lignée de travaux, plus rares, qui soulignent la place des évaluateurs dans la conception et la mise en œuvre des instruments d'action publique (Abdelghafour, 2017 ; Simons et Schniedermann, 2021). L'évaluation a été promue au moment de la mise en place de l'Article 51, par les membres de l'élite du *Welfare* (1). Dans le cas d'Ipep et Peps, les évaluateurs prennent une place importante dans la mise en œuvre des expérimentations, avec des moyens conséquents pour mener à bien l'évaluation (2) et une implication directe dans l'élaboration des modèles économiques (3).

L'évaluation, un instrument de rationalisation des politiques publiques

Lors de sa promotion par des membres de l'élite du *Welfare*[146], l'Article 51 était présenté comme un instrument de rationalisation des politiques menées dans le secteur de la santé, grâce à la mise en place d'évaluations systématiques.

Concrètement, une cellule d'évaluation a été mise en place au sein de la Direction de la stratégie, des études et des statistiques (DSES) à la Caisse nationale d'Assurance maladie (Cnam) pour piloter l'ensemble des évaluations. Celle-ci, en collaboration avec la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) au ministère de la Santé, a établi deux documents permettant de préciser le type d'évaluation attendu dans le cadre de l'Article 51 : une note sur le cadre d'évaluation des expérimentations dans le dispositif d'innovation en santé ; et un guide méthodologique de l'évaluation des projets articles 51.

La note de cadrage, document de treize pages, définit les fonctions de l'évaluation. Cette dernière, dans une optique de politique fondée sur les preuves, doit avant tout « fournir aux instances de pilotage du dispositif les informations nécessaires pour qu'elles puissent porter un

[146] Voir le chapitre 2. Pour rappel, l'élite du *Welfare* est un groupe d'acteurs programmatiques qui occupent des postes clés à la tête du ministère de la Santé, de l'Assurance maladie et des agences sanitaires. Ces acteurs font carrière en circulant horizontalement et verticalement dans ces administrations, et leur présence de long terme permet de développer un programme propre : l'extension d'une sécurité sociale voulue universelle et la maîtrise des dépenses de santé (Darviche et al., 2023).

jugement sur le bilan de chacune des expérimentations » tout en identifiant les facteurs de « succès » ou de « freins » (Document public, note de cadrage d'évaluation des expérimentations Article 51). Les évaluations sont faites *in itinere*, en parallèle du processus expérimental, avec des rapports intermédiaires qui doivent permettre de réajuster au fil de l'eau les instruments. Le guide méthodologique, comprenant 50 pages, détaille trois critères principaux à l'évaluation : « la faisabilité et l'opérationnalité » ; « l'efficacité et l'efficience » ; et « la reproductibilité ».

Le premier critère se rapporte principalement à la mise en œuvre concrète des expérimentations au sein des organisations de santé : les acteurs ont-ils pu « faire fonctionner » l'expérimentation ? Ont-ils « atteint la population visée » ? Le second critère renvoie davantage à « la pertinence, la qualité et l'efficience des soins », se rapportant à une analyse économique des effets de l'expérimentation. Les méthodes recommandées pour l'évaluation de ce critère sont des analyses expérimentales, quasi expérimentales, coûts-bénéfices ou coût efficacité, appuyées sur les standards économiques. Enfin le dernier critère, « la reproductibilité », « est sans doute le plus délicat à apprécier » : il s'agit de déterminer si l'expérimentation peut être « disséminée », ainsi que « sa capacité à donner naissance à un modèle structurant de l'offre de soins, et à répondre aux besoins spécifiques des territoires » (Document public, guide méthodologique de l'évaluation des Articles 51). Les attentes concernant l'évaluation ne portent donc pas uniquement sur les dimensions économiques des instruments, mais aussi sur des dimensions plus contextuelles et sociales. Ces évaluations peuvent être réalisées par des chercheurs ou par des cabinets de conseil, comme souvent dans le cas des évaluations de politiques publiques (Delahais et al., 2021). La note de cadrage mentionne même la possibilité d'une « auto-évaluation », réalisée par l'organisation de santé dans le cas où le projet a « des faibles effectifs ».

Les évaluations sont donc organisées et cadrées par les administrations sanitaires, dans le but d'assoir les prises de décision en fin d'expérimentation sur des preuves scientifiques.

Un financement important des évaluations Ipep et Peps

Une équipe de recherche [147] de l'Irdes est chargée de réaliser les évaluations des expérimentations Ipep et Peps. Certains des économistes académiques de cette équipe avaient

[147] L'équipe est composée d'une quinzaine de chercheurs et d'ingénieurs de recherche, certains salariés de l'Irdes et d'autres en postes à l'université et associés à l'Irdes. La composition détaillée de l'équipe est disponible sur la page web de l'Irdes : https://www.irdes.fr/recherche/enquetes/era2-evaluation-d-experimentations-article-51-de-remuneration-alternative-a-l-acte/actualites.html.

participé aux réflexions autour des modèles économiques, contribuant à la traduction d'instruments étrangers (notamment, les *Accountable Care Organizations* dans Ipep)[148]. Le protocole d'évaluation, rédigé par l'Irdes, est long d'une cinquantaine de pages. Il établit un état de la littérature sur les questions abordées, détaille le contexte des expérimentations et de leur évaluation, et propose un cadrage méthodologique de l'évaluation.

> « Les enjeux de l'évaluation sont relatifs à l'analyse des différents types d'impacts de ces expérimentations (en termes de pratiques, d'organisation, de qualité, de coûts, etc.) et aux enseignements qui pourront être tirés en matière de reproductibilité, d'extension voire de généralisation (ou changement d'échelle) » (Document interne, protocole d'évaluation, Irdes).

Programmé sur 5 ans (de 2019 à 2023), l'Irdes bénéficie d'un budget de 1 600 000 euros pour réaliser ce travail. Ce budget est considérable pour l'Irdes, permettant de financer plusieurs postes de chercheurs seniors ou juniors sur le projet.

Le protocole d'évaluation des expérimentations Ipep et Peps se distingue, comparativement aux autres expérimentations « à l'initiative des acteurs » issues de l'Article 51, par les moyens qui sont alloués à l'Irdes[149], comme le souligne Sophie L., économiste administrative au ministère.

> « L'ampleur de l'évaluation Ipep-Peps n'a rien à voir avec… Enfin, n'a rien à voir, c'est quand même beaucoup plus approfondi donc du coup, c'est vrai que l'on en attend beaucoup aussi » (Sophie L., économiste administrative, énarque, ministère de la Santé, 05/21).

Avec l'expérimentation Épisode de soins[150], les expérimentations Ipep et Peps sont les seules, à notre connaissance, à bénéficier d'une convention d'évaluation spécifique dans le cadre de l'Article 51 et d'un budget aussi important. Les équipes mandatées pour ces trois évaluations ont la spécificité d'être des équipes de recherche, avec des chercheurs pour partie rattachés à l'université. Cette inscription dans le monde académique est susceptible d'apporter plus de

---

[148] Voir chapitre 1.

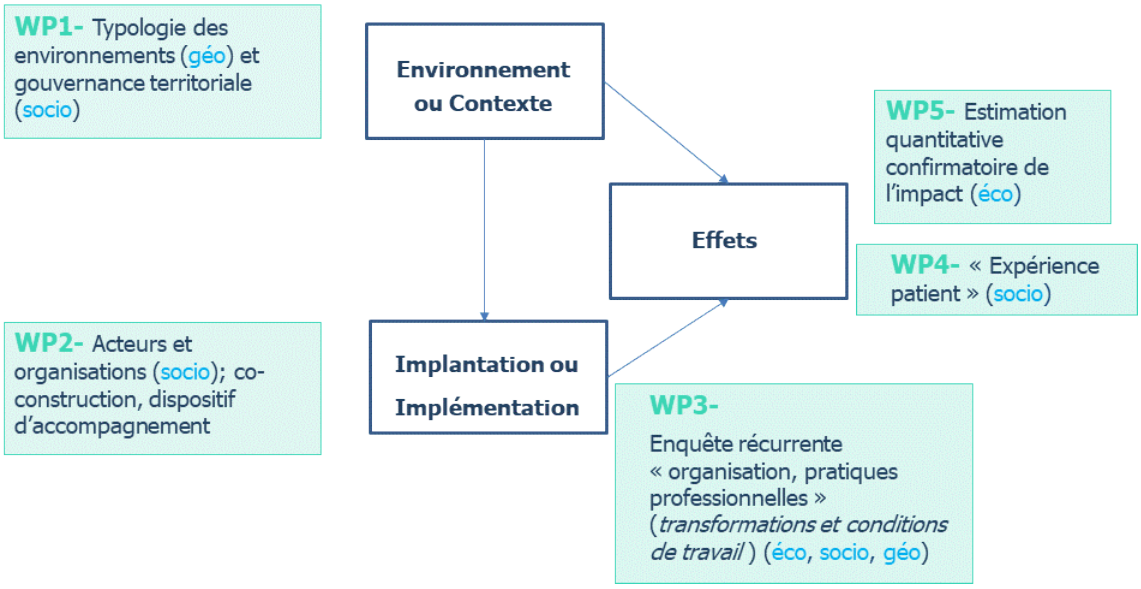
[149] Le rapport de l'Article 51 au parlement pour l'année 2023 mentionne d'ailleurs un budget de 8,038 millions entre 2019 et 2022 pour l'évaluation de l'ensemble des 144 expérimentations de l'Article 51. Au regard du nombre d'expérimentations, le budget alloué à l'Irdes est donc en effet important (Document public, rapport au parlement 2023 sur les expérimentations innovantes en santé, 12/23).

[150] Le modèle économique Épisode de soins est inspiré de « *bundled payments* » : il s'agit d'un forfait collectif devant couvrir l'ensemble des actes et des prestations liés à un évènement de santé (ici, la prise en charge chirurgicale des prothèses de hanche, des prothèses du genou et de la colectomie pour cancer) (Beaussier et al., 2022). L'expérimentation Épisode de soins est évaluée par un consortium composé de chercheurs en économie, en gestion, en sociologie et en sciences politiques de l'École des hautes études en santé publique, de SciencesPo Paris et de l'Université Lumière Lyon 2.

légitimité scientifique aux évaluations, qui peuvent faire l'objet de publications scientifiques au-delà du seul rapport évaluatif[151].

Cet investissement renvoie à la place particulière qu'ont ces trois expérimentations nationales dans le dispositif de l'Article 51 : lancées en même temps et à plus grande échelle que la plupart des expérimentations, elles donnent de la visibilité au dispositif. Ces trois expérimentations sont d'ailleurs les seules à bénéficier d'équipes dédiées au sein des administrations, montrant un investissement particulier dans leur mise en œuvre.

L'équipe de l'Irdes propose une évaluation en méthodes mixtes et pluridisciplinaire, articulant des recherches en géographie, en économie et en sociologie. Les différents axes de recherche sont déclinés en cinq axes ou *Work packages* (WP), relatifs à la caractérisation des territoires des organisations de santé (WP1) ; à la mise en œuvre nationale et régionale des expérimentations (WP2) ; aux transformations locales, qualitatives comme quantitatives, des pratiques professionnelles (WP3), et enfin aux effets de l'expérimentation sur la santé des patients (WP4 et WP5). Le schéma ci-dessous, régulièrement mobilisé par l'équipe de l'Irdes pour présenter l'évaluation, présente ces différents axes.



[151] Ces espaces sont d'ailleurs investis par les promoteurs administratifs des modèles économiques, dans des revues proposant à la fois des travaux scientifiques et des témoignages d'acteurs. Voir par exemple : Obled L., Townsend A., Lemaire N., « Innover dans la conduite de projets d'expérimentation d'initiative nationale : quand les pouvoirs publics coconstruisent avec les acteurs de terrain », Revue française des affaires sociales, p. 385-393. DOI : 10.3917/rfas.201.0385. URL : https://www-cairn-info.acces-distant.sciencespo.fr/revue-francaise-des-affaires-sociales-2020-1-page-385.htm ; ou encore Lemaire N., Polton D., Tajahmady A., « Article 51 : expérimenter pour innover mais aussi innover dans la façon d'expérimenter », Les Tribunes de la santé, 2020/1 (N° 63), p. 35-42. DOI : 10.3917/seve1.063.0035. URL : https://www-cairn-info.acces-distant.sciencespo.fr/revue-les-tribunes-de-la-sante-2020-1-page-35.htm.

Document interne : extrait du protocole d'évaluation : « Le design général de l'évaluation faisant apparaitre les disciplines contributives ».

L'évaluation proposée par l'Irdes articule donc des approches compréhensives, s'intéressant aux processus de mises en place des expérimentations ; et causales, cherchant à évaluer les impacts liés à la modification des modes de rémunérations sur les pratiques professionnelles et la santé des patients (Delahais et al., 2021). Les travaux quantitatifs géographiques et économiques devaient reposer sur des comparaisons entre les organisations de santé participant aux expérimentations et des cas témoins, reconstitués *a posteriori* et possédant des caractéristiques comparables. Il s'agit d'une méthode dite « quasi expérimentale », cherchant à se rapprocher des *gold standards* des évaluations contrôlées randomisées où participants et témoins sont sélectionnés au hasard (Jatteau, 2013).

Si le protocole détaille les différents projets d'évaluation des instruments, il ne mentionne à aucun moment le rôle des chercheurs de l'Irdes au fil du processus expérimental. Pourtant, l'investissement des chercheurs de l'Irdes ne se limite pas à la réalisation de l'évaluation, puisqu'ils participent aux diverses réunions organisées par les économistes administratifs.

Des évaluateurs intégrés à la communauté d'instruments

En effet, les chercheurs de l'Irdes sont intégrés aux différents espaces d'interaction : ils sont invités aux comités de pilotage, aux plénières et aux sessions de conseil avec les professionnels de santé. Les économistes académiques prennent part à des comités plus techniques autour de la fabrique des modèles économiques.

L'équipe de sociologues [152] participe aux comités de pilotage et aux réunions avec les professionnels de santé pour mener des observations non participantes : j'assiste à quasiment tous les comités de pilotage entre septembre 2019 et juin 2021, puis continue d'y aller régulièrement jusqu'à fin 2022.

De leur côté, les économistes académiques viennent également régulièrement aux comités de pilotage et aux plénières, où ils ont un statut d'experts sur les modèles économiques. En effet, durant les comités de pilotage, les économistes académiques sont régulièrement interpellés, lorsqu'ils sont présents, sur des questions techniques en lien avec la fabrique des modèles économiques.

[152] Celle-ci est composée de six membres, trois chercheurs salariés de l'Irdes (Cécile Founier, Julia Legrand, Vincent Schlegel) et de trois chercheuses associées (Isabelle Bourgeois, Laure Pitti, Noémie Morize).

> En novembre 2021, « l'équipe nationale » Peps organise un comité de pilotage spécifique pour analyser les résultats de la première année de forfaitisation. Une des chercheuses en économie associée à l'Irdes est présente. Elle participe aux interactions, en apportant son expertise sur les effets du forfait pour expliquer certains des résultats constatés par les économistes administratifs. Lorsque les économistes administratifs remarquent par exemple que certaines équipes voient moins leurs patients, elle explique que c'est cohérent avec un modèle par capitation, et que l'important est de vérifier qu'il n'y a pas de sélection des patients les moins malades ou à risque de maladie, car les patients « plus risqués » pourraient apparaitre moins rentables à prendre en charge pour les professionnels de santé[153] (Observations, comité de pilotage Peps, 11/21).

Les économistes académiques interviennent à la demande des membres des administrations sur des sujets précis : ils mobilisent leur connaissance de la littérature économique pour expliquer des effets inattendus des modèles. Ils peuvent également les conseiller au fil de l'eau autour de certaines décisions techniques sur l'élaboration des modèles. Ces participations à la conception des instruments restent cependant ponctuelles, et n'incluent pas d'accès direct aux prises de décision.

L'intégration des chercheurs de l'Irdes à la communauté d'instruments se fait également par leurs relations avec les professionnels de santé. Dans l'évaluation des expérimentations, les professionnels de santé sont à la fois sujets indirects et partenaires de la recherche. La recherche fait partie des éléments utilisés de manière stratégique par des organisations (pluri) professionnelles comme AVECSanté (la fédération des MSP) ou la fédération des centres de santé pour promouvoir l'exercice coordonné (Vezinat, 2019a). Cette mobilisation ne se limite pas aux chercheurs de l'Irdes, puisqu'ils interpellent également des chercheurs universitaires et les invitent aux évènements professionnels, et notamment aux journées nationales ou régionales des fédérations.

Les relations entre plusieurs médecins généralistes libéraux et les chercheurs de l'Irdes se sont construites autour de la mise en place des MSP. L'évaluation des Expérimentations de nouveaux modes de rémunération, précédant le conventionnement des MSP, avait également

[153] En effet, dans un mode de rémunération au forfait, le montant de la rémunération dépend du nombre de patients suivis et non pas du nombre d'actes réalisés. Il apparait ainsi plus rentable de suivre un grand nombre de patients en bonne santé (qui ne consulteront qu'une fois par an) qu'un plus petit nombre de patients atteints de maladie chronique (qui seront davantage susceptibles de consulter régulièrement).

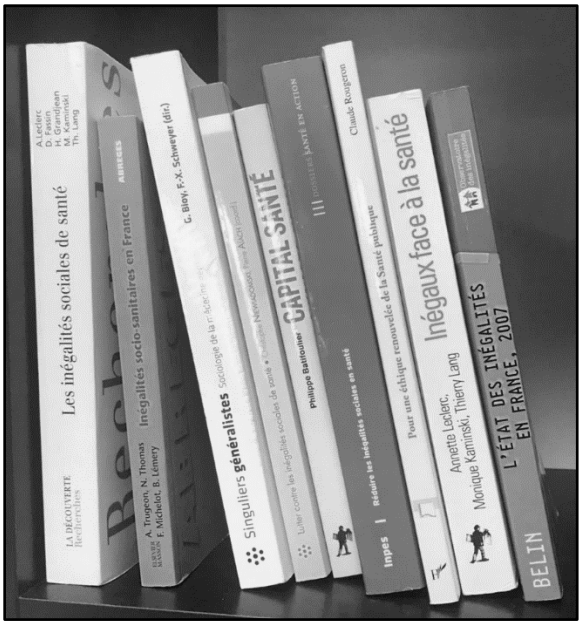
été réalisée par l'Irdes sur la période 2009-2012, montrant des résultats encourageants[154] (Mousquès, 2015 ; Mousquès et Bourgueil, 2014). Ces résultats ont été largement mobilisés par la fédération des MSP, AVECSanté, pour appuyer la légitimité de l'exercice professionnel à la fois auprès des pouvoirs publics, mais également auprès de leurs adhérents (Vezinat, 2019c).

Dans le cadre des expérimentations Ipep et Peps, certains médecins généralistes, et notamment les membres de la fédération AVECSanté, ont des interactions régulières avec les chercheurs en économie avec lesquels ils collaborent autour de questionnaires sur l'exercice coordonné, liés à l'évaluation d'Ipep et Peps et à d'autres projets de recherche. Ils relisent ces questionnaires, puis les diffusent sur la Newsletter de la fédération. Une collaboration similaire est établie avec l'Institut Jean François Rey, un institut de recherche dirigé par des médecins promoteurs des centres de santé salariés qui participent aux expérimentations Peps et Ipep. La mobilisation de la recherche dans le *lobbying* n'est donc pas particulière aux médecins libéraux, puisqu'elle est fortement utilisée par les médecins salariés des centres de santé (Legrand et Pitti, 2024). Les relations entre ces acteurs collectifs et l'Irdes vont même parfois au-delà de la simple collaboration, puisqu'il est arrivé que l'Irdes effectue des recherches pour ces acteurs : en 2022-2023, la fédération régionale des MSP d'Île-de-France (Fémasif) a par exemple financé une enquête sociologique sur les infirmières en pratique avancée en MSP (Schlegel, 2023).

Dans les MSP enquêtées, l'accès au terrain est facilité par les professionnels de santé. Aux Agapanthes, Annabelle G. a suivi des cours de sociologie à l'université avant d'être infirmière. Aux Sureaux, trois médecins ont des formations complémentaires de niveau master en sciences sociales et ont travaillé ou travaillent encore à temps partiel à l'université, en tant que cheffes de clinique. Elles encadrent des thèses de médecine générale, et l'une d'entre elles anime des ateliers de recherche hebdomadaire au sein de la MSP. Aux Camélias, un des médecins est directeur de thèse en médecine et privilégie les approches qualitatives.

Photographie : La bibliothèque partagée aux Sureaux

[154] Voir Chapitre 1.



Dans la bibliothèque des Sureaux, l'ouvrage de sociologie Singuliers généralistes, dirigé par Géraldine Bloy et François-Xavier Schweyer (2010), côtoie des livres d'épidémiologie et d'économie sur les inégalités sociales de santé. Photo prise par l'autrice.

Cette familiarité avec la recherche qualitative a facilité les enquêtes de terrain. L'enquête fait d'ailleurs partie des éléments valorisés dans la participation aux expérimentations pour les acteurs familiers de la recherche, comme en témoigne cet extrait d'observation.

> En janvier 2023, je me rends aux Sureaux pour restituer des résultats intermédiaires. Suite à cette présentation, plusieurs professionnels de santé interviennent pour partager leurs ressentis sur l'expérimentation Ipep. Aurélie B., médecin généraliste, explique qu'elle n'a jamais approuvé le principe d'Ipep, qui leur donne l'injonction de réduire les dépenses de leurs patients. Elle ajoute que « le critère qui nous a rassurés pour s'engager dans Ipep ça a été que l'Irdes fasse ce travail, nous on a dit OK tout ce qui est quanti, on ne fait pas confiance ! *(Tout le monde rit.)* En revanche il y a un aspect quali, on sait qu'on va nous écouter, on est OK pour participer. Je voulais juste témoigner que dans les discussions initiales ça a été décisif que vous travailliez là-dessus » (Observation, réunion de restitution, Sureaux, 01/23).

Ces professionnels valorisent fortement les savoirs produits par cette méthodologie. Ces enquêtes sont perçues comme un autre registre d'action, permettant de faire porter sa voix de manière légitime auprès des pouvoirs publics.

Au cours des réunions organisées par les économistes administratifs, les chercheurs de l'Irdes et les professionnels de santé se mobilisent parfois stratégiquement afin de se légitimer réciproquement face aux économistes administratifs. Par exemple, les professionnels de santé évoquent ponctuellement les travaux de l'Irdes en plénière, comme argument d'autorité pour appuyer leurs critiques des modèles.

> Lors d'un atelier sur la prise en compte de l'impact territorial, Jacques P., médecin généraliste libéral, et Olivier M., médecin économiste à la Cnam, discutent de la méthode d'ajustement selon le contexte territorial pour le modèle économique Ipep. Jacques P. déclare que « de belles enquêtes de l'Irdes ont montré que les MSP et centres de santé avaient de plus grandes files actives et pourtant pas plus de dépenses… est-ce que ça peut avoir un impact, et être pris en compte dans cet ajustement ? » (Observation, plénière Ipep 01/23).

Les chercheurs de l'Irdes, et notamment les économistes, sont ainsi interpellés ou cités par les professionnels de santé lors des plénières pour leur expertise sur certains sujets. De l'autre côté, les économistes de l'Irdes mobilisent les plénières pour informer les professionnels des difficultés concernant l'accès aux données de l'évaluation. Comme nous allons le détailler par la suite, les économistes académiques rencontrent des obstacles dans l'accès aux données nécessaires à l'évaluation auprès de la Cnam. Entre 2022 et 2023, ils soulignent régulièrement ces difficultés d'accès aux données en plénière, afin de faire pression sur les membres de la Cnam par le biais des professionnels de santé.

> Les chercheurs de l'Irdes sont invités à présenter l'évaluation aux professionnels de santé. À la fin de la présentation, une des chercheuses en économie explique aux professionnels que les chercheurs en économie n'ont pas encore accès aux données et que cela prend énormément de temps de traiter des données. Elle prévient que les résultats de l'évaluation concerneront plusieurs dimensions, les patients, les professionnels, l'offre de soins sur le territoire, la qualité des soins… Et qu'avec le petit nombre d'organisations dans l'expérimentation, cela va aboutir à des résultats nuancés « qui vont conduire à des choix politiques plus qu'économiques » (Observation, plénière Peps, 06/23).

Expliciter les difficultés d'accès aux données permet également aux économistes académiques de relativiser leur rôle dans la prise de décision, alors que les membres des administrations le présentent comme central aux professionnels de santé.

Les économistes académiques ne sont pas non plus en première ligne dans le pilotage des expérimentations, comme cela a pu être souligné dans le cas d'expérimentations randomisées contrôlées (Abdelghafour, 2017). Pour autant, l'implication des chercheurs dans la communauté se fait tout au long de la mise en œuvre des instruments, et non pas uniquement dans les phases de mise sur agenda et d'évaluation comme cela avait été souligné dans les travaux de Jan-Peter Voß et Arno Simons sur les quotas d'échanges d'émissions de gaz à effet de serre (2014). Les chercheurs en économie apportent leur expertise autour des modèles économiques. Si les chercheurs en sociologie participent moins directement aux interactions, ils influencent également la fabrique des modèles au travers de rapports évaluatifs intermédiaires, qui participent à informer les économistes administratifs sur les appropriations des instruments par les professionnels de santé. Nous reviendrons sur ce point dans la seconde partie de ce chapitre.

1.2. L'évaluation dans la décision : un décalage entre rhétoriques et pratiques

Au-delà de cette présence au fil de l'eau, le rôle des évaluateurs est de produire des savoirs, devant permettre aux acteurs administratifs et politiques de prendre des décisions fondées sur des preuves. À ce stade, en l'absence des rapports finaux de l'évaluation, il n'est pas possible d'analyser leurs usages. Pour autant, l'évaluation est objet de représentations et de croyances sur ses capacités à influencer l'action publique. Elle est systématiquement présentée par les acteurs administratifs comme centrale dans le processus décisionnel (1). L'évaluation sociologique apparait comme un moyen de gagner en visibilité sur les actions mises en œuvre localement, davantage que de produire des preuves (2). Alors que les savoirs économiques sont particulièrement priorisés dans la production de preuves, les économistes académiques peinent à accéder aux données (3).

Des savoirs économiques centraux

Tout au long du processus expérimental, les économistes administratifs présentent les évaluations comme cruciales, dans une perspective de politique fondée sur les preuves qu'ils promeuvent au sein des administrations.

> « Ce processus expérimental, c'est extrêmement exigeant, mais c'est aussi extrêmement intéressant et riche parce que ça nous amène à rectifier le tir, ce qu'on ne fait pas quand on y va direct, c'est pour ça aussi que c'est important qu'on dispose des résultats [de l'évaluation] pour Ipep, c'est ce qui va aussi

> servir aux travaux pour la négociation conventionnelle. Et puis, c'est toute une acculturation des décideurs, des acteurs du système à prendre des décisions fondées sur les preuves (…) qui est extrêmement important » (Sophie L., énarque, économiste administrative, ministère de la Santé, 11/23).

Pour les économistes administratifs, les évaluations devraient notamment permettre de déterminer si les modèles économiques remplissent leurs promesses : mieux maîtriser les dépenses tout en améliorant la qualité des soins.

> « Vis-à-vis de l'évaluation, c'est… De manière un peu générique, c'est avoir les clés pour une éventuelle décision de généralisation. C'est-à-dire est-ce que le modèle est efficient ? Est-ce qu'il permet d'améliorer la qualité des soins ? L'accès aux soins ? Pour un coût raisonnable ? » (Laurent R., économiste administratif, énarque, Direction de la sécurité sociale [DSS], 01/20).

> « Le passage à l'échelle c'est souvent la grande difficulté de toutes ces expérimentations (…), on finance plein de projets, on distribue de l'argent, on ne se pose pas la question de savoir si c'est réplicable, comment c'est réplicable, c'est soutenable, pas soutenable (…). La question est de se dire : "Ce projet-là est-ce qu'on est capable de le faire à un coût plus raisonnable ? Ou pas ?" Et si on n'est pas capable, pas raisonnable, on ne pourra jamais généraliser, et donc ça ne sert à rien » (Olivier M., économiste administratif, médecin de santé publique formé à l'économie, Peps, Cnam, 10/19).

Dans les discours, l'évaluation économique apparait ainsi comme centrale pour les économistes administratifs, permettant de juger leur soutenabilité dans le système de santé. Suivant cette logique, l'évaluation est d'ailleurs présentée aux professionnels de santé comme l'élément central dans les processus de décision quant à la poursuite des expérimentations.

> En plénière Ipep, David L., économiste spécialisé à la Cnam, présente les différentes options de généralisation de l'expérimentation. Il explique qu'il est possible d'envisager l'arrêt de l'expérimentation, « notamment si le rapport d'évaluation montre qu'y a des failles, des manques, l'expérimentation s'arrête ». L'expérimentation pourrait également être reconduite, dans le cas où « le rapport d'évaluation montrerait des éléments positifs qui demandent à être réaffirmés, on ferait une expérimentation différente, on peut imaginer en termes de nombre de MSP ou de centres de santé ». Enfin, il est possible de généraliser

> le modèle dans le droit commun. Dans tous les cas « un des points clés ça va être le rapport final d'évaluation » (Observation, plénière Ipep, janvier 2023).

Dans cette manière de présenter l'action publique, le lien entre les résultats de l'évaluation et la poursuite des instruments est quasi automatique, comme si les acteurs politiques et administratifs n'avaient finalement aucune prise sur la décision. Cette lecture de la prise de décision est cependant vite remise en question, à la fois par les stratégies que les acteurs mettent en place pour poursuivre le déploiement des instruments en amont des résultats des évaluations et par les difficultés rencontrées par les économistes académiques pour mener à bien leur travail.

Entre sociologie et économie, des preuves jugées inégalement décisives

Le travail d'évaluation est divisé entre l'équipe sociologique qui met en œuvre des méthodes qualitatives, et l'équipe géographique et économique qui travaille avec des méthodes quantitatives. Si les deux équipes se réunissent régulièrement (environ tous les trois mois), se présentent leurs résultats et peuvent collaborer sur certains aspects (autour de l'élaboration d'un questionnaire administré aux MSP par exemple), le travail se réalise en majorité de manière séparée.

L'équipe de sociologues a travaillé sur la mise en place des expérimentations par les pouvoirs publics aux niveaux nationaux et régionaux, et sur les appropriations des instruments au niveau local dans plusieurs types d'organisations (MSP, centres de santé, groupements hospitaliers). Six rapports intermédiaires sont publiés au fil de l'expérimentation dans des articles courts édités par l'Irdes, les Questions d'économie de la Santé[155]. Chaque publication est précédée d'une restitution en huis clos avec les acteurs administratifs, puis d'une présentation grand public lors des séminaires de l'Irdes. Elles portent respectivement sur l'organisation de l'Article 51 au niveau national (Morize et al., 2021) et régional (Bourgeois et al., 2021). Au niveau local, une dizaine d'enquêtes monographiques ont été menées sur les usages des financements expérimentaux dans les MSP (Morize et Schlegel, 2023), les centres de santé (Legrand et Pitti, 2024), et les hôpitaux affiliés à la Fédération française hospitalière (Bourgeois, 2024). Enfin, un article portait spécifiquement sur le profil des « médecins entrepreneurs » au sein des MSP (Schlegel, 2022). Ces rapports intermédiaires ne comprenaient pas de recommandations directes à l'intention des pouvoirs publics, ils visaient à saisir de manière compréhensive les pratiques des équipes expérimentatrices.

[155] Il s'agit d'une collection de publication interne à l'Irdes, qui a vocation à diffuser les résultats de recherches de l'institut de manière synthétique et à un large public.

Pour les économistes administratifs, l'évaluation sociologique est un autre moyen d'obtenir des informations sur les actions portées localement par les professionnels de santé, ce qui constitue un vrai enjeu dans le pilotage des expérimentations (Dupuy et Pollard, 2013). L'évaluation sociologique s'ajoute alors à d'autres modes de recueil d'informations, qui passent à la fois par les nombreuses réunions organisées avec les professionnels de santé où ces derniers sont invités à expliquer ce qu'ils mettent en place dans le cadre expérimental, mais également par la production de rapports de « Retours d'expériences » par l'Agence nationale d'appui à la performance (Anap). Elle demeure cependant bien moins attendue que l'évaluation économique, qui est constamment mentionnée par les économistes administratifs en entretien. Les savoirs économiques apparaissent ainsi davantage légitimes que les connaissances sociologiques (Benamouzig, 2005 ; Bergeron et Hassenteufel, 2018). La note de cadrage précise que « l'évaluation de l'efficacité (…) est légitimement privilégiée par les décideurs dans les évaluations » (Document public, note de cadrage des évaluations de l'Article 51). Les expérimentations de l'Article 51 sont présentées par ses promoteurs comme devant permettre de gagner en efficience dans l'organisation des soins. En entretien, Sophie L., économiste administrative au ministère, confirme cette hiérarchie des connaissances.

> « Dans l'évaluation Peps-Ipep, bon, le quali, voilà, c'est important d'autant plus que ce sont les premiers éléments dont on va disposer, mais ce qui est vraiment très attendu (…) c'est le quanti ! » (Sophie L., économiste administrative, énarque, ministère de la Santé, 05/21).

Les connaissances sociologiques et économiques apportent ainsi des preuves qui n'ont pas le même poids dans les prises de décision, les secondes étant considérées comme plus déterminantes que les premières.

Une évaluation économique irréalisable

L'évaluation quantitative géographique et économique devait débuter dès 2018, dans l'optique de produire des rapports intermédiaires en parallèle de l'enquête sociologique. Fin 2023, les économistes n'ont cependant toujours pas d'accès concret aux données pour réaliser l'évaluation. Le rapport final sera finalement constitué de résultats issus d'un questionnaire déclaratif complété par les organisations de santé participant aux expérimentations et administré par les économistes académiques en 2023, et des résultats sociologiques issus des recherches monographiques conduites entre 2019 et 2023.

Ces difficultés d'accès aux données sont difficiles à expliquer de ma place interne à l'Irdes. En effet, si le point de vue de mes collègues de l'Irdes m'est facilement accessible au travers de réunions ou de conversations informelles, le sujet est plus difficile à aborder avec les membres de l'Assurance maladie en étant identifiée comme membre de l'Irdes. Les questions de difficultés d'accès aux données ne sont pas spécifiques aux évaluations d'Ipep et Peps, puisque l'Irdes les rencontre sur plusieurs évaluations ou projets de recherche, et sont devenues un sujet de tensions entre les deux institutions. Je tente ici d'en restituer les tenants et les aboutissants, tout en admettant que mon matériel est incomplet pour appréhender ces enjeux.

L'accès aux données repose sur un dispositif juridique exigeant. Si l'Irdes possède un accès privilégié au système national des données de santé dans le cadre d'un accord avec la Cnam, l'évaluation quantitative devait également mobiliser d'autres sources de données permettant d'apporter des informations complémentaires sur l'activité des professionnels de santé participants aux expérimentations ou pris comme témoins. Il est d'abord envisagé d'inscrire l'évaluation de l'Irdes dans un accord d'ensemble entre la Cnam et la Commission nationale de l'informatique et des libertés sur les évaluations des Articles 51. Cependant, les expérimentations Ipep et Peps n'ont pas été incluses initialement dans cet accord-cadre. Les économistes de l'Irdes envisagent alors de déposer un dossier d'évaluation indépendant auprès du Comité éthique et scientifique pour les recherches, les études et les évaluations dans le domaine de la santé[156] puis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés. Cependant, pour déposer ce dossier, les économistes administratifs ont besoin de connaître le périmètre exact des données sur lesquelles ils vont travailler, or ils peinent à obtenir des informations précises sur les données que la Cnam va mettre à leur disposition. En février 2023, il est finalement décidé d'établir un accord de sous-traitance entre la Cnam et l'Irdes, qui permet à l'Irdes un accès large aux données du système national des données de santé ainsi qu'à celles contenues sur la plateforme informatique permettant de recueillir des données déclaratives spécifiques aux expérimentations. Des données ont finalement été reçues en février 2024, ce qui est trop tardif pour mener à bien l'enquête quantitative due en avril 2024.

La mise à disposition des données à l'Irdes rencontre des difficultés à la fois juridiques et organisationnelles. Elle mobilise plusieurs directions à la Cnam qui doivent se coordonner entre elles. La mise à disposition des données suscite également un travail supplémentaire au sein de la Cnam. En effet, les statisticiens de la Cnam doivent extraire et nettoyer les bases de données,

[156] Ce comité donne des avis sur les projets d'études nécessitant le recours à des données personnelles de santé, en amont du dossier pour la Commission nationale de l'informatique et des libertés.

afin d'assurer leur fiabilité, tâche que ne peuvent pas faire les chercheurs de l'Irdes, car ils n'ont pas le droit d'accéder aux bases originales. Tout en étant commanditaires de l'évaluation, les membres de la Cnam ne facilitent pas la mise à disposition des données. Il semblerait qu'il n'y ait pas suffisamment d'investissement en interne, par la direction administrative de la Cnam, pour assumer le suivi juridique et le travail autour des données. Les moyens alloués pour rendre possible l'évaluation sont insuffisants, en miroir des moyens alloués pour mettre en œuvre les expérimentations. Nous pouvons également supposer que cela est lié à la place des économistes administratifs à la Cnam. En effet, la DSES n'occupe pas la position la plus stratégique à la Cnam, étant éloignée des négociations conventionnelles qui demeurent au cœur de l'activité de l'Assurance maladie.

Bien que je n'ai pas suffisamment de matériel pour analyser cette situation avec finesse, je peux souligner le décalage important entre les rhétoriques et les pratiques dans la mise en œuvre des évaluations. D'une part plusieurs acteurs, qu'il s'agisse d'économistes administratifs, mais aussi de directeurs administratifs, mobilisent un style de raisonnement économique pour légitimer les expérimentations. D'autre part, les pratiques liées à la mise en œuvre effective de ces évaluations économiques apparaissent peu diffusées au sein des administratifs.

2. Les promesses face aux résultats : reconfigurations des instruments et des relations entre acteurs

Dans leur théorie des « trajectoires de réformes », Philipe Bezes et Bruno Palier mettent l'accent sur l'importance de la sédimentation entre plusieurs séquences pour produire des changements dans l'action publique (2018). Dans le chapitre 1, nous avons présenté les réformes successives de l'exercice coordonné en soins primaires, initiées dans les années 1990 avec la mise en place des réseaux de santé (Robelet et al., 2005). Nous montrions alors que la mise sur agenda des expérimentations Ipep et Peps est le résultat d'un « relais » entre des économistes administratifs qui promeuvent successivement des instruments de coordination des soins primaires. Quelques économistes administratifs avec une relative longévité dans le secteur permettaient de faire le lien entre les séquences, sans avoir de carrière spécialisée dans les soins primaires. Cependant, Philipe Bezes et Bruno Palier soulignent également l'importance des processus d'apprentissage entre les séquences (2018). La notion d'apprentissage social, ou de *social learning* peut être définie ainsi : « *a deliberate attempt to adjust the goals or techniques of policy in response to*

past experience and new information[157] » (Hall, 1993, p. 278). L'apprentissage renvoie donc aux modifications des politiques (au sens anglais de *policies*) portant sur les réglages des instruments (modifier un indicateur, un taux), sur le changement des instruments eux-mêmes ou sur les objectifs des politiques (Hall, 1993 ; May, 1992). Sans mobiliser la notion d'apprentissage, Nadia Okbani souligne que la fin d'un processus expérimental entraîne un recadrage des instruments d'action publique qui y étaient testés, à partir des nouveaux éléments obtenus dans le cadre expérimental (2014). Les expérimentations permettent ainsi de recueillir de nouvelles informations sur la mise en œuvre des instruments, qu'elles soient issues de l'expérience des promoteurs administratifs ou des rapports intermédiaires de l'évaluation. Dans le cas des expérimentations Ipep et Peps, comment se traduisent ces processus d'apprentissage ? Dans quelle mesure les instruments de coordination s'inscrivent-ils dans les programmes des acteurs et des institutions, au-delà des économistes administratifs ?

La notion d'apprentissage social a principalement été étudiée sous l'angle instrumental ou stratégique : ce que les apprentissages sociaux font aux instruments, aux objectifs politiques (Hall, 1993 ; May, 1992). Pourtant, Jan-Peter Voß et Arno Simons rappellent que ce sont principalement les promesses (objectifs publics ou nouvelles organisations du travail) qui attirent les acteurs dans les communautés d'instruments (2014). J'émets alors l'hypothèse que les modifications des instruments ou de leurs objectifs pourraient affecter l'enrôlement des acteurs dans la communauté.

Dans le cas de l'expérimentation Ipep, les apprentissages sociaux aboutissent à un changement d'objectif dans la mise en œuvre de l'instrument, qui entraîne une reconfiguration de la communauté d'instruments avec le retrait progressif du ministère, alors que les économistes de la Cnam réaffirment leur rôle (1). De son côté, l'expérimentation Peps suscite des apprentissages sociaux dans le réglage des instruments, face à la difficulté toujours aussi prégnante d'engager les professionnels libéraux dans la communauté d'instruments (2). Au-delà de la communauté d'instruments, les instruments de coordination prennent une place croissante dans les politiques d'organisation des soins primaires. Cette évolution ne s'accompagne cependant pas d'un recours accru aux méthodes économiques, qui apparaissent spécifiques aux instruments étudiés (3).

[157] « Une tentative délibérée pour ajuster les objectifs ou les techniques d'une politique en réponse à des expériences passées ou à de nouvelles informations », traduction proposée par Noémie Morize.

2.1. De la coordination intersectorielle à la coordination pluriprofessionnelle (Ipep)

Au moment de la conception du modèle économique, les promoteurs administratifs d'Ipep le présentaient comme un moyen d'augmenter la coordination entre les secteurs de la ville et de l'hôpital, d'améliorer la qualité des soins et de réduire les dépenses de santé. Ces trois objectifs étaient perçus comme concomitants. Les financements au résultat alloués par les modèles économiques devaient permettre d'inciter les professionnels de soins primaires à mieux prendre en charge des patients en amont et en aval des hospitalisations.

Les économistes administratifs n'ont cependant pas pu élaborer l'ensemble des indicateurs de qualité qu'ils avaient envisagés. Lors de la fabrique du modèle, ils ont également réajusté le calcul des financements, devant le constat que peu de professionnels de santé obtenaient des gains d'efficience. Localement, les premiers résultats de l'évaluation qualitative sur les professionnels libéraux soulignent que ces financements collectifs sont utilisés au sein des MSP pour mettre en œuvre des projets qui font sens localement (Morize et Schlegel, 2023). De plus, les professionnels libéraux ne cherchent pas spécifiquement à se coordonner avec le secteur hospitalier ni à maximiser leurs gains relativement aux modèles économiques (Morize et Schlegel, 2023). Ces appropriations des instruments doivent être contextualisées : les professionnels de santé se sont engagés dans l'expérimentation Ipep pour financer des projets locaux, le plus souvent interprofessionnels, et ils poursuivent cette logique dans la mise en œuvre indépendamment du modèle économique. Cependant, ces résultats relativisent le rôle des incitations financières dans l'orientation des pratiques des professionnels à distance. Alors que l'expérimentation prend fin, quels apprentissages en résultent ?

À la fin du processus expérimental, les économistes administratifs conçoivent plusieurs ajustements du modèle économique Ipep, portant à la fois sur les réglages de l'instrument (modèle économétrique, indicateur…), mais également sur ses publics (1). Plus encore, certains des économistes administratifs proposent de repenser les objectifs du modèle économique en les orientant vers la coordination pluriprofessionnelle en soins primaires davantage que vers la coordination intersectorielle. Si les médecins généralistes libéraux sont pleinement enrôlés dans la communauté d'instruments, la modification des objectifs du modèle économique entraîne un désengagement des administratifs au sein de la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) au sein du ministère de la Santé (2).

Des apprentissages sociaux issus de l'expérience

Dès 2022, les économistes administratifs commencent à anticiper la fin du processus expérimental. Assez rapidement, ils affirment auprès des professionnels de santé leur volonté de transposer le modèle économique Ipep dans le droit commun, en l'intégrant dans les accords conventionnels interprofessionnels qui financent les MSP et les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). Les promoteurs administratifs de l'instrument prennent en compte les informations issues de l'expérience collective de la mise en œuvre du modèle, ou des rapports intermédiaires d'évaluation, pour ajuster les instruments à la fois dans leurs outils, leurs publics et leurs objectifs.

Tout d'abord, les économistes administratifs redéfinissent les outils des modèles économiques en perspective d'une transposition dans le droit commun. Comme nous l'avons montré dans le chapitre 4, le modèle appliqué en 2023 n'est pas tout à fait stabilisé, et certains outils de l'instrument n'ont pas pu être automatisés. L'instrument envisagé se réduit aux outils automatisés, excluant certains des indicateurs de qualité spécifiques aux soins primaires qui auraient dû être élaborés dans le temps de l'expérimentation.

> Lors d'un comité de pilotage Ipep, « l'équipe nationale » discute du modèle Ipep à généraliser dans le droit commun. David L., économiste spécialisé à la Cnam, explique que « pour la composante qualité, les indicateurs automatisés dans le système national des données de santé, ils font consensus, ils gardent leur sens, et les trois indicateurs, "Lettre de liaison", "prévention" et "numérique", on peut laisser tomber, c'est de bonnes idées, mais on n'a pas trouvé de solutions satisfaisantes » (Observation, comité de pilotage Ipep, 03/23).

Le renoncement à ces indicateurs est également lié à l'absence de ressources dans les administrations pour les développer. Le modèle économique Ipep est recentré sur les indicateurs liés aux hospitalisations et sur les dimensions d'efficience économique du modèle.

De plus, la perspective de l'inscription dans le droit commun fait porter une attention accrue sur les budgets attribués dans Ipep. Malgré un montant des financements liés aux gains d'efficience moins élevé que prévu, les économistes administratifs considèrent les sommes allouées trop importantes pour que le modèle économique soit diffusé tel quel à l'échelle nationale.

> Lors d'un comité de pilotage Ipep, Clémence P., cheffe de projet à la DGOS au ministère de la Santé, souligne la nécessité de trouver une manière de plafonner

> le modèle, « parce que là à l'échelle d'un pays, ce n'est pas tenable » (Observation, comité de pilotage Ipep, 03/23).

Il est par exemple envisagé de suspendre les « crédits d'amorçage » qui formaient une base de financement les premières années, pour ne conserver que les financements aux résultats, réduisant les fonds alloués dans le cadre de l'instrument. Ces crédits d'amorçage étaient appréciés par les professionnels libéraux dans l'expérimentation, car permettant de financer librement leurs projets sans condition de résultats.

Ensuite, la transposition dans le droit commun de l'expérimentation est l'opportunité pour les économistes administratifs de recadrer le public ciblé. En effet, au début de la phase expérimentale, la possibilité d'inclure des organisations hospitalières dans l'expérimentation avait été conservée à la demande de la direction de la DGOS, au ministère de la Santé. Les économistes administratifs prévoient de restreindre l'instrument aux organisations de soins primaires, s'appuyant sur l'expérience qu'ils jugent peu concluante[158] de la mise en œuvre du modèle économique dans les groupements hospitaliers.

> « Pour des raisons différentes, les hôpitaux vont sortir (…) on voit bien et même ils comprennent bien eux-mêmes que ce n'est quand même pas le bon mode de rémunération » (David L., économiste administratif, formé en master d'économie, Cnam, 09/23).

Le processus expérimental permet en lui-même – en dehors de toute évaluation – de légitimer les décisions des économistes administratifs, au travers de ce qu'ils donnent à voir de leur expérience dans le pilotage des instruments aux décideurs administratifs.

Les organisations libérales (MSP ou CPTS) restent ainsi les cibles privilégiées par les économistes administratifs. Ces derniers incluent également les centres de santé salariés, qui avaient fait pression politiquement pour entrer dans l'expérimentation[159]. Les centres de santé restent cependant un second choix pour les économistes administratifs, comme l'illustre cet extrait d'observation.

[158] Les économistes administratifs estiment que les projets menés par la plupart des groupements hospitaliers ne correspondent pas aux objectifs d'Ipep, car ils sont restreints à une ou deux pathologies et non pas à une prise en charge globale des patients. De plus les groupements hospitaliers ont, en grande majorité, peiné à enrôler des médecins généralistes dans l'expérimentation, et ont ainsi mis en place le modèle économique sur un nombre restreint de patients affiliés aux médecins traitants (Bourgeois, 2024).
[159] Voir chapitre 2.

> Lors d'un comité de pilotage, Clémence P., cheffe de projet Ipep à la DGOS au ministère de la Santé, demande à David L. « *quid* des centres de santé ? On les exclut ? » David L., économiste spécialisé à la Cnam, répond « bah non, il ne faudrait pas. Je ne vois pas à quel motif on pourrait les exclure » (Observation, comité de pilotage Ipep, 03/23).

L'extrait témoigne de la position ambiguë des centres de santé, à la fois peu désirés dans le modèle tout en étant trop proches des MSP d'un point de vue organisationnel pour justifier leur exclusion. L'expérimentation a ainsi permis de légitimer par l'expérience les professionnels de soins primaires comme public cible de ce mode de rémunération : cela ne modifie pas les objectifs de l'expérimentation, mais tend à les clarifier.

Une reconfiguration de la communauté à l'aune de nouveaux objectifs

Si les apprentissages amenant à ajuster les outils et les publics de l'instrument font consensus entre les promoteurs administratifs d'Ipep, ce n'est pas le cas d'un autre apprentissage qui amène certains économistes administratifs à repenser les objectifs de l'instrument. Dès l'année 2022, les promoteurs administratifs prennent officiellement position en faveur de l'inscription du modèle économique dans le droit commun. En effet, dans le rapport d'étape annuel qu'ils livrent au CTIS, ils soulignent déjà des « transformations organisationnelles » que l'expérimentation aurait permises.

> Alors que l'expérimentation est entrée dans sa quatrième année et que le terme fixé à fin 2023 approche, il importera d'envisager les suites potentielles à cette période de 5 ans, en associant les groupements expérimentateurs à cette réflexion. Cette échéance marque également la fin d'un certain nombre d'expérimentations autorisées dans le cadre de l'Article 51 et les années 2022 et 2023 seront consacrées à la définition des conditions permettant la généralisation des projets dont l'impact sur l'amélioration de la prise en charge des patients aura été documenté. Sans présumer des conclusions de l'évaluation menée par l'Irdes, bon nombre de groupements ont mis en œuvre des transformations organisationnelles, riches d'enseignements et financées dans le cadre d'Ipep, pour lesquelles il importe de donner de la visibilité sur leur maintien dans la durée selon des modalités à définir, dès lors qu'elles auront fait leurs preuves (Document interne, rapport d'étape Ipep, 2022).

Dans ce rapport d'étape à destination du CTIS, les économistes administratifs valorisent leur instrument auprès des élites administratives.

David L., économiste administratif formé en master d'économie, manageur à la Cnam, s'investit particulièrement dans la poursuite de l'expérimentation Ipep. Il a suivi cette expérimentation depuis ses débuts, et considère qu'Ipep aurait rempli ses promesses.

> « Il y a un certain type de porteurs vis-à-vis desquels on peut considérer que cela a fonctionné dans le sens où (…)… Ils ont reçu le financement et ils en ont très vite fait quelque chose qui est en lien avec ce mode de rémunération c'est-à-dire un financement collectif, additionnel, à la performance, qui doit leur permettre de mettre en place des projets à l'échelle de leur patientèle, en lien avec plus de coopérations, plus de… Et cela, on le voit très bien dans des groupements portés par des MSP et des CPTS, c'est clair. Ça nous montre déjà que (…) le principe de cette rémunération additionnelle à la performance qui n'est pas garantie, mais qui est un bonus, ça peut permettre de driver des projets collectifs, pluripro : oui ! Et ils en font des choses intéressantes, c'est clair ! C'est quand même une première réponse » (David L., économiste administratif, formé en master d'économie, Cnam, 09/23).

David L. se fonde alors sur les interactions avec les professionnels de santé, et notamment avec ceux issus d'équipes estimées exemplaires. Ces « transformations organisationnelles » se rapportent à de nouvelles actions qu'aurait permis de mettre en place l'expérimentation Ipep. Cependant, David reformule les objectifs de l'instrument, qui ne sont alors plus tellement la coordination entre la ville et l'hôpital (caractéristique des objectifs portés par la DGOS), mais le renforcement de l'exercice coordonné et pluriprofessionnel en soins primaires. Alors que David L. modifie les promesses de l'instrument, il se rapproche des objectifs partagés par la DSS au ministère de la Santé et par les médecins entrepreneurs.

Le processus expérimental ne suscite cependant pas des apprentissages uniformes au sein des promoteurs administratifs. En effet, des acteurs venant à la fois d'autres directions de la Cnam[160] et de la DGOS au ministère de la Santé s'appuient sur les évaluations intermédiaires pour contester le principe même de l'instrument (le modèle économique).

[160] En effet, Louise C., médecin économiste en charge des indicateurs de qualité Ipep côté Cnam, est rattachée au département de l'hospitalisation, dans la direction déléguée à la gestion et à l'offre de soins, et non pas à la DSES.

> En comité de pilotage Ipep, les promoteurs administratifs réfléchissent à la suite de l'expérimentation. Clémence P., cheffe de projet Ipep à la DGOS, souligne que les « projets des groupements sont très spécifiques par rapport au caractère très général des indicateurs », « ce qui rend l'interprétation des résultats d'intéressement pas évidente pour eux, entre ce qu'ils font et leurs résultats ». Louise C., médecin économiste à la Cnam, souligne qu'en effet « les groupements perçoivent l'intéressement comme un intéressement complémentaire, ils ne comprennent pas la mécanique du projet, ils sont venus dans le projet avec l'idée… c'est ce qu'ont montré les travaux de l'Irdes, c'est un bonus. Je trouve que c'est une dimension importante de ce qui ressort, est-ce que c'est le modèle en lui-même ou le fait qu'ils puissent recevoir un financement complémentaire. Entre la complexité et ce qu'ils souhaitent en faire est-ce qu'il n'y a pas un décalage ? Et ils ne s'adaptent pas forcément au projet ». David L. relativise ce constat en expliquant que « c'est assez hétérogène parmi les groupements, et il y en a un certain nombre qui ont mieux perçu le modèle, et qui ont des actions plutôt en phase avec le modèle, orienté patientèle générale, avec plusieurs types d'actions qui vont de la prévention au soin, des trajets ville hôpital ». (Observation, comité de pilotage Ipep, 03/23).

Les apprentissages ne sont donc pas homogènes au sein des promoteurs administratifs : les résultats (expérientiels ou issus des évaluations) des expérimentations sont interprétés différemment suivant les positions des acteurs. Comme cela a été souligné dans le chapitre 4, les membres de la DGOS au ministère de la Santé se désinvestissent progressivement de la communauté d'instruments. Les dernières réunions se font en présence de membres du ministère, et notamment de Clémence P., qui est à ce moment cheffe de projet Ipep à la DGOS au ministère de la Santé. Elle n'intervient pas dans la discussion, ou simplement pour spécifier que le ministère ne reprendra pas à sa charge l'élaboration des indicateurs de qualité. La sortie des hôpitaux et la perspective d'un modèle économique comme devant inciter les professionnels à une coopération d'abord entre professionnels de soins primaires – abandonnant l'objectif initial de la coordination entre la ville et l'hôpital – sont autant d'éléments qui éloignent le modèle économique du programme de la DGOS au ministère de la Santé. La reformulation des promesses d'Ipep rapproche également les deux instruments (Ipep et Peps). Le modèle Ipep devient alors plus aligné avec les revendications des médecins entrepreneurs : préserver le temps médical en renforçant la coordination pluriprofessionnelle.

Les médecins libéraux, de leur côté, affirment avec enthousiasme leur volonté de poursuivre l'expérimentation, ce qui peut sembler étonnant lorsqu'on connaît les nombreuses critiques qu'ils formulent à l'encontre de l'instrument. Les médecins libéraux valorisent à la fois les financements apportés par l'expérimentation et l'autonomie qu'ils ont dans sa mise en œuvre.

> Avril 2021, plénière en visioconférence. En fin de matinée, Henri T., médecin généraliste libéral, écrit sur le tchat « Nous espérons qu'Ipep puisse passer du stade d'expérimentation à celui de pérennisation après 2023… ! » David L., économiste à la Cnam, lui répond : « Henri, on espère aussi ! » (Observation, plénière Ipep, 04/21).

> Mars 2023. En plénière, Didier F., médecin généraliste, prend la parole pour exprimer sa satisfaction de participer à l'expérimentation Ipep : « la vérité c'est qu'on est englué dans un système très vingtième siècle avec une diminution des ressources et qu'Ipep, ça a été une bouffé d'oxygène qui a permis de créer des emplois et de libérer des professionnels qui étaient sous l'eau » (Observation, plénière Ipep, 03/23).

Cet enthousiasme retranscrit les bénéfices que leur apporte leur participation aux expérimentations, à la fois en termes de ressources financières et humaines, mais également de réseaux professionnels et d'influence sur l'action publique.

Au-delà de ces manifestations publiques de leur attachement à la communauté d'instruments, certains médecins généralistes libéraux sont également des membres des conseils d'administration d'organisations (pluri) professionnelles, notamment la fédération des MSP AVECSanté, la Confédération des syndicats médicaux français (CSMF) et Médecins Généralistes France (MG France). En entretien, ces acteurs affirment leur volonté de soutenir l'inscription de l'instrument dans le droit commun.

> « Ipep, on y croit beaucoup nous, AVECSanté [la fédération des MSP]. Pour nous c'est vraiment un levier fort pour aller vers l'équipe organisée, structurée, celle qu'on décrit nous, comme équipe traitante ou équipe santé de proximité (…). Et quelque part, donner aux équipes une rémunération à l'intéressement sur leur performance en termes de prise en charge, en termes de qualité de prise en charge et en termes médico-économiques, je pense que c'est vachement dynamisant pour des équipes qui sont elles aussi, là encore aussi organisées et

structurées. C'est un bon levier dynamique pour faire marcher la dynamique pluripro' » (Jacques P., médecin généraliste libéral, MSP de Belviac, 10/23).

Leur représentation de l'instrument rejoint celle murie par David L., autour de l'augmentation de la coordination et de l'organisation « d'équipes traitantes », sans nécessairement inclure une dimension intégrée avec les soins hospitaliers. L'expérimentation Ipep a ainsi eu pour effet de resserrer la communauté d'acteurs entre économistes administratifs de la DSES à la Cnam et médecins libéraux, autour d'un instrument qui pourrait à présent être envisagé comme un levier pour la coordination pluriprofessionnelle en soins primaires.

2.2. Un difficile enrôlement des libéraux (Peps)

Dans le cas de Peps, la mise en place d'un forfait pluriprofessionnel devait permettre l'augmentation de la coordination entre médecins généralistes et infirmières libérales, de manière à accroître la qualité des soins et à réduire les dépenses de santé. En mutualisant ces rémunérations forfaitaires, les professionnels devaient repenser localement la division du travail de soins, avec une délégation de certaines tâches des médecins aux infirmières. L'expérimentation concernait au départ trois modèles économiques : un pour les patientèles âgées, un autre pour les patientèles diabétiques, et un dernier pour l'ensemble de la patientèle affiliée aux médecins traitants.

Un seul de ces trois modèles a finalement été mis en place : celui qui concerne l'ensemble de la patientèle affiliée aux médecins traitants. Échouant à modéliser un forfait pluriprofessionnel, les économistes administratifs ont finalement mis en œuvre un forfait monoprofessionnel concernant uniquement les médecins généralistes. Au niveau local, la plupart des MSP se sont retirées du processus expérimental, rencontrant notamment des difficultés à se répartir collectivement des rémunérations. L'enquête qualitative souligne alors la spécificité des profils des professionnels libéraux engagés dans l'expérimentation : les professionnels de santé qui y exercent s'opposent à la rémunération à l'acte, un de ces collectifs pratiquant déjà le partage d'honoraires avant la participation à l'expérimentation. Cette spécificité questionne la capacité des pouvoirs publics à diffuser le modèle économique auprès d'un large nombre de médecins généralistes libéraux (Morize et Schlegel, 2023). Comment les différents acteurs de la communauté d'instruments prennent-ils en compte ces éléments ?

Les économistes administratifs envisagent de fusionner le modèle Peps avec d'autres forfaits expérimentés dans le cadre de l'Article 51 (1). Si les économistes administratifs de la Cnam et de la DSS au ministère de la Santé s'accordent sur ces recadrages, les professionnels libéraux

intermédiaires ne forment pas un groupe uniforme : alors que de rares médecins libéraux promeuvent la diffusion de Peps, plusieurs médecins entrepreneurs s'y opposent, marquant une fois de plus les difficultés des économistes administratifs à enrôler les libéraux autour de cet instrument (2).

Peps, un forfait parmi d'autres

Dans Peps, l'enjeu de la poursuite de l'instrument ne se pose pas dans les mêmes termes que dans l'expérimentation Ipep. En effet, après le lancement de l'expérimentation Peps, deux autres expérimentations de forfaitisation de la rémunération des médecins généralistes ont été lancées à « l'initiative des acteurs »[161], Ipso et Primordial (voir encadré n° 1 ci-après). Les économistes administratifs promoteurs de Peps envisagent alors de combiner ces différents modèles de forfaitisation.

> Durant la plénière Peps, Sarah A. explique que pour l'inscription du forfait dans le droit commun, il sera nécessaire de l'articuler avec les autres expérimentations au forfait, Ipso, Primordial, on ne peut pas travailler des modes de rémunération similaires sans articulation entre eux, ces modèles ne testent pas exactement la même chose (Observations, Plénière Peps, 05/23)

D'autres rémunérations forfaitaires ont également été expérimentées pour les infirmières libérales, notamment avec l'expérimentation Équilibre (voir encadré n° 1).

Les économistes administratifs envisagent alors de combiner certains de ces forfaits, afin de n'en proposer qu'un seul à l'échelle nationale. Cela passe par l'ouverture d'une nouvelle phase expérimentale de deux ans, qui aurait pour objectif de stabiliser le modèle économique forfaitaire.

<u>Encadré n° 1 : les différents forfaits en soins primaires dans l'Article 51</u>

En plus de Peps, deux forfaits médecins généralistes ont été testés à plus petite échelle, dans des expérimentations nommées respectivement « Ipso » et « Primordial ». La particularité de

[161] Les expérimentations « à l'initiative des acteurs » sont des expérimentations proposées directement par des acteurs, qu'il s'agisse d'établissement ou de professionnels de santé, d'entreprises privées ou associatives. Les expérimentations sont ensuite sélectionnées par l'équipe de la rapporteure générale, Natacha Lemaire, puis le cahier des charges est élaboré à l'aide des « méthodes collaboratives » proposées par des cabinets de conseil, lors de sessions de conseil. L'équipe de la rapporteure générale assure ensuite le suivi et la mise en œuvre de ces expérimentations. Elles concernent en général moins d'équipes que les expérimentations portées par les administrations nationales, comme Ipep et Peps.

ces forfaits est d'être testés dans des structures privées où les médecins sont salariés, et notamment pour Primordial, dans des centres de santé détenus par une entreprise multinationale à but lucratif. De plus, un forfait, « Équilibre », a également été expérimenté dans des cabinets d'infirmières libérales.

Ipso Santé, ou « Programme médecin traitant renforcé », est une expérimentation menée de 2020 à 2025 dans des cabinets médicaux « Ipso santé » installés en Île-de-France. Les cabinets pluriprofessionnels Ipso santé existent depuis 2015, ils ont été fondés par un groupe de médecins généralistes et d'ingénieurs. Conventionnés en secteur 1, ils proposent un exercice salarié. L'expérimentation propose un modèle économique différent de Peps.

Tableau n° 1 : Comparaison des forfaits Ipso et Peps

	Forfait Ipso	Forfait Peps
Ajustement au profil des patients	Oui selon de grands profils de patients (âgés, affection longue durée, pédiatrie…).	Oui avec un ajustement individuel par patient prenant en compte un ensemble de caractéristiques (âge, genre, pathologies, affiliation à une complémentaire santé sociale…).
Versement à…	Chaque médecin individuellement selon sa propre patientèle.	L'ensemble des médecins collectivement.
Prise en charge de soins complémentaires, en dehors des actes de médecine générale	Oui.	Non.

Ce forfait est individuel, avec un ajustement moins précis que dans Peps et une enveloppe complémentaire attribuée à chaque médecin de manière à adapter la prise en charge des patients aux situations considérées comme complexes, ou à prendre en charge des soins non remboursés par l'Assurance maladie.

L'expérimentation Primordial se déroule de 2020 à 2025. Contrairement à Ipso qui met en place un forfait totalement différent de Peps, Primordial s'appuie sur le modèle économique développé dans Peps. La différence entre les deux expérimentations se situe au niveau de leur public. Le forfait Peps s'adresse à des équipes déjà constituées depuis plusieurs années. Primordial est au contraire pensé pour de nouveaux centres de santé, créés spécifiquement dans le cadre de l'expérimentation. Le calcul du forfait Peps se base sur des données de la patientèle de l'année précédente ; le calcul du forfait Primordial a été ajusté pour prendre en compte la création de patientèle. Les promoteurs de l'expérimentation ciblent spécifiquement des zones sous-dotées pour en améliorer l'accessibilité. L'expérimentation doit ainsi

permettre l'ouverture de cinq nouveaux centres de santé pluriprofessionnels, où les professionnels sont salariés. Le cahier des charges prévoit également une standardisation des parcours des patients. Le porteur de l'expérimentation Primordial est le groupe de clinique privé multinational Ramsay Santé, qui bénéficie grâce à l'Article 51 de financements pour développer son offre privée en soins primaires, secteur jusqu'à présent relativement épargné par l'entrepreneuriat lucratif en France. Juridiquement qualifiées de centres de santé, ces organisations sont conventionnées en secteur 1, ne pratiquant pas de dépassement d'honoraires.

Par ailleurs, le forfait Équilibre a été expérimenté spécifiquement pour des infirmières, de 2019 à 2024. Ce forfait est mis en place dans une trentaine de cabinets infirmiers libéraux. Ces cabinets infirmiers sont membres d'une association, Soignons Humain, créée en 2017, qui s'inspire de modèles développés aux Pays-Bas (Buurtzorg) pour promouvoir un travail en équipe d'infirmières et en autogestion (Cristofalo et Dariel, 2021). L'expérimentation propose un forfait collectif rémunérant le temps passé auprès des patients selon une évaluation standardisée de leur situation.

En repensant le modèle économique, les économistes administratifs intègrent les difficultés rencontrées pour enrôler les professionnels libéraux. Il est notamment envisagé de reconsidérer la dimension collective de la rémunération, qui a mis en difficulté plusieurs équipes libérales. Le forfait Ipso est alloué individuellement aux médecins généralistes, selon le nombre et le type de patients suivis.

> « Ipso, il y a une vraie différence philosophique, c'est que c'est une brique additive par patient et par médecin [il s'agit d'un forfait par patient qui est versé individuellement à chaque médecin selon les patients qui lui sont affiliés médecins traitants]. Là où nous [dans Peps], en fait, on est sur une patientèle d'équipe avec un versement d'équipe (…). C'est-à-dire que [dans Ipso] les 78 euros de forfait socle pour tout patient qui passe, il est attribué au forfait du médecin X. Et du coup, c'est ce médecin X qui génère tant de forfaits. Là où nous [dans Peps], c'est vraiment collectif et global dans le cadre de l'expérimentation. Et ce n'est pas le médecin, c'est l'équipe et la patientèle de l'équipe. Je ne pense pas que ça soit antinomique. Je pense qu'il y a des choses qui peuvent s'articuler, s'harmoniser » (Sarah A., formée en master d'Affaires publiques, DSS, 12/23).

Les apprentissages amènent les promoteurs administratifs à repenser le système d'allocation du modèle. Initialement, les promoteurs administratifs n'avaient pas envisagé qu'allouer collectivement des rémunérations (et non plus seulement des financements complémentaires) entraînerait des tensions dans les équipes. L'allocation libre du forfait était au contraire pensée comme une des conditions de l'engagement des professionnels libéraux, afin de ne pas réduire leur autonomie. Au regard des difficultés rencontrées par les libéraux pour se répartir ces rémunérations, ils repensent le forfait pour allouer au moins une partie des financements individuellement, de manière à éviter ces tensions.

Par ailleurs, alors qu'ils n'ont pas réussi à mettre en place un forfait pluriprofessionnel, cet objectif initial est requestionné au moment de la généralisation. Les promoteurs administratifs envisagent une expérimentation au forfait intégrant les infirmières libérales uniquement autour du suivi des patients âgés, proposant une nouvelle version d'un des deux forfaits n'ayant pas été mis en œuvre.

> « Dans les réflexions qu'on se fait pour la phase d'harmonisation, on essaye de tenir compte des ratés qui sont… Je parle de ratés, mais en fait, ce n'est pas des ratés parce que ça nous apprend des choses sur comment fonctionnent les patientèles médecins généralistes et infirmières libérales. Et du coup, ce qu'on aimerait bien creuser, c'est une espèce de brique patient dépendant. Pour ces patients-là, en allant à domicile, on aurait du financement de temps d'infirmière libérale en sus et visible (…). Pour les patients dépendants âgés, on sait faire de la prédiction aujourd'hui, on peut sortir quelque chose d'assez robuste. (*Enquêtrice : le modèle était abouti*.) Exactement. Et là-dessus, on se dit qu'en fait, si on crée un module à la main de l'équipe, c'est-à-dire sur ce patient, je déclenche ce module, j'ai X euros mobilisables de l'infirmière libérale dessus, on n'aura pas notre sujet de concordance des patientèles » (Sarah A., formée en master d'Affaires publiques, DSS, 12/23).

Les promoteurs administratifs « tiennent compte des ratés », comme le souligne Sarah A. Dans le cas du forfait pour les infirmières libérales, une des plus importantes difficultés avait été l'absence de recoupement entre les patientèles des médecins généralistes et des infirmières (un patient suivi par un médecin généraliste d'une MSP n'est pas forcément pris en charge par une infirmière de la même MSP et vice versa). Les promoteurs administratifs proposent donc un forfait infirmière qui serait déclenché individuellement par un médecin, ce qui permet d'ajuster selon les situations locales tout en attribuant une somme précise aux infirmières (évitant ainsi

les tensions liées au partage localement négocié d'une enveloppe de rémunérations pluriprofessionnelles).

Une fragmentation des médecins entrepreneurs

Dans la poursuite de l'expérimentation au forfait, les membres de la DSS au ministère de la Santé et de la DSES à la Cnam maintiennent leur alliance au sein de la communauté d'instruments. Sur la fin de l'expérimentation, le modèle économique Peps suscite un investissement politique croissant, qui s'illustre par la venue lors d'une des dernières plénières des directions à la fois de la DSES (à l'Assurance maladie) et de la DSS (au ministère de la Santé), alors que les hiérarchies des manageurs ne participent habituellement pas à ces assemblées.

> Léna R., membre de la direction de la DSS au ministère de la Santé, introduit la plénière Peps. Elle dresse un portrait flatteur de l'expérimentation Peps : celle-ci aurait permis de libérer les équipes soignantes de la contrainte de l'acte, de répondre aux besoins des patientèles, d'assurer une meilleure qualité des soins et une meilleure coordination entre professionnels, d'améliorer les conditions de travail des professionnels de santé, et enfin de permettre une augmentation de la file active du nombre de patients suivis, « tout ça dans le respect de l'Ondam ». Elle clôture son discours d'ouverture par cette affirmation : « on a réussi à planter des petites graines pour sortir du tout à l'acte, on démontre que le paiement au forfait c'est possible ! » (Observation, plénière Peps, 05/23).

Les acteurs de la communauté d'instruments présentent l'expérimentation comme preuve de la possibilité de sa mise en œuvre dans des équipes libérales, quand bien même elles ne sont que deux. L'évaluation apparait alors secondaire, puisque l'expérimentation en elle-même suffit à en affirmer la possibilité.

Pour autant, les professionnels libéraux apparaissent bien plus fragmentés face à l'instrument que dans le cas d'Ipep, où il fait consensus. Trois postures sont identifiables : un engagement enthousiaste autour de l'instrument à venir ; une participation conditionnelle ; ou une opposition franche.

Premièrement, les deux équipes libérales qui ont concrètement mis en place le modèle économique dans leur MSP sont enthousiasmées par le mode de rémunération au forfait, comme nous l'avons souligné dans le chapitre 5. Elles demandent une transposition dans le droit commun du modèle économique, pour leur permettre de continuer à exercer au forfait

monoprofessionnel concernant les médecins généralistes. Elles ne s'opposent pas non plus à la poursuite de l'expérimentation, qui permettrait de contourner temporairement les syndicats libéraux.

> En plénière Peps, les professionnels de santé réagissent à la perspective de la prolongation de l'expérimentation. Les médecins salariés des centres de santé se disent « atterrés » de la décision de ne pas transposer l'expérimentation dans le droit commun dès à présent. « On n'est pas toujours obligé d'attendre le plus lent », déclare un des médecins salariés, faisant référence aux médecins salariés. Gregory D., médecin libéral, lui répond « Nos syndicats ne sont pas représentatifs de ce que pensent certaines équipes libérales. On est d'accord avec vous sur le fait qu'il ne faut pas que ça bloque, on ne veut pas attendre trop longtemps, mais ça nous paraît important d'avancer ensemble » (Observation, plénière Peps, 01/24).

Ces médecins libéraux promoteurs de Peps sont également soutenus par d'autres médecins généralistes libéraux exerçant en MSP [162], qui se manifestent auprès des économistes administratifs pour rejoindre l'expérimentation envisagée. Fin février 2024, le CTIS valide la demande des économistes administratifs de poursuivre l'expérimentation. Celle-ci est ouverte uniquement à de nouvelles MSP, et permet aux MSP et centres de santé alors bénéficiaires du forfait de maintenir le même mode de rémunération.

Deuxièmement, un groupe de médecins généralistes engagés au bureau de la fédération des MSP conditionnent leur soutien à la mise en place d'un forfait pluriprofessionnel incluant les infirmières libérales autour du suivi des patients âgés.

> « Au niveau d'AVECSanté, ce qu'on est en train de réfléchir avec la DSS et même aussi ce qu'on a proposé à la Cnam, c'est comme on voit bien que Peps c'est difficile, ou alors Peps sur certaines pathologies, je pense qu'on n'a pas été assez au bout du raisonnement sur du financement de pathologie type diabète, parcours diabète ou parcours insuffisance cardiaque (…). Sur l'association Équilibre, on voit bien que cette rémunération forfaitaire permet aussi de se détacher du paiement à l'acte et de faire par exemple des actions de prévention

[162] Elles sont entre cinq et dix en janvier 2024. La poursuite de l'expérimentation étant encore officieuse et le processus de sélection pas encore enclenché, ce chiffre n'est qu'indicatif et ne représente pas nécessairement les choix qui seront effectués par la suite (du côté des économistes administratifs comme des professionnels libéraux).

(…). Et à mon avis, nous ce qu'on dit à la Cnam et à la DSS, c'est : "tentons au niveau des MSP, un Peps mixte incluant cette rémunération partagée entre médecins, sur la base de forfait dans des situations type diabète, insuffisance cardiaque ou voire la patientèle âgée ou voire la patientèle totale et mixons ça avec le même raisonnement qui nous animait dans l'Article 51 Équilibre" » (Jacques P., médecin généraliste libéral, MSP de Belviac, 10/23).

Cette position est alignée avec la revendication de la fédération d'une organisation des soins pluriprofessionnelle et égalitaire, où les médecins n'occuperaient pas une place centrale (Vezinat, 2019b). Cela se traduirait aussi par des rémunérations pluriprofessionnelles, qui ne soient pas basées uniquement sur la patientèle des médecins traitants. L'enrôlement conditionnel de ces acteurs encourage sans doute la Cnam et la DSS au ministère de la Santé dans le choix de rechercher un modèle pluriprofessionnel. Cependant, comme le souligne Sarah A., les promoteurs administratifs anticipent également les difficultés que pourrait entraîner la conception d'un nouveau forfait.

« Et ça [le modèle pour les infirmières libérales] vous pourrez l'expérimenter en même temps ?

Oui, dans l'ambition. Il faut voir si on y arrive, mais dans l'ambition c'est le même séquençage » (Sarah A., formée en master d'Affaires publiques, DSS, 12/23).

La poursuite de l'expérimentation Peps donne l'opportunité à la fédération des MSP de ne pas s'opposer frontalement à l'instrument, maintenant une relation partenariale avec la communauté sans y être totalement engagé.

Troisièmement, certains des professionnels libéraux qui avaient quitté l'expérimentation marquent leur désapprobation quant à la poursuite de la rémunération au forfait. Nous pouvons ici citer Jean-Luc A., ancien membre du conseil d'administration de MG France, qui s'est retiré de l'expérimentation en 2020. Son enrôlement dans les expérimentations avait été considéré comme crucial par les économistes administratifs, pour préparer les négociations conventionnelles. Cependant, sa participation au nom de sa MSP n'a pas garanti son soutien. Il considère au contraire l'expérimentation Peps comme un échec.

Suite à la présentation en Mardi de l'Irdes des résultats d'une enquête qualitative sur le profil des porteurs des MSP engagées dans les expérimentations Ipep et

> Peps, Jean-Luc A., médecin généraliste à Grézilhac et membre du bureau de MG France, prend la parole pour partager son expérience dans l'expérimentation Peps. Il conclut en disant que « la pire des choses serait de se dire ″on fait une expérimentation et elle doit être généralisée″. J'en ai souvent parlé avec Natacha Lemaire [la rapporteure générale de l'Article 51], il faut en tirer les leçons, et on voit que Peps en équipe libérale, ce n'est pas forcément transposable » (Observation, restitution en Mardi de l'Irdes, 10/22).

Didier F., membre du conseil d'administration de la CSMF et également sorti de l'expérimentation Peps, affiche une position plus nuancée lors des entretiens en affirmant que son syndicat soutiendra l'expérimentation. Il reconnait cependant que ce mode de rémunération rencontrerait l'opposition des autres syndicats.

> « On n'a aucune opposition. On est très intéressé par globalement tout ce qui est nouvelle organisation, nouvelle forme de financement, y compris Peps (…) ! Mais on sait que c'est une minorité de médecins et qu'on a des syndicats qui sont entièrement opposés à ça » (Didier F., médecin généraliste libéral, MSP de Cazennes, 11/23).

Le débat devient public avec la réouverture des négociations conventionnelles des médecins généralistes en janvier 2024. Les deux syndicats principaux, MG France et la CSMF, prennent alors position dans la presse spécialisée pour marquer leur opposition au forfait Peps. Ainsi, dans un article du Concours Pluripro, publié le 18 janvier 2024[163], Luc Duquesnel, président de la section généraliste de la CSMF, partage son expérience négative de participation à Peps, soulignant les difficultés rencontrées pour se répartir les rémunérations. Le même article cite également Agnès Giannotti, présidente de MG France, qui déclare que Peps « est totalement inapplicable pour le libéral »[164].

---

[163] Perreau L., « Aussitôt proposée, aussitôt enterrée : l'expérimentation Peps retoquée dans sa forme actuelle par les médecins libéraux », Concours Pluripro, publié le 18 janvier 2024, consulté en ligne en janvier 2024 : https://www.concourspluripro.fr/exercice-pluriprofessionnel/metiers/aussitot-proposee-aussitot-enterree-lexperimentation-peps.

[164] Ces déclarations ont suscité des prises de position fermes en faveur du forfait de la part des médecins salariés de centres de santé, mais aussi de certains médecins libéraux. Dans un article publié en février toujours dans le Concours pluripro, la fédération régionale des MSP en Auvergne-Rhône-Alpes prend position en faveur de la poursuite de l'expérimentation. Voir : Perreau L., « "Peps est tout à fait faisable en équipe et en maison de santé" : en Auvergne-Rhône-Alpes, les libéraux montent au créneau », Concours Pluripro, publié le 5 février 2024, consulté en ligne en février 2024 : https://www.concourspluripro.fr/exercice-pluriprofessionnel/msp/peps-est-tout-fait-faisable-en-equipe-et-en-maison-de-sante-en.

Dans le cas du forfait Peps, les médecins entrepreneurs libéraux n'apparaissent pas comme un acteur collectif homogène, partageant un but commun, mais sont au contraire divisés en plusieurs sous-groupes portant des représentations différenciées sur les réformes des soins primaires. Ce constat enrichit la compréhension des dynamiques actuelles des soins primaires : parmi les promoteurs de l'exercice coordonné chez les professionnels, il n'y a pas qu'une seule conception de l'organisation des soins, mais plusieurs conceptions qui cohabitent autour de la coordination des professionnels de santé (plus ou moins égalitaire ou médicale) et des modes de rémunération (plus ou moins critiques du paiement à l'acte). De plus, cela montre les limites du processus expérimental pour enrôler ces acteurs dans la communauté d'instruments. En effet, l'expérimentation peut aussi produire des expériences jugées négatives, susceptibles de susciter l'opposition de médecins entrepreneurs dont la position se trouve légitimée par leur tentative de mise en place du forfait.

2.3. Une institutionnalisation asymétrique des instruments de coordination en soins primaires

Au début de cette thèse, je présentais les instruments Ipep et Peps comme de nouvelles séquences d'une trajectoire de réformes (Bezes et Palier, 2018), visant à augmenter la coordination dans le secteur des soins primaires. Au moment où je finis cette thèse, plus de sept ans après les premières réflexions sur ces instruments en 2017, qu'en est-il ce de ces réformes ?

Depuis 2017, les MSP et les CPTS se sont diffusées, de nouveaux métiers dédiés à la coordination ont fait leur apparition (assistants médicaux, infirmières en pratique avancée), et de nombreuses expérimentations de coordination des soins primaires ont été mises en place dans le cadre de l'Article 51. La pandémie de Covid-19 semble avoir renforcé cette tendance, les annonces du « Ségur de la santé » comportant un axe sur le « décloisonnement » entre les secteurs de la ville et de l'hôpital, avec l'annonce d'une généralisation des CPTS à l'ensemble du territoire français. Le rapport du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) en septembre 2022 « Organisation des Soins de proximité : Garantir l'accès de tous à des soins de qualité » encourage également le développement des MSP et des CPTS. En juillet 2023, le gouvernement lance un plan d'action « pour améliorer l'accès aux soins dans les territoires ». Parmi les mesures phares de ce plan, on peut citer l'accroissement du nombre d'assistants médicaux, la généralisation des CPTS sur l'ensemble du territoire ou l'objectif de 4 000 MSP en France. De plus, la DSS au ministère de la Santé porte dans la loi de financement

de la sécurité sociale pour 2024 un nouvel instrument, les « Parcours coordonnés renforcés[165] » afin de financer dans le droit commun certaines expérimentations issues de l'Article 51 touchant à leur fin. Le tableau ci-dessous présente de manière synthétique les différents instruments de coordination des soins primaires qui ont été mis en place au niveau national depuis 2007.

Tableau n° 2 : Les instruments de coordination de réformes des soins primaires depuis 2007, au niveau national

Instrument	Statut législatif	Date	Promoteurs administratifs[166]	Évaluation réalisée par l'Irdes[167]
Expérimentation des nouveaux modes de rémunération	Expérimentation	2007 - 2014	DSS, puis DGOS et Cnam.	Oui
Association Asalée	Expérimentation	2012[168] – aujourd'hui	DSS	Oui
Parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie	Expérimentation	2014 – aujourd'hui	DSS	Oui
Accord conventionnel interprofessionnel des centres de santé	Convention pluriprofessionnelle	2015 – aujourd'hui	Cnam	Non évalué
Accord conventionnel interprofessionnel des MSP	Convention pluriprofessionnelle[169]	2017 - aujourd'hui	DSS, DGOS et Cnam.	Oui
Ipep	Expérimentation	2018 – 2024	DGOS, Cnam	Oui
Peps	Expérimentation	2018 – 2024	DSS puis Cnam	Oui
Accord conventionnel interprofessionnel des CPTS	Convention pluriprofessionnelle	2019 – aujourd'hui	DGOS puis Cnam	Non évalué
Assistants médicaux	Convention médicale	2019 – aujourd'hui	Cnam	Non évalué
Convention des infirmières en pratique avancée	Convention infirmière	2020 – aujourd'hui	Cnam	Non évalué

[165] Ces parcours coordonnés renforcés visent à mettre en place un financement forfaitaire transversal entre le secteur de la ville et de l'hôpital, sortant du financement de l'hôpital d'une part et conventionnel d'autre part. Il s'agirait d'un forfait alloué à des organisations mettant en place des parcours intersectoriels autour de pathologies ou de patientèles ciblées.

[166] Le tableau ne donne pas à voir les importantes mobilisations professionnelles ayant amené les acteurs administratifs à financer certains de ces instruments, comme les infirmières en pratique avancée ou l'accord conventionnel des centres de santé.

[167] Dans le cadre d'une convention d'évaluation avec une des institutions administratives promotrices de l'instrument.

[168] L'association Asalée a d'abord été une expérimentation à petite échelle – de 2007 à 2012 – avant de proposer un salariat à l'échelle nationale (Fournier et al., 2018).

[169] L'Accord conventionnel interprofessionnel des MSP a été précédé d'un Règlement arbitral de 2015 à 2017, en l'absence d'accord trouvé avec les syndicats représentatifs lors des négociations qui ont suivi la fin des Expérimentations de nouveaux modes de rémunération (Moyal, 2021).

Structures d'exercices coordonnées participatives	Expérimentation	2021 – 2024	Délégation interministérielle à la Prévention et à la Lutte contre la Pauvreté	Non, évaluation réalisée par un cabinet de conseil dans le cadre de l'Article 51
Parcours coordonnés renforcés	Article de loi[170]	2024 – aujourd'hui	DSS	Non évalué

Les instruments sélectionnés dans ce tableau sont déployés à une échelle nationale, s'adressent à des professionnels de soins primaires et donnent accès à des financements.

Depuis 2017, les promoteurs administratifs des instruments de coordination se sont renforcés et ont étendu leur activité au-delà de la Cnam et du ministère de la Santé (1). Cette institutionnalisation ne s'accompagne cependant pas d'une diffusion des méthodes économiques, qui sont au contraire remises en question par l'expérience des modèles Ipep et Peps (2). L'institutionnalisation des instruments de coordination se traduit également par la mobilisation croissante des élites administratives et politiques autour de ces solutions, participant à en renforcer la légitimité (3).

La communauté d'instruments au-delà des expérimentations Ipep et Peps

Depuis 2017, on observe une multiplication des instruments de coordination visant les professionnels de soins primaires. Certains de ces instruments sont le résultat de mobilisations professionnelles davantage que de l'action d'acteurs administratifs, comme l'accord conventionnel interprofessionnel permettant de revaloriser les centres de santé. Ces instruments de coordination sont promus par les mêmes institutions : la Cnam et la DSS au ministère de la Santé, puis dans une moindre mesure la DGOS au ministère de la Santé. Au sein de ces institutions, la solution des instruments de coordination semble connaître une institutionnalisation progressive. Dans le cas de l'expérimentation Peps par exemple, elle était présentée au moment de son lancement comme une initiative personnelle d'un économiste administratif, Christophe R. Fin 2023, Sarah A. la présente à présent comme faisant partie de l'« ADN » de l'institution :

> « Je pense que c'est beaucoup dans l'ADN de la DSS. On a toujours historiquement été à pousser des nouveaux modèles de financement pour les tester de nouvelles choses, je pense notamment aux Expérimentations de

[170] Article 46 de la Loi de financement pour la sécurité sociale pour 2024.

> nouveaux modes de rémunération [qui ont précédé le conventionnement des MSP] à l'époque » (Sarah A., formée en master d'Affaires publiques, DSS, 12/23).

Ainsi, les économistes administratifs parviennent à se relayer pour assurer une pérennité des instruments. De plus, la communauté d'instruments s'étend au-delà des économistes administratifs étudiés. Premièrement, elle semble avoir acquis assez rapidement le soutien d'une autre direction de la Cnam, que nous n'avons pas eu l'occasion d'enquêter dans cette thèse : la Direction déléguée à la gestion et à l'organisation des soins, qui est en charge des négociations conventionnelles et qui facilite la diffusion dans le droit commun de ces instruments. Deuxièmement, de nouveaux acteurs s'intègrent à la communauté d'instruments, profitant du flou laissé par la solution pour l'adapter à de nouveaux enjeux. Par exemple, la Délégation interministérielle à la Prévention et à la Lutte contre la Pauvreté promeut à partir de 2020 une nouvelle expérimentation, Structures d'exercice coordonné participatives (Secpa). Cette expérimentation fait partie des annonces du « Ségur de la santé », mais s'inscrit légalement dans le cadre de l'Article 51. Il s'agit de promouvoir des centres ou maisons de santé « participatifs » ou « communautaires », installés dans des zones urbaines caractérisées par une population précaire (au cœur ou à proximité de Quartiers prioritaires des politiques de la ville). Le Ségur de la santé offre à ces acteurs une fenêtre d'opportunité pour la mettre en place.

> « Je ne suis même pas sûre que ça soit lié au Covid. Il y a eu des volontés, il y a eu des volontés de porter côté ministère des expérimentations. Il y a Secpa, qui est un autre Appel à manifestation d'intérêt qui a été lancé, mais je ne sais pas si c'est fondamentalement lié au Covid. Je pense que là, c'est plus une question de calendrier que ça soit lié au Covid » (Sarah A., formée en master d'Affaires publiques, DSS, 12/23).

Les objectifs de Secpa ne sont pas les mêmes que les expérimentations Ipep et Peps : ses promoteurs s'appuient sur l'exercice coordonné pour promouvoir « la médecine sociale » et la lutte contre les inégalités sociales de santé. Les acteurs qui l'initient s'inscrivent, à l'image des économistes administratifs, dans une continuité avec des instruments antérieurs : une des énarques qui promeut Secpa a travaillé à la Cnam et participé aux négociations conventionnelles sur les MSP.

Pour autant, la promotion d'instruments similaires n'empêche pas des effets de concurrence entre des acteurs administratifs aux stratégies différentes. Ainsi, les économistes administratifs expriment à plusieurs reprises leur gêne de voir cinq des centres de santé associatifs engagés dans l'expérimentation Peps participer également à Secpa.

> En comité de pilotage, les économistes administratifs partagent leur crainte de voir certains centres de santé participer à l'expérimentation Secpa. Ils disent avoir « peur » « d'un double financement avec Peps », et redoutent également que cette superposition ne complique l'évaluation d'effets propres au modèle économique Peps. (Observation, comité de pilotage Peps, 01/21)

Dans ce cas, la concurrence se joue sur le public ciblé par l'expérimentation. L'élargissement de la communauté d'instruments se fait donc sans stratégie unifiée de la part des différents acteurs administratifs. Elle révèle la légitimité gagnée par ces instruments de coordination, que de nouveaux promoteurs administratifs parviennent à mettre à l'agenda dans d'autres institutions.

Une diffusion relative des méthodes économiques

Un second point central dans l'évolution des réformes des soins primaires concerne la place de l'économie. Les expérimentations Ipep et Peps semblaient annoncer une économisation de ces réformes. Celle-ci se traduit par le développement d'un gouvernement quantifié des professionnels de soins primaires, et par l'allocation de financements au moyen de modèles algorithmiques, comprenant des composantes prédictives. La mobilisation de tels instruments économiques est courante dans le secteur hospitalier (Beaussier et al., 2022 ; Bertillot, 2014 ; Juven, 2016), mais concernait peu le secteur des soins primaires jusqu'à présent, en dehors de la Rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) dont bénéficient les médecins généralistes (Bloy et Rigal, 2012 ; Brunn, 2020).

Cependant, plusieurs éléments semblent indiquer la faible diffusion des méthodes économiques dans ces réformes ces dernières années.

Tout d'abord, les économistes académiques n'occupent plus la même place dans la communauté d'instruments. En effet, de 2007 à 2018 les économistes académiques de l'Irdes ont été associés de manière quasiment systématique à l'évaluation de tous les instruments de coordination. La conception des expérimentations Ipep et Peps représentent un point culminant de leur implication dans la communauté, avec une position d'experts dans la conception des instruments puis leur mise en œuvre. Depuis 2019, ils n'ont cependant plus été associés à la

conception, à la mise en place ou à l'évaluation des nouveaux instruments de coordination, qui sont promus par d'autres acteurs que les économistes administratifs. La majorité de ces instruments n'a d'ailleurs pas été évaluée.

Ensuite, l'élargissement de la communauté d'instruments à d'autres acteurs entraîne une diversification des profils des promoteurs administratifs de nouveaux instruments. Typiquement, les économistes administratifs constatent que l'expérimentation Secpa ne s'appuie pas sur des modèles algorithmiques : dans un comité de pilotage, les économistes administratifs promoteurs de Peps déplorent ainsi un modèle économique « simple » pour l'expérimentation Secpa, qui « fixe un nombre d'équivalents en temps plein en fonction de la patientèle » (Observation, comité de pilotage Peps, 01/21). Les nouveaux instruments ne mobilisent pas les méthodes économétriques promues par les économistes administratifs. Les promoteurs administratifs n'ont pas un profil d'économiste ni l'accès facilité aux données de santé permis par la Cnam.

Enfin, certains économistes remettent en question les modèles algorithmiques. Les économistes administratifs constatent qu'ils sont difficilement appropriables par les professionnels de santé. En effet, ces modèles entraînent une incertitude concernant les sommes obtenues et les mécanismes d'allocation des ressources, comme nous le soulignons dans un rapport intermédiaire de l'évaluation (Morize et Schlegel, 2023).

> « Les deux expérimentations partagent le fait d'avoir des modèles pour leurs parties statistiques qui sont compliqués et difficiles à lire, à rendre compréhensibles et ça c'est un sujet qui est partagé avec nos collègues américains sur leur propre modèle, qui rend toute anticipation compliquée pour les expérimentateurs. C'est un sujet de travail actuel et à venir qui est de rendre intelligibles les modèles pour que les expérimentateurs ou futurs acteurs de santé puissent s'en saisir et les utiliser, les mobiliser sans qu'ils aient l'impression que ça soit le fruit du hasard » (Sophie L., économiste administrative, énarque, ministère en charge de la Santé, 11/23).

Cette remise en question est partagée par certains économistes académiques de l'Irdes. Ainsi, suite à la présentation des premiers résultats de l'enquête qualitative, un des économistes de l'Irdes mettait en doute la diffusion des instruments : « on a construit des modèles qui sont tellement compliqués qu'à la fin il ne reste que les mecs qui peuvent remplacer Natacha Lemaire au ministère ! Il y a un raffinement qui va à l'excès au risque de perdre de la masse »

(Observation, réunion interne à l'Irdes, 01/23). Les modèles économétriques sont considérés trop complexes pour être appropriables par les professionnels de santé. Plus récemment, Julien Mousquès, économiste académique à l'Irdes, publiait un article où il exprime son scepticisme à l'égard des instruments économiques : « une approche économique de la question des déserts médicaux conduit à reconsidérer l'intérêt des mesures centrées sur la gestion par le nombre et les incitations financières, à relativiser ce qu'on pourrait attendre d'une limitation à l'installation en zones surdotées » (Mousquès, 2023, p. 62). Dans cet article Julien Mousquès relativise l'intérêt des incitations financières, dont font partie les instruments de coordination, pour attirer des médecins dans les zones sous-denses. Il recommande de privilégier le développement de stages dans les zones-sous dotées pour accroître leur attractivité, des mesures facilitant la migration de médecins étrangers et enfin l'amélioration des conditions d'exercice (Mousquès, 2023).

Ces divers éléments invitent donc à relativiser le constat d'un « tournant économique » de l'organisation des soins primaires. Le style de raisonnement apparait institutionnalisé – plusieurs acteurs y ont recours dans la conception de politiques publiques, qu'il s'agisse d'économistes administratifs, académiques ou de membres de l'élite du *Welfare*. En revanche, la diffusion des méthodes économiques et de la quantification des soins primaires apparait encore peu développée au sein des administrations.

D'un point de vue théorique, cette observation permet également de nuancer les thèses d'Elizabeth Popp Berman sur le style de raisonnement économique. En effet, cette autrice fait l'hypothèse d'un style de raisonnement économique qui supplante toutes les autres valeurs, et devient central dans la conception des politiques publiques (Berman, 2022). Si le cas des expérimentations Ipep et Peps pouvait traduire une économisation d'un secteur jusqu'alors relativement épargné, leur mise en œuvre montre au contraire que le style de raisonnement économique s'additionne à d'autres logiques (gestionnaires, administratives, libérales, professionnelles) plus qu'il ne les remplace.

L'institutionnalisation des instruments de coordination dans les programmes des élites

Au-delà de la communauté d'instruments, les instruments de coordination s'institutionnalisent comme solution auprès des élites. Deux hypothèses gagnent alors à être explorées : l'intégration des instruments de coordination dans le programme de l'élite du *Welfare*, et l'intérêt de l'élite politique du gouvernement élu pour les alternatives au paiement à l'acte.

Tout d'abord, les travaux récents sur l'élite du *Welfare* suggèrent une institutionnalisation progressive des instruments de coordination dans leur programme, comme solution aux problématiques d'accès aux soins. Suite à la pandémie de Covid-19, l'élite du *Welfare* gagne en légitimité et intègre la prise en charge des enjeux d'offre de soins dans son programme : « l'accroissement de l'offre de soins […] tant à l'hôpital (par l'augmentation des salaires et l'amélioration de l'attractivité, comme l'a montré le "Ségur de la santé" en 2020) qu'en ville (par la réorganisation territorialisée des soins primaires, en renforçant la coordination entre les différents acteurs) est progressivement devenu une nouvelle priorité prise en charge par l'élite du *Welfare* » (Darviche et al., 2023, p. 721). Cela s'inscrit dans un contexte de remise à l'agenda de problématiques liées à un sous-investissement dans le système de santé, dont résultent une mauvaise gestion du personnel hospitalier, un manque de matériel et de médicaments durant la pandémie (Gaudillière et al., 2021), alors que la maîtrise des dépenses de santé était le premier objectif du gouvernement depuis les années 2000 (Brissaud, 2022 ; Palier, 2005). Le « Ségur de la santé » en 2020 est l'occasion pour cette élite du *Welfare* d'augmenter l'Objectif national des dépenses de l'Assurance maladie et d'investir dans le secteur de la santé (Darviche et al., 2023).

Le cas des expérimentations semble confirmer la tendance de l'élite du *Welfare* à étendre son programme en direction de l'organisation des soins primaires. En effet, alors que les expérimentations prennent fin, leur poursuite est fortement soutenue par les directions administratives du ministère de la Santé et de la Cnam.

> Lors d'un comité de pilotage en mars 2023, Clémence P., manageuse à la DGOS au ministère de la Santé, explique que côté ministère, le cabinet du ministre pousse à annoncer quelles expérimentations pourraient être généralisées. Ipep et Peps vont dans le sens des évolutions souhaitées et attirent de plus en plus l'attention de la direction de la DGOS, qui souhaiterait faire des annonces. Elle ajoute « je me demande si on ne va pas être pris de cours politiquement » (Observations, comité de pilotage Ipep, 03/23).

Cette mobilisation des élites administratives autour des instruments de coordination est une opportunité pour les promoteurs administratifs, leur permettant d'envisager la poursuite des instruments en l'absence d'évaluations économiques légitimant leur efficacité.

Par ailleurs, on observe une mobilisation des élites du gouvernement autour des instruments de coordination, dans les alternatives qu'ils proposent face à la rémunération à l'acte. En effet,

plusieurs articles publiés début 2024 dans la presse spécialisée mettent en scène la volonté présidentielle de réformer le paiement à l'acte, promouvant particulièrement le forfait Peps. Cet article, publié en janvier 2024 dans Le Quotidien du Médecin, rapporte qu'Emmanuel Macron aurait déclaré que les médecins devront « sans doute être davantage payés au patient plutôt qu'à l'acte »[171].

L'intérêt d'Emmanuel Macron se porterait davantage sur le mode de rémunération (au forfait) que sur les instruments de coordination eux-mêmes. Ces éléments sont confirmés par plusieurs extraits d'entretiens, évoquant l'attention dont bénéficie l'expérimentation Peps de la part du président de la République.

> « Le risque c'est que la pression politique… J'ai entendu que le président de la République se passionne pour la capitation [le forfait au patient]… On nous pousse à la généralisation sans attendre les choses [les évaluations]… » (Entretien, Laurent R., énarque, Cnam, 01/24).

> « Il y a eu en juin un repas avec une dizaine de médecins reçus par Emmanuel Macron dans l'après-midi. Où sa conclusion, ça a été de dire : "mesdames, messieurs les médecins arrêtez d'être aussi attachés au paiement à l'acte et imaginez d'autres paiements que le système du paiement à l'acte, quoi". Et il n'a pas tort ! » (Entretien, Jacques P., médecin généraliste libéral, MSP de Belviac, 10/23).

Mais une volonté présidentielle fait-elle les réformes ? Les travaux de sociologie de l'action publique invitent à relativiser la personnification des prises de décision (Bergeron et al., 2020 ; Bezes et Palier, 2018). Les décisions en politiques publiques sont rarement le résultat de la mobilisation d'un seul décideur politique, bien qu'il soit en mesure d'influencer les processus de mise sur agenda (Hassenteufel, 2009). Dans le cas de la mise en place d'un forfait qui suscite une forte opposition de la médecine générale libérale, nous pouvons nous demander dans quelle mesure l'intérêt exprimé par Emmanuel Macron est susceptible d'influencer des réformes pérennes, face aux mobilisations professionnelles.

Somme toute, entre le début et la fin du processus expérimental, les instruments de coordination dans leur ensemble ont gagné en légitimité. Ils se sont imposés comme des solutions pour

[171] Bayle-Iniguez A., « Déserts médicaux, délégations, franchises, capitation, médecins étrangers… la santé au cœur du discours de Macron », Le Quotidien du médecin, publié le 17/01/2024, consulté en ligne en février 2024 : https://www.lequotidiendumedecin.fr/sante-societe/politique-de-sante/deserts-medicaux-delegations-franchises-capitation-medecins-etrangers-la-sante-au-coeur-du-discours.

répondre à un vaste ensemble de problèmes publics, et leur légitimité n'est que renforcée par l'intérêt que leur portent les élites administratives et gouvernementales.

Conclusion

Ce chapitre s'est intéressé à ce que les processus expérimentaux contribuent et révèlent des évolutions de la place des instruments de coordination économiques dans les soins primaires. La première partie s'est penchée sur la place paradoxale de l'évaluation (et des évaluateurs) dans les processus expérimentaux, montrant sa position marginale dans l'anticipation qu'ont les économistes administratifs du devenir des instruments. La seconde partie a mis en lumière les apprentissages effectués par les économistes administratifs au fil de la mise en œuvre des modèles économiques, ainsi que les reconfigurations de la communauté d'instruments alors que s'achèvent les expérimentations. Elle a également éclairé l'institutionnalisation des instruments de coordination au fil des processus expérimentaux.

Par rapport à la littérature existante, ce chapitre a mis en évidence trois principaux apports, portant sur la place de l'économie dans l'action publique, sur le changement dans les politiques publiques et enfin sur les relations au sein de communautés d'instruments.

Premièrement, ce chapitre a analysé quelle place est donnée aux méthodes économiques dans l'action publique, au moment où les acteurs administratifs anticipent la fin des expérimentations. D'une part, le style de raisonnement économique apparait institutionnalisé. L'économie est présentée comme centrale dans la production des preuves évaluatives. Les chapitres précédents ont également montré la place importante qu'il lui était attribué dans la conception des instruments. Les économistes administratifs, mais aussi les économistes académiques et les membres de l'élite du *Welfare*, élaborent les instruments d'action publique avec un style de raisonnement économique. Pour autant, l'économie n'apparait en pratique pas autant diffusée que dans les rhétoriques. En effet, l'évaluation économique ne peut être réalisée, les modèles algorithmiques sont relativement délégitimés par les expérimentations, les nouveaux instruments ne contiennent plus d'évaluation… Alors qu'Elizabeth Popp Berman décrit la diffusion du style de raisonnement économique comme un mouvement irrépressible, remplaçant les autres valeurs (2022), ma thèse a donné à voir un résultat plus nuancé. Les acteurs administratifs sont prêts à compromettre la pureté du style de raisonnement économique en faveur d'autres logiques. De plus, ils n'ont pas nécessairement toutes les ressources nécessaires pour mettre en œuvre les méthodes économiques. Ainsi, le style de raisonnement et les méthodes économiques se cumulent à d'autres logiques et à d'autres méthodes, davantage

qu'ils ne les effacent. Pour autant, la relative diffusion des méthodes économiques n'entame pas la légitimité des économistes et de leurs savoirs, montrant bien l'institutionnalisation de cette discipline dans les administrations.

Deuxièmement, à la suite de travaux de sociologie de l'action publique, ce chapitre a confirmé l'intérêt d'étudier la question du changement institutionnel en portant attention aux dimensions processuelles, les transformations se produisant par sédimentation davantage que par réformes isolées (Bezes et Palier, 2018 ; Falleti, 2016 ; Hall, 2006 ; Palier et Trampusch, 2018). Cette enquête présente l'intérêt d'analyser de manière globale une séquence d'action publique, en prenant en compte les apprentissages qu'elle suscite. Au-delà des économistes administratifs, les instruments de coordination gagnent également en légitimité auprès des élites administratives et politiques, soutenant leur essor.

Troisièmement, ce chapitre a participé à discuter la notion de « communauté d'instruments ». La littérature sur les communautés d'instruments souligne que les acteurs réunis au sein des communautés deviennent dépendants des instruments pour poursuivre leur activité. « *These actors and institutions come to exist for and by the instrument; while they provide for the instrument's continued existence, the instrument, at least in part, defines their 'social habitat'—their legitimate roles in the policy process*[172] » (Voß et Simons, 2014, p. 738). Cela se confirme dans le cas des expérimentations. Les professionnels libéraux recherchent le maintien et l'extension de ces instruments de manière à financer et à légitimer l'exercice coordonné. Pour d'autres acteurs comme les évaluateurs, les consultants, ou les agences, les instruments permettent d'élargir leur périmètre d'activité aux soins primaires et d'obtenir des contrats. Cependant, sans nier la dépendance croissante de certains acteurs aux instruments, les économistes administratifs n'apparaissent pas dépendants de la poursuite des instruments, qui n'affecte pas leurs carrières sujettes à un *turnover* régulier. Mon travail apporte alors une nouvelle contribution à cette littérature. Pour ces acteurs, les instruments apparaissent davantage comme le moyen de maintenir la communauté et surtout, la relation partenariale avec les professionnels libéraux. Le maintien de la communauté prime sur le maintien des objectifs initiaux des instruments, bien que les reconfigurations des instruments soient susceptibles de faire évoluer les relations des acteurs. Du côté d'Ipep, la DGOS au ministère de la Santé se retire de l'instrument alors que l'objectif de coordination entre secteurs de la ville et de l'hôpital

[172] « Ces acteurs et institutions en viennent à exister pour et par l'instrument, tandis qu'ils s'assurent de la pérennité de l'existence de l'instrument, l'instrument, au moins en partie, définit leur "habitat social" - il légitime leur rôle dans l'action publique », traduction proposée par Noémie Morize.

perd sa centralité. Du côté de Peps, l'enjeu d'enrôler les médecins libéraux est crucial, alors que seules deux MSP ont réellement mis en œuvre le forfait. La DSES au sein de la Cnam prend une place croissante dans la promotion des instruments de coordination, et les objectifs des deux instruments Ipep et Peps tendent à se rejoindre.

Conclusion générale

Au travers du cas des modèles économiques Ipep et Peps, cette thèse a démontré l'existence d'une alliance forte entre des économistes administratifs à la Caisse nationale d'Assurance maladie (Cnam) et des médecins généralistes entrepreneurs de réformes, promouvant conjointement des instruments visant à réorganiser les soins primaires au moyen de financements incitatifs. La mise en œuvre de ces instruments s'inscrit dans le contexte international du développement des « soins intégrés », qui s'accompagne de l'essor de nouvelles organisations des soins susceptibles de reconfigurer les relations entre groupes professionnels (Amelung et al., 2017 ; Côté et al., 2023 ; Spivack et al., 2023). J'ai ici documenté le cas français, qui possède des spécificités aussi bien dans le mode de gouvernance du système de santé (centralisé et bicéphale entre Assurance maladie et État) que dans les professionnels ciblés (principalement libéraux). D'un point de vue théorique, cette thèse a éclairé de nouvelles modalités de relation entre professions de santé libérales et administrations sanitaires, au-delà du « pouvoir de blocage » mobilisé par les syndicats médicaux (Hassenteufel, 1997). De plus, cette thèse a été l'opportunité de mener une enquête empiriquement originale, permettant de suivre les instruments Ipep et Peps depuis leur conception jusqu'à leur mise en œuvre locale, et de réaliser de nombreuses observations du travail « de cadres intermédiaires » au sein d'administrations centrales.

La **première partie** ce travail s'est intéressé à des économistes administratifs du ministère de la Santé et de la Cnam qui promeuvent de nouveaux instruments pour organiser les soins primaires au travers de modèles économiques incitatifs. Acteurs au profil de marginaux sécants, ils mettent en œuvre leurs instruments grâce à une réforme expérimentale, inscrite dans l'Article 51 de la Loi de financement de la sécurité sociale de 2017, promu par des membres de l'élite du *Welfare*. La **seconde partie** s'est concentrée sur les interactions entre économistes administratifs et professionnels de santé libéraux dans la fabrique puis la diffusion des modèles économiques. Elle a alors révélé les fortes interdépendances qui lient les économistes de la Cnam et les médecins entrepreneurs. Ces acteurs font des compromis réciproques, les uns en ajustant les modèles économiques, les autres en les diffusant et en les légitimant auprès de leurs pairs. La **troisième partie** a mis en lumière les appropriations des instruments et du style de raisonnement économique par les professionnels de santé au sein des maisons de santé. Les médecins généralistes s'approprient partiellement le style de raisonnement économique, afin de promouvoir de nouvelles délégations de tâches visant à libérer du « temps médical ». Le

développement de ces nouvelles tâches est peu valorisé économiquement au sein des maisons de santé et conduit à un renforcement des hiérarchies professionnelles. Dans l'**épilogue**, j'ai démontré que le processus expérimental a permis une problématisation commune entre les économistes académiques et les médecins entrepreneurs autour de ce « temps médical », alors que les instruments de coordination s'institutionnalisent.

Pour conclure cette thèse, je reviendrai tout d'abord sur les principaux apports qu'a établis cette enquête selon moi par rapport à la littérature (1). J'exposerai ensuite trois pistes de recherche complémentaires, permettant de resituer ce travail dans des questionnements plus larges (2).

1. Les médecins généralistes avec l'Assurance maladie

Mon enquête a éclairé quatre axes de recherche principaux, portant d'abord sur la conduite de l'action publique, en analysant l'organisation nationale de la gouvernance des soins primaires, entre État et Assurance maladie (1), mais également en questionnant la place de l'économie dans ces expérimentations (2). De plus, cette thèse s'est intéressée aux évolutions récentes de l'organisation des soins primaires, en mettant en lumière la participation de médecins généralistes aux réformes en cours (3) et le renforcement des hiérarchies professionnelles qu'entraîne le développement de l'exercice coordonné (4).

1.1. Le rôle central des acteurs administratifs dans les réformes de soins primaires

Tout d'abord, cette thèse a apporté une nouvelle perspective sur les réformes des soins primaires en se penchant sur le rôle des acteurs administratifs sur ces réformes, et notamment d'économistes administratifs au ministère de la Santé et à l'Assurance maladie. En m'intéressant à des acteurs au profil de « cadres intermédiaires » administratifs peu étudiés dans la littérature (Barrier et al., 2015), j'ai enrichi les connaissances sur le fonctionnement des administrations sanitaires en y analysant la répartition du travail et les jeux d'acteurs (1). J'ai également participé à discuter théoriquement le concept de « communauté d'instruments » (Voß et Simons, 2014) (2).

Des reconfigurations dans le rôle de l'Assurance maladie

La France a la particularité d'avoir un système assurantiel mixte, entre bismarckien et beveridgien, puisqu'il garantit une certaine universalité de la protection sociale tout en reposant sur des contributions salariales et patronales. Depuis la Seconde Guerre mondiale, ce système est caractérisé par une gouvernance double, partagée entre l'Assurance maladie et l'État. Cet

équilibre est cependant successivement remis en question par le plan Juppé en 1996, puis par la loi de réforme sur l'Assurance maladie de 2004. Ces réformes contribuent à affaiblir le rôle des partenaires sociaux au sein de l'Assurance maladie, et à renforcer le rôle du ministère de la Santé dans la maîtrise du budget de la sécurité sociale et dans la gouvernance de l'Assurance maladie (Hassenteufel, 2009). Ces éléments amènent certains auteurs à conclure à une « étatisation » de l'Assurance maladie (Pierru, 2012), ou du moins à une « technocratisation » de sa direction (Hassenteufel et Palier, 2005). Les travaux sur l'élite du *Welfare* montrent également l'existence d'un programme commun entre des acteurs caractérisés par une circulation horizontale et verticale entre les directions du ministère de la Santé, de l'Assurance maladie et des agences sanitaires (Darviche et al., 2023 ; Genieys et Hassenteufel, 2012).

Par rapport à ces résultats, mon enquête a confirmé la thèse de la « technocratisation » de l'Assurance maladie (Hassenteufel et Palier, 2005) en montrant la place centrale qu'occupent les acteurs administratifs dans les processus de décision et la mise en œuvre de politiques publiques. Cependant, mon enquête a également mis en lumière le manque d'homogénéité persistant entre les différentes administrations au niveau opérationnel. Les administrations sont fragmentées à la fois verticalement (avec une organisation hiérarchisée par direction, sous-direction, bureau) et horizontalement (avec différentes thématiques traitées et ressources mobilisables selon les directions). Plusieurs acteurs administratifs aux stratégies différenciées promeuvent des instruments de coordination, sans porter de programme commun : les membres de la Direction générale de l'offre de soins cherchent à soulager la surcharge hospitalière par une meilleure répartition du travail hospitalier avec les médecins généralistes, tandis que les membres de la Direction de la sécurité sociale visent plutôt des délégations de tâches des médecins généralistes aux infirmières.

Ensuite, mon travail a souligné les reconfigurations récentes du rôle de l'Assurance maladie dans la régulation des soins primaires. En effet, peu de travaux récents portent sur l'Assurance maladie, au-delà de son rôle dans la négociation des conventions avec les professionnels de ville (Hassenteufel, 2009) ou du travail au sein des Caisses primaires d'Assurance maladie (Leduc et Munoz, 2015). Cette enquête a étudié le rôle d'économistes et de statisticiennes au sein de la Direction de la stratégie, des études et des statistiques, une direction peu centrale à l'Assurance maladie, car elle n'intervient pas dans les négociations conventionnelles. Pourtant, les économistes administratifs de la Direction de la stratégie, des études et des statistiques promeuvent des modèles économiques, mettent en œuvre des expérimentations et parviennent ainsi à influencer la conduite de l'action publique. Leur maîtrise technique des modèles

économiques et l'accès au système national des données de santé leur donnent du pouvoir dans les relations avec le ministère de la Santé, redonnant à l'Assurance maladie un rôle stratégique dans la régulation des professionnels libéraux. L'Assurance maladie tire également son pouvoir de sa position au carrefour de différentes agences sanitaires, de cabinets de conseil et de professionnels de santé. Face à la thèse d'une « étatisation » de l'Assurance maladie (Pierru, 2012), mon enquête a souligné des marges d'autonomie laissées aux acteurs administratifs de l'Assurance maladie vis-à-vis de l'État. Alors que les acteurs administratifs cherchent à développer le gouvernement par la quantification dans le secteur des soins primaires, on peut se demander si le rôle stratégique de l'Assurance maladie n'est pas voué à progresser.

Une analyse des instruments par ses promoteurs

Cette thèse a contribué à discuter théoriquement la notion de « communauté d'instruments » ou « *instruments constituency* » (Simons et Voß, 2018 ; Voß et Simons, 2014). Cette notion, développée dans le cadre d'instruments de politiques de transition énergétique (Voß et Simons, 2014) et de politiques sociales (Saguin et Howlett, 2019), souligne la mobilisation de groupes d'acteurs hétérogènes autour de la promotion de solutions, à des échelles internationales et nationales. Dans le cas des expérimentations Ipep et Peps, la notion de communauté d'instruments m'a permis d'analyser la mobilisation d'économistes administratifs, d'économistes académiques, de médecins entrepreneurs qui n'ont en commun ni leur formation, ni leur appartenance institutionnelle ni un cadrage unifié du problème. Elle a également contribué à rendre compte des circulations entre le modèle international des soins intégrés et la mise en œuvre locale des instruments de coordination dans les soins primaires. De plus, cette notion a concouru à expliquer une continuité entre les séquences de réformes des soins primaires. En effet, les économistes administratifs se relaient dans la promotion des instruments de coordination, au sein de la communauté d'instruments, alors que ces acteurs n'occupent pas des positions pérennes dans les réformes des soins primaires, en lien avec l'absence de structuration de ce secteur d'action publique.

Mon travail apporte cependant deux nuances principales par rapport à la définition proposée par Jan-Peter Voß et Arno Simons.

Tout d'abord, ces auteurs conçoivent les instruments comme ayant une « vie sociale propre », prenant source dans les différentes pratiques que les acteurs réalisent dans la fabrique des instruments. Mon enquête a démontré que davantage qu'une « vie en soi », les instruments, tout en structurant l'action collective, sont également structurés par les relations de pouvoir. Au sein

de la communauté d'instruments, les relations de pouvoir entre médecins entrepreneurs, économistes de l'Assurance maladie et économistes du ministère de la Santé conduisent à des amendements des modèles économiques favorables aux professionnels libéraux, comme démontré dans le chapitre 4. En dehors de la communauté, les économistes administratifs sont également dépendants d'autres acteurs, qui ne promeuvent pas les modèles économiques, comme les membres de l'élite du *Welfare* qui participent à mettre sur agenda ces instruments, comme expliqué dans le chapitre 2. Ces relations de pouvoir entraînent d'importants changements dans le dessin des instruments.

Une seconde nuance porte sur ce qui soude les acteurs d'une communauté d'instruments. Jan-Peter Voß et Arno Simons expliquent que l'objectif central des acteurs d'une communauté d'instruments est le développement de ceux-ci : « *Getting the instrument established and expanding the social realm within which it is regarded a valid option of policymaking may thus become a shared expectation across an otherwise highly diverse set of practices, and this expectation can be explicated as a collective interest and strategic goal for reflexive coordination within the constituency* »[173] (Voß et Simons, 2014, p. 740). Mon enquête a confirmé l'importance d'une solution partagée pour réunir des acteurs aux profils hétérogènes, et assurer une continuité dans l'action publique. Cependant, mon travail a souligné que le maintien de la communauté en elle-même et des relations sociales qui en découlent a plus d'importance pour certains acteurs (et particulièrement, les économistes de l'Assurance maladie et les médecins entrepreneurs libéraux) que les instruments en eux-mêmes. Ces deux nuances invitent à appréhender les instruments d'action publique comme dépendants des relations entre acteurs et de la stratégie de ces différents groupes d'acteurs, au sein et en dehors d'une communauté d'instruments.

1.2. Une économisation ambiguë des soins primaires

Cette thèse a discuté de la littérature portant sur la place de l'économie dans l'action publique. Cette littérature souligne que le recours au style de raisonnement, aux savoirs et aux méthodes issus de cette discipline s'accroit dans les politiques publiques, donnant une légitimité croissante aux enjeux économiques et à un certain cadrage des problèmes et des solutions (Berman, 2022 ; Hirschman et Berman, 2014). Ce phénomène est lié à la place donnée à la

[173] « Établir et étendre le domaine social où l'instrument est considéré comme une solution légitime pour la conduite de l'action publique peut devenir une attente partagée au sein d'un ensemble pourtant très divers de pratiques, et cette attente peut être entendue comme un intérêt collectif et un objectif stratégique pour une coordination réflexive au sein de la communauté », traduction proposée par Noémie Morize.

discipline économique dans la formation des élites (Kolopp, 2014) et aux positions occupées par les économistes dans les institutions et les réseaux d'expertises (Fourcade, 2009 ; Lepont, 2016). Ces acteurs privilégient un style de raisonnement économique pour définir les problèmes, et faire des liens de causalité entre des actions individuelles et des résultats quantifiés (Berman, 2022 ; Bessis et Eloire, 2023). Ce style de raisonnement économique est ensuite mis en pratique au moyen de dispositifs ou d'instruments visant à orienter les conduites économiques (Dubuisson-Quellier, 2016 ; Hirschman et Berman, 2014 ; Lascoumes et Le Gales, 2005). Cette littérature donne alors à l'économie une place centrale dans les politiques publiques contemporaines : pour Elizabeth Popp Berman, « *policies that made sense in economic terms came to be seen as the only alternative* »[174] (2022, p. 222). Pour autant, même si ma thèse a montré une place paradoxale de l'économie dans les réformes de soins primaires (1), les transformations des modes de rémunération participent à reconfigurer les modes d'exercices des professionnels libéraux (2).

La place paradoxale de l'économie dans la conduite de l'action publique

Dans le cas des soins primaires, cette thèse montre une place paradoxale de l'économie dans la conduite de l'action publique : alors que les positions des économistes et leur style de raisonnement s'institutionnalisent au sein des administrations sanitaires, l'usage des méthodes y reste peu diffusé.

Les travaux de Daniel Benamouzig au début des années 2000 soulignaient déjà le rôle d'acteurs formés à l'économie dans la conception des politiques publiques de santé. Cependant, ces acteurs agissaient principalement en dehors des administrations sanitaires, au sein du Commissariat général au plan et du ministère des Finances, mais aussi d'instituts de recherche spécialisés ou de *think-tanks* (Benamouzig, 2005). Vingt ans plus tard, mon enquête a démontré une forte évolution des positions des économistes, avec de nombreux acteurs formés à l'économie qui exercent maintenant au sein de l'Assurance maladie et du ministère de la Santé. De plus, ma thèse a mis en lumière une institutionnalisation du style de raisonnement économique, qui est mobilisé aussi bien par des acteurs élitaires que l'on peut rattacher à l'élite du *Welfare* (Darviche et al., 2023), que par des économistes administratifs au profil de marginaux sécants. L'institutionnalisation peut être définie comme un processus par lequel des dimensions cognitives deviennent permanentes et légitimes (Colyvas et Jonsson, 2011). Or l'on constate que les acteurs administratifs conçoivent les politiques de santé avec un style de

[174] « Les politiques qui font sens en termes économiques deviennent les seules alternatives envisageables », traduction proposée par Noémie Morize.

raisonnement économique, qu'il s'agisse de la conception de l'Article 51 par des acteurs élitaires ou de l'élaboration des modèles Ipep et Peps par des économistes administratifs. Les savoirs économiques sont centraux dans l'élaboration des instruments d'action publique, et restent présents et légitimes tout au long de leur mise en œuvre, y compris dans les interactions avec les professionnels de santé. L'économie n'est plus utilisée uniquement à des fins de maîtrise des dépenses, mais plus largement afin d'orienter des pratiques professionnelles et des organisations, dans une perspective de « gouvernement des conduites » (Dubuisson-Quellier, 2016). Les économistes administratifs bénéficient aussi de l'expertise d'économistes académiques, montrant la pérennité des relations entre administration et recherche en santé (Benamouzig, 2005).

Cependant, cette institutionnalisation du style de raisonnement économique ne s'accompagne pas de la diffusion de méthodes économiques. Le concept de diffusion permet d'appréhender le degré de circulation et d'utilisation d'une pratique ou d'un mode d'organisation (Colyvas et Jonsson, 2011). Jeannette Colyvas et Stefan Jonsson soulignent que l'institutionnalisation d'une dimension cognitive n'implique pas nécessairement sa diffusion en pratique, et vice-versa. Dans le cas d'Ipep et Peps, on observe un écart important entre les rhétoriques et les pratiques à plusieurs niveaux : les évaluations économiques promues dans le cadre de l'Article 51 sont difficilement mises en œuvre ; les nouveaux instruments de coordination ne mobilisent pas de méthodes économétriques ; les modèles économiques Ipep et Peps sont source d'embarras. Cet embarras vient à la fois des difficultés que les économistes ont à les fabriquer, des résultats inattendus qu'ils produisent, ou encore des critiques dont ils font l'objet par les professionnels de santé intermédiaires. Cependant, cet écart entre rhétorique et pratique ne nuit pas à la légitimité des économistes, démontrant l'institutionnalisation du recours à l'économie dans les administrations malgré sa relative diffusion.

De plus, contrairement à ce que montrait Elizabeth Popp Berman (2022), le style de raisonnement économique s'additionne à d'autres valeurs, à d'autres savoirs et à d'autres méthodes plus qu'il ne les remplace. En effet, les économistes administratifs ajustent les modèles économiques pour satisfaire les professionnels libéraux. Ils tiennent également compte de logiques administratives et budgétaires dans l'allocation des financements. La préoccupation première des promoteurs administratifs des modèles Ipep et Peps n'est pas d'ordre économique, mais sociale : faire alliance avec les médecins généralistes libéraux.

Un « nouvel esprit » du statut libéral ?

Sophie Bernard montre que les modifications des modes de rémunération révèlent et participent d'un « nouvel esprit du salariat » (2020a). Celui-ci est caractérisé par une individualisation des performances et des rémunérations, avec le recours croissant aux primes. Ces modifications de modes de rémunération participent à construire une figure d'un travailleur autonome et responsable, mais œuvrant pour l'organisation (Bernard, 2020a). Cette analyse est particulièrement intéressante comme point de comparaison avec les réformes des soins primaires, car les transformations des modes d'exercices sont liées à des évolutions progressives des modes de rémunération.

En revanche, ces transformations des modes de rémunération sont différentes de celles observées par Sophie Bernard dans le salariat (2020a). Tout d'abord, elles conduisent à des formes de collectivisation, invitant les professionnels de santé à s'organiser dans un secteur de travail individualiste. À l'inverse du travailleur autonome et individuel décrit par Sophie Bernard, la collectivisation des professionnels de santé vise à les responsabiliser *malgré leur autonomie* (davantage que par leur autonomie), en leur attribuant le (dé) mérite de résultats de santé mais aussi en leur imputant les dépenses en matière de consommation de soins de leur patientèle. De plus, les expérimentations Ipep et Peps offrent une mise en pratique différenciée du style de raisonnement économique. L'expérimentation Ipep propose un financement à la performance, complémentaire au paiement à l'acte, qui est réinvesti dans l'organisation locale des soins primaires. Les économistes administratifs diffusent des statistiques aux professionnels de santé pour les encourager à s'organiser en fonction des besoins spécifiques à la patientèle du territoire, et mettent en concurrence les organisations de santé sur leurs résultats. De l'autre côté, l'expérimentation Peps met en place une rémunération forfaitaire substitutive au paiement à l'acte, susceptible d'atténuer ou de modifier la dimension productive du travail médical en rémunérant les médecins non plus à l'acte effectué, mais au nombre de patients suivis. Dans cette expérimentation, les économistes administratifs ne mettent pas en concurrence les organisations entre elles et diffusent peu de données locales. Les transformations des soins primaires ne sont donc pas homogènes et traduisent plusieurs modes d'économisation du secteur (Linhardt et Muniesa, 2011).

Concrètement, les médecins généralistes développent, au contact des économistes administratifs, un style de raisonnement économique où l'efficience est au centre des réorganisations qu'ils promeuvent. Je vais revenir dans la section suivante aux « processus de colonisation » ambiguë que connaissent les professionnels de santé.

1.3. Un prestige renouvelé pour les médecins généralistes

La mise en œuvre de nouveaux instruments dans les soins primaires questionne l'autonomie des médecins généralistes, dans un contexte où ceux-ci pourraient voir les contraintes qui pèsent sur leur exercice augmenter. Nicola Da Silva, économiste de la santé, alertait ainsi sur un risque de « prolétarisation du travail médical » (da Silva, 2018b) ou d'« industrialisation de la médecine libérale » (Da Silva, 2018a) à propos du développement des rémunérations sur objectifs de santé publique pour les médecins généralistes, allant dans le sens de la thèse de la « déprofessionnalisation » (Freidson, 1984). Dans le cas de l'exercice coordonné, d'autres travaux soulignent au contraire que malgré l'interdépendance des professionnels de santé et des pouvoirs publics dans la mise en œuvre des maisons de santé, les professionnels conservent une forte autonomie locale (Moyal, 2019 ; Vezinat, 2020). Cette recherche apporte deux points complémentaires, tant en questionnant la participation des professionnels libéraux à l'action publique (1) qu'en ouvrant de nouvelles pistes d'analyse sur la mise en œuvre locale des instruments (2).

Des médecins coproducteurs de l'action publique

Dans un premier temps, mon enquête a éclairé le rôle de certains médecins généralistes entrepreneurs dans la conception et la légitimation des instruments d'action publique, se faisant « intermédiaires de l'action publique » (Nay et Smith, 2002). Ma thèse permet de discuter une large littérature portant sur la place de professionnels dans l'action publique.

Tout d'abord, la participation de professionnels de santé aux réformes du *New Public Management* dans le secteur hospitalier a été analysée comme une stratégie de revalorisation d'un segment professionnel (Belorgey, 2010 ; Pierru, 2013). Cependant, l'analyse en termes de segment n'apparait pas pleinement satisfaisante dans le cas des expérimentations : les « médecins entrepreneurs » se mobilisent davantage pour structurer les soins primaires à l'échelle organisationnelle des maisons de santé, que pour revaloriser l'ensemble des médecins généralistes à une échelle nationale. Les médecins généralistes forment d'ailleurs un segment professionnel fragmenté, ne portant pas des revendications uniformes sur les réformes en cours. Peut-on alors qualifier de segment professionnel les médecins qui exercent spécifiquement au sein des maisons de santé pluriprofessionnelles ? Si la question reste ouverte, ma thèse a également montré que ces médecins ne sont pas unifiés, adoptant des stratégies différenciées quant au développement de l'exercice pluriprofessionnel et des nouveaux modes de rémunérations.

Ensuite, d'autres auteurs qualifient de « professionnels hybrides » les médecins qui mêlent des valeurs et des outils issus du management à leur pratique médicale (Hwang et Powell, 2009 ; Mcgivern et al., 2015, 2015 ; Muzio et al., 2013 ; Noordegraaf, 2007). Toutefois, les médecins entrepreneurs ne peuvent pas être considérés comme tels, puisqu'ils limitent les usages concrets des outils de management ou d'économie dans l'organisation des maisons de santé.

L'on peut en revanche faire un parallèle entre ces médecins entrepreneurs et des travaux sur l'enseignement supérieur et la recherche qui décrivent des chercheurs investis dans la mise en place de règles bureaucratiques concernant leur profession (Aust et Gozlan, 2019 ; Barrier, 2011). À l'image de ces chercheurs, les médecins entrepreneurs participent à coproduire l'action publique, à la fois en jouant de leur pouvoir dans les relations avec les économistes administratifs pour ajuster à la marge les modèles économiques, mais aussi en diffusant et légitimant les modèles auprès d'autres professionnels. Le cas de ces médecins généralistes entrepreneurs au statut libéral est alors particulièrement intéressant : leur participation à l'action publique montre un rapport de pouvoir avec les administrations sanitaires qui leur est favorable, ce qui n'est pas tant le cas des chercheurs (Aust et Gozlan, 2019 ; Barrier, 2011). De plus, ma thèse révèle l'inégal accès à la production de l'action publique. D'une part, seuls les médecins généralistes accèdent et bénéficient des échanges avec les membres des administrations, tandis que les autres groupes professionnels ne parviennent pas à influencer l'action publique. D'autre part, parmi les médecins généralistes toutes les voix n'ont pas la même portée, dépendant notamment de leur appartenance à des syndicats ou à des fédérations pluriprofessionnelles là où les processus expérimentaux sont présentés comme ouverts.

Une colonisation ambiguë des professionnels de santé par le style de raisonnement économique

Dans un second temps, mon enquête s'est également penchée sur la mise en œuvre locale des instruments. L'appropriation des instruments est alors collective – et non plus simplement le fait des intermédiaires de l'action publique. Mon enquête a montré deux mouvements concomitants. D'une part, j'ai observé des résistances à la mise en œuvre des instruments, résultat classique de la littérature sur les instruments (Lascoumes et Le Gales, 2005), ainsi que de celle sur les outils de gestion (Bezes et al., 2011). Les professionnels mettent à distance les modèles économiques, de nombreux collectifs quittent l'expérimentation Peps. Pour autant, malgré ces résistances, ceux qui mettent en place les modèles économiques défendent un changement des pratiques qui passerait par un changement des modes de rémunération : les réformes des financements sont recherchées, et non subies. Les instruments apparaissent pour

les médecins entrepreneurs comme un moyen de « gagner du temps médical », en déléguant les tâches en dehors du diagnostic et de la prescription. Ce gain de temps médical permettrait alors une organisation plus efficiente des soins. Ainsi, les professionnels enquêtés acceptent collectivement de modifier leurs pratiques en suivant un style de raisonnement économique, légitimé par les conséquences de la baisse de la démographie médicale. L'on pourrait alors conclure à une « colonisation » des différents professionnels libéraux par le style de raisonnement économique (Foucault, 2004 ; Robelet et al., 2005 ; Rose, 1999). Pourtant, comme Charlotta Levay et Caroline Waks le constataient dans la mise en place de mesures de transparence dans le secteur de la santé (2009), cette « colonisation » n'entraîne pas nécessairement une aliénation, voire peut conduire pour certains professionnels à un accroissement de leurs ressources, phénomène qu'elles qualifient de « *soft autonomy* ». « *"Soft autonomy" is appropriate to denote a professional autonomy which is mitigated by continuous external monitoring but still leaves considerable freedom for professionals to decide on assessment criteria and procedures* [175]» (Levay et Waks, 2009, p. 523).

Dans le cas d'Ipep et Peps, les professionnels de santé ont une forme de contrôle continu de leur activité, au travers de ces modèles économiques. Contrairement aux professionnels de santé étudiés par Charlotta Levay et Caroline Waks, les professionnels des maisons de santé ne décident pas vraiment des procédures d'évaluation. En revanche, ils sont autonomes dans l'organisation locale du travail. Cette autonomie concerne cependant bien davantage les médecins que les autres professionnels : l'exercice coordonné entraîne alors un raffermissement des hiérarchies professionnelles.

1.4. Trois voies pour l'organisation des soins primaires

Les réformes des soins primaires s'inscrivent dans un contexte de baisse de la démographie de la profession médicale, qui amène à des reconfigurations de l'organisation du travail de soin. En conclusion de cette thèse, je propose d'identifier trois voies d'organisation des soins primaires, promues par différents groupes d'acteurs : la voie « ultralibérale », la voie « paramédicale » et la voie « pluriprofessionnelle ».

La première est celle des médecins « ultralibéraux » (Hassenteufel, 1997), illustrée récemment par les mobilisations du mouvement « Médecins Pour Demain » à l'automne 2022. Ces médecins demandent un retour aux principes de la médecine libérale édictés dans la charte de

[175] « La notion "d'autonomie douce" désigne une autonomie professionnelle qui est atténuée par une surveillance externe continue, mais qui laisse toujours une grande liberté aux professionnels pour décider des critères et des procédures d'évaluation ».

1927[176]. Dans leur rhétorique, les médecins sont les seuls légitimes pour décider de l'organisation de la santé, et donc s'autoréguler. En se plaçant au centre des organisations pluriprofessionnelles, ils réaffirment les hiérarchies entre les professions de santé et cherchent une revalorisation de leurs rémunérations.

Une seconde voie est portée par certains groupes professionnels de la pharmacie et du secteur paramédical. Pour pallier le manque, ces groupes professionnels proposent de prendre en charge certaines tâches jusqu'alors réservées aux médecins, et notamment la prescription de médicaments. Or, les tâches de diagnostic et de prescription correspondent à la juridiction professionnelle des médecins (Abbott, 1988), et fondent le prestige de la profession. En Angleterre, la baisse de la démographie médicale a conduit l'État à ouvrir la prescription à de nombreux professionnels paramédicaux depuis le début des années 2000 (Britten, 2001 ; Weiss, 2021). En France, les médecins ultralibéraux s'opposent fermement à de telles évolutions. Pour autant, ces cinq dernières années, les sages-femmes, les pharmaciens et les infirmières accèdent progressivement à la prescription, pour des médicaments définis et souvent dans le cadre d'une coopération avec un médecin (Divay et Jovic, 2022).

Une troisième voie est incarnée par les politiques organisationnelles promouvant la coordination pluriprofessionnelle, que prolongent Ipep et Peps. La mise en œuvre des récentes réformes des soins primaires repose sur le développement d'une rhétorique revendiquant l'égalité entre groupes professionnels. En effet, les professionnels promoteurs de l'exercice coordonné défendent le principe d'une horizontalité entre groupes professionnels, à la fois au niveau national de la Fédération des Maisons de santé pluriprofessionnelles (Vezinat, 2019a), mais également à l'échelle locale des maisons de santé (Moyal, 2021). Cette horizontalité reposerait sur le statut libéral qu'ils partagent (Vezinat, 2019b), et sur une vision organique de la santé où les différents professionnels sont perçus comme des éléments complémentaires et également importants dans la prise en charge des patients (Moyal, 2020). Certains travaux soulignent alors que les structures d'exercice regroupé permettraient d'euphémiser les hiérarchies professionnelles, mettant en avant le « travail d'articulation » effectué par l'ensemble des professionnels (Fournier, 2022) ou la construction d'un « sentiment d'appartenance partagé » (Schweyer, 2014). Au contraire, d'autres travaux soulignent que les médecins généralistes conservent une place centrale tant dans la division du travail que dans la

[176] La charte de 1927 est édictée par la Confédération syndicale des médecins français (CSMF), revendiquant les principes fondateurs de la médecine libérale dont notamment le secret professionnel, le libre choix du médecin par le malade, la fixation du tarif par le médecin, le paiement direct par le patient, et la liberté de prescription.

mise en œuvre des instruments d'action publique eux-mêmes (Moyal, 2020 ; Vezinat, 2019b). Ma thèse a renforcé ces seconds constats, en y apportant de nouveaux éléments.

Tout d'abord, les médecins généralistes prennent un rôle central dans la conception et la mise en place de ces nouveaux instruments d'exercice coordonné, en investissant le rôle d'intermédiaire de l'action publique. Dans la conception des instruments, les économistes administratifs de l'Assurance maladie privilégient les intérêts de la profession médicale, parfois aux dépens d'autres professions.

Ensuite, localement, les nouvelles divisions du travail conduisent à des délégations de tâches peu valorisées par les médecins généralistes vers d'autres professionnelles. En première ligne de ces délégations, l'on retrouve les infirmières, coordinatrices et secrétaires médicales, qui occupent un rôle de disponibilité permanente, socialement construit comme féminin (Avril et Ramos Vacca, 2020 ; Perrot, 1987 ; Pinto, 1987). L'analyse en termes de sociologie des rémunérations permet de restituer finement les interactions entre une forme d'horizontalisation des relations interprofessionnelles et le maintien des hiérarchies professionnelles et des inégalités de genre dans le travail de soin. Elle participe plus largement à interroger les frontières entre statuts indépendant et salarié (Bernard, 2020b). Les médecins « quasi salariés » dans Peps bénéficient ainsi d'un confort accru en termes de conditions de travail tout en gardant une rémunération équivalente et en conservant un statut libéral valorisé. Cela renvoie également au travail de Lucas Joubert, qui montre que les médecins salariés de centres de santé mettent à distance la subordination salariale, et conservent leur autonomie malgré leur statut (Joubert, 2023a). Les infirmières salariées, au contraire, perdent une partie de leur autonomie au travail en changeant de statut. Elles conservent en parallèle un travail indépendant pour compenser la baisse de leur rémunération. Cela montre aussi les paradoxes de ces politiques qui incitent à développer certaines tâches d'organisation, de coordination et de prévention, sans prévoir des financements spécifiques ou suffisants pour les rémunérer.

J'affirme alors que l'exercice pluriprofessionnel permet à ces médecins généralistes de conserver et de légitimer leur place centrale dans l'organisation des soins primaires à un moment où celle-ci est déstabilisée par une démographie médicale en baisse qui les contraint à repenser leurs juridictions professionnelles (Abbott, 1988). Pour autant, ces médecins ne revendiquent pas ouvertement une position hiérarchique sur les autres groupes professionnels, voire paradoxalement recherchent à développer davantage d'égalité pluriprofessionnelle.

De plus, l'exercice pluriprofessionnel permet aux médecins généralistes de conserver un contrôle sur les nouvelles tâches allouées aux pharmaciens ou aux professionnelles paramédicales (la deuxième voie), en les encadrant au sein des maisons de santé. Des professions qu'on aurait pu imaginer revalorisées par de telles évolutions, comme les infirmières de soins primaires, perdent à la fois en rémunération et en autonomie dans la définition et la réalisation quotidienne de leur travail. La féminisation des médecins généralistes (Biais et al., 2022 ; Lapeyre et Le Feuvre, 2005), dont on aurait pu penser qu'elle contribuerait à atténuer les hiérarchies professionnelles (Zolesio, 2012), réduit finalement peu les divisions du « sale boulot » entre groupes professionnels.

Enfin, ces instruments de coordination portés par des économistes administratifs et par des médecins généralistes libéraux sont conçus avec une faible prise en compte des inégalités sociales et territoriales de santé. En effet, l'analyse de la conception des modèles économiques dans le chapitre 4 a montré que les économistes administratifs priorisent la valorisation d'un « mérite » attribué aux professionnels de santé (dans une représentation de la causalité liée au style de raisonnement économique) plus que l'équité dans l'allocation des financements. Cette faible prise en compte des dimensions sociales dans les modèles économiques se fait malgré la mobilisation de médecins salariés de centres de santé (Legrand et Pitti, 2024), dans un contexte où les intérêts des médecins libéraux sont priorisés. Ce résultat confirme ceux d'un nombre important de recherches sur la quantification, qui montrent que la mise en chiffre est susceptible de reproduire voire d'amplifier les discriminations (Carruthers et Espeland, 2002 ; Levay et al., 2020 ; Tighanimine, 2023). Derrière une présentation neutre et technique des instruments, la fabrique des modèles révèle des choix politiques.

2. Pistes de recherche complémentaires

Si cette thèse a éclairé des évolutions récentes dans les administrations centrales sanitaires et dans l'organisation des soins primaires, elle a également abordé d'autres questionnements plus larges, sans qu'ils ne soient traités comme des objets centraux dans cette thèse. Je propose de revenir sur trois questionnements transversaux qui nécessiteraient une enquête plus approfondie : les évolutions des différentes organisations de représentation des médecins généralistes (1) ; la place des « déserts médicaux » dans les réformes actuelles des soins primaires (2) ; et enfin les enjeux de prise en charge des patients dans le développement de l'exercice coordonné (3).

2.1. Quelles évolutions de la représentation médicale ?

Les réformes de l'exercice coordonné participent à transformer la représentation des médecins généralistes, autrefois polarisée entre le syndicat Médecin Généraliste France (MG France) promoteur de nouveaux modes d'organisations des soins (comme la mise en place du dispositif « médecin traitant »), et « un front libéral » composé du Syndicat des médecins libéraux (SML), de la Confédération des syndicats médicaux français (CSMF) et de la Fédération des médecins de France (FMF), défendant les intérêts financiers de la profession et l'exercice libéral (Hassenteufel, 1997)[177].

Les syndicats de médecins généralistes sont encore partagés entre deux tendances : la défense de l'exercice libéral et des intérêts financiers de la profession d'un côté ; et la promotion de nouveaux modes d'organisations de l'autre. En effet, l'on observe des mobilisations régulières de médecins « ultralibéraux », qu'il s'agisse des mobilisations de 2015, du mouvement des « médecins pigeons » en 2019 (Hassenteufel, 2019), ou plus récemment du mouvement « Médecins pour demain » en 2022. Ces mobilisations successives réactivent le discours de défense de la médecine libérale, les revendications concernant principalement la liberté d'installation et la revalorisation de la tarification (Hassenteufel, 2019).

Par ailleurs, plusieurs nouvelles organisations se développent : la Fédération des maisons de santé, créée en 2008, mais aussi la Fédération des Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), fondée en 2017 ou encore le syndicat de jeunes médecins Regroupement autonome des généralistes et jeunes installés et remplaçants (ReAGJIR) depuis 2008. Ces nouvelles organisations « sont devenues des interlocuteurs réguliers (et écoutés) du gouvernement » (Hassenteufel, 2019, p. 32). Les fédérations des maisons de santé et des CPTS gagnent d'ailleurs en légitimité avec l'inscription dans la loi de financement de la sécurité sociale de 2023 d'un statut d'observateur des négociations conventionnelles[178] dont ils étaient jusqu'à présent légalement exclus. Par ailleurs, l'Union syndicale des médecins de centres de santé et la Fédération nationale des centres de santé renouvellent leur action en négociant des conventions spécifiques à leur mode d'organisation (Joubert, 2023b).

[177] Depuis les années 2000, les médecins généralistes sont représentés par six syndicats, dont les deux majoritaires sont la CSMF et MG France (Hassenteufel, 2010).

[178] Ce statut est conditionné à l'atteinte d'un certain seuil de représentativité et ne permet pas aux organisations pluriprofessionnelles de participer activement aux négociations. Les syndicats de jeunes médecins ont accès au même statut lors des négociations conventionnelles.

Du fait de ces reconfigurations, l'opposition entre Médecin généraliste France (MG France) et le « front libéral » tend à s'atténuer. MG France adopte depuis 2011 une position de défense des intérêts libéraux qui rapproche ce syndicat de la CSMF (Hassenteufel, 2019), tandis que la CSMF adoucit son opposition à l'exercice coordonné depuis 2013 (Moyal, 2021). Ce rapprochement des deux syndicats libéraux facilite les nouvelles conventions pluriprofessionnelles : en 2019, l'accord conventionnel des CPTS a bénéficié d'une négociation sans opposition frontale, contrairement à celui des maisons de santé en 2015 qui avait suscité la résistance de plusieurs syndicats (Moyal, 2021).

Dans son ouvrage « Les médecins face à l'État », Patrick Hassenteufel décrivait quatre répertoires d'action mobilisés par les médecins : le *lobbying*, la prise de position publique, la manifestation ou les actions conflictuelles (grève, *boycott*) (1997). Au cœur de ces reconfigurations, ma thèse a mis en lumière un nouveau répertoire d'action : la participation aux expérimentations comme moyen d'influencer l'action publique pour les acteurs syndicaux lors des interactions avec les économistes administratifs. Ainsi, des membres des bureaux de la CSMF, de MG France ou encore de la fédération des maisons de santé participent aux expérimentations Ipep et Peps. La participation aux expérimentations ne s'apparente pas directement à du *lobbying*, précisément car les économistes administratifs ne possèdent pas de pouvoir décisionnaire. Elle permet pour autant à des médecins, y compris syndiqués, d'influencer la conduite de l'action publique en essayant de peser sur l'élaboration des instruments.

Cependant, la participation aux expérimentations n'engage pas nécessairement le soutien des médecins syndiqués lors des négociations conventionnelles. Comme le souligne Patrick Hassenteufel, ces acteurs sont fortement contraints dans leurs positionnements politiques par les enjeux électoraux, dans un contexte où leur représentativité est affaiblie (Hassenteufel, 1997, 2019). Ainsi, en janvier 2024, la réouverture de négociations conventionnelles amène les syndicats à se positionner contre la poursuite de l'expérimentation Peps, qui arrive bientôt à sa fin. MG France comme la CSMF expriment dans les médias leur forte opposition à cette expérimentation, à laquelle certains de leurs membres ont participé avant de se retirer. Les syndicats de médecine générale conservent ainsi toutes leurs capacités de blocage, la participation aux expérimentations ne les engageant pas officiellement dans un partenariat avec les pouvoirs publics.

Si ma thèse constitue un point d'observation de ces évolutions, elle ne suffit pas à répondre à l'ensemble des questions que posent les reconfigurations de la représentation syndicale. Il

semble alors nécessaire de développer une enquête spécifique, appréhendant les syndicats et fédérations dans leur ensemble – comme une écologie – et non pas de manière isolée.

2.2. Où sont passés les « déserts médicaux » ?

Il y a à peine cinq ans, les recherches sur les réformes des soins primaires mettaient en lumière l'omniprésence d'un cadrage du problème des « déserts médicaux » dans les débats publics, soulevés par des élus locaux et par des chercheurs (Hassenteufel et al., 2020). Les maisons de santé ont été promues comme une solution à ce problème public (Moyal, 2021). L'on aurait donc pu s'attendre à ce que la mise en œuvre de nouveaux instruments d'exercice coordonné soit présentée comme une nouvelle solution à ce problème public, de manière à les légitimer.

Mon enquête montre que ce n'est pourtant pas le cas. La question des déserts médicaux est très peu abordée par les acteurs enquêtés. Le président de la République, Emmanuel Macron, dans un discours prononcé le 16 janvier 2024 expliquait ainsi « ne pas croire » en la régulation de l'installation des médecins, et évoquait en revanche la solution de l'immigration (de médecins étrangers) et celle de « dégager du temps aux médecins ». La promotion de ces solutions incitatives et non contraignantes plutôt qu'une régulation ferme de l'installation médicale n'est pas anodine.

Elle s'inscrit dans la suite de nombreuses tentatives des gouvernements successifs de mettre en œuvre des mesures plus contraignantes pour réguler l'installation des médecins libéraux, abandonnées une à une face à l'opposition de la profession. Ainsi, en 2009, des « contrats santé solidaires » avaient été mis en place afin de contraindre (sous peine d'une contribution forfaitaire annuelle) les médecins à exercer une partie de leur activité dans des zones sous-dotées avant d'être abandonnées suite à la mobilisation de la CSMF (Hassenteufel, 2019). De nombreuses propositions de loi émanant aussi bien de partis de gauche que de droite sont par la suite retoquées. Nous pouvons citer, sans être exhaustif, le député Philippe Vigier (Nouveau Centre) qui proposait en 2011 un service de trois ans dans un secteur sous-doté pour les nouveaux médecins. En 2013, les sénateurs Hervé Maurey (Union des démocrates et indépendants) et Jean-Luc Fichet (Parti socialiste) soumettaient une mesure similaire. Toujours en 2013, Guénhaël Huet (Union pour la majorité présidentielle, c'est-à-dire Les républicains) présentait une loi pour régionaliser le numerus clausus et une obligation d'installation et d'exercice dans les zones sous-dotées. D'autres initiatives ont été portées par des acteurs administratifs, comme l'instauration d'un Service public territorial de santé promu par la Direction générale de l'offre de soins au ministère de la Santé avant d'être repensé en

Communautés professionnelles territoriales de santé moins contraignantes. Plus récemment également, la direction de la Cnam a tenté d'intégrer d'une année de stage dans des zones sous-dotées à la formation médicale lors des négociations conventionnelles médicales en 2022.

Face à l'échec d'une régulation ferme de l'installation des médecins libéraux, les instruments de coordination sont des solutions souples et incitatives, qui ne concernent que les professionnels qui veulent s'en saisir : une forme de régulation douce (Bertillot, 2014 ; Levay et Waks, 2009) à laquelle les syndicats ne s'opposent pas ou peu. Dans cette thèse, j'ai montré une reformulation progressive du problème public des « déserts médicaux » vers celui du « manque de temps médical ». Cette plasticité tient également au fait qu'il n'y a pas de cadrage univoque du problème des soins primaires, qui serait imposée par un groupe d'acteurs avec d'importantes ressources. Contrairement au cas de l'élite du *Welfare* (Darviche et al., 2023), il n'y a pas d'élite administrative sectorielle qui promeuve un programme d'action publique pour les soins primaires.

De plus, la réorientation de la problématique vers le « temps médical » permet aux médecins de bénéficier de nouveaux avantages, comme la mise en place depuis 2019 des assistantes médicales. Le développement de ce métier, dont les tâches peuvent regrouper du secrétariat médical comme de l'aide au soin, est largement subventionné par les pouvoirs publics. Ces instruments incitatifs, sous prétexte de préserver du temps médical, renforcent le prestige de la profession sans s'attaquer à la question du libre choix d'installation.

Or, ces choix politiques ne sont pas sans conséquences pour les patients. À l'image d'autres secteurs d'action publique, notamment l'enseignement supérieur et la recherche (Aust, 2016 ; Barrier, 2011 ; Harroche, 2021) ou le secteur associatif (Hély, 2009 ; Robelet, 2016), les financements alloués par les pouvoirs publics prennent de plus en plus la forme d'appels à projets. Cela conduit à une répartition inégale des aides publiques sur le territoire. Plus encore, ces ressources sont captées par des organisations (et des professionnels) qui en sont déjà dotés, davantage qu'elles ne sont ciblées sur les zones géographiques ou les populations qui en auraient spécifiquement besoin. Au-delà de l'absence de prise en compte des inégalités sociales et territoriales de santé dans l'élaboration des modèles économiques, la généralisation d'instruments incitatifs conduit également à une distribution inégale des ressources.

2.3. Quels enjeux pour la prise en charge des patients dans les structures d'exercice coordonné ?

Cette thèse a mis en lumière des mécanismes de reproduction des inégalités sociales et territoriales de santé dans la conception de modèles économiques méritocratiques et dans l'allocation incitative des ressources. Au-delà de cette analyse au niveau du système, mon enquête ne donne cependant pas à voir les effets concrets de ces instruments de coordination dans les soins reçus par les patients et la prise en charge des inégalités sociales et territoriales de santé. Ce manque est d'ailleurs partagé avec plusieurs travaux antérieurs portant sur les évolutions des soins primaires (Fournier, 2015 ; Moyal, 2021 ; Schweyer, 2016 ; Vezinat, 2019a). De manière générale, la plupart des travaux portant sur les patients dans des situations de soins s'intéressent à des populations spécifiques selon leurs caractéristiques sociales ou leur pathologie (Darmon, 2021 ; Gabarro, 2017 ; Loretti, 2021 ; Nacu et Benamouzig, 2010) et/ou au cadre hospitalier (Darmon, 2021 ; Paillet, 2021). Les soins primaires ont peu fait l'objet d'enquête spécifique sur la relation de soins.

En ce qui concerne cette thèse, cela s'explique à la fois par le cadrage de l'enquête, mais également par la difficulté à aborder ces questionnements dans le cas des soins primaires.

Premièrement, cela résulte du cadrage même des instruments. Ipep et Peps, comme les autres instruments de coordination en santé, ne ciblent pas les patients, mais les professionnels. Dans la conception des instruments, les patients sont présents uniquement au travers du recueil de leurs expériences subjectives de leur satisfaction quant à la relation thérapeutique, outillée par le questionnaire d'expérience du patient décrit dans le chapitre 4. Dans cette conception lissée de la relation de soin, les dimensions sociales (relatives à la classe, au genre, à la catégorie ethnoraciale des soignants comme des soignés) sont invisibilisées, et les résultats même de ces soins ne sont pas pris en compte (trajectoire des patients, efficacité des traitements, etc.). Or mon enquête, inscrite dans un contexte évaluatif, a été pensée dans la continuité du cadrage des instruments, c'est-à-dire en s'intéressant aux acteurs intégrés à la communauté d'instruments.

Deuxièmement, ce choix est aussi lié aux difficultés d'enquêter sur les relations entre soignants et soignés dans le cadre des soins primaires. En effet, une consultation chez un médecin généraliste ou un masseur-kinésithérapeute est un évènement du quotidien, là où une hospitalisation ou une pathologie chronique sont susceptibles de constituer un évènement marquant voire de reconfigurer certaines dimensions de la vie sociale (famille, conjugalité, travail, etc.) (Baszanger, 1986 ; Strauss et al., 1985). De plus, les changements dans

l'organisation ou la division du travail liés aux instruments de coordination ne sont pas forcément visibles pour les patients, et l'ensemble d'entre eux n'en bénéficient pas nécessairement.

Pour autant, le développement de l'exercice regroupé et de nouveaux modes de rémunération pourrait modifier la prise en charge des patients. Dans le cas du forfait Peps, la prise en charge intégrale des consultations médicales par l'Assurance maladie a sans doute permis un plus libre recours à ces services pour les populations les plus précarisées. De manière plus générale, les patients de maisons de santé pourraient accéder à de nouveaux services de prévention ou de coordination de leurs parcours. Enfin, les maisons de santé pourraient permettre à des professionnels du travail social, comme le médiateur en santé de la maison de santé des Sureaux ou l'infirmière de parcours formée à l'alphabétisation de la maison de santé des Agapanthes, d'améliorer la prise en compte des dimensions sociales dans leurs soins. Nicolas Duvoux et Nadège Vézinat vont jusqu'à supposer que les maisons de santé « établissent une forme de liaison entre le soin et le social » (2023, p. 407). Ces questions restent cependant entièrement à explorer et mériteraient de faire l'objet d'une enquête spécifique. Cette enquête pourrait être menée sur une population spécifique, comme des malades chroniques, susceptibles de bénéficier le plus de ces évolutions, en incluant par exemple une dimension comparative avec des patients suivis par des professionnels de santé n'exerçant pas en exercice regroupé. Une autre méthodologie pourrait passer par l'observation de consultations, à l'image du travail réalisé par Laurence Guyard sur la gynécologie médicale (2010), qui permettrait sans aucun doute de mieux saisir les spécificités – s'il y en a – de la relation de soin en maisons de santé.

Bibliographie

ABBOTT Andrew, 1988, *The system of Professions: An Essay on the Division of expert Labor*, The University of Chicago Press, Chicago, USA, 435 p.

ABBOTT Andrew, 2003, Écologies liées : à propos du système des professions, In MENGER, Pierre-Michel, dir. *Les professions et leurs sociologies : Modèles théoriques, catégorisations, évolutions*, Éditions de la Maison des sciences de l'homme, Paris. Disponible sur : ISBN : 978-2-7351-1775-8. DOI : https://doi.org/10.4000/books.editionsmsh.5721 [consulté le 15 mars 2024].

ABDELGHAFOUR Nassima, 2017, Randomized Controlled Experiments to End Poverty? A Sociotechnical Analysis, *Anthropologie & développement*, n°46-47, p. 235-262.

ABDELNOUR Sarah, 2017, *Moi, petite entreprise. Les auto-entrepreneurs, de l'utopie à la réalité*, Presses Universitaires de France, Paris, 352 p.

AKRICH Madeleine, PATERSON Florence, RABEHARISOA Vololona, 2020, Synthèse de la littérature sur les Patient-Reported Outcomes (2010-2019), i3 Working Papers Series, CSI.

ALAM Thomas, GURRUCHAGA Marion, O'MIEL Julien, 2012, Science de la science de l'État : la perturbation du chercheur embarqué comme impensé épistémologique, *Sociétés contemporaines*, n° 87, vol. 3, p. 155-173.

ALLEN Davina, 1997, The nursing-medical boundary: A negotiated order, *Sociology of Health & Illness*, n°4, vol. 19, p. 498-520.

AMELUNG Volker, STEIN Viktoria, GOODWIN Nicholas, BALICER Ran, NOLTE Ellen, SUTER Esther, 2017, *Handbook Integrated Care*, Springer Nature, Cham, Switzerland, 578 p.

ANGELETTI Thomas, 2011, Faire la réalité ou s'y faire ? La modélisation et les déplacements de la politique économique au tournant des années 1970, *Politix,* n° 95, vol. 3, p. 47-72.

ANGELETTI Thomas, 2021, La formation de l'économie française : Émergence et stabilisation d'une entité collective, *Politix,* n° 133, vol. 1, p. 55-78.

ANGELETTI Thomas, 2023, *L'invention de l'économie française,* Presses de Sciences Po, Paris, 260 p.

ANTHONY Denise, BANASZAK-HOLL Jane, 2003, Organizational Variation in the Managed Care Industry in the 1990s: Implications for Institutional Change, *Research in the Sociology of Health Care,* n°21, p. 21-38.

ARANDA Mauricio, 2022, Soigner les « exclus » dans les centres et réseaux de santé : des formes d'institutionnalisation différenciées de l'assistance socio-médicale en médecine de ville, *Sociologies pratiques*, n° 45, vol. 2, p. 53-62.

ARBORIO Anne-Marie, LECHIEN Marie-Hélène, 2019, La bonne volonté sanitaire des classes populaires, Les ménages employés et ouvriers stables face aux médecins et aux normes de santé, *Sociologie*, vol. 10, n°1, p. 91-110.

ARLIAUD Michel, ROBELET Magali, 2000, Réformes du système de santé et devenir du « corps médical », *Sociologie du travail*, vol. 42, n°1, p. 91-112.

ATTAL-TOUBERT Ketty, 2009, Le revenu global d'activité des médecins ayant une activité libérale, Dossier : Les revenus d'activité des indépendants, INSEE, p.61-77.

AUDRIC Sophie, 2001, Les disparités de revenus et de charges des médecins libéraux, Études et Résultats, DREES, n°146, p. 1-12.

AUST Jérôme, 2016, Des appels d'offre pour la recherche : genèse et transformations d'un dispositif de gouvernement, In CASTEL, Patrick, HENAUT, Léonie, MARCHAL, Emmanuelle dir. *Faire la concurrence, retour sur un phénomène social et économique,* Presses des Mines, (Sciences sociales), Paris, p. 79-97.

AUST Jérôme, BERGERON Henri, 2022, Repenser le changement institutionnel, In BORRAZ, Olivier dir. *La société des organisations*, Les Presses de Sciences Po, Paris, p. 75-90.

AUST Jérôme, GOZLAN Clémentine, 2018, Des instruments contestés : Émergence et effets de la critique des instruments du gouvernement de la recherche en France (1961-2015), *Revue française de science politique*, vol. 68, n°3, p. 493-514.

AUST Jérôme, GOZLAN Clémentine, 2019, Bringing the Rules Back In. Peer Review, Bureaucracy and the Reform of Science Governance in France (1960-2010), In SIMMON, Dagmar, KUHLMANN, Stefan, STAMM, Julia, *et al,* dir. *Handbook of Science and Public Polic*, Edward Elgar Publishing, Cheltenham, p. 122-140.

AUST Jérôme, MAZOYER Harold, MUSSELIN Christine, 2019, Se mettre à l'IDEX ou être mis à l'index. Conformations, appropriations et résistances aux instruments d'action publique dans trois sites d'enseignement supérieur, *Gouvernement et action publique*, vol. 7, n°4, p. 9-37.

AVRIL Christelle, 2019, Secrétaires, des domestiques comme les autres ? Une enquête ethnographique dans les services publics, *Mélanges de l'École française de Rome. Italie et Méditerranée,* n°131-1, p. 153-168.

AVRIL Christelle, RAMOS VACCA Irène, 2020, Se salir les mains pour les autres. Métiers de femme et division morale du travail, *Travail, genre et sociétés*, vol. 43, n°1, p. 85-102.

BAKER George P., JENSEN Michael C., MURPHY Kevin J., 1988, Compensation and Incentives: Practice vs. Theory, *The Journal of Finance*, vol. 43, n°3, p. 593-616.

BARBERIS Eduardo, GRÜNING Barbara, 2021, Doing Social Sciences via Comics and Graphic Novels. An Introduction, *Sociologica*, p. 125-142.

BARBERIS Eduardo, GRÜNING Barbara, HAMDY Sherine, NYE Coleman, DRAGONE Francesco, 2021, EthnoGRAPHIC: An Interview, *Sociologica*, p. 291-298.

BARBIER Jean-Claude, 2014, Les sources intellectuelles de l'évaluation des politiques publiques, *Politiques et management public*, vol. 31, n°1, p. 13-30.

BARRAUD DE LAGERIE Pauline, BIDET Alexandra, NOUGUEZ Étienne, 2013, Ce que mesurer veut dire : disputes autour de la quantification et de la valuation en sociologie, In VATIN, François dir. *Évaluer et valoriser, Une sociologie économique de la mesure*, Presses Universitaires du Mirail, Toulouse, p. 305-347.

BARRENHO Eliana, HAYWOOD Philip, KENDIR Candan, KLAZINGA Nicolaas S., 2022, International comparisons of the quality and outcomes of integrated care: Findings of the OECD pilot on stroke and chronic heart failure, Document de travail de l'OCDE sur la santé, n°142, OCDE, Paris.

BARRIER Julien, 2011, La science en projets : financements sur projet, autonomie professionnelle et transformations du travail des chercheurs académiques, *Sociologie du travail,* vol. 53, n°4, p. 515-536.

BARRIER Julien, PILLON Jean-Marie, QUERE Olivier, 2015, Les cadres intermédiaires de la fonction publique : Travail administratif et recompositions managériales de l'État, *Gouvernement et action publique*, vol. 4, n°4, p. 9-32.

BARRIER Julien, VEZIAN Audrey, 2016, Concurrence, rhétorique et mécano institutionnel : les usagers stratégiques des dispositifs d'organisation de la recherche, In CASTEL, Patrick, HENAUT, Léonie, MARCHAL, Emmanuelle dir. *Faire la concurrence, retour sur un phénomène social et économique,* Presses des Mines, (Sciences sociales), Paris, p. 117-136.

BARTL Walter, PAPILLOUD Christian, TERRACHER-LIPINKI Audrey, 2019, Governing by Numbers - Key indicators and the Politics of Expectations: An Introduction, *Historical Social Research*, vol. 44, n°2, p. 7-48.

BARTON Thomas D., THOME Renate, HOPTROFF Mary, 1999, The nurse practitioner: Redefining occupational boundaries?, *International Journal of Nursing Studies*, vol. 31, n°1, p. 57-63.

BASSON Jean-Charles, HASCHAR-NOE Nadine, HONTA Marina, 2021, La fabrique des inégalités sociales de santé. Avant-Propos, *Revue française des affaires sociales*, vol. 3, p. 9-33.

BASZANGER Isabelle, 1986, Les maladies chroniques et leur ordre négocié, *Revue Française de Sociologie,* vol. 27, n°1, p. 3-27.

BAUDELOT Christian, 2020, Ce que mon salaire doit payer, *Regards croisés sur l'économie*, vol. 2, n°27, p. 126-132.

BAUDELOT Christian, SERRE Delphine, 2006, Les paradoxes d'une satisfaction : Ou comment les femmes jugent leur salaire, *Travail, genre et sociétés*, n° 15, vol. 1, p. 121-138.

BEAUSSIER Anne-Laure, GIRAULT Anne, DARIEL Odessa, ROBELET Magali, VALIERGUE Alice, 2022, Des bundled payments à la française ? Retours sur une expérimentation du paiement à l'épisode de soins en orthopédie et oncologie pour améliorer la coordination, *Politiques et management public*, vol. 3, n°3, p. 297-316.

BECKER Howard, 2016, *La bonne focale. De l'utilité des cas particuliers en sciences sociales*, La Découverte, Paris, 272 p.

BEDECARRATS Florent, GUERIN Isabelle, ROUBAUD François, 2013, L'étalon-or des évaluations randomisées : du discours de la méthode à l'économie politique, *Sociologies pratiques*, vol. 27, n°2, p. 107-122.

BELLAMY Vanessa, FRECHOU Hélène, 2010, Les revenus libéraux des professionnels de santé, Sources et méthodes, n°16, DREES.

BELORGEY Nicolas, 2010, *L'hôpital sous pression. Enquête sur le nouveau management public*, La Découverte, Paris, 336 p.

BELORGEY Nicolas, 2013, Pourquoi attend-on aux urgences ? Un indicateur du New Public Management aux prises avec la réalité hospitalière, *Travail et emploi,* n°133, p. 25-38.

BELORGEY Nicolas, PIERRU Frédéric, 2017, Une « consultocratie » hospitalière ? Les consultants, courtiers de la réforme du système de santé, *Les Tribunes de la santé,* n° 55, vol. 2, p. 45-57.

BENAMOUZIG Daniel, 2005, *La santé au miroir de l'économie*, Presses Universitaires de France, Paris, 496 p.

BENAMOUZIG Daniel, 2009, La Haute autorité de santé au cœur des choix économiques, *Regards croisés sur l'économie*, vol. 5, n°1, p. 229-237.

BENAMOUZIG Daniel, 2012, Du grand soir au clair-obscur : Expertise économique et privatisation bureaucratique de l'assurance maladie, *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 193, n°3, p. 56-73.

BENAMOUZIG Daniel, PIERRU Frédéric, 2011, Le professionnel et le « système » : l'intégration institutionnelle du monde médical, *Sociologie du Travail*, vol. 53, n°3, p. 327-333.

BENAMOUZIG Daniel, ROBELET Magali, 2014, Les indicateurs qualité et l'intégration bureaucratique de l'hôpital, *Quaderni,* n°85, p. 67-84.

BENOIT Cyril, NOUGUEZ Étienne, 2018, De l'administration des prix à la régulation du marché : enjeux et modalités de la fixation des prix des médicaments en France depuis 1948, *Revue française des affaires sociales*, n°3, p. 91-109.

BERAUD Mathieu, HIGELE Jean-Pascal, 2020, « Territoire zéro chômeur de longue durée » : les luttes d'interprétation d'un droit à l'emploi, *La Nouvelle Revue du Travail*, vol. 17, p. 1-17.

BERG Marc, 1997, Of Forms, Containers, and the Electronic Medical Record: Some Tools for a Sociology of the Formal, *Science, Technology & Human Values*, vol. 22, n°4, p. 403-433.

BERGEAT Maxime, CASSOU Matthieu, 2023, Un tiers des médecins généralistes, et plus de la moitié de ceux exerçant en maison de santé pluriprofessionnelle, collaborent quotidiennement avec des infirmières, DREES, n°1282.

BERGERON Henri, BORRAZ Olivier, CASTEL Patrick, DEDIEU François, 2020, *Covid-19 : une crise organisationnelle*, Presses de SciencesPo, Paris, 136 p.

BERGERON Henri, CASTEL Patrick, 2010, Captation, appariement, réseau : une logique professionnelle d'organisation des soins, *Sociologie du Travail*, vol. 52, n°4, p. 441-460.

BERGERON Henri, CASTEL Patrick, NOUGUEZ Étienne, 2013, Éléments pour une sociologie de l'entrepreneur-frontière : Genèse et diffusion d'un programme de prévention de l'obésité, *Revue française de sociologie*, vol. 54, n°2, p. 263-302.

BERGERON Henri, HASSENTEUFEL Patrick, 2018, Une contribution de la sociologie de l'action publique à l'évaluation de processus : Le cas des « politiques d'organisation », *Idées économiques et sociales*, vol. 193, n°3, p. 42-50.

BERLAND Yvon, BOURGUEIL Yann, 2006, Cinq expérimentations de coopération et de délégation de tâches entre professions de santé, Observatoire national de la démographie des professions de santé.

BERMAN Elizabeth Popp, 2022, *Thinking like an Economist, How Efficiency Replaced Equality in U.S. Public Policy*, Princeton University Press, Princeton, New Jersey, USA, 344 p.

BERNARD Sophie, 2020a, *Le nouvel esprit du salariat. Rémunérations, autonomie, inégalités*, Presses Universitaires de France, Paris, 242 p.

BERNARD Sophie, 2020b, Des salariés déguisés ? L'(in)dépendance des chauffeurs des plateformes numériques, *Sociologie du travail*, vol. 62, n°4, Disponible sur : URL : http://journals.openedition.org/sdt/35722 [consulté le 15/03/2024].

BERNARD Sophie, 2021, « Faire » son salaire : rémunérations variables et remontée de l'incertitude, *Regards croisés sur l'économie*, n° 27, vol. 2, p. 58-67.

BERNARD Sophie, BETHOUX Élodie, PENALVA ICHER Élise, 2019, Tout salaire mérite enquête, *Terrains & travaux*, n°35, vol. 2, p. 5-21.

BERTILLOT Hugo, 2014, *La rationalisation en douceur : sociologie des indicateurs qualité à l'hôpital*, Thèse de doctorat en sociologie, Paris : Institut d'études politiques.

BERTILLOT Hugo, 2016, Des indicateurs pour gouverner la qualité hospitalière. Sociogenèse d'une rationalisation en douceur, *Sociologie du travail*, vol. 58, n°3, p. 227-252.

BESSIS Franck, ELOIRE Fabien, 2023, Savoirs économiques et action publique : institutionnalisation et usages, *Revue Française de Socio-Économie*, n° 31, vol. 2, p. 49-68.

BESSY Christian, 2010, Les avocats, un marché professionnel déstabilisé, *Formation emploi*, n°110, p. 35-48.

BEZES Philippe, CHIAPELLO Ève, DESMAREZ Pierre, 2016, Introduction : la tension savoirs-pouvoirs à l'épreuve du gouvernement par les indicateurs de performance, *Sociologie du travail*, vol. 58, n°4, p. 347-369.

BEZES Philippe, DEMAZIERE Didier, LE BIANIC Thomas, et al., New Public Management et professions dans l'État : au-delà des oppositions, quelles recompositions ?, *Sociologie du travail*, vol. 53, n°3, p. 293-348.

BEZES Philippe, PALIER Bruno, 2018, Le concept de trajectoire de réformes. Comment retracer le processus de transformation des institutions, *Revue française de science politique*, vol. 68, n°6, p. 1083-1112.

BEZES Philippe, PALIER Bruno, SUREL Yves, 2018, Le process tracing : du discours de la méthode aux usages pratiques, *Revue française de science politique*, vol. 68, n°6, p. 961-965.

BIAIS Myriam, CASSOU Matthieu, FRANC Carine, 2022, Des conditions de travail plus satisfaisantes pour les médecins généralistes exerçant en groupe, DREES, n°1229.

BLOY Géraldine, 2010, Rémunérer les médecins généralistes. La question des revenus, In BLOY, Géraldine, SCHWEYER, François-Xavier, dir. *Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale*, Presses de l'EHESP, Rennes, p. 75-95.

BLOY Géraldine, RIGAL Laurent, 2012, Avec tact et mesure ? Les médecins généralistes français aux prises avec les évaluations chiffrées de leur pratique, *Sociologie du travail*, vol. 54, n°4, p. 433-456.

BLOY Géraldine, SCHWEYER François-Xavier, 2010, *Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale*, Presses de l'EHESP, Rennes, 424 p.

BLUMER Herbert, 1971, Social problems as collective behavior, *Social Problems*, vol. 3, n°18, p. 298-306.

BOLTANSKI Luc, 1971, Les usages sociaux du corps, *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, vol. 26, n°1, p. 205-233.

BOLTANSKI Luc, ESQUERRE Arnaud, 2016, L'énigmatique réalité des prix, *Sociologie*, vol. 7, n°1, p. 41-57.

BONELLI Laurent, PELLETIER Willy, 2010, *L'État démantelé*, La Découverte, Paris, 324 p.

BORRAZ Olivier, RUIZ Émilien, 2020, Saisir l'État par son administration pour une sociologie des rouages de l'action publique, *Revue française de science politique*, vol. 70, n°1, p. 7-20.

BOUCHAYER Françoise, 2010, Un regard transversal sur la fonction soignante de proximité : médecins généralistes, infirmières et kinésithérapeutes libéraux, In BLOY, Géraldine, SCHWEYER, François-Xavier, dir. *Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale*, Presses de l'EHESP, Rennes, p. 169-188.

BOULLIER Henri, CORNILLEAU Lise, JOUZEL Jean-Noël, JUVEN Pierre-André, 2021, « En attendant d'autres données » : Raison modélisatrice, incertitudes et pièges de l'abstraction, *Terrains & travaux*, n° 38, vol. 1, p. 5-22.

BOURGEOIS Isabelle, 2019, Accompagner la structuration de la production de soins de premier recours ou participer à l'invention de l'action organisée en médecine de ville, *Journal de gestion et d'économie de la santé*, n° 1, vol. 1, p. 54-71.

BOURGEOIS Isabelle, 2024 *à paraître*, Une approche de la santé publique par des « territoires pionniers ». Liaisons et déliaisons entre deux démarches expérimentales, *Questions d'économie de la santé*, Irdes.

BOURGEOIS Isabelle, MORIZE Noémie, FOURNIER Cécile, 2021, Accompagner le renouvellement de l'action publique en santé au niveau régional : des expérimentations nationales de l'article 51 qui apprennent à (dé)cadrer, *Questions d'économie de la santé*, Irdes, n°262, p. 1-8.

BOURGUEIL Yann, CLEMENT Marie-Caroline, COURALET Pierre-Emmanuel, MOUSQUES Julien, PIERRE Aurélie, 2009, Une évaluation exploratoire des maisons de santé pluridisciplinaires de Franche-Comté et de Bourgogne, *Questions d'économie de la santé*, Irdes, n°147, p 1-8.

BOUSQUET Frédéric, GHADI Véronique, 2017, La participation des usagers aux systèmes de santé : un tour d'horizon international, *Revue française des affaires sociales*, n°1, p. 116-127.

BOVENS Mark, ZOURIDIS Stavros, 2002, From street-level to system-level bureaucracies: how information and communication technology is transforming administrative discretion and constitutional control, *Public Administration Review*, vol. 62, p. 174-184.

BRETON Éléanor, 2014, Répondre à l'appel (à projets) : Récits d'un apprentissage silencieux des normes de l'action publique patrimoniale, *Politix*, n°105, vol. 1, p. 213-232.

BRISSAUD Constantin, 2021a, Des objectifs sanitaires à la rationalité budgétaire. La mise en marché des systèmes de santé saisie par la quantification, *Revue Française de Socio-Économie*, n° 26, vol. 1, p. 27-46.

BRISSAUD Constantin, 2021b, Des prophètes aux « data slaves ». Une analyse des signataires des rapports de l'OCDE sur la santé (1990-2018), *Politix*, n° 133, vol. 1, p. 111-148.

BRISSAUD Constantin, 2022, La quantification internationale au concret : Luttes autour de la nomenclature des dépenses de santé à l'OCDE, *Revue française de science politique*, vol. 72, n°1, p. 103-126.

BRITTEN Nicky, 2001, Prescribing and the defence of clinical autonomy, *Sociology of Health & Illness*, vol. 23, n°4, p. 478-496.

BRUNN Matthias, 2020, Diviser et récompenser ? La régulation des médecins de ville via les instruments d'action publique en France et en Allemagne, *Revue française des affaires sociales*, vol. 1, n°1, p. 215-236.

BRUNN Matthias, 2022, Born in the USA? A Comparison of "Inspired" Health Care Reforms in Germany and France, *Health Polit Policy Law*, n°1, vol. 47, p. 27-61.

BULMER Simon, PADGETT Stephen, 2005, Policy Transfer in the European Union: An Institutionalist Perspective, *British Journal of Political Science*, vol. 35, n°1, p. 103-126.

CAIRNEY Paul, 2016, *The politics of evidence-based policy making*, Palgrave Pivot, London, UK, 137 p.

CALLON Michel, 1986, La domestication des coquilles Saint-Jacques et des marins-pêcheurs dans la baie de Saint-Brieuc, *L'Année sociologique*, vol. 36, p. 169-207.

CALLON Michel, 2007, What does it Mean to Say that Economics is Performative? In MACKENZIE, Donald, MUNIESA, Fabian, LEUNG-SEA, Siu, eds. *Economists Make Markets? On the Performativity of Economics*, Princeton University Press, p. 311-357.

CANCELLIERI Adriano, PETERLE Giada, 2021, Urban Research in Comics Form: Exploring Spaces, Agency and Narrative Maps in Italian Marginalized Neighbourhoods, *Sociologica*, p. 211-239.

CARDON Dominique, 2018, Le pouvoir des algorithmes, *Pouvoirs*, vol.164, n°1, p. 63-73.

CARINI-BELLONI Benoît, 2022a, Une médecine mutualiste de transformation sociale au service du mouvement ouvrier à l'épreuve du tournant « lucratif » de la mutualité, *Sociologies pratiques*, n° 45, vol. 2, p. 29-40.

CARINI-BELLONI Benoît, 2022b, *Dynamiques professionnelles et spatiales de l'offre de soins primaires. Étude sociologique des centres de santé en France (19e-21e siècles),* Thèse de Sociologie, Villetaneuse, Université Paris 13.

CARRE Benoît, JUSOT Florence, MARSAUDON Antoine, WITTWER Jérôme, 2021, Le recours aux soins des populations pauvres en France : Que savons-nous de l'efficacité des programmes d'accès gratuits à une couverture santé ? *Actualité et dossier en santé publique*, n° 113, vol. 1, p. 50-51.

CARRUTHERS Bruce G., ESPELAND Wendy Nelson, 2002, Money, Meaning, and Morality, dans BIGGART Nicole Woolsey, dir., *Readings in Economic Sociology*, Blackwell Publishers Ltd, Oxford, UK, p. 292-314.

CARTIER Marie, COUTANT Isabelle, MASCLET Olivier, SIBLOT Yasmine, 2011, Les métamorphoses d'un quartier de promotion des années 1960 à nos jours, In BOUFFARTIGUE Paul, GADEA Charles, POCHIC Sophie, *Cadres, classes moyennes : vers l'éclatement*, Armand Colin, Paris, p. 213-223.

CASSOU Matthieu, MOUSQUÈS Julien, FRANC Carine, 2020, General practitioners' income and activity: the impact of multi-professionnal group practice in France, *The European Journal of Health Economics*, vol. 21, p. 1295-1315.

CASSOU Matthieu, MOUSQUES Julien, FRANC Carine, 2021, Exercer en maison de santé pluriprofessionnelle a un effet positif sur les revenus des médecins généralistes, Études et résultats, DREES, n°1193.

CASSOU Matthieu, MOUSQUÈS Julien, FRANC Carine, 2023, General Practitioners Activity Patterns: the Medium-term Impacts of Primary Care Teams in France, *Health Policy*, vol. 136, Disponible en ligne : https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2023.104868 [consulté en mars 2024].

CASTEL Patrick, 2005, Le médecin, son patient et ses pairs : Une nouvelle approche de la relation thérapeutique, *Revue française de sociologie*, vol. 46, n°3, p. 443-467.

CASTEL Patrick, 2020, *Vers des médecins organisateurs ? Initiatives organisationnelles, professions et pouvoir à l'interface de la pratique et de la recherche cliniques, Dossier en vue de l'habilitation à diriger des recherches*, Mémoire de synthèse original, Université Paris Saclay.

CASTEL Patrick, 2022, Politiques de la coordination : enjeux organisationnels et professionnels, In DENISE Thomas, DIVAY Sophie, DOS SANTOS Marie, FOURNIER Cécile, GIRARD Lucile, LUNEAU Aymeric, dir. *Pratiques de coopération en santé. Regards sociologiques*, Irdes, Paris, p. 339-352.

CASTEL Patrick, HENAUT Léonie, 2022, Création organisationnelle et cercle vicieux néo-bureaucratique, In BORRAZ, Olivier dir. *La société des organisations*, Les Presses de Sciences Po, Paris, p. 157-170.

CHADOIN Olivier, HOUDEVILLE Gérald, 2017, Le visuel et la conceptuel. Sur l'usage des images dans la revue Actes de la recherche en sciences sociales, *Revue française des méthodes visuelles*, vol. 1, Disponible en ligne : halshs-01618278 [consulté le 15 mars 2024].

CHAPUT Hélène, MONZIOLS Martin, FRESSARD Lisa, VERGER Pierre, VENTELOU Bruno, ZAYTSEVA Anna, 2019, Plus de 80% des médecins généralistes libéraux de moins de 50 ans exercent en groupe, Études et résultats, DREES, n°1114.

CHAUVIERE Michel, 2007, *Trop de gestion tue le social. Essai sur une discrète chalandisation*, La Découverte, Paris, 240 p.

CHEVILLARD Guillaume, 2014, *Dynamiques territoriales et offre de soins : l'implantation des maisons de santé en France métropolitaine*, Thèse de Géographie, Paris, Université Paris-Ouest-Nanterre-la-Défense.

CHEVILLARD Guillaume, MOUSQUES Julien, 2018, Accessibilité aux soins et attractivité territoriale : proposition d'une typologie des territoires de vie français, *Cybergeo*, p. 1-28.

CHEVILLARD Guillaume, MOUSQUES Julien, 2020, Les maisons de santé attirent-elles les jeunes médecins généralistes dans les zones sous-dotées en offre de soins ?, *Questions d'économie de la santé*, Irdes, n°247, p. 1-8.

CHEVILLARD Guillaume, MOUSQUÈS Julien, LUCAS-GABRIELLI Véronique, RICAN Stéphane, 2019, Has the diffusion of primary care teams in France improved attraction and retention of general practitioners in rural areas? *Health Policy*, vol. 123, n°5, p. 508-515.

CHREIM Samia, WILLIAMS Bernie, HININGS Bob, 2007, Interlevel Influences on the Reconstruction of Professional Role Identity, *Academy of Management Journal*, vol. 50, n°6, p. 1515-1539.

CNAM, 2021, Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : les propositions de l'Assurance Maladie pour 2022, Rapport Charges et Produits, Assurance maladie.

COBB Roger W., ELDER Charles D., 1972, *Participation in American politics. The dynamics of agenda-building*, Allyn and Bacon, Boston, USA, 200 p.

COHEN Michael D., MARCH James G., OLSEN Johan P., 1972, A Garbage Can Model of Organizational Choice, *Administrative Science Quarterly*, vol. 17, n°1, p. 1-25.

COLYVAS Jeannette A., JONSSON Stefan, 2011, Ubiquity and Legitimacy: Disentangling Diffusion and Institutionalization, *Sociological Theory*, vol. 29, n°1, p. 27-53.

COOPER Mark A., MCDOWELL Joan, RAESIDE Lavinia, 2019, The similarities and differences between advanced nurse practitioners and clinical nurse specialists, *British Journal of Nursing*, vol. 28, n°20, p. 1308-1314.

CÔTÉ Nancy, FREEMAN Andrew, JEAN Emmanuelle, DENIS Jean-Louis, 2019a, New understanding of primary health care nurse practitioner role optimisation: the dynamic relationship between the context and work meaning, *BMC Health Services Research*, vol. 19, n°882, Disponible en ligne : https://doi.org/10.1186/s12913-019-4731-8, [consulté le 15/03/2024].

CÔTÉ Nancy, FREEMAN Andrew, JEAN Emmanuelle, DENIS Jean-Louis, 2019b, Advanced practice nursing, *Canadian Family Physician,* vol. 65.

CÔTÉ Nancy, FRIKHA Yasmine, FREEMAN Andrew, et *al.,* 2023, Evaluation of an interprofessional primary healthcare team as a new model of primary care in Quebec: a protocol for a type 2 effectiveness-implementation hybrid study, *BMJ Open*, vol.13, n°5, Disponible en ligne : https://bmjopen.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjopen-2023-072006, [consulté le 15/03/2024].

CRISTOFALO Paula, DARIEL Odessa, 2021, Travail en équipe et autonomie collective : une expérience dans les soins infirmiers à domicile, *Santé Publique*, vol. 33, n°4, p. 527-536.

CROZIER Michel, FRIEDBERG Erhard, 1977, *L'acteur et le système : les contraintes de l'action collective*, Paris, Seuil, 500 p.

D'AUNNO Thomas, BROFFMAN Lauren, SPARER Michael, KUMAR Sumit, 2018, Factors That Distinguish High-Performing Accountable Care Organizations in the Medicare Shared Savings Program, *Health Services Research*, vol. 53, p. 120-138.

DA SILVA Nicolas, 2018a, L'industrialisation de la médecine libérale : une approche par l'Économie des conventions, *Management & Avenir Santé*, n° 3, vol. 1, p. 13-30.

DA SILVA Nicolas, 2018b, Médecine libérale : vers une prolétarisation du travail médical ?, *L'économie politique*, n° 80, vol. 4, p. 62-75.

DAHL Robert A., LINDBLOM Charles E., 1953, Politics, Economics and Welfare, *Transaction Publishers*, p. 5-6.

DARMON Muriel, 2021, *Réparer les cerveaux. Sociologie des pertes et des récupérations post-AVC*, La Découverte, Paris, 328 p.

DARVICHE Mohammad-Saïd, GENIEYS William, HASSENTEUFEL Patrick, 2023, L'institutionnalisation de l'élite du Welfare au cœur de l'État: Les nouveaux gardiens des politiques d'assurance maladie, *Revue française de science politique*, vol. 72, n°5, p. 701-721.

DE BLIC Damien, LAZARUS Jeanne, 2007, *Sociologie de l'argent*, La Découverte (Repères), Paris, 128 p.

DELAHAIS Thomas, DEVAUX-SPATARAKIS Agatha, REVILLARD Anne, RIDDE Valéry, 2021, *Évaluation. Fondements, controverses, perspectives*, Science et bien commun, Québec, Canada, 537 p.

DELATTRE Eric, DORMONT Brigitte, 2000, Induction de la demande de soins par les médecins libéraux français. Etude micro-économique sur données de panel, *Économie et prévision*, n°142, p. 137-161.

DELPEUCH Thierry, 2008, L'analyse des transferts internationaux de politiques publiques : un état de l'art, Questions de Recherche, Centre d'études et de recherches internationales, Sciences Po, Paris.

DENISE Thomas, DIVAY Sophie, DOS SANTOS Marie, FOURNIER Cécile, GIRARD Lucile, LUNEAU Aymeric, *Pratiques de coopération en santé. Regards sociologiques*, Irdes, Paris, 488 p.

DESROSIERES Alain., 1993, *La Politique des grands nombres. Histoire de la raison statistique*, La Découverte, Paris, 462 p.

DEVILLE Clara, 2019, *Les particularités du non-recours au RSA en milieu rural*, Thèse de Sociologie, Amiens, Université d'Amiens.

DIVAY Sophie, 2013, Être sociologue et évaluateur : Faire des compromis sans se compromettre, *Genèses*, n° 90, vol. 1, p. 133-146.

DIVAY Sophie, JOVIC Ljiljana, 2022, Infirmière en pratique avancée : une voie pour sortir de l'auxiliariat et aller vers la coopération ? In DENISE Thomas, DIVAY Sophie, DOS SANTOS Marie, FOURNIER Cécile, GIRARD Lucile, LUNEAU Aymeric, dir. *Pratiques de coopération en santé. Regards sociologiques*, Irdes, Paris, p. 221-236.

DIXTE Christophe, VERGIER Noémie, 2022, Revenu des médecins libéraux : une hausse de 1,9% par an en euros constants entre 2014 et 2017, Études et résultats, DREES, n°1223.

DOGANOVA Liliana, BRICE Laurent, VIOLLE Alexandre, 2023, Un « bac à sable » pour transformer l'État. L'expérimentation comme forme de régulation de l'innovation en France, Journée d'Etude : Déroger pour transformer ? Les expérimentations et leurs usages : une montée en puissance dans les politiques publiques en France, Sciences Po Paris, 23 mai 2023.

DOLOWITZ David P., MARSH David, 2000, Learning from Abroad: The Role of Policy Transfer in Contemporary Policy-Making, *Governance*, vol. 13, n°1, p. 5-23.

DOUGUET Florence, VILBROD Alain, 2018, *Les infirmières libérales. Une profession face au défin des soins à domicile*, Seli Arslan, Paris, 246 p.

DREES, 2021, Les dépenses de santé en 2020. Résultats des comptes de la santé.

DUBOIS Vincent, 2015, *La vie au guichet, Relation administrative et traitement de la misère,* Economica, 202 p.

DUBUISSON-QUELLIER Sophie, 2016, *Gouverner les conduites*, Presses de Sciences Po, Paris, 480 p.

DUCHAINE Fanny, CHEVILLARD Guillaume, MOUSQUES Julien, 2022, Inégalités territoriales de répartition des infirmières libérales : quel impact des restrictions à l'installation en zones sur-denses et des incitations financières en zones sous-denses ? *Questions d'économie de la santé*, Irdes, n°270, p. 1-8.

DUNLEAVY Patrick, HOOD Christopher, 1992, From Old Public Administration to New Public Management, *Public Money and Management*, vol. 3, n°14, p. 9-16.

DUPUY Claire, POLLARD Julie, 2013, Les limites du pouvoir de l'État dans les territoires. Les politiques de l'État dans le secteur de l'éducation et du logement en France, *Sciences de la société*, n°90, p. 22-41.

DURAN Patrice, 2010, L'évaluation des politiques publiques : une résistible obligation, *Revue française des affaires sociales*, vol.1, p. 5-24.

DUVOUX Nicolas, VEZINAT Nadège, 2023, Le concept de santé sociale : une approche collective, méso-sociologique et intégrée du soin, *L'Année sociologique*, vol. 74, n°2, p. 393-426.

ELIOT Emmanuel, LUCAS-GABRIELLI Véronique, MANGENEY Catherine, 2017, Territorialisation sanitaire et décentralisation : état des lieux et enjeux à partir du cas français, *Revue francophone sur la santé et les territoires*, p. 1-11.

EMPSON Laura, MUZIO Daniel, BROSCHAK Joseph P., HININGS Christopher R., 2015, *The Oxford Handbook of Professional Service Firms*, Oxford University Press, Oxford, UK, 561 p.

EPSTEIN Renaud, 2006, Gouverner à distance : Quand l'État se retire des territoires, Revue *Esprit,* p. 96-111.

ESPELAND Wendy Nelson, 2001, Value-Matters, *Economic and Political Weekly*, vol. 36, n°21, p. 1839-1845.

ESPELAND Wendy Nelson., SAUDER Michael, 2007, Rankings and Reactivity: How Public Measures Recreate Social Worlds, *American Journal of Sociology*, vol. 113, n°1, p. 1-40.

ESPELAND Wendy Nelson, STEVENS Mitchell L., 2008, A Sociology of Quantification, *Arch.europ.social*, vol. 3, p. 401-436.

FALLETI Tulia G., 2016, Process tracing of extensive and intensive processes, *New Political Economy*, vol. 21, n°5, p. 455-462.

FERONI Isabelle, 2000, L'identité infirmière vue par ses élites. Pièges et limites d'une rhétorique professionnelle, In CRESSON Geneviève, SCHWEYER François-Xavier, dir. *Professions et institutions de santé face à l'organisation du travail*, Presses de l'EHESP Rennes, p. 31-36.

FERREOL Gilles, 2007, L'expérimentation Lycée de toutes les chances : un premier bilan, *La Revue de l'Ires*, vol. 2, n°54, p. 121-150.

FEYFANT Véronique, 2016, *Ce que la dépendance fait au métier d'infirmière libérale. Ethnographie d'une épreuve de professionnalité*, Thèse de doctorat en Sociologie, Université Toulouse le Mirail.

FOUCAULT Michel, 2004, Sécurité, Territoire, Population, *Gallimard / Seuil*, Paris, 435 p.

FOURCADE Marion, 2009*, Economists and Societies: Discipline and Profession in the United States, Britain and France, 1890s to 1990s*, Princeton University Press, Princeton, USA, 388 p.

FOURCADE Marion, 2014, The construction of a global profession: the transnationalization of economics, In LANTERI Alessandro, VROMEN Jack, dir., *The Economics of Economists*, 1re édition, Cambridge University Press, p. 25-76.

FOURNIER Cécile, 2015, *Les maisons de santé pluriprofessionnelles, une opportunité pour transformer les pratiques de soins de premier recours : place et rôle des pratiques préventives et éducatives dans des organisations innovantes*, Thèse de Santé publique et épidémiologie, Université Paris Sud - Paris XI.

FOURNIER Cécile, 2016, Les pratiques pluriprofessionnelles dans des maisons de santé libérales : attentes, contenus, interactions et instruments mobilisés, In DOUGUET Florence, FILLAUT Thierry, HONTEBEYRIE Juliette, dir. *Intervenir en première ligne, les professions de santé libérales face au défi de la proximité*, L'Harmattan, Paris, p. 109-122.

FOURNIER Cécile, 2019, Travailler en équipe en s'ajustant aux politiques : un double défi dans la durée pour les professionnels des maisons de santé pluriprofessionnelles, *Journal de gestion et d'économie de la santé*, n° 1, vol. 1, p. 72-91.

FOURNIER Cécile, 2022, L'ordre négocié du travail d'articulation dans les maisons de santé pluriprofessionnelles, In DENISE Thomas, DIVAY Sophie, DOS SANTOS Marie, FOURNIER Cécile, GIRARD Lucile, LUNEAU Aymeric, dir. *Pratiques de coopération en santé. Regards sociologiques*, Irdes, Paris, p. 123-138.

FOURNIER Cécile, BOURGEOIS Isabelle, NAIDITCH Michael, 2018, Action de santé libérale en équipe (Asalée) : un espace de transformation des pratiques de soins primaires, *Questions d'économie de la santé*, Irdes, n°232, p. 1-8.

FOURNIER Cécile, FRATTINI Marie-Odile, NAIDITCH Michael., 2014, Dynamiques professionnelles et formes de travail pluriprofessionnel dans les maisons et pôles de santé, *Questions d'économie de la santé*, Irdes, n°200, p. 1-8.

FOURNIER Cécile, MICHEL Lucie, MORIZE Noémie, PITTI Laure, SUCHIER Matti, 2021, Les soins primaires face à l'épidémie de Covid-19. Entre affaiblissement et renforcement des dynamiques, *Questions d'économie de la santé*, Irdes n°260, p. 1-8.

FRAU Caroline, TAICLET Anne-Françoise, 2022, Dans les marges de l'action publique : Enquêter sur les activités de(s) relais de la régulation politique, *Gouvernement et action publique*, vol. 10, n°4, p. 9-37.

FREIDSON Eliot, 1984, *La profession médicale*, Payot, Paris, 369 p.

FROUILLOU Leïla, PIN Clément, VAN ZANTEN Agnès, 2019, Le rôle des instruments dans la sélection des bacheliers dans l'enseignement supérieur. La nouvelle gouvernance des affectations par les algorithmes, *Sociologie,* vol. 10, n°2, p. 209-215.

GABARRO Céline, 2017, *L'attribution de l'aide médicale d'État (AME) par les agents de l'Assurance maladie : entre soupçon de fraude, figures de l'étranger et injonctions gestionnaires,* Thèse de doctorat en Sociologie, Paris, Sorbonne Paris Cité.

GAUDILLIERE Jean-Paul, IZAMBERT Caroline, JUVEN Pierre-André, 2021, *Pandémo-politique, Réinventer la santé en commun*, La découverte, Paris, 306 p.

GAY Renaud, 2018, *L'État hospitalier. Réformes hospitalières et formation d'une administration spécialisée en France (années 1960 - 2000),* Thèse de doctorat en Science Politique, Université Grenoble Alpes.

GAYON Vincent, LECLER Romain, 2022, Ce que l'international fait à l'économie (et réciproquement). Pour une sociologie des politiques économiques internationales, *Revue française de science politique*, vol. 72, n°1, p. 9-31.

GELLY Maud, MARIETTE Audrey, PITTI Laure, 2021, Santé critique : Inégalités sociales et rapports de domination dans le champ de la santé, *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 236-237, vol. 1, p. 4-19.

GENIEYS William, 2010, L'affirmation d'une élite des politiques de l'État, Le secteur de la protection sociale, *Informations sociales*, vol. 1, n°157, p. 80-88.

GENIEYS William, 2020, *Gouverner à l'abri des regards : La réussite de l'Obamacare*, Presses de Sciences Po, Paris, 384 p.

GENIEYS William, DARVICHE Mohammad-Saïd, 2023, *Elites, Policies and State Reconfiguration. Transforming the French Welfare Regime*, Palgrave Macmillan UK, 219 p.

GENIEYS William, DARVICHE Mohammad-Saïd, EPPERSON Brent, 2022, New Policy Elites and the Affordable Care Act: The Making of Long-Term Insiders, *Journal of Policy History*, vol. 34, n°1, p. 1-24.

GENIEYS William, HASSENTEUFEL Patrick, 2012, Qui gouverne les politiques publiques ? Par-delà la sociologie des élites, *Gouvernement et action publique,* vol. 2, n°2, p. 89-115.

GERRING J., 2009, Case Selection for Case-Study Analysis: Qualitative and Quantitative Techniques, In BOX-STEFFENSMEIER Janet M., BRADY Henry E., COLLIER Davide, dir., *The Oxford Handbook of Political Methodology*, 1re édition, Oxford University Press, Oxford, UK, p. 645-684.

GODARD Olivier, 2014, Instruments Économiques, justification et normes de justice. Le cas de la politique climatique, In HALPERN Charlotte, LASCOUMES Pierre, LE GALES Patrick, *L'instrumentation de l'action publique. Controverses, résistance, effets*, Presses de Sciences Po, Paris, p. 143-160.

GOMEL Bernard, MEDA Dominique, SERVERIN Évelyne, 2017, 7. RMI, RSA : projets politiques et performances sociales, In BARBIER Jean-Claude, POUSSOU-PLESSE Marielle, dir., *Protection sociale : le savant et la politique*, La Découverte, Paris, p. 179-193.

GOMEL Bernard, SERVERIN Évelyne, 2009, Expérimenter pour décider ? Le RSA en débat, Document de travail, n°119, Centre d'études de l'emploi, Noisy-le-Grand.

GONZÁLEZ-ORTIZ Laura G., CALCIOLARI Stefano, GOODWIN Nick, STEIN Viktoria, 2018, The Core Dimensions of Integrated Care: A Literature Review to Support the Development of a Comprehensive Framework for Implementing Integrated Care, *International Journal of Integrated Care*, vol. 18, n°3, p. 1-12.

GOODWIN Nick, 2016, Understanding Integrated Care, *International Journal of Integrated Care*, vol. 16, n°4, p. 1-4.

GORI Roland, CASSIN Barbara, LAVAL Christian, 2009, *L'appel des appels. Pour une insurrection des consciences*, Fayard, Paris, 384 p.

GRIGNON Michel, PARIS Valérie, POLTON Dominique, 2002, L'influence des modes de rémunération des médecins sur l'efficience du système de soins, Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, n°35, CREDES, Paris.

GUYARD Laurence, 2010, Chez la gynécologue : Apprentissage des normes corporelles et sexuelles féminines, *Ethnologie française*, vol. 40, n°1, p. 67-74.

HACKING Ian, 1992, Statistical Language, Statistical Truth, and Statistical Reason: The SelfAuthentification of a Style of Scientific Reasoning', *Social Dimensions of Science*, p. 130-158.

HALL Peter A., 1989, *The Political Power of Economic Ideas: Keynesiasnism across Nations*, Princeton University Press, Princeton, USA, 416 p.

HALL Peter A., 1993, Policy Paradigms, Social Learning, and the State: The Case of Economic Policymaking in Britain, *Comparative Politics*, vol. 25, n°3, p. 275-296.

HALL Peter A., 2006, Systematic process analysis: when and how to use it, *European Management Review*, vol. 3, n°1, p. 24-31.

HALPERN Charlotte, LASCOUMES Pierre, LE GALES Patrick, 2014, *L'instrumentation de l'action publique. Controverses, résistances, effets*, Presses de Sciences Po, Paris, 350 p.

HARROCHE Audrey, 2021, *Gouverner par les inégalités : la mise en œuvre d'une initiative d'excellence dans l'enseignement supérieur et la recherche*, Thèse de Sociologie, Paris, Institut d'Études Politiques de Paris.

HASSENTEUFEL Patrick, 1997, *Les médecins face à l'état, une comparaison européenne*, Presses de Sciences Po, 367 p.

HASSENTEUFEL Patrick, 2008, *Sociologie politique : l'action publique*, Armand Collin, Paris, 294 p.

HASSENTEUFEL Patrick, 2009, Le rôle de l'état dans la régulation de l'assurance maladie, In BRAS Pierre-Louis, DE POUVOURVILLE Gérard, TABUTEAU Didier, dir., *Traité d'économie et de gestion de la santé*, Presses de Sciences Po, Paris, p. 369-377.

HASSENTEUFEL Patrick, 2010, La difficile affirmation d'un syndicalisme spécifique aux généralistes, In BLOY, Géraldine, SCHWEYER, François-Xavier, dir. *Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale*, Presses de l'EHESP, Rennes, p. 403-418.

HASSENTEUFEL Patrick, 2012, Chapitre 15. La sécurité sociale, entre « ruptures » affichées et transformations silencieuses, In DE MAILLARD Jacques, SUREL Yves, dir., *Politiques publiques 3*, Presses de Sciences Po, Paris, p. 341-360.

HASSENTEUFEL Patrick, 2014, *Sociologie politique : l'action publique*, 2e édition, Armand Colin, Paris, 318 p.

HASSENTEUFEL Patrick, 2019, Les syndicats de médecins entre défense et dépassement de la médecine libérale, *Les Tribunes de la santé*, n° 59, vol. 1, p. 21-33.

HASSENTEUFEL Patrick, GENIEYS William, 2021, The Programmatic Action Framework: An empirical assessment, *European Policy Analysis*, vol. 7, n°S1, p. 28-47.

HASSENTEUFEL Patrick, NAIDITCH Michael, SCHWEYER François-Xavier, 2020, Les réformes de l'organisation des soins primaires : perspectives multi-situées. Avant-propos, *Revue française des affaires sociales*, vol. 1, n°1, p. 11-31.

HASSENTEUFEL Patrick, PALIER Bruno, 2005, Les trompe-l'œil de la « gouvernance » de l'assurance maladie : Contrastes franco-allemands, *Revue française d'administration publique,* vol. 113, n°1, p. 13-27.

HASSENTEUFEL Patrick, SCHWEYER François-Xavier, GERLINGER Thomas, REITER Renate, 2020, Les « déserts médicaux » comme leviers de la réorganisation des soins primaires,

une comparaison entre la France et l'Allemagne, *Revue française des affaires sociales*, n°1, p. 33-56.

HASSENTEUFEL Patrick, ZEIGERMANN Ulrike, 2021, Translation and translators in policy transfer processes, In PORTO DE OLIVEIRA Osmany, dir., *Policy Transfer, Diffusion and Circulation*, Political Science and Public Policy, p. 58-79.

HELY Matthieu, 2008, À travail égal, salaire inégal : ce que travailler dans le secteur associatif veut dire, *Sociétés contemporaines,* n° 69, vol. 1, p. 125-147.

HELY Matthieu, 2009, Les métamorphoses du monde associatif, Presses Universitaires de France, Paris, 320 p.

HENAUT Léonie, BLOCH Marine-Aline, 2014, *Coordination et parcours*, Dunod, Paris, 336 p.

HENDRIKX Wiljan, GESTEL Nicolette Van, 2017, The emergence of hybrid professional roles: GPs and secondary school teachers in a context of public sector reform, *Public Management Review*, vol. 19, n°8, p. 1105-1123.

HIRSCHMAN Daniel, BERMAN Elizabeth Popp, 2014, Do economists make policies? On the political effects of economics, *Socio-Economic Review*, vol. 12, n°4, p. 779-811.

HONTA Marina, 2021, Médicaliser les inégalités sociospatiales. La légitimation sanitaire des mises en politique de la lutte contre la précarité en milieu rural, *Revue française des affaires sociales*, n°3, p. 69-87.

HOOD Christopher, 1983, *The Tools of Government*, Red Globe Press London, London, UK, 178 p.

HOUSE Ernest R., HOWE Kenneth R., 1999, *Values in Evaluation and Social Research*, Sage, Disponible en ligne : https://doi.org/10.4135/9781452243252, [consulté le 15/03/2024].

HUGHES Everett, 1951, Work and Self, In ROHRER John H., SHERIF Muzafer, dir., *Social Psychology at the Crossroads*, Harper and Row, New York, USA, p. 313-323.

HURL Chris, VOGELPOHL Anne, 2021, *Professional Service Firms and Politics in a Global Era: Public Policy, Private Expertise*, Palgrave Macmillan/Springer Nature, Cham, Switzerland, 351 p.

HWANG Hokyu, POWELL Walter W., 2009, The Rationalization of Charity: The Influences of Professionalism in the Nonprofit Sector, *Administrative Science Quarterly*, vol. 54, n°2, p. 268-298.

JACQUOT Sophie, HALPERN Charlotte, 2015, Aux frontières de l'action publique : L'instrumentation comme logique de (dé)sectorisation, In BOUSSAGUET Laurie, JACQUOT Sophie, RAVINET Pauline, MULLER Pierre, dir., *Une French touch dans l'analyse des politiques publiques ?*, Presses de Sciences Po, Paris, p. 57-84.

JAKOUBOVITCH Steve, BOURNOT Marie-Christine, CERCIER Elodie, TUFFREAU François, 2012, Les emplois du temps des médecins généralistes, DREES, n°797, p. 1-8.

JAMOUS Haroun, COMMAILLE Jacques, PONS-VIGNON Bernard, 1969, *Contribution à une sociologie de la décision. La réforme des études médicales et de structures hospitalières*, Éditions du CNRS, Paris, 262 p.

JANY-CATRICE Florence, 2019, Transformations de long terme dans l'évaluation des politiques publiques. D'une planification politique à une légitimation scientifique, *Actuel Marx*, n°65, vol. 1, p. 67-80.

JATTEAU Arthur, 2013, *Les expérimentations aléatoires en économie*, La Découverte (Repères), Paris, 128 p.

JOUBERT Lucas, 2023a, Les médecins en centre de santé : des salarié.es non-subordoné.es », *Salariat*, vol. 1, n° 2, p. 95-120.

JOUBERT Lucas, 2023b, *Les médecins de ville en centre de santé. Salarisation d 'une profession libérale*, Thèse de Sociologie, Paris, EHESS.

JUSOT Florence, 2013, Les inégalités de recours aux soins : bilan et évolution, *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, vol. 61, p. S163-S169.

JUVEN Pierre-André, 2013, Codage de la performance ou performance du codage : Mise en chiffre et optimisation de l'information médicale, *Journal de gestion et d'économie médicale*, vol. 31, n°2, p. 75-91.

JUVEN Pierre-André, 2016, *Une santé qui compte ? Les couts et les tarifs controversés de l'hôpital public*, Presses Universitaires de France, Paris, 256 p.

JUVEN Pierre-André, PIERRU Frédéric, VINCENT F., 2019, *La casse du siècle. À propos des réformes de l'hôpital public*, Raisons d'agir éditions, Paris, 192 p.

KAUFMAN Brystana G., SPIVACK B. Steven, STEARNS Sally C., SONG Paula H., O'BRIEN Emily C., 2019, Impact of Accountable Care Organizations on Utilization, Care, and Outcomes: A Systematic Review, *Medical Care Research and Review*, vol. 76, n°3, p. 255-290.

KINGDON John W., 1984, *Agendas, Alternatives and Public Policies,* Little Brown and Company, Boston, USA, 240 p.

KLETZ Frédéric, MOISDON Jean-Claude, 2015, Métabolisation d'un incitatif économique : effets attendus et inattendus des nouveaux modes de financement du système hospitalier, *Recherches en Sciences de Gestion*, vol. 1, n°106, p. 185-205.

KODNER Dennis L., 2001, Long-term care integration in four European countries: a review, Geneva, Switzerland, World Health Organization (WHO).

KODNER Dennis L., SPREEUWENBERG Cor., 2002, Integrated care: meaning, logic, applications, and implications – a discussion paper, *International Journal of Integrated Care*, vol. 2, n°4, Disponible en ligne : ISSN 1568-4156 – http://www.ijic.org/, [consulté le 15/03/2024].

KOLOPP Sarah, 2014, De la modernisation à la raison économique : La formation en économie à l'ENA et les déplacements des lieux communs de l'action publique (1945-1984), *Genèses*, n° 93, vol. 4, p. 53-75.

KUTTNER Paul, WEAVER-HIGHTOWER Marcus, SOUSANIS Nick, 2020, Comics-Based Research: The Affordances of Comics for Research across Disciplines, *Qualitative Research*, vol. 2, n°21, p. 195-214.

LAPEYRE Nathalie, 2003, Professional and domestic work arrangements of women general practitioners in France, *International Journal of Sociology and Social Policy,* vol. 23, n°4/5, p. 97-122.

LAPEYRE Nathalie, LE FEUVRE Nicky, 2005, Féminisation du corps médical et dynamiques professionnelles dans le champ de la santé, *Revue française des affaires sociales,* vol. 1, p. 59-81.

LAPEYRE Nathalie, ROBELET Magali, 2010, Féminisation des groupes professionnels : en médecine générale comme ailleurs ?, In BLOY, Géraldine, SCHWEYER, François-Xavier, dir. *Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale*, Presses de l'EHESP, Rennes, p. 365-378.

LAPINTE Aude, LEGENDRE Blandine, 2021, Renoncement aux soins : la faible densité médicale est un facteur aggravant pour les personnes pauvres, DREES, n°1200.

LASCOUMES Pierre, LE GALES Patrick, 2005, *Gouverner par les instruments*, Presses de Sciences Po, Paris, 370 p.

LASCOUMES Pierre, LE GALES Patrick, 2007, Introduction: Understanding Public Policy through Its Instruments? From the Nature of Instruments to the Sociology of Public Policy Instrumentation, *Governance*, vol. 20, n°1, p. 1-21.

LASCOUMES Pierre, SIMARD Louis, 2011, L'action publique au prisme de ses instruments, *Revue française de science politique*, vol. 61, n°1, p. 5-22.

LATOUR Bruno, 2006, *Changer de société, refaire de la sociologie*, La Découverte, Paris, 406 p.

LAURENS Sylvain, SERRE Delphine, 2016, Des agents de l'État interchangeables ? L'ajustement dispositionnel des agents au cœur de l'action publique, *Politix*, n° 115, vol. 3, p. 155-177.

LE BIANIC Thomas, 2011, Les bureaucraties professionnelles face à la nouvelle gestion publique : déclin ou nouveau souffle ?, *Sociologie du Travail*, n°53, vol. 3, p. 305-313.

LEBARON Frédéric, 2022, Pour une sociologie historique globale de l'ascension des économistes aux sommets de l'État, *Politix*, n° 134, vol. 2, p. 129-137.

LEDUC Sacha, MUNOZ Jorge, 2015, *Le travail à l'assurance maladie. Du projet politique au projet gestionnaire*, Presses Universitaires de Rennes, Rennes, 194 p.

LEGENDRE Blandine, 2020, En 2018, les territoires sous-dotés en médecins généralistes concernent près de 6 % de la population, Études et résultats, DREES, n°1144.

LEGRAND Julia, PITTI Laure, 2024, Des expérimentateurs et promoteurs inattendus : mise en œuvre, effets et usages de l'expérimentation Peps dans 16 centres de santé, *Questions d'économie de la santé*, Irdes, n°285, p.1-8.

LEMAIRE Natacha, 2017, Expériences étrangères de coordination des soins : les Accountable Care Organizations de Medicare aux États-Unis, Rapport du Secrétariat général des ministères sociaux.

LEPONT Ulrike, 2016, Les experts les plus consultés aux États-Unis : L'hypothèse d'une péri-administration : Le cas des politiques de protection maladie (1970-2010), *Revue française de science politique*, vol. 66, n°6, p. 887-913.

LEPONT Ulrike, 2020, Improving Quality as a Solution to the Health Care Cost Problem? Health Policy Experts and the Promotion of a Controversial Idea, *Journal of Health Politics, Policy and Law,* p. 1-28.

LEPONT Ulrike, 2021, Un marché très exclusif: Les acteurs de la modélisation des réformes de protection maladie aux États-Unis (1993-2010), *Terrains & travaux*, n° 38, vol. 1, p. 23-45.

LEVAY Charlotta, JÖNSSON Johan, HUZZARD Tony, 2020, Quantified control in healthcare work: Suggestions for future research, *Financial Accountability & Management*, vol. 36, n°4, p. 461-478.

LEVAY Charlotta, WAKS Caroline, 2009, Professions and the Pursuit of Transparency in Healthcare: Two Cases of Soft Autonomy, *Organization Studies*, vol. 30, n°5, p. 509-527.

LEVY Karen, CHASALOW Kyla E., RILEY Sarah, 2021, Algorithms and Decision-Making in the Public Sector, *Annual Review of Law and Social Science*, vol. 17, n°1, p. 309-334.

LEWIS Valerie A., TIERNEY Katherine I., FRAZE Taressa, MURRAY Genevra F., 2019, Care Transformation Strategies and Approaches of Accountable Care Organizations, *Medical Care Research and Review*, n°76, vol. 3, p. 291-314.

LIBERATI Elisa Giulia, 2017, Separating, Replacing, Intersecting. The Influence of Context on the Construction of the Medical-Nursing Boundary, *Social Science & Medicine*, n°172, p. 135-143.

LINHARDT Dominique, MUNIESA Fabian, 2011, Tenir lieu de politique : Le paradoxe des « politiques d'économisation », *Politix*, n° 95, vol. 3, p. 7-21.

LIPSKY Michael, 1980, *Street-Level Bureaucracy: Dilemmas of the Individual in Public Services*, Russel Sage Foundation, New York, USA, 272 p.

LONCLE Patricia, 2009, La mise en œuvre des politiques de santé publique au niveau local : « l'animation territoriale en santé en Bretagne », *Sciences sociales et santé*, n°27, vol. 1, p. 5-31.

LONGCHAMP Philippe, TOFFEL Kevin, BÜHLMANN Felix, TAWFIK Amal, 2018, L'espace professionnel infirmier : une analyse à partir du cas de la Suisse romande, *Revue française de sociologie*, vol. 59, n°2, p. 219-258.

LORETTI Aurore, 2021, *La fabrique des inégalités sociales de santé*, EHESP, Rennes, 198 p.

LOUSSOUARN Christophe, FRANC Carine, VIDEAU Yann, MOUSQUES Julien, 2019, La coopération avec une infirmière modifie-t-elle l'activité du médecin généraliste ? L'impact du dispositif Asalée, *Questions d'économie de la santé*, Irdes, n°241, p. 1-8.

LUAN L., FOURNIER C., 2023, Infirmière en pratique avancée (IPA) en soins primaires : la construction difficile d'une profession à l'exercice fragile, *Questions d'économie de la santé*, Irdes, n°277, p.1-8.

LUCAS-GABRIELLI Véronique, MANGENEY Catherine, DUCHAINE Fanny, COM-RUELLE Laure, GUEYE Abdoulaye, RAYNAUD Denis, 2022, Inégalités spatiales d'accessibilité aux médecins spécialistes, Working Paper, Irdes.

MAERTENS Laura, 2016, Ouvrir la boîte noire, *Terrains/Théories*, n°5, Disponible en ligne : https://journals.openedition.org/teth/749, [consulté le 15/03/2024].

MAILLET Antoine, MAYAUX Pierre-Louis, 2018, Le *process tracing*, Entre narration historique et raisonnement expérimental, *Revue française de science politique*, vol. 68, n°6, p. 1061-1082.

MARESCA Sylvain, MEYER Michael, 2013, *Précis de photographie à l'usage des sociologues*, Presses Universitaires de Rennes, Rennes, 109 p.

MARIETTE Audrey, 2021, « Santé communautaire » et « santé publique » en territoires populaires : « participation » des habitant·e·s ou gouvernement des conduites ? Des catégories, des pratiques et des agents en circulation entre la France, le Québec et la Belgique, *Revue française des affaires sociales*, vol. 3, p. 319-332.

MARIETTE Audrey, PITTI Laure, 2021, Subvertir la médecine, politiser la santé en quartiers populaires: Dynamiques locales et circulations transnationales de la critique sociale durant les années 1970 (France/Québec), *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 239, vol. 4, p. 30-49.

MARIETTE Audrey, PITTI Laure, 2022, Soigner les « précaires » en territoires populaires : La fabrique locale d'une politique de santé publique, *Gouvernement et action publique*, vol. 10, n°4, p. 39-67.

MARTINACHE Igor, 2022, Les centres municipaux de santé : un dispositif au cœur des politiques locales de santé et de leurs tensions, *Sociologies pratiques*, n° 45, vol. 2, p. 41-51.

MAY Peter, 1992, « Policy Learning and Failure », *Journal of Public Policy*, vol. 4, n°12, p. 331-354.

MCGIVERN Gerry, CURRIE Graeme, FERLIE Ewan, FITZGERALD Louise, WARING Justin, 2015, Hybrid Manager–Professionals' Identity Work: the Maintenance and Hybridization of Medical Professionalism in Managerial Contexts*, Public Administration*, vol. 93, n°2, p. 412-432.

MERON Monique, SILVERA Rachel, 2006, Salaires féminins : le point et l'appoint, *Travail, genre et sociétés*, n° 15, vol. 1, p. 27-30.

MERTON Robert King, 1968, The Matthew Effect, *Science*, vol. 159, n°3810, p. 56-63.

MOISDON Jean-Claude, 1997, Du mode d'existence des outils de gestion, Seli Arslan, Paris, 288 p.

MOISDON Jean-Claude, 2007, De la difficulté de prévoir la trajectoire d'un outil de gestion, *Sciences de Gestion*, vol. 64, p. 405-420.

MONNERAUD Lise, 2011, Les médecins « promoteurs » dans l'action publique de la santé : un nouveau type de sacerdoce, *Revue française des affaires sociales*, vol. 2, p. 276-296.

MORIZE Noémie, 2022, Des dispositifs participatifs au service d'une vision extensive de la santé : la division du travail de participation au sein de maisons de santé, Sciences Sociales et Santé, vol. 40, n°1, p. 41-66.

MORIZE Noémie, BOURGEOIS Isabelle, FOURNIER Cécile, 2021, Renouveler l'action publique en santé : un article (51) pour expérimenter avec les organisations de santé, *Questions d'économie de la santé*, Irdes, n°261, p. 1-8.

MORIZE Noémie, SCHLEGEL Vincent, 2023, Les usages des financements expérimentaux Ipep et Peps dans cinq Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP). Vers une redéfinition des frontières professionnelles autour de la division du travail de soin ? *Questions d'économie de la santé*, Irdes, n°275, p. 1-8.

MOTTEZ Bernard, 1966, Systèmes de salaire et politiques patronales, Éditions du CNRS, Paris, 266 p.

MOUSQUES Julien, 2011, Le regroupement des professionnels de santé de premiers recours : quelles perspectives économiques en termes de performance ?, *Revue française des affaires sociales*, vol. 2, p. 253-275.

MOUSQUES Julien, 2015, L'exercice regroupé pluriprofessionnel en maisons, pôles et centres de santé génère des gains en matière de productivité et de dépenses. Résultats de l'évaluation des sites participant à l'Expérimentation des nouveaux modes de rémunération (ENMR), *Questions d'économie de la santé*, Irdes, n°210, p. 1-8.

MOUSQUES Julien, 2023, Déserts médicaux en soins de premier recours : un regard économique, *Les Tribunes de la santé*, n° 78, vol .4, p. 57-63.

MOUSQUES Julien, BOURGUEIL Yann, 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, Les rapports de l'Irdes, n°559, Paris.

MOUSQUES Julien, DANIEL Fabien, 2015, L'impact de l'exercice regroupé pluriprofessionnel sur la qualité des pratiques des médecins généralistes, *Questions d'économie de la santé*, Irdes, n°211, p. 1-8.

MOUSQUES Julien, LENORMAND Marie-Camille, 2017, L'expérience américaine des Accountable Care Organizations : des enseignements pour la France ?, *Questions d'économie de la santé*, Irdes, n°227, p. 1-8.

MOYAL Anne, 2019, Rationalisation des pratiques professionnelles en maisons de santé pluriprofessionnelles : Le paradoxe d'un exercice libéral sous contraintes, *Revue française de science politique*, vol. 69, n°5, p. 821-843.

MOYAL Anne, 2020, L'exercice pluriprofessionnel en MSP : une division du travail sous contrôle médical, *Revue française des affaires sociales*, vol. 1, p. 103-123.

MOYAL Anne, 2021, *Une liberté sous contraintes ? Rationalisation des pratiques des professionnels libéraux de soins primaires en maison de santé pluriprofessionnelles en France*, Thèse de doctorat de sociologie, Institut d'études politiques de Paris, 380 p.

MOYAL Anne, 2022, La coopération au cœur du travail entrepreneurial : le cas des médecins généralistes porteurs de Maisons de santé en France, *Revue Française de Sociologie,* vol. 63, n°3/4, p. 471-499.

MUKHERJEE Ishani, HOWLETT Michael, 2015, Who Is a Stream? Epistemic Communities, Instrument Constituencies and Advocacy Coalitions in Public Policy-Making, *Politics and Governance*, vol. 3, n°2, p. 65-75.

MULLER Michael, HEWLETT Emily, 2016, Better Ways to Pay for Health Care, OECD Health Policy Studies, OECD.

MUNIESA Fabian, CALLON Michel, 2009, La performativité des sciences économiques, In STEINER Philippe, VATIN François, dir., *Traité de sociologie économique,* Paris, Presses Universitaires de France, p. 289-324.

MUNIESA Fabian, MILLO Yuval, CALLON Michel, 2007, An introduction to market devices, *Sociological Review*, vol. 2, n°55, p. 1-12.

MUZIO Daniel, BROCK David M., SUDDABY Roy, 2013, Professions and Institutional Change: Towards an Institutionalist Sociology of the Professions, *Journal of Management Studies*, vol. 50, n°5, p. 699-721.

NACU Alexandra, BENAMOUZIG Daniel, 2010, La fibromyalgie : du problème public à l'expérience des patients, *Santé Publique*, vol. 22, n°5, p. 551-562.

NAIDITCH Michael, 2020, Difficultés d'usage des logiciels pluriprofessionnels au sein des MSP et mode de régulation du marché des logiciels médicaux : quels liens ?, *Revue française des affaires sociales*, vol.1, p. 237-262.

NAUDIER Delphine, SIMONET Maud, 2011, *Des sociologues sans qualités ? Pratiques de recherche et engagements*, La Découverte, Paris, 256 p.

NAY Olivier, BÉJEAN Sophie, BENAMOUZIG Daniel, BERGERON Henri, CASTEL Patrick, VENTELOU Bruno, 2016, Achieving universal health coverage in France: policy reforms and the challenge of inequalities, *The Lancet*, vol. 387, n°10034, p. 2236-2249.

NAY Olivier, SMITH Andy, 2002, *Le gouvernement du compromis. Courtiers et généralistes dans l'action publique,* Economica, Paris, 237 p.

NEWHOUSE Joseph P., 1973, The Economics of Group Practice, *The Journal of Human Resources*, vol. 8, n°1, p. 37-56.

NOCERINO Pierre, 2016, Ce que la bande dessinée nous apprend de l'écriture sociologique, *Sociologie et sociétés*, vol. 48, n°2, p. 169-193.

NOORDEGRAAF Mirko, 2007, From "Pure" to "Hybrid" Professionalism: Present-Day Professionalism in Ambiguous Public Domains, *Administration & Society*, vol. 39, n°6, p. 761-785.

NOUGUEZ Étienne, 2017, *Des médicaments à tout prix, Sociologie des génériques en France*, Presses de Sciences Po, Paris, 300 p.

NOUGUEZ Étienne, BENOIT Cyril, 2017, Gouverner (par) les prix. La fixation des prix des médicaments remboursés en France, *Revue française de sociologie*, vol. 58, n°3, p. 399-424.

NUMERATO Dino, SALVATORE Domenico, FATTORE Giovanni, 2012, The impact of management on medical professionalism: a review: The impact of management on medical professionalism, *Sociology of Health & Illness*, vol. 34, n°4, p. 626-644.

OCDE, 2022a, Towards an Integrated Health Information System in the Netherlands, Editions OCDE.

OCDE, 2022b, Towards an Integrated Health Information System in Korea, Editions OCDE.

OCDE, 2023a, Integrating Care to Prevent and Manage Chronic Diseases: Best Practices in Public Health, Paris, Editions OCDE.

OCDE, 2023b, Towards Person-Centered Integrated Care in Italy, Editions OCDE.

OCDE, 2023c, Data collection materials. Quality and outcomes of integrated care, OCDE.

OKBANI Nadia, 2014, Le rôle de l'évaluation dans l'expérimentation sociale, entre instrumentation et instrumentalisation : le cas de l'évaluation des expérimentations du RSA, *Politiques et management public*, vol. 31, n°1, p. 31-50.

OMS, 1994, Integration of health care delivery: report of a study group, Technical Report series, 861, Geneva, Switzerland, World Health Organization (WHO).

OMS, 2016, Framework on integrated, people-centred health services, 69th World Health Assembly, World Health Organization (WHO).

PAILLET Anne, 2021, Valeur sociale des patient·e·s et différenciations des pratiques des médecins : Redécouvrir les enquêtes de Glaser & Strauss, Sudnow et Roth, *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 236-237, vol. 1, p. 20-39.

PALIER Bruno, 2005, *Gouverner la sécurité sociale. Les réformes du système français de protection sociale depuis 1945*, Presses Universitaires de France, Paris, 508 p.

PALIER Bruno, TRAMPUSCH Christine, 2018, Comment retracer les mécanismes causaux ? Les différents usages du process tracing, *Revue française de science politique*, vol. 68, n°6, p. 967.

PARIS Valérie, DEVAUX Marion, 2013, Les modes de rémunération des médecins des pays de l'OCDE, OCDE, Paris.

PATRY Delphine, 2020, La tentation d'une pédagogie autogestionnaire alternative : l'exemple des lycées expérimentaux dans les années 1980 en France, *Recherches en éducation*, vol. 39, Disponible en ligne : https://journals.openedition.org/ree/344, [consulté le 15/03/2024].

PERROT Michelle, 1987, Qu'est-ce qu'un métier de femme ? *Le Mouvement Social*, vol. 140, p. 3-8.

PICOT Geneviève, 2005, Entre médecins et personnel infirmier à l'hôpital public : un rapport social instable, *Revue française des affaires sociales*, vol. 1, p. 83-100.

PIERRU Frédéric, 2011, Budgétiser l'assurance maladie : Heurs et malheurs d'un instrument de maîtrise des dépenses publiques : l'enveloppe globale (1976-2010), In BEZES Philippe, dir., *dans Gouverner (par) les finances publiques*, Presses de Sciences Po, Paris, p. 393-449.

PIERRU Frédéric, 2012, Les recompositions paradoxales de l'État sanitaire français: Transnationalisation, étatisation et individualisation des politiques de santé, *Éducation et sociétés*, n° 30, vol. 2, p. 107-129.

PIERRU Frédéric., 2013, Les mandarins à l'assaut de l'usine à soins. Bureaucratisation néolibérale de l'hôpital français et mobilisation de l'élite hospitalo-universitaire, In HIBOU Béatrice, dir., *La bureaucratisation néolibérale*, La Découverte, Paris, p. 203-230.

PINELL Patrice, 2005, Champ médical et processus de spécialisation, *Actes de la recherche en sciences sociales,* n° 156-157, vol. 1, p. 4-36.

PINTO Josiane, 1987, Le secrétariat, un métier très féminin, *Le Mouvement Social*, n°140, p. 121-133.

PITTI Laure, 2021, Le renouveau d'une utopie ? Lutter contre les inégalités sociales de santé en médecine générale : les métamorphoses de la médecine sociale dans les quartiers populaires en France, des années 1970 à aujourd'hui, *Revue française des affaires sociales*, vol.3, p. 305-317.

POLLITT Christopher, 1990, *Managerialism and the Public Services. The Anglo-American Experience*, Blackwell, Oxford, UK, 230 p.

PORTER Theodore, 1995, *Trust in Numbers: The Pursuit of Objectivity in Science and Public Life*, Princeton University Press, Princeton, New Jersey, USA, 336 p.

POWER Michael, 1997, *The Audit Society, Rituals of Verification,* Oxford University Press, Oxford, UK, 204 p.

RAUS Kasper, MORTIER Eric, EECKLOO Kristof, 2020, Challenges in turning a great idea into great health policy: the case of integrated care, *BMC Health Services Research*, n°20, vol.1, p. 1-9.

REVILLARD Anne, 2023, M*éthodes et approches en évaluation des politiques publiques*, Éditions science et bien commun, Québec, Canada, 355 p.

ROBELET Magali., 2001, La profession médicale face au défi de la qualité : une comparaison de quatre manuels de qualité, *Sciences sociales et santé*, vol. 19, n°2, p. 73-98.

ROBELET Magali, 2016, La guerre des mondes associatifs aura-t-elle lieu ?, In CASTEL, Patrick, HENAUT, Léonie, MARCHAL, Emmanuelle dir. *Faire la concurrence, retour sur un phénomène social et économique,* Presses des Mines, Paris, p.99-116.

ROBELET Magali, SERRE M., BOURGUEIL Yann, 2005, La coordination dans les réseaux de santé : entre logiques gestionnaires et dynamiques professionnelles, *Revue française des affaires sociales*, vol. 1, p. 231-260.

ROBERT Bénédicte, TEILLARD Jérôme, 2012, L'expérimentation comme instrument d'action publique en éducation, *Éducation et formations*, vol. 81, p. 9-18.

RODE Antoine, 2010, *Le « "non-recours" » aux soins des populations précaires. Constructions et réceptions des normes*, Thèse de Sociologie, Grenoble, Université Pierre Mendès-France - Grenoble II.

ROLLAND Christine, PIERRU Frédéric, 2013, Les Agences Régionales de Santé deux ans après : une autonomie de façade, *Santé Publique*, vol. 25, n°4, p. 411-419.

ROSE Nikolas, 1999, *Powers of Freedom: Reframing Political Thought*, Cambridge University Press, Cambridge, USA, p. 321.

ROSE Nikolas, MILLER Peter, 1992, Political Power Beyond the State: Problematics of Government, *British Journal of Sociology*, vol. 43, n°2, p. 173-205.

ROY Delphine, 2019, Répartition et marquage de l'argent au sein du couple, *Regards croisés sur l'économie,* n° 24, vol. 1, p. 141-148.

RYDIN Yvonne, 2007, Indicators as a Governmental Technology? The Lessons of Community-Based Sustainability Indicator Projects, *Environment and Planning D: Society and Space*, vol. 4, n°25, p. 610-624.

SAGUIN Kidjie, HOWLETT Michael, 2019, Policy Transfer and Instrument Constituency: Explaining the Adoption of Conditional Cash Transfer in the Philippines, *Asia & the Pacific Policy Studies,* vol. 6, n°3, p. 352-366.

SAINT-MARTIN Denis, 2006, Le consulting et l'État : une analyse comparée de l'offre et de la demande, *Revue française d'administration publique*, vol. 4, n°120, p. 743-756.

SAMSON Anne-Laure, 2009, Faut-il remettre en cause le paiement à l'acte des médecins ?, *Regards croisés sur l'économie*, vol. 5, n°1, p. 144-158.

SCHLEGEL Vincent, 2022, Des médecins entrepreneurs de la transformation des soins primaires. Une analyse des conditions d'engagement des porteurs libéraux dans les expérimentations Ipep et Peps, *Questions d'économie de la Santé*, Irdes, n°273, p. 1-8.

SCHLEGEL Vincent, 2023, Une analyse du déploiement des infirmières en pratique avancée exerçant en soins primaires sur le territoire francilien, Les Rapports de l'Irdes, n°588.

SCHWEYER François-Xavier, 2005, Le travail en réseau : un consensus ambigu et un manque d'outils, *Sociologies pratiques*, vol. 11, n°2, p. 89-104.

SCHWEYER François-Xavier, 2010, L'outil qui cache la réforme, les généralistes dans les réseaux de santé, In BLOY, Géraldine, SCHWEYER, François-Xavier, dir. *Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale*, Presses de l'EHESP, Rennes, p. 283-302.

SCHWEYER François-Xavier, 2014, L'efficacité collective dans le travail, In PAUGAM Serge, dir., *L'intégration inégale, Force, fragilité et rupture des liens sociaux*, Presses Universitaires de France, Paris, p. 261-278.

SCHWEYER François-Xavier, 2016, Inventer et apprendre un nouveau métier ? Les médecins généralistes dans des maisons de santé, In DOUGUET Florence, FILLAUT Thierry, HONTEBEYRIE Juliette, dir. *Intervenir en première ligne, les professions de santé libérales face au défi de la proximité*, L'Harmattan, Paris, p. 39-60.

SCHWEYER François-Xavier, 2019, Les médecins avec l'État pour former à la coordination des maisons de santé pluriprofessionnelles : entre instrumentation et professionnalisation, *Journal de gestion et d'économie de la santé,* vol. 1, p. 33-53.

SCHWEYER François-Xavier, 2022, La professionnalisation des coordinatrices des maisons de santé. L'émergence incertaine d'un métier, In DENISE Thomas, DIVAY Sophie, DOS SANTOS Marie, FOURNIER Cécile, GIRARD Lucile, LUNEAU Aymeric, dir. *Pratiques de coopération en santé. Regards sociologiques*, Irdes, Paris, p. 195-206.

SHORTELL Stephen M., COLLA Carrie H., LEWIS Valerie A., FISHER Elliott, KESSELL Eric, RAMSAY Patricia, 2015, Accountable Care Organizations: The National Landscape, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, vol. 40, n°4, p. 647-668.

SIMHA Jules, 2015, *Les expérimentations sociales en France, Une sociologie de l'évaluation des politiques publiques*, Thèse de doctorat en Sociologie, Université de Paris Ouest Nanterre.

SIMONS Arno, SCHNIEDERMANN Alexander, 2021, The neglected politics behind evidence-based policy: shedding light on instrument constituency dynamics, *Policy & Politics*, vol. 49, n°4, p. 513-529.

SIMONS Arno, VOß Jan-Peter, 2018, The concept of instrument constituencies: accounting for dynamics and practices of knowing governance, *Policy and Society*, vol. 37, n°1, p. 14-35.

SOUSANIS Nick, 2015, *Unflattening*, Harvard University Press, Harvard, USA, 208 p.

SPIVACK Steven B., MURRAY Genevra F., LEWIS Valerie A., 2023, A Decade of ACOs in Medicare: Have They Delivered on Their Promise?, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, vol. 48, n°1, p. 63-92.

STARK David, 1990, La valeur du travail et sa rétribution en Hongrie*, Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 85, n°1, p. 3-19.

STEFFEN Monika, 1983, *Régulation politique et stratégies professionnelles : médecine libérale et émergence des centres de santé*, Thèse de doctorat de science politique, Université des sciences sociales de Grenoble.

STONE Diane, 2012, Transfer and Translation of Policy, *Policy Studies*, vol. 33, n°6, p. 483-499.

STRAUSS Anselm., FAGERHAUGH Shizuko, SUCZECK Barbara, WIENER Carolyn, 1985, *The Work of Medicine: Social Organization of Medical Work*, University of Chicago Press, Chicago, USA, 310 p.

SUCHIER Matti, MICHEL Lucie, 2021, Des tensions entre dynamiques professionnelles et interprofessionnelles dans le travail des aides à domicile, des aides-soignantes et des infirmières en soins primaires, *Questions d'économie de la santé*, Irdes, n°263, p. 1-8.

SVENSSON Roland, 1996, The Interplay between Doctors and Nurses. A Negotiated Order Perspective, *Sociology of Health & Illness,* vol. 18, p. 379-398.

TARTOUR Tonya, 2021, *L'administration du désordre*, Thèse de Sociologie, Paris, Institut d'Études Politiques de Paris.

TIGHANIMINE Mariame, 2023, Les algorithmes sont-ils racistes ? Éléments d'analyse sociologique des discriminations en contexte numérique, *Socio*, vol. 18, p. 29-57.

TIMMERMANS Stefan, BERG Marc, 1997, Standardization in action: Achieving local universality through medical protocols, *Social Studies of Science*, vol. 2, n°27, p. 273-305.

VATIN François, 2013, *Évaluer et valoriser, une sociologie économique de la mesure*, Presses Universitaires du Mirail, Toulouse, 306 p.

VEZINAT Nadège, 2019a, *Vers une médecine collaborative ? Politique des maisons de santé pluri-professionnelles*, Presses Universitaires de France, Paris, 240 p.

VEZINAT Nadège, 2019b, L'horizon d'un travail collégial dans les maisons de santé pluriprofessionnelles, In DUBET François, dir., *Les mutations du travail,* La Découverte, p. 117-134.

VEZINAT Nadège, 2019c, La fédération des maisons pluri-professionnelles de santé comme groupe d'intérêt : représentativité, construction de discours et lobbying, *Journal de gestion et d'économie de la santé*, vol. 1, p. 11-31.

VEZINAT Nadège, 2020, La promotion conjointe des maisons de santé pluriprofessionnelles : une « communauté d'intérêt » entre association professionnelle et autorités sanitaires, *Revue française des affaires sociales*, vol. 1, p. 79-101.

VEZINAT Nadège, 2021, La fédération des maisons de santé comme adjuvant des pouvoirs publics. Un positionnement construit lors des contestations de la loi Touraine en 2015*, Revue Française de Socio-Économie*, vol. 26, n°1, p. 87-106.

VOß Jan-Peter, SIMONS Arno, 2014, Instrument constituencies and the supply side of policy innovation: the social life of emissions trading, *Environmental Politics*, vol. 5, n°23, p. 735-754.

VOß Jan-Peter, SIMONS Arno, 2018, A novel understanding of experimentation in governance: co-producing innovations between "lab" and "field", *Policy Sciences*, vol. 51, n°2, p. 213-229.

WADMANN Sarah, HOLM-PETERSEN Christina, LEVAY Charlotta, 2019, "We don't like the rules and still we keep seeking new ones": The vicious circle of quality control in professional organizations, *Journal of Professions and Organization*, vol. 6, n°1, p. 17-32.

WAGNER Anne-Catherine, 2020, La fabrique de l'intérêt collectif : Politiques de rémunérations et formes de solidarité sociale dans des coopératives de production, *Terrains & travaux*, n° 35, vol. 2, p. 137-159.

WEAVER-HIGHTOWER Marcus, SOUSANIS Nick, KUTTNER Paul, 2017, How to draw comics the scholarly way: Creating comics-based research in the academy, In LEAVY Patricia, ed., *Handbook of Arts-Based Research*, Guilford Press, New York, p. 396-423.

WEBER Max, 1922, *Économie et société,* Pocket, Paris, 450 p.

WEILL Pierre-Edouard, 2016, L'exercice collectif du pouvoir discrétionnaire : Les commissions Droit au logement opposable (DALO), *Politix,* n° 112, vol. 4, p. 223-244.

WEISS Carol H., 1988, If Program Decisions Hinged Only on Information: A Response to Patton, *American Journal of Evaluation,* vol. 3, n°9, p. 15-28.

WEISS Majorie C., 2021, The rise of non-medical prescribing and medical dominance, *Research in Social and Administrative Pharmacy,* vol. 17, n°3, p. 632-637.

WHITE Howard, 2019, The twenty-first century experimenting society: The four waves of the evidence revolution, *Palgrave Communications,* vol. 1, n°5, p. 1-7.

WILLIAMSON Oliver, 2002, The Theory of the Firm as Governance Structure: From Choice to Contract, *Journal of Economic Perspectives,* vol. 16, n°3, p. 171-195.

YON Guillaume, 2014, L'économicité d'EDF : La politique tarifaire d'Électricité de France et la reconstruction de l'économie nationale, de la nationalisation au milieu des années 1960, *Politix,* vol. 105, n°1, p. 91-115.

ZOLESIO Emmanuelle, 2012, *Chirurgiens au féminin ? Des femmes dans un métier d'hommes*, Presses Universitaires de Rennes, Rennes, 294 p.

Annexes

Annexe 1. Méthodologie de l'enquête institutionnelle

Cette annexe présente les conditions de réalisation de l'enquête institutionnelle.

1. Description du terrain et des conditions d'accès

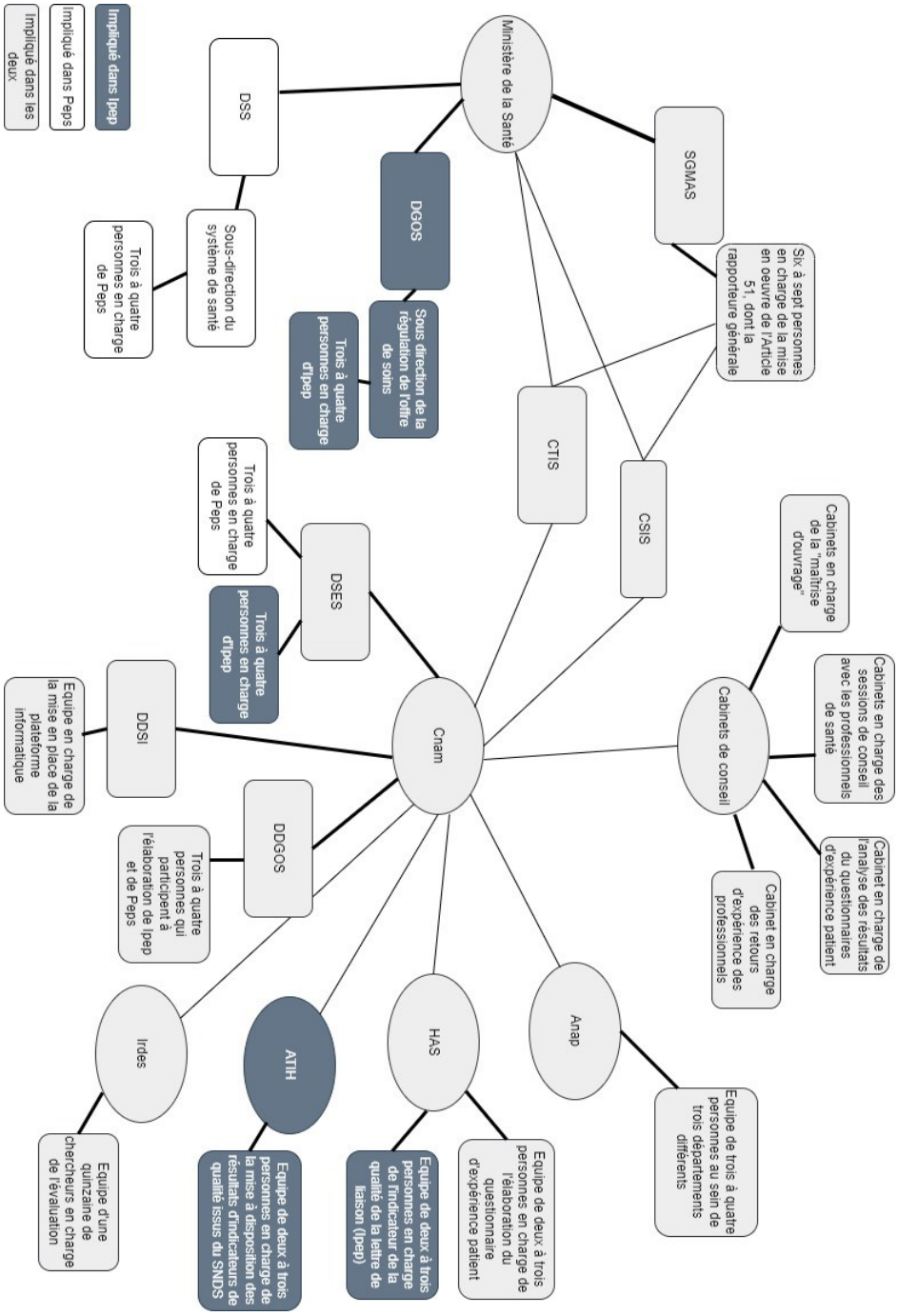
L'entrée sur le terrain au niveau institutionnel a été négociée en amont de mon travail d'enquête, dans le cadre de la convention d'évaluation des expérimentations Ipep et Peps. Le terrain au sein des administrations a donc été aisé d'accès, étant identifiée par les membres des administrations comme évaluatrice. Cette posture d'évaluation était bien accueillie par les différents acteurs enquêtés, et non pas considérée comme un jugement de leur travail.

L'ensemble des données recueillies a été compulsé dans un logiciel d'analyse des données (MaxQDA), et codé de manière thématique sans distinction de source.

Le schéma ci-dessous présente l'écosystème d'acteurs impliqués dans la conception et la mise en œuvre des expérimentations à l'échelle nationale.

Schéma n° 1 : Les acteurs impliqués dans la conception et la mise en œuvre des expérimentations, à l'échelle nationale

Acronymes utilisés dans le schéma : Agence nationale d'appui à la performance (Anap), Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), Caisse nationale d'Assurance maladie (Cnam), Conseil scientifique de l'innovation en santé (CSIS), Comité technique de l'innovation en santé (CTIS), Direction Déléguée à la Gestion et à l'Organisation des Soins (DDGOS), Direction Déléguée des systèmes d'information (DDSI), Direction générale de l'offre de soins (DGOS), Direction de la stratégie, des études et des statistiques (DSES), Direction de la sécurité sociale (DSS), Haute autorité de santé (HAS), Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (Irdes), Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales (SGMAS), Système national des données de santé (SNDS).



2. Réalisation des observations au niveau institutionnel

La réalisation d'observation de réunions a été négociée entre l'Irdes et les administrations nationales au moment de l'élaboration de la convention d'évaluation et de recherche. Les réunions de pilotage des expérimentations et les réunions avec les professionnels de santé m'ont été ouvertes tout au long de l'expérimentation.

Lors de ces réunions, j'ai eu la plupart du temps une posture d'observatrice non participante, ne prenant pas ou peu part aux interactions. Les comptes-rendus d'observations ont été réalisés

en temps réel sur ordinateur, dont l'usage ne pose pas de question dans un contexte où plusieurs autres acteurs prennent également des notes sur ordinateur.

Les comptes-rendus d'observation incluent :

- Des descriptions des lieux et de leur disposition.
- Des descriptions des acteurs présents, dans la mesure du possible, lors de certaines réunions le nombre d'acteurs présents étant trop important pour une identification systématique.
- Des notes aussi exhaustives que possible sur le contenu des interactions, comprenant ce que les acteurs disent, mais également leur ton, leurs attitudes.
- Des éléments temporels sur la durée des interactions.

Dans les réunions avec les professionnels de santé, des temps plus informels se tenaient au moment de déjeuners ou de pauses. Je notais alors les interactions avec les acteurs de mémoire après ces temps informels. Je participais également davantage aux interactions.

Certains de ces comptes-rendus d'observation sont réalisés collectivement avec les autres sociologues de l'équipe. Les comptes-rendus détaillés font ensuite l'objet de comptes-rendus synthétiques partagés à l'équipe d'évaluation dans son ensemble. Les observations servent également au suivi collectif des expérimentations. Dans ma thèse, ces observations permettent de saisir les interactions entre les acteurs, d'observer le travail concret réalisé par les acteurs administratifs et de comprendre les processus de prise de décision à leur échelle.

Le tableau ci-dessous donne à voir de manière synthétique les différentes observations réalisées

Tableau n° 1 : Synthèse des observations réalisées au niveau national

Type de réunion			Conditions de réalisation				
Type	Expérimentation	Types d'acteurs présents	Année	Nb de réunions observées	Dont réunions en visio	Durée approximative	Réalisation [179]
Comité de pilotage	Ipep	Acteurs administratifs (Cnam, ministère de la Santé), agences sanitaires, évaluateurs, cabinets de conseil.	2019	3	0	30 min à 1h30	NM
			2020	11	11	30 min à 1h30	NM
			2021	15	14	30 min à 1h30	NM, une fois NM & VS
			2022	6	6	30 min à 1h30	NM, une fois NM & IB
			2023	1	1	30 min à 1h30	NM

[179] CF pour Cécile Fournier, IB pour Isabelle Bourgeois, JL pour Julia Legrand, LP pour Laure Pitti, VS pour Vincent Schlegel et NM pour Noémie Morize.

Comité de pilotage	Peps	Acteurs administratifs (Cnam, ministère de la Santé), agences sanitaires, évaluateurs, cabinets de conseil.	2019	6	6	30 min à 1h30	NM, une fois NM, CF & IB
			2020	5	5	30 min à 1h30	NM
			2021	8	8	30 min à 1h30	NM
			2022	4	4	30 min à 1h30	NM
Plénière	Ipep	Acteurs administratifs (Cnam, ministère de la Santé), agences sanitaires, évaluateurs, cabinets de conseils, deux à trois professionnels de santé par organisations participantes.	2019	1	0	7h	NM & CF
			2020	2	1	De 3 à 7h	NM & CF
			2021	3	3	De 1h30 à 2h	NM
			2022	1	0	7h	NM & JL
			2023	1	0	7h	CM & CF
Session de conseil	Ipep	Acteurs administratifs (Cnam, ministère de la Santé, agences sanitaires), évaluateurs, cabinets de conseils, professionnels de santé d'une organisation en particulier.	2020	3	1	2 à 7h	NM & CF
Groupe de travail	Ipep	Acteurs administratifs (Cnam, ministère de la Santé), agences sanitaires, évaluateurs, cabinets de conseils, professionnels de santé volontaires.	2021	2	2	1h30 à 2h30	NM & VS
Plénière	Peps	Acteurs administratifs (Cnam, ministère de la Santé), agences sanitaires, évaluateurs, cabinets de conseils, deux à trois professionnels de santé par organisations participantes.	2019	2	0	7h	NM & CF
			2020	2	1	3h30 à 7h	NM & CF
			2022	1	0	7h	NM & JL
			2023	1	0	7h	NM, CF, LP, JL
Session de conseil	Peps	Acteurs administratifs (Cnam, ministère de la Santé), agences sanitaires, évaluateurs, cabinets de conseils, professionnels de santé d'une organisation en particulier.	2019	1	0	7h	NM & CF
			2020	2	0	7h	NM
Groupe de travail	Peps	Acteurs administratifs (Cnam, ministère de la Santé), agences sanitaires, évaluateurs, cabinets de conseils, professionnels de santé volontaires.	2019	1	0	1h30	NM
			2021	1	1	2h	NM & VS
			2022	1	1	2h	NM
Bilatérale	Ipep	Acteurs administratifs (Cnam, ministère de la Santé), agences sanitaires, évaluateurs, cabinets de	2021	1	1	1h	NM

		conseils, professionnels de santé d'une organisation en particulier.	2022	1	1	1h	NM
Bilatérale	Peps	Acteurs administratifs (Cnam, ministère de la Santé), agences sanitaires, évaluateurs, cabinets de conseils, professionnels de santé d'une organisation en particulier.	2019	1	1	1h	NM
			2021	1	1	1h	NM
Réunions diverses avec les acteurs administratifs	Ipep et/ou Peps	Acteurs variables selon les réunions : acteurs administratifs (Cnam, ministère de la Santé), agences sanitaires, évaluateurs, cabinets de conseil)	2020	5	5	1h à 1h30	NM & CF
			2022	2		1h à 1h30	NM
Réunion nationale « inter-AMI »	Ipep et Peps	Acteurs administratifs décideurs (Cnam, ministère de la Santé), cabinets de conseils	2021	1	1	1h30	NM
Journée nationale des expérimentations de l'Article 51	Toute expérimentation de l'Article 51	Acteurs administratifs (Cnam, ministère de la Santé), agences sanitaires, évaluateurs, cabinets de conseils, professionnels de santé d'organisations participant à une expérimentation.	2022	1	0	7h	NM
Événements professionnels	Non concerné	Professionnels de santé, mais aussi évaluateurs et acteurs administratifs	2021	1	1	1h	NM & VS
			2022	3	2	1h à 7h	NM & VS
Restitutions diverses	Ipep et Peps	Acteurs administratifs (Cnam, ministère de la Santé), agences sanitaires, évaluateurs, cabinets de conseil ou public plus large (ouvert à tous)	2020	1	1	1h30	NM, IB, CF
			2021	1	1	1h30	NM, IB, CF
			2022	2	2	1h30	NM, VS, CF
			2023	2	2	1h30	NM, VS, CF

3. Réalisation des entretiens avec les acteurs institutionnels

Les entretiens institutionnels semi-directifs ont été négociés de personne à personne. La plupart des acteurs enquêtés étaient déjà connus, rencontrés lors de la réalisation d'observations institutionnelles. Certains entretiens ont été menés à plusieurs, dans le cadre de l'enquête collective. Trois types d'acteurs peuvent être distingués. Premièrement, les acteurs en position de décideur (direction de la Cnam, du ministère de la Santé, cabinet de la ministre de la Santé) qui ont été impliqués dans l'élaboration de l'Article 51 dans son ensemble. Deuxièmement, les acteurs administratifs en première ligne dans la conception et la mise en œuvre des

expérimentations étudiées. Troisièmement, des entretiens exploratoires ont été réalisés avec des membres d'Agences régionales de santé (ARS) et de Caisses primaires d'Assurance maladie (Cpam) travaillant à la mise en œuvre locale de l'exercice coordonné.

Le guide d'entretien a été ajusté en fonction du profil des acteurs, ainsi qu'en prenant en compte la dimension processuelle des expérimentations en modifiant le guide selon la phase d'expérimentation au moment de l'entretien et selon l'historique de la personne enquêtée dans ce processus. Il comprenait quatre axes principaux :

- Le parcours professionnel de la personne, comprenant des questions sur la formation de la personne, les différents postes occupés et le contenu du travail dans ces différents postes, l'entrée dans le poste actuel.
- Le travail de la personne, comprenant des questions sur le contenu du travail en général, les ressentis de la personne quant aux différentes tâches qu'elle effectue, puis l'inscription des tâches liées à l'expérimentation dans ce travail, les ressentis de la personne quant à ces tâches spécifiques, la description et la qualification des relations entretenues avec les différents acteurs impliqués dans la réalisation de ces tâches.
- Les relations de la personne avec les différents acteurs institutionnels et les professionnels de santé, cherchant à qualifier la nature et les objets de ces relations et à quantifier leur intensité.
- Les actualités liées au processus expérimental, à savoir des questions sur les évolutions récentes du modèle, les thématiques de travail actuelles et les prochaines tâches à venir.

Le tableau ci-dessous récapitule les différents entretiens semi-directifs menés avec les acteurs institutionnels.

Tableau n° 2 : Entretiens avec les acteurs institutionnels.

Code	Enquêté·es		Contexte de l'enquête			
	Pseudonyme	Principales caractéristiques	Date	Durée	Lieu	Réalisation
I-1	Olivier M.	Directeur à la DSES à la Cnam, médecin de santé publique, master 2 d'économie, 40-50 ans, premier entretien.	10/2019	1h33	Cnam	NM & CF
I-2	Olivier M.	Directeur à la DSES à la Cnam, médecin de santé publique, master 2 d'économie, 40-50 ans, second entretien.	04/2021	1h55	Visioconférence	NM
I-3	David L.	Directeur de département à la DSES à la Cnam, master 2 d'économie, 30-40 ans, premier entretien.	11/2019	0h55	Cnam	NM & CF
I-4	David L.	Directeur de département à la DSES à la Cnam, master 2	07/2023	1h42	Cnam	IB

		d'économie, 40-50 ans, second entretien.				
I-5	Paul D.	Membre de la direction de la Cnam, énarque, 50-60 ans.	01/2020	0h55	Cnam	CF
I-6	Anaïs R.	Chargée de mission à la DDGOS à la Cnam, formée en master 2 d'économie, 30-40 ans.	01/2020	1h	Cnam	NM
I-7	Laurent R.	Membre de la direction de la Cnam, énarque, ingénieur, 30-40 ans, second entretien.	01/2024	1h	Visioconférence	NM
I-8	Sophie L.	Poste de direction au ministère de la Santé, énarque, 50-60 ans, premier entretien.	10/2019	1h55	Ministère de la Santé	NM & CF
I-9	Sophie L.	Poste de direction au ministère de la Santé, énarque, 50-60 ans, second entretien.	05/2021	1h20	Visioconférence	NM
I-10	Sophie L.	Poste de direction au ministère de la Santé, énarque, 50-60 ans, troisième entretien.	11/2023	0h45	Visioconférence	NM
I-11	Yves R.	Membre du cabinet de la ministre de la Santé en 2017, directeur d'hôpital, 50-60 ans.	07/2021	0h45	Visioconférence	NM
I-12	Maryse G.	Membre du cabinet de la ministre de la Santé en 2017, médecin, 50-60 ans.	05/2021	0h45	Visioconférence	NM
I-13	Virginie L.	Cheffe de projet au ministère de la Santé, masters 2 en droit et en économie, 40-50 ans.	10/2019	0h25	Ministère de la Santé	NM & CF
I-14	Camille M.	Poste de direction au ministère de la Santé, énarque, 40-50 ans.	06/2021	1h	Visioconférence	NM
I-15	Audrey G.	Cheffe de projet à la DSS au ministère de la Santé, médecin de santé publique, master 2 en économie, 30-40 ans.	10/2019	1h50	Ministère de la Santé	NM & CF
	Pauline L.	Cheffe de projet à la DSS au ministère de la Santé, master 2 en économie, 30-40 ans.				
I-16	Laurent R.	Chef de bureau à la DSS, énarque, ingénieur, 30-40 ans, premier entretien.	01/2020	0h50	Ministère de la Santé	NM
I-17	Christophe R.	Sous-directeur à la DSS, énarque, ingénieur, 40-50 ans.	07/2020	0h44	Visioconférence	NM & IB
I-18	Sarah A.	Cheffe de projet à la DSS au ministère de la Santé, master d'affaires publiques, 20-30 ans.	12/2023	1h10	Ministère de la Santé	NM
I-19	Julie M.	Chargée de mission à la DGOS au ministère de la Santé, master d'affaires publiques, 20-30 ans.	11/2019	2h05	Ministère de la Santé	NM & CF
I-20	Élodie B.	Chargée de mission à la DGOS au ministère de la Santé, master d'affaires publiques, 20-30 ans.	12/2020	0h40	Visioconférence	NM
I-21	Thomas N.	Chercheur en économie, Irdes, 50-60 ans.	10/2019	1h45	Visioconférence	NM, CF, IB
I-22	Nathalie B.	Responsable de projet à l'Anap, master 2 en économie, 40-50 ans.	03/2020	0h43	Visioconférence	NM
I-23	Aurélie M.	Responsable de projet à l'Anap, pharmacienne, 30-40 ans, premier entretien.	01/2020	1h20	Anap	NM
I-24	Stéphane D.	Responsable de projet à l'Anap, école de commerce, 30-40 ans.	01/2020	1h	Anap	NM
I-25	Aurélie M.	Responsable de projet à l'Anap, pharmacienne, 30-40 ans, second entretien.	11/2020	2h	Visioconférence	NM & CF

	Carole M.	Chargée de projet à l'Anap, formée en droit et en affaires publiques, 40-50 ans.				
	Philippe V.	Responsable à l'Anap, ingénieur, 50-60 ans.				
I-26	Sandra T.	Statisticienne à la HAS, docteure en épidémiologie, 30-40 ans.	09/2023	1h	HAS	NM
I-27	Thomas S.	Consultant indépendant, formé en école de commerce, 40-50 ans.	02/2021	1h07	Visioconférence	NM
I-28	Nathan M.	Consultant dans une grande firme, formé en école de commerce, 30-40 ans.	01/2021	1h	Visioconférence	NM
I-29	Mathilde E.	Consultante dans une grande firme, ingénieure, 20-30 ans.	02/2021	0h35	Visioconférence	NM
I-30	Delphine J.	Responsable de pôle, ARS, master en droit, 40-50 ans.	05/2020	1h	Visioconférence	NM
I-31	Marie R.	Chargée de mission, Cpam, master en économie, 40-50 ans.	06/2020	0h30	Visioconférence	NM
I-32	Mélanie B.	Chargée de mission, ARS, master en gestion, 30-40 ans.	06/2020	0h34	Visioconférence	NM
I-33	Amandine C.	Chargée de mission, ARS, master en management, 30-40 ans.	07/2020	0h30	Visioconférence	NM

4. Documents mobilisés au niveau institutionnel

Des sources écrites ont également été mobilisées de manière à compléter les informations recueillies par observation et entretien. Le tableau ci-dessous récapitule les documents utilisés, dont les liens sont associés lorsque les documents sont disponibles en ligne (en mars 2024).

Tableau n° 3 : Liste des documents mobilisés au niveau institutionnel

Type de document	Description
Archives de l'Assemblée nationale	Projet de loi déposé le 11 octobre 2017.
	Rapport de fond sur l'Article 35 (ex Article 51) sur l'innovation du système de santé.
	Examen du texte les 11 octobre, 17 octobre, 17 octobre bis, 18 octobre, et 18 octobre bis 2017.
	Avis 313 du 18 octobre 2017.
	Commission des finances, de l'économie générale, et du contrôle budgétaire du 18 octobre 2017.
	Discussions en séance publique le 24 octobre, 24 octobre bis, 27 octobre, 27 octobre bis, et 31 octobre 2017.
	Comptes-rendus des commissions des affaires sociales au Sénat, séance publique du 13 novembre, du 15 novembre, du 16 novembre, du 17 novembre, et du 21 novembre 2017.
Documents publics	Documents mis à disposition du public sur l'Article 51 sur l'évaluation des projets, notamment un guide méthodologique de l'évaluation des projets « articles 51 ».
	Comptes-rendus et supports de présentation des conseils stratégiques de l'innovation en santé en 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023.
	Rapports au parlement et atlas de l'Article 51 en 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023.
	Cahiers des charges d'autres expérimentations en cours dans le cadre de l'Article 51.
	Documents mis à disposition du public sur l'expérimentation Ipep : arrêté, avis du CTIS, appel à manifestation d'intérêt, dossier de candidature, cahier des charges, flyer informatif, documents sur les expériences étrangères…
	Documents mis à disposition du public sur l'expérimentation Peps : arrêté, avis du CTIS, appel à manifestation d'intérêt, dossier de candidature, cahier des charges, flyer informatif, documents sur les expériences étrangères…
Documents internes	Supports et comptes-rendus de « groupes de travail financements innovants » tenus entre mars 2017 et juin 2017.

	Dossiers de candidature des organisations de santé aux expérimentations Ipep et Peps, en 2018 et 2019.
	Documents interne sur la sélection des organisations de santé à Ipep, mentionnant l'ensemble des candidatures reçues en 2018 et les avis des différents acteurs administratifs sur l'inclusion des candidats dans l'expérimentation.
	Document interne sur la sélection des organisations de santé à Peps, mentionnant les critères d'évaluation des différentes candidatures.
	Supports et comptes-rendus des différentes « séances de co-construction » tenues pour les expérimentations Ipep et Peps entre septembre 2018 et mars 2019.
	Supports et comptes-rendus des différentes « plénières », « groupes de travail » et sessions de conseil tenues pour les expérimentations Ipep et Peps entre juin 2019 et janvier 2024.
	Tableurs mentionnant les financements alloués aux organisations de santé en 2019, 2020 et 2021 pour Ipep et en 2019 et 2020 Peps.
	Tableurs décrivant les caractéristiques de la patientèle des organisations de santé en 2019 dans les expérimentations Ipep et Peps.

5. Élaboration d'un corpus sur la trajectoire des acteurs institutionnels

Afin de mieux caractériser les profils des acteurs administratifs impliqués dans les expérimentations, j'ai élaboré un corpus de 48 profils d'acteurs administrations.

Les acteurs retenus dans ce corpus étaient sélectionnés selon deux critères :

- Avoir travaillé dans une des deux administrations principales où sont élaborés les modèles économiques (Cnam ou ministère de la Santé).
- Avoir été impliqué directement dans la conception, la mise en œuvre ou les prises de décisions relatives à une des expérimentations étudiées.

Les informations recueillies, synthétisées dans le tableau ci-dessous, sont issues d'entretiens réalisés avec ces acteurs et de données recueillies en ligne, la plupart de ces acteurs possédant des réseaux sociaux professionnels (LinkedIn). Les acteurs pour lesquels des informations exhaustives n'ont pas pu être obtenues ont été exclus du corpus.

Tableau n° 4 : Corpus sur la trajectoire des acteurs administratifs

Code	Genre	Formations	Institutions	Position hiérarchique	Temps passé dans le processus expérimental
P1	Femme	Master en économie	DSS, DGOS, SGMAS	Management d'équipe	Plus de trois ans
P2	Homme	Médecin de santé publique, master en économie	DGOS	Management d'équipe	Moins d'un an
P3	Femme	Médecin de santé publique, master en économie	Cnam	Exécutive	Plus de trois ans
P4	Homme	Médecin de santé publique, master en économie	DSS	Exécutive	Moins d'un an
P5	Homme	Énarque	DSS	Management d'équipe	Entre un et trois ans
P6	Homme	Médecin de santé publique, master en économie	Cnam, Irdes	Direction	Plus de trois ans
P7	Homme	Master en économie	Cnam	Exécutive	Moins d'un an
P8	Femme	Master en affaires publiques	DGOS	Management d'équipe	Plus de trois ans
P9	Femme	Master en affaires publiques	DGOS	Exécutive	Entre un et trois ans

P10	Homme	Ingénieur	Cnam	Exécutive	Moins d'un an
P11	Femme	Master en affaires publiques, énarque	DSS	Management d'équipe	Entre un et trois ans
P12	Femme	Master en économie	DSS, DGOS	Exécutive	Entre un et trois ans
P13	Femme	Master en affaires publiques, énarque	DSS	Direction	Entre un et trois ans
P14	Homme	Ensae	Cnam, DSS	Direction	Moins d'un an
P15	Femme	Master en économie	Cnam, DGPS	Management d'équipe	Plus de trois ans
P16	Femme	Ingénieure	DGOS	Management d'équipe	Plus de trois ans
P17	Homme	Ingénieur, énarque	DSS	Direction	Plus de trois ans
P18	Femme	Master en économie	Cnam, Irdes	Exécutive	Plus de trois ans
P19	Homme	Médecin de santé publique, master en économie	Cnam, DSS, Irdes	Exécutive	Moins d'un an
P20	Femme	Master en économie	Cnam, DSS	Exécutive	Plus de trois ans
P21	Homme	Master en économie	Cnam, Drees, HAS	Direction	Plus de trois ans
P22	Femme	Master en économie	Cnam	Exécutive	Entre un et trois ans
P23	Homme	Médecin de santé publique, master en économie	DGOS, HAS	Exécutive	Moins d'un an
P24	Homme	Médecin de santé publique, master en économie	DSS, DREES	Exécutive	Moins d'un an
P25	Femme	Master d'affaires publiques	DGOS	Exécutive	Entre un et trois ans
P26	Femme	Master d'affaires publiques	DGOS	Exécutive	Entre un et trois ans
P27	Femme	Master d'affaires publiques	DSS	Exécutive	Plus de trois ans
P28	Femme	Médecin de santé publique	Cnam, Irdes	Exécutive	Moins d'un an
P29	Femme	Médecin de santé publique, master en économie	Cnam, DSS	Direction	Moins d'un an
P30	Femme	Médecin de santé publique, master en économie	DSS, DGOS, Irdes, HAS	Exécutive	Entre un et trois ans
P31	Femme	Énarque	Cnam, DGOS, Irdes, SGMAS	Direction	Plus de trois ans
P32	Homme	Master d'affaires publiques, énarque	DSS, HAS	Direction	Entre un et trois ans
P33	Homme	Master en économie	Cnam	Management d'équipe	Plus de trois ans
P34	Homme	Master en économie	Cnam	Exécutive	Moins d'un an
P35	Homme	Médecin de santé publique, master en économie	Cnam, DSS, HAS	Exécutive	Moins d'un an
P36	Homme	Énarque, ingénieur, Ensae.	DSS, HAS	Direction	Entre un et trois ans
P37	Homme	Master d'affaires publiques	DSS	Exécutive	Moins d'un an
P38	Homme	Master en économie	Cnam	Exécutive	Moins d'un an
P39	Homme	Master en statistiques	Cnam	Exécutive	Entre un et trois ans
P40	Femme	Master en statistiques	Cnam	Exécutive	Plus de trois ans
P41	Homme	Master en statistiques	Cnam	Exécutive	Moins d'un an
P42	Femme	Master en statistiques	Cnam	Exécutive	Entre un et trois ans
P43	Femme	Master en statistiques	Cnam	Exécutive	Entre un et trois ans
P44	Femme	Master en statistiques	Cnam	Exécutive	Plus de trois ans
P45	Femme	École de commerce	Cnam	Management d'équipe	Entre un et trois ans
P46	Femme	Master d'affaires publiques	Cnam	Management d'équipe	Entre un et trois ans
P47	Femme	Docteure en psychologie	DGOS	Management d'équipe	Entre un et trois ans
P48	Femme	École de commerce	DGOS	Management d'équipe	Entre un et trois ans

Annexe 2. Méthodologie de l'enquête locale

Cette annexe présente les conditions de réalisation de l'enquête au niveau local.

1. Sélection des terrains

L'enquête locale a été volontairement menée après le terrain institutionnel, dans un second temps, afin d'avoir une certaine visibilité sur l'ensemble des organisations libérales impliquées dans l'expérimentation, mais également afin de laisser du temps aux professionnels de santé de mettre en œuvre des projets dans le cadre expérimental, les modèles économiques n'étant appliqués qu'à partir de l'année 2020.

J'ai donc sélectionné les terrains au cours de l'année 2021. Les documents de travail des administrations offraient des informations sur les organisations de santé : les dossiers de candidatures comprenaient des éléments descriptifs sur les organisations et les projets qu'ils présentaient aux acteurs administratifs ; des documents chiffrés informaient également sur les caractéristiques de la patientèle de l'organisation de santé et les financements obtenus. Les observations menées au national ont permis de compléter ces informations (par les présentations que les professionnels de santé peuvent y faire de leur organisation) et ont été l'occasion de prendre contact avec les professionnels de santé. Enfin, des entretiens exploratoires ont été menés avec quelques professionnels de santé afin de sélectionner les terrains d'enquête.

L'ensemble de ces éléments a permis d'élaborer une stratégie d'enquête : celle de sélectionner des Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) aux profils « extrêmes » (Gerring, 2009) quant aux réformes des soins primaires, en ce que les professionnels soient engagés dans une collaboration avec les pouvoirs publics (notamment en cumulant plusieurs financements) ; qu'ils tentent de mettre en place de nombreuses coopérations pluriprofessionnelles et organisent une réflexion sur celle-ci ; et qu'ils soient critiques du mode de rémunération à l'acte.

Ce choix se justifie en raison des pratiques très diverses que les professionnels ont dans le cadre des expérimentations, rendant difficile la sélection de maisons de santé « typiques » (Gerring, 2009), qui représenteraient le cas le plus commun. L'enquête exploratoire a également montré que dans certaines organisations libérales, la mise en œuvre des financements aboutissait à des actions qui avaient vraisemblablement des effets assez discrets sur les pratiques professionnelles. Par exemple, dans la Communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) de Louvent, les financements Ipep servent à rémunérer des réunions pluriprofessionnelles mensuelles pour discuter d'une meilleure organisation possible entre des professionnels libéraux, non regroupés en maisons de santé. Mon travail s'orientant vers une analyse des transformations des soins primaires, il semblait plus pertinent d'enquêter dans des collectifs où les transformations concernent plus directement le travail des professionnels de

santé. D'autant plus que même dans ces MSP « extrêmes », les transformations restent discrètes, comme nous l'avons montré au cours de cette thèse. Cette stratégie de sélection a été validée empiriquement par la suite, avec notamment le retrait des autres MSP participant à Peps.

Au cours du processus de sélection, j'ai également capitalisé avec des enquêtes antérieures, menées en 2019 dans le cadre de mon mémoire sur la participation des usagers dans les maisons de santé ; et en 2020 dans le cadre d'une enquête sur les structures d'exercice coordonné pendant la première vague épidémique de Covid 19 (enquête Execo²). Lors de ces enquêtes, j'ai eu l'occasion d'interroger les professionnels d'une douzaine de maisons de santé, dont cinq ont ensuite participé aux expérimentations Ipep et Peps. Parmi elles, j'ai sélectionné la MSP des Agapanthes et celles des Sureaux, qui correspondaient au profil recherché. Dans cette thèse, j'ai mobilisé certains des entretiens effectués durant les enquêtes antérieures.

La MSP des Agapanthes est une des organisations où j'avais mené un travail d'enquête exploratoire dans mon mémoire de master 2, puis de manière plus approfondie au moment de l'enquête Execo². Les professionnels des Agapanthes ont été les seuls libéraux à candidater à l'expérimentation Peps pour l'ensemble de leur patientèle en 2018, remettant profondément en question le paiement à l'acte. En 2019, ils se sont également investis dans l'expérimentation Ipep, ce qui m'a permis de comparer les appropriations des expérimentations à un niveau local, au sein d'une même organisation.

La MSP des Sureaux est aussi une organisation où j'avais enquêté de manière approfondie dans le cadre de mon mémoire de master 2. Les professionnels des Sureaux mettent en place des projets de santé publique orientés vers les inégalités sociales de santé, mènent une réflexion sur les relations pluriprofessionnelles et sont porteurs d'une CPTS. Ils offraient un bon point d'observation sur les dynamiques territoriales visées par l'expérimentation Ipep, à laquelle ils participent depuis 2018.

Enfin, le troisième terrain sélectionné pour cette enquête est la MSP des Camélias, que je n'avais pas enquêtée au préalable. Les professionnels de cette MSP ont candidaté à Peps pour l'ensemble de leur patientèle en 2019. Leur configuration est différente de celle des Agapanthes, car le collectif de médecins était déjà en partage d'honoraires. Leur cas offrait ainsi un contrepoint intéressant à celui des Agapanthes.

L'ensemble des données recueillies a été compulsé dans un logiciel d'analyse des données (MaxQDA), et codé de manière thématique sans distinction de source.

2. La réalisation des entretiens

L'entrée dans le terrain a été négociée au sein de chaque MSP avec des acteurs connus lors d'enquêtes antérieures, ou rencontrés lors de la réalisation des observations au niveau national. De manière générale, cette enquête a été bien reçue et facilitée par les acteurs locaux, qui voyaient dans l'évaluation un moyen de valoriser leurs pratiques professionnelles et de pérenniser les financements.

Les monographies ont été effectuées de manière longitudinale : des entretiens ont été effectués en 2019, 2020, 2021 et 2022 ou 2023 pour la MSP des Agapanthes et celle des Sureaux ; début et fin de l'année 2022 pour la MSP des Camélias. J'ai d'abord rencontré les acteurs les plus impliqués dans la démarche expérimentale (notamment, ceux qui s'impliquent dans la gouvernance de la MSP et participent aux activités d'intermédiaire avec les pouvoirs publics), puis j'ai rencontré d'autres professionnels désignés par les premiers comme participant aux tâches découlant des expérimentations. Cette méthode est pertinente pour analyser les potentielles transformations découlant de la mise en œuvre des expérimentations et de l'exercice pluriprofessionnel plus globalement. Cependant, cette méthode a l'inconvénient de laisser dans l'ombre les acteurs moins impliqués dans les coopérations pluriprofessionnelles, et potentiellement plus critiques de celle-ci.

Certains des entretiens ont été répétés avec les mêmes acteurs, permettant de saisir les évolutions au sein des MSP entre les différentes campagnes d'entretien.

Les guides d'entretien ont été ajustés selon la profession des acteurs rencontrés et leur implication dans la conduite des expérimentations. Les guides d'entretien comprenaient cinq thématiques :

- La trajectoire professionnelle, à savoir des questions sur la formation des acteurs, les déterminants du choix du mode d'exercice (statut, zone d'exercice, choix du pluriprofessionnel), et l'engagement passé ou présent dans des associations, des syndicats, des fédérations ou des partis politiques.
- Le travail individuel, à savoir des questions sur le contenu et le rythme de travail, les spécialisations informelles des acteurs, les différentes tâches réalisées et le ressenti des acteurs sur celles-ci (valorisation symbolique).
- Le travail coopératif, à savoir des questions sur le travail réalisé avec d'autres professionnels de la MSP, les échanges avec d'autres professionnels de la MSP, la description de la gouvernance de la MSP et l'implication de l'acteur dans celle-ci, la

description et la qualification de ces coopérations, les coopérations éventuelles avec d'autres acteurs au-delà de la MSP, la participation à d'autres instruments d'action publique.

- Les représentations et pratiques en lien avec l'expérimentation, à savoir des questions sur les motivations à participer à l'expérimentation, les représentations sur les modèles économiques, leurs indicateurs, leurs résultats, les tâches développées avec les financements obtenus, l'implication de l'acteur dans ces tâches, la gouvernance de l'expérimentation et l'implication de l'acteur dans celle-ci, les représentations et l'implication dans les interactions avec les acteurs institutionnels.
- Les représentations sur les rémunérations et pratiques en lien avec les financements : les usages des différents financements collectifs au sein de la MSP ; les représentations de l'acteur sur ses conditions de travail, son mode de rémunération et le montant de ses rémunérations (y compris en distinguant plusieurs types de rémunérations), les représentations sur le statut libéral, salarié et le mode de rémunération à l'acte.

Dans l'ensemble des MSP enquêtées, j'ai réalisé des restitutions intermédiaires de mes résultats en 2022 et 2023. Ces restitutions avaient pour but à la fois de partager les connaissances produites avec les professionnels de santé, mais également de susciter du matériel d'enquête en observant les réactions des professionnels de santé. Ma présentation comprenait systématiquement trois grands axes :

- Un rappel des principes de fonctionnement des expérimentations (informations que n'ont pas tous les professionnels de santé en général).
- Une synthèse des travaux sur les évolutions des soins primaires.
- Une présentation des évolutions de l'organisation locale du travail de soins primaires, en alternant entre une présentation individualisée descriptive et une présentation de résultats plus généraux et analytiques, permettant également d'aborder des sujets moins consensuels sans cibler personnellement les professionnels de santé présents (notamment les questions de hiérarchies professionnelles).

Ces présentations duraient vingt à trente minutes et étaient suivies de temps d'échanges libres.

3. L'enquête aux Agapanthes

La MSP des Agapanthes est une des MSP où j'avais réalisé des entretiens exploratoires dans le cadre de mon mémoire, en 2019. En 2020, dans le cadre de l'enquête Execo² sur l'exercice

regroupé durant la pandémie de Covid-19, j'ai repris contact avec ces acteurs que je savais participer à l'expérimentation Peps pour les enquêter à distance, les informant que cette enquête serait probablement suivie d'une enquête dans le cadre de l'expérimentation, avec leur accord. Forte de nos interconnaissances, j'ai poursuivi l'enquête en 2021 et 2022, cette fois avec une grille d'entretien dédiée à l'enquête Era2. Les entretiens ont été organisés avant ma venue, en lien avec les secrétaires du cabinet pluriprofessionnel. J'ai rencontré l'ensemble des professionnels travaillant dans ce cabinet pluriprofessionnel, en réitérant certains entretiens et en incluant en 2022 de nouvelles arrivées, permettant de saisir d'éventuelles évolutions dans les pratiques.

Tableau n° 5 : Entretiens réalisés dans la MSP des Agapanthes

Code	Enquêté·es		Contexte de l'enquête				
	Pseudonyme	Principales caractéristiques	Enquête	Date	Durée	Lieu	Réalisation
A-1	Annabelle G.	Coordinatrice indépendante, formée à l'alphabétisation et infirmière, 30-40 ans, premier entretien.	Mémoire	04/2019	0h30	Visioconférence	NM
A-2	Virginie G.	Podologue libérale, 50-60 ans, premier entretien.	Mémoire	04/2019	0h30	Visioconférence	NM
A-3	Annabelle G.	Infirmière salariée de la MSP, formée à l'alphabétisation, 30-40 ans, second entretien.	Execo²	04/2020	0h45	Visioconférence	NM
	Gregory D.	Médecin généraliste libéral, 50-60 ans, premier entretien.					
A-4	Virginie G.	Podologue libérale, 50-60 ans, second entretien.	Execo²	05/2020	0h28	Visioconférence	NM
A-5	Laëtitia C.	Secrétaire salariée, 40-50 ans, premier entretien.	Execo²	05/2020	0h33	Visioconférence	NM
A-6	Brigitte M.	Pharmacienne, 50-60 ans.	Execo²	05/2020	0h30	Visioconférence	NM
A-7	Pauline C.	Médecin généraliste libérale, 30-40 ans, premier entretien.	Era2	11/2021	1h20	Locaux de la MSP	NM
A-8	Annabelle G.	Infirmière salariée de la MSP, formée à l'alphabétisation, 30-40 ans, troisième entretien	Era2	11/2021	1h50	Locaux de la MSP	NM
A-9	Gregory D.	Médecin généraliste libéral, 50-60 ans, second entretien.	Era2	12/2021	1h55	Locaux de la MSP	NM
A-10	Marion B.	Médecin généraliste libérale, 30-40 ans.	Era2	12/2021	0h45	Locaux de la MSP	NM
A-11	Valérie M.	Médecin généraliste libérale, 50-60 ans.	Era2	12/2021	1h50	Locaux de la MSP	NM
A-12	Christelle R.	Secrétaire salariée, 40-50 ans, premier entretien.	Era2	12/2021	0h40	Locaux de la MSP	NM

A-13	Laëtitia C.	Secrétaire salariée, 40-50 ans, second entretien.	Era2	12/2021	0h35	Locaux de la MSP	NM
A-14	Anne M.	Infirmière salariée de l'association Asalée, formée en pratique avancée, 50-60 ans, premier entretien.	Era2	01/2022	1h40	Visioconférence	NM
A-15	Astrid H.	Médecin généraliste libérale, 30-40 ans.	Era2	12/2022	1h	Locaux de la MSP	NM
A-16	Laurence V.	Infirmière salariée de l'association Asalée, 40-50 ans.	Era2	12/2022	0h45	Locaux de la MSP	NM
A-17	Coralie D.	Médecin généraliste libérale, 30-40 ans.	Era2	12/2022	0h55	Locaux de la MSP	NM
A-18	Anne M.	Infirmière salariée de l'association Asalée, formée en pratique avancée, 50-60 ans, second entretien.	Era2	12/2022	1h	Locaux de la MSP	NM
A-19	Christelle R.	Secrétaire salariée, 40-50 ans, second entretien.	Era2	12/2022	0h25	Locaux de la MSP	NM
A-20	Annabelle G.	Infirmière salariée de la MSP, formée à l'alphabétisation, 30-40 ans, quatrième entretien	Era2	12/2022	1h	Locaux de la MSP	NM
A-21	Pauline C.	Médecin généraliste libérale, 30-40 ans, premier entretien.	Era2	12/2022	0h55	Locaux de la MSP	NM

Lors de mes venues pour réaliser des entretiens (souvent, plusieurs entretiens sur la même journée, répartis en quelques jours), j'ai pu réaliser quelques observations de temps de vie commune (déjeuners) ainsi qu'une réunion pluriprofessionnelle. J'ai également réalisé une restitution personnalisée de mes résultats intermédiaires.

Tableau n° 6 : Observations réalisées dans la MSP des Agapanthes

Type	Acteurs présents	Lieu	Date	Réalisation
Déjeuner	Médecins, une infirmière	Salle commune du cabinet pluriprofessionnel	12/2021	NM
Déjeuner	Médecins, une infirmière	Salle commune du cabinet pluriprofessionnel	12/2021	NM
Déjeuner	Médecins, une infirmière	Salle commune du cabinet pluriprofessionnel	12/2022	NM
Réunion pluriprofessionnelle	Médecins, infirmières et secrétaires médicales	Salle commune du cabinet pluriprofessionnel	12/2022	NM
Réunion de restitution des résultats	Médecins, infirmières et secrétaires médicales	Salle commune du cabinet pluriprofessionnel	12/2022	NM

Enfin, j'ai pu recueillir de nombreux documents, les professionnels de la MSP m'ayant laissé un accès très libre à leurs documents de travail, me permettant de consulter notamment des documents budgétaires et comptables.

Tableau n° 7 : Documents recueillis dans la MSP des Agapanthes

Type	Contenu
Texte	Dossier de candidature Peps

Texte	Dossier de candidature Ipep
Texte	Projet de santé 2021-2026
Tableur Excel	Financement Peps 2020
Tableur Excel	Financement Ipep 2020
Tableur Excel	Description de la patientèle 2021
Tableur Excel	Liste des médecins traitants
Tableur Excel	Financement Ipep 2022
Tableur Excel	Budget interne 2021
Tableur Excel	Calcul répartition du forfait entre médecins 2021
Texte	Convention Ipep
Tableur Excel	Feuille de route Ipep
Texte	Rémunération ACI 2021

4. Enquête aux Camélias

J'ai d'abord eu l'occasion d'échanger avec certains des professionnels de santé des Camélias lors de réunions nationales autour de l'expérimentation Peps. Puis en septembre 2021, j'ai réalisé un entretien exploratoire à distance avec Christophe J., un des médecins généralistes de la MSP. Cet entretien exploratoire a conforté le choix d'enquêter dans cette MSP, participant à l'expérimentation Peps pour l'ensemble de la patientèle. J'ai alors réalisé deux séries d'entretiens début puis fin 2022. Ces entretiens m'ont permis de rencontrer l'ensemble des médecins généralistes travaillant dans la MSP, ainsi que les deux secrétaires médicales salariées et l'infirmière salariée de l'association Asalée. Les entretiens étaient planifiés par les secrétaires médicales, étalés sur quelques jours. Lors de ma seconde visite en fin 2022, j'ai demandé s'il était possible de voir d'autres membres de la MSP, et notamment des infirmières libérales qui n'avaient pas voulu participer à l'expérimentation. Je n'ai malheureusement pas pu accéder à ces professionnelles, qui ont prétexté un manque de temps pour refuser l'entretien. Ce refus d'entretien est probablement lié à un retrait plus général de la démarche expérimentale.

Tableau n° 8 : Entretiens réalisés dans la MSP des Camélias

Code	Enquêté·es		Contexte de l'enquête				
	Pseudonyme	Principales caractéristiques	Enquête	Date	Durée	Lieu	Réalisation
C-1	Christophe J.	Médecin généraliste libéral, 40-50 ans.	Era2	09/2021	1h30	Visioconférence	NM
C-2	Sophie W.	Médecin généraliste libérale, 40-50 ans, premier entretien.	Era2	02/2022	2h10	Locaux de la MSP	NM
C-3	Audrey T.	Médecin généraliste libérale, 30-40 ans, premier entretien.	Era2	02/2022	2h	Locaux de la MSP	NM
C-4	Clément L.	Médecin généraliste libéral, 30-40 ans, premier entretien.	Era2	02/2022	1h45	Locaux de la MSP	NM
C-5	Sonia A.	Coordinatrice salariée, 50-60 ans.	Era2	02/2022	1h30	Locaux de la MSP	NM
C-6	Patricia M.	Secrétaire salariée, 50-60 ans, premier entretien.	Era2	02/2022	0h45	Locaux de la MSP	NM
C-7	Laura B.	Secrétaire salariée, 50-60 ans, premier entretien.	Era2	02/2022	0h40	Locaux de la MSP	NM

C-8	Éric H.	Médecin généraliste libéral, 40-50 ans.	Era2	02/2022	2h40	Locaux de la MSP	NM
C-9	Audrey T.	Médecin généraliste libérale, 30-40 ans, second entretien.	Era2	11/2022	1h15	Locaux de la MSP	NM
C-10	Sophie W.	Médecin généraliste libérale, 40-50 ans, second entretien.	Era2	11/2022	1h15	Locaux de la MSP	NM
C-11	Clément L.	Médecin généraliste libéral, 30-40 ans, second entretien.	Era2	11/2022	0h35	Locaux de la MSP	NM
C-12	Véronique F.	Infirmière salariée de l'association Asalée, 50-60 ans.	Era2	11/2022	0h50	Locaux de la MSP	NM
C-13	Patricia M.	Secrétaire salariée, 50-60 ans, second entretien.	Era2	11/2022	0h35	Locaux de la MSP	NM
	Laura B.	Secrétaire salariée, 50-60 ans, second entretien.					

Les semaines d'enquêtes aux Camélias ont également été l'occasion de réaliser quelques observations, notamment lors des moments de vie commune à la MSP (déjeuners). J'ai également passé plusieurs demi-journées, lorsque je n'avais pas d'entretien, dans la salle commune de la MSP où travaillait également la coordinatrice. Ces observations ont été l'occasion d'échanges informels avec les professionnels. De plus, j'ai pu observer une consultation médicale, à la suite d'une proposition d'un des médecins généralistes. Enfin, j'ai réalisé une restitution de mes résultats.

Tableau n° 9 : Observations réalisées dans la MSP des Camélias

Type	Acteurs présents	Lieu	Date	Réalisation
Déjeuner à la MSP	Plusieurs professionnels de santé	Salle commune de la MSP	02/2022	NM
Déjeuner à la MSP	Plusieurs professionnels de santé	Salle commune de la MSP	02/2022	NM
Consultation médicale	Un médecin, une patiente	Cabinet médical	02/2022	NM
Après-midi à la MSP	La coordinatrice, quelques professionnels de santé qui passent	Salle commune de la MSP	02/2022	NM
Déjeuner à la MSP	Plusieurs professionnels de santé	Salle commune de la MSP	02/2022	NM
Après-midi à la MSP	La coordinatrice, quelques professionnels de santé qui passent	Salle commune de la MSP	02/2022	NM
Réunion de restitution des résultats	Les médecins généralistes, la coordinatrice	Cabinet médical	12/2022	NM
Journée à la MSP	La coordinatrice, quelques professionnels de santé qui passent	Salle commune de la MSP	12/2022	NM
Journée à la MSP	La coordinatrice, quelques professionnels de santé qui passent	Salle commune de la MSP	12/2022	NM

J'ai également recueilli plusieurs documents autour des activités de la MSP et de son budget.

Tableau n° 10 : Documents recueillis dans la MSP des Camélias

Type	Contenu
Texte	Dossier de candidature Peps
Texte	Charte de la maison de santé 2022

Texte	Projet de santé
Texte	Flyer pour un programme d'éducation thérapeutique
Texte	Flyer de prévention
Tableur Excel	Financement Peps 2020
Texte	Budget interne ACI 2022

5. Enquête aux Sureaux

La MSP des Sureaux fait partie des terrains où j'avais mené une enquête approfondie en 2019 lors de mon mémoire, puis en 2020 lors de l'enquête Execo². Le terrain a ainsi été facile d'accès pour l'enquête Era2, du fait de ces relations antérieures. La MSP des Sureaux réunit une soixantaine de professionnels de santé et le projet (le programme de prévention Agir) mis en place dans le cadre d'Ipep mobilise un large ensemble de groupes professionnels. Les entretiens étaient planifiés avec l'équipe de coordination. J'ai réalisé des entretiens avec les professionnels impliqués dans ce programme de prévention, sans être exhaustifs cette fois en raison du nombre de professionnels. J'ai également réalisé des entretiens avec les personnes qui réalisent le travail organisationnel (les coordinateurs salariés, les membres du conseil de gestion), puis avec d'autres professionnels (et notamment des médecins généralistes) plus éloignés de ces actions, afin de faire des points de comparaison. Comme aux Camélias, le recrutement d'acteurs moins impliqués dans les actions pluriprofessionnelles (qu'il s'agisse de médecins généralistes ou d'infirmières libérales) n'a pas été simple, ces acteurs étant moins disposés à consacrer du temps à l'enquête.

Tableau n° 11 : Entretiens réalisés dans la MSP des Sureaux

Code	Enquêté·es		Contexte de l'enquête				
	Pseudonyme	Principales caractéristiques	Enquête	Date	Durée	Lieu	Réalisation
S-1	Romain M.	Coordinateur salarié, master 2 en gestion, 30-40 ans, premier entretien.	Mémoire	05/2019	1h	Locaux de la MSP	NM
S-2	Damien B.	Médiateur salarié, master en économie sociale et solidaire, 20-30 ans, premier entretien.	Mémoire	04/2019	0h50	Locaux de la MSP	NM
S-3	Romain M.	Coordinateur salarié, master 2 en gestion, 30-40 ans, second entretien.	Execo²	04/2020	1h20	Visioconférence	NM & MS
	Jeanne P.	Kinésithérapeute libérale, 30-40 ans.					
S-4	Aurélie B.	Médecin généraliste libérale, 30-40 ans, premier entretien.	Execo²	05/2020	2h10	Visioconférence	NM
S-5	Romain M.	Coordinateur salarié, master 2 en gestion, 30-40 ans, troisième entretien.	Execo²	05/2020	0h40	Visioconférence	NM
S-6	Candice B.	Interne en médecine générale, 50-60 ans.	Execo²	05/2020	1h30	Visioconférence	NM
S-7	Martine L.	Diététicienne libérale, 50-60 ans.	Execo²	05/2020	0h20	Visioconférence	NM
S-8	Guillaume B.	Kinésithérapeute libéral, 30-40 ans, premier entretien.	Execo²	05/2020	1h25	Visioconférence	NM
S-9	Françoise P.	Pharmacienne, 50-60 ans, premier entretien.	Execo²	05/2020	0h25	Visioconférence	NM

S-10	Christine L.	Assistante de coordination salariée, 50-60 ans.	Execo²	05/2020	0h30	Visioconférence	NM
S-11	Emilie P.	Médecin généraliste libérale, 30-40 ans.	Era2	10/2021	1h	Locaux de la MSP	NM
S-12	Matthieu F.	Kinésithérapeute libéral, 30-40 ans.	Era2	10/2021	1h16	Locaux de la MSP	NM
S-13	Guillaume B.	Kinésithérapeute libéral, 30-40 ans, second entretien.	Era2	10/2021	1h53	Locaux de la MSP	NM
S-14	Julia V.	Kinésithérapeute libéral, 30-40 ans	Era2	10/2021	1h06	Locaux de la MSP	NM
S-15	Jean K.	Doctorant en linguistique, animateur d'atelier en littéracie, 30-40 ans.	Era2	10/2021	1h	Locaux de la MSP	NM
S-16	Sylvie V.	Infirmière salariée de l'association Asalée, 50-60 ans.	Era2	10/2021	1h08	Locaux de la MSP	NM
S-17	Françoise P.	Pharmacienne, 50-60 ans, second entretien.	Era2	10/2021	0h52	Locaux de la MSP	NM
S-18	Virginie P.	Psychologue libérale, 40-50 ans.	Era2	10/2021	0h56	Locaux de la MSP	NM
S-19	Olivier D.	Coordinateur salarié, ingénieur, 30-40 ans, premier entretien.	Era2	10/2021	2h	Locaux de la MSP	NM
S-20	Damien B.	Médiateur salarié, master en économie sociale et solidaire, 20-30 ans, second entretien.	Era2	10/2021	1h15	Locaux de la MSP	NM
S-21	Romain M.	Coordinateur salarié, master 2 en gestion, 30-40 ans, quatrième entretien.	Era2	10/2021	2h	Restaurant	NM
S-22	Aurélie B.	Médecin généraliste libérale, 30-40 ans, second entretien.	Era2	10/2021	2h	Restaurant	NM
S-23	Corinne B.	Art-thérapeute, master en gestion, formée en psychanalyse, 50-60 ans.	Era2	11/2021	0h35	Visioconférence	NM
S-24	Julie B.	Médecin généraliste libérale, 30-40 ans.	Era2	01/2023	0h52	Locaux de la MSP	NM
S-25	Romain M.	Coordinateur salarié, master 2 en gestion, 30-40 ans, cinquième entretien.	Era2	01/2023	1h25	Locaux de la MSP	NM
S-26	Olivier D.	Coordinateur salarié, ingénieur, 30-40 ans, second entretien.	Era2	01/2023	1h30	Locaux de la MSP	NM
S-27	Guillaume B.	Kinésithérapeute libéral, 30-40 ans, troisième entretien.	Era2	01/2023	2h	Locaux de la MSP	NM

Dès 2019, j'ai eu la chance de réaliser plusieurs observations de réunions aux Sureaux, ainsi que quelque temps de vie commune notamment avec l'équipe de coordination. J'ai pu observer également un atelier d'éducation thérapeutique du patient. Enfin, j'ai réalisé une restitution de mes travaux.

Tableau n° 12 : Observations réalisées dans la MSP des Sureaux

Type	Acteurs présents	Lieu	Date	Réalisation

Réunion pluriprofessionnelle	Professionnels de la MSP	Centre social de la commune	04/2019	NM
Commission de coordination	Professionnels impliqués dans le programme Agir	Locaux de la MSP	10/2021	NM
Atelier d'éducation thérapeutique du patient	Une médecin, une psychologue, quatre patients	Locaux de la MSP	10/2021	NM
Déjeuner	L'équipe de coordination	Locaux de la MSP	10/2021	NM
Réunion pluriprofessionnelle	Professionnels de la MSP	Maison de quartier	01/2023	NM
Restitution des résultats de l'enquête	Professionnels de la MSP	Maison de quartier	01/2023	NM
Réunion sur la rémunération des secrétaires médicales	Quatre médecins, le coordinateur	Locaux de la MSP	01/2023	NM
Déjeuner	L'équipe de coordination	Locaux de la MSP	01/2023	NM

La MSP des Sureaux est une des équipes où j'ai eu le plus de mal à obtenir des documents (notamment budgétaires) sur leur fonctionnement, malgré mes demandes. Les documents que j'ai recueillis viennent principalement de la documentation interne à la Cnam.

Tableau n° 13 : Documents recueillis à la MSP des Sureaux

Type	Contenu
Texte	Dossier de candidature Ipep
Texte	Projet de santé
Tableur Excel	Financement Ipep 2020
Tableur Excel	Description de la patientèle 2021
Tableur Excel	Liste des médecins traitants

6. Entretiens complémentaires

En plus de ces trois MSP, j'ai réalisé des entretiens exploratoires avec des professionnels d'autres organisations de santé, d'abord dans l'objectif de sélectionner les terrains d'enquête, puis en ciblant spécifiquement des médecins généralistes membres de syndicats ou de la fédération des MSP.

Tableau n° 14 : Entretiens réalisés avec d'autres professionnels de santé

Code	Enquêté·es		Contexte de l'enquête				
	Pseudonyme	Principales caractéristiques	Organisation	Date	Durée	Lieu	Réalisation
E-1	Jean L.	Médecin rhumatologue libéral, 60-70 ans.	MSP de Chavelan	03/2020	1h26	Visioconférence	NM
E-2	Catherine M.	Infirmière libérale, 50-60 ans.	MSP de Grézilhac	12/2020	1h08	Visioconférence	NM
E-3	Jacques P.	Médecin généraliste libéral, 40-50 ans, premier entretien.	MSP de Belviac	04/2021	1h35	Visioconférence	NM
E-4	Jacques P.	Médecin généraliste libéral, 40-50 ans, second entretien.	MSP de Belviac	10/2023	1h	Visioconférence	NM
E-5	Michel L.	Médecin généraliste libéral, 50-60 ans.	CPTS de Louvent	03/2021	1h18	Visioconférence	NM

E-6	Thérèse L.	Médecin généraliste libérale, 60-70 ans.	CPTS de Frêt	11/2021	1h40	Locaux de la MSP	NM
E-7	Didier F.	Médecin généraliste libéral, 50-60 ans.	MSP de Cazennes	11/2023	0h50	Visioconférence	NM
E-8	Thierry F.	Médecin généraliste salarié, 60-70 ans.	CDS des Érables	03/2020	2h	Locaux du centre de santé	NM
E-9	Nicolas N.	Responsable salarié, docteur en philosophie, 40-50 ans.	Fédération française hospitalière	03/2020	2h	Locaux de la fédération	NM & CF

Annexe 3. Informations complémentaires sur les modèles économiques

Cette annexe présente des informations complémentaires sur les modèles économiques Ipep et Peps.

1. Les évolutions du modèle économique Ipep

Le tableau ci-dessous résume les informations concernant les différentes composantes du modèle économique Ipep tel que présenté dans le cahier des charges à l'été 2019 et ses évolutions depuis le début de l'expérimentation.

Tableau n° 15 : Modèle économique Ipep et ses évolutions

Type	Nom	Description en 2019	État des lieux des évolutions en 2024
Crédit d'amorçage		Ces crédits servent à subventionner le lancement du projet. Ils sont versés en 2019 et 2020.	Les crédits d'amorçage ont été prolongés en 2021.
Calcul de l'efficience		Ce financement est alloué en fonction d'un score d'efficience, calculé en comparant les dépenses de la patientèle affiliée aux médecins traitants aux dépenses de cette même patientèle l'année d'avant (2/3 du calcul) et à la moyenne nationale (1/3 du calcul).	Le principe de ce financement n'a pas changé, certains ajustements ont été rajoutés pour mieux saisir les actions propres aux professionnels de santé, et notamment l'ajout d'un ajustement selon le contexte territorial d'exercice.
Calcul de la qualité		Ce financement est alloué en fonction d'un score de qualité, calculé à partir des indicateurs détaillés ci-dessous.	Au début prévu comme complémentaire au calcul de l'efficience en 2021 et 2022 avant d'y être intégré (-20 à +20 % des gains d'efficience) en 2023 et 2024, le calcul de la qualité a finalement été repensé sous forme de points pour les deux dernières années, afin de poursuivre une valorisation indépendante de la qualité.
Indicateur de qualité	Part des usagers domiciliés sur le territoire du groupement qui ont déclaré un médecin traitant.	Cet indicateur s'intéresse au pourcentage de patients affiliés à un médecin traitant sur le territoire du groupement. L'indicateur est calculé par l'ATIH dans le SNDS, et son évolution est attendue à la hausse.	L'indicateur est stable.

	Taux de passage aux urgences non suivis d'hospitalisation.	Cet indicateur concerne les patients ayant consommé des soins aux urgences hospitalières sans être hospitalisés. L'indicateur est calculé par l'ATIH dans le SNDS, et son évolution est attendue à la baisse.	L'indicateur est stable.
	Part des admissions directes en hospitalisation de médecine.	Cet indicateur s'intéresse aux patients admis en hospitalisation sans passage aux urgences, y compris en cas d'hospitalisation non programmée. L'indicateur est calculé par l'ATIH dans le SNDS, et son évolution est attendue à la hausse.	L'indicateur est stable.
	Taux de réhospitalisation à 30 jours.	Cet indicateur concerne les patients ayant été hospitalisés, puis hospitalisés une seconde fois dans les trente jours suivant la première hospitalisation. L'indicateur est calculé par l'ATIH dans le SNDS, et son évolution est attendue à la baisse.	L'indicateur est stable.
	Taux d'hospitalisations potentiellement évitables.	Cet indicateur concerne les patients dont on considère que l'hospitalisation aurait pu être évitable si les patients avaient été mieux pris en charge en amont. Les patients atteints de certaines pathologies chroniques sans facteur de risque associé (âge, polypathologie) entrent dans cette catégorie. Il ne s'agit pas de recours aux urgences jugées non pertinents. L'indicateur est calculé par l'ATIH dans le SNDS, et son évolution est attendue à la baisse.	L'indicateur est stable.
	Part des hospitalisations en médecin et psychiatrie avec une consultation dans le mois suivant.	Cet indicateur s'intéresse aux patients qui ont été suivis en soins primaires (médecin généraliste ou infirmière) dans le mois suivant leur hospitalisation en médecine ou en psychiatrie. L'indicateur est calculé par l'ATIH dans le SNDS, et son évolution est attendue à la hausse.	L'indicateur est stable.
	Part des patients du groupement en polyprescription continue.	Cet indicateur concerne les patients à qui l'on a prescrit plusieurs traitements prolongés sur une période donnée. L'indicateur est calculé par l'ATIH dans le SNDS, et son évolution est attendue à la baisse.	L'indicateur est stable.
	Taux d'usage des dossiers médicaux partagés.	Cet indicateur concerne le taux d'usage des dossiers médicaux partagés et/ou des solutions e-parcours compatibles avec le dossier médical. Cet indicateur est établi par un service spécialisé à la DGOS en lien avec les ARS. Son évolution est attendue à la hausse.	Cet indicateur a été mis en œuvre, mais non automatisé.
	Actions de prévention et promotion de la santé.	Cet indicateur vise à évaluer les actions de prévention et de promotion de la santé mises en œuvre dans le cadre de l'expérimentation. Les professionnels de santé remplissent un questionnaire déclaratif. Les questionnaires sont évalués par les membres de la DGOS et de l'Anap.	Cet indicateur a été mis en œuvre, mais non automatisé.
	Qualité de la lettre de liaison à l'entrée.	Cet indicateur vise à estimer de la qualité des lettres à l'entrée en hospitalisation, qui sont des lettres établies par le médecin traitant détaillant la situation d'un patient pour une hospitalisation programmée. Le recueil de cet indicateur est fait par la remontée des lettres d'entrée par les médecins généralistes. L'indicateur est élaboré par la HAS. Son évolution est attendue à la hausse.	Cet indicateur n'a jamais été mis en œuvre.

	Indicateurs « à la carte ».	Les professionnels de santé ont la possibilité de proposer trois indicateurs élaborés localement et permettant d'introduire des dimensions de qualité adaptées à leur contexte local.	Cet indicateur n'a jamais été mis en œuvre. Certaines organisations de santé avaient proposé de concevoir des indicateurs locaux, mais ils ont été découragés par l'équipe nationale qui estimait trop complexe l'élaboration de tels indicateurs qui n'auraient pu être que déclaratifs, et difficiles à évaluer en l'absence de comparaison avec des données nationales.
Questionnaire d'expérience du patient		Ce questionnaire vise à prendre en compte l'expérience subjective que les patients ont de leurs soins, notamment en matière d'informations et de communications avec les soignants. Le premier questionnaire comprendre une quarantaine de questions.	Ce questionnaire a été revu et réduit à une vingtaine de questions. Ce questionnaire a été mis en place et validé par la HAS. Il n'a cependant pas permis de valorisation financière de l'expérience des patients dans les expérimentations.

2. Les évolutions du modèle économique Peps

Le tableau ci-dessous résume les informations concernant les différentes composantes du modèle économique Peps tel que présenté dans le cahier des charges à l'été 2019 et ses évolutions depuis le début de l'expérimentation.

Tableau n° 16 : Modèle économique Peps et ses évolutions

Type	Nom	Description en 2019	État des lieux des évolutions en 2024
Périmètre du forfait		Le forfait porte sur la patientèle affiliée aux médecins traitants, mais sur les actes réalisés par les médecins généralistes et les infirmières.	Le forfait porte sur la patientèle affiliée aux médecins traitants, sur les actes réalisés par les médecins généralistes.
Crédits d'amorçage		Ces crédits servent à subventionner le lancement du projet. Ils sont versés en 2019 et 2020.	Pas de modification.
Bonus forfait		Ce financement est alloué en 2020 selon les simulations d'une rémunération au forfait patient, si celle-ci est supérieure à la rémunération à l'acte.	Pas de modification.
Ajustement du modèle	Profil du patient.	Le forfait est ajusté en prenant en compte les caractéristiques des patients : sexe, âge, déclaration de certaines affections longue durée, l'affiliation à une complémentaire santé solidaire.	Pas de modification.
	Taux de pauvreté.	Une majoration du forfait est effectuée en fonction du taux de pauvreté dans la commune où exercent les médecins généralistes.	Cet ajustement a été maintenu le temps de l'expérimentation, mais est estimé trop couteux et devrait disparaître au profil d'une prise en compte plus globale de la situation sanitaire et sociale dans le modèle économique, visant à en neutraliser les effets sur les résultats du modèle davantage qu'à les compenser.
	Taux de fuite / taux de fidélisation.	Pour éviter de facturer deux fois le même acte, les économistes soustraient au forfait les soins que les patients ont consommés en dehors de la maison de santé.	Pas de modification.
	Taux d'activité.	La production d'acte des médecins généralistes doit être comprise entre 85 et 115 % de l'année de référence (2019) pour éviter une sanction financière.	Pas de modification majeure, mais cet ajustement a vocation à disparaître dans la généralisation, car il est impossible de conserver

			sur le temps long une année de référence au paiement à l'acte.
	Patients affiliés à l'aide médicale de l'État.	Les patients affiliés à l'Aide médicale de l'État rapportent un forfait fixe, dès qu'ils consultent une fois dans l'organisation. Ces patients ne peuvent pas avoir de médecins traitants, et l'Assurance maladie n'a pas de données permettant d'ajuster selon leur profil (âge, sexe, etc.).	Pas de modification majeure, mais les économistes administratifs envisagent d'enlever cette population du forfait en cas de généralisation.
	Plafonnement	Le forfait rétribue les médecins généralistes de 0 à 15 % de leur rémunération pour l'année de référence (2019).	Pas de modification majeure, mais cet ajustement a vocation à disparaître dans la généralisation, car il est impossible de conserver sur le temps long une année de référence au paiement à l'acte.
Indicateur de qualité	Part des patients en polyprescription continue.	Cet indicateur concerne les patients à qui l'on a prescrit plusieurs traitements prolongés sur une période donnée. L'indicateur est calculé par l'ATIH dans le SNDS, et son évolution est attendue à la baisse.	Cet indicateur est stable.
	Part des patients en polyprescription cumulative.	Cet indicateur concerne les patients à qui l'on a prescrit plusieurs traitements sur une période donnée. L'indicateur est calculé par l'ATIH dans le SNDS, et son évolution est attendue à la baisse.	Cet indicateur est stable.
	Nombre moyen de prescriptions par personne	Cet indicateur concerne le nombre moyen de prescriptions différentes de médicaments pris en charge par la Sécurité sociale et par personne. L'indicateur est calculé par l'ATIH dans le SNDS, et son évolution est attendue à la baisse.	Cet indicateur est stable.
	Part de patients avec une consommation inappropriée d'un traitement.	Cet indicateur concerne la part de patients à qui l'on a prescrit un traitement jugé inapproprié à leur situation clinique, d'après la littérature médicale sur le sujet. L'indicateur est calculé par l'ATIH dans le SNDS, et son évolution est attendue à la baisse.	Cet indicateur est stable.
	Taux d'hospitalisations potentiellement évitables.	Cet indicateur concerne les patients dont on considère que l'hospitalisation aurait pu être évitable si les patients avaient été mieux pris en charge en amont. Les patients atteints de certaines pathologies chroniques sans facteur de risque associé (âge, polypathologie) entrent dans cette catégorie. Il ne s'agit pas de recours aux urgences jugées non pertinentes. L'indicateur est calculé par l'ATIH dans le SNDS, et son évolution est attendue à la baisse.	Cet indicateur est stable.
	Part de patients en affection de longue durée ayant eu un rendez-vous dans le mois qui suit leur hospitalisation.	Cet indicateur s'intéresse aux patients déclarés en affection de longue durée qui ont été suivie en soins primaires (médecin généraliste ou infirmière) dans le mois suivant leur hospitalisation en médecine ou en psychiatrie. L'indicateur est calculé par l'ATIH dans le SNDS, et son évolution est attendue à la hausse.	Cet indicateur est stable.
	Délai médian entre la sortie d'hospitalisation en un rendez-vous pour patients en affection de longue durée.	Cet indicateur s'intéresse au délai médian entre une sortie d'hospitalisation en médecine ou en psychiatrie et un rendez-vous avec un médecin généraliste ou une infirmière pour les patients déclarés en affection de longue durée. L'indicateur est calculé par l'ATIH dans le SNDS, et son évolution est attendue à la baisse.	Cet indicateur est stable.
Indicateurs de qualités spécifiques au	Taux d'HbA1c (hémoglobine glyquée).	Dosage sanguin reflétant l'équilibre glycémique d'un patient sur les 2 à 3 mois précédant le prélèvement. Le dosage doit être	Cet indicateur n'a pas été mis en œuvre en raison du retrait des organisations engagées dans le

forfait pour les patientèles diabétiques.		prescrit par le médecin traitant, puis le résultat doit être remonté au national pour établir l'indicateur.	forfait spécifique aux patientèles diabétiques.
	Mesure de la microalbuminurie.	Dosage de l'albumine dans les urines, qui donne une indication sur le fonctionnement rénal. Le dosage doit être prescrit par le médecin traitant, puis le résultat doit être remonté au national pour établir l'indicateur.	Cet indicateur n'a pas été mis en œuvre en raison du retrait des organisations engagées dans le forfait spécifique aux patientèles diabétiques.
	Mesure de la pression artérielle	Mesure de la pression artérielle. Elle doit être effectuée par le médecin traitant puis remontée au national pour établir l'indicateur.	Cet indicateur n'a pas été mis en œuvre en raison du retrait des organisations engagées dans le forfait spécifique aux patientèles diabétiques.
Questionnaire d'expérience du patient		Ce questionnaire vise à prendre en compte l'expérience subjective que les patients ont de leurs soins, notamment en matière d'informations et de communications avec les soignants. Le premier questionnaire comprendre une quarantaine de questions.	Ce questionnaire a été revu et réduit à une vingtaine de questions. Ce questionnaire a été mis en place et validé par la HAS. Il n'a cependant pas permis de valorisation financière de l'expérience des patients dans les expérimentations.

À noter que sur trois forfaits (ensemble de la patientèle, patientèle âgée, patientèle diabétique) initialement prévus, seul celui concernant l'ensemble de la patientèle a été mis en œuvre.

3. Le questionnaire d'expérience du patient

Première version du questionnaire d'expérience du patient, extrait du cahier des charges Ipep (document public, p.40-49).

19) Annexe 2 – Questionnaire expérience patient

Santé & soins : votre avis sur votre suivi

Exprimez-vous !

C'est une demande peu habituelle : donner votre avis sur le suivi de votre santé et de vos soins, sur la façon dont les professionnels de santé (médecins, infirmiers, kinésithérapeutes etc.) échangent avec vous, suivent votre dossier, se transmettent les informations, etc. Pour améliorer leurs pratiques, ils ont besoin de connaître votre propre expérience et votre avis.

Je réponds anonymement ?

Oui ! Personne ne saura que c'est vous personnellement qui répondez. Et dans le même temps, vos réponses sont importantes pour les professionnels de santé. Répondez spontanément !

Un questionnaire fait par qui ?

Un groupe de patients et de professionnels de santé ont rédigé ce questionnaire.

Combien de temps pour répondre à ce questionnaire ?

Moins de 10 minutes suffiront !

Si vous le souhaitez, en cas de difficultés, vos parents ou vos proches peuvent répondre à votre place.

Pour commencer, nous aimerions vous poser quelques questions pour mieux vous connaitre …

- **Etes-vous :**
  - Un homme
  - Une femme

- **Avez-vous :**
  - Entre 18 ans et 25 ans
  - Entre 26 ans et 40 ans
  - Entre 41 ans et 65 ans
  - Entre 66 ans et 80 ans
  - Plus de 80 ans

- **Quelle est actuellement votre situation professionnelle ? Vous êtes…**
  - en emploi
  - apprenti(e) ou en stage rémunéré
  - étudiant(e), lycéen(ne), en formation ou en stage non rémunéré

  - au chômage (inscrit(e) ou non à Pôle Emploi)
  - retraité(e) ou pré-retraité(e)
  - femme ou homme au foyer
  - autre situation (congés longue durée, personne handicapée, etc.)

- **Quelle est, ou a été, votre profession ?**
  - Agriculteur, exploitant
  - Artisan, commerçant, chef d'entreprise
  - Cadre, profession intellectuelle supérieure
  - Employé
  - Ouvrier
  - Je n'ai jamais eu d'emploi rémunéré

- **Pour quelle(s) pathologie(s) êtes-vous suivi ?**
  - Diabète
  - Insuffisance rénale chronique
  - Insuffisance cardiaque
  - Insuffisance respiratoire chronique (ex : Broncho pneumopathie chronique obstructive (BPCO))
  - Cancer
  - Maladies inflammatoires chroniques du foie (hépatites, cirrhose etc.)
  - Maladies neurodégénératives (Parkinson etc.)
  - Maladies psychiatriques
  - Hypertension artérielle
  - Autres, précisez :

Quelques questions sur vos <u>échanges</u> avec les professionnels de santé en charge de votre suivi

Au cours des 12 derniers mois, quels professionnels de santé avez-vous consulté ?

- Votre médecin traitant
- Un médecin d'une autre spécialité en ville ou à l'hôpital (cardiologue, pneumologue, diabétologue etc.)
- Un(e) infirmier(e)
- Un pharmacien
- Un kinésithérapeute
- Un professionnel du service d'aide à domicile
- Autres (précisez lequel) :

Question 1 : Au cours des 12 derniers mois, avez-vous contacté, par mail, téléphone ou autre, l'un des professionnels de votre équipe soignante pour prendre un rendez-vous ?

Note : Dans ce questionnaire, **« équipe soignante »** est l'ensemble des professionnels de santé qui sont intervenus au cours des 12 derniers mois pour votre suivi : votre médecin traitant, un médecin spécialiste (en ville ou à l'hôpital), une infirmière, un kinésithérapeute, un pharmacien…

- Oui
- Non
- Je ne me souviens pas / je ne sais pas

Si vous avez répondu NON ou JE NE ME SOUVIENS PAS, **allez directement à la question n°3**

- **Question 2 :** Avez-vous eu un rendez-vous quand vous en aviez besoin ?
  - Oui, tout le temps
  - Oui, de temps en temps
  - Non, jamais
  - Je ne me souviens pas/ je ne sais pas

Question 3 : Au cours des 12 derniers mois, avez-vous contacté, par mail, téléphone ou autre, l'un des professionnels de votre équipe soignante pour poser des questions ?

- Oui
- Non
- Je ne me souviens pas / je ne sais pas

Si vous avez répondu NON ou JE NE ME SOUVIENS PAS, **allez directement à la question n°7**

- **Question 4 :** Avez-vous eu des réponses à vos questions quand vous en aviez besoin ?
  - Oui, tout le temps
  - Oui, de temps en temps
  - Non, jamais
  - Je ne me souviens pas/ je ne sais pas

- **Question 5** : Avez-vous eu des réponses compréhensibles et claires à vos questions ?
  - Oui, tout le temps
  - Oui, de temps en temps
  - Non, jamais
  - Je ne me souviens pas / je ne sais pas

- Je n'ai pas eu de réponse

Question 6 : Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu besoin de consulter un (ou plusieurs) professionnel(s) de santé (médecin spécialiste en ville ou à l'hôpital, infirmière, kinésithérapeute…) que vous n'aviez jamais consulté auparavant ?

- Oui
- Non
- Je ne me souviens pas / je ne sais pas

Si vous avez répondu NON ou JE NE ME SOUVIENS PAS, **allez directement à la question n°10**

- **Question 7** : Avez-vous été aidé par l'un des professionnels de votre équipe soignante pour identifier ce (ou ces) professionnel(s) à consulter (nom du professionnel et son contact) ?
  - Oui, tout le temps
  - Oui, de temps en temps
  - Non, jamais
  - Je ne me souviens pas / je ne sais pas
  - Je n'ai pas eu besoin d'aide

- **Question 8 :** Avez-vous réussi à avoir cette (ou ces) consultation(s) dans un délai correct au regard de vos besoins ?
  - Oui, tout le temps
  - Oui, de temps en temps
  - Non, jamais
  - Je ne me souviens pas / je ne sais pas

- **Question 9** : Avez-vous échangé avec votre médecin traitant sur ce qui s'est passé durant cette (ou ces) consultation(s) ?
  - Oui, tout le temps
  - Oui, de temps en temps
  - Non, jamais
  - Je ne me souviens pas / je ne sais pas
  - Je n'ai pas revu mon médecin traitant depuis

Etes-vous globalement satisfait de la facilité de contact de votre équipe soignante ?

- *Très satisfait*
- *Satisfait*
- *Moyennement satisfait*

- *Pas du tout satisfait*

Quelques questions sur l'aide apportée par votre équipe soignante dans la gestion de votre pathologie…

Pour rappel, dans ce questionnaire, **« équipe soignante »** est l'ensemble des professionnels de santé qui sont intervenus au cours des 12 derniers mois pour votre suivi : votre médecin traitant, un médecin spécialiste (en ville ou à l'hôpital), une infirmière, un kinésithérapeute, un pharmacien…

Question 10 : Avez-vous reçu des explications de l'un des professionnels de votre équipe soignante sur votre problème de santé ?

- Oui
- Oui, partiellement
- Non
- Je ne le souhaitais pas
- Je ne me souviens pas / je ne sais pas

Question 11 : Avez-vous reçu des informations cohérentes de la part des professionnels de santé au sein de votre équipe soignante ?

- Oui
- Oui, partiellement
- Non
- Je ne me souviens pas / je ne sais pas

Question 12 : Avez-vous été interrogé par l'un des professionnels de votre équipe soignante sur l'impact de vos problèmes de santé sur votre vie quotidienne ?

- Oui
- Oui partiellement
- Non
- Je ne le souhaitais pas
- Je ne me souviens pas / je ne sais pas

Question 13 : Avez-vous reçu des informations de l'un des professionnels de votre équipe soignante pour gérer votre problème de santé en cas de complication (signes à observer, personne à contacter etc.) ?

- Oui
- Oui, partiellement

- Non
- Je ne le souhaitais pas
- Je n'en ai pas besoin
- Je ne me souviens pas / je ne sais pas

Question 14: Avez-vous reçu des informations de l'un des professionnels de votre équipe soignante sur les habitudes de vie à adopter pour votre problème de santé (alimentation, activité physique etc.) ?

- Oui
- Oui, partiellement
- Non
- Je ne le souhaitais pas
- Je n'en ai pas besoin
- Je ne me souviens pas / je ne sais pas

Question 15 : Avez-vous été accompagné par l'un des professionnels de votre équipe soignante pour maintenir ces habitudes de vie ?

- Oui
- Oui, partiellement
- Non
- Je ne le souhaitais pas
- Je n'en ai pas besoin
- Je ne me souviens pas / je ne sais pas

Question 16 : Avez-vous reçu des explications de l'un des professionnels de votre équipe soignante sur votre traitement (y compris médicament) ?

- Oui
- Oui, partiellement
- Non
- Je ne me souviens pas/ je ne sais pas

Question 17 : Avez-vous (vous ou vos proches) été associé aux décisions concernant vos soins ou votre traitement ?

- Oui
- Oui, partiellement
- Non
- Je ne le souhaitais pas

- Je ne me souviens pas/ je ne sais pas

Question 18 : Avez-vous appris avec l'un des professionnels de votre équipe soignante à gérer votre traitement ?

- Oui
- Oui, partiellement
- Non
- Je ne le souhaitais pas
- Je ne me souviens pas/ je ne sais pas

Question 19 : L'un des professionnels de votre équipe soignante s'assure-t-il que vous savez gérer votre traitement ?

- Oui
- Oui, partiellement
- Non
- Je ne le souhaitais pas
- Je ne me souviens pas/ je ne sais pas

Question 20 : Au cours des 12 derniers mois, avez-vous effectué des examens (imagerie, radiologie, biologie ou autres) ?

- Oui
- Non
- Je ne me souviens pas / je ne sais pas

Si vous avez répondu NON ou JE NE ME SOUVIENS PAS, allez directement à la question n°22

- **Question 21** (uniquement si vous avez répondu OUI à la question précédente) : Avez-vous reçu des explications de l'un des professionnels de votre équipe soignante sur vos examens ?
  - Oui
  - Oui, partiellement
  - Non
  - Je ne me souviens pas / je ne sais pas

Etes-vous globalement satisfait du soutien apporté par votre équipe soignante pour vivre avec votre problème de santé ?

- *Très satisfait*
- *Satisfait*
- *Moyennement satisfait*
- *Pas du tout satisfait*

Quelques questions sur votre hospitalisation lors des 12 derniers mois

Question 22 : Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été hospitalisé ?

- Oui
- Non
- Je ne me souviens pas / je ne sais pas

Si vous avez répondu NON ou JE NE ME SOUVIENS PAS, **allez directement à la question n°30**

Si vous avez eu plusieurs hospitalisations au cours des 12 derniers mois, nous vous interrogeons uniquement sur la plus récente. Les questions portent donc toutes sur votre dernière expérience.

- **Question 23** : Lors de votre dernière hospitalisation, avez-vous été informé par l'hôpital sur les prochaines étapes après votre sortie d'hospitalisation ?
  - Oui
  - Oui, partiellement
  - Non
  - Je ne me souviens pas/ je ne sais pas

- **Question 24** : Lors de votre dernière hospitalisation, avez-vous été aidé par l'hôpital pour l'organisation des prochaines étapes : traitements, rendez-vous, examens etc. ?
  - Oui
  - Oui, partiellement
  - Non
  - Je ne me souviens pas/ je ne sais pas

- **Question 25** : Suite à votre dernière hospitalisation, avez-vous échangé avec votre médecin traitant sur les soins et examens reçus à l'hôpital ?
  - Oui
  - Oui, partiellement
  - Non
  - Je n'ai pas reçu de soins et d'examens à l'hôpital
  - Je n'ai pas souhaité en parler
  - Je ne me souviens pas/ je ne sais pas

- **Question 26** : Suite à votre dernière hospitalisation, avez-vous échangé avec votre médecin traitant sur la suite de votre traitement ?
  - Oui
  - Oui, partiellement

- Non
- Je n'ai pas reçu de traitement
- Je n'ai pas souhaité en parler
- Je ne me souviens pas/ je ne sais pas

➢ **Question 27** : Suite à votre dernière hospitalisation, avez-vous reçu des informations cohérentes de la part de votre médecin traitant et de l'hôpital ?
- Oui
- Oui, partiellement
- Non
- Je n'ai pas eu d'information à l'hôpital
- Je ne me souviens pas/ je ne sais pas

➢ **Question 28** : Suite à votre dernière hospitalisation, votre médecin traitant était-il informé des soins reçus à l'hôpital ?
- Oui
- Oui, partiellement
- Non
- Je ne me souviens pas/ je ne sais pas

➢ **Question 29** : Suite à votre dernière hospitalisation, votre médecin traitant était-il informé du résultat des examens réalisés à l'hôpital ?
- Oui
- Oui, partiellement
- Non
- Je ne me souviens pas/ je ne sais pas

Etes-vous globalement satisfait du suivi que vous avez eu à l'issue à de votre hospitalisation ?

- *Très satisfait*
- *Satisfait*
- *Moyennement satisfait*
- *Pas du tout satisfait*

Plus que 3 questions pour finir….

Question 30 : Globalement, avez-vous été satisfait de votre prise en charge par votre équipe soignante au cours des 12 derniers mois ?

- Très satisfait
- Satisfait
- Moyennement satisfait
- Pas du tout satisfait

Question 31 : Comment avez-vous rempli ce questionnaire ?
- Seul(e)
- Avec l'aide d'un membre de votre famille
- Avec un ami
- Avec un professionnel de santé
- Autre (précisez)

Question 32 : Si vous deviez citer une chose qui permettrait d'améliorer votre prise en charge, que diriez-vous (ne mentionnez pas votre nom pour préserver l'anonymat) ?
- champ libre :

……