



HAL
open science

**“ Trois I ” et “ triptyque séquentiel ” : complémentarité
dans l’analyse d’une action publique émergente :
exemple de la certification qualité des équipes de soins
primaires**

Benjamin Du Sartz de Vigneulles

► **To cite this version:**

Benjamin Du Sartz de Vigneulles. “ Trois I ” et “ triptyque séquentiel ” : complémentarité dans l’analyse d’une action publique émergente : exemple de la certification qualité des équipes de soins primaires. Science politique. 2017. dumas-01785385

HAL Id: dumas-01785385

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01785385v1>

Submitted on 9 Jul 2018

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

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

Vous allez consulter un mémoire réalisé par un étudiant dans le cadre de sa scolarité à Sciences Po Grenoble. L'établissement ne pourra être tenu pour responsable des propos contenus dans ce travail.

Afin de respecter la législation sur le droit d'auteur, ce mémoire est diffusé sur Internet en version protégée sans les annexes. La version intégrale est uniquement disponible en intranet.

UNIVERSITE GRENOBLE ALPES

Institut d'Etudes Politiques

Benjamin DU SARTZ DE VIGNEULLES

**« TROIS I » & « TRIPTYQUE SÉQUENTIEL »
COMPLÉMENTARITÉ DANS L'ANALYSE D'UNE
ACTION PUBLIQUE ÉMERGENTE**

Exemple de la certification qualité des équipes de soins primaires

Année 2016-2017

Master : « Politiques publiques de santé »

Sous la direction de Claire DUPUY

Master 2

Politiques Publiques de Santé

“ TROIS I ” & “ TRIPTYQUE SÉQUENTIEL ”

**COMPLÉMENTARITÉ DANS L'ANALYSE D'UNE
ACTION PUBLIQUE ÉMERGENTE**

-

*Exemple de la certification qualité
des équipes de soins primaires*

Benjamin du SARTZ de VIGNEULLES

**Sous la direction de Dr Claire DUPUY
Maîtresse de conférences
Sciences Po Grenoble**

24/09/2017

*“ C’est parce que les politiques publiques changent
que le regard porté sur elles s’est modifié
(à moins que cela ne soit l’inverse...) ”*

Patrick HASSENTEUFEL

Extrait de *Sociologie politique : l’action publique*,

2^{ème} édition, 2011, Armand Colin, p. 25

REMERCIEMENTS.

En préambule à ce mémoire de fin cycle de master réalisé en formation continue, en parallèle de mon activité professionnelle, je souhaite présenter mes remerciements aux personnes qui ont concouru à la bonne réalisation de celui-ci.

Je tiens à exprimer en priorité ma profonde gratitude envers Madame Claire Dupuy, Directrice de ce mémoire, pour sa disponibilité et sa patience. Elle a su m'accompagner avec subtilité, et c'est avec finesse qu'elle m'a éclairé tout au long de mon cheminement.

Je souhaite adresser également ma reconnaissance à la Directrice de ce master, Madame Marie-Estelle Binet, pour avoir su idéalement m'orienter dans mes premiers moments de réflexion, et aux professeurs et intervenants de cette formation qui m'ont ouvert à des sujets et des connaissances constitutifs de ma démarche.

Je remercie bien sincèrement toutes les personnes interrogées au cours de ce travail. Ils m'ont accordé du temps que je sais être précieux ; leurs contributions ont été essentielles.

Mes remerciements s'adressent également à l'ensemble de mes camarades de promotion, et particulièrement à Jenna Vertommen et Kévin Kamalanavin, pour la qualité des échanges entretenus et leurs bons conseils.

Enfin, je tiens à faire part tout à la fois de mes remerciements, de ma reconnaissance, et de ma gratitude à ma famille, ma femme et mes enfants. Ils n'ont eu de cesse à m'encourager dans cette aventure ; et dans la vie, ils m'incitent constamment à développer ma propre démarche qualité.

SOMMAIRE.

REMERCIEMENTS.....	4
SOMMAIRE.....	5
GLOSSAIRE.....	6
INTRODUCTION.....	7
PARTIE 1 ; THÉORIE.....	14
1.1. Contextualisation.....	15
1.1.1. Question de recherche.....	15
1.1.2. Hypothèses.....	18
1.2. Approche moderne : les « trois i ».....	20
1.2.1. Les Intérêts.....	20
1.2.2. Les Institutions.....	22
1.2.3. Les idées.....	25
PARTIE 2 ; MÉTHODOLOGIE.....	30
2.1 Quantitatif.....	31
2.1.1 Modalités.....	31
2.1.2 Observations.....	32
2.2 Qualitatif.....	34
2.2.1 Groupes de discussion.....	34
2.2.2 Entretiens.....	35
PARTIE 3 ; RÉSULTATS.....	37
3.1 Question de recherche.....	38
3.1.1 Questionnaire.....	38
3.1.2 Entretiens.....	38
3.2 hypothèses.....	43
3.2.1 Intérêts des acteurs & reconnaissance du problème.....	43
3.2.2 Institutionnalisme historique & processus décisionnel.....	50
3.2.3 Idées par les référentiels & mise en œuvre.....	53
CONCLUSION.....	59
TABLE DES MATIÈRES.....	66
BIBLIOGRAPHIE.....	68
ANNEXES.....	69
RÉSUMÉ.....	71

Glossaire.

ACI	A ccord C adre Interprofessionnel.
AFNOR	A ssociation F rançaise de N ormalisation.
ANAES	A gence N ationale d' A ccréditation et d' E valuation en S anté.
ANDEM	A gence N ationale pour le D éveloppement de l' E valuation M édicale.
ARS	A gence R égionale de S anté.
BPCO	B roncho- P neumopathie C hronique O bstructive.
CAP	C ontrat d' A nalyse des P ratiques I ndividuelles.
CN-URPS	C onférence N ationale des U nions R égionales des P rofessionnels de S anté.
CNAMTS	C aisse N ationale d' A ssurance M aladie des T ravailleurs S alariés.
CPTS	C ommunautés P rofessionnelles T erritoriales de S anté.
CRSA	C onférence R égionale de S anté et de l' A utonomie.
CSMF	C onfédération des S yndicats M édicaux F rançais.
DGOS	D irection G énérale d' O ffres de S oins.
DPC	D éveloppement P rofessionnel C ontinu.
EHESP	E cole des H autes E tudes en S anté P ublique.
ENMR	E xpérimentation des N ouveaux M odes de R émunérations.
EPP	E valuation des P ratiques et des P arcours.
ESP	E quipes de S oins P rimaires.
ETP	E ducation T hérapeutique du P atient.
FFMPS	F édération F rançaise des M aisons et P ôles de S anté.
FMC	F ormation M édicale C ontinue.
GHT	G roupements H ospitaliers de T erritoires.
HAS	H aute A utorité de S anté.
HPST	H ôpital P atient S anté et T erritoire.
ISO	O rganisation I nternationale de N ormalisation.
MSP	M aisons de S anté P luridisciplinaires.
PSL	P rofessionnels de S anté L ibéraux.
PTA	P lateformes T erritoriales d' A ppui.
ROSP	R émunération sur O bjectifs de S anté P ublique.
SISA	S ociété I nterprofessionnelle de S oins A mbulatoires.
URPS	U nions R égionales des P rofessionnels de S anté.
URPS ML	U nions R égionales des P rofessionnels de S anté M édecins L ibéraux.

7 INTRODUCTION.

Nos professionnels de santé libéraux s'inscrivent-ils dans une véritable « démarche qualité » ?

Madame la Ministre de la santé, peu de temps avant sa nomination à ce poste, s'exprimait récemment sur les équipes de soins primaires (ESP) : regroupement de professionnels de santé libéraux de professions différentes, qui communiquent entre eux, se coordonnent, et prennent en charge le patient ensemble. En effet, le 17 mars 2017, à Lyon, intervenant lors de la table ronde d'ouverture des 6èmes journées nationales de la Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé (FFMPS), Agnès Buzyn, alors présidente de la Haute Autorité de Santé (HAS), abordait la nécessité de s'interroger sur la qualité des pratiques en soins primaires, autour d'indicateurs définis.

Et pourquoi pas ?

Si les établissements de santé ont mis en place une « certification qualité », pourquoi les regroupements en ville de professionnels de santé libéraux n'en auraient-ils pas ?

Selon Martial Favre¹, la démarche qualité en santé est la mise en place d'une organisation collective et dynamique, d'un plan d'actions et de réponses correctives, pour améliorer en permanence la qualité des prestations fournies par des professionnels. Elle repose sur l'évaluation et, au-delà de la sécurité et de la gestion des risques, elle vise l'amélioration du service rendu et du niveau de satisfaction sur les besoins et attentes des patients, mais également du personnel.

La mise en place d'évaluations sur des indicateurs qualité en santé a été pensée dans l'objectif d'apporter aux usagers et aux professionnels une meilleure identification de l'offre, mais également d'unifier les pratiques et de respecter les recommandations. Par conséquent, sans occulter les préoccupations budgétaires, c'est le souci d'apporter la réponse par des pratiques de soins les plus appropriées à un problème de santé donné, et en toute transparence, qui a principalement motivé l'instauration de la démarche qualité en santé. Selon Bergeron et Castel², cela ne vise « *pas seulement l'information des tiers et la réduction des incertitudes sur la qualité pour des patients devenus consommateurs, mais aussi et surtout à améliorer l'organisation de la chaîne de soins, c'est-à-dire la transformation de l'agencement et de la coordination des actions des différents participants* ».

Alors, la loi 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière incita les établissements de santé publics à prendre en considération la qualité. L'ANDEM (devenue ANAES, puis HAS),

¹ Docteur en médecine et spécialiste du sujet. Cours « *Démarche qualité* », Sciences Po Grenoble, Master Politiques Publiques de Santé, 2017. Faisant partie des personnes interrogées pour cette recherche.

² H.Bergeron et P.Castel, *Sociologie politique de la santé*, 2014, Puf, p. 90

alors présidée par le Pr Yves Matillon¹, eut pour mission de contribuer à la mise en œuvre des méthodes et expérimentations nécessaires, ainsi qu'à leurs évaluations, et de contribuer à la formation des professionnels concernés.

L'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 introduit l'accréditation au sein du système de santé français, et c'est en 1998 qu'elle est officiellement lancée au sein des établissements de santé : elle vise une évaluation objective de l'établissement sur sa capacité à mettre en place des solutions lui permettant d'améliorer la qualité et la sécurité des soins.

En 2004, « l'accréditation » perd son nom, et ainsi la connotation internationale qui va avec la terminologie de l'ISO, pour le mot « certification », et sa dimension nationale qui va avec la terminologie AFNOR.

Malgré cette modification d'appellation, le procédé reste le même, et selon la HAS², la certification est une procédure d'évaluation externe d'un établissement de santé, afin d'identifier son fonctionnement global. L'objectif est alors de porter une appréciation indépendante sur la qualité des prestations d'un établissement de santé, selon le référentiel en vigueur.

Un référentiel est un ensemble de normes et de valeurs communes, définit par un consensus de professionnels pour garantir certaines caractéristiques. C'est une somme d'exigences qui sert d'aide à l'atteinte d'un objectif, selon une démarche précisée.

Actuellement, les établissements de santé publics et privés s'appuient sur le référentiel HAS-v2014 et sur la norme ISO 9001. Leur état de situation par rapport au référentiel définit un grade, public et officiel, mais également, et surtout, des pistes de progression.

Mais du fait principalement de l'émergence des maladies chroniques, du vieillissement de la population, de l'amélioration des traitements, et de la pression financière sur les hôpitaux, les patients alternent plus fréquemment les déplacements entre les établissements et les professionnels libéraux, induisant un développement significatif du lien ville-hôpital. Le virage ambulatoire progresse (dans une même journée, le patient entre dans l'établissement de santé, se fait opérer, rentre chez lui). Quand le patient sort des murs de l'hôpital ou de la clinique, son parcours s'inscrit de plus en plus dans un accompagnement continu, partagé et global.

L'effacement des frontières et la coopération entre la ville et l'hôpital, sur la sécurité et la gestion des risques notamment, sont illustrés par la mise en place de la « conciliation médicamenteuse » qui a pour but de sécuriser la prise en charge du patient lors de son

¹ Faisant partie des personnes interrogées pour cette recherche.

² https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_411173/fr/mieux-connaître-la-certification-des-etablissements-de-sante

parcours de soins. Il s'agit d'une démarche de prévention et d'interception des erreurs médicamenteuses. Selon la HAS¹, c'est un processus formalisé qui repose sur le partage d'informations comme sur une coordination pluriprofessionnelle, bien présent en oncologie notamment : la chirurgie ambulatoire devrait représenter la moitié des chirurgies du cancer du sein en 2020, et à cette même date, la proportion de traitements médicamenteux par voie orale pourrait passer des 25 % actuels à 50 %². L'essor actuel des nouvelles thérapies ciblées renforcent l'arsenal thérapeutique, mais selon l'Inca, en plus des interactions médicamenteuses spécifiques, *"la fréquence des effets indésirables associés aux anticancéreux per os, leurs spécificités et niveaux de gravité restent élevés"*³.

Selon Pr Jean-Yves Blay, Oncologue et Directeur général du centre de lutte contre le cancer Léon Bérard de Lyon, lors des rencontres de l'Institut national du cancer (Inca) qui a eu lieu le 4 février 2016⁴ : *« Il ne passe pas un mois sans que quelque chose de nouveau arrive ! [...] aujourd'hui, l'évolution des traitements anticancéreux se fait à un rythme inédit ! [...] Je trouve la période plus passionnante, mais j'avoue que je suis tout aussi déstabilisé que les patients, les médecins généralistes ou les pharmaciens devant ce phénomène »*. La conciliation médicamenteuse est une démarche principalement menée par les établissements de santé et médico-sociaux mais qui implique fortement les professionnels de santé de ville.

Et en ville, à l'instar des établissements de soins, les professionnels de santé se regroupent de plus en plus, créant ainsi de véritables organisations libérales, des structures pluridisciplinaires : la recherche de complémentarité entre les métiers est favorisée, le partage des activités est développé, l'association des compétences est encouragée. Elles peuvent alors rassembler : médecins généralistes, médecins spécialistes, dentistes, infirmières, sages-femmes, kinésithérapeutes, pédicures-podologues, pharmaciens, ... Ils décident ainsi de collaborer à une prise en charge globale des patients, par une offre coordonnée. Il y a donc également ici un fonctionnement collectif et dynamique visant à produire des prestations de soins et de santé afin de répondre aux besoins. Ce sont, par exemple, depuis la loi HPST de 2009 les « Maisons de Santé Pluridisciplinaires » (MSP) ou, depuis la loi de modernisation de notre système de santé de 2016 les « Equipes de Soins Primaires ». Et plus qu'une tendance, c'est un phénomène majeur : selon la DGOS⁵, en mars 2016, il y avait 778 MSP en fonctionnement ; en mars 2017, il y en avait 910. Selon le programme du candidat à l'élection présidentielle Emmanuel Macron (élu depuis) dans l'objectif 2⁶ *« Accélérer la lutte contre les*

¹ https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2735359/fr/conciliation-medicamenteuse-prevenir-et-intercepter-les-erreurs

² <http://www.unicancer.fr/patients/quelle-prise-charge-cancers-2020>

³ Ibid

⁴ <https://www.mutualite.fr/actualites/therapies-cancer/>

⁵ 6èmes Journées Nationales de la FFMPS, atelier *Observatoire de la DGOS : combien de MSP ? Quelle est la MSP type ?*, 2017

⁶ <https://en-marche.fr/emmanuel-macron/le-programme/sante>

inégalités de santé », il était précisé « *Nous doublerons le nombre de maisons pluridisciplinaires de santé* ». Dans l'objectif 3 « *Un système de santé plus efficient* », il était précisé « *Nous évaluerons la qualité et la pertinence des soins* ».

Une évaluation de la qualité et de la pertinence des soins en milieu libéral est d'autant plus sensée en regard des structures juridiques de ces MSP : toujours selon la DGOS¹, plus de 46% d'entre elles ont le statut de société interprofessionnelle de soins ambulatoires (SISA). A ce titre, depuis l'arrêté du 23 février 2015, elles peuvent entrer dans le cadre du règlement arbitral, qui permet la mise à disposition de nouveaux modes de rémunération. Pour compléter la rémunération à l'acte, les équipes de soins primaires peuvent ainsi prétendre à un financement supplémentaire si elles s'inscrivent dans le suivi d'une grille d'objectifs visant à l'amélioration des résultats. Un arrêté publié au Journal Officiel le 5 août 2017 entraîne une revalorisation de dix millions d'euros pour cette année. Par conséquent, bon nombre de ces organisations libérales sont financées en partie par de l'argent public pour inclure dans leur démarche de fonctionnement une recherche d'efficience.

Alors, au regard d'une certification qualité dans les établissements de santé, du développement du lien ville-hôpital, et de l'essor d'une organisation libérale structurée, couveuse d'efficience, pourquoi ne pas mettre en place également une démarche qualité officielle pour les MSP, ou autrement dit les ESP ?

Cette question a été abordée par certains acteurs publics : HAS (avec en son sein le Pr Jean-Michel Chabot²) et FFMPs (alors présidée par le Dr Pierre de Haas³) ont conjointement abordé ce sujet, ce qui a abouti en 2014 à la mise à disposition d'un outil spécialement dédié : la « matrice de maturité », également appelé : « référentiel d'analyse et de progression des regroupements pluriprofessionnels de soins primaires » pour guider les libéraux dans la démarche qualité.

Pourtant, plusieurs années après cette significative étape, peu d'éléments concrets de la part des pouvoirs publics sont venus compléter cette démarche, alors que des réflexions récentes semblent indiquer que l'idée est toujours d'actualité.

Par conséquent, nous développerons notre recherche sur le postulat qu'il devrait y avoir une certification qualité des ESP.

Mais alors, qu'est ce qui empêcherait sa mise en place ?

¹ 6èmes Journées Nationales de la FFMPs, atelier *Observatoire de la DGOS : combien de MSP ? Quelle est la MSP type ?*, 2017

² Faisant partie des personnes interrogées pour cette recherche.

³ Faisant partie des personnes interrogées pour cette recherche.

Nous pouvons nous demander si les professionnels de santé de ville sont en état de reconnaître la pertinence de la mise en place d'une démarche qualité, de l'intégration de référentiels qualité dans leurs pratiques, et d'accepter l'idée d'une « certification ».

La culture libérale, qui repose fortement sur les valeurs de liberté et d'indépendance, le faible recul sur l'auto-évaluation et sur l'amélioration systémique, le manque d'expérience sur le travail en groupe, le faible niveau de connaissances sur la démarche qualité, l'absence de visibilité sur les intérêts à faire, et le rôle majeur qu'ont les libéraux dans les acteurs de notre système de santé, peuvent être vus comme étant des freins réels et sérieux à la mise en œuvre actuelle d'une démarche qualité structurée en ville.

L'absence de certification qualité des ESP, renvoie à trois notions principales de l'émergence de l'action publique par l'approche classique, dite ici le « triptyque séquentiel » : la reconnaissance d'un problème, la prise de décision, et la mise en œuvre. Mais cette approche est parfois vue comme n'étant qu'une réponse pragmatique à un problème, et elle a été qualifiée de « *minimalisme cognitif* » par Sabatier et Schlager¹.

Selon Surel, l'approche moderne des « 3 i » est « *un bon moyen de tester des hypothèses alternatives ou complémentaires sur un même objet* »². Et comme le dit Peter Hall³ en parlant des intérêts – institutions – idées : « *C'est à la marge de chacune de ces approches, à l'interface des unes avec les autres, que prennent place les développements intellectuels les plus stimulants* ».

Pour aller plus loin, selon Palier et Surel⁴ : « *L'une des façons les plus évidentes de mobiliser les « trois I » pour « découper » le processus de politique publique étudié s'appuie sur la grille séquentielle* ».

Et puisque selon Allison⁵, les modèles théoriques d'analyse ont pour objectifs de décrire, expliquer, prédire, juger, et conseiller, alors une « méta-analyse » réunissant plusieurs angles d'étude doit permettre un examen plus précis, et associer les « 3 i » au « triptyque séquentiel », devrait nous renseigner sur la situation de non certification des ESP. Alors, combiner Intérêts & Reconnaissance du problème, Institutions & Processus décisionnel, et Idées & Mise en œuvre, devrait nous éclairer sur ce qui semblerait être une aporie, nous révéler le niveau d'émergence de l'action publique en fonction de la nature et de la force des

¹ Sabatier et Schlager, *Les approches cognitives des politiques publiques*, Revue française de science politique, 50^e année, n°2, 2000, p 218

² Y.Surel, Trois i, in Laurie Boussaguet et al., Dictionnaire des politiques publiques, Presse de Sciences Po (P.F.N.S.P.) « Références », 2014 (4^e éd.), p. 650-657

³ D.Kübler et J.de Maillard, « *Analyser les politiques publiques* », Pug, 2009, p. 191

⁴ B.Palier et Y.Surel, « *Les « trois I » et l'analyse de l'État en action* », Revue française de science politique, 2005/1 Vol. 55, p. 7-32.

⁵ D.Kübler et J.de Maillard, *Analyser les politiques publiques*, Pug, 2009, p. 13

dynamiques de ces tendances, et nous permettre d'identifier des pistes de conduite du changement.

C'est pourquoi, dans une première partie théorique, nous préciserons le contexte avec nos hypothèses de recherche, puis nous développerons les « 3 i » en faisant le lien avec l'ébauche de réflexion relative à l'absence de certification qualité dans les équipes de soins primaires.

Puis, dans une seconde partie pratique, nous aborderons la méthodologie de recherche. En effet, des observations lors de deux « groupes de discussion », l'administration d'un questionnaire auprès de professionnels de santé exerçant dans des organisations libérales, et la réalisation d'entretiens avec des connaisseurs-experts ont été effectuées.

Enfin, dans une troisième et dernière partie, nous présenterons les résultats qui permettront de confirmer ou d'infirmer le postulat de recherche et les hypothèses.

PARTIE 1 ; THÉORIE.

1.1. CONTEXTUALISATION

1.1.1. Question de recherche

A l'heure du virage ambulatoire et du développement du lien ville-hôpital, de la prise en charge globalisée et du parcours patient décloisonné, de la recherche de pertinence généralisée des soins et de l'essor des organisations libérales financées partiellement par l'Etat, pourquoi n'y-a-t-il toujours pas de « certification » qualité pour les structures de villes regroupant des professionnels de santé libéraux, alors que les établissements de santé publics et privés en ont une ?

Nous développons notre réflexion sur le postulat qu'il devrait y avoir une « certification » qualité des ESP.

Le mot certification est entre guillemets car il est emprunté à l'univers des établissements de santé. Cela veut dire que ces établissements ont une évaluation par des organismes indépendants sur leur situation de fonctionnement par rapport à des indicateurs regroupés dans un référentiel. Cette évaluation entraîne une notation et définit des pistes de progression.

Puisque les patients font des allers-retours entre la « ville et l'hôpital », les acteurs de santé respectifs sont de plus en plus en interactions ; la coopération se décloisonne. Et en ville, les professionnels de santé s'organisent de plus en plus en regroupements de libéraux. Il nous paraît alors cohérent de penser que le fonctionnement de ces ESP devrait également être évalué par des organismes indépendants pour déterminer les points d'appuis et les points d'amélioration. Cela mettrait en évidence le niveau de qualité de prise en charge coordonnée des malades par ces organisations regroupant médecins généralistes – spécialistes, infirmières libérales, kinésithérapeutes, dentistes, pharmaciens, sages-femmes,

Cela fait assurément plus de trois ans que la mise en place de la démarche qualité dans les regroupements de professionnels de santé libéraux est envisagée, et l'idée semble être encore d'actualité.

Mais s'il devait y avoir une « certification » qualité des ESP, qu'est-ce qui en empêcherait sa mise en place ? Pourquoi n'y-a-t-il pas de démarche concrète dans ce sens ?

Avant d'être Ministre de la Santé, Agnès Buzyn dirigeait la Haute Autorité de Santé. La HAS et la Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé (FFMPS) ont conjointement élaboré en 2014 un référentiel qualité à destination des regroupements de professionnels de santé

libéraux appelé : « référentiel d'analyse et de progression des regroupements pluriprofessionnels de soins primaires », ou autrement dit « Matrice de maturité ».

Ce référentiel est composé de 4 grandes parties regroupant des indicateurs :

- Travail en équipe pluriprofessionnelle :

Coordination avec les acteurs du territoire, protocoles pluriprofessionnels, ...

- Système d'information :

Gestion et partage des données, analyse des pratiques, ...

- Projet de santé et accès aux soins :

Projet de santé de l'équipe, accès et continuité aux soins, ...

- Implication des patients :

Plan personnalisé de santé, éducation thérapeutique, ...

Une équipe qui organise son travail selon ce référentiel devrait être capable de :

- Répondre à l'ensemble des besoins de la population qu'elle dessert,
- Garantir l'accès aux soins,
- Assurer la continuité des soins,
- Organiser un suivi coordonné pluriprofessionnel,
- Eviter les ruptures entre les interfaces,
- Gérer la prise en charge des patients de façon proactive,
- Garantir la qualité des soins,
- Favoriser la participation active des patients et soutenir leurs aidants,
- Prendre en compte l'avis des patients.

Récemment, le 27 juin 2017, Agnès Buzyn déclarait dans une interview¹ vouloir un système repensé dans sa globalité et pousser les acteurs à développer la coordination. « *Je souhaite que les acteurs travaillent sur des objectifs partagés, d'où l'idée d'indicateurs de résultats* ». « *Il faut que tout le monde se sente concerné par ces enjeux de qualité, de sécurité et de pertinence des soins et de parcours coordonnés pour couvrir les besoins de notre population* ». « *Tout le monde doit se sentir concerné, à la fois l'hôpital et les acteurs libéraux* ». Les libéraux seront donc invités à prendre également en compte ces enjeux de qualité et de pertinence, dans les négociations conventionnelles. Les parcours coordonnés de qualité seraient ainsi valorisés et tarifés.

¹ C.Besnier et M.Henry, *Les nouveaux PRS décalés à avril 2018 pour intégrer les axes de la stratégie nationale de santé*, APMnews, 27/06/2017

Peu de temps après cette déclaration, avec l'arrêté du 05 août 2017 signé par Agnès Buzyn pour la revalorisation du règlement arbitral, si une structure composée de 13 professionnels de santé libéraux répond à l'ensemble des engagements proposés, elle pourra toucher 73 500 euros, contre 51 800 auparavant (plus 42 %), et pour toute nouvelle création de structure, l'accord garantit une rémunération annuelle minimale de 20 000 euros¹.

L'absence de certification qualité des ESP, renvoie à trois notions principales de l'émergence de l'action publique par l'approche classique, le triptyque séquentiel : la reconnaissance d'un problème, la prise de décision, et la mise en œuvre.

Basiquement, l'action publique répond à un problème suffisamment large pour qu'il entraîne un dysfonctionnement sociétal. Selon Hilgartner et Bosk², un problème est sélectionné selon trois grands principes : son intensité dramatique, sa nouveauté, son adéquation aux valeurs culturelles dominantes. Et selon Hassenteufel³, dans un contexte de concurrence entre les problèmes, la reconnaissance d'un enjeu, autrement dit la publicisation ou la mise sur l'agenda, dépend également de la mobilisation des acteurs : principalement ceux directement concernés, ou ceux spécialisés dans les revendications collectives. La démarche qualité en santé est particulièrement liée à l'état d'une population ainsi qu'au devenir d'une société, et elle s'inscrit dans une dynamique actuelle forte. En outre, la pertinence des soins induit une efficacité des coûts. Financièrement, l'impact positif escompté peut être significatif, dans un système où la maîtrise des dépenses est une priorité. Relativement à notre sujet, il est donc intéressant d'analyser comment les intérêts des acteurs influent sur la reconnaissance d'un problème.

La prise de décision est à corréler à la notion de pouvoir, mais également à celle de responsabilité. Mais la littérature nous a démontré qu'il n'existe pas de décideur unique, détenteur d'une information transparente et totale. En fait, c'est un processus alimenté par de nombreux acteurs, qui ont des ressources différentes, des niveaux d'informations inégaux, des logiques de rationalité diverses, des préférences hétérogènes, des valeurs dissemblables, des représentations cognitives divergentes. De plus, on observe un recours croissant à des procédures de concertations publiques et de participations ouvertes à la décision publique. Cela s'illustre par la « démocratie sanitaire » et les CRSA (Conférence Régionale de Santé et de l'Autonomie) par exemple, ce qui a pour conséquence d'élargir l'éventail des participants à la décision. Alors, pour Lindblom⁴, il en résulte que « *les processus décisionnels débouchent*

¹ http://www.lemonde.fr/acces-aux-soins/article/2017/08/05/maisons-de-sante-la-remuneration-des-professionnels-sera-revalorisee_5169125_1655046.html

² P.Hassenteufel, *Sociologie politique : l'action publique*, 2ème édition, 2011, Armand Colin, p. 51

³ Ibid

⁴ P.Hassenteufel, *Sociologie politique : l'action publique*, 2ème édition, 2011, Armand Colin, p. 78

sur des changements très progressifs dans une logique de correction progressive des erreurs par apprentissage mutuel et par tâtonnements successifs ». Le processus est donc long et complexe. Relativement à notre sujet, il est donc intéressant d'observer si la construction historique des décisions passées a un impact sur le processus décisionnel en devenir.

Il y a donc de multiples acteurs entrant dans le processus décisionnel, et leurs interactions sont constitutives de la mise en œuvre, dans l'approche par le bas (bottom-up). En effet, cette dernière détermine que les acteurs de terrain amenés à concrétiser les décisions prises (les ressortissants) sont les éléments majeurs des politiques publiques. Hassenteufel illustre l'impact des ressortissants par la remise en cause du plan Juppé en novembre 1995 par les médecins libéraux¹. Dans les « *Structures de mises en œuvre* » de Hjerne et Porter (1981) les phénomènes d'apprentissage, les négociations et conflits entre acteurs impliqués, et principalement ressortissants, conditionnent la concrétisation de l'action publique. Relativement à notre sujet, il est donc intéressant d'observer la place des cadres cognitifs de ces acteurs.

1.1.2. Hypothèses

Intérêts, institutions et idées sont des variables explicatives de l'émergence d'une action publique, en combinaison des approches classiques d'analyse.

« 3 i » et « triptyque séquentiel » se complètent, et nous amènent à formuler trois hypothèses :

- 1) L'appréciation des logiques d'action et des intérêts des acteurs peut renseigner sur le degré de reconnaissance du problème.

Les professionnels de santé libéraux auront tendance à privilégier leurs intérêts personnels au dépend d'une qualité des soins par une coordination pertinente, démontrant ainsi une faible connaissance / reconnaissance du problème de la part des acteurs principaux de « terrain » ; ce qui est l'obstacle principal.

- 2) L'observation de la dynamique historique des institutions peut éclairer sur le processus décisionnel.

¹ P.Hassenteufel, *Sociologie politique : l'action publique*, 2ème édition, 2011, Armand Colin, p. 108

L'instauration historique du statut libéral est un frein puissant dans la décision de changement par la mise en place d'une certification qualité des ESP.

- 3) La compréhension des idées et des cadres cognitifs participe à l'identification de potentielles distorsions de mise en œuvre.

Un cadre référentiel de démarche qualité libérale est en cours de mise en place, inspirant l'élaboration de l'action publique.

L'analyse classique dite « séquentielle » (issue notamment des apports de Lasswell, de Brewer, de Jones, de Thoenig et d'Anderson) découpe l'action publique en plusieurs étapes (différentes selon les auteurs) dans le but de réduire la complexité de celle-ci, de mieux l'analyser, et donc de mieux la comprendre.

Mais selon Hassenteufel, « *Les politiques publiques sont plus un processus décisionnel complexe et circulaire qu'un enchaînement linéaire de séquences, d'autant plus que la succession des séquences est loin d'être systématique* ».¹

En outre, selon Kübler et de Maillard, « *Si une description systématique constitue le point de départ de toute analyse scientifique, celle-ci doit aller au-delà pour mettre en exergue les relations de causalité qui sont à l'origine des phénomènes que l'on observe* ».²

Ici, l'action publique relative à la « certification » des ESP n'a pas encore effectivement eu lieu ; l'approche séquentielle, à elle seule, est donc inappropriée. Mais comme vu précédemment, nous pensons que nous pouvons d'ores et déjà entrevoir des relations de causalité qui seront à l'origine de phénomènes en devenir. En effet, de nombreux éléments de situation précités peuvent faire croire à l'émergence de changements de grande nature sur la pertinence des prises en charge coordonnées selon des indicateurs de résultats, leurs évaluations, et leurs reconnaissances officielles.

En conséquence, passer par les « 3 i » pour compléter le « triptyque séquentiel » nous aidera à mieux évaluer la situation émergente, et à identifier des déterminants de réussite, car comme le disent Palier et Surel³ : « *Croiser cette grille initiale (NDLR : séquentielle) avec les « trois I » vise, ici, à voir comment, pour chaque séquence, s'articulent et se hiérarchisent les trois dynamiques susceptibles d'expliquer les processus étudiés* ».

¹ P.Hassenteufel, *Sociologie politique : l'action publique*, 2ème édition, 2011, Armand Colin, p. 36

² D.Kübler et J.de Maillard, *Analyse des politiques publiques*, Deuxième édition, Presse Universitaire de Grenoble, p.21

³ B.Palier et Y.Surel, « *Les « trois I » et l'analyse de l'État en action* », Revue française de science politique, 2005/1 Vol. 55, p. 7-32.

1.2. APPROCHE MODERNE : LES « TROIS I »

1.2.1. Les Intérêts

1.2.1.1. L'individualisme

L'individu a pour but de profiter au maximum des situations rencontrées, où l'intérêt personnel est prioritairement recherché. Et comme tout phénomène social est le résultat d'actions individuelles, les politiques publiques sont issues de la concentration de multitudes d'utilitarismes : la recherche combinée de ratios positifs coûts/bénéfices, à grande échelle, induit des conséquences sociétales.

Ici l'acteur est composé de 4 variables :

- L'égoïsme : l'individu pense d'abord et surtout à lui-même. L'altruisme pleinement gratuit n'existe pas.
- L'utilité personnelle : l'individu cherchera une balance positive entre degré de satisfaction et niveau d'investissement.
- La rationalité : l'individu compare et choisit l'alternative qui correspond le mieux à sa préférence.
- L'information : l'individu doit pouvoir identifier les alternatives et leurs utilités.

Mancur Olson en déduit que l'intérêt commun n'est pas un objectif suffisant pour permettre la mobilisation des acteurs¹. Mais la base de tout ordre social est la coopération entre les acteurs. Alors comment développer la coopération entre acteurs égoïstes ?

1.2.1.2. La coopération

Les comportements coopératifs sont effacés par la liberté qu'ont les individus à avoir un regard autocentré, détaché de l'environnement, selon le modèle de l'acteur « dé-contextualisé ».

Alors, pour Thomas Hobbes² une instance étatique doit se situer en dehors des relations sociales et doit être dotée d'instruments de pouvoir efficaces, pour forcer la coopération entre les hommes à travers des moyens de contraintes.

« L'institutionnalisme du choix rationnel » est un courant de pensée qui prône le fait de replacer l'acteur rationnel dans son environnement, et de comprendre comment celui-ci identifie les

¹ D.Kübler et J.de Maillard, *Analyse des politiques publiques*, Deuxième édition, Presse Universitaire de Grenoble, p.103

² Ibid, p.116

alternatives et fait son choix. Cela fait référence aux éléments environnementaux de l'acteur qui induisent l'ordre de ses préférences, et donc ses choix. Il faut alors définir les éléments du contexte qui influencent les stratégies individuelles et les calculs d'utilité. Cette précision va permettre de réduire le nombre d'alternatives possibles par la mise en place de règles qui, in fine, « façonneront les interactions sociales »¹.

La mise en place d'un « contexte institutionnel » (règles d'interactions formelles et informelles, plus structures organisationnelles) induit, selon la nature de celui-ci, des coopérations, dont les résultats peuvent être plus ou moins prévisibles. C'est « l'institutionnalisme centré sur les acteurs », qui suppose que, dans la conduite des politiques publiques, les décisions prises suite à la considération des modes d'interactions entraînent des gains en bien-être social.

Nous ne pouvons alors ici ne pas nous connecter au thème de notre réflexion, et à notre première hypothèse : l'appréciation des logiques d'action et des intérêts des acteurs peut renseigner sur le degré de reconnaissance du problème. Les professionnels de santé libéraux « de terrain » auront tendance à privilégier leurs intérêts personnels au dépend d'une qualité des soins par une coordination pertinente, démontrant ainsi une faible connaissance / reconnaissance du problème.

Si l'on peut considérer que l'altruisme et l'empathie sont des critères importants pour intégrer une profession médicale ou paramédicale, les professions de santé libérales (PSL) sont caractérisées par une forme d'égoïsme. Les formations initiales de disciplines différentes ont longtemps été séparées, l'appropriation de clientèle (et de revente) est ancrée dans les esprits, la concurrence entre professionnelles est une réalité tenace.

La balance coût/bénéfice fait partie intégrante de la logique des professionnels de santé libéraux. Cela est illustré par le succès de la mise en place de la ROSP (Rémunération sur Objectifs de Santé Publique), qui a également démontré le déplacement des critères de rationalité chez les médecins libéraux.

La matrice des flux de l'information chez les PSL est complexe. Emission : multitudes d'instances (Ordres, syndicats, URPS,...) et d'institutions (ARS, HAS, ANSM,...) et réception : très variable.

Selon Bergeron et Castel « *En France, où c'est la médecine libérale qui compose l'identité collective dominante, et ce depuis fort longtemps, ce furent, pendant de nombreuses années, la lutte syndicale et la défense des intérêts corporatistes [...] qui s'imposèrent comme*

¹ North, 1990, p. 3

stratégies collectives prépondérantes »¹. En comparaison avec l'Allemagne, ces auteurs précisent que l'identité collective dominante de la profession médicale a une représentativité institutionnelle forte lui permettant de participer aux politiques de réforme, « *en tentant bien sûr de les concilier avec leurs intérêts* ». L'hostilité des médecins libéraux face à des décisions politiques par manque d'intérêts s'est déjà illustrée par des critiques publiques, comme pour le tiers payant généralisé par exemple, mais également par des actions collectives de grande ampleur comme en 1995 contre le plan Juppé.

L'étude d'une émergence de l'action publique sur la certification qualité des ESP par l'approche des Intérêts révèle le poids des intérêts des libéraux, et notamment des médecins, l'importance de mettre en place un contexte institutionnel construit pour orienter les interactions entre acteurs égoïstes, et la fragilité du flux d'information.

Identifier le degré de connaissances des PSL à la certification qualité en santé permettrait d'appréhender leur niveau de reconnaissance du problème, et par extension, du positionnement de leurs intérêts par rapport à celui-ci.

1.2.2. Les Institutions

Précédemment, l'intérêt de l'acteur était la variable principale dans le choix, dans la prise de décision. Et l'impact du contexte était secondaire.

Ici, contrairement, l'institutionnalisme est considéré comme une variable indépendante, constitutive de l'action collective, dans le sens où les institutions influencent directement les ressources des acteurs ainsi que les capacités d'action, et fixent donc l'identité et le but des groupes d'intérêts. Le choix de l'acteur n'est alors pas vu comme étant défini par égoïsme ; mais par la situation sociale et institutionnelle dans laquelle il évolue. Pour P.Hall « *la position organisationnelle formate la définition par un acteur de ses propres intérêts, en établissant ses responsabilités institutionnelles et ses relations avec d'autres acteurs* »².

L'institutionnalisme se compose de deux approches : l'institutionnalisme historique et l'institutionnalisme sociologique. Dans le cadre de notre recherche, nous retiendrons uniquement le premier.

¹ H.Bergeron et P.Castel, *Sociologie politique de la santé*, 2014, Puf, p. 102

² D.Kübler et J.de Maillard, *Analyser les politiques publiques*, Pug, 2009, p. 133

1.2.2.1. Institutionnalisme historique

Approche souvent comparative, avec notion de temporalité, elle éclaire sur les transformations issues des mouvements sociaux. Un des aspects fondamentaux est que les choix ont des conséquences dans le temps, avec possiblement des effets imprévus. Ce sont les effets retours des politiques « policy feedback » de Pierson, pour expliquer le poids du passé sur les possibilités de choix futurs. Dans une analyse des politiques de réduction de l'Etat social, Pierson a mis en lumière le fait que les politiques passées génèrent des « réseaux étendus d'engagements »¹ qui pèsent sur les tentatives de réforme. Cela éclaire la difficulté du changement des politiques publiques, illustrée par le concept de « dépendance au sentier » (path dependency) : plus on avance dans un processus, plus il est difficile d'en sortir, selon un mécanisme d'auto-renforcement du fait de rendements croissants sur investissements de départ. Sortir du sentier signifierait risque de perte sur amortissement, nécessiterait réinvestissement (en apprentissage, en coordination...), et obligerait à l'anticipation.

Mais les choix du passé ne déterminent pas absolument les actions à venir. Ils peuvent au plus limiter l'éventail de choix, ou obliger à considérer une temporalité d'action plus longue. Et au-delà du fait que les institutions peuvent évoluer, pour pleinement apprécier l'institutionnalisme, il faut définir ce qu'est une institution. Soit ce sont des règles ou structures politiques formelles, soit ce sont des organisations plus souples reposant sur des codes culturels ou, selon Peter Hall, des aspects moins formels comme les modes opératoires qui structurent les relations entre individus.

1.2.2.2. Institutionnalisme sociologique

Approche organisationnelle, elle met en lumière les fonctionnements et changements au sein des structures, en se basant notamment sur les cadres culturels.

Les organisations ont souvent été perçues comme étant des assemblages rationnels ayant pour fonction de répondre au mieux à la nécessité d'efficacité, par la mise en place de stratégies, de procédures. Cependant, Cohen (Cohen et al.1972) a démontré que les institutions, qu'elles soient politiques ou sociales, étaient non rationnelles, parlant même « d'anarchie organisée » : au sein d'une même organisation, intérêts et objectifs des acteurs divergent. Les processus de décisions sont expliqués par le « modèle poubelle » qui les présente comme étant le résultat d'éléments indépendants et réunis de façon fortuite. Donc si

¹ D.Kübler et J.de Maillard, *Analyser les politiques publiques*, Pug, 2009, p. 140

les organisations n'ont pas un fonctionnement rationnel, il existe pour autant des éléments stabilisants.

D'autres analyses ont apporté un angle de vue différent sur les organisations : organismes dotés de matrices cognitives, de valeurs et de normes, d'habitudes et de routines, qui influencent les acteurs qui les composent. Ainsi, les institutions construisent les acteurs (et non l'inverse comme précédemment vu dans les Intérêts et les choix rationnels) car elles leur fournissent des schémas formels d'actions qui s'intègrent individuellement pour devenir des actions personnelles, et elles leur fournissent des cadres d'interprétation de sens qui justifient ces actions. L'institution est alors « *une structure cognitive voire culturelle, un filtre de perception partagé, assurant une interprétation commune de la réalité et, partant, la reproduction sociale* »¹ structurant l'action humaine. Ainsi, les matrices cognitives sont le fondement des systèmes de sens, qui eux sont à la base de l'ordre social.

L'institutionnalisme sociologique précise surtout in fine que l'acteur n'a pas de préférence stable, qu'il ne recherche fondamentalement pas les réponses aux problèmes, et ne choisit pas forcément le meilleur rapport coût/bénéfice.

De cette approche d'institutionnalisme, dans le cadre de notre démarche, nous considérerons uniquement l'institutionnalisme historique. En effet, il nous apparaît comme étant plus porteur d'éléments d'analyse, d'autant plus que plusieurs notions relatives à l'institutionnalisme sociologiques pourront se retrouver dans le prochain paragraphe.

Ainsi, notre deuxième hypothèse est que l'observation de la dynamique historique des institutions peut éclairer sur le processus décisionnel. L'instauration historique du statut libéral est un obstacle dans la décision de changement par la mise en place d'une certification qualité des ESP.

Pour illustrer la notion de rendement croissant de la dépendance au sentier, Bruno Palier prend l'exemple de la Sécurité Sociale en France, où les impacts sur les actions collectives sont importants : « *Il suffit, pour s'en rendre compte, de comparer le nombre et la fréquence des mobilisations de défense de la Sécurité Sociale déclenchées par les syndicats de salariés ou de médecins, dont les manifestations sont devenues des réactions quasi institutionnalisées aux propositions de réformes, et les difficultés à mobiliser pour défendre de nouveaux arrangements de la part de partis politiques ou de syndicats proposant des réformes* »².

¹ D.Kübler et J.de Maillard, *Analyser les politiques publiques*, Pug, 2009, p. 144

² L.Boussaguet et al., *Dictionnaire des politiques publiques*, 4^{ème} édition, Sciences Po Les presses, 2014, p. 411, 419

Notre système de santé est un sentier emprunté depuis longtemps, et ses acteurs l'auto-renforcent. Dans ce sentier, les professionnels de santé ont leur propre voie. Et dans cette voie, les libéraux ont leur propre file. Avec un recul historique, on peut penser que la dépendance au sentier est particulièrement ancrée, principalement chez les médecins, et qu'une modification dans la façon de le parcourir peut difficilement être mise en œuvre. Probablement que là aussi le poids des engagements passés sur le statut de profession libérale pèse sur les tentatives de réforme. La perception des acteurs sur un recul historique pourrait jeter un éclairage sur la construction de la décision à la mise en place d'une certification qualité pour les ESP.

1.2.3. Les idées

« L'analyse des politiques publiques se doit par conséquent de considérer que ces cadres de perceptions et d'interprétations orientent les acteurs impliqués dans la conduite des politiques publiques, et notamment de comprendre comment ces systèmes de perceptions et d'interprétations façonnent leurs interactions.

*Dans une telle perspective, il faut donc appréhender les politiques publiques à partir des matrices cognitives et normatives qui sont à leur base – en d'autres termes : faire des idées la variable explicative des politiques publiques ».*¹

Trois grands courants composent cette approche idéelle : les paradigmes, les coalitions de causes et les référentiels. Dans le cadre de notre recherche, nous retiendrons uniquement ce dernier concept.

1.2.3.1. Les paradigmes

P.Hall s'appuie sur les travaux du sociologue en sciences de T.Kuhn pour établir le concept suivant : les politiques publiques évoluent dans un cadre d'idées et de normes qui influencent le but recherché et les instruments à mobiliser. C'est le paradigme des politiques publiques. Les acteurs impliqués dans la conduite d'une politique publique interprètent alors les actions à mener en fonction de ce prisme. C'est ainsi qu'un paradigme dominant impose la nature des actions publiques, selon des systèmes de représentations. Mais comme tous les acteurs n'ont pas obligatoirement les mêmes représentations, il existe des luttes d'idées, qui peuvent, par

¹ D.Kübler et J.de Maillard, *Analyser les politiques publiques*, Pug, 2009, p. 157

la démonstration d'erreurs ou d'insuffisances, venir ébranler, modifier, ou remplacer le paradigme dominant.

P.Hall définit trois ordres de changements de paradigmes de politiques publiques :

- les ajustements : essentiellement par les instruments,
- les changements légers : essentiellement sur les modalités de mise en œuvre,
- les changements radicaux : essentiellement sur les objectifs.

Ce dernier est tellement important, profond, qu'il est indéniablement porteur d'incertitude et d'insécurité, rendant ainsi extrêmement difficile l'entente entre défenseurs de différents paradigmes (ancien versus nouveau), et devient alors une lutte idéologique, avec rapport de force, où l'objectivité a peu de place.

1.2.3.2. Les coalitions de causes (Advocacy coalition framework : AFC)

Pour P.A.Sabatier et H.C.Jenkins-Smith, une situation problématique nécessitant l'intervention d'une politique publique est composée de « sous-systèmes de politique publique », eux-mêmes étant un ensemble d'interactions entre divers acteurs. Ces acteurs perçoivent le monde à travers des filtres cognitifs et s'appuient sur des guides heuristiques ; et cela oriente leurs actions. Ces sous-systèmes de politiques publiques portent alors des croyances différentes, et veulent influencer les actions publiques. Ces systèmes de croyances sont structurés en trois strates :

- un noyau fondamental (deep core) comportant les valeurs et convictions profondes qui définissent la vision de l'individu, de la société et du monde.
- un noyau superficiel, propre à une politique (policy core) comportant les positions politiques défendues, les stratégies de base, les relations de causalité, ...
- un ensemble d'aspects secondaires (secondary aspects) comportant les d'idées sur les instruments, les mesures et les informations nécessaires pour la réalisation du policy core.

Les acteurs qui partagent les mêmes croyances, notamment au niveau du policy core, forment alors les « coalitions de cause » (advocacy coalitions) : agrégations d'acteurs collectifs, se coordonnant mutuellement, pour poursuivre un même but précis, et pour imposer son système de croyances au sous-système de politique publique. La compétition entre les coalitions de causes est alors grande, aboutissant à l'agrégation des acteurs de ce sous-système dans les coalitions de cause dominante, ou à leur éviction. Et les conflits générés par cette compétition

sont perçus ici comme étant la force motrice de la conduite des actions publiques. Donc un programme d'actions étatique est la traduction d'un système de croyances porté par une coalition de cause hégémonique. Et l'impact du changement engendré sera variable en fonction de la strate visée par celui-ci : changement mineur sur les aspects secondaires, changement majeur sur le noyau fondamental.

Un changement peut alors émerger par deux origines distinctes :

- La coalition de causes hégémonique fait adapter son système de croyance qu'elle a développé par apprentissage à l'ensemble du système : changement mineur, sur les aspects secondaires,
- Renversement d'hégémonie et émergence d'une coalition au système de croyances alternatif : changement important ou majeur, sur le noyau superficiel et/ou fondamental. Et sans changement majeur, il n'y a pas de modification significative apportée par une politique publique.

Les coalitions de causes ont une interprétation propre des faits et une perception sélective de la réalité, du fait de leurs systèmes de croyances respectifs ; ce qui peut engendrer un *statu quo* situationnel. Dans un sous-système, le rapport de force et la situation hégémonique peuvent être perturbés par un choc profond extérieur non cognitif, comme l'opinion publique ou la situation d'un autre sous-système par exemple.

1.2.3.3. Les référentiels

Selon B.Jobert et P.Muller, les politiques publiques doivent aboutir à la cohésion sociale par la construction d'un ensemble de normes. Elles reposent alors sur 2 axes : systémique (au niveau de processus de coordination pour modification de comportement sociétaux : « Stratégie »), et cognitifs (par véhiculage de normes, de valeurs et de perceptions de la réalité sociale : « Sens »).

Le référentiel est alors un « code » ou un « modèle » à partir duquel les acteurs s'inspirent pour la réalisation de l'action publique. C'est un cadre de perceptions de la réalité sociale qui s'appuie sur quatre montants : Valeurs (représentations), Normes (principes d'actions), Algorithmes (hypothèses de relations causales), Images (véhicule par symbolisme). Un référentiel d'action publique est porté précisément par des acteurs dits « Médiateurs ». Mais ces médiateurs, en plus de porter le référentiel, se créent une place et un rôle : « *Le travail*

normatif et cognitif des médiateurs s'accompagne quasi inévitablement d'une prise de pouvoir par les médiateurs dans le secteur de politique publique concerné »¹.

Un référentiel de politiques publiques est donc un prisme cognitif porté par des acteurs qui enclenchent, dans une certaine mesure, un classement dans la perception de la réalité et dans les rôles des protagonistes.

Par conséquent, la production d'un référentiel est un processus conflictuel, et des dissensions peuvent s'opérer « sur » le référentiel (quand référentiel de transition. Porte sur les idées et/ou l'existence des acteurs) ou « dans » le référentiel (porte sur l'adéquation interne : ressources ou instruments).

Et un référentiel de secteur s'imposera d'autant plus facilement qu'il sera concordant avec le référentiel global, de niveau supérieur. C'est expliqué par le Rapport Global/Sectoriel de Jobert et Muller. Mais selon eux, cela va même plus loin, puisque c'est généralement une modification, significative, du référentiel global qui impose un ajustement du référentiel sectoriel. Cela se traduisant par la mise en place d'actions publiques pour une adaptation et une congruence des référentiels. Donc les médiateurs d'un référentiel sectoriel ne seraient pas totalement libres dans leurs places et rôles ; cela relèverait presque plus d'une obligation d'action. Toutefois, ils auraient une relative marge de manœuvre stratégique et liberté d'action dans l'articulation de cette congruence de référentiels.

De cette approche des idées, dans le cadre de notre démarche, nous considérerons uniquement le concept des référentiels. Si ceux portant sur les paradigmes ou les coalitions de causes peuvent apporter des éclairages particuliers, il est considéré ici comme n'étant pas nécessaire de développer les trois. En effet, selon la précision ci-après, le concept des référentiels nous apparaît comme étant particulièrement pertinent en regard de la situation.

Ainsi, notre troisième hypothèse est que la compréhension des idées et des cadres cognitifs participe à l'identification de potentielles distorsions de mise-en-œuvre. Un cadre référentiel de démarche qualité libérale est en cours de mise en place, inspirant l'élaboration de l'action publique.

En transposant ce concept de référentiel à notre sujet de réflexion, nous pourrions voir la HAS, et surtout la FFMPs, comme des médiateurs d'un référentiel sectoriel de transition. Les PSL sont en train de passer d'un paiement à l'acte à un paiement plus globalisé (ex changement de norme), le parcours coordonné du patient se développe (ex de changement de valeur), le

¹ D.Kübler et J.de Maillard, *Analyser les politiques publiques*, Pug, 2009, p. 157

travail en équipe pluridisciplinaire est encouragé (ex de changement d'image), et la certification en démarche qualité des ESP est un algorithme crédible. Parmi les éléments d'un référentiel global constitutif d'une société, nous pourrions aisément citer : le partage de l'information, le travail collaboratif, la recherche de la progression et de la performance, la recherche de satisfaction, l'importance de la transparence, la reconnaissance de l'évaluation, ... L'évolution de notre système global, et de son référentiel, impacte déjà le méta-secteur de la santé ; il est cohérent de penser qu'il impacte également le secteur des PSL.

PARTIE 2 ; MÉTHODOLOGIE.

2.1 QUANTITATIF

2.1.1 Modalités

- Enoncé du problème et des objectifs

Du fait du développement du virage ambulatoire et du lien « ville-hôpital », et du fait de la place toute particulière des structures d'équipes de soins primaires qui entrent dans le cadre du règlement arbitral, comment envisager la mise en place d'une certification de démarche qualité dans ces organisations libérales.

Par l'approche quantitative, les valeurs estimées recherchées sont :

- L'état de maturité de la situation par le niveau de connaissances sur le sujet de démarche qualité des acteurs de santé évoluant dans les structures de soins primaires, et l'état d'acceptabilité d'une accréditation officielle,
 - La nature de la dynamique (positive ou négative) imposée par la culture libérale.
- Identifier la population

La population idéale porte sur les acteurs de santé qui évoluent dans les structures d'équipes de soins primaires telles que les maisons ou pôles de santé pluridisciplinaires ; professionnels de santé ou autre type de profession (coordinateur par exemple).

- Définir la taille et les caractéristiques de l'échantillon

Il y a près de 1000 maisons ou pôles de santé pluridisciplinaires sur le territoire national, avec une moyenne de 5 acteurs par structure ; on peut raisonnablement estimer une population N de près de 5000 acteurs.

En fonction de cette situation, le calcul de l'échantillon est difficile. Pour développer la réflexion sur cet axe, cette formule relativement simple peut être considérée comme étant plutôt adaptée : $n = t^2 \times p \times (1-p) / m^2$

n : Taille d'échantillon minimale pour l'obtention de résultats significatifs pour un événement et un niveau de risque fixé

t : Niveau de confiance (la valeur type du niveau de confiance de 95 % sera 1,96)

p : proportion estimée de la population qui présente la caractéristique

m : Marge d'erreur (généralement fixée à 5 %)

Ainsi, pour un événement ayant une probabilité de réalisation de 90 %, en prenant un niveau de confiance de 95 % et une marge d'erreur de 5 %, la taille d'échantillon devra être de :

$$n = 1,96^2 \times 0,9 \times 0,1 / 0,05^2 = 139$$

Cependant, ce nombre ne semble pas être réaliste. En fonction des capacités et des ressources disponibles, $n = 30$ apparaît comme étant plus crédible et étant un objectif plus atteignable.

- Définir la méthode de sondage (aléatoire simple, aléatoire systématique, aléatoire stratifié, ou quotas)

Selon les variables d'intérêts, et dans l'idéal, puisque l'ensemble semble être plutôt homogène, et que dans le calcul de n , p est élevé, la méthode de sondage aléatoire simple pourrait être suffisamment significative et pertinente.

Cependant, les conditions d'administration étant très particulières (lors d'un congrès spécifique et représentatif de la population, mais en situation professionnelle et non pas d'étudiant) le critère principal est de savoir si l'interrogé évolue bien en structure d'équipe de soins primaires, et la méthode sera aléatoire « dans la mesure du possible ».

- Réaliser et tester le questionnaire

Toujours du fait de la situation d'administration, il a été volontairement conçu comme étant plutôt court, avec préalablement des questions binaires pour évaluer la significativité des répondants, avec essentiellement des questions fermées à échelles de réponses pour analyser les variables estimées, et avec seulement 2 questions ouvertes pour analyser les mots-clés. Sa structuration est censée permettre d'estimer la fiabilité des réponses, et donc par extension le niveau de maîtrise du sujet.

Par manque de temps, le questionnaire n'a pas pu être convenablement testé.

L'administration a été par soumission directe en face à face, et en accès libre.

2.1.2 Observations

Ce questionnaire (annexe p.67) avait deux objectifs : connaître l'état de maturité de la situation par le niveau de connaissances sur le sujet de démarche qualité des acteurs de santé évoluant dans les structures de soins primaires, et l'état d'acceptabilité d'une accréditation officielle ; et la nature de la dynamique (positive ou négative) imposée par la culture libérale.

Il a été volontairement choisi de mettre principalement des questions fermées, et de ne proposer que deux questions ouvertes du fait d'une situation d'administration du questionnaire relativement complexe, et du peu de temps disponible pour répondre. La première question ouverte visait à renseigner complémentarément sur le premier objectif ; la deuxième avait pour but d'identifier des obstacles éventuellement perçus.

Sur les dix-huit questionnaires, un est inexploitable en raison du fait que le répondant travaille dans un établissement de soins. Il ne fait donc pas partie de la cible.

Sur les 17 questionnaires restants, tous les répondants ont répondu à toutes les questions fermées et ouvertes. Tous font partie de la cible puisque tous travaillent dans une maison de santé ou un pôle pluridisciplinaire de ville. Ces 17 questionnaires sont exploitables. Parmi les répondants, il y avait trois « non professionnels de santé » (ex : ostéopathe, coordinateur,). Il semble ne pas être possible d'observer des différences significatives dans leurs réponses par rapport aux autres répondants professionnels de santé.

Ils ont été administrés lors du congrès national de la Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé (FFMPS) qui s'est tenu les 17 et 18 mars 2017 à Lyon, regroupant près de 950 personnes.

Cependant, si cet événement est particulièrement propice à la rencontre avec des acteurs clés relatifs à ce sujet de réflexion, cette situation de congrès, concentrant de nombreux ateliers et réunions plénières sur un court moment, et étant une période professionnelle pour l'auteur, a été une vraie difficulté pour une administration adéquate des questionnaires.

Egalement, le fait que ce questionnaire soit proposé sur un stand d'un laboratoire pharmaceutique peut éventuellement entraîner une méfiance de la part des répondants potentiels, ou du moins une dissonance cognitive étant un frein à l'accès d'un questionnaire quel qu'il soit.

En outre, dans une grande majorité des cas, une fois le questionnaire rempli, le sujet entraînait une véritable conversation avec le répondant, représentant de longues minutes d'échange.

Tout ceci doit par conséquent être considéré pour expliquer le nombre de questionnaires remplis. Ce nombre peut être perçu comme étant faible pour permettre l'apport d'éléments significatifs. Entre significativité et réalité, il aurait fallu environ une quarantaine de répondants. Ici, dix-sept questionnaires, c'est peu. Mais la nature des répondants peut être considérée comme étant particulièrement pertinente.

La nature des données recueillies et le faible nombre de répondants ne permettent pas une réelle analyse quantitative stricto-sensus, avec observation de corrélations statistiques. Les résultats obtenus sont finalement à regarder avec un prisme qualitatif.

Enfin, du fait de la date de tenue de ce congrès qui le place en début de réflexion, ce questionnaire a été élaboré sans une entière visibilité sur la démarche de recherche globale. A posteriori, il n'apparaît pas pleinement satisfaisant, et aurait dû aborder des questions complémentaires, relatives par exemple à la perception des places et rôles des institutions, à la matrice cognitive des professions de santé libérales, et au poids de la corporation médical

2.2 QUALITATIF

2.2.1 Groupes de discussion

2.2.1.1. FFMPs

Lors du congrès national de la FFMPs, le samedi 18 mars 2017 à Lyon s'est tenu l'atelier « Les facilitateurs à la démarche qualité des équipes de soins primaires : premiers retours d'expériences », animé par Patrick Vuattoux, médecin généraliste et membre de la FFMPs, Noël Wuithier, médecin généraliste, et Manon Raynal, coordinatrice en MSP. La FFMPs a mis en place 14 expérimentations de facilitations.

Près d'une trentaine de personnes étaient présentes dans l'assistance pour échanger autour du thème : « *Les équipes de soins primaires sont-elles en capacité d'apporter des réponses de qualité aux problèmes des patients dont elles ont la charge ? Sinon, comment les y aider ?* ».

Il a été présenté le projet « MSP Qualité », financé en 2015 par la CNAMTS pour utiliser la matrice de maturité sur quelques structures.

La présentation et les échanges ont été de qualité et plusieurs éléments de réflexion entrant dans le cadre de cette recherche ont été exprimés. Cependant, cet apport a comme principale limite le fait que la discussion n'a pas été spécialement menée dans le but de cette recherche et qu'un des principaux objectifs était la promotion des postes de facilitateurs mis en place par la FFMPs.

2.2.1.2 CN-URPS ML

Lors de la Conférence Nationale des Unions Régionales des Professionnels de Santé Médecin Libéraux (CN-URPS ML), le 31 août et le 1 septembre 2017 à la Baule, se sont réunis : membres des bureaux des URPS ML qui sont des représentants syndicaux, dirigeants des ARS, Direction du Ministère de la santé, Direction de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS), Direction de la Direction Générale de l'Organisation de Soins (DGOS), économistes de la santé, et bien d'autres. Près de 200 personnes étaient réunies. La pertinence des soins a été un sujet largement abordé, permettant de recueillir des éclairages significatifs sur notre réflexion. Néanmoins, là également, la discussion n'a pas été spécialement menée dans le but de cette recherche.

2.2.2 Entretiens

Pour compléter la première base de réflexion composée des questionnaires et de l'atelier, qui tous deux apportent essentiellement un éclairage « terrain », centré sur les acteurs en ESP, il a été choisi de réaliser des entretiens auprès d'experts/connaisseurs.

Semi-directifs, en utilisant un guide d'entretien, ils ont été enregistrés, après autorisation de l'interviewé, et la levée de l'anonymat a été systématiquement demandée et validée.

Lors de sollicitations pour demandes d'entretiens, le statut d'étudiant en phase de recherche pour un mémoire de fin de cycle a toujours été mis en avant. La situation professionnelle concomitante n'a donc vraisemblablement jamais été un élément pouvant entrer dans une variation de contenu des entretiens.

Il y a eu 6 entretiens formels, par téléphone ; le plus court a duré 30 minutes ; le plus long 1h15. Le temps moyen est de 52 minutes.

Dans 66% des cas, il a été demandé par les interviewés un éclairage sur l'origine de ce sujet de recherche ; par exemple : « Comment en êtes-vous venu à vous poser cette question ? »

Voici la liste des personnes interviewées par ordre alphabétique du nom :

- Jean-Michel Chabot : Docteur en médecine, Conseiller à la HAS
- Martial Favre : Docteur en Médecine, expert démarche qualité
- Pierre de Haas : Docteur en Médecine générale, en MSP, ancien Président de la FFMPs
- Stéphanie Legrand : Diététicienne, Qualificatrice, Coordinatrice en ESP
- Francois-Xavier Schwyer : Docteur en sociologie, Professeur à l'EHESP, expert en sociologie de la santé, des professions, des organisations et du travail
- Patrick Vuattoux : Docteur en Médecine générale, en MSP, Secrétaire Général FFMPs, chef de projet « MSP Qualité »

Dans un cadre moins formalisé, d'autres experts ont été sollicités et interrogés :

- Jacques-Olivier Dauberton : Docteur en Médecine générale, Conseiller technique ministériel, interrogé en face-à-face pendant 18 minutes lors de la CN-URPS ML,
- Laurent Marty, Anthropologue de la santé, interrogé par e-mail,
- Yves Matillon, Docteur en Médecine, ancien Directeur de l'ANDEM et ancien Conseiller technique ministériel, interrogé en face-à-face pendant 30 minutes,

La qualité de ces experts/connaisseurs assure un haut niveau de pertinence sur les notions recueillies.

Mais pour avoir une analyse plus fine, il aurait fallu également interviewer d'autres experts. Pour avoir une significativité plus forte, et pour connaître des avis issus d'autres points de vue. Ainsi, par exemple, il aurait été judicieux de connaître les positions de membres d'Agences Régionales de Santé, du Conseil de l'Ordre des médecins, d'Unions Régionales des Professionnels de Santé (composées de membres élus de syndicats) et plus d'autres professionnels de santé de profession autre que médecin.

Certaines sollicitations de notre part pour un entretien sont restées sans réponses.

PARTIE 3 ; RÉSULTATS.

3.1 QUESTION DE RECHERCHE

Pour rappel, en question générale, nous nous demandions :

Si les établissements de santé ont mis en place une certification qualité, pourquoi les regroupements en ville de professionnels de santé libéraux n'en auraient-ils pas ?

Notre postulat était alors : il devrait y avoir une « certification » qualité des Equipes de Soins Primaires.

Comment cela peut-il se vérifier ? :

3.1.1 Questionnaire

D'après le questionnaire (annexe P.67) administré pour cette enquête, on peut noter que 65 % des répondants estiment que le lien « Ville-Hôpital » se développe, et qu'aucun ne pense qu'il régresse. Il est bon de rappeler que tous les répondants sont des acteurs de santé du premier recours, donc du côté « Ville ».

Ce résultat n'est pas surprenant, car depuis plusieurs années maintenant la volonté de décloisonner les espaces de soins est affichée. Mais ce résultat valide l'évolution positive de ce rapprochement, et, d'un certain angle, valide l'intérêt de s'interroger sur la certification qualité en « ville ».

Si l'on observe également que 65 % des répondants ont déjà travaillé en établissement de soins, il est utile de préciser que ce ne sont pas les mêmes répondants. En effet, par exemple, 6 répondants n'ont jamais travaillé en établissement de soins et trouvent que ce lien se développe. Inversement, 4 répondants ont déjà travaillé en établissement de soins et trouvent que le lien « Ville-Hôpital » stagne. Ces derniers ont la double expérience ; ils ont peut-être une meilleure vision du potentiel de développement, et pensent éventuellement à une marge de progression possible plus grande.

3.1.2 Entretiens

Le secteur des soins primaires est l'un des derniers secteurs dans le monde de la santé où il n'y a pas de contrôle qualité. Selon P. de Haas¹ : « *Vous pouvez être médecin généraliste, vous pouvez être infirmière, sans aucun contrôle qualité sur ce que vous faites depuis le début de votre carrière jusqu'à la fin. Et aujourd'hui c'est assez troublant, puisqu'un cariste par exemple doit repasser son permis tous les cinq ans* ». Illustrant ainsi le fait qu'un chauffeur de

¹ Médecin généraliste en MSP, ancien Président de la FFMPS. Dans le cadre d'un entretien pour cette recherche.

déplacement de marchandise dans une exploitation est donc officiellement évalué sur sa performance de façon régulière.

Il y a des contrôles qualité dans les laboratoires de biologie, dans les officines, mais il n'y a rien en ce qui concerne les soins primaires. Un médecin généraliste gagne deux fois le salaire d'un ingénieur, sans objectifs, sans évaluation et sans contrôle. Et cela se fait sur du financement public.

Les entreprises cherchent à avoir des fournisseurs qui ont un certain niveau de qualité, et donc la certification est un moyen de connaître ce niveau de qualité. Et bien cela devrait être pareil dans la santé : un hôpital devrait pouvoir connaître le niveau de qualité de la structure libérale avec laquelle il travaille : respect des protocoles, système d'information etc. Le patient, qui fait des allers/retours entre la ville et l'hôpital, lui reste le même. Il devrait donc évoluer dans un même contexte de qualité de santé.

Selon S.Legrand¹ : *« À partir du moment où des gens travaillent ensemble pour un service rendu aux patients alors la démarche qualité doit s'appliquer à tous. Même si on ne met pas forcément le mot qualité sur les structures, il doit forcément y avoir une évaluation et une amélioration des pratiques ».*

Une certification qualité en ESP serait bien constitutive d'une amélioration systémique.

Selon M.Favre² : *« Ce serait idéal. Totalement légitime, totalement pertinent et utile. Cela obligerait à formaliser les organisations, à formaliser les parcours patients et cela aiderait à l'identification des risques et de mettre en place des actions préventives ».*

Mais pour l'instant, les structures de soins primaires ne sont pas des établissements. Ce sont des professionnels libéraux qui travaillent d'une manière concertée en équipe, mais qui en même temps gardent chacun une sorte d'autonomie ; et ça c'est un aspect du problème. Comme l'a dit en entretien FX Schweyer³ : *« le professionnel de santé libéral autonome n'a d'obligation que sa conscience, le code de santé publique et le code de déontologie ».*

Selon P.Vuattoux⁴ : *« Je pense que l'on arrivera à une note publique de certification santé comme les Établissement de santé, parce que plus on va, plus les maisons de santé sont considérées comme des établissements de santé. Sauf que dans le fonctionnement ce sera différent car on restera sur le mode libéral et la notion de hiérarchie n'existe pas et le management est complètement différent et on n'y tient ».* « Donc cette démarche-là [NDLR :

¹ Diététicienne, Qualiticienne, Coordinatrice en ESP. Dans le cadre d'un entretien pour cette recherche.

² Docteur en Médecine, expert démarche qualité. Dans le cadre d'un entretien pour cette recherche.

³ Docteur en sociologie, Professeur à l'EHESP, expert en sociologie de la santé, des professions, des organisations et du travail. Dans le cadre d'un entretien pour cette recherche.

⁴ Docteur en Médecine générale, en MSP, Secrétaire Général FFMPs, chef de projet «MSP Qualité». Dans le cadre d'un entretien pour cette recherche.

à propos de la certification qualité des ESPJ elle fait partie de l'accompagnement de la modernisation de l'offre et donc du virage ambulatoire ».

Selon la FFMPs, les équipes œuvrent généralement bien autour du montage de leur projet. Mais cela ne suffit pas à dire que le niveau de collaboration est optimisé et que la réponse de l'offre de santé qui s'en dégage est forcément celle qui conviendrait d'avoir. Souvent, les décisions prises en réunion d'équipes ne sont pas suivies d'applications.

C'est l'origine du travail collaboratif HAS et FFMPs pour définir la matrice de maturité, ou « référentiel d'analyse et de progression des regroupements pluriprofessionnels de soins primaires », dans une volonté partagée de faire mieux et d'améliorer l'offre de santé issue des MSP. La FFMPs voulait ainsi endosser le rôle de catalyseur, de stimulant, pour nourrir une dynamique émergente.

Selon P.Vuattoux¹ : *« On ne voulait pas que ce soit un outil qui soit destiné à évaluer les structures pour donner une sorte de label ; on voulait que ce soit un outil disponible pour les équipes volontaires qui voulait faire une démarche qualité ».*

En novembre 2015, la FFMPs a réuni ses 18 facilitateurs pour analyser les retours d'expériences, et définir ce qu'est la facilitation en démarche qualité pour les équipes de soins primaires en France. Il en est ressorti que le référentiel matrice de maturité n'était pas bien compris et accepté. Donc, il fallait l'utiliser en arrière-plan d'une action plus large, qui fédère les gens d'une même équipe. Elle s'est repositionnée comme outil, parmi d'autres, pour aider le facilitateur et l'équipe à définir des objectifs généraux et intermédiaires programmés dans le temps, avec des personnes identifiées responsables pour chacun d'entre eux, et des indicateurs de validation.

Par exemple une équipe peut se dire que dans une population dont elle a la charge, il y a beaucoup de patients diabétiques déséquilibrés. Alors, comment définir et qualifier l'approche quantitative ? C'est le premier objectif, en codant et en utilisant un système d'information. Par conséquent, le facilitateur pourrait utiliser ce référentiel pour faire travailler l'équipe sur des objectifs d'amélioration du système d'information à valider pour atteindre l'objectif général de prise en charge du diabétique déséquilibré.

Par une complexité croissante de l'exercice et par une complexité croissante des cas rencontrés, la principale solution est le regroupement pour travail collaboratif. Cela s'accompagne par la mise en place de nouveaux modes de rémunération. Il y a une partie de

¹ Docteur en Médecine générale, en MSP, Secrétaire Général FFMPs, chef de projet «MSP Qualité». Dans le cadre d'un entretien pour cette recherche.

la rémunération qui se fait à l'acte, pour favoriser la productivité, et une rémunération forfaitaire, de plus en plus liée à des critères de qualité (ROSP par exemple). L'attribution de cette rémunération se fait selon le niveau de respect d'indicateurs. Cela s'inscrit déjà dans un début d'évaluation.

A partir des années 90, dans tous les pays développés, aussi bien les gestionnaires /financeurs que les patients interrogent les professionnels de santé sur la qualité et sécurité des pratiques. Les premiers en raison du décollage des dépenses de santé, les seconds en raison de l'évolution sociale massive, par l'éducation, l'information, et les droits conférés aux patients.

Selon P.Vuattoux¹ : *« La certification est possible mais tout dépend de qui certifie et sur quels critères. [...] Entre le langage administratif et le langage professionnel il y a tout un monde. Donc si une personne arrive dans une maison de santé avec l'étiquette d'évaluateur et le langage administratif : c'est une catastrophe ».*

Selon JM. Chabot² : *« J'espère bien qu'on n'arrivera pas à une « certification » à proprement parler. Mais ce n'est pas impossible. Ce n'est pas forcément une mauvaise chose si on arrivait sur le fait de dire que vous vous organisez en exercice regroupé en tenant compte de six ou huit ou 10 caractéristiques que vous adoptez, que vous portez, vous pourriez alors bénéficier d'une accréditation, ou de quelque chose ».*

A la question de savoir comment les tutelles considèrent la certification qualité des ESP, Pierre de Haas³ répond : *« Côté ministère ils le savent, ils sont hyper prudents parce qu'ils ne veulent pas s'opposer aux syndicats et c'est pour ça qu'ils ont poussé à la matrice de maturité, pour eux c'était aussi une piste. Côté Haute Autorité de Santé, quand on leur en parle, ils le savent. Agnès Buzyn qui est la présidente de la HAS sait qu'on va avancer vers ça, elle sait aussi, parce qu'elle est maline, qu'il faut y aller très prudemment et de manière assez silencieuse pour l'instant, pas prendre les syndicats en opposition frontale. Elle sait qu'il faut préparer le terrain, parce que plus se développeront des équipes de soins primaires, et à la clé des établissements de soins primaires, ça voudra dire une évolution des modes de rémunération, et donc bien entendu une évolution des capacités d'évaluer la qualité délivrée par ces établissements. [...] Côté assurance maladie ils savent aussi que cela va venir, ils l'ont intégré.*

¹ Docteur en Médecine générale, en MSP, Secrétaire Général FFMPs, chef de projet «MSP Qualité». Dans le cadre d'un entretien pour cette recherche.

² Docteur en médecine, Conseiller à la HAS. Dans le cadre d'un entretien pour cette recherche.

³ Docteur en Médecine générale, en MSP, ancien Président de la FFMPs. Dans le cadre d'un entretien pour cette recherche

Tout le monde le sait. [...] Plus les équipes de soins primaires se structurent, plus on va y arriver ».

Lors de la CN-URPS ML d'août 2017, plusieurs représentants se sont exprimés :

Selon Christophe Lannelongue, Directeur d'ARS, les défis, enjeux et contraintes appellent à une seule réponse : la performance. Et cela passe par : un meilleur travail en équipe, une meilleure coordination, une responsabilisation populationnelle des équipes en renversant la perspective, au travers d'un cadre d'accompagnement et avec un appui financier, et avec un système d'information partagé : c'est obtenir des résultats, les mesurer et pouvoir les démontrer, avec une rémunération associée.

Selon Nicolas Revel, Directeur de la CNAMTS, nous vivons le pari de l'organisation du soin de ville. Nous sommes dans un moment important. Les acteurs sont prêts à s'engager dans de nouvelles directions. Il va falloir continuer à faire des expérimentations et se créer un élément de consensus global, sur les leviers et les conditions de travail. Les prochaines années seront des années utiles. *« Il faut aussi que l'on réfléchisse à ce que la rémunération des actes évolue aussi pour prendre davantage en compte des notions d'efficacité, de pertinence, de travail collectif, et de qualité des soins. [...] Je pense qu'il faudra très clairement dans les prochaines années, dans les prochains mois, avancer dans la voie de nouvelles modalités de rémunération qui soient autour de ces notions d'actes élargis à ces notions de qualité et de travail entre plusieurs professionnels de santé. Je ne crois pas au big-bang des rémunérations, et donc il va falloir dégripper, ce qui est aujourd'hui à mon avis une difficulté en France, notre capacité à innover ».* Parmi les principaux défis des prochaines années : la coordination des acteurs – au sein de la ville et entre la ville et l'hôpital, et la qualité et la pertinence des actes et des parcours.

Cécile Courrèges, Directrice de la DGOS, parle de l'urgence d'un changement profond. Selon elle, le développement et le renforcement des soins de ville est la clé de voûte du système de santé, et la volonté des professionnels est un des moteurs du changement. Et l'inspiration au changement émerge du terrain ; il faut assurer la responsabilité qui va avec, et poursuivre la logique de co-construction, tout en intégrant le travail dans un cadre de "projet territoire".

Pour Jacques-Olivier Dauberton¹, Conseiller technique au Ministère de la santé, il est cohérent de penser au développement de la démarche qualité dans les structures libérales de ville, comme les MSP, mais également dans les organisations qui ne sont pas regroupées sur un

¹ Docteur en Médecine générale, Conseiller technique au Ministère de la Santé. Dans le cadre d'un entretien pour cette recherche

même lieu, comme les CPTS. Mais la démarche qualité devrait être plus large et refléter la coordination avec le social, le médico-social, et même avec les élus locaux. L'approche des PSL doit être maintenant populationnelle. Il faut peut-être s'inspirer des Organisations à Haute Fiabilité (HRO). Il y a un effet générationnel qui modifie la culture des PSL et qui rend le concept pas irréaliste. Mais qui pourrait aider au développement de l'organisation populationnelle ? Qui pourrait aider à la coordination et comment ? C'est à définir. Le ministère ne doit pas piloter le changement, mais l'accompagner. Le changement doit venir des acteurs de terrain.

En conclusion, ces éléments de réponse confirment la pertinence de notre postulat de départ : il devrait y avoir une certification qualité des ESP. Ils font même révéler l'émergence d'une action publique. Mais comment cette émergence se formalise-t-elle ? La complémentarité des 3 i » et du « triptyque séquentiel » peut nous éclairer.

3.2 HYPOTHESES

3.2.1 Intérêts des acteurs & reconnaissance du problème

Notre première hypothèse de départ a été confirmée par notre recherche : l'appréciation des logiques d'action et des intérêts des acteurs peut renseigner sur le degré de reconnaissance du problème.

Les professionnels de santé libéraux « de terrain » auront tendance à privilégier leurs intérêts personnels au dépend d'une qualité des soins par une coordination pertinente, démontrant ainsi une faible connaissance / reconnaissance du problème.

3.2.1.1 Niveau de connaissances sur le problème

D'après les réponses au questionnaire (annexe p.67), parmi ces 65 % de répondants qui ont déjà travaillé dans un établissement de soins, il est intéressant de constater que seulement 18 % connaissent « plutôt bien » le référentiel qualité santé HAS V2014 ou l'ISO 9000, et que, toujours parmi eux, près de 45,5 % estiment les connaître seulement « un peu », et plus d'un sur trois « pas du tout ». En effet, cela fait plusieurs années que la démarche qualité est obligatoire dans les établissements publics, et vivement suivie dans les établissements privés. La reconnaissance de ces outils ne se traduit pas dans ces chiffres.

En fait, parmi tous les répondants, 88 % estiment connaître « un peu » ou « pas du tout » ces deux référentiels qualité santé ; alors que près de 65 % pensent savoir à minima ce qu'est le « management par la qualité ». Il apparaît difficile d'appréhender cette discordance, car il semble être nécessaire de savoir ce qu'est une démarche qualité pour connaître ce qu'est le management par la qualité, et il semble être difficile de savoir ce qu'est le management par la qualité sans connaître ces deux outils de références en démarche qualité en santé.

Ensuite, à propos du « référentiel d'analyse et de progression des regroupements pluriprofessionnels de soins primaires » (matrice de maturité) élaboré par la HAS spécifiquement pour le type de structure qui nous intéresse, plus d'un interrogé sur trois ne le connaît pas du tout, et près de 30 % « un peu ». Au total, cela fait près de 65 % qui ne le connaissent pas bien.

Sur les 6 répondants qui pensent connaître ce référentiel « plutôt bien » voire « très bien » (soit 54,5 %), 1 pense qu'il n'est pas mis en œuvre dans sa structure.

Si l'on considère l'ensemble des répondants qui disent le connaître (« oui un peu », « oui plutôt bien », « oui très bien »), soit 11 répondants sur 17 (soit près de 65 %), alors 36 % (4 répondants) ne sont pas d'accord pour penser qu'il est mis en œuvre dans leur structure.

Sur ce même échantillon de près de 65 % qui dit connaître ce référentiel, au moins « un peu », tous y sont « plutôt favorables » ou « tout à fait favorables ».

Ce référentiel spécifique n'est donc pas bien connu. Mais quand il l'est, il semble être apprécié.

Cependant, sur une grande partie des réponses aux questions fermées, nous pouvons qualifier la cohésion globale de fragile. En effet, un interrogé a par exemple répondu : ne connaît pas du tout l'Iso 9000, la v2014 HAS, le management par la qualité, et le référentiel d'analyse et de progression des regroupements pluriprofessionnels de soins primaires de la HAS. Mais il est plutôt d'accord pour que sa structure suive un référentiel de démarche qualité et qu'il y ait une certification officielle. Cela traduit alors un manque de connaissances de base sur le sujet, et un manque de crédibilité sur la reconnaissance des enjeux.

Ou encore ces deux répondants qui précisent ne connaître qu'« un peu » ce même référentiel, mais sont plutôt d'accord avec le fait qu'il est mis en œuvre dans leurs structures respectives, et qu'ils y sont plutôt favorables, voire tout à fait favorable pour l'un d'eux. Cela permet de croire à un niveau de lucidité faible, ainsi qu'à un même niveau de fiabilité dans les réponses.

Nous pouvons donc penser que les nombreuses petites incohérences renforcent l'idée d'un manque de connaissance sur le sujet. Par conséquent, cela ne peut entraîner qu'un faible état de lucidité sur le sujet

Cette perception peut être renforcée par l'analyse des questions ouvertes, notamment la première : « Pour vous, qu'est-ce qu'une démarche qualité ? Quels sont les critères d'évaluation de la performance ? ».

Dans les réponses, les mots suivants n'ont été cités qu'une seule fois (soit dans près de 6 % des cas) : fiabilité, sécurité, réponse aux besoins, bonheur des professionnels, indicateurs, protocoles.

A deux reprises ont été utilisés les mots suivants (soit dans près de 12 % des cas) : amélioration, recommandations, résultats, qualité de vie, projet de santé.

Seulement trois fois a été mentionnée l'idée de satisfaction des usagers, tout comme les notions d'efficacité et d'évaluation (soit dans près de 18 % des cas).

C'est le terme de « pratiques professionnelles » qui revient le plus fréquemment, dans près de 59 % des cas.

Sont totalement absents les mots-clés suivants : gestion des risques, événements indésirables, analyse des processus, performance, organisation collective, service rendu, efficience, mesure, plan d'actions, dynamique, production de la réponse, échelle ou score de satisfaction.

Parmi les critères d'évaluation de la performance, seulement deux s'approchent d'une identification précise, dont un qui précise : le respect des socles du règlement arbitral, le bonheur des professionnels, la satisfaction des usagers, la ROSP (Rémunération sur objectifs de santé publique), les statistiques via les logiciels partagés.

Celui-là peut être considéré comme étant l'un des rares à apporter des éléments relativement pertinents.

Ce même répondant dit ne pas connaître du tout l'Iso 9000 ou la V2014-HAS, connaître un peu le Management par la qualité, et connaître plutôt bien le référentiel d'analyse et de progression des regroupements pluriprofessionnels de soins primaires.

Ce répondant peut être considéré comme l'un des plus fiables.

A la question ouverte n°2 « Selon vous, quels sont les obstacles à la mise en place d'une certification officielle de votre structure ? », il a répondu : « plus d'informations ».

D'après le questionnaire, 88 % des interrogés sont d'accord pour penser que s'engager dans une démarche qualité permet une meilleure prise en charge des patients.

Egalement, 88 % souhaitent que leur structure suive un référentiel adapté de démarche qualité.

82 % souhaiteraient une validation de bonne conformité de la démarche qualité de leurs structures.

76,5 % serait plutôt d'accord pour une certification officielle. L'acceptabilité semble alors être plutôt bonne.

Cependant, parmi tous les répondants, nous pouvons estimer que près de 76% n'ont pas une connaissance développée de ce qu'est une démarche qualité (moyenne des répondants aux deux derniers items des questions 5, 6 et 8).

A la question ouverte n°2 « Selon vous, quels sont les obstacles à la mise en place d'une certification officielle de votre structure ? », l'obstacle qui ressort principalement est le manque de temps, dans près de 30 % des cas. Suivent ensuite le manque d'informations et le coût, dans près de 20 % des cas.

Sont également mentionnés : la mise en commun et le travail en équipe, la difficulté administrative, et la taille de la structure jugée trop petite.

Un point positif à souligner est le fait que 88 % des interrogés sont d'accord pour penser que s'engager dans une démarche qualité permet une meilleure prise en charge des patients.

Les répondants sont majoritairement pour un référentiel et une certification. Les obstacles identifiés ici ne sont pas incohérents, et peuvent être qualifiés de « classiques ».

Il y a donc une dissonance entre le faible niveau de connaissances et le relativement bon niveau d'acceptabilité. Cela peut éventuellement s'expliquer par une perception globale de l'intérêt potentiellement gagné.

Mais cela peut laisser croire que ce n'est pas suffisant pour une bonne mise en œuvre d'une certification de démarche qualité. Le manque de compréhension précise du sujet et l'absence de forte visibilité sur les enjeux visés peuvent entraîner une altération de l'acceptation de la mise en place d'une accréditation.

Le groupe de discussion FFMPs permet d'identifier également des éléments de preuves d'une difficile acceptation de référentiels et de connaissances imparfaites de la démarche qualité.

Alors que celle-ci ne propose pas de travailler plus, mais de travailler différemment, il ressort dans le groupe de discussion : « *Quand on parle démarche qualité, les professionnels de santé*

ont l'impression qu'on va leur remettre une couche de travail supplémentaire, alors qu'ils n'ont pas le temps ».

« Il y a eu des groupes de travail pour développer une démarche qualité ». « Mais au bout de quelque temps il y a eu une démobilisation, par manque de temps ».

A propos de la matrice de maturité :

« Même les coordinateurs formés ont du mal ».

« Les PS sur le terrain n'en veulent pas, et la laisse au coordinateur ».

« L'adhésion y est difficile par les équipes ».

« Mais l'objectif initial vertueux n'est pas ressenti sur le terrain ».

« Il faut peut-être s'en affranchir dans un premier temps ».

Les entretiens ont aussi apporté un éclairage :

A la question sur le niveau de connaissances des acteurs de terrain sur la démarche qualité :

- la réponse de P.Vuattoux¹ est : *« Rien. Enfin rien... certains leaders ont des repères, par exemple beaucoup ont entraîné leurs équipes dans des projets, et ont une idée de comment rendre cohérent l'ensemble. Ils ont un peu ces notions là, mais pas tous. Au niveau de la méthode démarche qualité : non, très peu, zéro, en tout cas pas loin. C'est pour ça qu'il y a vraiment une place importante dans la facilitation à la démarche qualité si on veut nourrir le changement et organiser les soins primaires en France. Et c'est un challenge énorme ».*
- La réponse de P. de Haas² est : *« À aucun moment dans les études de médecine vous avez une réflexion sur ce qu'est une démarche qualité. Toute la formation universitaire aujourd'hui est complètement centrée sur l'examen de classement national qui arrive en sixième année et qui est essentiellement du savoir sur les maladies et sur les thérapeutiques, mais à aucun moment ne se pose la question sur ce qu'est une démarche qualité dans une structure de soins ». « On fait des gens extraordinaires en termes de savoir, on a des médecins qui font partie des meilleurs médecins au monde. Par contre, ce sont des gens qui ne savent pas ce que c'est qu'une démarche qualité,*

¹ Docteur en Médecine générale, en MSP, Secrétaire Général FFMPs, chef de projet «MSP Qualité». Dans le cadre d'un entretien pour cette recherche.

² Docteur en Médecine générale, en MSP, ancien Président de la FFMPs. Dans le cadre d'un entretien pour cette recherche.

qui ne savent pas ce que c'est que la santé publique, qui ne savent pas ce que c'est qu'un travail sur un territoire, qui ne savent pas ce que c'est que la communication vis-à-vis des patients. Et qui ne connaissent rien à la gestion d'un cabinet et c'est un vrai souci, et la notion de démarche qualité, mis à part quelques-uns, la culture est très très faible ».

3.2.1.2 Les intérêts des acteurs

En France, l'identité collective dominante en santé est représentée par les médecins libéraux (Hatzfeld, 1963 ; Herzich, 1982). Ils sont alors considérés ici comme étant les ressortissants principaux d'une action publique relative à la certification des ESP.

Individualisme

Selon P. de Haas¹, un euro dédié à de l'investissement serait perçu comme un euro en moins pour partir en vacances. Et s'il y a une rémunération supplémentaire (ROSP par exemple) et bien ce sera des vacances en plus ou une nouvelle voiture. Et ce ne sera pas un réinvestissement pour améliorer son outil professionnel.

Toujours selon lui : « *On ne pourra faire vraiment de la qualité qu'à partir du moment où le système d'information sera au cœur de l'exercice* ». Les sociétés de services dépensent 10 à 15 % de leur chiffre d'affaires pour leur système d'information alors que pour les médecins c'est moins d'un pour cent. Un médecin généraliste moyen en France gagne environ 14 à 15 000 € de chiffre d'affaires par mois, dont il lui en reste 7000 € de bénéfices ; mais il ne paye que 60 € par mois pour son logiciel médical. Bien souvent le système d'information est vu comme étant un logiciel de prise de notes mais pas comme un outil d'analyse de sa pratique.

Tout phénomène social est le résultat d'actions individuelles, les politiques publiques sont issues de la concentration de multitudes d'utilitarismes :

A l'origine était le CAPI : contrat d'analyse des pratiques professionnelles. C'était le premier dispositif de rémunération complémentaire pour les volontaires, en plus de la rémunération à l'acte. Professionnels de santé et syndicats étaient très opposés à cette nouveauté. Les quelques premiers signataires ont gagné 6000 € de plus en moyenne. Sur ce fait, l'année suivante, et celles d'après, le nombre de signataires a constamment progressé, aboutissant à

¹ Docteur en Médecine générale, en MSP, ancien Président de la FFMPs. Dans le cadre d'un entretien pour cette recherche.

l'arrêt de l'opposition de la part des syndicats, à la mise en place d'expérimentation de nouveaux modes de rémunération (ENMR), et à la généralisation de la ROSP.

L'intérêt commun n'est pas un objectif suffisant pour permettre la mobilisation des acteurs :

Selon P.de Haas¹ le réflexe de base d'un médecin serait de dire : « *Pourquoi s'inscrire dans une démarche qualité car le matin quand j'ouvre ma porte j'ai ma salle d'attente qui est pleine* ».

La culture du professionnel de santé est de vivre l'instant face aux patients et de ne pas passer du temps sur une vision longitudinale ou populationnelle. La compréhension du fait qu'au travers du traitement d'un patient, le médecin est également en responsabilité de l'état de santé de la population sur le territoire, n'est pas toujours pleine et entière.

Selon P. de Haas², « *un médecin aura tendance à dire : « tiens ce matin j'ai vu quatre conjonctivites. C'est rentable, la consultation se fait vite » . Mais il ne pensera pas à demander à ses confrères s'il y a eu également chez eux un pic de conjonctivites, pour essayer de savoir ce qu'il se passe localement sur le territoire, et éventuellement appeler la mairie pour mettre en place un plan. C'est : je vois un patient, je règle le problème et au revoir. On n'est pas dans une culture de projet de santé ».*

Mais la base de tout ordre social est la coopération entre les acteurs :

Le résultat en démarche qualité dépend du niveau de structuration de l'équipe. La FFMPs a identifié deux types de structures : celles qui sont bien organisées avec coordination, et celles qui n'ont pas de coordinateur. Selon P.Vuattoux³ : « *la coordination est un élément vraiment capital et stratégique pour pouvoir faire progresser les équipes* ». Car un coordinateur est le ciment de la coopération.

Les comportements coopératifs sont effacés par la liberté qu'ont les individus à avoir un regard autocentré, détaché de l'environnement, selon le modèle de l'acteur « dé-contextualisé ».

¹ Docteur en Médecine générale, en MSP, ancien Président de la FFMPs. Dans le cadre d'un entretien pour cette recherche.

² Docteur en Médecine générale, en MSP, ancien Président de la FFMPs. Dans le cadre d'un entretien pour cette recherche.

³ Docteur en Médecine générale, en MSP, Secrétaire Général FFMPs, chef de projet «MSP Qualité». Dans le cadre d'un entretien pour cette recherche.

Alors, pour Thomas Hobbes une instance étatique doit se situer en dehors des relations sociales et doit être dotée d'instruments de pouvoir efficaces, pour forcer la coopération entre les hommes à travers des moyens de contraintes.

Selon P. de Haas¹ « *si on a un message politique fort, un grand coup de sifflet qui dit que la récréation est finie, le travail de demain c'est en équipe ou rien, parce que c'est comme ça que ça marchera dans l'avenir et bien ça va aller vite. Mais si vous avez un politique qui dit il ne faut pas fâcher le docteur, ni les infirmières, ni les pharmaciens, on ne touche à rien et on laisse courir, et bien ça se fera à la rapidité d'un escargot* ».

En conclusion, les professionnels de santé libéraux ne connaissent pas bien la signification de démarche qualité, à quoi cela correspond exactement, ce que cela peut apporter. La perception de la balance avantages / contraintes est négative. Le contrôle par une institution tutélaire serait mal accepté, et les relations avec celle-ci ont été conflictuelles à plusieurs reprises dans le passé. Comme le souligne de Haas : « *Il y a toujours une sorte de respect pour les professions médicales et surtout une crainte de levée de boucliers car les relations entre l'État et les professions de santé ont toujours été chaotiques. À chaque fois que l'État tentait un contrôle, il y a eu des levées de boucliers assez difficiles à gérer* ». Donc la reconnaissance d'un intérêt est faible, et cela représente un aspect négatif important pour l'émergence d'une action publique allant dans ce sens. Il faudrait alors trouver des moyens de leur faire mieux connaître la démarche qualité, et de faire comprendre les intérêts à s'inscrire dans un système certification.

3.2.2 Institutionnalisme historique & processus décisionnel

Notre recherche confirme partiellement notre seconde hypothèse de départ : l'observation de la dynamique historique des institutions peut effectivement éclairer sur le processus décisionnel.

Mais l'instauration historique du statut libéral n'est plus vraiment un obstacle dans la décision de changement par la mise en place d'une certification qualité des ESP du fait des précédentes actions publiques qui ont eu tendance à libérer les médecins libéraux de la dépendance au sentier. A cela s'ajoute un effet générationnel.

¹ Docteur en Médecine générale, en MSP, ancien Président de la FFMPs. Dans le cadre d'un entretien pour cette recherche.

Si, pour caractériser les institutions, on prend la définition de Hall, à savoir des aspects peu formels comme les modes opératoires qui structurent les relations entre individus, on peut observer deux types d'institutions : l'institution des professionnels de santé libéraux (avec principalement les médecins libéraux) et les tutelles de santé. Et ce qu'il est intéressant de remarquer sur une période chronologique, c'est que l'institutionnalisme tutélaire semble avoir su engager des mouvements profonds, pour préparer le champ des possibles :

L'obligation de Formation Médicale Continue (FMC) a été introduite par l'ordonnance du 24 avril 1996, puis complétée par un arrêté du 6 mai 1997. Selon l'article 59, « La FMC a pour objectif le perfectionnement des connaissances et l'amélioration de la qualité des soins et du mieux-être des patients, notamment dans le domaine de la prévention, ainsi que l'amélioration de la prise en compte des priorités de santé publique ».

La loi de réforme de l'assurance-maladie du 13 août 2004 a rendu l'Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) obligatoire pour tous les médecins, quel que soit leur mode d'exercice. L'EPP a pour objectif l'amélioration de la qualité des soins. Selon la HAS, c'est « l'analyse de la pratique professionnelle en référence à des recommandations et selon une méthode validée comportant la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration des pratiques. Les pratiques professionnelles sont constituées à la fois de pratiques individuelles et collectives ; elles comportent une dimension organisationnelle. Ces pratiques concernent les activités diagnostiques, thérapeutiques ou préventives.

La loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) de 2009 unifie ces deux éléments sous la dénomination de Développement Professionnel Continu (DPC) qui a pour objectifs : l'évaluation et l'amélioration des pratiques professionnelles et de gestion des risques ; le maintien et l'actualisation des connaissances et des compétences ; la prise en compte des priorités de santé publique.

Cette même loi HPST crée les Unions Régionales des Professionnels de Santé (URPS), qui ont pour missions notamment : l'organisation de l'exercice professionnel (nouveaux modes d'exercices) ; la mise en œuvre de Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM) avec les réseaux de santé, les centres de santé, les maisons de santé et les pôles de santé, ou des contrats d'amélioration de la qualité et la coordination des soins, ...

La loi HPST met également en place une formation obligatoire de 40 heures minimum à l'Education Thérapeutique du Patient (ETP) ; prérequis nécessaire pour percevoir du financement de la part des ARS.

Toujours en 2009, l'Assurance Maladie propose aux médecins un Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles (CAPI), qui permet une rémunération conditionnée à l'atteinte

d'objectifs de santé publique et de pratiques médicales. Une première en France. Deux ans après, plus d'un médecin traitant libéral sur 3 avait signé un CAPI.

En 2011, le CAPI est développé en 4 volets (prévention, suivi des pathologies chroniques, efficacité des prescriptions, organisation du cabinet) et devient la Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP). La ROSP est expérimentée jusqu'en 2012.

En 2012, la Ministre de la santé proposait dans un accord cadre interprofessionnel (ACI) que les expérimentations deviennent de nouveaux modes de rémunération pour financer la coordination autour du patient et financer l'organisation des équipes de soins primaires. Sur les 48 organisations syndicales représentatives des professions médicales, paramédicales et des centres de santé, près de 70 % ont voté contre, avec comme principale raison : une hostilité envers cette dynamique de regroupement et de coordination. L'accord n'a donc pas pu se faire. La Ministre a demandé alors à Bertrand Fragonard (Magistrat à la Cour des comptes) d'arbitrer et de fixer les conditions de financement. D'où le nom de « règlement arbitral ».

Courant 2017, ces mêmes acteurs se sont réunis pour une redéfinition de ces financements. Près de 65 % des syndicats ont voté pour l'accord proposé ; ce qui est le signe d'une assimilation de cette dynamique de regroupement et de coordination.

Donc en cinq ans les mentalités ont changé.

Aujourd'hui, la ROSP est devenue une rémunération individuelle complémentaire de la rémunération à l'acte. Elle porte sur 29 indicateurs, et la rémunération se fait sur l'atteinte des objectifs, ou sur la progression vers l'atteinte de ces objectifs. Il n'est donc pas nécessaire d'atteindre 100 % de l'objectif pour percevoir la rémunération. En 2016, pour la ROSP, l'Assurance Maladie a versé 417 millions d'euros (contre 294 en 2012, soit + 42% en 4 ans) à 90 710 médecins. Les généralistes ont touché en moyenne 6 989 € (+ 3,4 % par rapport à 2015). S'il n'y a pas l'atteinte des objectifs, ou s'il y a régression dans les indicateurs, il n'y a pas de système de pénalité.

A ce sujet, FX.Schweyer¹ dit : « *La ROSP est une forme de régulation et d'encouragement à une forme de qualité des soins. Ce n'est pas de la certification mais c'est une démarche qui est protocolisée, contractualisée, et sanctionnée positivement par un revenu additionnel qui n'est pas négligeable. Pour toucher les nouveaux modes de rémunération, il y a un contrat, il y a un aspect d'atteinte des objectifs du programme régional de santé, mais il y a également un esprit « bonnes pratiques ». On voit bien que les pouvoirs publics commencent à contractualiser avec une démarche qui est en route* ».

¹ Docteur en sociologie, Professeur à l'EHESP, expert en sociologie de la santé, des professions, des organisations et du travail. Dans le cadre d'un entretien pour cette recherche.

De plus, la Convention, signée entre l'Assurance Maladie et les PSL, et où l'État donne le ton d'une façon plus ou moins informelle, est déjà un signe d'acceptation de régulation nationale.

En conclusion, on pourrait y voir ici une volonté de réduire la dépendance au sentier des professionnels libéraux ; ce que notre seconde hypothèse ne prévoyait pas. Et cela se complète également par un effet générationnel ; comme le dit F.X. Schweyer¹ : « *Finalemment les jeunes professionnels sont peut-être plus matures pour accepter de nouvelles conditions. Ils ont été parfois eux-mêmes à la source de l'émergence de nouvelles formes d'exercice* ». Le changement vient du terrain (professionnels de santé et population), et les syndicats, pour ne pas perdre de leurs existences, sont obligés de le suivre, voire de l'accompagner. Et cela s'est traduit par l'intervention du Dr J.P.Ortiz, Président du syndicat CSMF, à la CN-URPS ML de 2017, où il reconnaissait la nécessité de cultiver la qualité et la pertinence des soins en médecine libérale. Selon lui : « *Les médecins sont prêts à s'engager. Mais il faut un intérêt à agir* », et cela passe par la confiance mutuelle, la co-construction avec l'ensemble des interlocuteurs, « *et sans pénalisation* ». L'institutionnalisme historique semble nous montrer que la situation a été préparée à l'accueil d'une certification qualité. Les médecins, par un intérêt financier, ont accepté la ROSP, qui porte sur une évaluation d'indicateurs de performance. Un système de reconnaissance officiel de démarche qualité par certification ne serait donc pas incongrue, d'autant plus qu'une évolution dans un classement (montée ou baisse) pourrait jouer sur l'intérêt des PSL.

3.2.3 Idées par les référentiels & mise en œuvre

Notre troisième hypothèse a été validée par notre recherche : la compréhension des idées et des cadres cognitifs participe à l'identification de potentielles distorsions de mise en œuvre. Un cadre à la démarche qualité libérale est en cours de mise en place, inspirant l'élaboration de l'action publique.

3.2.3.1 Secteurs

Selon Jobert et Muller², pour que l'intervention publique puisse correctement servir, le secteur qui en sera l'objet doit être identifié, afin de réduire les désajustements entre celui-ci et la société. Pour eux, un secteur est un "assemblage de rôles sociaux structurés par une logique

¹ Docteur en sociologie, Professeur à l'EHESP, expert en sociologie de la santé, des professions, des organisations et du travail. Dans le cadre d'un entretien pour cette recherche.

² B.Jobert et P.Muller, « *L'Etat en action : politiques publiques et corporatisme* », Paris, Puf, 1987

de fonctionnement, en général professionnelle". Comme précisé par Dupuy et al., « *une politique sectorielle concerne la place et le rôle du secteur au sein de la société* »¹.

Ici, le secteur considéré est bien le secteur des professionnels de santé libéraux. A l'intérieur de celui-ci, comme vu par ailleurs, les médecins en sont les acteurs sectoriels dominants. Ce sont eux qui possèdent la logique d'expertise la plus puissante, et ceux sont eux qui ont l'image la plus forte auprès des intervenants publics. Comme le rappelle FX.Schweyer² : « *L'identité libérale est une réalité, dotée d'une culture professionnelle très forte, qui se traduit par des normes, par des valeurs, par un sentiment d'appartenance très fort. La force politique du discours de médecine libérale est réelle et forte. Par exemple, sur la régulation de l'installation, droite, gauche, tout le monde a renoncé à la coercition* ». Cela s'est également traduit récemment autour du sujet du tiers payant généralisé : en début d'année 2017, certains médecins libéraux, encouragés par leurs syndicats (notamment le principal qu'est la Confédération des Syndicats Médicaux Français), boycottaient le dispositif de dispense d'avance de frais pour tous les patients, ne le réservant qu'aux patients en difficulté financière. Le poids de cette opposition a fait vaciller la détermination du Ministère de la Santé, puisque début juillet, il annonçait une suspension provisoire du dispositif le temps d'une mission d'étude sur le sujet par l'Inspection générale des affaires sociales.

3.2.3.2 Référentiels

« *Le référentiel sectoriel est une image sociale du secteur, qui correspond d'abord à la perception qu'en ont les groupes dominant le secteur* »³.

Le référentiel global est quant à lui une image sociale de la société.

L'action publique aura pour but à rendre le référentiel sectoriel en adéquation avec le référentiel global.

Selon JM.Chabot⁴ : « *L'on est en train de passer d'un exercice fondamentalement individuel des professions de santé à un exercice tout aussi fondamentalement regroupé et pluriprofessionnel* ». Ce qui entraîne une plus grande zone d'échanges entre professionnels de santé, et l'instauration d'une confiance au sein de l'équipe ; et cela est un premier élément de démarche qualité ancré dans ces nouveaux modes d'exercice. Le fait d'être regroupé induit confort et sécurité, notions recherchées par les jeunes générations.

¹ C.Dupuy,C.Ledoux, J.Pollard, « *L'analyse cognitive et normative des politiques publiques* », SES plurielles

² Docteur en sociologie, Professeur à l'EHESP, expert en sociologie de la santé, des professions, des organisations et du travail. Dans le cadre d'un entretien pour cette recherche.

³ C.Dupuy,C.Ledoux, J.Pollard, « *L'analyse cognitive et normative des politiques publiques* », SES plurielles

⁴ Docteur en médecine, Conseiller à la HAS. Dans le cadre d'un entretien pour cette recherche.

Le fait d'avoir imposé la certification aux établissements de santé fait qu'elle est perçue comme étant une contrainte sur un processus uniquement administratif, et engendre chez les PS une attitude d'évitement, comme le résume JM.Chabot¹ : « *L'essentiel c'est d'avoir le coup de tampon [NDLR : sous-entendu « Certifié »] qui permet de continuer de vivre normalement ma vie jusqu'au prochain coup de tampon* ». Ce qui vient en appui de l'étude pour la HAS¹ « Perception de la certification des établissements de santé par les professionnels de santé et les représentants des usagers » de 2012 : parmi les médecins, seulement 19% se déclarent très impliqués dans la certification qualité, 33% impliqués, et 25% pas vraiment impliqués. Pour les infirmières, seulement 11 % se déclarent très impliquées dans la certification qualité, et 46% ne sont pas impliquées. L'étude précise : « *On note encore de façon prégnante une forte discordance culturelle chez les médecins qui considèrent que la qualité des soins est intrinsèque à l'exercice de leur art et qu'elle n'a guère besoin de la qualité véhiculée par la certification, jugée administrative et qu'ils délèguent volontiers aux paramédicaux* ». Et les principales critiques qui ressortent pour l'ensemble des professionnels de santé, c'est la déconnexion entre les enjeux de la certification et leurs préoccupations quotidiennes, engendrant une perte de sens, et la posture descendante du dispositif.

D'après Chabot¹, depuis une petite dizaine d'années, les professionnels commencent à comprendre qu'en réalité ils ont intérêt à exercer un leadership dans la démarche qualité en santé et à arrêter de subir des procédures qualité mises en place soit par les administratifs, soit par les financeurs, soit par les patients, soit par les trois. Ils ont intérêt à faire le constat que c'est assez normal qu'ils fassent la preuve en permanence de la qualité/sécurité des prestations qu'ils fournissent, mais il faut que ce soit eux qui inspirent toutes ces démarches de qualité/sécurité.

Ce qui, toujours pour Chabot¹, change complètement le travail des agences dans tous les pays développés : le NICE en Grande-Bretagne (National Institute for Health and Clinical Excellence), la AHRQ aux États-Unis (Agency for Healthcare Research and Quality), la HAS en France, qui sont là pour produire des « guidelines ». Parce qu'en réalité ce n'est plus de produire des guidelines qui est intéressant car les équipes soignantes finissent par développer leurs propres protocoles. Les professionnels de santé exerçant en équipe ont parfaitement compris qu'ils ont tout intérêt à se mettre d'accord sur la manière de prendre en charge un insuffisant cardiaque par exemple. Et donc à ce moment-là, les agences ne sont plus du tout dans la situation qui consiste à produire une guideline sur la prise en charge de l'insuffisant cardiaque, mais plutôt dans une réflexion qui consiste à mettre à disposition des équipes des éléments de bonnes pratiques avec lesquels ils vont pouvoir construire leurs propres protocoles. Dans l'étude de la HAS 2012, précédemment citée, la principale attente (à 62%)

¹ https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-10/barometre_perception_certification.pdf

des personnels des établissements de santé, c'est la personnalisation de la certification en fonction des risques spécifiques de la structure.

Toujours selon Chabot, les tutelles sont des machines à produire de la norme et la culture dominante dans les administrations, c'est la certification pure et dure. « *Toute la puissance publique normalisatrice, le personnel politique, sont friands de certification qualité, car la certification c'est très pratique : ça dédouane. Mais en réalité ça donne des résultats assez médiocres. Une bonne façon de responsabiliser les gens serait de dire : "Allez les gars vous êtes responsables, qu'est-ce qui pourrait être mise en œuvre de votre initiative, et dont vous estimez que c'est une très bonne façon de le faire ?" »*. Les procédures de certification dans tous les pays du monde évoluent de plus en plus vers une organisation quotidienne librement consentie avec des objectifs d'amélioration continue ; et le mouvement vient des étudiants et des jeunes professionnels qui ont pour inspiration de pratiquer confortablement et en sécurité.

Cela est corroboré par FX Schweyer¹ quand il dit que l'identité même des libéraux ne voudra pas d'une tutelle labélisante, certificatrice, sans retour. Selon lui, la conception du métier a évolué, grâce à un aspect générationnel : « *Finalement les jeunes professionnels sont peut-être plus mature pour accepter de nouvelles conditions. Ils ont été parfois eux-mêmes à la source de l'émergence de nouvelles formes d'exercice. Donc la culture est aussi en train de changer. Aujourd'hui la culture, je dirais telle qu'elle est présentée et partagée par les représentants syndicaux et les gens qui sont aux manettes, est plutôt un frein, mais on peut raisonnablement penser que comme toute culture, elle est vivante, elle va se transformer, et il n'est pas dit que dans les années à venir, ce qui était hier inacceptable devienne acceptable »* (Ceci peut être illustré avec l'exemple de la ROSP, comme vu précédemment).

Enfin, lorsqu'il y a eu la mise en place de la certification démarche qualité dans les établissements de santé, il y a eu une forte résistance, parce que, selon le personnel hospitalier, cela supposait que l'on pense qu'ils ne faisaient pas un travail de qualité. Donc il y a eu un gros travail de conversion au départ. Puis c'est devenu obligatoire, et cela a été vu comme étant une contrainte. Et dans le milieu libéral, cette contrainte-là ne peut pas exister dans les mêmes termes. D'où l'intérêt de faire des expérimentations auprès d'équipes volontaires, pour une construction progressive du cadre référentiel. C'est amalgamer en douceur l'idée aux mentalités collectives. C'est ce qui a été fait dans le cadre des « expérimentations des nouveaux modes de rémunération », comme vu précédemment.

¹ Docteur en sociologie, Professeur à l'EHESP, expert en sociologie de la santé, des professions, des organisations et du travail. Dans le cadre d'un entretien pour cette recherche.

3.2.3.3 Médiateurs

Les médiateurs sont des acteurs jouant un rôle déterminant dans la construction du référentiel sectoriel. Selon Dupuy et al. « *Leur fonction est double puisqu'elle consiste à la fois à décoder le rapport global/sectoriel, en le rendant intelligible aux acteurs en présence, et à le recoder en termes de normes et de critères d'intervention politiques, afin de rendre possible une action sur le réel. Les médiateurs ont donc un rôle stratégique dans le processus d'élaboration d'une nouvelle politique : non seulement ils proposent une réflexion technique et de nouvelles règles d'intervention, mais ils élaborent aussi une nouvelle image du secteur, laquelle doit être congruente avec le référentiel global* »¹.

La Fédération des Maisons et Pôles de Santé (FFMPS) est le médiateur de la démarche qualité au sein des ESP : la réflexion sur ce sujet a été initiée par son président de l'époque, Pierre de Haas, en 2010-2011. Et au sein même de la fédération il y avait des conflits sur cette réflexion. Selon de Haas², on lui disait : « *Tu es en train de fournir un outil pour nous évaluer alors qu'on est trop bien, personne ne vient nous emmerder* ». Alors il répondait : « *Un jour ou l'autre nous serons évalués, donc il faut prévoir les outils en amont, je n'ai pas envie qu'un technocrates, un type qui sort de l'IEP de Grenoble, dans un bureau, ne fasse une grille, alors qu'il comprend à peine ce que l'on est en train de faire. Il faut que ce soit nous qui soyons à l'origine de cette affaire-là, et que nous décidions* ». Alors, la matrice de maturité a été initiée au sein de la fédération. Le cabinet de la ministre de la santé avait été très intéressé par ce premier travail et ils ont dit à de Haas² : « *C'est exactement ça qu'il faut, on est d'accord pour avancer là-dessus et on mandate la HAS pour bosser avec vous là-dessus* ». Fin 2013, début 2014 la version finale de la matrice de maturité était élaborée.

En juin 2014, il y a une première réunion avec une trentaine de représentants volontaires des équipes de toute la France lors d'un séminaire de deux jours. Deux objectifs : d'une part voir comment les équipes qui avaient utilisé la matrice se l'étaient appropriée et donner envie à ceux qui étaient là éventuellement de l'utiliser, et d'autre part définir trois pathologies chroniques avec deux ou trois indicateurs pertinents de suivi pour mettre en évidence la prise en charge pluriprofessionnelle (diabète, insuffisance cardiaque et BPCO). Il en est ressorti que la matrice de maturité était un bon outil, mais un peu complexe. L'idée de son utilisation par un animateur référent est apparue.

Puis, la FFMPS a proposé à la CNAM un plan de financement portant sur la mise en place de la matrice de maturité dans des équipes de soins primaires avec des facilitateurs, sorte

¹ C.Dupuy,C.Ledoux, J.Pollard, « *L'analyse cognitive et normative des politiques publiques* », SES plurielles

² Docteur en Médecine générale, en MSP, ancien Président de la FFMPS. Dans le cadre d'un entretien pour cette recherche.

d'animateurs/accompagnants, extérieurs à l'équipe, pour voir si les équipes arrivaient à se fixer des objectifs et les atteindre. C'était le projet « MSP qualité ».

Le terme de facilitateur vient des États-Unis pour désigner une personne qui accompagne les changements dans une équipe, d'abord dans le domaine de l'agriculture, puis dans le monde de la santé. La FFMPs s'en est inspirée. Ce sont principalement des experts professionnels de santé ; mais pas exclusivement. Parmi ces professionnels de santé, il y a des médecins ; mais pas uniquement (diététicienne, infirmière). Le facilitateur a pour but de permettre à l'équipe de formuler son problème rencontré et de leur proposer des pistes de réflexion pour identification de solutions. L'objectif final est de rendre autonome l'équipe dans sa démarche qualité.

FX.Schweyer¹ légitimise la place de la FFMPs en tant que médiateur, en parlant de l'acceptabilité d'un référentiel de certification qualité chez les PSL : *« Il peut être accepté si dans le groupe de travail il y a plein de libéraux ; c'est ce que les gens de la fédération française des maisons et pôles de santé a très bien compris, et du reste la Haute Autorité en Santé est devenue un nouveau pouvoir médical. Maintenant les médecins ont pris la main, donc si des gens de votre discipline ou de votre style de pratique font partie du cercle d'experts, ce qu'ils vont dire est plus acceptable »*.

¹ Docteur en sociologie, Professeur à l'EHESP, expert en sociologie de la santé, des professions, des organisations et du travail. Dans le cadre d'un entretien pour cette recherche.

eONCLUSION.

Pourquoi n'y-a-t-il toujours pas de « certification » qualité pour les structures de villes regroupant des professionnels de santé libéraux, alors que les établissements de santé publics et privés en ont une ?

A partir du postulat qu'il devrait y avoir une certification qualité pour les ESP, qu'est-ce qui empêcherait sa mise en place ?

L'observation croisée « 3 I » et « Triptyque séquentiel » a été intéressante pour évaluer l'émergence d'une action publique. Elle a montré que l'appréciation des logiques d'action et des intérêts des acteurs peut renseigner sur le degré de reconnaissance du problème. Précisément, les professionnels de santé libéraux « de terrain » auront tendance à privilégier leurs intérêts personnels au dépend d'une qualité des soins par une coordination pertinente, démontrant ainsi une faible connaissance / reconnaissance du problème ; validant ainsi notre première hypothèse de départ. Donc, ici, les intérêts des ressortissants sont un frein significatif devant être pris en considération.

Mais à l'inverse, elle a également révélé que s'y opposaient deux dynamiques favorables :

- Un institutionnalisme historique positif qui a tendance à sortir les libéraux du sentier de la dépendance. Notre seconde hypothèse est donc partiellement validée : l'observation de la dynamique historique des institutions peut effectivement éclairer sur le processus décisionnel. Mais précisément, l'instauration historique du statut libéral n'est plus vraiment un obstacle dans la décision de changement par la mise en place d'une certification qualité des ESP, du fait des précédentes actions publiques.
- Un cadre cognitif qui se met en place, notamment par des médiateurs de référentiel, permettant un meilleur accueil de l'action publique ; validant ainsi notre troisième et dernière hypothèse : la compréhension des idées et des cadres cognitifs participe à l'identification de potentielles distorsions de mise en œuvre. Précisément, un référentiel cognitif de démarche qualité libérale est en cours de formulation, inspirant l'élaboration de l'action publique à venir.

Cette vision élargie apporte par conséquent la possibilité d'identifier des déterminants de réussite, qui seront présentés ci-après.

L'observation des politiques publiques par l'approche classique séquentielle (reconnaissance du problème – processus décisionnel – mise-en-œuvre) est parfois critiquée car :

- Les séquences peuvent parfois être difficiles à identifier : par exemple, la mise-en-œuvre peu observable, tout comme la décision, d'autant plus que l'absence de décision peut être une décision.
- Les séquences peuvent parfois ne pas être clairement découpées : par exemple, certains voient des difficultés dans la séparation décision – mise-en-œuvre.
- L'ordre des séquences peut ne pas être systématique : une décision peut par exemple succéder à la mise en œuvre d'une autre politique publique.

L'approche moderne des « 3 i » connaît des détracteurs :

- Certains partisans des intérêts récusent la portée explicative aux idées, celles-ci n'étant pas réellement objectivables,
- Certains partisans des idées limitent la portée des intérêts des acteurs, pris dans des dynamiques structurelles hors de leurs contrôles.

Combiner ces deux approches peut donc apporter une complémentarité dans une analyse fine de la situation en vue de préparer l'émergence potentielle d'une action publique. Cela permet de repérer les points d'appui et les points de fragilité, les tendances négatives et les dynamiques positives.

Dans le cas présent, notre recherche nous permet de croire sérieusement à une prochaine mise en place d'une certification des ESP. Mais pas imminemment de façon généralisée. Cela commencerait par les « Centres de santé » : structures sanitaires de ville dispensant des soins de premier recours par des professionnels de santé salariés, dont les gestionnaires sont des associations, des mutualités, des régimes de sécurités sociales (MSA par exemple, Mutualité Sociale Agricole), des fondations, des collectivités territoriales ou des établissements de santé. En France, en 2017, il y en a 1750, regroupant principalement des infirmiers ou des dentistes. Seulement environ 500 d'entre eux sont des centres de santé polyvalents ou médicaux.

Puis cela s'étendra aux autres types d'organisations libérales ; mais avec vraisemblablement l'utilisation d'un autre terme que « certification » ; probablement « labellisation ». Celle-ci s'établirait par un grade, selon plusieurs niveaux. Un peu comme les hôpitaux (A-B-C-D-E) ou comme l'iso 26000 à propos de la Responsabilité Sociétale et Environnementale (Initial ; Progression ; Confirmé ; Exemplaire).

Le fait qu'il y ait une évaluation sur l'engagement à respecter un même référentiel identique pour toutes les organisations libérales, ne serait-ce pas le gage d'une recherche d'équité en santé ?

Mais avant d'en arriver là, nous avons vu en premier lieu que l'état de connaissance des PSL à la démarche qualité était relativement faible, et que l'intérêt à faire était peu perçu par les acteurs concernés, cela se traduisant par un risque important d'obstacle. La notion d'intérêts des ressortissants dans la publicisation de la certification qualité en ESP est ici alors une tendance négative à considérer en priorité. C'est pourquoi, plusieurs déterminants de réussite d'une éventuelle action publique peuvent être envisagés pour augmenter l'état de connaissance sur la démarche qualité, et faciliter l'acceptabilité à une certification qualité des ESP en développant la rationalité des acteurs et leurs intérêts :

Développer la formation à la démarche qualité dans les cursus initiaux et continus avec expérience pratique ; valoriser financièrement et de manière significative la progression observée par cette certification ; inciter au réinvestissement d'une partie de la rémunération ainsi gagnée dans l'outil de travail ; exclure les pénalités en cas de régression ; faire un référentiel simple et court, d'une dizaine d'indicateurs (exemples : staff hebdomadaire d'équipe sur les cas difficiles, système d'information qui fait de l'aide à la pratique et du retour d'expérience, telle procédure de consultation d'annonce pour les cas difficiles, un coordinateur de soins dans la structure qui s'occupe des malades chroniques les plus compliqué...) ; inscrire la certification qualité comme étant un outil utile au service de projets de santé concrets, de territoires ou populationnel,....

Cela renvoie à la question de savoir comment injecter des connaissances et des compétences en qualité au sein des ESP. Sur les correspondances de territoires entre GHT (Groupements Hospitaliers de Territoires) et CPTS, il pourrait y avoir un accompagnement de la part des ingénieurs qualité des établissements vers les libéraux ; mais les établissements seraient probablement réticents à fournir des ressources rares, et les libéraux pourraient y voir une ascendance de l'hôpital sur la ville. Il pourrait y avoir une mise à disposition de ressources qualité au niveau régional au travers des structures d'appui à la qualité comme en Auvergne-Rhône-Alpes le CEPPRAAL ou la FORAP (Fédération des Structures Régionales d'Appui pour la qualité et la sécurité des soins). Egalement, sur le même modèle que l'Education Thérapeutique du Patient (ETP), il pourrait y avoir, pour les coordinateurs d'ESP, une formation obligatoire (40 heures minimum pour l'ETP) pour obtenir des financements. L'action de ces coordinateurs pourrait rayonner sur plusieurs ESP.

Ensuite, en second lieu, par l'institutionnalisme historique, nous avons vu que la dépendance au sentier des médecins libéraux avait été allégée, rendant la perspective d'une décision sur une action publique plus accessible, et que le retour d'expérience pouvait être une source de définition d'un processus décisionnel.

Ainsi, par exemple, on pourrait s'inspirer de ce qui a été fait pour les nouveaux modes de rémunération : il faudrait commencer par une expérimentation en proposant une nouvelle

formule à des volontaires, sur un temps relativement court. Puis, on prolonge l'expérimentation ; le temps que les esprits mûrissent. On observe un changement dans les mentalités, une intégration dans la conscience collective suffisante. Au bout de quelques années, on rend l'expérimentation généralisable en proposant de l'incorporer dans la convention. Si l'hostilité des syndicats se révèle, on passe par le règlement arbitral pour l'imposer. Mais comme le temps passé a permis au terrain d'avoir une maturité sur le sujet suffisante, l'acceptation peut se généraliser relativement rapidement. L'accompagnement des expérimentations à la certification qualité des ESP pourrait se faire par des agents locaux, comme par exemple l'inter-URPS (s'il y en a une), ou le comité régional de la FFMPS.

Donc l'institutionnalisme historique nous révèle une tendance importante, à dynamique positive, sur laquelle capitaliser, d'autant plus qu'en troisième lieu, nous avons vu que le cadre référentiel était favorable à l'accueil d'une mise en œuvre de l'action publique. Au-delà de l'effet générationnel dans le secteur des libéraux, le référentiel tend à s'homogénéiser avec le référentiel global, avec un médiateur clairement identifié et moteur. Il faudrait alors continuer de favoriser les regroupements de libéraux, avec une structuration crédible par coordination et un partage réel de l'information. Il faudrait encourager le nivèlement des rapports hiérarchiques préexistants dans les professions de santé (médecins vs autres). Il faudrait développer la responsabilité des PSL à la considération territoriale et populationnelle. Il faudrait favoriser la place et le rôle du médiateur qu'est la FFMPS dans l'accompagnement au changement. Enfin, il faudrait que les évaluateurs comprennent le référentiel sectoriel, tout en étant issus d'une instance indépendante nationale¹, comme la HAS par exemple qui certifie les établissements de santé. Mais les ressources de celle-ci sont limitées, et il semble y avoir des retards dans les évaluations de certifications actuelles. La certification qualité de l'offre globale de santé devra-t-elle passer par une privatisation ?

Quoi qu'il en adviene, nous verrons très probablement arriver une « labélisation d'efficacité en santé populationnelle », de pertinence organisationnelle, pour les Centres de santé, les ESP et les CPTS. Mais il faudrait que ce soit une émergence par le bas, selon la logique ascendante « bottom-up », pour que la mise en œuvre soit efficace, et que les résultats escomptés soient obtenus. Cette recherche nous permet de penser que c'est donc par la finesse de petites touches instrumentales que l'action publique doit y concourir, tout en veillant à la pertinence du lien entre processus et finalité. Un exemple serait un nouveau statut juridique. Selon FX.Schweyer² : « Il faudrait que les équipes de soins primaires aient un statut légal, qui

¹ Selon FX.Schweyer : « La labellisation ne pourrait se faire par les ARS, car cela entraînerait un trop grand risque de variabilité régionale ».

² Docteur en sociologie, Professeur à l'EHESP, expert en sociologie de la santé, des professions, des organisations et du travail. Dans le cadre d'un entretien pour cette recherche.

transformerait les conditions d'exercice libéral. Le statut de SISA n'est pas suffisant, pas assez fort, pour permettre une reconnaissance "établissement" ».

Cependant, si cette recherche illustre la pertinence de la certification qualité des ESP, si elle a le mérite de questionner sur l'anticipation d'efficience dans l'émergence de l'action publique par une considération systémique, et si elle permet de tester un modèle d'analyse combinatoire original, elle présente néanmoins des fragilités indéniables.

Tout d'abord, sur le sujet pratique, l'utilité – la pertinence – l'efficacité concrète de la certification qualité des établissements de santé n'a pas été démontrée, et les gains potentiels de sa retranscription en ville n'ont pas été clairement abordés. Ce serait un sujet de recherche à part entière qu'il serait intéressant d'étudier.

Ensuite, et principalement, l'approche théorique peut être vue comme étant naïve. Les points évoqués n'ont pas pu être travaillés en profondeur, et la significativité des résultats peut être discutée. En outre, pour être pleinement pertinente, l'analyse aurait dû considérer d'autres constituants des « 3 i », comme les paradigmes par exemple. Ils auraient pu éventuellement apporter des éclairages complémentaires ou contradictoires. Egalement, dans le fait de lier les « 3 i » au « triptyque séquentiel », la détermination des couples composants n'est pas suffisamment justifiée, et d'autres mariages auraient pu probablement être pertinents, comme « Processus décisionnel et Idées par coalitions de causes ».

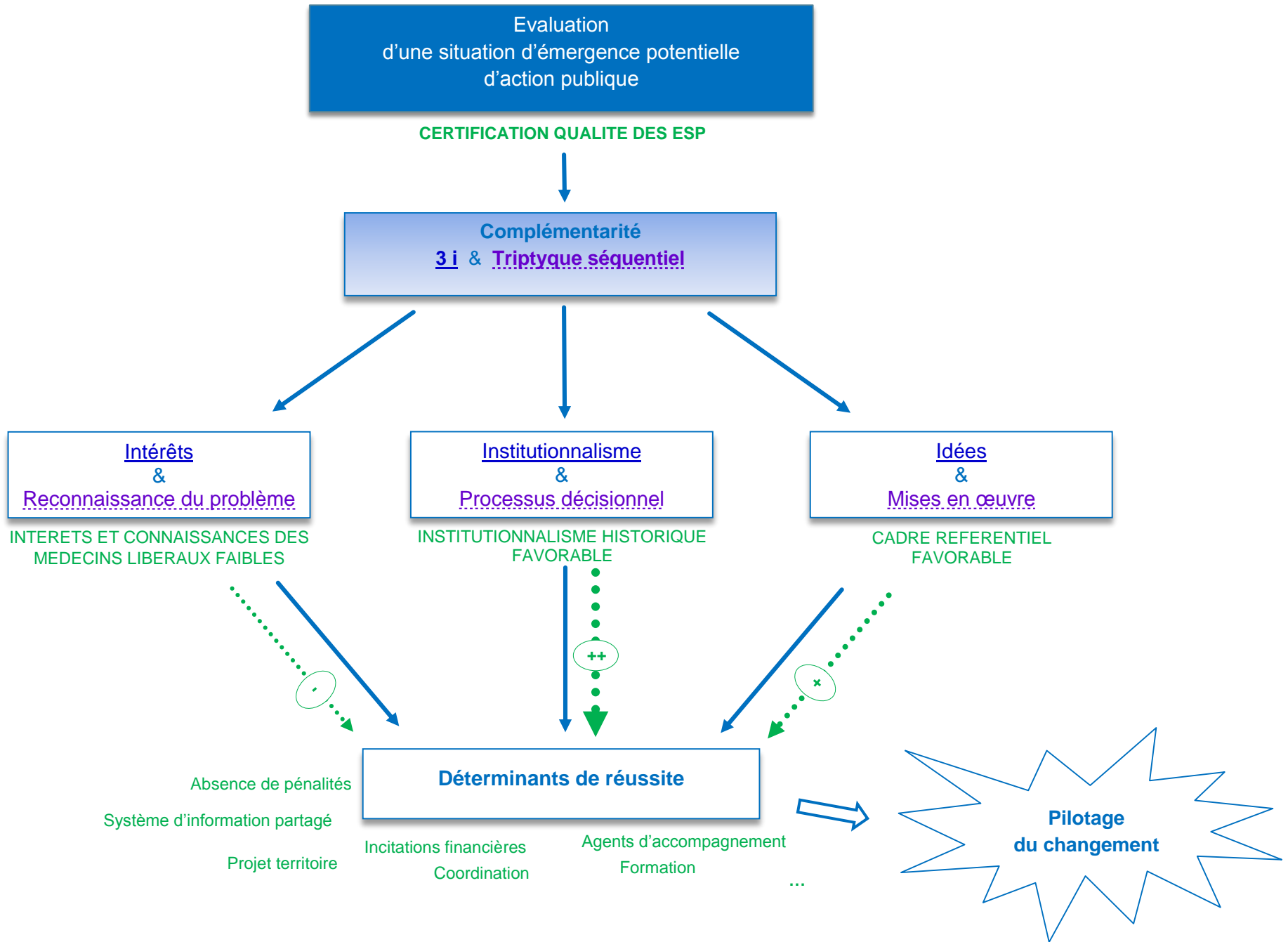
Néanmoins, cette recherche et les résultats observés dans notre perception de l'institutionnalisme historique, peut être vu comme un élément allant dans le sens des travaux de Kathleen Thelen quand elle fait le lien entre intérêts et institutions, et où ces dernières peuvent opérer « *comme des ressources stratégiques pour les acteurs qui réagissent à un changement du contexte politique et/ou économique, offrant de nouvelles opportunités ou lançant de nouveaux défis* »¹.

Enfin, parmi tous ces « i », celui relatif à l'intelligence n'apparaît pas suffisamment. Nous avons vu le poids des intérêts égoïstes des acteurs, le poids des institutions sur les acteurs, le poids des idées, des paradigmes et des matrices cognitives et normatives sur les acteurs, mais l'intelligence² des acteurs et l'intelligence collective peuvent éventuellement transcender ces poids et ces sujétions.

Ne pouvons-nous pas croire en la capacité des acteurs de conception ou de mise en œuvre de politiques publiques en santé à faire preuve de réflexivité ?

¹ B.Palier et Y.Surel, « *Les « trois I » et l'analyse de l'État en action* », Revue française de science politique, 2005/1 Vol. 55

² D'après Laurent Marty, Anthropologue de la santé, dans le cadre d'un entretien pour cette recherche.



7 ABLE DES MATIÈRES.

REMERCIEMENTS.....	4
SOMMAIRE.....	5
GLOSSAIRE.....	6
INTRODUCTION.....	7
PARTIE 1 ; THÉORIE.....	14
1.1. Contextualisation.....	15
1.1.1. Question de recherche.....	15
1.1.2. Hypothèses.....	18
1.2. Approche moderne : les « trois i ».....	20
1.2.1. Les Intérêts.....	20
1.2.1.1. L'individualisme.....	20
1.2.1.2. La coopération.....	20
1.2.2. Les Institutions.....	22
1.2.2.1. Institutionnalisme historique.....	23
1.2.2.2. Institutionnalisme sociologique.....	23
1.2.3. Les idées.....	25
1.2.3.1. Les paradigmes.....	25
1.2.3.2. Les coalitions de causes (Advocacy coalition framwork : AFC).....	26
1.2.3.3. Les référentiels.....	27
PARTIE 2 ; MÉTHODOLOGIE.....	30
2.1 Quantitatif.....	31
2.1.1 Modalités.....	31
2.1.2 Observations.....	32
2.2 Qualitatif.....	34
2.2.1 Groupes de discussion.....	34
2.2.1.1. FFMPS.....	34
2.2.1.2. CN-URPS ML.....	34
2.2.2 Entretiens.....	35
PARTIE 3 ; RÉSULTATS.....	37
3.1 Question de recherche.....	38
3.1.1 Questionnaire.....	38
3.1.2 Entretiens.....	38
3.2 Hypothèses.....	43
3.2.1 Intérêts des acteurs & reconnaissance du problème.....	43
3.2.1.1 Niveau de connaissances sur le problème.....	43
3.2.1.2 Les intérêts des acteurs.....	48
3.2.2 Institutionnalisme historique & processus décisionnel.....	50
3.2.3 Idées par les référentiels & mise en œuvre.....	53

3.2.3.1	Secteurs.....	53
3.2.3.2	Référentiels.....	54
3.2.3.3	Médiateurs	57
CONCLUSION.....		59
TABLE DES MATIÈRES.....		66
BIBLIOGRAPHIE.....		68
ANNEXES.....		69
RÉSUMÉ.....		71

BIBLIOGRAPHIE.

- P.Muller, « *Que sais-je : Les politiques publiques* », PUF, 2015
- P.Hassenteufel, « *Sociologie politique : l'action publique* », 2ème édition, 2011, Armand Colin
- H.Bergeron et P.Castel, « *Sociologie politique de la santé* », 2014, Puf
- D.Kübler et J.de Maillard, « *Analyser les politiques publiques* », Pug, 2009
- L. Boussaguet, S.Jacquot, P.Ravinet, « *Dictionnaire des politiques publiques* », Paris, Presses de la Fondation nationale des sciences politiques, 2004
- B.Jobert, P.Muller, « *L'État en action. Politiques publiques et corporatismes* », Paris, Puf, 1987
- D.Durand, « *Que sais-je : La systémique* », PUF, 2013
- B.Palier et Y.Surel, « *Les « trois I » et l'analyse de l'État en action* », Revue française de science politique, 2005/1 Vol. 55
- S.Paugam, « *L'intégration inégale. Force, fragilité et rupture des liens sociaux* », Presses universitaires de France, coll. « Le lien social », 2014,
- C.Dupuy, C.Ledoux, J.Pollard, « *L'analyse cognitive et normative des politiques publiques* », SES plurielles
- H.Bergeron, Y.Surel, J.Valluy. « *L'Advocacy Coalition Framework. Une contribution au renouvellement des études de politiques publiques ?* ». Politix, vol. 11, n°41, 1998. pp. 195-223
- P.Lascoumes, P.Le Galès, « *Gouverner par les instruments* », SciencesPo Les Presses
- O.Borraz, V.Guiraudon, « *Politiques publiques 2, Changer la société* », SciencesPo Les Presses
- B. Palier, « *Les réformes de l'Etat-providence* », Broché, 2014
- Alliance pour la recherche sur les politiques et les systèmes de santé, « *Pour une approche systémique du renforcement des système de santé* », OMS 2009
- Les Echos études, « *La cartographie du système de santé français* », 2016
- Baromètre Ipsos pour HAS « *Perception de la certification des établissements de santé par les professionnels de santé et les représentants des usagers* », 2012

*A*NNEXES.

Ce questionnaire, anonyme, s'inscrit dans le cadre d'un mémoire de recherche en sciences sociales pour un étudiant en master. Merci de bien vouloir prendre quelques secondes pour le remplir :

**18 questionnaires remplis,
Dont 1 inexploitable.
Etude sur 17 questionnaires exploitables**

1. Etes-vous un professionnel de santé ?
Oui : 82 % - Non : 18 %
2. Travaillez-vous dans une maison ou un pôle de santé pluridisciplinaire, en ville ?
Oui : 100 % - Non : 0 %
3. Avez-vous déjà travaillé en établissement de soins ?
Oui : 65 % - Non : 35 %
4. De quelle façon diriez-vous que le lien ville-hôpital évolue ?
Il se développe : 65 % - Il stagne : 35 % - Il régresse : 0 %
5. Connaissez-vous la norme « ISO 9000 » ou la « V2014-HAS » ?
Très bien : 0 % - Plutôt bien : 12 % - Un peu : 35 % - Pas du tout : 53 %
6. Savez-vous ce qu'est le « Management par la qualité » ?
Très bien : 0 % - Plutôt bien : 30 % - Un peu : 35 % - Pas du tout : 35 %
7. Diriez-vous que votre structure est engagée dans une démarche qualité ?
Tout à fait d'accord : 17,5 % - Plutôt d'accord : 65 % - Pas d'accord : 17,5 % - Pas du tout d'accord : 0 %
8. Connaissez-vous le « référentiel d'analyse et de progression des regroupements pluriprofessionnels de soins primaires » de la HAS ?
Oui, très bien : 12 % - Oui, plutôt bien : 23 % - Oui, un peu : 30 % - Pas du tout : 35 %
 - Si oui, diriez-vous que ce référentiel est mis en œuvre dans votre structure ?
Oui, tout à fait d'accord : 0 % - Oui, plutôt d'accord : 64 % - Pas d'accord : 18 % - Pas du tout d'accord : 18 %
 - Si oui, êtes-vous favorable à ce référentiel ?
Tout à fait favorable : 27 % - Plutôt favorable : 73 % - Pas vraiment favorable : 0 % - Pas du tout favorable : 0 %
9. Pensez-vous que s'engager dans une démarche qualité permet une meilleure prise en charge des patients ?
Tout à fait d'accord : 59 % - Plutôt d'accord : 29 % - Pas d'accord : 12 % - Pas du tout d'accord : 0 %
10. Souhaiteriez-vous que votre structure suive un référentiel adapté de démarche qualité ?
Tout à fait d'accord : 35 % - Plutôt d'accord : 53 % - Pas d'accord : 12 % - Pas du tout d'accord : 0 %
11. Souhaiteriez-vous une validation de bonne conformité de la démarche qualité de votre structure ?
Tout à fait d'accord : 29 % - Plutôt d'accord : 53 % - Pas d'accord : 12 % - Pas du tout d'accord : 6 %
12. Une certification officielle de démarche qualité serait-elle une bonne chose pour votre structure ?
Tout à fait d'accord : 0 % - Plutôt d'accord : 76,5 % - Pas d'accord : 23,5 % - Pas du tout d'accord : 0 %
13. Pour vous, qu'est-ce qu'une démarche qualité ? Quels sont les critères d'évaluation de la performance ?

14. Selon vous, quels sont les obstacles à la mise en place d'une certification officielle de votre structure ?

RÉSUMÉ.

A l'heure du virage ambulatoire et du développement du lien ville-hôpital, de la prise en charge globalisée et du parcours patient décloisonné, de la recherche de pertinence généralisée des soins et de l'essor des organisations libérales financées partiellement par l'Etat, pourquoi n'y-a-t-il toujours pas de « certification » qualité pour les structures de villes regroupant des professionnels de santé libéraux, alors que les établissements de santé publics et privés en ont une ?

Dans ses premiers résultats, cette recherche va nous prouver la pertinence de notre postulat de départ : il devrait y avoir une « certification » qualité des Equipes de Soins Primaires.

La suite va nous éclairer sur ce qui empêcherait sa mise en place. En combinant l'approche moderne d'analyse de l'action publique dite « 3 I » à l'approche classique dite « triptyque séquentiel », et en associant ainsi : intérêts des acteurs & reconnaissance du problème - institutionnalisme historique & processus décisionnel - idées & mise en œuvre, nous pensons pouvoir évaluer les dynamiques de tendances liées à l'émergence d'une action publique et identifier des déterminants de réussite.

Mots clés : équipe de soins primaires – professionnels de santé libéraux - démarche qualité – certification – trois i – triptyque séquentiel – complémentarité d'approches - émergence de l'action publique