



HAL
open science

L'organisation de l'offre de soins par la CPTS de Grenoble : vers une amélioration de l'accès aux soins via la création d'un Observatoire de la santé publique

Inès Zaaboub

► To cite this version:

Inès Zaaboub. L'organisation de l'offre de soins par la CPTS de Grenoble : vers une amélioration de l'accès aux soins via la création d'un Observatoire de la santé publique. Sociologie. 2023. <dumas-04453119>

HAL Id: dumas-04453119

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04453119v1>

Submitted on 3 Apr 2024

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.



HAL Authorization



ZAABOUB Inès

L'organisation de l'offre de soins par la CPTS de Grenoble : vers une amélioration de l'accès aux soins via la création d'un Observatoire de la Santé Publique

Mémoire de Master 2
Spécialité Sciences Sociales
Parcours Evaluation et Management des Politiques Sociales
Année universitaire 2022-2023

Tuteur universitaire : Valérie FARGEON
Tuteur d'entreprise : Claire GUICHOU

« L'Université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les travaux universitaires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs. »

Remerciements

Ce travail a été effectué dans le cadre de la formation Master 2 – Sciences Sociales – parcours Evaluation et Management des Politiques Sociales (EMPS) réalisée à la Faculté d'Économie de l'Université Grenoble-Alpes.

Ce présent mémoire est le fruit de nombreuses heures de travail dont la finalité n'aurait pas été possible sans la participation de nombreuses personnes. Ces quelques mots sont ainsi adressés à ceux et celles qui m'ont aidé, de près ou de loin, dans l'élaboration de mon mémoire.

*Je tiens tout d'abord à remercier **Valérie FARGEON**, ma tutrice universitaire, pour avoir accepté la promotion de ce mémoire et pour m'avoir encadré, orienté et conseillé dans la réalisation de celui-ci. Je remercie par la même occasion l'équipe pédagogique et administrative du Master 2 EMPS pour les efforts fournis afin d'assurer une formation de qualité aux étudiant.e.s.*

*Un grand merci à l'équipe salariée et au bureau de la CPTS de Grenoble pour m'avoir accueilli au sein de la structure dans le cadre de l'alternance. En premier lieu, mes sincères remerciements à **Claire GUICHOU**, tutrice professionnelle et directrice de la CPTS de Grenoble, pour avoir partagé ses connaissances et expériences, tout en m'accordant sa confiance et une large indépendance dans l'exécution de missions valorisantes. Mes remerciements également à **Margot DERIU**, assistante administrative en contrat d'alternance à la CPTS de Grenoble, pour avoir rendu cette expérience plus belle.*

*Ensuite, je voudrais adresser ma profonde gratitude à **Kévin MARGOTTAT**, président de l'association, **Déborah CADAT VANDERMARLIERE**, co-présidente, et **Julie FAURE**, trésorière, pour le partage de leurs savoirs, qui m'ont beaucoup aidé à comprendre les problématiques rencontrées dans le système de santé.*

Aussi, je tiens à témoigner toute ma reconnaissance aux personnes suivantes :

***Julien REYSZ** pour m'avoir encadré, orienté et conseillé, tout au long de l'année, dans la réalisation de mon mémoire. Sa disponibilité, ses conseils avisés, ses connaissances et ses expériences ont largement contribué à alimenter ma réflexion.*

*Aux chercheur-euse.s universitaires qui ont relu et corrigé le questionnaire réalisé, soit **Valérie FARGEON, Julien REYSZ, Héléna REVIL, Claire PERRIN, Raymond MERLE et Christophe PISON.***

Aux professionnel.le.s de santé grenoblois.e.s ayant participé aux phases de préparation, de conduite et de mise en œuvre de l'enquête. Aux médecins généralistes grenoblois.e.s ayant accepté de participer à l'enquête et de partager leurs inquiétudes.

***Odile CAMPOROTA**, orthophoniste, pour ses relectures et corrections ainsi que ses précieux conseils de rédaction.*

*Ma famille, en particulier mes parents, pour leur soutien et leurs sacrifices, qui m'ont permis de mener à terme ce travail dans les meilleures conditions. Merci à ma mère, **Fatima ZAABOUB**, sans qui rien n'aurait été possible.*

*Mes ami.e.s, **Eva ROCHY, Maxime GAUTHIER, Jeremy SAPORITO et Rémi SAPORITO** pour leurs encouragements et leur soutien sans faille.*

Table des matières

Remerciements.....	3
Liste des graphiques, tableaux, cartes et figures.....	8
Introduction.....	14
Partie 1. Des origines du système de santé français à ses limites : un système sous tensions ?.....	21
Section 1. De la mise sur agenda politique du concept de santé publique à la mise en place d'un système de santé.....	22
A) La santé publique comme nouvelle préoccupation de l'Etat moderne dans les sociétés occidentales.....	22
1. La naissance de la médecine sociale comme point de départ.....	23
2. Une prévoyance collective face à ces risques : l'émergence de systèmes de protection sociale.....	24
3. L'organisation progressive d'un système de santé en France.....	26
B) L'organisation du système de santé français : les différent.e.s acteur.trice.s et niveaux de pilotage.....	27
1. Au niveau national : le pilotage par les politiques publiques.....	28
2. Au niveau régional : application et adaptation des décisions nationales... ..	29
3. Au niveau local : des acteur.trice.s de santé sur les territoires.....	32
C) Le financement du système de santé : entre bien public et bien privé.....	33
1. Les différent.e.s acteur.trice.s qui financent le système de santé.....	34
2. Les dépenses de santé : modes de financement et évolutions.....	35
3. Des dépenses en hausse : un système en tensions ?.....	38
Section 2. Des difficultés accrues en termes d'accès aux soins : un système en souffrance ?.....	43
A) Un état de santé général de la population française favorable.....	43
1. Une hausse de l'espérance de vie à la naissance et à 65 ans.....	43
2. Une hausse de l'espérance de vie sans incapacités à la naissance et à 65 ans.....	45
3. La baisse du taux de mortalité.....	47
B) ... mais des inégalités sociales et territoriales de santé grandissantes.....	50
1. Une demandes de soins en constante augmentation : deux facteurs explicatifs.....	50
2. Une offre médicale insuffisante et territorialement disparate : des inégalités territoriales de santé.....	52
3. Une France marquée par des inégalités sociales de santé.....	56
C) Une fracture sociale et territoriale qui questionne l'accès aux soins.....	59
1. Le renoncement aux soins comme conséquence de l'imbrication de ces inégalités.....	59
2. Les questionnements éthiques autour de la notion d'accès aux soins..	62
3. L'accès aux soins, un problème public progressivement saisi par l'Etat...	

Partie 2. De la nécessité de (ré)organiser le système de santé française en innovant à la création des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS)..... 70

Section 1. La mise sur agenda politique de la nécessité de (ré)organiser le système de santé français..... 71

A) Repenser l'organisation des soins : l'évolution vers une prise en charge centrée sur les soins primaires..... 71

1. De l'hospitalo-centrisme au virage ambulatoire : la place de la médecine de ville dans le système de santé français..... 72

2. Les soins primaires et leur rôle dans la réduction des inégalités de santé : définitions et éléments de compréhension..... 75

3. Le rôle pivot du médecin généraliste dans l'offre de soins primaires : la création du statut de médecin traitant..... 78

B) La réorganisation de l'offre de soins primaires comme principal objectif des pouvoirs publics..... 81

1. De la période pléthore à la période de pénurie : construction d'un problème public..... 82

2. Le rôle des acteur.trice.s politiques dans l'élargissement du débat..... 84

3. La territorialisation de l'offre de soins primaires..... 86

4. La mobilisation des acteur.trice.s dans la promotion et le développement du travail pluriprofessionnel..... 88

C) Les structures de soins coordonnés : des innovations sociales en santé pour améliorer l'accès aux soins..... 90

1. L'innovation sociale en santé : définitions et éléments de compréhension..... 90

2. L'essor des structures d'exercice coordonné : des innovations qui renouent avec la médecine sociale ?..... 92

3. Les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) comme une innovation sociale en santé : l'apport par rapport à l'existant 95

a) Les CPTS : cadre, missions et fonctionnement..... 95

b) Les CPTS : une approche populationnelle, coordonnée et territorialisée..... 99

c) Un espace qui favorise la collaboration interprofessionnelle en santé 101

Section 2. La CPTS de Grenoble : améliorer l'accès aux soins par l'innovation sociale territorialisée et collaborative..... 106

A) La création d'un Observatoire de la santé publique (OSP) par la CPTS de Grenoble : un enjeu de production de connaissances..... 106

1. Une association nouvelle et novatrice..... 106

2. Le projet de santé (2022-2026) de la CPTS de Grenoble : un enjeu majeur en termes d'accès aux soins..... 109

3. L'OSP comme une expérimentation de l'innovation sociale en santé : une approche populationnelle, collaborative et territorialisée..... 112

B) L'état des lieux des médecins généralistes exerçant sur Grenoble : un travail collectif et collaboratif interprofessionnel..... 115

1. L'objectif initial : répondre à une mission inscrite dans l'ACI.....	115
2. L'intégration du volet qualitatif : le résultat d'une réflexion collective interprofessionnelle.....	117
3. La validation finale de l'enquête : un travail collaboratif interprofessionnel.....	119
C) Préparation, conduite et mise en oeuvre de l'enquête : note méthodologique.....	122
1. S'adapter aux spécificités des médecins généralistes : le processus réflexif.....	122
2. La phase de préparation : de la création à la passation des questionnaires.....	125
3. La phase de conduite de l'enquête : les difficultés rencontrées et la mise en place d'une enquête complémentaire.....	127
4. Les premiers résultats de l'enquête : les craintes et attentes des médecins généralistes du territoire.....	131
Conclusion.....	135
Bibliographie.....	139
Webographie.....	149
Annexes.....	150
Annexe n°1 : Présentation du questionnaire initial relatif à l'état des lieux des MG.	150
Annexe n°2 : Présentation de notre principal questionnaire relatif à l'état des lieux et l'exposition aux risques psychosociaux.....	158
Annexe n°3 : Présentation du questionnaire 2 relatif à l'évaluation de l'état de santé physique et psychique des MG.....	203
Annexe n°4 : Courrier de mobilisation envoyé aux MG.....	230
Annexe n°5 : Questionnaire de l'enquête complémentaire.....	233
Résumé.....	236
Abstract.....	237

Liste des graphiques, tableaux, cartes et figures

Graphiques :

- **Graphique n°1** : Evolution des prestations sociales entre 2020 et 2021
- **Graphique n°2** : Évolution globale du risque maladie et contributions de ses différentes composantes (en %).
- **Graphique n°3** : Solde, dépenses et recettes de la protection sociale en points de PIB de 1959 à 2020
- **Graphique n°4** : Risque standardisé de développer une maladie chronique selon le dixième de niveau de vie et la catégorie de maladie
- **Graphique n°5** : Délai médian d'obtention d'un RDV selon le type de commune (en nombre de jours) - 2017
- **Graphique n°6** : Processus de création d'une CPTS

Tableaux :

- **Tableau n°1** : Tableau récapitulatif des évolutions de l'espérance de vie à la naissance en France de 1960 à 2021
- **Tableau n°2** : Tableau récapitulatif des évolutions de l'espérance de vie à 65 ans en France de 1960 à 2021
- **Tableau n°3** : Tableau récapitulatif des évolutions de l'EVSI à la naissance en France et dans l'UE-27 de 1995 à 2020
- **Tableau n°4** : Tableau récapitulatif des évolutions de l'EVSI à 65 ans en France et dans l'UE-27 entre 2008 et 2020
- **Tableau n°5** : tableau récapitulatif de l'évolution du taux de mortalité pour 100 000 habitant-e-s en France et dans l'UE-28 entre 2000 et 2017
- **Tableau n°6** : Part des personnes déclarant une maladie ou un problème de santé chronique ou durable selon l'âge et les conditions de vie du ménage en 2018.
- **Tableau n°7** : Les principales missions des CPTS
- **Tableau n°8** : Niveau de maturité des CPTS du territoire
- **Tableau n°9** : Présentation des caractéristiques des 3 questionnaires

- **Tableau n°10** : Présentation des avantages et inconvénients des différents scénarios envisagés
- **Tableau n°11** : Méthodologie de mobilisation des MG
- **Tableau n°12** : Récapitulatif de la réalisation et de la mise en oeuvre de l'enquête à destination des MG

Cartes :

- **Carte n°1** : Taux standardisés de mortalité en 2017 pour 100 000 personnes
- **Carte n°2** : Estimations de population par sexe et âge au 1^{er} janvier 2023 : comparaisons départementales
- **Carte n°3** : Densité de médecins pour 100 000 habitant.e.s au 1er janvier 2022
- **Carte n°4** : Part des médecins âgé.e.s de 55 ans et plus au 1er janvier 2022

Figure :

- **Figure n°1** : Écologie des soins médicaux selon Green, dite «Carré de Green»

Liste des abréviations, sigles et acronymes

ACI	Accord Conventionnel Interprofessionnel
ALD	Affection de Longue Durée
AME	Aide Médicale d'Etat
APL	Accessibilité Potentielle Localisée
ARH	Agences Régionales sur l'Hospitalisation
ARS	Agence Régionale de Santé
CARPEC	Commission d'Appui Régional à l'Exercice Coordonné
CARSAT	Caisses d'assurance retraite et de la santé au travail
CDS	Centre De Santé
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
Cleiss	Centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale
CNCDH	Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPTS	Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
Cram	Caisses régionales d'assurance-maladie
CSS ou C2S	Complémentaire Santé Solidaire
Ddass	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
Drass	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
Drees	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

EHESP	Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
EHPAD	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EPS	Équipe de Soins Primaires
ETP	Education Thérapeutique du Patient
EVSI	Espérance de vie sans incapacités
FIR	Fonds d'Intervention Régional
GT	Groupe de Travail
GRSP	Groupements régionaux de santé publique
HAD	Hospitalisation à domicile
HAS	Haute Autorité de Santé
HCSP	Haut Conseil de la Santé Publique
HPST	Hôpital, Patients, Santé et Territoires
Ined	Institut national d'études démographiques
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
ISS	Inégalités sociales de santé
ISTS	Inégalités sociales et territoriales de santé
LFSS	Loi de financement de la sécurité sociale
MG	Médecin Généraliste
MRS	Missions Régionales de Santé
MSP	Maison de Santé Pluriprofessionnelle
MT	Médecin Traitant
NPM	New Public Management
OCDE	Organisation de Coopération et de Développement Économiques
ODENORE	Observatoire des non-recours aux droits et aux services
OMS	Organisation Mondiale de la Santé

Ondam	Objectif national de dépenses d'assurance maladie
OSP	Observatoire de la santé publique
PASS	Permanence d'accès aux soins de santé
PIB	Produit Intérieur Brut
PRS	Projet Régional de Santé
PS	Professionnel.le.s de santé
QPV	Quartiers prioritaires de la politique de la ville
ROSP	Rémunération sur objectifs de santé publique
R&D	Recherche et développement expérimental
SAMU	Service d'aide médicale d'urgence
SAS	Service d'Accès aux Soins
SMUR	Service mobile d'urgence et de réanimation
SNP	Soins Non Programmés
T2A	Tarifcation à l'activité
UE	Union Européenne
URPS	Union Régionales de Profession de Santé
Uncam	Union nationale des caisses d'assurance maladie
Urcam	Unions régionales des caisses d'assurance-maladie

« Chaque pays, en fonction de son système de soins choisit ses morts »

Arnold Allan Lazarus

Introduction

La santé et l'accès aux soins sont des principes et des droits affirmés dans de nombreux textes, tels que le Préambule de la Constitution (1946), la Constitution (1958), l'Avis du Conseil national d'éthique ou encore la Commission nationale consultative des droits de l'Homme. Concept complexe, la santé ne se laisse pas approcher par une seule mesure ou une seule dimension mais dépend de nombreux facteurs aussi bien individuels que collectifs (Drees, 2022). Dans le Préambule à la Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé qui s'est tenue à New-York du 19 au 22 juin 1946, la santé est définie comme « *un état de complet bien-être physique, social et mental, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ». En ce sens, la santé est envisagée au sens large avec une approche introduisant les ressentis subjectifs. Cette nouvelle approche théorique de la santé élargit sa signification en prenant en compte les ressentis subjectifs. Elle représente ainsi une rupture avec la conception traditionnelle biomédicale de la santé, la rendant alors révolutionnaire. En effet, cette définition s'éloigne de la perspective négative de la maladie et reconnaît davantage la santé comme un mode de vie spécifique, avec ses indicateurs corporels, ses marqueurs et ses sensations personnelles. Cette approche socio-médicale ouvre la voie à une reconnaissance du bien-être subjectif en tant qu'indicateur de santé (A. Klein, 2012).

Selon l'OMS (Rapport de la Commission sur les déterminants sociaux de la santé, 2009), ce qui produit de la santé sont « *les circonstances dans lesquelles les personnes naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie* ». Par conséquent, l'OMS réaffirme la place et le rôle des systèmes de santé comme étant d'une importance capitale. Dans son rapport intitulé "Des systèmes de santé renforcés sauvent plus de vies" (2005), l'OMS définit les systèmes de santé comme « *la totalité des organisations, institutions et ressources consacrées à la production d'actions visant principalement à améliorer, maintenir ou restaurer la santé* ». Allant au-delà du système de soins, le système de santé relève en effet de choix politiques, d'une conception morale et éthique de la santé ainsi que du bien-être d'une population. Selon Lévy (1975 in V. Fargeon, 2014), le système de santé est la mise en relation de trois sous-systèmes : un système population (des états de santé), un système de couverture maladie et un système de production et de distribution des soins. Bien que les principes d'organisation soient différents, la plupart des systèmes de santé nationaux sont composés d'un secteur public, d'un secteur

privé et d'un secteur traditionnel ou informel. La combinaison entre ces secteurs donne au système une orientation plus ou moins libérale, plus ou moins sociale et équitable, selon les choix effectués.

La France a réussi à mettre en place un système de santé réputé « *performant* », auquel les français.e.s sont attaché.e.s (M. Monconduit, 2016), qui est le résultat d'un long processus historique. Cette réputation fait écho à des études internationales, menées par l'Union Européenne (UE), l'Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE) ou encore l'Organisation Mondiale de Santé (OMS). C'est notamment l'OMS qui avait établi un indice de performance en 2000 afin de comparer les systèmes de santé du monde. L'indicateur qu'il a construit définit un système de santé considéré comme « *bon* » lorsque le pays garantit un bon niveau de santé général, une distribution la plus équitable possible de la bonne santé dans la population, une réactivité du système de soins recouvrant le respect et la dignité de la personne, la rapidité et la coordination des différents soins ainsi qu'une répartition équitable de son financement. La France se place ainsi parmi les pays ayant un bon système de santé, position qui s'appuie largement sur la mise en place d'un système de protection sociale, issu des ordonnances de 1945, qui a permis le développement de la Sécurité sociale. Ce système est accessible à toutes et à tous grâce à la combinaison entre les régimes d'assurance maladie obligatoire, les régimes complémentaires ainsi que les dispositifs de solidarité, comme la C2C (Complémentaire Santé Solidaire).

Toutefois, la France est aujourd'hui confrontée à un certain nombre de défis, comme l'ensemble de ses homologues des pays dits « développés » ou « industrialisés ». Au cours des années 2000, la santé est devenue une des priorités majeures des français.e.s dans leurs attentes concernant la société. Elle a même investi le champ politique pour devenir un des enjeux de leur vote notamment lors des élections présidentielles (G. Silman, 2009). Très récemment, la pandémie de la COVID-19, a placé les systèmes de santé dans une tension extrême et a contribué à révéler en partie leur fragilité. Bien que les progrès globaux de l'état de santé général soient indiscutables, ces difficultés grandissantes traduisent une certaine dégradation, voire inadaptation, de notre système de santé français.

C'est notamment en termes d'accès aux soins que des problématiques majeures ont vu le jour. L'OMS définit l'accès aux soins comme la capacité des personnes à recevoir des soins quand ils sont nécessaires et au bon endroit. Nous nous inscrivons dans cette acception large, où l'accès aux soins concerne aussi bien les soins préventifs, curatifs de réadaptation,

palliatifs ou encore de longue durée. Aussi, l'accès aux soins inclut l'accessibilité géographique, l'accessibilité financière, l'accessibilité sociale et l'accessibilité organisationnelle (V. Fargeon & M. Brunat, 2015). Aujourd'hui, l'accès aux soins est au cœur des débats politico-médiatique et source d'inquiétudes. Pour illustrer ce propos, le 2 septembre 2022, la commune française d'Evron (Mayenne) a connu une file d'attente de plus de 120 personnes venues s'inscrire auprès d'un.e nouveau.elle médecin traitant, et ce, dès le premier jour. Cette situation dramatique n'est que le reflet des difficultés croissantes d'accès aux soins que connaît la France depuis plusieurs décennies. En effet, en France, plus d'un dixième de la population (11,1 %), soit 7,4 millions de personnes, vit dans une commune où l'accès à un.e médecin généraliste est limité en 2018, contre 7,6 % en 2012 (Observatoire-Place de la Santé, 2020). Cette même étude démontre et affirme que « *sans mesures fortes sur l'organisation des soins, des pouvoirs publics ou par les professions de santé, l'accroissement des inégalités est inéluctable* ». Autrement, l'organisation de l'offre de soins a un effet sur la réduction des inégalités de santé et sur l'accès aux soins. C'est pourquoi dans ce mouvement national, voire mondial, la question de l'échelle d'observation est centrale. L'organisation du système de santé français n'est pas adaptée aux défis auxquels il est confronté. Face à ces problématiques, les pouvoirs publics affichent une volonté de moderniser, voire de transformer, l'organisation du système de santé français. Cette volonté se traduit par la mise en place de lois notamment la loi HPST (Hôpital, Patients, Santé et Territoires), promulguée le 21 juillet 2009, qui vient réorganiser en profondeur l'organisation et la planification des politiques de santé, ou encore la loi de modernisation de notre système de santé, promulguée le 26 janvier 2016. La loi santé adoptée par le Parlement le 16 juillet 2019 vise à instaurer un système de santé mieux organisé dans les territoires, traduisant clairement la mise sur agenda politique de la problématique de l'accès aux soins.

La stratégie nationale Ma santé 2022 a été annoncée par Emmanuel Macron, président de la République, en septembre 2018, proposant une vision d'ensemble des réponses globales aux défis auxquels est confronté le système de santé français. L'objectif de ce projet est de repenser l'organisation des soins en évoluant vers une prise en charge centrée sur les soins primaires. Devenu le principal objectif des pouvoirs publics, la réorganisation de l'offre de soins primaires vise à favoriser une meilleure organisation des professionnel.le.s de santé, qui devront travailler ensemble et mieux coopérer au service de la santé des patient.e.s. Il est établi que l'exercice isolé traditionnel - c'est-à-dire d'un.e professionnel.le de santé seul.e dans son cabinet - doit devenir exceptionnel, tandis que la coordination, les pratiques

collectives ainsi que le travail en équipe interprofessionnelle doivent progressivement devenir la pratique générale. Par conséquent, une transformation de l'exercice en ville des professionnel.le.s de santé se profile. L'évolution actuelle du système de santé français et les nombreux défis auxquels il est confronté confèrent un rôle central à l'innovation en santé. En effet, au niveau international, dynamiser l'innovation en santé, dans l'objectif d'améliorer la qualité des soins et de réduire les coûts, devient un enjeu majeur. En France, l'évolution des modes d'action publique en santé est réaffirmée dans la loi de 2016 ainsi que la Stratégie nationale de santé avec une place importante accordée à l'innovation. Un peu plus tard, l'article 51 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2018 réaffirme également cette volonté politique. L'innovation sociale en santé est définie comme étant un processus dynamique qui vise à améliorer l'efficacité, la qualité et l'accessibilité des soins de santé, ainsi qu'à répondre aux besoins émergents de la population. Plus précisément, l'OMS (2020) propose une définition en trois temps : les innovations en santé « *sont des politiques, systèmes, produits ou technologies de santé nouveaux ou bonifiés qui améliorent la santé ou le bien-être des individus (1), répondent à des besoins non comblés par de nouvelles façons de penser et de travailler, en mettant l'accent sur les besoins des populations vulnérables (2), ont pour objectif de créer de la valeur en améliorant l'efficacité, la qualité, la durabilité, la sécurité et/ou l'accessibilité des soins de santé (3).* ». Fortement encouragées, de nombreuses innovations structurelles, organisationnelles et fonctionnelles, qui semblent renouer avec la médecine sociale, voient le jour dans le champ des soins primaires. Nous allons nous concentrer sur le développement et le déploiement de structures hybrides de soins coordonnés. En effet, les soins de proximités doivent désormais s'organiser au sein de structures d'exercice coordonné comme les Maisons de Santé Pluriprofessionnelle (MSP) ou les Centres De Santé (CDS). C'est dans ce cadre que les CPTS (Communautés Professionnelles Territoriales de Santé), dispositifs d'exercice coordonné, voient le jour. Les CPTS sont officiellement introduites dans le Code de la Santé Publique en 2016, et donnent ainsi aux professionnel.le.s de santé la capacité d'intervenir à l'échelle populationnelle. Les CPTS sont créées à partir d'initiatives de professionnel.le.s d'un même territoire qui souhaitent s'organiser autour d'un projet de santé afin de répondre à des problématiques communes. Elles visent à faciliter l'exercice des professionnel.le.s de santé ainsi qu'à améliorer l'organisation des prises en charge des patient.e.s. Elles se présentent ainsi comme une innovation territoriale, permettant la réorganisation des soins primaires.

Dans ce présent mémoire, nous allons prendre la CPTS de Grenoble comme cas d'étude sur la question de l'innovation sociale en santé. La commune de Grenoble ne fait pas exception, elle est également confrontée à un certain nombre de difficultés en termes d'accès aux soins. En effet, en 2019, parmi les plus de 17 ans, ce sont 16 009 patient.e.s qui n'ont pas de médecin traitant déclaré, dont 901 de plus de 70 ans, ce qui représente respectivement 12 % de la population des 17 ans et plus et 4,5 % des personnes âgées de plus de 70 ans. Par ailleurs, 37,6 % des médecins généralistes sont âgé.e.s de 60 ans et plus (versus 32,3 % en France). Au-delà des chiffres bruts, à la fin de l'année 2020, alors que la pandémie de la COVID-19 frappe l'ensemble du territoire, les professionnel.le.s de santé, libéraux et salarié.e.s se sont réunis informellement puis formellement pour partager certains constats et problématiques qu'ils et elles rencontrent dans leur pratique. L'association de la CPTS de Grenoble voit le jour en avril 2021. En concomitance, un pré-projet est établi et présenté à l'Agence Régionale de Santé (ARS) Auvergne Rhône-Alpes pour préparer le projet de santé, validé par l'ARS et permettant à la CPTS d'accéder à une légitimité institutionnelle sur son territoire. C'est lors de la réalisation du pré-projet et de l'élaboration du projet de santé de l'association qu'une problématique majeure a été mise en exergue : les difficultés à établir des constats partagés entre la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM), le Conseil de l'Ordre ainsi que les membres de la CPTS. Les points de désaccord principaux sont les suivants : une collecte de données hétérogènes avec pour conséquences des écarts significatifs et des marges d'erreurs importantes ainsi que des données chiffrées par les institutions/organismes non coïncidentes avec les vécus des professionnel.le.s de santé et ceux des patient.e.s. Pour exemple, Rézone, outil de l'Assurance Maladie, indique 155 médecins généralistes au 13/09/2022 tandis que Ameli, autre outil de l'Assurance maladie, indique 171 médecins généralistes au 10/10/2022 ou encore Balises, outil développé par l'Observatoire Régional de la Santé Auvergne-Rhône-Alpes, indique 171 médecins généralistes au 01/01/2021. Le 12/10/2022, la CPTS de Grenoble repère, quant à elle, 164 médecins généralistes. La principale conséquence de l'imprécision des données est la problématique en termes de santé publique d'accès aux soins, qui repose en partie sur l'offre disponible sur la commune voire sur l'agglomération. Par ailleurs, d'autres conséquences découlent de l'inadéquation des indicateurs de la CPTS avec la réalité, notamment le non soutien à l'installation de professionnel.le.s de santé par le Conseil Départemental ; le refus d'installation de certain.e.s auxiliaires médicaux en raison d'un affichage en termes de "surdotation" (par exemple, les kinésithérapeutes).

Ainsi, l'hypothèse de départ est que les données diffusées par les institutions/organismes ne rendent pas compte des faits et ne permettent pas de véritablement connaître l'accès aux soins, et par conséquent, d'établir des axes prioritaires en termes de santé publique qui soient cohérents avec la réalité. Notre seconde hypothèse de départ est que les actions de santé publique gagnent en efficacité lorsqu'elles sont élaborées à partir de connaissances fines des problèmes spécifiques en termes de santé car l'état de santé des populations varie d'un territoire à l'autre en raison de l'existence d'inégalités territoriales de santé. C'est à partir de ces deux hypothèses que l'idée de la création et de la mise en œuvre d'un Observatoire de la santé publique a émergé au sein de l'association de la CPTS de Grenoble.

De ce fait, la question qui nous interroge est la suivante : **Dans quelle mesure l'innovation sociale en santé territorialisée dans une logique de collaboration interprofessionnelle peut-elle contribuer à améliorer l'accès aux soins ?**

Afin de répondre à la problématique susmentionnée, nous expliciterons premièrement la construction historique et institutionnelle du système de santé français tel qu'il est mis en place aujourd'hui. Nous présenterons également l'organisation du système de santé. Ce retour nous permettra de comprendre et de développer les défis auxquels est aujourd'hui confronté le système de santé français. L'évocation des inégalités sociales et territoriales de santé conduira ensuite notre réflexion pour nous concentrer sur la mise à l'agenda politique de la nécessité de (ré)organiser le système de santé français et notamment de repenser l'offre de soins primaires. Au cœur de cette (ré)organisation, les structures d'exercice coordonné apparaissent comme des réponses innovantes. Dans le champ des innovations en santé, nous allons plus particulièrement nous intéresser aux Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS), qui se démarquent par leur approche populationnelle, coordonnée, territorialisée et collaborative. Cette revue de littérature nous permettra de présenter notre étude de cas. La CPTS de Grenoble a mis en place une expérimentation de l'innovation sociale en santé territorialisée dans une logique de collaboration interprofessionnelle via la création et la mise en œuvre de son Observatoire de la Santé Publique (OSP). Cet OSP a réalisé un travail d'enquête quantitative et qualitative auprès des médecins généralistes exerçant sur la commune de Grenoble dans l'objectif d'améliorer l'accès aux soins sur le territoire.

Partie 1. Des origines du système de santé français à ses limites : un système sous tensions ?

(A-D. Contandriopoulos, 2008, p. 32). Dans l'ensemble « *Au cours des cinquante dernières années, aucune institution, dans aucun pays, n'a soulevé autant d'espoirs et n'a été, en même temps, la source d'autant de débats et de désarrois, que le système de santé.* » des pays dits « développés » ou « industrialisés », quelle que soit la forme des régimes d'assurance-maladie adoptée, l'avenir des systèmes de santé inspire une certaine forme de crainte ou d'inquiétude. En effet, depuis quelques décennies, les systèmes de santé de ces pays sont confrontés à des défis importants. Afin de comprendre les enjeux actuels, nous allons revenir sur les origines du système de santé français, à savoir de la mise sur l'agenda politique du concept de santé publique à la mise en place d'un système de santé organisé (**section 1**). Au cours du temps, le système de santé français s'est dégradé. Il est en effet confronté à des difficultés accrues en termes d'accès aux soins (**section 2**).

Section 1. De la mise sur agenda politique du concept de santé publique à la mise en place d'un système de santé

ARS-CRSA-CNS-HCSP-HAS-CEPS-IVS-INPES-ANSM-ANSES-INERIS-ABM-ASN-IR SN-EFS-INCA-EPRUS-ATIH-ASIP-IDS-ANAP-CNG-CPAM-UNCAM-UNOCAM-UNPS-UR PS-CNSA... Loin d'un message crypté, il s'agit d'une liste des principales institutions intervenant dans le pilotage ou la régulation du système de santé en France (D. Tabuteau, 2013). Le système de santé français est complexe. En effet, un nombre important d'acteur.trice.s, intervenant à des niveaux différents, sont chargé.e.s du pilotage ou du financement de ce système. La mise en place du système de santé français s'est faite progressivement. L'émergence du concept de santé publique est effectivement le fruit d'une construction historique et institutionnelle, ce n'est que progressivement que la santé publique s'est imposée comme une nouvelle préoccupation de l'Etat moderne dans les sociétés occidentales (A). Cela s'est traduit par la construction d'un système de santé organisé avec différent.e.s acteur.trice.s qui interviennent à différents niveaux de pilotage (B) ainsi qu'un financement mixte alliant acteur.trice.s publics et privés (C).

A) La santé publique comme nouvelle préoccupation de l'Etat moderne dans les sociétés occidentales

L'émergence du concept de santé publique est le fruit d'une construction historique et institutionnelle, ce n'est que progressivement que la santé publique s'est imposée comme une nouvelle préoccupation de l'Etat moderne dans les sociétés occidentales. En effet, la place de la santé a évolué au fil du temps, passant d'un pouvoir disciplinaire exercé par l'Etat sur les individus à une prise en compte de la population. Ce passage a été rendu possible par la naissance de la médecine sociale (1). Pour répondre aux risques sociaux, des systèmes de protection sociale ont émergé dans les sociétés occidentales. Ce sont des constructions sociales et politiques, chaque pays ayant son propre système reflétant ses conceptions, qui ont pour objectif la prévoyance collective des risques sociaux (2). La mise en place d'un système de protection sociale en France permit l'avènement d'un droit à la santé ainsi que l'organisation progressive d'un système de santé notamment via la mise en place d'une législation, d'assurance maladie ainsi que de réglementations pour exercer des activités de santé (3).

1. La naissance de la médecine sociale comme point de départ

La question sociale et les problèmes sociaux sont variables dans le temps et dans l'espace. Selon Foucault (Foucault, 1976 in A-D. Contandriopoulos, 2008), il faut retourner à la fin du XVIIème siècle pour comprendre la place qu'occupe la santé dans nos sociétés. En effet l'auteur nous explique que, à cette époque, le pouvoir de l'Etat s'exerçait directement sur les individus. Il était effectivement disciplinaire et se manifestait par un « *droit de prise : sur les choses, le temps, les corps et finalement la vie* » (Foucault, 1976 in A-D. Contandriopoulos, 2008, p.32). C'est au début du XVIIIème siècle, au moment de la Révolution Française, que se produit un changement important, à savoir la prise en compte d'un « personnage » nouveau : la population. A ce propos, Foucault déclare « *C'est un nouveau corps qui n'est plus le corps individuel mais un corps multiple* » (1997 in A-D. Contandriopoulos, 2008, p.32). L'apparition de ce nouveau personnage entraîne des changements profonds dans la conception même de l'Etat, notamment l'imposition progressive d'un nouveau principe : la société est redevable aux individus et doit ainsi intervenir afin de protéger leur santé. Cela dit, ce principe va davantage s'imposer par nécessité face à une prise de conscience collective de l'émergence de nouvelles formes d'insécurité, liées à l'industrialisation et au développement du capitalisme, et de la nécessité de maintenir la force de travail ouvrière « en forme ». C'est à cette période que la médecine sociale prend racine. Elle cherche à combiner les connaissances médicales et les principes de justice sociale afin de promouvoir la santé et le bien-être de l'ensemble de la population. Elle tient compte du contexte social et des conditions sanitaires d'une population donnée. Elle permet ainsi de relier une maladie aux conditions socio-économiques de vie du ou de la patient.e et au contexte dans lequel il ou elle vit dans la perspective d'améliorer l'état de santé d'une société et de ses individus. L'un de ses principaux objectifs est de lutter contre les inégalités en matière de santé et de promouvoir des politiques de santé publique (T. Bischoff & al., 2013). C'est ainsi que médecins et réformateur.trice.s sociaux ont commencé à s'intéresser aux conditions de vie des populations, à étudier les facteurs sociaux et environnementaux qui influencent la santé. En 1949, Louis René Villermé, médecin français, déclarait que « *La mort est une maladie sociale* » (T. Bischoff & al., 2013). Plus concrètement, des enquêtes sociales, notamment celle de Louis-René Villermé en France et celle de Friedrich Engels au Royaume-Uni, vont faire apparaître un lien entre santé et conditions sociales. Il s'agit ici d'une approche populationnelle et du point de départ du développement de la santé publique. Les politiques de santé publique vont alors se développer (amélioration du logement, égouts...) et vont

s'accélérer à la fin du XIXème siècle avec ce que nous appelons « *l'hygiénisme* » et la révolution pastorienne (A-D. Contandriopoulos, 2008). Des préoccupations hygiénistes ont en effet émergé dès le début du XIXème siècle et ont été développées par des médecins, des chimistes, des ingénieurs et des administrateurs. C'est ainsi qu'une école française de santé publique réputée s'est constituée à partir de 1820, notamment sous l'influence d'Alexandre Parent-Duchâtelet et de Louis-René Villermé. Elle a contribué à certaines avancées législatives telles que le vote de la loi du 22 avril 1850 sur les logements insalubres. La révolution pastorienne, quant à elle, a permis une meilleure compréhension des phénomènes épidémiques en donnant une base scientifique aux démarches de santé publique et en légitimant l'intervention des autorités publiques. Pour autant, la France n'est pas parvenue à développer une véritable culture de santé publique ni à se doter d'une administration de la santé publique (D. Tabuteau, 2012). En effet, la prise en compte de la santé de la population par l'Etat, soit la santé publique, avait pour but d'allonger les durées de vie dans un contexte de fort besoin de main d'œuvre notamment aux lendemains de la Seconde Guerre mondiale. Bien qu'elle s'adresse à toute la population, elle se concentre davantage sur les groupes les moins favorisés. La médecine sociale s'est notamment développée hors de l'hôpital public, qui est devenu le lieu d'une médecine spécialisée et technicisée au cours du XXème siècle. Ainsi, elle a davantage été incarnée par la figure du médecin de famille, puis du médecin de ville (L. Pitti, 2021).

Par conséquent, l'Etat va commencer à s'intéresser à la population en tant que telle en se préoccupant notamment du contrôle des naissances, des politiques natalistes, des problèmes de morbidité, du vieillissement etc. Autrement dit, l'Etat va ainsi s'intéresser à l'ensemble des phénomènes qui risquent de diminuer la capacité de travail des individus, tels que les maladies endémiques, la vieillesse ou encore les infirmités (A-D. Contandriopoulos, 2008). On parle alors de risques sociaux, qui se définissent comme des aléas de la vie affectant la situation économique des individus, soit en augmentant leurs dépenses et/ou en réduisant les revenus.

2. Une prévoyance collective face à ces risques : l'émergence de systèmes de protection sociale

C'est à ce moment-là que vont apparaître, au sein des sociétés occidentales, des caisses de secours, des régimes d'assurance-maladie, d'assurance-vieillesse, des politiques d'hygiène et des règles d'urbanisme, ou bien encore des programmes chargés de veiller aux soins des

enfants et à leur scolarisation (A-D. Contandriopoulos, 2008). L'objectif est de mettre en place une prévoyance collective à côté de la prévoyance individuelle. La construction du concept de « risques sociaux » a donné lieu à la mise en place de régulations collectives de la part de l'Etat, donnant alors une connotation politique au concept. Cette prévoyance collective prend place dans la mise en œuvre de systèmes de protection sociale, qui permettent aux individus de faire face aux conséquences financières des « *risques sociaux* ». Néanmoins, chaque pays a son propre système de protection sociale, héritier de différentes traditions et façonné par l'histoire. En effet, l'histoire des systèmes de protection sociale est intrinsèquement liée à la diversité des modèles sociaux européens notamment (modèle libéral, conservateur - corporatiste, social-démocrate, familialiste). Par conséquent, la protection sociale répond alors à des définitions différentes, qui reflètent les objectifs et conceptions des organismes qui les ont élaborées. Elle englobe un sous-ensemble de mesures prises par les pouvoirs publics et mises en œuvre soit par les services de l'Etat ou soit par des organismes privés, en vue de faire face aux risques, et plus largement, à la vulnérabilité et à la pauvreté chronique (DFID, 2005). Il n'existe pas de définition unique de la protection sociale, certaines vont mettre l'accent sur ses objectifs tandis que d'autres vont davantage se concentrer sur les principaux instruments qu'elle utilise. Toutefois, la comptabilité nationale propose une définition de la protection sociale, volontairement large, qui permet des comparaisons au cours du temps et entre pays (M. Elbaum, 2011). Selon cette définition, la protection sociale recouvre tous les mécanismes institutionnels, qu'ils soient publics ou privés, prenant la forme d'un système de prévoyance collective et/ou mettant en œuvre un principe de solidarité sociale, qui couvrent les charges, résultant pour les individus ou les ménages, de l'existence d'un certain nombre de risques sociaux identifiés (santé, vieillesse, chômage, pauvreté...) (Caicedo, Koubi et Yanat-Irfane, 2011 in M. Elbaum, 2011). Par ailleurs, cette même définition implique le versement de prestations aux personnes ou ménages confrontés à la réalisation de ce risque afin de compenser l'augmentation de leurs charges ou la diminution de leurs ressources. Ainsi, selon cette définition, la protection sociale englobe les régimes d'assurances sociales, qui donnent lieu à une affiliation large et obligatoire. En France, il s'agit de la Sécurité sociale, des régimes directs d'employeur.e.s publics (Etat et grandes entreprises publiques), les régimes complémentaires de retraite et l'assurance-chômage. Elle recouvre également les interventions sociales de l'Etat, des collectivités locales et des ISBLM (Institutions Sans But Lucratif au Service des Ménages) mais aussi les prestations extra-légales versées par les entreprises à leurs salarié.e.s et les assurances collectives mutualisées. Les prestations sociales peuvent être de différentes

natures : les prestations sociales à proprement dites, versées directement aux ménages, et les prestations de services sociaux, qui désignent l'accès à des services, fournis à prix réduits ou gratuitement (crèches, hôpitaux...) (M. Elbaum, 2011). Derrière ce système, trois logiques coexistent : une logique d'assurance sociale (logique contributive), une logique d'assistance (logique non contributive) et une logique de protection universelle (logique de besoin).

Ces systèmes de protection sociale résultent de constructions sociales et politiques fondées sur des compromis économiques, sociaux et politiques. Ces constructions sont situées dans le temps et dans l'espace et sont produites par les acteur.trice.s et les institutions, issues des rapports de force. Ce sont ainsi des macro-systèmes dotés d'une relative cohérence et qui participent à la reproduction des sociétés salariales, construits sur des compromis institutionnalisés. Aujourd'hui, en France, le système de protection sociale recouvre la Sécurité sociale ainsi que d'autres acteur.trice.s privé.e.s comme les mutuelles. En effet, la protection sociale est marquée en France par la diversité de ses composantes et des institutions qui y interviennent (M. Elbaum, 2011). La Sécurité sociale identifie cinq risques sociaux : la famille, la maladie, les accidents du travail, la vieillesse et la dépendance. Les principes et l'organisation du système de Sécurité sociale français sont issus des ordonnances des 4 et 19 octobre 1945 et reposent sur un souci de justice sociale. Il s'agit d'un projet collectif de réduction de l'incertitude et de l'insécurité sociale dont l'objectif est le maintien du revenu. Ses principes sont ainsi les suivants : la protection de tous et toutes contre les risques sociaux, une politique familiale, un objectif de justice sociale dans un contexte politique de droits sociaux, les principes d'unité et d'universalité, un financement par cotisations sociale et une gestion par les « intéressé.e.s ». Cette innovation, qui s'inscrit dans une politique économique et sociale d'ensemble, se caractérise par son caractère hybride, entre objectifs *beveridgiens* et instruments *bismarckiens*, et par les tensions existantes entre logique contributive et logique non contributive.

3. L'organisation progressive d'un système de santé en France

La mise en place d'un système de protection sociale marque l'avènement d'un droit à la santé, qui a été confirmé par le Préambule de la Constitution de la IV^{ème} République, en 1946. Il reconnaît le droit de tous et toutes « à la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs. Tout être humain qui (...) se trouve dans l'incapacité de travailler a le droit d'obtenir de la collectivité des moyens convenables d'existence ». Bien que l'idée d'un

système unique ait échoué, la couverture sociale s'est progressivement élargie et améliorée pour toutes et tous au cours du temps.

L'institution d'une législation d'assurance maladie a permis le développement du droit de la santé publique. On peut aujourd'hui dénombrer plusieurs dizaines de régimes d'interdiction dans le code de la santé publique ainsi qu'une centaine de régimes d'autorisation ou d'habilitation pour exercer des activités de santé. La législation peut aussi bien avoir pour objet la protection d'autrui par la prohibition des comportements à risque (par exemple l'interdiction de fumer dans les lieux publics) que la sauvegarde de la santé de chacun.e (par exemple le port obligatoire de la ceinture de sécurité) ou encore la protection indistincte de la collectivité et de l'individu (par exemple les vaccinations obligatoires). D'autres législations ont également accompagné le développement du système de santé. En effet, les ordonnances Debré de 1958 ont permis la constitution d'une médecine hospitalière et universitaire de qualité, la carte sanitaire de la loi 1970 a favorisé le maillage du territoire par un réseau hospitalier dense et les conventions d'exercice professionnel conclues avec les praticien.ne.s libéraux dans la lignée de la loi de 1971 ont permis une expansion sans précédent de la médecine de ville (D. Tabuteau, 2012).

L'ensemble de ces interventions de l'Etat constitue ce que Foucault appelle le biopolitique (ou biopouvoir), soit le pouvoir de l'Etat sur la vie (A-D. Contandriopoulos, 2008). Foucault utilise ainsi le terme de « *biopolitique* » pour décrire l'avènement d'une nouvelle logique de gouvernance propre aux sociétés occidentales, qui seraient obnubilées par la santé et le bien-être des populations. L'exercice de pouvoir se fait désormais sur le mode du « laisser vivre », et non plus « faire mourir ». L'apparition de la biopolitique est intrinsèquement liée au développement de l'État moderne et du capitalisme. C'est dans ce contexte que la médecine va progressivement prendre une place considérable. En effet, dans les sociétés occidentales, une médicalisation importante va s'opérer au XXème siècle, élargissant alors le champ d'intervention de la médecine au-delà du malade et de la maladie. La médecine devient désormais synonyme de progrès (A-D. Contandriopoulos, 2008).

B) L'organisation du système de santé français : les différent.e.s acteur.trice.s et niveaux de pilotage

La santé publique comme nouvelle préoccupation de l'Etat moderne dans les sociétés occidentales s'est traduit par la construction d'un système de santé organisé avec différent.e.s

acteur.trice.s qui interviennent à plusieurs niveaux de pilotage. Au niveau national, le Ministère de la Santé et de la Prévention intervient directement dans le financement, l'organisation et la supervision des établissements de santé et d'accompagnement en France, tout en fixant les tarifs des prestations et en élaborant des politiques de santé publique (1). Au niveau régional, les ARS jouent un rôle clé dans l'application et l'adaptation des décisions nationales (2). Bien que le système de santé français soit largement centralisé, il existe toutefois des acteur.trice.s de santé sur les territoires (3).

1. Au niveau national : le pilotage par les politiques publiques

Nous allons reprendre la classification du Centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale (Cleiss), qui détaille les objectifs et missions de chacun.e des acteur.trice.s.

Au niveau national, l'Etat intervient directement dans le financement et l'organisation de l'offre sanitaire et médico-sociale. À ce titre, les ministères chargés des Solidarités et de la santé, de l'action et des comptes publics, assument tout un ensemble de responsabilités. D'abord, le pilotage et la mise en œuvre des politiques de santé publique, de veille et de sécurité sanitaire afin de préserver et d'améliorer l'état de santé de la population par la prévention des maladies chroniques, la lutte contre les risques infectieux ou environnementaux, et la protection des menaces sanitaires. Pour parvenir à ses objectifs, les ministères s'appuient sur les agences sanitaires (Santé publique France, Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux), opérateur.trice.s publics dont ils assurent la tutelle, mais également sur des partenaires indépendant.e.s tels que la Haute Autorité de Santé (HAS). Ensuite, la supervision de l'ensemble des établissements de soins et d'accompagnement ainsi que la formation des professionnel.le.s de santé. L'Etat veille à une bonne répartition des structures sanitaires, médico-sociales et ambulatoires sur le terrain national. De plus, il veille également à la complémentarité efficace des professionnel.le.s de ces structures, afin d'offrir une réponse adaptée et de proximité aux besoins de santé de la population dans chaque territoire. Enfin, le soutien financier aux établissements sanitaires et médico-sociaux, la fixation des tarifs des prestations et la maîtrise des coûts en santé, la tutelle des organismes d'assurance maladie. Chaque année, le parlement vote la loi de financement de la sécurité sociale : elle définit l'objectif national de dépenses d'assurance maladie qui intègre les soins de ville, hospitaliers et médico-sociaux. C'est à partir de ces montants budgétaires ainsi qu'en fonction des orientations du gouvernement que

les ministères élaborent leurs politiques en vue de leur mise en œuvre : santé publique, offre de soins.

Les principales actions du Ministère de la Santé consistent à répartir les budgets entre les différents secteurs : hôpitaux, soins ambulatoires, santé mentale, secteur sanitaire et social pour les personnes en situation de handicap et les personnes âgées et, en ce qui concerne les hôpitaux, entre les différentes régions. Il doit également décider du nombre d'étudiant.e.s en médecine à admettre chaque année, du nombre de lits d'hôpitaux et de la quantité d'équipements médicaux lourds, y compris les technologies médicales coûteuses. Il fixe, en outre, les tarifs forfaitaires des hôpitaux publics et privés. Il approuve encore les accords signés entre l'assurance maladie et les syndicats représentant les professionnel.le.s de santé libéraux. Il fixe les prix des médicaments et des dispositifs médicaux sur la base des propositions de la HAS. Il établit des normes de sécurité pour les hôpitaux. Enfin, il définit les domaines prioritaires des programmes de santé nationaux.

Aujourd'hui, on parle du Ministère de la Santé et de la Prévention. Par ailleurs, les ministères ne sont pas complètement indépendants. En effet, des corps de contrôle, tels que la Cour des comptes ou encore l'Inspection générale des affaires sociales, vérifient l'exécution de la loi de financement de la sécurité sociale. Néanmoins, l'Etat conserve tout de même un poids important, qui tend progressivement à se diluer face à la hausse des responsabilités dévolues au niveau territorial, notamment aux régions.

2. Au niveau régional : application et adaptation des décisions nationales

Au niveau régional, les Agences Régionales de Santé (ARS) représentent la concrétisation de la territorialisation de la santé publique. Elles ont traduit l'affirmation du pouvoir de l'Etat et ont permis une simplification de l'organisation administrative (D. Tabuteau, 2013). Créées par la loi HPST (Hôpital, Patients, Santé et Territoires) du 21 juillet 2009, elles sont le fruit d'un long processus de maturation politico-administrative. En effet, elles regroupent, en une seule entité, sept organismes auxquelles elles se sont substituées : les ARH (Agences Régionales sur l'Hospitalisation), les GRSP (Groupements Régionaux de Santé Publique), les URCAM (Unions Régionales des Caisses d'Assurance-Maladie), les CRAM (Caisses Régionales d'Assurance-Maladie), les MRS (Missions Régionales de Santé) ainsi que les Directions départementales et régionales de l'action sanitaire et sociale, soit les Ddass et Drass. Cette multiplicité d'acteur.trice.s était source de cloisonnements institutionnels et de

faiblesses professionnelles liées à l'éparpillement de maigres moyens mis à la disposition de ces structures (D. Tabuteau, 2013).

Toujours selon le Cleiss, les ARS assurent la coordination de la prévention, des soins et de l'accompagnement. Elles veillent à une gestion cohérente des ressources afin de permettre un accès égal de tous.tes à une prise en charge continue, de qualité et sécurisée. En matière de prévention, elles mettent en œuvre au niveau régional la politique de santé avec les autorités compétentes dans les domaines de la santé au travail, de la santé scolaire et universitaire et de la protection maternelle et infantile. À ce titre, elles organisent l'observation de la santé dans la région, et la veille sanitaire, en particulier le recueil, la transmission et le traitement des signalements d'évènements sanitaires. Elles contribuent à l'organisation de la réponse aux urgences sanitaires et à la gestion des situations de crise sanitaire, établissent un programme annuel de contrôle du respect des règles d'hygiène (prélèvements, analyses et vérifications) et procèdent aux inspections nécessaires. Enfin, elles définissent et financent des actions visant à promouvoir la santé, à informer et à éduquer la population à la santé et à prévenir les maladies, les handicaps et la perte d'autonomie, et elles veillent à leur évaluation.

En matière de soins et d'accompagnement, elles régulent, orientent et organisent l'offre de services de santé, de manière à répondre aux besoins en matière de prévention, de promotion de la santé, de soins et de services médico-sociaux, et à garantir l'efficacité du système de santé. À ce titre, elles contribuent à évaluer et à promouvoir les formations des professionnel.le.s de santé, des acteur.trice.s de la prévention de la santé, des personnel.le.s qui apportent une assistance dans les actes de la vie quotidienne, au domicile ou dans les établissements, des personnes âgées dépendantes et des personnes en situation de handicaps, ainsi que les formations des aidant.e.s et des accueillant.e.s familiaux. Elles autorisent la création et les activités des établissements de santé, et des établissements et services médico-sociaux : elles contrôlent leur fonctionnement et leur allouent les ressources qui relèvent de leur compétence. Elles veillent à ce que la répartition territoriale de l'offre de prévention, de promotion de la santé, de soins et médico-sociale permette de satisfaire les besoins de santé de la population, elles contribuent à la constitution de communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et assurent la mise en place du projet territorial de santé mentale. Elles contribuent à mettre en oeuvre un service unique d'aide à l'installation des professionnel.le.s de santé et veillent à la qualité des interventions en matière de prévention, de promotion de la santé, à la qualité et à la sécurité des actes médicaux, de la dispensation et de l'utilisation des produits de santé ainsi que des prises en

charge et accompagnements médico-sociaux et elles procèdent à des contrôles à cette fin. Elles contribuent à la lutte contre la maltraitance et au développement de la bientraitance dans les établissements et services de santé et médico-sociaux. Elles veillent également à assurer l'accès à la prévention, à la promotion de la santé, aux soins de santé et aux services psycho-sociaux des personnes en situation de précarité ou d'exclusion. Elles définissent et mettent en œuvre les actions régionales déclinant le plan national de gestion du risque et d'efficience du système de soins ou bien en le complétant. Ces actions portent sur le contrôle et l'amélioration des modalités de recours aux soins et des pratiques des professionnel.le.s de santé en médecine ambulatoire et dans les établissements et services de santé et médico-sociaux. Elles encouragent et favorisent l'élaboration et la mise en œuvre d'un volet culturel au sein des établissements. Elles évaluent et identifient les besoins sanitaires des personnes en détention. Elles définissent et régulent l'offre de soins en milieu pénitentiaire. Elles sont chargées d'organiser les fonctions d'appui aux professionnel.le.s pour la coordination des parcours de santé complexes. Elles favorisent des actions tendant à rendre les publics cibles acteur.trice.s de leur propre santé. Dans une démarche de responsabilisation, elles visent à permettre l'appropriation des outils de prévention et d'éducation à la santé. Elles participent, en lien avec les universités et les collectivités territoriales concernées, à l'analyse des besoins et de l'offre en matière de formation pour les professionnel.le.s des secteurs sanitaire et médico-social. Elles s'associent avec l'ensemble des acteur.trice.s de santé, les universités, les établissements publics à caractère scientifique et technologique ou tout autre organisme de recherche pour participer à l'organisation territoriale de la recherche en santé. Elles sont autorisées à développer des actions de coopération internationale en vue de promouvoir les échanges de bonnes pratiques avec leurs partenaires étranger.ère.s, et ce, dans le respect des engagements internationaux de la France et en accord avec les autorités compétentes de l'Etat.

Par conséquent, les ARS déclinent les décisions et politiques nationales pour les adapter à leurs caractéristiques régionales en établissant des Projets Régionaux de Santé (PRS), composés de schémas régionaux de prévention ; de schémas d'organisation des soins de ville et hospitaliers ; ainsi que des schémas régionaux ou d'organisation médico-sociale pour les personnes âgées ou dépendantes, en situation de handicap, en situation de précarité. Plus précisément, elles définissent les objectifs de l'agence sur cinq ans et les mesures pour les atteindre. Le PRS associe toutes et tous les acteur.trice.s de la santé, c'est le document de référence pour les acteur.trice.s de santé des régions.

Par ailleurs, les politiques de sécurité sociale sont également relayées en région, notamment par les Caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) ainsi que les Caisses d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT).

3. Au niveau local : des acteur.trice.s de santé sur les territoires

Sur les territoires, les collectivités territoriales (Conseils régionaux, Conseils départementaux, villes, agglomérations...) peuvent également jouer un rôle en termes de santé. Toutefois, l'organisation du système de santé reste largement centralisée. En effet, la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009, portant la réforme de l'hôpital et relative aux patient.e.s, à la santé et aux territoires, n'autorise plus les collectivités territoriales à créer des établissements publics de santé (article L. 6141-1 du Code de la santé publique). En revanche, une commune (ou un groupement de communes) peut exercer les compétences en matière de santé attribuées au département, à la suite de la signature d'une convention précisant les conditions de cette délégation de compétences. De ce fait, elle peut, par exemple, organiser et financer des services municipaux de désinfection et des services communaux d'hygiène et de santé (article L. 1422-1 du Code de la santé publique). Aussi, après conventionnement avec l'Etat, les communes peuvent mettre en œuvre des programmes de santé spécifiques relatifs à la lutte contre les maladies transmissibles, la lutte contre l'alcoolisme etc. Par ailleurs, la commune (ou les groupements de communes) peut également attribuer des aides en matières sanitaire notamment pour l'installation ou le maintien de professionnel.le.s de santé dans les zones déficitaires en offres de soins, pour financer des structures participant à la permanence des soins, pour la construction, en zone de montagne, d'équipements sanitaires dans le respect des décisions des ARS.

C'est également au niveau local qu'interviennent les offreur.euse.s de soins et producteur.trice.s de biens et services en santé. D'abord, les professionnel.le.s de santé : médecins généralistes et spécialistes, infirmier.ère.s, masseur.euse.s-kinésithérapeutes, chirurgien.ne.s dentistes, pharmacien.ne.s, sages-femmes etc. On trouve aussi des structures de villes au sein desquelles des professionnel.le.s libéraux et salarié.e.s exercent à titre individuel en cabinet, en groupe ou de manière coordonnée en maison ou centre de santé. De plus, nous pouvons ajouter des établissements hospitaliers, répartis en trois grandes catégories : les hôpitaux publics, les cliniques privées à but lucratif et les établissements privés d'intérêt collectif. Ces établissements délivrent des soins généraux (médecine, chirurgie, obstétrique) et/ou plus spécialisés (psychiatrie et santé mentale par exemple). Ils

concourent également à la médecine d'urgence avec des services d'urgence, le SAMU (Service d'aide médicale d'urgence), le SMUR (Service mobile d'urgence et de réanimation). S'y adjoignent des établissements médico-sociaux, regroupant les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ainsi que les structures pour personnes en situation de handicap. Leur mission est l'accompagnement et la prise en charge des publics dits fragiles, en situation de précarité, d'exclusion, de handicap ou de dépendance. Enfin, interviennent au niveau local, des services alternatifs qui se mettent progressivement en place comme la chirurgie ambulatoire, la télémédecine, l'hospitalisation à domicile (HAD) ou encore les soins infirmiers à domicile.

Nous pouvons également ajouter à cela les bénéficiaires du système de santé, à savoir les patient.e.s. Selon le Cleiss, les associations de patient.e.s font effectivement partie des personnalités qualifiées participant au conseil de surveillance des établissements de santé. Les associations ayant une activité dans le domaine de la qualité de la santé et de la prise en charge des malades peuvent faire l'objet d'un agrément, subordonné à l'activité effective et publique de l'association en vue de la défense des droits des personnes malades et des usager.ère.s du système de santé ainsi qu'aux actions de formation et d'information qu'elle mène.

C) Le financement du système de santé : entre bien public et bien privé

Le système de santé français repose sur un financement mixte impliquant différent.e.s acteur.trice.s publics et privés, avec des régimes d'assurance maladie obligatoires, d'autres qui ne le sont pas ainsi que la participation de l'Etat au financement des dépenses de santé (1). La définition des dépenses de santé est complexe et les modes de financement sont nombreux. Le principal mode de financement est la tarification à l'activité (T2A), introduit dans la perspective du New Public Management, qui a conduit à une évolution importante notamment l'orientation plus gestionnaire du secteur de la santé (2). L'introduction de ce mode de financement s'inscrit dans un contexte de hausse des dépenses de santé et, parallèlement, d'une volonté affichée par les pouvoirs publics de rationaliser les dépenses. Ce double mouvement vient questionner les tensions existantes au sein du système de santé français (3).

1. Les différent.e.s acteur.trice.s qui financent le système de santé

Aucun système de santé ne repose sur un financement exclusivement obligatoire ou exclusivement volontaire (M. Grignon, 2010). Pour fonctionner au mieux, le système de santé français est financé par différent.e.s acteur.trice.s publics et privés.

Selon le Cleiss, les régimes d'assurance maladie obligatoires de base sont caractérisés par l'obligation d'adhésion et de cotisation et reposent sur une solidarité large, basée sur des contributions assises sur les revenus, et un accès aux soins défini selon les besoins. Autrement dit, ils sont dits obligatoires car les assuré.e.s doivent forcément y adhérer et cotiser via leur salaire. De ce fait, le transfert est appelé cotisation sociale et le.la payeur.euse prend la forme du ou de la travailleur.euse. Le financement est statutaire, ce qui implique que le montant que l'individu paye dépend d'une règle collective et non pas d'un marché. Le taux de cotisation varie par type (salarié.e.s, indépendant.e.s) ou secteur d'activité voire par employeur.euse. Aussi, les cotisations sont, en général, liées à la capacité à payer, les plus hauts gains contribuant le plus, et les systèmes à cotisations génèrent une double redistribution : des bien portant.e.s vers les malades et des riches vers les pauvres (M. Grignon, 2010).

Les principaux régimes de sécurité sociale (régime général et régime agricole) sont regroupés au sein de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM), dont le rôle est de conduire la politique conventionnelle qui détermine les liens entre l'Assurance maladie et les professionnel.le.s de santé libéraux. L'UNCAM doit également définir le champ des prestations admises au remboursement et fixer le taux de prise en charge des soins.

Aujourd'hui, une consultation chez le ou la médecin généraliste est remboursable et facturée 26,50 euros. Le taux de prise en charge par l'Assurance maladie est de 70 %. Les régimes obligatoires d'assurances maladie concentrent leur intervention en faveur des gros risques, c'est-à-dire des risques santé qui ont le plus de conséquences sur les revenus des assuré.e.s, soit parce que leurs pathologies nécessitent des soins de longue durée et/ou coûteux, soit parce qu'elles mobilisent un plateau technique conséquent tant en termes de matériels, de techniques que de personnels.

L'Assurance maladie prend rarement en charge l'intégralité des frais de santé de l'assuré.e. Raison pour laquelle le système de santé prévoit des régimes complémentaires (mutuelles, sociétés d'assurance, institutions de prévoyance) afin de compléter le remboursement de

l'Assurance maladie (tickets modérateurs, franchises, forfaits hospitaliers, prises en charge en matière d'optique, d'orthèse ou de matériels...). Les régimes complémentaires s'appuient sur une solidarité restreinte au champ des adhérent.e.s et offrent des prises en charges variables, définies par le type de contrat souscrit. Ici, le financement est non obligatoire et non statutaire, ce que paie l'individu résulte d'un choix, donc d'un équilibre de marché entre la demande et l'offre de couverture (M. Grignon, 2010). Parmi ces régimes complémentaires, il existe la mutuelle d'entreprise obligatoire, que les employeur.euse.s du secteur privé doivent proposer à leurs salarié.e.s depuis la loi Accord national interprofessionnel (ANI) de 2016. Cette mutuelle participe au système de soins en assurant le remboursement total ou partiel du reste à charge des assuré.e.s. Il existe aussi la mutuelle individuelle dans le cas où l'assuré.e n'est pas couvert.e par une mutuelle obligatoire.

L'Etat participe également au financement du système de santé. Les financements publics concernent surtout les dépenses de prévention, de recherche médicale et pharmaceutique, de formation des professionnel.le.s de santé (médecins, dentistes, pharmacien.ne.s et auxiliaires médicaux), de complémentaire santé solidaire (CSS ou C2S), de dotations pour les hôpitaux militaires, de soins d'urgence ainsi que de prestations versées aux bénéficiaires de l'aide médicale de l'Etat (AME). Enfin, une part des dépenses peut demeurer à la charge des bénéficiaires de soins, soit des ménages.

2. Les dépenses de santé : modes de financement et évolutions

L'OCDE définit les dépenses de santé comme suit : « [des] *dépenses de consommation finale de biens et services de santé. Elles comprennent les dépenses d'origine publique et privée (y compris celles des ménages) consacrées aux soins curatifs, de réadaptation et de longue durée, ainsi qu'aux biens médicaux tels que les produits pharmaceutiques. Elles incluent aussi les dépenses afférentes aux programmes de santé publique et de prévention, et à l'administration. Cet indicateur est présenté sous la forme d'un chiffre global et par source de financement (Public/obligatoire, facultatif et à la charge des patients), et est exprimé en pourcentage du PIB, en pourcentage de l'ensemble des dépenses de santé et en USD par habitant (PPA)* ». Selon la Drees (2022), les dépenses de santé s'élèvent à 226,7 milliards d'euros en 2021, soit 9,1 % du PIB. Néanmoins, J. Chadelat (2005) révèle qu'il est loin d'être aisé de définir la notion de « *dépenses de santé* ». À ce sujet, P. Ulmann et T. Barnay (2007) confirment que les dépenses de santé renvoient à une multitude de dimensions, selon le périmètre qu'elles recouvrent. En effet, comme ils nous l'indiquent, les dépenses de santé se

réfèrent initialement à l'état de santé. Comme précisé en introduction, l'OMS (1946) conçoit la santé dans une approche globale, il s'agit d'un « *état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ». Par conséquent, les dépenses de santé devraient englober non seulement les coûts liés aux soins, aux produits de santé et à la santé publique mais également ceux ayant un impact sur les dimensions psychiques et sociales du « *capital santé* » soit l'éducation, le loisir, les conditions de vie, la protection sociale etc. Cependant, cette approche est trop complexe du point de vue de la comptabilité nationale, par conséquent seuls les moyens principalement destinés à la santé sont comptabilisés. Les auteurs précisent que ce choix, certes pragmatique, a toutefois pu entraîner de la part des décideur.euse.s une certaine négligence des déterminants non-médicaux de la santé et de leur rôle crucial sur l'état de santé de la population.

Dans un contexte de hausse des dépenses de santé, il paraît important d'analyser la manière dont elles sont financées et dépensées. En France, l'un des principaux dispositifs de financement des dépenses de santé est la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS). C'est un texte législatif qui fixe chaque année les grandes orientations en matière de dépenses de santé ainsi que les modes de financement, en déterminant les ressources et les dépenses de la Sécurité sociale pour l'année à venir. Selon le rapport de la Drees sur les dépenses de santé en 2021, la Sécurité Sociale a financé 77,5 % des dépenses de santé, tandis que les ménages ont pris en charge 7,7 % des dépenses, les complémentaires santé 13,5 % et l'Etat 1,3 %. En 2021, la loi de financement a été marquée par la poursuite de la mise en place de la tarification à l'activité (T2A). Il s'agit du principal mode de financement des dépenses en santé en France depuis 2004. La T2A s'inscrit dans la perspective du New Public Management (NPM), dont l'introduction dans le secteur de la santé a eu des conséquences importantes. En effet, elle a conduit à une orientation plus gestionnaire du secteur de la santé, suscitant des critiques notamment en termes d'incitation à la rentabilité plutôt qu'à la qualité des soins. La principale conséquence sur la gestion des établissements de santé, en particulier les hôpitaux, est la rationalisation accrue de la gestion des établissements de santé, avec une priorité donnée à la gestion des coûts et l'optimisation de l'activité. Cette évolution a ainsi conduit à des fermetures de lits, des réductions d'effectifs et des restructurations, avec des conséquences sur la qualité des soins et l'accès aux soins notamment pour les populations les plus fragilisées.

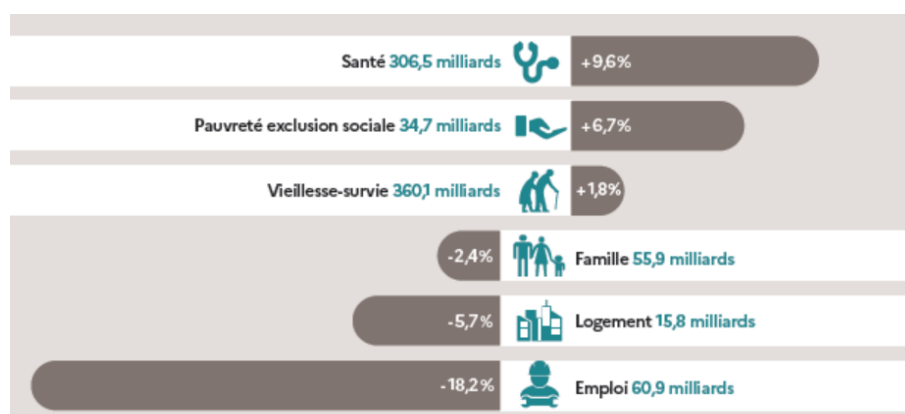
En médecine de ville, la rémunération des professionnel.le.s de santé peut s'organiser sous trois formes principales : le paiement à l'acte, la capitation et le salariat. Depuis le XIX^{ème} siècle, les professionnel.le.s de santé français, et plus particulièrement les médecins généralistes, sont rémunéré.e.s à l'acte, ce qui signifie que le ou la patient.e paie son ou sa praticien.ne directement à chaque consultation. Ainsi, les recettes du médecin dépendent des actes réalisés. La charte de la médecine libérale datant de 1927 fait du paiement à l'acte un principe fondamental de la profession. Jusqu'au début des années 2000, le paiement à l'acte était ainsi le mode de rémunération exclusif des médecins généralistes libéraux (P. Bras, 2017). Ce modèle permet une certaine flexibilité et peut également favoriser la rapidité d'accès aux soins car les professionnel.le.s de santé ont une incitation financière à voir un plus grand nombre de patient.e.s. Néanmoins, ce mode de financement présente un certain nombre de limites. En effet, le paiement à l'acte a eu pour effet de renforcer la pression sur les professionnel.le.s de santé pour augmenter leur activité et leur productivité, conduisant à une intensification du travail pour les professionnel.le.s de santé, en particulier les médecins généralistes. Les professionnel.le.s de santé libéraux sont ainsi devenu.e.s des prestataires de services en concurrence sur un marché régulé par les prix, conduisant à une professionnalisation accrue du métier, avec une gestion plus rigoureuse de l'activité et des coûts. Elle a également conduit à une hausse des dépenses de médicaments en médecine de ville. Selon le rapport de la Drees sur les dépenses de santé en 2021, les dépenses de médicaments en ville ont augmenté de 4,1 % en 2020. Cette hausse s'explique notamment par la hausse des prescriptions médicales. Aussi, le paiement à l'acte peut entraîner des inégalités en termes d'accès aux soins car les professionnel.le.s de santé peuvent être incité.e.s à se concentrer sur les actes les plus rémunérateurs plutôt que sur les besoins réels des patient.e.s. Enfin, le paiement à l'acte a également eu des conséquences sur la répartition des médecins sur le territoire (J-F. Chadelat, 2005). En effet, selon le rapport Réformes des modes de financement et de régulation (Ma santé 2022), le paiement à l'acte a conduit à une concentration de médecins dans les zones les plus rentables, au détriment des zones rurales ou des quartiers défavorisés. L'ensemble de ces limites ont conduit à des réflexions sur la nécessité d'introduire des modes de rémunération alternatifs, tels que le paiement à la qualité ou le paiement à la capitation (basé sur le nombre de patient.e.s pris en charge). Des éléments de capitation ont été introduits, dans le cours des années 2000, sans pour autant que le terme capitation ait été employé, du fait de l'opposition traditionnelle des représentant.e.s des médecins français à ce mode de rémunération. Ainsi, c'est sous la dénomination de forfait que la capitation a été introduite (P. Bras, 2017). Par exemple, à partir de 2005, les médecins

généralistes se sont vu attribuer 40 € par an pour les patient.e.s en affection longue durée (ALD) inscrit.e.s sur leur liste de prise en charge. Ou encore, la convention de 2011 a instauré la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP), une forme de paiement à la performance (P. Bras, 2017), qui s'élevait à 5 057 euros en 2021 pour un.e généraliste.

3. Des dépenses en hausse : un système en tensions ?

Au cours du XXème siècle, les pays industrialisés et occidentaux connaissent une extension de l'intervention de l'Etat qui se caractérise, entre autres, par une hausse des dépenses sociales. Toutefois, à partir de la fin des années 1970, des contraintes économiques ont lourdement pesé sur les finances de la protection sociale notamment du fait du ralentissement de la croissance économique. Par conséquent, la question de la régulation des dépenses est désormais au premier plan des préoccupations des pouvoirs publics (D. Tabuteau, 2012), comme le démontrent les débats actuels autour de la réforme des retraites. La santé est également concernée par ces préoccupations car, aux côtés de la vieillesse, elle est l'un des principaux postes de la protection sociale en France et en Europe, la France se situant au dessus de la moyenne européenne. En effet, selon le rapport de la Drees *La protection sociale en France et en Europe 2021* datant de 2022, les dépenses de protection sociale continuent de progresser dans l'ensemble des pays d'Europe en 2021. La France consacre en effet 33,3 % de son produit intérieur brut (PIB) à la protection sociale, soit 834 milliards d'euros par an. La France est le pays d'Europe consacrant le plus à la protection sociale devant l'Autriche (31,8 %), l'Italie (31,5 %) et l'Allemagne (31 %).

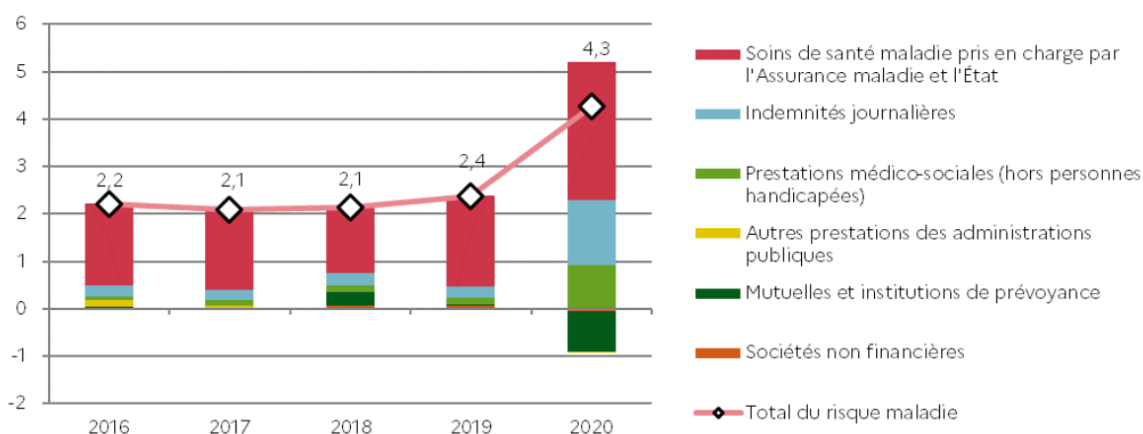
Graphique n°1 : Evolution des prestations sociales entre 2020 et 2021



Source : Drees, 2022

Toujours selon la Drees (2022), les prestations du risque maladie s'élèvent à 255,6 milliards d'euros en 2021, soit une hausse de 11,5 % par rapport à 2020. Elles représentent 31 % du total des prestations sociales et 10,2 % du PIB (contre 9,9 % en 2020). Cette hausse importante s'inscrit dans un contexte particulier, elle s'explique en effet par le renforcement de la campagne de dépistage de la COVID-19 et par le démarrage de la vaccination, mais également par le rattrapage enregistré sur les dépenses de soins en ville et les soins hospitaliers, dans un contexte de levée progressive des restrictions sanitaires. Ce sont les soins de santé maladie pris en charge par l'Assurance maladie et l'Etat qui augmentent le plus. Des dépenses supplémentaires ont été engendrées par la crise sanitaire et ont essentiellement été prises en charge par l'Assurance maladie. Cette augmentation s'explique notamment par celle des prestations de soins du secteur public hospitalier en lien avec la hausse des rémunérations du personnel soignant (primes Covid-19, majorations des heures supplémentaires...) et avec les surcoûts liés à la prise en charge des patient.e.s atteint.e.s de la Covid-19 (équipement pour la réanimation, tests de dépistage...).

Graphique n°2 : Évolution globale du risque maladie et contributions de ses différentes composantes (en %).

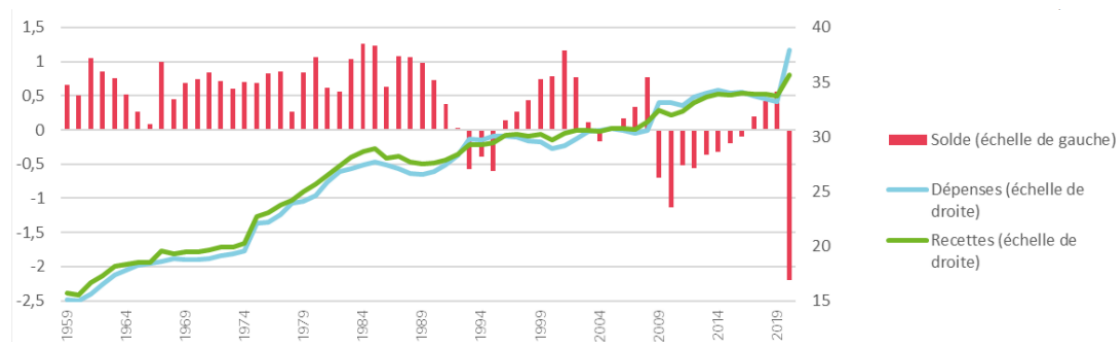


Source : Drees, 2022.

Depuis quelques années, la question des déficits sociaux est ainsi au cœur de l'actualité politico-médiatique. Selon la Drees (2022), les premiers déficits des comptes de la protection sociale apparaissent dans les années 1990 du fait d'une augmentation des dépenses supérieures à celle des ressources, particulièrement après la crise de 1993. Dès 1996 et jusqu'au début des années 2000, nous constatons un retour de la croissance et de la modération des dépenses permettant alors de renouer avec les excédents. En 2004, une légère

dégradation de la conjoncture entraîne une réapparition des déficits. En 2008, le déficit de la protection sociale avait atteint un niveau inédit. Depuis, celui-ci s'est résorbé peu à peu jusqu'en 2017 où le solde est redevenu positif, cette tendance s'est ainsi confirmée les deux années suivantes avant le déficit record de 2020 lié à la crise sanitaire. En 2020, le déficit public atteint 209,2 milliards d'euros, soit 9,1 % du PIB. La dette publique s'élève désormais à 2 649 milliards d'euros, soit 115 % du PIB (contre 97 % fin 2019).

Graphique n°3 : Solde, dépenses et recettes de la protection sociale en points de PIB de 1959 à 2020



Source : Drees, 2022

Une succession de plans de maîtrise témoigne de la volonté politique d'ajustement régulier entre ressources et dépenses. Les pouvoirs publics ont effectivement mis en œuvre des politiques variées afin d'endiguer une croissance, jugée excessive, de la consommation médicale. Les politiques de maîtrise de la demande ont été les plus fréquentes, elles consistent à reporter sur les malades une part croissante du coût des soins. Ces mesures sont souvent présentées comme une responsabilisation des assuré.e.s sociaux (D. Tabuteau, 2012). Ce choix s'inscrit dans le passage progressif à la logique d'activation. En effet, selon la Drees (2022), la dynamique de la composante maladie est ralentie depuis les années 1980 par de nombreux plans de réforme, comme ceux de 1982-1983 (baisse du remboursement de certains médicaments...), de 1986 ou encore de 1993, qui augmentent la part des dépenses restant à la charge des ménages. Aussi, instauré en 1996, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) vise à encadrer les dépenses des régimes de base. Il s'agit en effet d'un objectif de dépenses à ne pas dépasser en matière de soins de ville et d'hospitalisation dispensés dans les établissements privés ou publics mais également dans les centres médico-sociaux, qui est fixé chaque année par la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS). L'Ondam est voté par le Parlement, il ne constitue pas un budget mais davantage un indicateur de maîtrise des dépenses de santé. Jusqu'en 2010, il a été

systematiquement dépassé mais, depuis cette date, il est sous-exécuté notamment en raison de la loi maladie de 2004 et du renforcement continu de ces dispositifs de contrôle et de suivi qui permettent son respect. La période de crise sanitaire de 2020 et 2021 a interrompu cette tendance, les dépenses de santé étant fortement mobilisées pour faire face à la pandémie (Drees, 2022).

L'augmentation du coût des systèmes de soins donne lieu à des conjectures en sens divers. En effet, tantôt on estime qu'une augmentation substantielle des moyens est nécessaire pour maintenir une qualité et une accessibilité suffisantes au système. Cette croissance est effectivement souvent confrontée à un certain nombre d'indicateurs mettant en relief le caractère problématique de certaines performances des systèmes de soins modernes (P. Boitte & J. Cobbaut, 2006). Puis, tantôt l'on considère que cette augmentation met gravement en péril l'équilibre des finances publiques (P. Boitte & J. Cobbaut, 2006), entraînant alors la mise en place de politiques de maîtrise de l'offre dont les effets ont montré leurs limites comme en témoignent les errements sur la démographie médicale (**section 2**).

Section 2. Des difficultés accrues en termes d'accès aux soins : un système en souffrance ?

En 2009, l'OMS déclare que « *La santé est produite par les circonstances dans lesquelles les personnes naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie* ». Par conséquent, ces circonstances n'étant pas distribuées de façon égalitaire à l'ensemble de la population, des inégalités de santé sont alors produites. Les inégalités de santé se définissent comme « *des différences systématiques, évitables et importantes dans le domaine de la santé (mortalité, morbidité, espérance de vie, qualité de vie, etc.) entre des groupes sociaux (catégorie professionnelle, revenu, niveau d'étude, niveau de pauvreté du quartier d'habitation, etc.)* ». Elles traduisent des opportunités inégales d'être en bonne santé, sont les conséquences d'une distribution inégale des déterminants sociaux de la santé, ne sont pas « naturelles » et sont évitables. Elles sont injustes car elles résultent de circonstances indépendantes de la responsabilité des personnes (HCSP, 2009). En France, malgré de bons indicateurs globaux de santé (A), les inégalités sociales et territoriales de santé sont grandissantes (B). L'imbrication des deux vient questionner l'accès aux soins (C).

A) Un état de santé général de la population française favorable...

En France, les indicateurs globaux de santé révèlent un état de santé général de la population favorable. En effet, en France, l'espérance de vie à la naissance et à 65 ans ont augmenté au cours des dernières décennies, avec une réduction de l'écart sexué (1). L'espérance de vie sans incapacités (EVSI) à la naissance et à 65 ans sont également en augmentation ces dernières années, reflétant le recul de l'âge auquel surviennent les maladies chroniques handicapantes ainsi que l'amélioration de leur prise en charge (2). En parallèle, la mortalité a fortement diminué depuis plusieurs décennies (3).

1. Une hausse de l'espérance de vie à la naissance et à 65 ans

En France, il existe de bons indicateurs globaux de santé, comme nous le révèlent les différents Rapports sur *L'État de santé de la population en France* réalisés par la Drees. Le dernier rapport en date, sur lequel nous allons nous appuyer, est paru en septembre 2022. Dans celui-ci, plusieurs indicateurs globaux de santé sont utilisés afin de rendre compte de

l'état de santé général de la population française. Le premier indicateur utilisé est l'espérance de vie à la naissance, qui rend compte du nombre d'années que peut espérer vivre une personne si elle était exposée dès sa naissance, ou à partir d'un certain âge, aux conditions de mortalité observées une année donnée dans une population. Mesuré depuis 1946, il s'agit d'un indicateur synthétique des conditions de mortalité une année donnée, qui permet de comparer ces conditions dans le temps en neutralisant les évolutions de la structure de la population par sexe et âge (Drees, 2022). En France, l'espérance de vie est en augmentation constante, mis à part des reculs conjoncturels dus à des années avec une mortalité exceptionnelle (Papon 2019 in Drees, 2022). Selon les chiffres de l'INSEE, en 1960, l'espérance de vie s'élevait à 73,6 ans pour les femmes et 67 ans pour les hommes puis, en 2009, elle s'élevait à 84,4 ans pour les femmes et 77,7 ans pour les hommes. Plus récemment encore, en 2019, l'espérance de vie s'élève à 85,6 ans pour les femmes et 79,7 ans pour les hommes. Entre 2009 et 2019, l'espérance de vie à la naissance connaît ainsi une augmentation de 1 an et 2 mois pour les femmes et de 2 ans pour les hommes. De ce fait, nous pouvons constater une augmentation de l'espérance de vie au cours des dernières décennies mais également une réduction de l'écart sexué d'espérance de vie. Toutefois, comme le souligne la Drees (2022), l'année 2020 voit l'espérance de vie à la naissance baisser de façon exceptionnelle par rapport à l'année précédente du fait de l'épidémie de la COVID-19, qui a directement et indirectement affecté l'état de santé de la population. En 2021, l'espérance de vie à la naissance remonte sans pour autant retrouver le niveau de 2019 et s'établit à 85 ans et 4 mois pour les femmes et 79 ans et 3 mois pour les hommes (Papon, 2019 ; Papon, 2022, à in Drees, 2022). À titre de comparaison, selon l'INSEE, la moyenne européenne en termes d'espérance de vie en 2020 est de 77 ans et 5 mois pour les hommes et 83 ans et 2 mois pour les femmes en 2019. La France se situe ainsi au-dessus de la moyenne européenne.

Tableau n°1 : Tableau récapitulatif des évolutions de l'espérance de vie à la naissance en France de 1960 à 2021

Espérance de vie à la naissance	1960	2009	2019	2021 (effets de la crise COVID)
France :				
- Femmes	73,6 ans	84,4 ans (+10,8)	85,6 ans (+1,2)	85,4 ans (-0,2)
- Hommes	67 ans	77,7 ans (+10,7)	79,7 ans (+2)	79,3 ans (-0,4)

UE-27 :				
- Femmes	72 ans	82,6 ans	84 ans	nd
- Hommes	66 ans	76,4 ans	78,5 ans	nd

Sources : INSEE, statistiques de l'état civil et estimations de population & Ined & Banque mondiale & Eurostat.

Pour compléter ce premier indicateur, nous pouvons utiliser l'espérance de vie à 65 ans, qui indique les gains de l'espérance de vie à un âge élevé, celui du départ à la retraite. Comme l'explique plus précisément l'OCDE, l'espérance de vie à 65 ans est le nombre moyen d'années qu'un.e individu de cet âge peut s'attendre à vivre si l'on suppose que la mortalité par âge reste constante. Entre 2009 et 2019, cet indicateur a augmenté de 0,8 ans pour les femmes et de 1 an et 2 mois pour les hommes. À nouveau, en 2019, la France se situe ainsi au-dessus de la moyenne européenne. En raison de l'épidémie de la COVID-19, elle diminue en 2020 pour s'établir à 23 ans et 2 mois pour les femmes et à 19 ans et 1 mois pour les hommes en 2021.

Tableau n°2 : Tableau récapitulatif des évolutions de l'espérance de vie à 65 ans en France de 1960 à 2021

Espérance de vie à 65 ans	2009	2019	2021 (effets de la crise COVID)
France :			
- Femmes	22,6 ans	23,4 ans (+0,8)	23,2 ans (-0,2)
- Hommes	18,4 ans	19,6 ans (+1,2)	19,1 ans (-0,5)
UE-27 :			
- Femmes	20,9 ans	21,8 ans	nd
- Hommes	17,3 ans	19,4 ans	nd

Sources : Insee, statistiques de l'état civil et estimations de population & Ined & Eurostat

2. Une hausse de l'espérance de vie sans incapacités à la naissance et à 65 ans

Ces premiers indicateurs peuvent être complétés par l'espérance de vie sans incapacités (EVSI), ou l'espérance de vie en bonne santé, qui permet d'estimer le nombre d'années qu'une personne peut espérer vivre sans être limitée dans les activités de la vie quotidienne du fait d'un problème de santé, en prenant en compte la part de personnes déclarant des limitations d'activité. De la même manière que l'espérance de vie, il s'agit d'un indicateur synthétique de l'état de santé de la population une année donnée au regard des limitations d'activité dans la vie quotidienne (Drees, 2022). Contrairement aux données objectives de l'espérance de vie, cet indicateur est davantage qualitatif. Par construction, l'EVSI est

toujours inférieure à l'espérance de vie. Toutefois, comme l'espérance de vie, l'EVSI est en augmentation. Elle augmente aussi sur longue période mais avec des évolutions moins régulières que pour l'espérance de vie (Drees, 2022). Selon l'INSEE, en 1995, l'EVSI des femmes s'élevait à 62 ans et 4 mois contre 60 ans pour les hommes. En 2009, elle s'élevait à 63 ans et 4 mois pour les femmes et 62 ans et 7 mois pour les hommes. En 2019, elle est de 64 ans et 6 mois pour les femmes et de 63 ans et 7 mois pour les hommes. Entre 2009 et 2019, l'EVSI à la naissance connaît ainsi une augmentation de 1 an et 2 mois pour les femmes et de 1 an pour les hommes. Toutefois, en 2019, l'EVSI est en dessous de la moyenne européenne avec un écart de 6 mois avec les EVSI françaises. Plus récemment encore, en 2020, elle est de 65 ans et 9 mois pour les femmes et de 64 ans et 4 mois pour les hommes, passant alors au-dessus de la moyenne européenne. Cette dernière évolution de l'EVSI à la naissance, notamment celle des femmes, est assez exceptionnelle, elle est effectivement plus stable les dix années précédentes.

Tableau n°3 : Tableau récapitulatif des évolutions de l'EVSI à la naissance en France et dans l'UE-27 de 1995 à 2020

EVSI à la naissance	1995	2009	2019	2020
France :				
- Femmes	62,4 ans	63,4 ans (+1)	64,6 ans (+1,2)	65,9 ans (+1,3)
- Hommes	60 ans	62,7 ans (+2,7)	63,7 ans (+1)	64,4 ans (+0,7)
UE-27 :				
- Femmes	nd	61, 3 ans	65,1 ans	64,5 ans
- Hommes	nd	60,6 ans	64,2 ans	63,5 ans

Sources : INSEE, statistiques de l'état civil et estimations de population, Ined & Eurostat.

À nouveau, pour compléter cet indicateur, nous pouvons utiliser l'EVSI à 65 ans, qui augmente de façon plus régulière et plus marquée. Selon l'INSEE, en 2008, l'EVSI à 65 ans s'élève à 9 ans et 9 mois pour les femmes et 8 ans et 6 mois pour les hommes. En 2019, elle s'élève à 11 ans et 5 mois pour les femmes et 10 ans et 4 mois pour les hommes. Entre 2008 et 2019, l'EVSI à 65 ans connaît ainsi une augmentation de 1 an et 6 mois pour les femmes et 1 an et 8 mois pour les hommes. Autrement dit, entre 2008 et 2019, la part des années vécues sans incapacités dans l'espérance de vie à 65 ans est passée de 48 % à 53 % pour les hommes et de 45 % à 49 % pour les femmes. En 2019, l'EVSI à 65 ans est supérieure à la moyenne européenne. Plus récemment encore, en 2020, l'EVSI à 65 ans s'élève à 12 ans et 1 mois pour

les femmes et 10 ans et 6 mois pour les hommes. Ces évolutions traduisent un recul de l'âge d'entrée en incapacité pour les personnes ayant atteint 65 ans. Pour aller encore plus loin, l'espérance de vie sans incapacités sévères à 65 ans s'élève à 18 ans et 1 mois pour les femmes et 15 ans et 7 mois pour les hommes.

Tableau n°4 : Tableau récapitulatif des évolutions de l'EVSI à 65 ans en France et dans l'UE-27 entre 2008 et 2020

EVSI à la 65 ans	2008	2019	2020
France :			
- Femmes	9,9 ans	11,5 ans (+1,6)	12,1 ans
- Hommes	8,6 ans	10,4 ans (+1,8)	10,6 ans
UE-27 :			
- Femmes	8,1 ans	10,4 ans	10,1 ans
- Hommes	7,9 ans	10,2 ans	9,5 ans

Sources : Drees, 2022 & Eurostat

Comme nous pouvons le voir, ces dernières années, l'EVSI à 65 ans augmente plus rapidement que l'espérance de vie à 65 ans. Ce constat reflète le recul de l'âge auquel surviennent les maladies chroniques handicapantes ainsi que l'amélioration de leur prise en charge (Drees, 2022).

3. La baisse du taux de mortalité

En parallèle de l'augmentation de l'espérance de vie et de l'EVSI à la naissance et à 65 ans, nous pouvons souligner une forte baisse de la mortalité. En effet, à l'inverse de l'espérance de vie, la mortalité est en constante diminution depuis plusieurs décennies, et ce, quelle que soit la cause du décès (Fourcade, et al., 2021 in Drees, 2022). Afin de comparer des populations dont les structures d'âge sont différentes entre elles et varient dans le temps, des taux de mortalité standardisés sur l'âge sont calculés. Entre 2000 et 2017, le taux de mortalité standardisé a diminué, passant, pour 100 000 habitant.e.s, de 1 470 à 1 080 décès chez les hommes et de 840 à 649 décès chez les femmes. Ce taux de mortalité est parmi les plus faibles de l'UE, dont le taux moyen s'élève en 2017 à 1 246 pour les hommes et 821 pour les femmes dans l'UE-28 (Drees, 2022).

Tableau n°5 : tableau récapitulatif de l'évolution du taux de mortalité pour 100 000 habitant-e-s en France et dans l'UE-28 entre 2000 et 2017

Taux de mortalité standardisé pour 100 000 habitant-e-s	2000	2017
France :		
- Femmes	840 décès	649 décès
- Hommes	1 470 décès	1 080 décès
UE-28 :		
- Femmes	nd	821
- Hommes	nd	1 246

Source : Drees, 2022

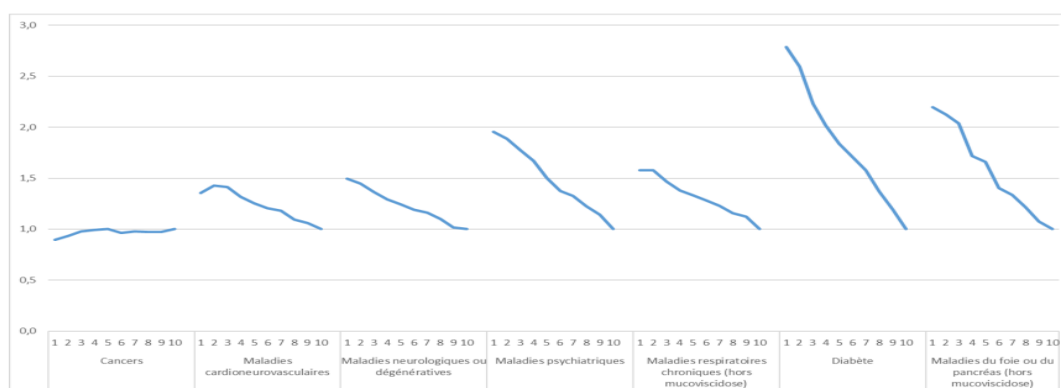
Par ailleurs, nous constatons également, depuis 2000, une baisse de la mortalité prématurée (décès survenant avant 65 ans) bien que cette baisse soit de moindre ampleur que la baisse de la mortalité totale car les gains d'espérance de vie se concentrent désormais aux âges élevés (Papon, 2019 in Drees, 2022). En effet, en 2017, le taux de mortalité prématurée (standardisé sur l'âge) était de 190 pour 100 000 personnes avec une différence marquée entre les deux sexes : 257 pour les hommes et 127 pour les femmes. Ce taux est proche de la moyenne européenne, s'élevant à 202 pour 100 000 personnes, et les différences entre sexes sont aussi marquées qu'en France (Drees, 2022). Cet écart sexué s'explique notamment par une plus forte exposition des hommes aux risques du travail ainsi qu'aux comportements à risque. La mortalité évitable représente 30 % de la mortalité prématurée. Il existe deux types de mortalité évitable : par la prévention avant l'apparition des maladies ou des accidents et par traitement grâce à des soins de santé efficaces et prodigués à temps.

En France, en 2019, le taux de mortalité évitable est de 153 décès pour 100 000 habitant.e.s tandis que, dans l'UE-15, il est de 161 décès pour 100 000 habitant.e.s. Parmi ce taux, le taux de mortalité évitable par traitement est de 48 pour 100 000 habitant.e.s en France (contre 57 dans l'UE-15) tandis que le taux de mortalité évitable par prévention est de 105 décès pour 100 000 habitant.e.s en France (contre 104 dans l'UE-15). En 2017, la France compte 604 000 décès observés selon la Drees (2022). Plus de la moitié des décès en 2017 sont causés par les cancers (28 %) et par les maladies cardio-neurovasculaires (24 %), suivies par les maladies de l'appareil respiratoire autres que les cancers (8 %) ainsi que les morts violentes composées des suicides, accidents et homicides (7 %). De ce fait, ces quatre causes rassemblent les deux tiers de l'ensemble des décès et leurs poids relatifs évoluent lentement

(Drees, 2022). Toutefois, nous constatons une baisse de la mortalité pour chacune de ces causes de décès depuis 2011. Bien que le taux de mortalité soit en diminution, nous pouvons cependant noter des épisodes de surmortalité, liés aux épidémies de gripes ou à des épisodes de canicule (Drees, 2022).

Ces principaux indicateurs globaux de santé nous révèlent un bon état de santé général de la population française. Ils nous permettent également de constater de fortes évolutions au cours des dernières décennies. Par conséquent, nous pouvons ainsi penser que la France dispose d'un système de santé bien développé, avec un accès plutôt large aux soins de santé pour sa population. Autrement dit, aux premiers abords, le système de santé français semble efficace. Néanmoins, une analyse plus détaillée nous révèle une évolution contrastée de l'état de santé en France, parcourue par de fortes inégalités (Drees, 2022). En effet, la Drees (2022) souligne que les décès arrivent plus tôt dans la vie dans les milieux plus défavorisés. Un écart important est observé selon la catégorie socioprofessionnelle ou le niveau de diplôme : à partir de 35 ans, les hommes cadres vivent en moyenne 6 ans de plus que les ouvriers dans les conditions de mortalité 2009-2013, cet écart est de 3 ans chez les femmes. Entre les diplômé.e.s du supérieur et les non-diplômé.e.s de plus de 35 ans, l'écart est de 7,5 ans pour les hommes et de 4 ans pour les femmes (Blanpain, 2016 in Drees, 2022). La Drees souligne également que les maladies chroniques, à l'exception de certains cancers, surviennent plus fréquemment chez les personnes aux revenus les plus modestes. En effet, les maladies chroniques du foie ou du pancréas (hors mucoviscidose) ainsi que les maladies psychiatriques font partie des catégories les plus inégalitaires avec des surrisques de 2,4 et de 2,0 respectivement pour les plus modestes par rapport aux plus aisé.e.s.

Graphique n°4 : Risque standardisé de développer une maladie chronique selon le dixième de niveau de vie et la catégorie de maladie



Source : EDP-Santé, 2016, calculs DREES 2022.

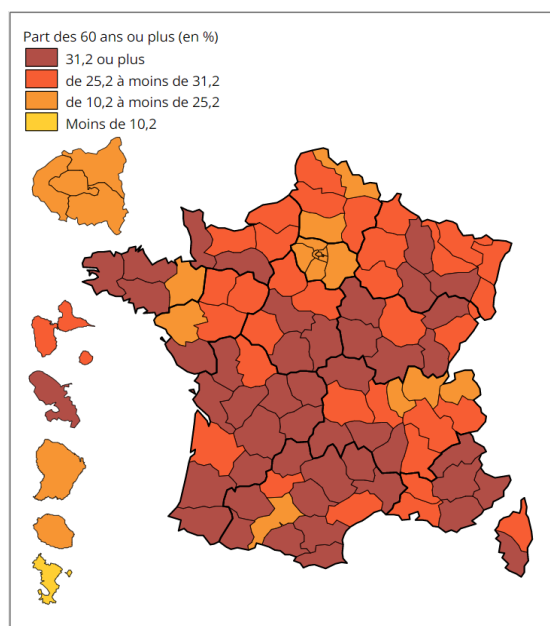
B) ... mais des inégalités sociales et territoriales de santé grandissantes

Malgré ces bons indicateurs globaux de santé, nous constatons des inégalités sociales et territoriales de santé grandissantes. Depuis de nombreuses années, le sujet de la démographie des professionnel.le.s de santé est incontournable. L'accès aux soins subit aujourd'hui une double tension. D'un côté, la demande de soins s'accroît pour des raisons de santé mais également pour des raisons sociétales et générationnelles (1). De l'autre côté, cette demande est confrontée à une offre médicale insuffisante et territorialement disparate, entraînant alors des inégalités territoriales de santé (2). Ajouté à celles-ci, la France est également marquée par des inégalités sociales de santé, qui persistent et sont plus élevées qu'ailleurs en Europe (3).

1. Une demandes de soins en constante augmentation : deux facteurs explicatifs

L'Observatoire-Place de la Santé (2020) explique l'accroissement de la demande de soins par deux facteurs. Le premier est l'accroissement et le vieillissement marqué de la population française. En effet, selon l'INSEE (2021), les plus de 60 ans représentent 26 % de la population en 2019, soit plus d'un quart de celle-ci. Toutefois, le vieillissement n'est pas homogène sur le territoire français. En effet, la part des français.e.s de plus de 60 ans est très variable selon les départements : de 17 % en Seine-Saint-Denis à 39 % dans la Creuse. Les dernières projections de l'Insee prévoient un maintien de ces écarts à l'horizon 2050 avec une part des 60 ans et plus estimée à 25 % en Seine-Saint-Denis et 47 % dans la Creuse.

Carte n°2 : Estimations de population par sexe et âge au 1^{er} janvier 2023 : comparaisons départementales



Source : Insee

Or, la consommation de soins augmente fortement avec l'âge, en lien avec la dégradation de l'état de santé. Cette consommation est effectivement élevée au moment de la naissance puis la dépense moyenne de soins diminue rapidement pour se stabiliser avant de progresser à nouveau rapidement à partir de 50 ans (Drees, 2017 in Observatoire-Place de la Santé, 2020). Ce constat se confirme par l'analyse empirique, la dépense moyenne de soins d'un homme âgé de 70 à 74 ans est près de 8 fois plus élevée que celle d'un homme de 20 à 24 ans. De plus, nous pouvons ajouter que les dépenses de santé les dernières années de vie sont particulièrement coûteuses : en 2013, un.e individu qui meurt dans l'année à, en moyenne et tous âges confondus, des dépenses huit fois supérieures à celle d'un.e individu qui survit (Gastaldi-Ménager *et al*, 2016 in Observatoire-Place de la Santé, 2020). Cette dynamique d'accroissement et de vieillissement de la population française devrait continuer de s'accélérer dans les prochaines années. En effet, selon l'INSEE, la population totale va augmenter de 9 % en trente ans, passant alors de 67,9 millions de français.e.s en 2020 à 74, 1 millions à l'horizon 2050. Mais surtout, la part des 60 ans et plus, qui représente 27 % de la population en 2020, atteindra 33 % en 2050, ce qui se traduira par une forte augmentation de la demande de soins.

Le second facteur est le développement des pathologies chroniques tous âges confondus. En dix ans, entre 2008 et 2018, le nombre de personnes souffrant d'affections longue durée (ALD) a augmenté de 40 % alors que la population couverte par l'Assurance maladie augmentait de 8 %. En 2018, plus de 11 millions de personnes bénéficient du dispositif

d'affections de longue durée, soit 18 % de la population du régime général de l'Assurance maladie. Les pathologies et traitements chroniques concernent 35 % de la population, soit près de 21 millions de personnes pour le régime général d'Assurance maladie, en 2018 (Cnam, 2020 in Observatoire-Place de la Santé, 2020). La hausse des effectifs de patient.e.s atteint.e.s de pathologies chroniques implique un accroissement des besoins de soins et, de ce fait, une augmentation de la demande de soins. Cette consommation de soins significative devrait se poursuivre avec une croissance estimée à plus de 10 % pour la plupart des catégories de pathologies entre 2018 et 2023. Parmi les plus fortes augmentations, les maladies cardio-neurovasculaires devraient notamment concerner 600 000 malades supplémentaires et le diabète, quant à lui, devrait concerner 460 000 malades supplémentaires. En outre, en plus du développement croissant des pathologies chroniques qui devraient se poursuivre, nous pouvons également souligner une augmentation de la fréquence de la polypathologie, définie comme la présence simultanée d'au moins deux pathologies. En 2016, elle concerne en effet un peu plus de 20 % des personnes à partir de 65 ans et près de 35 % à partir de 85 ans (Cnam, 2019 in Observatoire-Place de la Santé, 2020).

Ainsi, la croissance de la population, le vieillissement ainsi que la prévalence des pathologies chroniques expliquent au total près de 60 % de la croissance des dépenses de santé (Drees, 2017 in Observatoire-Place de la Santé, 2020). Les 40 % restants relèvent d'un effet de « consommation moyenne » dû à la fois à des facteurs de demande et d'offre de soins (modifications de comportement des assuré.e.s et des professionnel.le.s de santé, avancées techniques et innovations, évolution de la réglementation...). Ces deux facteurs impliquent une multiplication des professionnel.le.s de santé intervenant dans la prise en charge et nécessitent ainsi une coordination importante entre professionnel.le.s de santé.

2. Une offre médicale insuffisante et territorialement disparate : des inégalités territoriales de santé

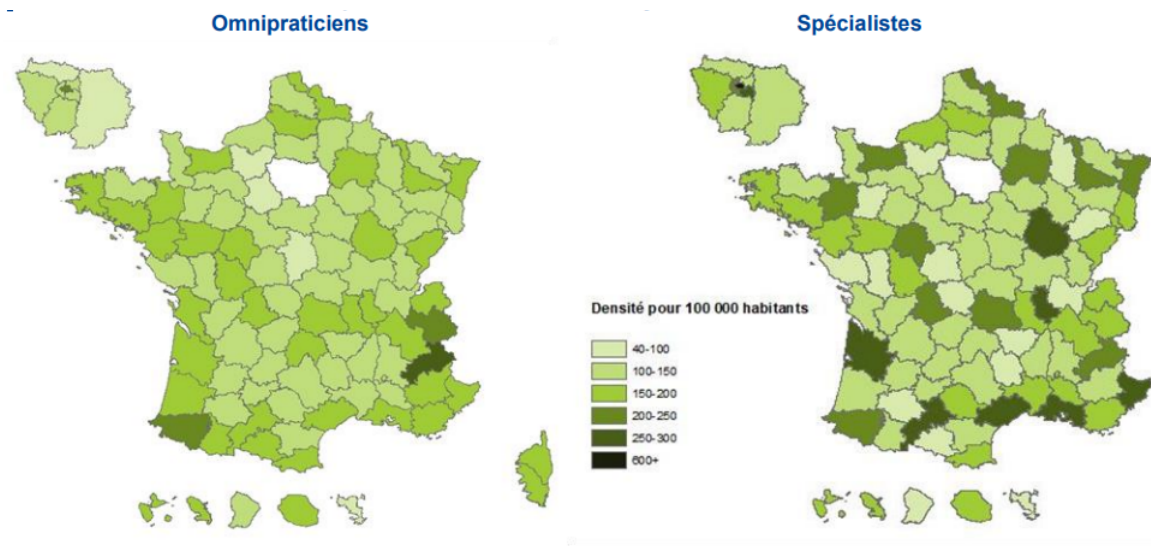
En termes d'insuffisance de l'offre médicale, le chiffre le plus parlant est que, selon la Drees (2020, in Observatoire-Place de la Santé, 2020), 7,4 millions de personnes, soit 11,1 % de la population vivent dans des communes où l'accès à un.e médecin généraliste est potentiellement limité en 2018 alors que cette proportion s'élevait à 8,6 % de la population en 2016. De ce fait, ce phénomène continue de se renforcer. Les chiffres les plus récents nous révèlent qu'au 1er janvier 2022, on comptait en France 229 000 médecins généralistes et spécialistes. En forte hausse depuis les années 1980, avec une croissance supérieure à celle de

la population, les effectifs de médecin augmentent aujourd'hui à un rythme qui a progressivement ralenti depuis 2006 (REPSS, 2022).

À nouveau selon l'Observatoire-Place de la Santé (2020), la densité de médecins s'élève à 339 médecins pour 100 000 habitant.e.s en 2019, soit un niveau stable par rapport à 2018 et un niveau qui correspond à la moyenne des pays de l'OCDE. Selon les derniers chiffres du Rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale (REPSS, 2022), la densité de médecin s'élève à 340 médecins pour 100 000 habitant.e.s en 2022, soit un niveau qui semble plutôt constant. Toutefois, un certain nombre de déséquilibres de l'offre de soins subsistent et posent des questions notamment en termes de répartition géographique et d'organisation des soins sur le territoire national. En 2022, en France, la densité moyenne des médecins généralistes est de 149 pour 100 000 habitant.e.s, avec 57 % de libéraux. Pour les omnipraticien.ne.s, la densité la plus forte est constatée dans le département des Hautes-Alpes (247 généralistes pour 100 000 habitant.e.s), puis dans les départements de Paris intra-muros (236 généralistes pour 100 000 habitant.e.s), et de la Savoie (206 généralistes pour 100 000 habitant.e.s). À l'opposé, les départements qui présentent les plus faibles densités sont, outre Mayotte (52 généralistes pour 100 000 habitant.e.s), l'Eure, la Seine-et-Marne, l'Eure-et-Loir, le Cher et le Val-d'Oise, qui présentent tous une densité de généralistes inférieure à 100 praticien.ne.s pour 100 000 habitant.e.s (REPSS, 2022). Par conséquent, la répartition des médecins généralistes n'est pas homogène sur le territoire national, certains départements sont bien lotis tandis que d'autres se heurtent à une très faible démographie médicale.

En ce qui concerne les spécialistes, la densité est de 192 pour 100 000 habitant.e.s avec 33 % de libéraux en 2022. De ce fait, l'accès aux soins spécialisés semble encore plus contrasté que l'accès aux soins généralistes. Pour les médecins spécialistes, les densités les plus élevées sont observées dans les départements des plus grandes agglomérations, avec Paris en tête (646 pour 100 000 habitant.e.s), puis à un niveau moindre, les départements du Rhône avec Lyon, des Alpes-Maritimes avec Nice, et les Bouches-du-Rhône avec Marseille (respectivement 289, 283 et 273 spécialistes pour 100 000 habitant.e.s). À contrario, les départements les moins denses sont ceux de Mayotte et de l'Eure (respectivement 41 et 73 spécialistes pour 100 000 habitant.e.s), 13 autres départements n'atteignent pas les 100 spécialistes pour 100 000 habitant.e.s, soit un de plus qu'en 2021 (REPSS, 2022).

Carte n°3 : Densité de médecins pour 100 000 habitant.e.s au 1er janvier 2022



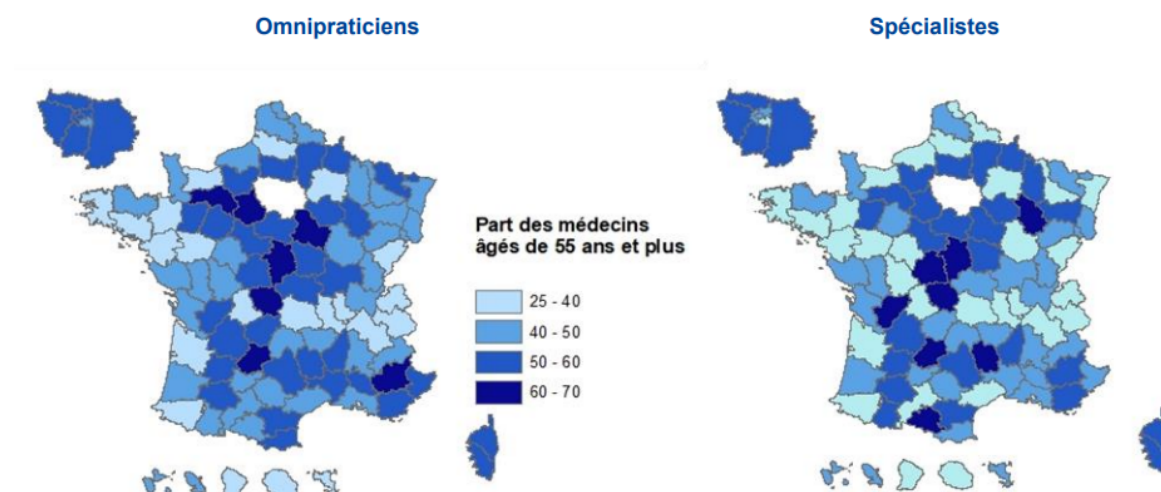
Sources : RPPS 2022, ASIP-Santé, estimations de population 2022, Insee, traitement Drees, geofla 2019.

Par conséquent, nous pouvons voir que la répartition géographique des médecins spécialistes est hétérogène. Ils et elles sont essentiellement concentré.e.s dans les grands pôles qui bénéficient d'une accessibilité potentielle aux médecins généralistes supérieure à la moyenne. Par ailleurs, la répartition est encore plus dispersée pour les spécialités médicales avec effectif réduit, notamment la gynécologie et l'ophtalmologie, avec les écarts les plus importants entre les départements les mieux lotis et les départements les moins lotis. À titre d'illustration, la densité de médecins gynécologues à Paris est plus de 9 fois supérieure à celle observée dans le Lot et la densité d'ophtalmologistes à Paris est près de 12 fois supérieure à celle existant en Lozère selon l'Observatoire-Place de la Santé (2020).

Aussi, l'inégale répartition des médecins généralistes en France n'est pas le seul problème, la densité vieillissante des médecins interrogent également. En effet, selon le REPSS (2022), au niveau national, 46 % des médecins généralistes sont âgé.e.s de 55 ans ou plus, signifiant que près de la moitié vont prochainement partir à la retraite. Là encore, il existe des disparités territoriales. La part des généralistes de 55 ans est particulièrement faible en Guyane (27 %) et n'atteint pas les 40 % dans 20 autres départements. Cependant, elle dépasse les 50 % dans 45 départements et 60 % dans 8 départements. En outre, la part des spécialistes âgé.e.s d'au moins 55 ans est de 42 % au niveau national. Elle atteint son plus bas niveau en

Loire-Atlantique et en Puy-de-Dôme (31 %) et reste inférieure à 40 % dans 30 départements. Elle est la plus élevée dans le Lot et la Lozère avec 68 %. Dans 37 départements, la part des 55 ans et plus est supérieure à 50 %, dans 8 elle est supérieure à 60 %.

Carte n°4 : Part des médecins âgé.e.s de 55 ans et plus au 1er janvier 2022



Sources : RPPS 2022, ASIP-Santé, estimations de population 2022, Insee, traitement Drees, geofla 2019.

Cette situation entraîne l'émergence et l'extension de « déserts médicaux », qui sont définis comme des zones dans lesquelles les habitant.e.s ne peuvent en moyenne bénéficier que de 2,5 consultations de médecins généralistes par an, principalement en zone rurale et dans la banlieue éloignée de petites villes et des métropoles. Ces derniers sont essentiellement concentrés dans le centre et le nord-ouest de la France, mais également dans certaines communes de la région parisienne (notamment dans le Val d'Oise et en Seine-et-Marne). Au-delà du fait que l'accessibilité se soit globalement réduite entre 2015 et 2018, ce phénomène est d'autant plus marqué dans les territoires sous-dotés, avec une accentuation dans le centre de la France et l'apparition de nouveaux territoires sous-denses du centre de la France vers le Nord-Ouest. En 2019, 80 % de la population française n'avait pas de difficultés majeures d'accès aux professionnel.le.s de premier recours avec 70 % de personnes résidant dans de grandes aires urbaines et 21 % dans des territoires ruraux selon une étude de la Drees (2020) sur l'accessibilité aux professionnel.le.s de premier recours entre 2016 et 2019.

D'après le Panel d'observation des pratiques et conditions d'exercice en médecine générale (Drees, 2020), 7 médecins généralistes sur 10 estiment que l'offre de médecine générale sur leur territoire est insuffisante et 3 médecins généralistes sur 4 ont des difficultés à trouver des

spécialistes pour assurer la prise en charge de leurs patient.e.s. Cette situation alarmante perdure et risque de s'aggraver. En effet, le dernier rapport de la Drees (2023) nous révèle que près de 80 % des médecins généralistes libéraux jugent l'offre de médecine générale insuffisante dans leur zone d'exercice, soit 11 points de plus qu'en 2019. De plus, 87 % d'entre eux et elles indiquent avoir des difficultés pour orienter leurs patient.e.s vers des confrères ou consoeurs spécialistes, 60 % vers des auxiliaires médicaux et 47 % vers des services d'aide à domicile ou d'aide à la personne. Ajouté à cela, une part importante de la population française n'a pas de médecin traitant, complexifiant alors le parcours de soins. En effet, selon l'Observatoire-Place de la Santé (2020), 5,2 millions de personnes effectuent des consultations hors parcours de soins en 2019, c'est-à-dire sans passer par un.e médecin traitant, soit 10,2 % de la population couverte par l'Assurance maladie. Ne résultant pas toujours d'un choix, la Cnam affirme que la moitié de ces personnes souhaitent désigner un médecin traitant mais n'en a pas trouvé. Cette affirmation est confirmée par le dernier rapport de la Drees (2023) qui révèle que les deux tiers des médecins généralistes déclarent être amené.e.s à refuser de nouveaux.elles patient.e.s comme médecin traitant alors qu'ils et elles étaient 53 % en 2019. De plus, la part de médecins qui ne peuvent plus suivre régulièrement certain.e.s patient.e.s est passée de 40 % en 2019 à 44 % en 2022. À nouveau, ce phénomène n'est pas homogène sur le territoire selon l'Observatoire-Place de la Santé (2020). En effet, les départements où la part des patient.e.s sans médecins traitant est la plus élevée se situent principalement dans le Sud-Ouest (Pyrénées-Atlantiques, 19 % ; Ariège, 15 %) et en Île-de-France (Yvelines, 12 % ; Val-d'Oise et Essonne, 10 %). À l'opposé, les départements où la part de patient.e.s sans médecin traitant est inférieure à la moyenne sont les Hautes-Pyrénées (4 %), la Manche (5 %), le Haut-Rhin (6 %), la Vendée (6 %) et l'Yonne (6 %). L'ensemble de ces éléments entraîne des inégalités territoriales de santé.

3. Une France marquée par des inégalités sociales de santé

Lors de son discours sur l'origine et les fondements de l'inégalité parmi les Hommes (1763), Jean-Jacques Rousseau dit : *« Je conçois dans l'espèce humaine deux sortes d'inégalité ; l'une que j'appelle naturelle ou physique, parce qu'elle est établie par la nature, et qui consiste dans la différence des âges, de la santé, des forces du corps, et des qualités de l'esprit, ou de l'âme, l'autre qu'on peut appeler inégalité morale, ou politique, parce qu'elle dépend d'une sorte de convention, et qu'elle est établie, ou du moins autorisée par le consentement des hommes. Celle-ci consiste dans les différents privilèges, dont quelques-uns jouissent, au préjudice des autres, comme d'être plus riches, plus honorés, plus puissants qu'eux, ou même*

de s'en faire obéir. ». Les inégalités sociales de santé ne sont pas naturelles et sont évitables, elles se situent ainsi dans la deuxième catégorie identifiée par J-J. Rousseau. Elles se définissent comme « *des différences systématiques, évitables et importantes dans le domaine de la santé (mortalité, morbidité, espérance de vie, qualité de vie, etc.) entre des groupes sociaux (catégorie professionnelle, revenu, niveau d'étude, niveau de pauvreté du quartier d'habitation, etc.)* ». Elles traduisent des opportunités inégales d'être en bonne santé et sont les conséquences d'une distribution inégale des déterminants sociaux de la santé. Elles sont injustes car elles résultent de circonstances indépendantes de la responsabilité des personnes (HCSP, 2009). Les déterminants sociaux de la santé sont les conditions sociales dans lesquelles les individus vivent et travaillent. Autrement dit, ce sont les facteurs sociaux et économiques qui influencent la santé des individus comme le revenu et la répartition du revenu, l'instruction, le chômage et la sécurité d'emploi, l'emploi et les conditions de travail, l'insécurité alimentaire, le logement, le sexe, la race, l'invalidité, l'exclusion sociale... Ainsi, les inégalités sociales de santé sont essentiellement le résultat ou le produit final des autres inégalités sociales structurelles qui caractérisent un pays à un moment donné de son histoire et de son développement économique (P. Aïach & D. Fassin, 2004).

En France, le constat est tel : les inégalités sociales de santé sont fortes et persistent ou s'accroissent. En effet, bien que la France soit classée par l'OMS comme première pour son système de santé et malgré de bons indicateurs globaux de santé, son niveau en termes d'inégalités de santé, ainsi que leur persistance, est plus élevé qu'ailleurs en Europe. Le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) a mis en exergue le concept de « *paradoxe français* » pour décrire ce phénomène d'évolutions positives mais de situations paradoxales. Pour illustrer notre propos, nous allons nous appuyer sur une enquête sur les ressources et conditions de vie qui met en exergue des inégalités sociales de santé réalisée par l'INSEE en 2017.

Tableau n°6 : Part des personnes déclarant une maladie ou un problème de santé chronique ou durable selon l'âge et les conditions de vie du ménage en 2018.

	Ensemble	Moins de 30 ans	30 à 39 ans	40 à 49 ans	50 à 59 ans	60 à 69 ans	70 ans ou plus
Parmi les ménages non pauvres en conditions de vie	37,2	15,5	22,9	26,6	39,9	49,8	66,4
Parmi les ménages pauvres en conditions de vie	46,5	19,9	37,8	44,2	52,4	68,0	81,9
Ensemble	38,2	16,1	24,6	28,8	41,4	51,3	67,5

Source : Insee, enquête sur les ressources et conditions de vie (SRCV), 2017, calculs Drees.

Nous pouvons observer que la part des personnes déclarant une maladie ou un problème de santé chronique ou durable s'élève à 46,5 % pour les ménages pauvres en conditions de vie tandis qu'elle s'élève à 37,2 % pour les ménages non pauvres en conditions de vie. Nous pouvons alors observer un écart de 9,3 %.

Plus récemment encore, selon le rapport de la Drees *L'état de santé de la population en France* datant de septembre 2022, les décès arrivent plus tôt dans la vie dans les milieux plus défavorisés. Ce rapport nous révèle qu'un homme qui serait exposé aux risques de décès par âge des 5 % les plus aisés de sa classe d'âge, observés sur la période 2012-2016, vivrait en moyenne 13 ans de plus qu'un homme exposé toute sa vie aux risques de décès des 5 % les plus modestes. Cet écart serait de 8 ans pour les femmes (Blanpain, 2018 in Drees, 2022). Aussi, un écart important est observé selon la catégorie socioprofessionnelle ou selon le niveau de diplôme. En effet, à partir de 35 ans, les hommes cadres vivent en moyenne 6 ans de plus que les ouvriers dans les conditions de mortalité de 2009-2013. Cet écart est de 3 ans pour les femmes. De plus, entre les diplômé.e.s du supérieur et les non-diplômé.e.s de plus de 35 ans, l'écart est de 7,5 ans pour les hommes et de 4 ans pour les femmes (Blanpain, 2016 in Drees, 2022). On retrouve ces différences dans pratiquement tous les domaines de la morbidité, qu'il s'agisse des maladies cardio-vasculaires ou du cancer, en passant par les accidents, les problèmes dentaires ou encore la santé mentale. Ce phénomène d'inégalités résulte de causalités combinées. Ce sont les populations les plus défavorisées qui cumulent le plus souvent différents facteurs de bascule. Autrement dit, elles sont plus exposées aux différents risques comme les risques professionnels (travail pénible, de nuit, exposition aux produits toxiques...) ou autres (pollution, logements surpeuplés, logements insalubres...) et

adoptent des comportements moins favorables à la santé (prévention, nutrition, activité physique...). Ces inégalités sociales de santé s'inscrivent avant même la naissance et se maintiennent à tous les âges de la vie (Drees, 2022).

C) Une fracture sociale et territoriale qui questionne l'accès aux soins

L'imbrication des inégalités sociales et des inégalités territoriales de santé vient questionner l'accès aux soins. En effet, l'imbrication de ces inégalités vient exacerber le risque de renoncer aux services de santé, en particulier dans les zones à faible densité médicale. Autrement dit, la principale conséquence de cette imbrication est le renoncement aux soins (1). Toutefois, la possibilité d'assurer des soins de qualité pour toutes et tous sans discrimination est non seulement un droit fondamental mais relève également d'un enjeu éthique majeur (2). C'est pourquoi des efforts internationaux et nationaux ont été réalisés pour lutter contre ces inégalités. En France, cet enjeu a progressivement été saisi par l'Etat et tout un ensemble de mesures destinées à améliorer l'accès aux soins ont été mises en place (3).

1. Le renoncement aux soins comme conséquence de l'imbrication de ces inégalités

Hélène Revil (2022) met en exergue les différentes manières de définir le renoncement aux soins existantes dans la littérature scientifique. Elle cite l'anthropologue Caroline Desprès (2011), pour qui la notion de renoncement aux soins exprime le fait que « *des individus [...] ne sollicitent pas les services de soins et les professionnels de santé alors qu'ils éprouvent un trouble, constatent un désordre corporel ou psychique ou quand ils n'accèdent pas à la totalité du soin prescrit* ». Elle cite également Philippe Warin (2014), responsable de l'Observatoire des non-recours aux droits et aux services (ODENORE), qui parle de renoncement « *lorsque des personnes déclarent ne pas pouvoir satisfaire la totalité, ou une partie de leurs besoins de soins* ». Elle précise que la notion de non-recours est mobilisée par Philippe Warin pour désigner des besoins de soins non satisfaits, justifiés médicalement. Ainsi, plusieurs notions cohabitent mais une étude de l'ODENORE a démontré que, dans les faits, le renoncement et le non-recours se recoupent pour une grande partie. En effet, la majorité des besoins de soins ressentis par les personnes et qui, pour différentes raisons, demeurent insatisfaits, est justifiée d'un point de vue médical. Aussi, elle précise également que, d'un point de vue étymologique, le verbe renoncer peut suggérer « *un abandon* », ainsi

qu'« *une décision par choix, un acte volontaire découlant d'un processus de délibération* ». La sémantique du concept de renoncement a conduit Caroline Desprès à opérer une distinction entre « *renoncements barrières* », qui pointent les obstacles compliquant les itinéraires de soins, et « *renoncements refus* », qui témoignent « *de l'expression d'une préférence, - préférer se traiter par soi-même ou solliciter d'autres types de soins que ceux qui sont légitimes dans notre système de santé* » (Hélène Revil, 2022). Face à ces différentes acceptions, nous allons retenir la définition développée par Hélène Revil (2022) qui décrit le renoncement comme « *un ensemble de situations où des personnes ne réalisent pas certains soins dont elles auraient besoin, n'adressent pas une partie ou la totalité de leurs demandes au système, ne continuent pas à se soigner alors qu'elles ont engagé des démarches* ».

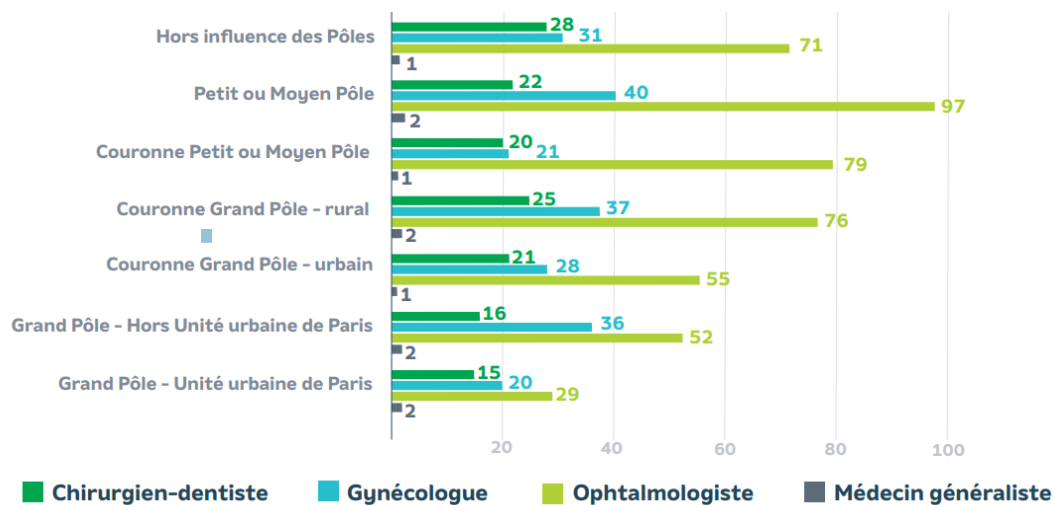
Cette aggravation des inégalités sociales de santé va de paire avec la baisse de la démographie médicale et les inégalités d'accessibilité aux professionnel.le.s de santé. En effet, inégalités spatiales et sociales semblent se renforcer. Ainsi, dans les zones de faible densité médicale, le risque de renoncement aux soins est accru pour les personnes les plus défavorisées (Drees, 2022). Selon le rapport de la Drees *Renoncement aux soins : la faible densité médicale est un facteur aggravant pour les personnes pauvres* datant de juillet 2021, la pauvreté en conditions de vie multiplie par trois le risque de renoncer à des soins. En effet, les personnes ayant renoncé à au moins une consultation ou examen au cours de l'année écoulée ont un niveau de vie annuel médian inférieur à 2 000 euros à celui des patient.e.s qui ont consulté leur médecin chaque fois qu'ils et elles en ont eu besoin. Elles sont deux fois plus nombreuses que les autres à vivre sous le seuil de pauvreté et trois fois plus souvent pauvres en conditions de vie (difficultés de logement, retards de paiement, restrictions de consommation...). De ce fait, toutes choses égales par ailleurs, vivre sous le seuil de pauvreté monétaire multiplie par 1,6 le risque de renoncer à des soins, tandis qu'être pauvre en conditions de vie le multiplie par 3,2. Toujours selon la Drees (2021), les personnes pauvres en conditions de vie ont jusqu'à 8 fois plus de risques de renoncer à des soins dans les zones très sous-dotées en médecins généralistes. En effet, parmi les personnes ayant renoncé à des soins, 6,9 % vivent dans une zone très sous-dotée en médecins généralistes (moins de 2 consultations accessibles par an et par habitant.e en moyenne), contre 4,4 % de celles ayant consulté autant que nécessaire. De ce fait, toutes choses étant égales par ailleurs, vivre dans une zone où les difficultés d'accessibilité aux soins sont importantes multiplie le risque de renoncement par 1,8. Néanmoins, ce résultat cache des situations hétérogènes. En effet, chez les personnes non pauvres en conditions de vie, vivre en zone très sous-dotée en médecins

généralistes n'augmente pas le risque de renoncer à des soins. En revanche, chez les personnes pauvres en conditions de vie, ce risque est multiplié par 3,53. Ainsi, les difficultés d'accessibilité amplifient l'effet de la pauvreté en conditions de vie sur le renoncement aux soins. Toutes choses étant égales par ailleurs, dans une zone où l'accessibilité aux médecins généralistes n'est pas critique, les personnes pauvres en conditions de vie ont 2,8 fois plus de risques de renoncer à des soins que les autres. Dans une zone où l'accessibilité est très faible, ce risque associé à la pauvreté monte à 7,94.

En 2013, l'ODENORE a mené une enquête ayant pour objectif d'évaluer le taux de renoncement aux soins en France. Cette étude a permis de mettre en exergue une moyenne de près de 25 % de personnes renonçant aux soins sur le territoire. Les soins qui faisaient l'objet de plus de renoncement étaient les soins dentaires (61 %), le changement de montures (55 %), les bilans de santé complets (34 %) ou les consultations en cardiologie (22 %). En 2017, 3,1 % des personnes de 16 ans ou plus vivant en France métropolitaine, soit 1,6 million de personnes, ont renoncé à des soins médicaux d'après l'enquête Statistiques sur les ressources et conditions de vie (SRCV) de l'Insee (Drees, 2021). Selon l'Observatoire de l'accès aux soins réalisé en janvier 2017 (sondage IFOP pour le cabinet Jalma in Observatoire-Place de la Santé, 2020), les délais d'attente sont désormais devenus la première cause de renoncement aux soins, devant le tarif de la consultation et la distance pour accéder aux soins. Récemment, le baromètre, paru en janvier 2020, sur la région Île-de-France (in Observatoire-Place de la Santé, 2020), a confirmé ce constat : l'indisponibilité des médecins est devenue le premier motif de renoncement aux soins devant les raisons financières. En effet, 44 % des personnes interrogées déclarent avoir dû renoncer à des soins en raison des délais d'attente pour accéder à un.e professionnel.le de santé. Ce renoncement aux soins lié aux délais d'attente n'est pas également réparti sur le territoire, renvoyant alors à des inégalités géographiques d'accès aux soins. En effet, il apparaît que les délais d'obtention d'un rendez-vous chez un.e spécialiste sont plus longs dans les communes où l'accessibilité géographique aux professionnel.le.s de santé est faible. En ce sens, la Drees a réalisé une enquête sur les délais d'attente en matière d'accès aux soins (2016-2017) qui montre que ces délais sont plus longs dans les communes où l'accessibilité géographique aux professionnel.le.s de santé est faible notamment dans les pôles d'emplois petits et moyens ainsi que dans les communes hors influence des pôles. Pour illustrer notre propos, le délai médian d'obtention d'un rendez-vous chez un.e ophtalmologiste est de 29 jours à Paris, de 71 jours dans les communes hors influence des pôles urbains, de 76 jours dans les communes des grands pôles ruraux et 97 jours dans les

communes des pôles petits et moyens, lesquelles sont les moins bien pourvues en ophtalmologistes. Par conséquent, les écarts de délai d'attente vont du simple au triple selon le lieu de résidence. Toutefois, les délais sont moindres, et ce peu importe le ou la professionnel.le concerné.e, lorsque la demande de rendez-vous fait suite à l'apparition ou à la dégradation de symptômes.

Graphique n°5 : Délai médian d'obtention d'un RDV selon le type de commune (en nombre de jours) - 2017



Source : Observatoire-Place de la Santé, 2020

2. Les questionnements éthiques autour de la notion d'accès aux soins

Les inégalités sociales et territoriales de santé ainsi que le renoncement aux soins viennent questionner la notion d'accès aux soins. L'institut de médecine des Etats-Unis définit l'accès aux soins comme « *l'utilisation en temps utile des services de santé par les individus de façon à atteindre le meilleur résultat possible en termes de santé* » (Lurie, 1997 in J. Pascal & H. Abbey-Huguenin & P. Lombrail, 2006). Dans la même perspective, l'OMS définit l'accès aux soins comme la capacité des personnes à recevoir des soins quand ils sont nécessaires et au bon endroit. Nous nous inscrivons ainsi dans une acception large, où l'accès aux soins concerne aussi bien les soins préventifs, curatifs de réadaptation, palliatifs ou encore de longue durée. Aussi, l'accès aux soins inclut l'accessibilité géographique, l'accessibilité financière, l'accessibilité sociale et l'accessibilité organisationnelle (V. Fargeon & M. Brunat, 2015). L'accès aux soins est décliné en « *accès primaire* », c'est-à-dire l'entrée dans le système de soins ou son degré d'utilisation, et en « *accès secondaire* », correspondant à la

manière structurellement déterminée dont se déroulent les soins après un premier contact (J. Pascal *et al.*, 2006).

Comme le rappelle l'École des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP, 2021), l'accès aux soins et à la santé fait partie des droits de la personne humaine. Ce droit est affirmé dans de nombreux textes fondateurs de notre pays tels que le Préambule de la Constitution (1946), la Constitution (1958), l'Avis du Conseil national d'éthique ou encore la commission nationale consultative des droits de l'homme. Le principe « *de protection de la santé* » trouve sa source dans le 11ème alinéa du préambule de la Constitution de 1946 : « *La Nation garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé* ». Toutefois, malgré cette affirmation, le thème de l'inégal accès aux soins est resté assez peu visible dans le champ scientifique et politique en France. La France manifeste en effet un retard important avec les pays de l'UE, engagés dans la lutte contre les inégalités de santé dès les années 1980 (P. Aïach & Didier Fassin, 2004). Selon l'Observatoire des inégalités, cette difficile émergence s'explique par plusieurs raisons structurelles. D'abord, ce sont des inégalités difficiles à admettre car elles risquent de faire voler en éclat le mythe de l'égalité des chances sur lequel s'appuie la République française. Aussi, nos politiques de santé sont dominées par une conception individuelle des comportements à risque (par exemple relèvement du prix du tabac). Enfin, notre système de santé de tradition *bismarckienne* est centré sur le curatif. Il n'a pas été conçu ni aménagé pour prendre en compte l'objectif de promotion de la santé dans l'organisation de soins primaires. Les professionnel.le.s de santé ne sont effectivement pas formé.e.s à prendre en charge la dimension sociale des problèmes de santé. À cette typologie, la Commission nationale consultative des droits de l'Homme (CNCDH, 2022) ajoute l'absence d'adaptation des actions aux différents publics. Par exemple, il apparaît que les campagnes de sensibilisation et d'information sont davantage destinées aux milieux favorisés car leur niveau d'étude leur permet de mieux comprendre les messages et les indicateurs tels que les étiquettes nutritionnelles. Cette adaptation rejoint ainsi une logique d'« *universalisme proportionné* ». À ces facteurs structurels s'ajoutent des facteurs individuels qui sont liés aux caractéristiques socio-économiques et démographiques des individus mais également à leur perception et leur comportement face à la santé. Comme développé auparavant, l'accès aux soins est souvent déterminé par les déterminants sociaux de la santé à savoir le revenu, le niveau d'éducation, la situation professionnelle, l'âge, le lieu de résidence, le sexe, la race, la langue parlée, les antécédents de santé etc. Les personnes les plus touchées par les inégalités d'accès aux soins sont les personnes âgées, les personnes à

faible revenu, les personnes vivant dans des zones rurales ou isolées, les immigré.e.s, et les personnes atteintes de maladies chroniques.

La possibilité d'assurer des soins de qualité pour toutes et tous sans discrimination est aujourd'hui au coeur de l'actualité et fait l'objet de nombreuses mobilisations. Devenue progressivement une dimension structurante de notre société, la question de l'accès aux soins pose des questions éthiques. Pierre Boitte et Jean-Philippe Cobbaut (2006) se sont questionnés à propos des défis de l'éthique de l'accès aux soins. Ces auteurs nous révèlent que, dans nos sociétés de plus en plus complexes, structurées par l'échange et la mise en réseau, la possibilité ou non pour les individus de s'inscrire dans des réseaux deviendra progressivement un facteur central de l'exclusion sociale. Ainsi, celui ou celle qui n'aura pas accès et ne saura pas s'orienter dans les réseaux de plus en plus complexes de la société de demain sera exclu sans doute de manière plus radicale que les exclu.e.s d'aujourd'hui. Cette réflexion fait écho au capital social développé par Pierre Bourdieu, défini comme « *l'ensemble des ressources actuelles ou potentielles qui sont liées à la possession d'un réseau durable de relations plus ou moins institutionnalisées d'interconnaissance ou d'inter-reconnaissance* ». Les auteurs poursuivent en affirmant que cette notion d'accès est déjà utilisée depuis un certain nombre d'années en médecine dans la mesure où le système de soins se caractérise depuis longtemps dans des réseaux complexes, articulant plusieurs lignes de soins entre lesquelles les passerelles ne sont pas toujours évidentes. Ces propos font écho, aujourd'hui, à l'émergence et au développement du concept de parcours de soins. Ces réseaux ne cessent de gagner en complexité au fil du temps, pouvant alors entraîner un sentiment d'impuissance pour l'utilisateur, notamment le ou la plus vulnérable.

La thèse de Viviane Ramel (2020) se questionne sur les inégalités sociales et territoriales (ISTS) comme un certain « *signe de faillite* » des Etats-providence et, notamment, la tension entre inégalités et performance qui vient questionner le « *contrat social* ». En effet, elle nous dit que les ISTS peuvent susciter des questionnements relatifs à la notion de la performance des systèmes de santé car, il peut sembler paradoxal de les qualifier de « *performants* » si ces derniers laissent perdurer des inégalités importantes entre groupes de population (Wilkinson & Pickett 2018, Wilkinson 2005, 1996 in V. Ramel, 2020). Les notions de justice et d'égalité des chances font partie du contrat social à l'origine du maintien des systèmes politiques basés sur l'État-providence (Savidan, 2010 in V. Ramel, 2020), qui est fondé sur le souci d'une protection solidaire contre les risques sociaux, ainsi que la recherche de la justice sociale, et ses objectifs fondamentaux sont la réduction des inégalités, de la pauvreté, la protection

sociale et l'égalité des chances (Lefèbvre & Pestieau 2017 in V. Ramel, 2020). J. Lynch (2020 in V. Ramel, 2020) explique que les régimes de protection sociale sont des ensembles interconnectés de politiques publiques, de normes et de lois régissant les relations entre employeur.euse.s et employé.e.s ainsi qu'entre producteur.euse.s et consommateur.trice.s, de schémas de mobilisation politique et de concurrence et d'idées quant à la bonne organisation de l'économie. Dans le contexte des sociétés européennes, l'Etat a un poids massif d'où l'importance des politiques publiques dans la régulation de la société. En effet, en comparaison avec le reste du monde, les pays européens sont ceux qui sont le plus nettement gouvernés par les politiques publiques (Lascoumes, 2018 in V. Ramel, 2020), d'où la nécessité de comprendre comment l'Etat français réagit par rapport à l'enjeu des ISTS.

3. L'accès aux soins, un problème public progressivement saisi par l'Etat

Comme dit précédemment, la France, par rapport aux autres pays européens, manifeste un retard dans la prise en compte de l'enjeu des ISTS et, de ce fait, de l'accès aux soins (P. Aïach & Didier Fassin, 2004). Viviane Ramel (2020) nous présente la progressive injonction à considérer l'équité en santé dans toutes les politiques. Elle nous révèle que, depuis les années 1970, un discours officiel, communément admis dans les cercles des organisations internationales gouvernementales, relatif au besoin d'insérer la question de la santé dans toutes les politiques, a émergé dès la création de l'OMS puis lors de la conférence d'Alma-Ata (OMS, 1978), a été réitéré dans la charte d'Ottawa (OMS, 1986), puis matérialisé par la déclaration d'Adélaïde sur l'intégration de la santé dans toutes les politiques en 2010 (OMS, 2010) et par la déclaration de Rio (Conférence mondiale sur les déterminants de la santé), etc. Elle précise que son corollaire est l'insertion de l'équité dans toutes les politiques, en tant qu'horizon souhaitable quant à la justice sociale (Kokkinen et al. 2017 in V. Ramel, 2020). Pour une compréhension plus synthétique, voici les principales étapes internationales sur les sujets des ISTS selon Viviane Ramel (2020) :

- 1978 : Déclaration d'Alma-Ata sur les soins primaires ;
- A980 : Stratégie *Health for All* de l'OMS Europe ;
- 1996 : Charte d'Ottawa sur la promotion de la santé ;
- 1992 : Publication par l'OMS Europe des *discussion papers* Dahlgren et Whitehead ;
- 2007 : Rapports à la CDSS des réseaux de connaissance sur diverses thématiques ;
- 2008 : Rapport *Closing the gap in a generation* - Charte de Calgary sur la littératie en santé ;

- 2010 : Déclaration d'Adélaïde sur la santé dans toutes les politiques ;
- 2013 : Déclaration d'Helsinki sur la santé dans toutes les politiques ;
- 2016 : Déclaration de Shanghai sur la promotion de la santé dans le programme de développement durable à l'horizon 2030.

L. Potvin (2010, p.36, in V. Ramel, 2020) affirme que : « *cet intérêt nouveau tient sans doute à l'imposition progressive de cette question comme objet politique. Elle est, en effet, devenue une urgence mondiale sous les effets de la crise économique* ». Par conséquent, « *les appels nationaux et internationaux à l'action ne cessent de se faire plus pressants* ». Cette politisation de la question des ISTS tient notamment à l'action de l'OMS qui a mis l'enjeu de l'équité en santé et des ISS en avant. Aussi, en Europe, c'est depuis près d'un quart de siècle que le thème des inégalités sociales de santé est devenu un objet d'étude spécifique qui alimente régulièrement débats scientifiques et politiques. Son émergence a véritablement été marquée dans les années 1980 par la sortie du « *Rapport Black* » en Grande-Bretagne (P. Aïach & D. Fassin, 2004), puis Acheson (Acheson 1998) et Marmot (Marmot 2010), à la fin des années 2000. L'UE a également mis l'accent sur les inégalités sociales de santé et les déterminants de la santé en 2009 et 2013 (V. Ramel, 2020).

En France, ces dernières années, nous pouvons constater des avancées dans les discours avec une véritable prise en compte de la notion d'accès aux soins. La loi de santé publique de 2004 stipule, par exemple, que « *la politique de santé publique concerne : [...] la réduction des inégalités de santé, par la promotion de la santé, par le développement de l'accès aux soins et aux diagnostics sur l'ensemble du territoire* ». A partir des années 2010, rares sont les plans, textes, lois qui ne mentionnent pas, dans leurs préambules ou objectifs, la réduction des inégalités sociales de santé. L'objectif de réduction des inégalités est également inscrit dans la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires du 21 juillet 2009. Toujours selon l'EHESP (2021), en février 2015, Médecins du Monde publiait un « *plaidoyer pour une lutte effective contre les inégalités de santé* » dans lequel l'ONG appelle les parlementaires à « *faire évoluer le nouveau projet de loi de santé, afin de le mettre véritablement en phase avec les objectifs de la Stratégie nationale de santé et à saisir l'occasion qui leur est donnée de renforcer effectivement la lutte contre les inégalités de santé* ». Aussi, la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé comporte de nombreuses dispositions ayant pour objet l'amélioration de l'accès aux soins. Selon la CNCDH (2022), la loi du 21 juillet 2019, quant à elle, ne fait plus mention des inégalités sociales de santé même en ce qui concerne les projets territoriaux de santé qui se

concentrent sur l'accès aux soins. La feuille de route de la stratégie nationale de santé 2014-2018 prenait mieux en compte ces inégalités en prévoyant, dès l'introduction, de « *définir un cadre de l'action publique pour les années qui viennent, pour combattre les injustices et inégalités de santé et d'accès au système de soins* ». La stratégie nationale de santé 2018-2022 est plus concrète et prend mieux en compte le caractère transversal de ces inégalités. Toutefois, la plupart des mesures recommandées ne sont pas encore pleinement mises en œuvre. Plus largement, la CNCDH s'interroge sur l'écart important entre les intentions de ces feuilles de route et les réalités concrètes du système de santé, qui ne semblent pas en capacité de les mettre en œuvre, par manque de moyens financiers et humains.

Au-delà des avancées dans les discours, nous pouvons constater un certain nombre d'avancées dans les pratiques. Pour garantir un accès aux soins pour toutes et tous, la France a mis en place la Complémentaire Santé Solidaire (CSS ou C2S) en 2019, qui vient remplacer la Couverture maladie universelle complémentaire (CMUC) et l'Aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS). Destinées aux plus modestes, le montant du plafond de ressources ouvrant droit à la CSS est fixé à 9 203 euros par an pour une personne seule, soit 767 euros de revenus par mois. Elle permet d'avoir accès aux consultations médicales et aux traitements sans avance de frais, de même qu'à la plupart des soins dentaires, optiques, aides auditives, dispositifs médicaux, etc. Cependant, ce dispositif souffre d'un non-recours important (autour de 31 % entre 2019 et 2021 selon la Drees). Aussi, l'Aide Médicale d'Etat (AME), mis en place en 2000, est destinée aux étrangers en situation irrégulière résidant en France depuis plus de 3 mois. Toutefois, le nombre de bénéficiaires est inférieur aux personnes pouvant y prétendre et l'accès à la médecine ambulatoire reste difficile. En effet, quel que soit le secteur conventionnel, tous les professionnels de santé sont, selon la loi, obligés de recevoir les patients et de pratiquer le tiers payant intégral aux bénéficiaires de la CSS ou de l'AME. Cependant, le *testing* téléphonique de Médecins du monde de novembre 2006 auprès de 725 médecins généralistes dans 10 villes de France a observé 37 % de refus de soins pour les bénéficiaires de l'AME et 10 % de refus de soins pour les bénéficiaires de la CMUC (M. Denantes, M. Chevillard, J-F. Renard, P. Flores, 2009). À ces dispositifs, nous pouvons ajouter les Permanences d'accès aux soins de santé (PASS), instituées par la loi contre les exclusions en 1998, dans l'objectif de favoriser l'accès au système de santé des personnes démunies et les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits. Tout récemment, le Service d'accès aux soins

(SAS) a été créé afin de permettre aux usager.ère.s d'accéder, à toute heure et à distance à un.e professionnel.le de santé (M. Denantes, M. Chevillard, J-F. Renard, P. Flores, 2009). Aussi, des politiques de correction des inégalités territoriales de répartition des professionnel.le.s de santé se sont développées depuis le début des années 2000, qui ont donné lieu à la définition de zones éligibles aux dispositions d'aide à l'installation. Pour ce faire, l'indicateur communément admis est l'Accessibilité potentielle localisée (APL), qui a été développé en 2012 par la Drees et l'Irdes et qui est aujourd'hui reconnu et utilisé par l'ensemble des ARS. Il tient compte de la proximité des médecins et de leur disponibilité et intègre également une estimation de l'activité des médecins ainsi que des besoins en fonction de l'âge de la population locale (M. Frélaud, 2018).

Aujourd'hui, notre système de santé fait face à des enjeux multiples, connus de longue date et relativement consensuels. Parmi eux, le vieillissement de la population et l'accroissement des pathologies chroniques et polypathologies qui s'ajoutent à une démographie médicale en baisse, à une répartition inégale des dépenses ainsi qu'à une rationalisation des dépenses. Ces enjeux en termes d'accès aux soins appellent des prises en charges complexes et une articulation entre des professionnel.le.s exerçant dans différents secteurs. Or, notre système de santé se trouve en difficulté pour répondre à ces enjeux, du fait de sa structuration. Le traitement des inégalités sociales et territoriales de santé relève ainsi de l'organisation du système de santé et notamment des soins primaires, qui doivent intégrer ces préoccupations (**Partie 2**).

Partie 2. De la nécessité de (ré)organiser le système de santé française en innovant à la création des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS)

« Ce n'est pas à lui [le/la patient-e] d'ailleurs de s'adapter au système, mais bien au système de s'adapter à ses besoins. Et c'est autour du patient que doit se construire la réponse des soignants, en proximité, et coordonnée en réseau. Aussi, la structuration des soins de proximité est la priorité des priorités. Car c'est de ce levier essentiel que dépendent beaucoup des réponses aux tensions que nous connaissons. La réponse à la demande de soins de la population, l'accélération du virage ambulatoire, l'allègement de la pression sur l'hôpital, l'amélioration des conditions d'exercice des professionnels de santé de la ville, tout cela tient, repose sur une meilleure structuration des soins de proximité. » déclare Emmanuel Macron, Président de la République, le 18 septembre 2018. Progressivement, les enjeux en termes d'accès aux soins auxquels est confronté le système de santé français ont mis sur agenda politique la nécessité de (ré)organiser le système de santé français. Les structures d'exercice coordonné, qui apparaissent comme des innovations sociales en santé, sont au cœur d'une transformation profonde du système de santé. Dans le champ des soins primaires, les CPTS se démarquent par leur approche populationnelle, coordonnée, territorialisée et collaborative (**section 1**). Sur le territoire grenoblois, la CPTS de Grenoble s'est donnée pour mission d'améliorer l'accès aux soins par l'innovation sociale en santé via la mise en place d'un Observatoire de la Santé Publique (**section 2**).

Section 1. La mise sur agenda politique de la nécessité de (ré)organiser le système de santé français

Depuis plusieurs années, le système de santé français fait face à des défis importants. La problématique des inégalités sociales et territoriales de santé s'est construite en un problème public et est aujourd'hui au cœur de l'actualité politico-médiatique. L'émergence des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) est un des signes de la prise en compte politique de la nécessité de (re)structurer le système de santé français. Processus progressif, c'est d'abord l'organisation des soins qui a été repensé en évoluant notamment vers une prise en charge centrée sur les soins primaires **(A)**. La (ré)organisation de l'offre de soins primaires, perçue comme la réponse à toute une série de problèmes publics construits au XXIème siècle, s'est alors imposée comme le principal objectif des pouvoirs publics **(B)**. Ainsi, depuis quelques années, nous assistons à une nouvelle ère de l'organisation de soins fondée sur la mise en place de structures de soins coordonnés, qui apparaissent comme des innovations sociales en santé permettant d'améliorer l'accès aux soins **(C)**.

A) Repenser l'organisation des soins : l'évolution vers une prise en charge centrée sur les soins primaires

L'organisation des soins a progressivement été repensée en évoluant notamment vers une prise en charge centrée sur les soins primaires. Alors que le système de santé français était tournée vers une approche hospitalo-centrée depuis le XIXème siècle, celui-ci a été remis en cause ces dernières années avec l'arrivée du virage ambulatoire dans lequel la médecine de ville joue un rôle crucial dans la prise en charge de patient.e.s au niveau des soins primaires **(1)**. Les soins primaires, composante des soins de santé primaire, vise à assurer l'accès universel et équitable aux soins de santé de première nécessité, fournis par des professionnel.le.s de première ligne afin de répondre aux besoins de santé courants des populations **(2)**. Les médecins généralistes sont reconnu.e.s comme pivots des soins primaires, statut qui a été renforcé avec la réforme du médecin traitant mise en place en 2004 **(3)**.

1. De l'hospitalo-centrisme au virage ambulatoire : la place de la médecine de ville dans le système de santé français

Le système de santé français a été construit sur la base d'une approche hospitalo-centrée, qui mettait en avant les hôpitaux et les soins hospitaliers au centre de l'activité médicale. Dans son article, Maxence Thollet (2020) explique comment le modèle hospitalo-centré a été développé en France au XIX^{ème} siècle, avec la création d'hôpitaux généraux et la mise en place d'une organisation basée sur l'expertise médicale et la technologie. En effet, il nous explique que l'hôpital était d'abord la maison des pauvres et les admissions étaient réservées aux couches les plus démunies de la population. Ce n'est qu'à partir de la fin du XIX^{ème} siècle, avec les lois sur la protection sociale, que l'hôpital s'ouvre à d'autres catégories sociales. L'avancée du secteur hospitalier est en partie dû à la solvabilisation des malades par le biais de la protection sociale mise en place : la loi du 21 décembre 1941 "Charte hospitalière" instaure en effet une ouverture des remboursements des assurances sociales à toutes les catégories de la population. C'est à partir de 1945 que commence l'âge d'or du système hospitalier français. En effet, les hôpitaux se caractérisent par un manque d'équipement hospitalier (de 3,6 lits pour 1 000 habitant.e.s) et, par conséquent, en réaction aux lacunes des hôpitaux français, une période de modernisation du secteur hospitalier débute en 1962. Elle porte sur une politique de santé publique autour des centres hospitaliers et universitaires, représente un montant de 1,8 milliard de francs et porte sur la modernisation et l'extension des services hospitaliers, en particulier des blocs opératoires, des services de radiologie, des laboratoires et pharmacies. En 1960, la France compte 9,6 lits pour 1 000 habitant.e.s. Ainsi, les politiques vont favoriser l'hôpital, ce qui se traduira par une croissance des dépenses hospitalières de 1,16 % du PIB en 1950 à 3,43 % en 1984. Néanmoins, l'évolution continue des dépenses hospitalières va amener les pouvoirs publics à réagir à l'encontre des hôpitaux en interdisant l'emprunt d'une part supérieure à 60 % des dépenses totales et en contrôlant les opérations financières des établissements de santé. Ainsi, à partir de 1980, se dessine une réforme hospitalière pour contraindre les dépenses hospitalières. Dès 1983, un budget global s'instaure et nous passons d'un mode de rémunération des hôpitaux a posteriori à un mode à priori. Aussi, des méthodes du secteur privé vont s'instaurer dans les hôpitaux publics avec notamment le développement de la posture de manager ainsi que la mise en place d'une politique de direction par objectifs (DPO) notamment le découpage des établissements en centres de responsabilité (médicaux, cliniques...) dirigés par des médecins-chefs de service. Aussi, comme nous l'avons évoqué précédemment, le NPM est

intervenir dans les structures publiques pour introduire des mécanismes marchands afin de financer l'offre de services.

Cette approche hospitalo-centrée a commencé à être remise en cause ces dernières années, notamment avec l'arrivée du virage ambulatoire. Comme l'explique le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP), le virage ambulatoire consiste en un transfert des soins hospitaliers vers des soins ambulatoires, soit un transfert de l'hôpital vers la ville au sens *strico sensu*. Il recouvre également le transfert d'activité intra-hospitalière du conventionnel vers le secteur ambulatoire hospitalier (hôpitaux de jour, consultations). Selon le Cleiss, les soins ambulatoires (ou soins de ville) sont les soins effectués en cabinet de ville, dispensaires, centres de soins, lors de consultations externes d'hôpitaux publics ou privés, en cures thermales et les actes d'analyse en laboratoire. Ils sont dispensés par les médecins, dentistes et auxiliaires médicaux (infirmier.ère.s, kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes), qui sont majoritairement libéraux. Plus précisément, les offreur.euse.s de soins et les producteur.trice.s de biens et services en santé regroupent des professions médicales et pharmaceutiques et des auxiliaires médicaux aux statuts et aux modes d'exercices divers (libéraux, salarié.e.s ou mixtes) ainsi que des réseaux de santé pluridisciplinaires (maisons de santé pluridisciplinaires, communautés professionnelles territoriales de santé...).

Cette évolution du système de santé français est liée à la transition démographique et aux besoins croissants de prise en charge, en lien avec le vieillissement démographique et l'augmentation de maladies chroniques (H. Réjean, 2006), mais également à l'objectif de maîtrise des dépenses de santé. Autrement dit, cette transition est liée aux défis auxquels est confronté le système de santé français. Comme l'explique Hébert Réjean (2006) : « *le maintien du statu quo hospitalocentrique n'est plus tenable* ». Par conséquent, le virage ambulatoire représente une réponse aux défis évoqués précédemment permettant une réduction des coûts hospitaliers, une amélioration de la qualité des soins et une meilleure coordination entre les différent.e.s acteur.trice.s du système de santé. En effet, le HCSP envisage les modalités de ce virage ambulatoire, qui est un axe de la politique de la stratégie nationale, permettant d'en assurer un développement garantissant la sécurité des patient.e.s et n'aggravant pas les inégalités sociales et territoriales de santé, voire d'être une opportunité pour les réduire. Cependant, cette transition n'est pas sans enjeux et défis. En effet, Guilhème Pérodeau et Denyse Côté (2002) soulignent un certain nombre d'enjeux et de défis autour du virage ambulatoire notamment :

- Le développement de nouvelles compétences et pratiques professionnelles : les auteur.trice.s soulignent en effet l'importance de former les professionnel.le.s de santé à de nouvelles compétences afin de répondre aux besoins des patient.e.s en ambulatoire tels que la coordination des soins, la prise en charge des maladies chroniques ou encore la télémédecine.
- Repenser l'organisation des soins : les auteur.trice.s nous disent que le virage ambulatoire implique de repenser l'organisation des soins en favorisant davantage la pluriprofessionnalité ou la coordination entre les différent.e.s acteur.trice.s de santé.
- Garantir une accessibilité et une équité pour toutes et tous : les auteur.trice.s affirment que la transition des soins ambulatoires ne doit pas être réalisée au détriment de l'accessibilité et de l'équité des soins. Il et elle soulignent en effet l'importance de garantir un accès équitable aux soins pour toutes et tous les patient.e.s notamment les plus défavorisé.e.s.
- Assurer une gestion efficace des ressources : les auteur.trice.s révèlent que la transition vers des soins ambulatoires nécessite une planification et une gestion efficace des ressources notamment en matière de financement, d'infrastructures ou encore de gestion des données de santé.

Par conséquent, il s'agit d'un changement profond et complexe nécessitant une réflexion approfondie. Dans le contexte du virage ambulatoire, la médecine de ville joue un rôle crucial dans la prise en charge des patient.e.s au niveau des soins de premier recours (ou soins primaires), représentant la première étape dans l'organisation des soins en France. Les soins primaires ou les soins de premier recours « englobent les notions de premier recours, d'accessibilité, de coordination, de continuité et de permanence des soins. Les soins primaires constituent la porte d'entrée dans le système qui fournit des soins de proximité, intégrés, continus, accessibles à toute la population, et qui coordonne et intègre des services nécessaires à d'autres niveaux de soins. S'ils sont le premier contact des patients avec le système de soins, les soins primaires sont également structurant pour la suite du parcours du patient au sein du système de santé » selon la circulaire N° DGOS/PF4/2016/382 du 9 décembre 2016).

2. Les soins primaires et leur rôle dans la réduction des inégalités de santé : définitions et éléments de compréhension

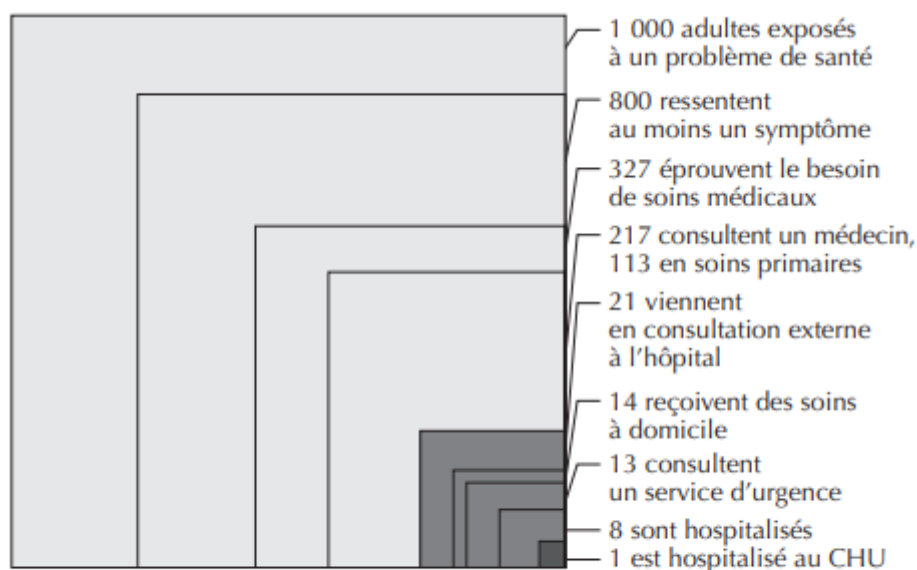
Le concept de « *soins primaires* » est une adaptation française du « *primary care* » anglais, terme apparu à la fin des années 1960. Concept peu connu en France, il a été popularisé par l'OMS lors de la conférence d'Alma-Ata en 1978 où les soins primaires ont été défini comme une composante des soins de santé primaires, qui sont « *des soins de santé essentiels universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté par des moyens qui leur sont acceptables, avec leur pleine participation et à un coût abordable pour la communauté du pays* ». Le texte précise également que les soins de santé primaires font partie intégrante du système de santé d'un pays et qu'ils ont pour vocation de maîtriser les principaux problèmes de santé de la communauté. Aussi, le rapport positif coût/efficacité est souligné. Cette définition est porteuse d'une « *ambition de justice sociale* » (Bourgueil et al., 2012, 2009 in A. Moyal & H. Bergeron, 2019) avec pour objectif d'assurer l'accès de toutes et tous aux soins de première nécessité. Elle renvoie également à de nouveaux principes d'organisation des systèmes de santé, notamment en matière d'accessibilité pour les patient.e.s, de coordination entre professionnel.le.s, de suivi des patient.e.s et d'articulation entre la prévention, les soins curatifs et les soins de suivi (Macinko et al., 2003; Starfield, 1994 in A. Moyal & H. Bergeron, 2019). En fonction de ses ressources et de ses caractéristiques sociales, économiques et politiques, chaque pays est invité à mettre en œuvre les politiques dans cette orientation. Depuis 1978, la mise en œuvre de soins de santé primaires s'est avérée très inégale entre les pays selon leur degré de richesse, le niveau de développement et les caractéristiques de leurs systèmes de protection sociale et de santé, et plus généralement leur organisation politique (Y. Bourgueil, A. Ramond-Roquin & F-X. Schweyer, 2021).

Toutefois, il faut être prudent.e car les termes « *soins de santé primaires* » et « *soins primaires* » ne renvoient pas tout à fait aux mêmes éléments, même s'ils sont souvent utilisés de manière interchangeable. Comme nous l'avons défini à l'instant, les soins de santé primaires sont un concept large qui englobe une large gamme de services de santé et qui vise à fournir un système de santé global et intégré répondant aux besoins de santé des populations de manière équitable et efficace. Les soins primaires, quant à eux, sont davantage considérés comme un sous-ensemble des soins de santé primaires, axés sur les services de santé de première ligne. Il s'agit ainsi d'une partie intégrante des soins de santé primaires qui sont fournis par des professionnel.le.s de santé de première ligne, tel.le.s que les médecins

généralistes, les infirmier.ère.s et les pharmacien.ne.s. Les soins primaires sont ainsi le premier point de contact pour les patient.e.s et leur fournissent des soins de santé de première ligne pour les problèmes de santé courants (Y. Bourgueil, A. Marek & J. Mousquès, 2009).

En France, l'offre de soins est hiérarchisée en plusieurs niveaux de gradation avec les soins primaires étant le niveau de base, suivi des soins secondaires et tertiaires. Les soins primaires se différencient des soins secondaires et tertiaires en termes de niveau de complexité des soins fournis et de la spécialisation des professionnel.le.s de santé impliqué.e.s dans leur dispensation. Les soins primaires sont considérés comme le premier niveau de contact entre les individus et le système de santé, ils visent à répondre aux besoins de santé courants et sont fournis par des professionnel.le.s de santé généralistes ayant une formation polyvalente. Les soins secondaires, quant à eux, fournis par des professionnel.le.s de santé spécialisé.e.s, tels que les spécialistes en gynécologie ou en pédiatrie, et visent au traitement des maladies plus complexes. Enfin, les soins tertiaires sont des soins hautement spécialisés, fournis dans des établissements de santé de pointe, pour les maladies rares ou encore les interventions chirurgicales complexes. Le « carré de Green » (figure 1) illustre bien le rôle de premier recours pour la plupart des problèmes ressentis par les patient.e.s, que constitue le secteur des soins primaires avec notamment les médecins généralistes qui y jouent généralement un rôle de premier plan (Y. Bourgueil, A. Ramond-Roquin & F-X. Schweyer, 2021).

Figure n°1. Écologie des soins médicaux selon Green, dite «Carré de Green»



Source : adapté de Green L.À et al., « The Ecology of Medical Care Revisited », *New England Journal of Medicine*, vol. 344, n°26, 28 juin 2001.

Il montre que la majorité des demandes médicales de la population concerne les soins de santé primaires et, de ce fait, qu'il convient d'organiser une réponse médicale à ce niveau de prise en charge. Les soins primaires assurent quatre fonctions principales :

1. Garantir l'accès aux soins pour toute personne selon ses besoins ;
2. Soigner la personne dans sa globalité en tenant compte des éléments biologiques et somatiques, mais aussi psychologiques et sociologiques en lien avec l'environnement familial et social ;
3. Garantir la continuité des soins à l'occasion de contacts répétés dans la durée entre patient.e et soignant.e ;
4. Assurer la coordination, notamment avec les autres niveaux de soins secondaires et tertiaires.

C'est la prise en compte simultanée de ces quatre fonctions dans le cadre de la pratique qui caractérise le champ des soins primaires. Yann Bourgueil (2010) souligne les bénéfices d'une organisation centrée sur les soins primaires, tant en termes de qualité des soins que de réduction des coûts pour le système de santé. Selon lui, il est important de développer une approche globale de la santé, qui met l'accent sur la prévention, la promotion de la santé et la prise en charge coordonnée des patient.e.s, afin de garantir un accès équitable et de qualité aux soins pour l'ensemble de la population. Dans un article intitulé « Comment les soins primaires peuvent-ils contribuer à réduire les inégalités de santé ? » (2012), Yann Bourgueil, Florence Jusot, Henri Leleu et le groupe AIR project explorent le rôle essentiel des soins primaires dans la lutte contre les inégalités de santé. Ils et elles nous révèlent que des « *Des travaux comparatifs ont ainsi montré que les systèmes se basant sur des soins de santé primaires « forts », comme l'Australie, le Canada, le Japon, la Suède, le Danemark, la Finlande, les Pays-Bas, l'Espagne, le RoyaumeUni, sont en moyenne plus efficaces pour améliorer la santé des populations que ceux ayant des soins primaires « faibles », car plus équitables en termes d'accès aux soins, et avec des dépenses de santé mieux maîtrisées (Macinko et al., 2003).* ». Les auteur.trice.s soulignent en effet que les soins primaires peuvent contribuer à réduire les inégalités de santé de différentes manières. D'abord, en étant facilement accessibles géographiquement, ils permettent aux populations marginalisées de recevoir des soins de santé de base sans pour autant avoir à parcourir de longues distances. Aussi, les soins primaires favorisent une approche holistique de la santé, en prenant en compte les déterminants sociaux, économiques et comportementaux qui influent sur la santé d'un.e individu. Les soins primaires jouent également un rôle crucial dans la prévention des

maladies ainsi que la promotion de la santé. En mettant l'accent sur la prévention, ils visent en effet à identifier les facteurs de risque, à promouvoir des comportements sains et à fournir des services de dépistage précoce. Cela permet de réduire l'incidence des maladies évitables mais également de favoriser des modes de vie sains. Enfin, les soins primaires contribuent à assurer la continuité des soins, en offrant un suivi régulier aux patient.e.s et en coordonnant les différents services dont ils et elles peuvent avoir besoin. C'est particulièrement bénéfique pour les patient.e.s atteint.e.s de maladies chroniques, qui nécessitent des soins à long terme ainsi qu'une gestion appropriée. Par conséquent, les auteur.trice.s concluent que, pour réduire les inégalités de santé et pour renforcer l'accès aux soins, il est fondamental de (ré)organiser les systèmes de soins primaires.

3. Le rôle pivot du médecin généraliste dans l'offre de soins primaires : la création du statut de médecin traitant

Aussi, les soins primaires peuvent être définis par « *un ensemble d'acteurs et de services de soins qui couvrent l'ensemble des besoins de soins de proximité des populations* » (Y. Bourgueil, A. Ramond-Roquin & F-X. Schweyer, 2021, p.10). Les médecins généralistes, les infirmier.ère.s, les dentistes, les pharmacien.ne.s, les sages-femmes, les kinésithérapeutes mais également d'autres métiers et spécialités médicales comme les psychiatres peuvent faire partie des professions des soins primaires (Y. Bourgueil, A. Ramond-Roquin & F-X. Schweyer, 2021). La reconnaissance de la distinction fondamentale des rôles entre les différents niveaux de soins s'est traduite en France, et dans d'autres pays, par l'attribution au médecin généraliste ou médecin de famille du rôle de contrôle de l'accès aux soins spécialisés (Y. Bourgueil, A. Ramond-Roquin & F-X. Schweyer, 2021).

En France, les autorités de santé reconnaissent effectivement le ou la médecin généraliste comme pivot dans les soins primaires. En effet, ils ou elles sont souvent les premiers points de contact pour les patient.e.s, leur permettant d'assurer une prise en charge globale et coordonnée de leurs besoins de santé. La loi HPST (2009) définit le ou la médecin généraliste par ses missions de premier recours de la manière suivante :

- Contribuer à l'offre de soins ambulatoire, en assurant la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des maladies ainsi que l'éducation pour la santé ;
- Orienter ses patient.e.s dans le système de soins et le secteur médico-social ;
- S'assurer de la coordination des soins nécessaires à ses patient.e.s ;

- Veiller à l'application individualisée des protocoles et recommandations pour les affections nécessitant des soins prolongés ;
- Contribuer au suivi des maladies chroniques, en coopération avec les autres professionnel.le.s qui participent à la prise en charge du ou de la patient.e ;
- S'assurer de la synthèse des informations transmises par les différent.e.s professionnel.le.s de santé ;
- Contribuer aux actions de prévention et de dépistage ;
- Participer à la mission de service public de permanence des soins ;
- Contribuer à la formation des stagiaires de deuxièmes et troisièmes cycles d'études médicales.

Historiquement, les rapports entre les médecins et l'Etat sont complexes. Dans son ouvrage intitulé "Les médecins face à l'Etat" (1997), Patrick Hassenteufel examine les relations tendues entre les médecins généralistes et l'Etat en France. Il nous révèle que les médecins ont été historiquement très attachés à leur indépendance professionnelle, ce qui a souvent conduit à des conflits avec l'Etat, en particulier en ce qui concerne la régulation de leur pratique médicale et le financement des soins de santé. Aussi, les médecins sont un groupement organisé qui a été très actif sur le plan syndical, ce qui leur a permis d'influer sur l'organisation et la réglementation de leur profession. En effet, Patrick Hassenteufel (1997) nous dit que, d'un point de vue historique, le regroupement organisationnel des médecins s'est effectué dans une triple logique : une logique de monopolisation, une logique d'autonomisation et une logique économique. Il précise que, avec le développement du savoir médical, s'est affirmée la demande de réserver l'exercice des soins aux personnes détentrices de ce savoir, c'est-à-dire les docteurs en médecine. De ce fait, tout au long du XIXème siècle, les médecins se sont mobilisé.e.s pour écarter de l'administration des soins ceux et celles qu'ils et elles stigmatisent sous l'appellation générique de *charlatans* qui, à cette époque, jouent un rôle curatif important notamment dans les campagnes. Par conséquent, les médecins se sont collectivement organisé.e.s pour obtenir un monopole sur les soins médicaux. Or, la garantie de ce monopole supposait une intervention de l'Etat. C'est à travers cet enjeu que, historiquement, les rapports entre la profession médicale et l'Etat se sont noués. Néanmoins, si l'intervention de l'Etat est effectivement demandée par les médecins, elle suscite toutefois la crainte d'un contrôle de leur pratique. C'est pour cela que la revendication du monopole sur les soins s'est historiquement accompagnée de celle de l'autonomie dans les conditions de l'exercice des soins. C'est aux médecins eux et

elles-mêmes d'en fixer les règles et d'en contrôler le respect. Cette logique de monopolisation et d'autonomisation a conduit à l'instauration des rapports durables avec l'Etat ainsi qu'à l'institutionnalisation de la représentation de la profession sous la forme de l'Ordre des médecins en France (créé en 1940). Les modes de représentation organisationnelle se sont modifiés, stabilisés et codifiés dans le cadre même de l'interaction avec l'Etat. Aussi, la logique économique est importante car la création des premiers syndicats médicaux est d'abord à relier à une action de défense des intérêts économiques de la profession. En effet, la matrice de ce syndicalisme est formée par le groupe de médecins qui crée la revue le *Concours médical*. Dans le premier numéro, daté du 5 juillet 1879, l'éditorial appelle à « *mettre en commun les intérêts scientifiques et professionnels* » pour « *une profession plus lucrative et plus honorée* » (P. Hassenteufel, 2008).

Le rapport des médecins à l'Etat concerne avant tout une série d'institutions qui parlent au nom de cette profession : syndicats, groupements professionnels, ordres, chambres, collèges, unions, coordinations... (P. Hassenteufel, 1997). Ainsi, le syndicalisme médical est né de l'opposition des médecins à la réglementation de leur profession et à l'intervention de l'Etat dans le gestion des soins de santé. Le syndicalisme médical a été un acteur important dans la construction de l'identité professionnelle des médecins généralistes notamment dans la cristallisation de l'identité libérale des médecins en France. En effet, les médecins libéraux ont été historiquement attaché.e.s à leur indépendance professionnelle et à leur liberté de pratique, ce qui les a conduit à leur engagement dans des organisations professionnelles et syndicales qui ont défendu ces valeurs. Bien que le syndicalisme médical français soit fragmenté, il reste orienté vers la défense de l'identité libérale (P. Hassenteufel, 2008). Les principes présidant à la pratique libérale de la médecine avaient été posés en novembre 1927 par la « *charte de la médecine libérale* » (T. Barnay, L. Hartmann & P. Ulmann, 2007), cette charte est encore aujourd'hui une référence identitaire pour le groupe des médecins exerçant en ambulatoire (Y. Bourgueil, 2010). Les sept principes comprennent : le libre choix, le respect absolu du secret professionnel, le droit à des honoraires pour tout.e malade soigné.e, le paiement directe par l'assuré.e en prenant pour base minimum les tarifs syndicaux, la liberté thérapeutique et de prescription, le contrôle des malades par les caisses, des médecins par les syndicats et commission médicale d'arbitrage en cas de désaccord, nécessité de représentation du syndicat dans les commissions techniques organisées par les caisses (P. Hassenteufel, 2008). Progressivement, les principes historiques de la médecine libérale ont été remis en cause.

En 2004, une réforme, appelée réforme des médecins traitants, entre en vigueur impliquant que tout.e assuré.e social.e de 16 ans et plus doit en principe choisir un.e médecin traitant. Le ou la médecin devient le passage obligé avant d'aller consulter d'autres professionnel.le.s de santé. Comme le souligne la Cour des comptes dans son rapport public annuel de 2013, la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie avait pour objectif une meilleure organisation des soins, une plus grande responsabilisation des acteur.trice.s et un meilleur pilotage du système de santé. Cette réforme ambitieuse visait ainsi à inscrire dans une organisation nouvelle l'ensemble des assuré.e.s et la totalité des médecins. Pour renforcer son acceptabilité, le législateur.trice avait choisi d'associer les professionnel.le.s de santé à sa mise en œuvre dans le cadre des négociations entre l'assurance maladie et les syndicats de médecins libéraux qui ont débouché sur la convention médicale du 12 janvier 2005. Selon l'article de Barnay, Hartmann et Ulmann (2007), cette réforme a des implications importantes sur l'organisation de la médecine de ville en France. En effet, elle vise à promouvoir une meilleure coordination des soins primaires en confiant aux médecins généralistes un rôle de coordination, leur confiant alors un rôle central, et en encourageant une approche pluridisciplinaire. Elle a également des implications financières pour les médecins, qui peuvent bénéficier d'un bonus financier s'ils ou elles parviennent à atteindre certains objectifs de suivi et de coordination des soins. Cependant, la réforme a suscité des inquiétudes, notamment en ce qui concerne la surcharge de travail pour les médecins. De plus, selon le rapport de la Cour des comptes (2013), cette réforme n'a pas atteint ses objectifs en termes d'amélioration de la qualité des soins et de maîtrise des dépenses de santé. La Cour des comptes souligne effectivement les difficultés rencontrées par les patient.e.s pour trouver un.e médecin traitant et les inégalités territoriales dans l'accès aux soins.

B) La réorganisation de l'offre de soins primaires comme principal objectif des pouvoirs publics

La réorganisation de l'offre de soins primaires, perçue comme la réponse à toute une série de problèmes publics construits au XXIème siècle, s'est imposée comme le principal objectif des pouvoirs publics. Le déficit de l'offre de soins territorialisée s'est progressivement construit en un problème public, nous sommes effectivement passés d'une période pléthore, où la France était caractérisée par une offre de soins abondante, à une période de pénurie, en raison de pénuries locales d'offre de soins primaires qui n'ont cessé de s'aggraver (1). Ce problème public est devenu un enjeu majeur mobilisant l'ensemble des

acteur.trice.s concerné.e.e.s, qui ont largement participé à l'élargissement du débat (2). La mise à l'agenda politique du déficit d'offre de soins territorialisée a conduit à une territorialisation de l'offre de soins primaires en France, qui consiste à adapter l'offre de soins en fonction des besoins locaux et qui a été amorcé par la loi HPST datant de 2009 (3) Cette première réponse s'est accompagnée par le développement du travail pluridisciplinaire. En effet, la coordination des soins primaires en France a été promue par de nombreux acteur.trice.s (4).

1. De la période pléthore à la période de pénurie ¹: construction d'un problème public

En France, le système de soins primaires en place au début des années 2000 est caractérisé par une offre de soins abondante, très hétérogène, concurrentielle et faiblement hiérarchisé (Y. Bourgueil, 2010). En effet, pendant des décennies, la France a connu une forte densité de médecins, avec plus de 300 000 médecins en exercice en 2000, soit environ un.e médecin pour 500 000 habitant.e.s. Pourtant, l'expression « *désert médical* » n'est pas nouvelle, elle apparaît effectivement dans la presse dès le milieu des années 1970, puis dans les années 1980 au Parlement. L'émergence de cette expression est à mettre en lien avec les fortes évolutions qui semblent aujourd'hui s'accélérer sous l'effet de bascules démographiques, sociologiques et économiques mais qui sont également le produit d'une succession de réformes depuis les années 1980. Ces réformes ont favorisé le développement de la régionalisation, l'émergence de la santé publique, l'émergence du droit des patient.e.s, la réorganisation des soins et la coordination des professions dans le cadre des expériences de réseaux, du dispositif de médecin référent.e ou encore la réforme du médecin traitant de 2004. Ces orientations se sont vues renforcées par la diminution planifiée du nombre de médecins (Y. Bourgueil, 2010).

Ce n'est qu'au début des années 2000 que l'expression « *désert médical* » se diffuse largement dans les médias, les discours politiques, les rapports administratifs et les discours gouvernementaux (Véran, 2013 ; Clapeau, 2018 in P. Hassenteufel, F. Schweyer, T. Gerlinger & R. Reiter, 2020). C'est dans ces mêmes années que nous assistons à une reformulation de l'évolution de la démographie médicale dont la perception est passée d'un excédent à un déficit d'offre de médecins (P. Hassenteufel, F. Schweyer, T. Gerlinger & R. Reiter, 2020).

¹ HASSENTEUFEL Patrick, SCHWEYER François-Xavier, GERLINGER Thomas *et al.* « Les « déserts médicaux » comme leviers de la réorganisation des soins primaires, une comparaison entre la France et l'Allemagne », *Revue française des affaires sociales*, no. 1, 2020, pp. 33-56.

Autrement dit, nous sommes passés d'une période de pléthore à une période de pénurie. Le discours des représentant.e.s professionnel.le.s sur la pléthore médicale date de l'entre-deux-guerres en France (Bungener, 1984 in P. Hassenteufel, F. Schweyer, T. Gerlinger & R. Reiter, 2020). Ce discours, accompagné de mobilisation, a notamment contribué à la mise en place du *numerus clausus*, qui signifie nombre fermé en latin, pour les études médicales au début des années 1970. Il résulte de la volonté de limiter la concurrence pour préserver le revenu des médecins (Deplaude, 2015 in P. Hassenteufel, & al., 2020). Mis en place en 1971, cette revendication rejoignait les préoccupations émergentes de l'administration française de maîtrise des dépenses de santé. Il a d'abord été fixé au-dessus des demandes des médecins avant que l'Etat ne diminue drastiquement le nombre de médecins formé.e.s en 1977.

C'est au début des années 2000 que s'est progressivement imposé le constat de l'existence de déficits localisés d'offre de soins primaires, du fait du vieillissement des médecins généralistes mais également d'une réduction du temps médical, liée aux évolutions du métier, et des réticences à l'installation dans certains territoires, en particulier ruraux. Ce constat s'appuie sur un travail d'expertise émanant aussi bien des pouvoirs publics que de la profession médicale. C'est dans ce contexte que, en 2003, est créé l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS). Il fait suite au « *rapport Berland* » (Berland et Gausseron, 2002 in P. Hassenteufel & al., 2020), qui préconisait le transfert de tâches et de compétences de médecins à d'autres professionnel.le.s de santé. La création de l'ONDPS s'inscrit également dans un contexte de conflits importants avec les médecins généralistes, le mouvement 2001-2002 qui conteste notamment l'obligation des gardes. Revendication satisfaite en 2002, la levée de cette obligation a eu pour effet de rendre visible la non-disponibilité de médecins dans certains territoires où la population a d'ores et déjà perçu et dénoncé l'existence de pénuries locales d'offre de soins primaires. De ce fait, le ministre de la Santé de l'époque, Jean-François Mattei, a demandé un second rapport à Yvon Berland (P. Hassenteufel & al., 2020). Cette volonté de produire de la connaissance démontre une première prise en compte de cette problématique par les responsables politiques. Dans la même lignée, l'ONDPS, mais également la DREES et l'IRDES, ont développé des études afin de documenter l'évolution de la démographie médicale et de l'expliquer. Ce renforcement de l'expertise administrative s'est notamment traduit par l'adoption d'un nouvel indicateur en 2012 : l'accessibilité potentielle localisée (APL), qui combine le temps de travail des médecins, le temps d'accès à leur cabinet ainsi que les besoins de la population

locale (Vergier et al., 2017 in P. Hassenteufel & al., 2020). Depuis 2002, le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) publie un atlas annuel de la démographie médicale comprenant des données territorialisées, plus alarmistes. C'est en 2013 qu'il met en avant, dans son rapport, la baisse d'attractivité de la médecine libérale et la baisse du nombre de généralistes, qui sont par ailleurs inégalement répartis (P. Hassenteufel & al., 2020).

En France, c'est la publication régulière de données sur la démographie médicale et sa répartition territoriale qui a contribué à dramatiser cet enjeu avec, de la part des médecins, la production de données plus alarmistes que celles du Ministère et des Caisses d'assurance maladie. Les représentant.e.s institutionnel.le.s de la profession médicale, les Ordres, relayés par les organisations syndicales de médecins établies, ont joué un rôle capital dans la mise en avant de cet enjeu, cadré désormais en termes de déficits territoriaux et permettant de légitimer des revendications matérielles afin de rendre plus attractif l'exercice médical (P. Hassenteufel & al., 2020).

2. Le rôle des acteur.trice.s politiques dans l'élargissement du débat

En l'espace de quelques années, l'accessibilité géographique aux soins médicaux de premier recours est devenue un sujet de préoccupation majeur, mobilisant l'ensemble des acteur.trice.s concerné.e.s. Ces acteur.trice.s ne se limitent pas au strict champ de la santé, certain.e.s sont extérieur.e.s à ce champ et sont important.e.s à prendre en compte dans la compréhension de la mise à l'agenda politique de cet enjeu. C'est en particulier le cas des acteur.trice.s politiques, à commencer par les élu.e.s locaux confronté.e.s à un manque de médecin sur leur territoire d'élection. En France, ce sont les maires, relayé.e.s par leurs associations d'élu.e.s avec l'Association des maires de France en première ligne, qui ont joué un rôle moteur. La mobilisation des communes s'explique par le fait qu'elles forment le niveau politique local le plus légitime et le plus proche des citoyen.ne.s. L'intervention des élu.e.s locaux a toutefois été relayée au niveau national, tant au niveau parlementaire, en particulier au Sénat, que gouvernemental, avec une forte présence de ce thème dans les programmes santé des candidat.e.s à l'élection présidentielle (P. Hassenteufel & al., 2020).

La prise en compte de cet enjeu au niveau national s'explique par plusieurs raisons. En premier lieu, l'offre de soins médicaux est une compétence de l'Etat, dont la responsabilité est directement engagée, contribuant alors à sa prise en charge politique en lien avec le thème des « *fractures territoriales* ». De plus, la République Française repose sur le mythe de

l'égalité des chances et, dans ce cadre, depuis les années 1990, la question de l'universalité de l'accès aux soins est devenue un enjeu majeur dont témoignent la création de la Couverture maladie universitaire (CMU) et de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC) en 1999 mais également l'obligation pour les entreprises de plus de 50 salarié.e.s de proposer une complémentaire santé à leurs salarié.e.s en 2013 et, enfin, le passage à la protection universelle maladie (PUMA) en 2016. De ce fait, l'existence de déserts médicaux est perçue comme une limite à l'universalité de l'accès aux soins. Par ailleurs, la prise en compte de cet enjeu s'explique également par le fait que l'enjeu des pénuries locales d'offre de soins primaires renvoie à des questions politiques plus larges. En effet, les déserts médicaux concernent aussi bien les zones rurales que les zones périurbaines, des villes moyennes (ou petites) en déclin et les zones pauvres des grandes agglomérations. C'est pourquoi, dès 2002, le lien entre politique de la ville et déserts médicaux est établi (Lebas, 2002 in P. Hassenteufel & al., 2020). Aussi, la question des déserts médicaux, et plus globalement, de la raréfaction de l'offre de soins sur certains territoires s'inscrit dans des débats plus généraux sur l'existence d'une supposée « *France périphérique* » (Guilly, 2014 in P. Hassenteufel & al., 2020). Elle serait notamment marquée par une « *désertification des services publics* » et par le vote pour le Front National, renvoyant à l'importance attachée à l'égalité territoriale en France (Estèbe, 2015 in P. Hassenteufel & al., 2020), dont témoignent les nombreuses références à l'égalité entre les territoires dans les appellations ministérielles. Aussi, la place prise par cet enjeu dans le cadre du grand débat national organisé par le gouvernement début 2019, en réponse au mouvement des Gilets jaunes, alors même que les déserts médicaux ne faisaient pas partie des thèmes listés, en témoigne (P. Hassenteufel & al.,).

Par conséquent, la France a créée et mis en place tout un ensemble de mesures qui démontrent l'engagement des politiques publiques dans la lutte contre les inégalités territoriales de santé :

- 2004 : création par la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) des premières mesures incitatives pour les médecins exerçant en zone déficitaire ;
- 2005 : début de l'augmentation du numerus clausus pour les étudiant.e.s en médecine;
- 2009 : la loi Hôpital, patient.e.s, santé et territoires (HPST) crée les Agences régionales de santé (ARS) et les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) ;
- 2011 : la convention nationale signée entre l'Assurance maladie et les médecins intègre des incitations financières pour exercer en zone déficitaire ;

- 2012 : le pacte Territoire santé créé de nouvelles mesures incitatives et le statut de praticien.ne territorial.e en médecine générale (PTMG) ;
- 2016 : la loi de modernisation du système de santé crée les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) ;
- 2017 : extension des zones d'éligibilité des incitations financières (renforcement du pacte Territoire santé) ;
- 2021 : suppression du numerus clausus.

Ces mesures démontrent nettement la mise à l'agenda politique des enjeux d'organisation territoriale de l'offre de soins. Aussi, les instruments mobilisés par les pouvoirs publics pour garantir une offre de soins dans les territoires défavorisés sont assez diversifiés, ils concernent principalement : le zonage, la formation en médecine générale et les incitations financières. Toutefois, la priorité est donnée aux incitations financières, en raison de l'opposition des syndicats de médecins libéraux aux mesures restreignant la liberté d'installation dans les territoires dits sur-dotés (P. Hassenteufel & *al.*).

3. La territorialisation de l'offre de soins primaires

Le processus de décentralisation, remontant aux années 1980, a encouragé la territorialisation de l'action publique. La notion de territoire a progressivement émergé et a été mise en scène autour de discours normatifs sur la proximité, présentée comme un gage d'efficacité et de démocratisation. Ainsi, l'émergence de l'intérêt scientifique pour le rôle du territoire dans les mécanismes de production et de perpétuation des inégalités de santé converge avec un mouvement général qui traverse la société française et oriente les politiques publiques (Z. Vaillant, S. Rican & S. Gérard, 2012). La territorialisation de l'offre de soins primaires est un processus de transformation des systèmes de santé. La territorialisation sanitaire se met en place par le transfert des compétences de l'Etat des vers acteur.trice.s régionaux, départementaux ou des communes mais également par la création d'outils partagés entre différentes politiques publiques ainsi que l'incitation à développer la coordination et la complémentarité entre les acteur.trice.s issu.e.s de différents champs des soins de santé (E. Autrive, 2021). Cette territorialisation renvoie à la prise en compte des dimensions territoriales dans la définition des enjeux des politiques de santé et à la différenciation territoriale de ces politiques du fait du rôle croissant de ces différent.e.s acteur.trice.s infranationaux, y compris des collectivités territoriales, dont les interactions sont variables en fonction des territoires (P. Hassenteufel & *al.*). Elle a entraîné un changement de paradigme.

En effet, il s'agit ainsi de passer d'une logique de soins à une logique de santé publique, avec une approche populationnelle. La santé n'est plus seulement appréhendée à partir du soin ou de la mesure des maladies mais de façon plus globale, en intégrant l'environnement dans son entier (M. Coldefy & V. Lucas-Gabrielli, 2012). Nous nous rapprochons ainsi de la définition de la santé promue par l'OMS. L'objectif de la territorialisation de l'offre de soins primaires vise à mieux répartir les professionnel.le.s de santé sur l'ensemble du territoire afin de garantir l'accès aux soins pour toutes et tous les citoyen.ne.s. Cette stratégie consiste ainsi à adapter l'offre de soins en fonction des besoins locaux, en prenant en compte les caractéristiques géographiques, démographiques et économiques de chaque territoire. Dans ce cadre, le niveau local est désormais considéré comme un échelon optimal pour mettre en place des approches transversales des inégalités de santé et de leurs déterminants et mener des programmes d'action plus adaptés aux réalités locales (Le Garjean & al. 2011 in Z. Vaillant, S. Rican & S. Gérard, 2012).

En France, ces dernières années, la territorialisation de l'offre de soins primaires est devenue une priorité face à la pénurie de médecins dans certaines régions ainsi qu'à l'accroissement des difficultés d'accès aux soins notamment pour les populations les plus vulnérables. Ainsi, depuis les années 2000, des Ateliers Santé Villes sont créés dans le cadre de la politique de la ville (Le Garjean & al. 2011 in Z. Vaillant, S. Rican & S. Gérard, 2012). Plus concrètement, la territorialisation de la santé a été amorcée en France depuis la loi Hôpital Patients Santé et Territoires (HPST) du 21 juillet 2009. C'est dans cette loi que sont définis pour la première fois les soins de « *premier recours* » se distinguant du « *second recours* ». Cette réorganisation du système de santé en différents niveaux de recours s'accompagne d'une volonté de décloisonner les secteurs hospitalier, ambulatoire et médico-social. C'est également dans cette loi qu'apparaît la référence au territoire dans un intitulé législatif en lien avec la santé. Elle définit aussi, pour la première fois, le rôle du ou de la généraliste et crée les ARS ainsi que les Unions Régionales de Professions de Santé (URPS). Les ARS jouent un rôle central. En lien avec l'Assurance Maladie, elles animent une Commission d'Appui Régional à l'Exercice Coordonné (CARPEC) qui réunit plusieurs URPS et le Conseil régional. Aussi, les préfet.te.s et les Conseils régionaux sont mobilisé.e.s sur l'accès aux soins, dans une logique d'aménagement du territoire (P. Hassenteufel, F. Schweyer, T. Gerlinger & R. Reiter, 2020). L'organisation au niveau régional est censée permettre de contenir les dépenses mais également de mieux associer les professionnel.le.s et les usager.ère.s par une politique de proximité, de garantir la qualité et l'efficacité du soin et de

réduire les inégalités par une meilleure coordination des intervenant.e.s en santé. Progressivement, l'échelon régional s'est affirmé comme l'échelon principal de la mise en œuvre de la politique de santé publique (M. Coldefy & V. Lucas-Gabrielli, 2012). Les mesures concernant l'organisation territoriale sont aussi très présentes dans la loi de modernisation du système de santé de 2016 et la loi de transformation du système de santé de 2019, avec la création des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS), des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT), des Conseils Territoriaux de Santé (CTS) et des Projets Territoriaux de Santé (PTS). Ainsi, la territorialisation de l'offre de soins primaires permet de renforcer la coopération entre les différent.e.s professionnel.le.s de santé, en favorisant la mise en place de structures pluridisciplinaires. Dans ce cadre, le rôle des collectivités territoriales ne doit pas seulement s'apprécier en termes de compétences mais également en termes de capacité politique à peser sur les enjeux de santé et à leur prise en charge territorialisée. De plus, les acteur.trice.s professionnel.le.s, avec les médecins en premier rang, jouent également un rôle clé (P. Hassenteufel, F. Schweyer, T. Gerlinger & R. Reiter, 2020), rôle qu'il est fondamental d'analyser.

4. La mobilisation des acteur.trice.s dans la promotion et le développement du travail pluriprofessionnel

Outre la territorialisation de l'offre de soins primaires, la deuxième stratégie adoptée est le développement du travail pluriprofessionnel dans le cadre de nouveaux modes d'organisation des soins primaires. « *Aucune profession ne possède à elle seule toute l'expertise requise pour répondre de manière satisfaisante et efficace à la gamme complexe des besoins de nombreux usagers des services de santé* » déclare le Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalité en santé en 2007. La collaboration interprofessionnelle est l'un des sujets phares de l'actualité dans le domaine de la santé. Elle est définie comme l'association, dans une optique de complémentarité, de plusieurs professionnel.le.s de santé, issu.e.s de différentes professions, travaillant ensemble avec les patient.e.s, les familles, les soignant.e.s et les communautés pour proposer une prise en charge optimale (D'Amour, 1997). Il convient de s'intéresser au rôle d'entrepreneur.euse.s professionnel.le.s promoteur.trice.s de changements dans le cadre de nouvelles organisations tournées vers les soins primaires. La coordination des soins primaires est en effet d'abord promue par de nouveaux acteur.trice.s médicaux : MG France, les nouvelles organisations de jeunes médecins et la fédération française des maisons et pôle de santé. Rappelons tout d'abord que la création de MG France

obéit non seulement à une logique professionnelle d'affirmation de la spécificité de la médecine générale mais aussi à une logique politique d'opposition à la médecine libérale, telle qu'elle prédomine depuis la mise en place du système d'assurance maladie français. Il permet de comprendre la tentative de réorganisation du système de santé autour du ou de la médecin généraliste, dont la mise en place a suscité de fortes tensions au sein de la profession médicale. Cet enjeu s'inscrit, cependant, dans une perspective plus large : celle du renforcement de la coordination des soins par une coopération. Cet acteur s'est fortement investi dans les Etats Généraux de l'Organisation de la Santé (EGOS), qui ont débouché sur la loi HPST en 2009, dans laquelle figure une série de mesures concernant la coordination des soins (Moret-Bailly, 2009 in P. Hassenteufel & *al.*, 2020). Aussi, les organisations de jeunes médecins soutiennent la coordination des soins en mettant en avant la mixité des modes d'exercice et des carrières, les formes collectives et collaboratives d'exercice ainsi que la délégation des tâches. Nous pouvons notamment citer le regroupement autonome de généralistes et jeunes installés et remplaçant (ReAGJIR) qui met l'accent sur la réorganisation du système de soins autour d'équipes de soins pluriprofessionnelles. De ce fait, ces organisations apparaissent comme de nouvelles partenaires du gouvernement. De plus, de nouvelles organisations ont émergé, elles sont en partie issues de MG France mais sont plus pluriprofessionnelles et promeuvent de nouveaux modes d'organisation des soins aussi bien auprès des pouvoirs publics que des professionnel.le.s. C'est le cas de la fédération française des maisons et pôles de santé (FFMPS), créée en 2008, dont l'objectif principal est le développement des maisons et pôles de santé. Une fédération régionale est mise en place dans la plupart des régions pour accompagner le regroupement des professionnel.le.s de santé de soins primaires (conseils, animation de réseau, coordonnateur.trice.s...). Cet objectif a largement été repris par le ministère. Enfin, nous pouvons mentionner le rôle de l'association Soins coordonnés, créée par l'ancien président de MG France, Martial Olivier-Koehret, en 2010, afin de travailler à favoriser les modes d'exercice pluri professionnels dans la médecine de ville ainsi que la mise en place de projet coordonné (P. Hassenteufel & *al.*, 2020).

La mobilisation de ces acteur.trice.s a contribué à un déplacement des enjeux. En effet, à côté de l'organisation des soins, l'enjeu du renforcement des coopérations interprofessionnelles, notamment territorialisées et de la fin de l'exercice isolé (P. Hassenteufel, F. Schweyer, T. Gerlinger & R. Reiter, 2020). Au-delà de ces acteur.trice.s, le développement de l'exercice coordonné pluridisciplinaire est également soutenu par l'Etat notamment via le soutien au développement des structures d'exercice coordonné. En effet, il est promu par la loi HPTS, la

loi de 2016, la loi de 2019, le Pacte Territoire Santé mais également par la stratégie « Ma santé 2022 », plan de transformation de notre système de santé qui a associé tous.les acteur.trice.s de terrain concerné.e.s et qui a fixé comme objectif le doublement des Maisons de Santé Pluriprofessionnelle (MSP) et des Centre De Santé (CDS). Le soutien de l'Etat peut également s'observer par le soutien financier via la mise en place d'un Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI) entre les organisations pluriprofessionnelles, la CPAM et l'ARS.

C) Les structures de soins coordonnés : des innovations sociales en santé pour améliorer l'accès aux soins

Au niveau international et local, l'innovation sociale en santé est de plus en plus encouragée pour répondre aux défis de notre système de santé (1). Dans le champ des soins primaires, l'essor des structures d'exercice coordonné apparaissent comme des innovations sociales en santé, qui semblent renouer des liens avec la médecine sociale. Maisons de Santé Pluridisciplinaires (MSP), Centres de Santé (CDS), Équipes de Soins Primaires (ESP)... intègrent toutes des axes sanitaires innovants (2). Toutefois, les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) se démarquent. Après avoir développé le cadre, ses missions et son fonctionnement, nous allons expliciter leur apport par rapport à l'existant : une approche populationnelle, coordonnée et territorialisée qui s'inscrit dans une logique de collaboration interprofessionnelle (3).

1. L'innovation sociale en santé : définitions et éléments de compréhension

À l'international, dynamiser l'innovation en santé afin d'améliorer la qualité des soins et de réduire les coûts devient un enjeu majeur. En effet, nombre d'auteur.trice.s soutiennent que de nouveaux paradigmes sont nécessaires pour que les innovations soient développées, évaluées et implantées de manière responsable afin de s'assurer qu'elles permettent aux systèmes de santé de relever leurs défis sans nuire à leur pérennité (Batayeh et al., 2018; Demers-Payette et al., 2016; Silva et al., 2018, in B. Corriveau, 2021). Par exemple, au Québec, la mise en place du Bureau de l'innovation et du Fonds de soutien à l'innovation en santé et en services témoigne de cet intérêt (B. Corriveau, 2021). En France, l'évolution des modes d'action publique dans les champs sanitaire et social est réaffirmée dans la loi de modernisation de notre système de santé datant de 2016 et la Stratégie nationale de santé par la place importante accordée à l'innovation et à la démocratie sanitaire (Honta, Basson 2017a in N. Noé-Haschar et J. Basson, 2019). En effet, le quatrième axe intitulé « *Innover pour renforcer*

notre système de santé en réaffirmant la place des usagers », propose de soutenir l'expérimentation et l'évaluation de dispositifs innovants devant servir d'appui aux acteur.trice.s et à la participation des usager.ère.s.

Néanmoins, il n'est pas aisé de définir l'innovation et d'identifier un cadre méthodologique. En effet, il existe de nombreuses définitions de l'innovation, terme souvent utilisé pour désigner indifféremment des concepts proches. Selon le dictionnaire français, l'innovation est *l'action d'innover*. Dans le langage courant, l'innovation désigne un processus impliquant des moyens nouveaux, meilleurs et plus efficaces pour résoudre un problème ciblé. Dans le langage des affaires, le terme consiste à l'introduction d'un équipement ou d'un procédé nouveau pour favoriser la croissance économique. Face à cette polysémie, Thomas Durant (2010) met en avant l'importance de considérer les différentes formes d'innovation. Il rappelle ainsi que l'innovation ne se limite pas à la R&D (Recherche et développement expérimental) et à la technologie. En effet, pendant longtemps, la notion d'innovation s'est développée à l'intérieur de l'univers de la technologie et s'est inscrite dans une logique marchande où l'entreprise en constitue le terreau par excellence (L. Dandurand, 2005). Thomas Durant (2010) précise alors que l'innovation peut prendre différentes formes comme l'innovation sociale, l'innovation de service ou encore l'innovation organisationnelle. Selon lui, ces différentes formes d'innovation sont complémentaires et peuvent alors interagir pour générer des dynamiques d'innovation plus larges. En outre, l'auteur insiste également sur l'importance de considérer les spécificités des territoires dans l'analyse des dynamiques d'innovation. En effet, les caractéristiques économiques, sociales, culturelles et démographiques d'un territoire peuvent influencer les formes d'innovation qui y émergent. De plus, il met en exergue la nécessité de promouvoir la créativité, la collaboration et l'expérimentation. Cela implique notamment de favoriser la mise en réseau des acteur.trice.s locaux, de promouvoir des espaces de co-création et d'expérimentation, et de soutenir la formation ainsi que le développement des compétences nécessaires à l'innovation. Ainsi, Thomas Durant (2010) propose une définition simple de l'innovation comme étant « *la réalisation de la nouveauté* ». Il souligne également que l'innovation relève *d'une mise en œuvre concrète* » et doit être « *assimilée au changement réalisé* ». Par conséquent, l'innovation recouvre aussi bien « *le processus de changement que le résultat qui en a découlé* ».

Dans le domaine de la santé, il est fondamental de bien définir le concept pour favoriser le développement et le déploiement d'innovations qui correspondent aux objectifs de santé (O.

Ciani et al., 2016 in B. Corriveau, 2021). L'OMS a publié un rapport intitulé *Rapport sur la santé dans le monde 2010 : La santé pour tous à l'horizon 2020* (2010) dans lequel elle souligne l'importance de l'innovation en santé pour améliorer l'accessibilité, l'efficacité et la qualité des soins de santé. Dans ce rapport, elle définit l'innovation en santé comme « *l'introduction et la mise en œuvre d'idées, de produits, de processus et de changements organisationnels nouveaux ou significativement améliorés qui répondent aux besoins des individus, des populations et des systèmes de santé* ». Ainsi, l'OMS met en exergue l'importance de l'amélioration de la santé et de l'accès aux soins ainsi que la nécessité d'adapter les innovations aux besoins et aux réalités sociales. Aussi, l'OMS encourage la collaboration entre les différent.e.s acteur.trice.s du système de santé pour favoriser l'innovation en santé, y compris les patient.e.s, les professionnel.le.s de santé, les décideur.euse.s politiques, les entreprises et la société civile. En 2020, dans son rapport intitulé *L'innovation pour la santé mondiale : catalyseurs et obstacles*, l'OMS réaffirme l'importance de l'innovation pour répondre aux défis de santé actuels et émergents. Elle propose une définition en trois temps : les innovations en santé « *sont des politiques, systèmes, produits ou technologies de santé nouveaux ou bonifiés qui améliorent la santé ou le bien-être des individus (1), répondent à des besoins non comblés par de nouvelles façons de penser et de travailler, en mettant l'accent sur les besoins des populations vulnérables (2), ont pour objectif de créer de la valeur en améliorant l'efficacité, la qualité, la durabilité, la sécurité et/ou l'accessibilité des soins de santé (3)* ». Cette définition est plus large et plus inclusive que la précédente. De plus, cette définition s'inscrit dans l'innovation sociale en santé car elle met l'accent sur l'amélioration de la santé ou du bien-être des individus, en répondant à des besoins sociaux non comblés par les pouvoirs publics et en mettant l'accent sur les populations vulnérables. De ce fait, elle va au-delà des seules innovations technologiques ou de produits et inclut des innovations de politiques, de systèmes et de nouvelles façons de penser et de travailler dans le domaine de la santé.

2. L'essor des structures d'exercice coordonné : des innovations qui renouent avec la médecine sociale ?

La transformation dans l'exercice de l'activité s'est accompagnée par autant d'innovations structurelles, organisationnelles et fonctionnelles dans le champ des soins primaires, qui apparaissent comme des leviers d'amélioration des performances sanitaires et qui permettent de répondre à l'évolution des besoins de la population. La recomposition organisationnelle du système de soins se traduit par le développement et le déploiement de structures hybrides de

soins coordonnés (J. Sebai, 2016), qui présentent un double intérêt : elles répondent aux aspirations des jeunes professionnel.le.s en termes de conditions d'exercice du métier et aux besoins grandissants de prise en charge globale et coordonnée des patient.e.s. Ainsi, les soins primaires font aujourd'hui l'objet d'organisations diverses, qui apparaissent comme des formes intermédiaires de soins de premiers recours sans hébergement (J. Sebai, 2016). Nous assistons en effet au développement de regroupements pluriprofessionnels dans différents pays, notamment européens et américains. Aux Etats-Unis, nous pouvons citer les « *medical home* » ou encore les « *Patient-Centered Medical Home* ». Au Canada, des groupements pluridisciplinaires sont implantés depuis les années 1970 et s'organisent sous la forme de « *Centres locaux de services communautaires* », de « *Community Health Centres* » ou encore sous forme de « *Groupes de médecine de famille* » et de « *Family Health Team* ». En France, nous pouvons citer les Maisons de santé Pluridisciplinaire (MSP), les Centres de santé (CDS) ou encore les Équipes de Soins Primaires (ESP).

Les MSP, CDS et ESP sont des groupements pluri-professionnel.le.s, associant aussi bien des libéraux que des salarié.e.s mais également d'autres professionnel.le.s de santé, médicaux, auxiliaires médicaux et sociaux (J. Sebai, 2016). Ces regroupements pluri-professionnels présentent des caractéristiques communes et un certain nombre de particularités. D'abord, selon l'article L1411-11-1 du Code de la Santé Publique, « *une équipe de soins primaires est un ensemble de professionnels de santé constitué autour de médecins généralistes de premier recours, choisissant d'assurer leurs activités de soins de premier recours (...) sur la base d'un projet de santé qu'ils élaborent. Elle peut prendre la forme d'un centre de santé ou d'une maison de santé. L'équipe de soins primaires contribue à la structuration des parcours de santé. Son projet de santé a pour objet, par une meilleure coordination des acteurs, la prévention, l'amélioration et la protection de l'état de santé de la population, ainsi que la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.* ». Ainsi, une ESP peut prendre la forme d'un CDS ou d'une MSP mais elle peut également être une forme plus simple, demandant moins d'investissements que les MSP et CDS. Elle peut être le premier palier vers une forme évolutive telle que les structures précitées. Les MSP et CDS sont toutes les deux des structures sanitaires de premier recours et, le cas échéant, de second recours, exerçant de façon coordonnée sur la base d'un projet de santé et bénéficiant d'aides de la part de la CPAM sur la base d'indicateurs. Elles se diffèrent néanmoins sur certains points. D'abord, bien que présentés comme des innovations en santé, le concept de centre de santé remonte toutefois au XVIIème siècle avec les consultations charitables pour « *pauvres malades* »

instituées par Théophraste Renaudot (M-P. Colin & D. Acker, 2009). Les MSP, quant à elles, sont plus récentes. Elles ont en effet été introduites dans le Code de la santé publique en 2007. Aussi, elles se différencient sur le statut des professionnel.le.s : salarié.e.s pour les CDS et libéraux pour les MSP. De plus, elles se différencient en termes de gouvernance : les MSP sont effectivement gérées par les professionnel.le.s de santé eux et elles-mêmes (pas de gestionnaire) tandis que les CDS sont gérés par des gestionnaires. En outre, les MSP sont toujours pluriprofessionnelles. Elles regroupent en effet, sur un même site ou non, des professionnel.le.s de santé médicaux et des auxiliaires médicaux. Les CDS sont soit monoprofessionnels, c'est-à-dire exclusivement médicaux (comptant seulement des médecins) ou infirmier.ère.s ou dentaires, soit polyvalents. Ils proposent généralement une gamme de services plus limitée. En somme, les deux types de structures présentent des avantages et des limites mais sont complémentaires dans la mise en place d'un système de santé plus efficace et plus coordonné. En 2016, le *Portrait des professionnels de santé* réalisé par la Drees relève, depuis le début des années 2000, une nette expansion de l'exercice groupé chez la plupart des professionnel.le.s de santé libéraux. Par exemple, la proportion de médecins généralistes exerçant dans ce cadre est passée de 43 % en 2001 à 51 % en 2015. Bien qu'encore marginal, l'exercice sous forme pluri-professionnelle se développe rapidement en France. En effet, alors que les MSP étaient 20 en 2008, elles sont 2 251 structures en fonctionnement en mars 2023 dont 341 dans la région Auvergne-Rhône-Alpes (région la mieux dotée) selon le Ministère de la Santé et de la Prévention.

L'objectif de ces structures coordonnées est de sortir d'une logique individuelle et curative et de prendre en compte les dimensions sociales et structurelles. Ces initiatives sont basées sur des principes d'action issus de la médecine sociale, notamment la prise en charge du ou de la patient.e dans sa globalité, le décloisonnement du sanitaire et du social, les déplacements à domicile, le refus des dépassements d'honoraires, l'acceptation des patient.e.s précaires et l'accueil des stagiaires (N. Duvoux & N. Vezinat, 2022). En effet, il semblerait que la médecine sociale continue d'être pertinente et d'occuper une place importante dans le domaine de la santé publique et de la médecine contemporaine. Abordant les questions de santé dans une perspective plus large, les aspects de la médecine sociale qui sont importants aujourd'hui sont les inégalités en matière de santé, l'approche holistique de la santé, la promotion de la santé, les approches interdisciplinaires de la santé et l'approche populationnelle. Certain.e.s auteur.trice.s, notamment Laura Pitti (2021), évoquent une forme de renouveau de la médecine sociale. Elle explique (2021) que ce renouveau s'incarne

particulièrement dans des expériences contestataires du modèle médical et sanitaire dominant, à savoir le modèle curatif, bioclinique, isolé voire libéral. Ces expériences s'inscrivent davantage dans une acception des soins primaires comme vecteur de justice sociale, tels qu'ils avaient été définis dans la déclaration de l'OMS, dite d'Alma-Ata en 1978. Par « *expériences* », l'auteurice évoque les structures d'exercice coordonnées en insistant plus particulièrement sur celles qui sont dites « *participatives* », c'est-à-dire qui encouragent la participation active des patient.e.s dans leur propre prise en charge. Ces expériences, plus ou moins contestataires, sont promues par le gouvernement. En effet, le 21 juillet 2020, à l'issue du Ségur de la santé, les annonces du Ministre de la Santé promettent la création de soixante centres de santé dits participatifs, témoignant ainsi d'une forme de mise à l'agenda politique de la médecine sociale. En somme, le principal apport de ces structures coordonnées est d'améliorer l'accès aux soins, tant aux soins préventifs qu'à ceux curatifs. Cependant, comme l'expliquent Valérie Fargeon et Marion Brunat (2015), ces structures s'imposent dans un contexte où les soins de premiers recours sont peu organisés et fragmentés. Par conséquent, elles rencontrent des tensions qui viennent limiter leur capacité à s'imposer et qui implique la recherche d'un nouveau modèle économique ainsi que l'évolution de l'environnement institutionnel dans lequel elles s'inscrivent.

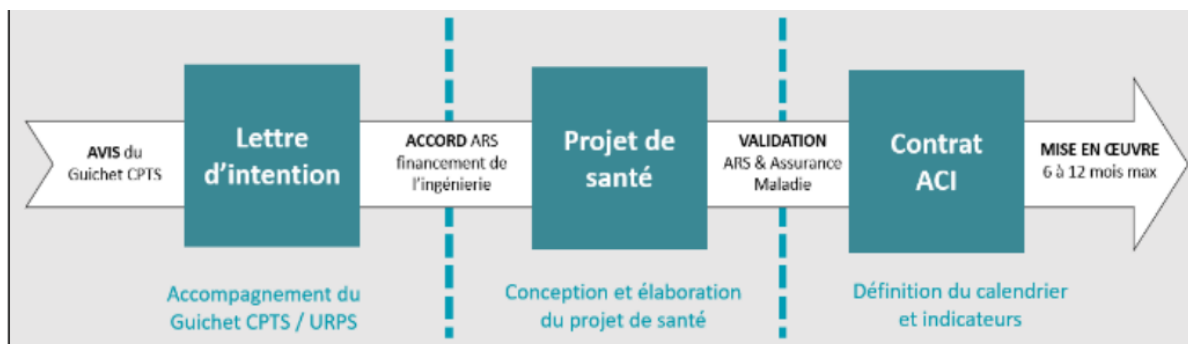
3. Les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) comme une innovation sociale en santé : l'apport par rapport à l'existant

a) Les CPTS : cadre, missions et fonctionnement

C'est dans ce mouvement précédemment développé que s'inscrit la création des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS). Les CPTS sont créées en 2016 par la loi de modernisation de notre système de santé dans l'objectif de répondre aux défis de notre système de santé notamment à la structuration insuffisante des soins de ville, à la démographie médicale et à la croissance des maladies chroniques mais également au sentiment d'isolement de certain.e.s professionnel.le.s de santé, à l'insuffisant développement de l'exercice coordonné et au cloisonnement entre professionnel.le.s de santé de ville et d'hôpital. Les CPTS constituent un dispositif souple à la main des professionnel.le.s qui veulent travailler ensemble pour répondre aux besoins de santé spécifiques d'un bassin de population. Elles sont constituées à l'initiative de professionnel.le.s de santé et ont pour vocation de rassembler les acteur.trice.s de santé de leur territoire. Elles se composent de professionnel.le.s de santé du premier et/ou du second recours, de diététicien.ne.s, de

psychologues mais également hospitaliers, médico-sociaux et sociaux d'un même territoire. De ce fait, elles contribuent à une meilleure coordination de ces professionnel.le.s ainsi qu'à la structuration des parcours de santé des usager.ère.s, patient.e.s et résident.e.s.

Graphique n°6 : Processus de création d'une CPTS



Source : URPS médecin occitanie, édition mai 2020.

Comme l'explique l'URPS Médecin Occitanie, la création d'une CPTS débute par l'envoi d'une lettre d'intention retraçant les grandes lignes de la démarche. À partir de la validation de la lettre d'intention, les porteur.euse.s de projets vont pouvoir bénéficier du soutien logistique et financier de l'ARS et de la CPAM afin de soutenir le travail d'élaboration du projet de santé. Un financement FIR (Fonds d'Intervention Régional) est attribué par l'ARS sur une base annuelle pour soutenir le travail de rédaction du projet de santé. Le projet de santé est le produit de la réflexion d'une équipe pluriprofessionnelle et constitue une base de travail pour la prise en charge coordonnée des patient.e.s sur un territoire donné. Il témoigne également de l'organisation et de la volonté des professionnel.le.s de santé de se coordonner et de travailler autour d'axes de santé prioritaires. Ainsi, il formalise la réponse aux besoins identifiés par les acteur.trice.s et les usager.ère.s pour organiser au mieux les parcours de santé. Selon le référentiel EHESP, construire un projet de santé c'est :

1. Définir les composantes d'un projet de transformation des soins primaires (diagnostic stratégique de territoire, enjeux, transformations visées, vision partagée) en lien avec les projets de santé du territoire (exemples : Contrat Local de Santé et le Projet Régional de Santé) ;
2. Définir comment articuler une vision partagée, un diagnostic et un plan d'action (élaboration d'un diagnostic partagé, formulation, organisation des objectifs et priorisation des actions, définition des étapes et des outils de gestion de projet, et démarche qualité) ;

3. Rédiger ou consolider le projet de santé de l'équipe, déterminer les modalités de sa mise en œuvre (et les responsabilités), les modalités de collaboration avec l'ARS.

La validation du projet de santé par l'ARS et la CPAM permet alors aux CPTS de bénéficier d'un financement conventionnel pérenne, prévu par un contrat. Le contrat relatif aux CPTS, à savoir l'ACI (Accord Conventionnel Interprofessionnel), est conclu ainsi conclu entre l'ARS, la CPAM et la CPTS. L'accord conventionnel interprofessionnel (ACI) relatif au déploiement des CPTS, publié au journal officiel le 21 août 2019, prévoit la définition d'un contrat. Ce dernier doit être élaboré de manière partenariale, au niveau des territoires, de manière à adapter au plus près des besoins, les moyens engagés par la communauté professionnelle, les modalités de déploiement de ses missions, les objectifs fixés pour les différentes missions choisies et les conditions d'évaluation de l'impact des résultats obtenus. Ce contrat valorise les moyens mis en œuvre par la CPTS pour mettre en place et développer différentes missions en faveur de l'accès aux soins, de la qualité et de la fluidité des parcours de santé, de la prévention, de la qualité et l'efficacité des prises en charge, et d'une amélioration des conditions d'exercice des professionnel.le.s de santé. La durée du contrat est de cinq ans, dans la limite de la durée de validité de l'ACI applicable aux CPTS. Un ou plusieurs avenants au contrat peuvent être conclus à tout moment en cas de modifications souhaitées par les parties signataires sur les termes du contrat : modification de taille de la communauté professionnelle, modifications intervenues dans les missions choisies, modifications sur les indicateurs de suivi mis en place, etc. Pendant toute la durée du contrat, la CPTS, l'ARS et la CPAM organisent des points d'échanges réguliers, au moins une fois par an, pour définir et suivre conjointement notamment :

- Le calendrier de déploiement des missions ;
- L'intensité des moyens déployés pour réajuster au besoin le niveau des aides versées ;
- Les indicateurs de suivi du déploiement de chaque mission et les objectifs fixés sur la base desquels sera calculé le montant alloué au titre des résultats observés ;
- L'adaptation, le cas échéant, du montant du financement accordé au regard de l'évolution de la taille de la communauté professionnelle ;
- Le niveau d'atteinte des résultats obtenus en fonction des indicateurs de suivi choisis.

Ces échanges réguliers doivent également permettre d'identifier les besoins d'accompagnement de la CPTS par l'ARS (ingénierie : mise à disposition de données,

cartographie, lien avec les médiateurs des caisses, identification de certains acteurs du territoire, etc.).

Les CPTS sont soumises à des missions socles, certaines sont obligatoires tandis que d'autres sont optionnelles. Le tableau ci-dessous permet de mieux comprendre comment celles-ci se répartissent :

Tableau n°7 : Les principales missions des CPTS

Missions obligatoires	<ol style="list-style-type: none"> 1. L'amélioration de l'accès aux soins ; 2. L'organisation des parcours pluri-professionnel-le-s ; 3. Le développement des actions territoriales de prévention ; 4. Contribuer et apporter une réponse en cas de crise sanitaire.
Missions optionnelles	<ol style="list-style-type: none"> 1. La qualité et la pertinence des soins ; 2. L'accompagnement des professionnel-le-s de santé ; 3. Le développement des actions territoriales de prévention ; 4. Contribuer et apporter une réponse en cas de crise sanitaire.

Source : Agence Régionale de Santé (ARS)

Chacune des missions ci-dessous se traduisent par des indicateurs de mesure établis au préalable. Aussi, deux volets sont financés pour accompagner le déploiement de la communauté professionnelle territoriale de santé :

- Un premier volet pour contribuer au financement du fonctionnement de la communauté professionnelle ;
- Un second volet pour contribuer au financement de chacune des missions exercées par celle-ci.

Ces deux volets de financement sont adaptés au regard de la taille de la communauté professionnelle territoriale de santé. Le Ministère de la Santé et de la Prévention met à disposition un atlas des CPTS. En décembre 2022, nous pouvons voir que 389 CPTS sont en fonctionnement, 35 seront prochainement en fonctionnement et 158 sont en cours de fonctionnement, recouvrant 68 % du territoire.

Tableau n°8 : Niveau de maturité des CPTS du territoire

Statut	Nombre de CPTS	Couverture*
CPTS en fonctionnement (Contrat ACI signé)	389	49%
CPTS prochainement en fonctionnement (Projet de santé validé)	35	3%
CPTS en cours de création (Lettre d'intention validée)	158	16%

Source : Atlas des CPTS, Ministère de la Santé et de la Prévention, décembre 2022

b) Les CPTS : une approche populationnelle, coordonnée et territorialisée

Claude Leicher (2010) explore la manière dont les CPTS s'inscrivent dans le contexte territorial et en quoi elles peuvent favoriser une meilleure organisation des soins de santé. L'auteur commence par souligner l'importance de l'approche populationnelle dans les CPTS. Comme le dit l'Institut national de santé publique du Québec (2013), « *La responsabilité populationnelle implique l'obligation pour l'ensemble des acteurs de santé d'un territoire de maintenir et d'améliorer la santé, le bien-être et l'autonomie de la population d'un territoire donné* ». Les CPTS sont conçues pour répondre aux besoins de santé d'une population donnée, en prenant en compte les spécificités du territoire et en mobilisant l'ensemble des acteurs de santé locaux. L'approche populationnelle, inspirée du modèle canadien, permet une amélioration de la santé d'une population donnée via la prise en compte des déterminants de la santé c'est-à-dire de l'ensemble des facteurs sociaux, économiques, environnementaux, démographiques et culturels qui influencent la santé d'une population. Pour ce faire, lors de l'élaboration du projet de santé, les CPTS doivent réaliser un diagnostic territorial dans lequel la population du territoire donnée est décrite.

Claude Leicher (2010) souligne que cette approche nécessite une coordination étroite entre les différents acteurs de santé et une bonne connaissance des spécificités du territoire. D'une part, il développe les enjeux en termes de coordination en expliquant que la complexité de notre système de santé ainsi que les défis auxquels il est confronté rendent aujourd'hui une bonne prise en charge impossible pour un.e professionnel.le de santé isolé.e. En effet, la qualité du travail réalisé nécessite de se coordonner dans sa profession avec les autres professionnels de soins primaires, de soins secondaires, des structures d'hospitalisation et des services sociaux et médico-sociaux. Beaucoup de réponses ne sont effectivement plus possibles individuellement. De ce fait, les CPTS peuvent favoriser une meilleure organisation des soins de santé, et *in fine* une meilleure prise en charge des patients, en permettant une coordination des professionnels de santé et une mise en

réseau des acteur.trice.s de santé sur un même territoire. En effet, elles viennent donner un cadre et des moyens pour faciliter l'exercice des professionnel.le.s de santé du territoire. L'auteur détaille les services à rendre à chaque professionnel.le dans un territoire donné : le gain de temps, une meilleure coordination des soins, une meilleure connaissance des autres métiers, une circulation plus simple des informations, une possible délégation de tâches, une mise en relation facilitée avec les structures sociales et médico-sociales etc.

L'approche populationnelle et la coordination de l'offre de soins se jouent sur un territoire donné. En effet, les CPTS s'inscrivent dans un contexte territorial et s'appuient sur une fine connaissance des réalités locales en matière de santé et de soins. Elles ont pour vocation de prendre en compte les particularités de chaque territoire pour proposer des solutions adaptées à leurs spécificités. Elles s'inscrivent alors dans une approche territorialisée définie par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) comme une « *démarche de santé publique qui consiste à adapter les politiques, les programmes et les interventions aux réalités et aux spécificités d'un territoire donné, en prenant en compte les particularités sociales, économiques, géographiques et culturelles qui influent sur la santé* ». Pour ce faire, elles utilisent un territoire administratif, principalement celui d'une commune ou d'un groupement de communes.

En somme, les CPTS ont pour ambition d'améliorer l'accès aux soins en renforçant la coordination des soins, en développant une approche plus globale de la santé et en promouvant une offre de soins territorialisée et adaptée aux besoins de la population. Ces caractéristiques les différencient des MSP et CDS, qui ont une approche davantage centrée sur la prise en charge individuelle du ou de la patient.e. C'est également en cela que les CPTS s'inscrivent dans l'innovation sociale en santé. Reprenons la définition de l'OMS (2020) sur laquelle nous nous appuyons : les innovations en santé « *sont des politiques, systèmes, produits ou technologies de santé nouveaux ou bonifiés qui améliorent la santé ou le bien-être des individus (1), répondent à des besoins non comblés par de nouvelles façons de penser et de travailler, en mettant l'accent sur les besoins des populations vulnérables (2), ont pour objectif de créer de la valeur en améliorant l'efficacité, la qualité, la durabilité, la sécurité et/ou l'accessibilité des soins de santé (3).* ». Les CPTS sont des organisations nouvelles qui visent à répondre à des besoins non comblés par de nouvelles façons de penser et de travailler en mettant l'accent sur les besoins des populations vulnérables. En effet, elles sont particulièrement adaptées pour répondre aux besoins de santé de populations fragiles ou en situation de précarité grâce à leur approche globale de la santé ainsi qu'à leur capacité de

travailler en réseau. De plus, elles ont pour objectif de créer de la valeur en améliorant l'efficacité, la qualité, la durabilité, la sécurité et l'accessibilité aux soins via la coordination des professionnel.le.s de santé, l'approche populationnelle et territorialisée. En outre, elles peuvent être considérées comme une innovation en termes de gouvernance. Elles sont en effet basées sur une approche collaborative et participative et favorisent notamment la collaboration interprofessionnelle en santé.

c) Un espace qui favorise la collaboration interprofessionnelle en santé

Au sein d'une organisation, « *la plupart des activités humaines ne sont pas des activités individuelles et solitaires : elles sont le produit des actions concertées et coordonnées de plusieurs personnes* » (Romealer, 2002 in F. Wacheux & M. Asmar, 2007). La concertation et la coordination ne pouvant se faire sans une étroite collaboration entre les acteur.trice.s concerné.e.s (Friedberg, 1993 in F. Wacheux & M. Asmar, 2007), la collaboration interprofessionnelle s'impose ainsi comme un enjeu central.

L'article de Frédéric Wacheux et Michèle Kosremelli Asmar (2007) explicite la collaboration interprofessionnelle dans le cadre de la santé. Phénomène complexe dont les définitions restent vagues et variables, le domaine de la santé semble avoir été le pionnier dans la reconnaissance de la collaboration interprofessionnelle comme mode d'intervention. En effet, plusieurs auteur.trice.s ont fait part d'expériences intéressantes qui se sont le plus souvent concentrées sur deux ou au plus trois professions, principalement les médecins, infirmier.ère.s et pharmacien.ne.s (Gilbert, 2005 in F. Wacheux & M. Asmar, 2007). Un des éléments principaux d'une approche collaborative consiste à identifier un langage commun. Les définitions utilisent une variété de termes pour représenter les relations entre les professionnel.le.s de disciplines différentes qui offrent des services simultanés à des mêmes usager.ère.s. Les définitions n'étant pas toujours définie clairement ou de manière homogène (Fortier, 2004 in F. Wacheux & M. Asmar, 2007), elles font cependant le plus souvent référence à la collaboration interdisciplinaire (Henneman, Lee & Cohen, 1995 in F. Wacheux & M. Asmar, 2007). Les préfixes « *multi* » et « *inter* » sont utilisés de manière interchangeable. La distinction peut être numérique, territoriale, épistémologique ou liée au statut. Nolan (1995 in F. Wacheux & M. Asmar, 2007) considère ce flou dans les territoires professionnels comme étant l'une des caractéristiques principales de la collaboration interprofessionnelle : « *celle-ci bien que ne niant pas l'importance des compétences spécifiques, tend à brouiller les territoires professionnels et requièrent confiance, tolérance et*

volonté de partager la responsabilité » (p.306). Selon Macintosh et McCormack (2001 in F. Wacheux & M. Asmar, 2007), le préfixe « *multi* » associé aux termes « *disciplinaires* » et « *professionnelles* » réfère aux membres d'une équipe qui fonctionne en parallèle et de manière indépendante vers l'atteinte d'un objectif, avec très peu de communication. Ces mêmes auteurs décrivent le préfixe « *inter* » comme un partenariat où des membres de différents domaines travaillent en collaboration vers l'atteinte d'un objectif commun. La notion de synergie est omniprésente et constitue souvent une caractéristique des équipes interdisciplinaires/interprofessionnelles. Selon D'Amour, Sicotte et Lévy (1999 in F. Wacheux & M. Asmar, 2007), les membres d'une équipe interdisciplinaire « *ouvrent les frontières de leur territoire* » pour permettre une plus grande flexibilité dans le partage des responsabilités.

Plusieurs définitions de la collaboration coexistent, elles se traduisent généralement par la notion de construction d'une action collective (Friedberg, 1993 in F. Wacheux & M. Asmar, 2007). Le terme « *collaboration* » vient du latin *cum laborare* signifiant « *travailler avec* ». Aussi, la collaboration interprofessionnelle est définie en termes de processus dynamique. Elle peut être perçue comme « *un continuum sur lequel l'interaction varierait de la simple communication des idées jusqu'à l'intégration mutuelle des concepts directeurs, de l'épistémologie, de la terminologie des procédures, des données et de l'organisation de la recherche et de l'enseignement s'y rapportant* » (Fourez, 2001 in F. Wacheux & M. Asmar, 2007). De plus, la collaboration est considérée synonyme de plusieurs autres modes d'interaction ou de résolution de conflits (Henneman et al, 1995 F. Wacheux & M. Asmar, 2007). En effet, certaines définitions sont énoncées en lien avec des concepts associés dont les plus cités sont : le partage, le partenariat, l'interdépendance, le pouvoir et les processus. Ils sont au cœur même de la collaboration. F. Wacheux et M. Asmar (2007) se sont arrêtés à deux idées principales, que nous trouvons pertinente, le pouvoir et l'équipe :

- Le pouvoir occupe une place importante dans le système de santé puisqu'il émane surtout des connaissances et de l'expertise des professionnel.le.s plutôt que des fonctions. Certaines professions bénéficient par tradition d'une suprématie qui leur permet de se positionner au-dessus des règles de fonctionnement adoptées. C'est notamment le cas des médecins généralistes en médecine de ville. Dans le cadre de la collaboration, ce pouvoir est considéré comme partagé par les membres de l'équipe (Henneman et al, 1995 in Wacheux & M. Asmar, 2007) et ne peut être l'apanage

d'une seule profession car aucune profession ne peut plus prétendre à elle toute seule à tous les besoins d'une personne.

- Le concept d'équipe décrit le contexte humain dans lequel la collaboration se développe. Il est postulé que les équipes qui collaborent seront les plus aptes entre autres à « *composer avec la complexité des soins et à coordonner et répondre aux besoins de la population* » (IOM, 2001 in F. Wacheux & M. Asmar, 2007).

Nous avons décidé, ici, de retenir la définition utilisée par F. Wacheux et M. Asmar (2007), qui est celle proposée par D'Amour (1997) : la collaboration interprofessionnelle est « *faite d'un ensemble de relations et d'interactions qui permettent ou non à des professionnels de mettre en commun, de partager leurs connaissances, leur expertise, leur expérience, leurs habiletés pour les mettre, de façon concomitante au service des clients et pour le plus grand bien des clients* ». Ici, des usager.ère.s. Elle consiste également en « *la structuration d'une action collective à travers le partage de l'information et de la prise de décision dans les processus cliniques. Elle résulte d'un processus d'interaction entre les acteurs, des acteurs avec la structure organisationnelle et ces deux éléments avec des structures englobantes. Cette définition tout en mettant l'accent sur la collaboration comme processus insiste aussi sur les acteurs, la formalisation des relations et les influences externes à l'aire du travail* ».

F. Wacheux et M. Asmar (2007) complètent leur propos en nous révélant que, dans la pratique, la collaboration interprofessionnelle est influencée par des éléments externes à l'organisation (facteurs macro), des éléments propres à l'organisation (facteur méso) et des éléments propres aux relations interprofessionnelles entre les membres de l'équipe (facteurs méso). Parmi les facteurs méso déterminants, nous pouvons citer les facteurs interactionnels, qui dépendent des relations interpersonnelles entre les membres de l'équipe. Comme nous l'explique, F. Wacheux et M. Asmar (2007), la volonté de collaborer est le facteur le plus important dans la mise en place d'une pratique collaborative. Il dépend de l'éducation professionnelle, des expériences antérieures et de la maturité de l'individu. La confiance mutuelle, basée sur les compétences, aptitudes et connaissances, est aussi un élément crucial pour la compréhension et l'acceptation des rôles et niveaux d'expertise individuels. Aussi, la communication est un facteur essentiel pour favoriser le respect mutuel et le partage, et permet d'articuler d'autres antécédents de la collaboration. Enfin, le respect de la complémentarité et de l'expertise et des rôles des autres professionnel.le.s est un prérequis. Les facteurs micro sont les facteurs organisationnels. Ils dépendent de l'environnement organisationnel et incluent la structure organisationnelle, la philosophie de l'organisation, le

soutien administratif, les ressources et les mécanismes de coordination et de communication. Une structure organisationnelle plate et décentralisée, une philosophie qui favorise la participation et l'interdépendance, un support administratif adéquat, un temps suffisant pour partager l'information et développer des relations interpersonnelles, ainsi que l'existence de mécanismes formels de coordination et de communication sont tous des facteurs organisationnels favorisant la collaboration interprofessionnelle en santé. Enfin, les facteurs macro structurels externes à l'organisation, tels que les systèmes sociaux, culturels, professionnels et éducatifs, peuvent constituer des obstacles à la collaboration interprofessionnelle. Les différences de pouvoir entre les professions ont leur origine dans le système social. De plus, les professionnel.le.s de santé sont peu exposé.e.s à d'autres catégories de professionnel.le.s lors de leur formation, pouvant alors entraver le développement d'une pratique en collaboration.

La collaboration interprofessionnelle telle que présentée et définie est un élément clé des CPTS car elle permet de mieux répondre aux besoins de santé de la population. Elle représente en ce sens une avancée significative. Elle peut prendre plusieurs formes, telles que des réunions de concertation pluriprofessionnelle, des échanges de données et d'informations de santé, des actions de prévention et de promotion de la santé. Dans le cadre de la CPTS de Grenoble, c'est notamment dans les groupes de travail que la collaboration interprofessionnelle prend forme.

Face aux défis majeurs auxquels est confronté le système de santé français, repenser la (ré)organisation de l'offre de soins primaires s'est imposée comme une nécessité absolue. Cette mise à l'agenda politique s'explique par un jeu d'acteur.trice.s qui a permis la construction d'un problème public. Pour y répondre, deux stratégies sont développées par les pouvoirs publics : la territorialisation de l'offre de soins primaires et le développement des nouveaux modes d'organisations des soins primaires via la promotion du travail pluridisciplinaire. Ces nouveaux modes d'organisation se traduisent par le développement de structures d'exercice coordonné, qui apparaissent comme des innovations sociales en santé et qui sont au cœur d'une transformation profonde du système de santé. Dans le champ des soins primaires, les CPTS se démarquent par leur approche populationnelle, coordonnée, territorialisée et collaborative. En mobilisant l'exemple de la CPTS de Grenoble, nous verrons en quoi l'innovation sociale en santé peut contribuer à améliorer l'accès aux soins (**section 2**).

Section 2. La CPTS de Grenoble : améliorer l'accès aux soins par l'innovation sociale territorialisée et collaborative

Les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) sont considérées comme un outil clé de la mise en œuvre, par les pouvoirs publics, des stratégies de territorialisation de l'offre de soins primaires et de développement des nouveaux modes d'organisations des soins primaires via le travail pluridisciplinaire. Dans l'objectif d'améliorer l'accès aux soins sur le territoire grenoblois par l'innovation sociale en santé, la CPTS de Grenoble a créé un Observatoire de la santé publique (OSP), qui porte un enjeu de production de connaissances (A). En démarrage depuis septembre 2022, sa première mission est la réalisation de l'état des lieux des médecins généralistes exerçant sur Grenoble, résultat d'un travail collectif et collaboratif interprofessionnel (B) et dont nous allons développer le protocole d'enquête la préparation, conduite et mise en œuvre de l'enquête (C).

A) La création d'un Observatoire de la santé publique (OSP) par la CPTS de Grenoble : un enjeu de production de connaissances

Dans l'objectif d'améliorer l'accès aux soins sur le territoire grenoblois par l'innovation sociale territorialisée et collaborative, la CPTS de Grenoble a créé un Observatoire de la santé publique (OSP), qui porte un enjeu de production de connaissances aussi bien quantitatives que qualitatives. Créée en 2021 dans l'objectif d'accompagner chaque patient.e pour l'aider à réaliser et à organiser son parcours de santé et ses objectifs, l'association de la CPTS de Grenoble est nouvelle et novatrice (1). Le projet de santé (2022-2026) de la CPTS de Grenoble met en exergue un enjeu majeur en termes d'accès aux soins, avec notamment une répartition inégale des professionnel.le.s de santé sur le territoire ainsi qu'un vieillissement et une féminisation de ces professionnel.le.s (2). Lors de l'élaboration de ce projet, un second enjeu à été mis en exergue, celui de l'imperfectibilité des données de terrain. Dans ce cadre, la CPTS de Grenoble a créé un Observatoire de la santé publique, innovation sociale en santé territorialisée et collaborative qui revêt un enjeu de production de connaissances (3).

1. Une association nouvelle et novatrice

L'association de la CPTS de Grenoble a été créée en avril 2021 à l'initiative de professionnel.le.s de santé (PS) exerçant à Grenoble. La force de l'association est d'avoir été

créée par et pour des PS, diététicien.ne.s et psychologues. En fin 2020, la pandémie de la COVI-19 frappe l'ensemble du territoire, c'est dans ce contexte singulier que les PS, libéraux et salarié.e.s, se réunissent informellement puis formellement pour partager ensemble certains constats et problématiques qu'ils et elles rencontrent dans leur pratique. Ces rencontres pluriprofessionnelles avaient pour ambition d'organiser et de co-construire des réponses aux problématiques identifiées sur le territoire.

L'association est constituée, pour une durée indéterminée, sous forme d'une association de type « loi du 1^{er} juillet 1901 », elle est ainsi déclarée à la Préfecture de l'Isère. L'association est régie par la législation française en vigueur ainsi que par les présents statuts. Le territoire d'intervention de la « *CPTS de Grenoble* » est la commune de Grenoble (et non pas l'agglomération). Il s'agit d'une CPTS de taille 3 couvrant aujourd'hui 158 198 habitant.e.s (selon l'INSEE, 2019).

La CPTS de Grenoble a pour objet d'accompagner chaque patient.e pour l'aider à réaliser et à organiser son parcours de santé et ses objectifs. L'association pourra agir pour :

- Améliorer la prévention et la prise en soin des populations ;
- Rassembler et représenter les professionnel.le.s intervenant.e.s auprès des patient.e.s du territoire Grenoblois ;
- Assurer et coordonner des parcours de soins des patient-e-s et entre professionnel.le.s ;
- Mettre en place et animer le projet de santé ;
- Échanger autour du ou de la patient.e avec les établissements de santé publics et privés ainsi que du médico-social et du social ;
- Promouvoir les communications et informations pluriprofessionnelles ;
- Expérimenter et créer des dispositifs pour faciliter l'organisation et l'offre de soins des patient.e.s quel que soit la situation sanitaire ;
- Accompagner les professionnel.le.s du territoire.

L'association est composée de membres « personnes physiques » et de membres « personnes morales », dont les détails sont présentés ci-après :

Les personnes physiques :

- Les professionnel.le.s de santé exerçant comme libéraux ou salarié.e.s à Grenoble au sens du Code de la Santé Publique ;

- Les psychologues et diététicien.ne.s exerçant à Grenoble ;
- Les professionnel.le.s de santé qui effectuent des remplacements sur le territoire de Grenoble ;
- Les étudiant.e.s, futur.e.s professionnel.le.s de santé ou psychologues en formation (internes, étudiant.e.s inscrit.e.s à l'Université Grenoble Alpes ou dans un institut de formation ayant un champ d'action sur le territoire grenoblois).

Les personnes morales :

- Les structures pluriprofessionnelles de santé comme les centres de santé, MSP ;
- Les établissements de santé (CHU, CHAI, GHM, Cliniques) ;
- Les structures médico-sociales ;
- Les associations de santé ayant un champ d'action à Grenoble ;
- Les associations des usager.ère.s du système de santé ;
- Les collectivités territoriales ayant un champ d'action à Grenoble.

La qualité de membre est acquise à l'adhésion lors du règlement de la cotisation sous la dénomination : personne physique ou personne morale et appartenance à l'un des collèges (article n°6 du règlement intérieur). L'article n°6 souligne que chaque membre de l'association est rattaché à un collège dont la composition est précisée ci-dessous :

- Collège 1 : Professionnel.le.s de soins de ville (salarié.e.s et libéraux) ;
- Collège 2 : Structures mono et pluriprofessionnelles ;
- Collège 3 : Association des usager.ère.s ;
- Collège 4 : Remplaçant.e.s et étudiant.e.s ;
- Collège 5 : Établissements de santé ;
- Collège 6 : Acteur.trice.s médico-sociaux et sociaux ;
- Collège 7 : Associations de santé ;
- Collège 8 : Collectivités territoriales.

Au 31 décembre 2021, l'association comptait 103 membres adhérent.e.s. Au 30 mai 2023, l'association compte 315 membres adhérent.e.s dont 294 dans le collège 1.

Les ressources de la CPTS sont diverses, elles comprennent :

- Des subventions ou contrats qui lui seraient accordées au niveau européen, national, régional et local ;

- Des cotisations versées par les membres ainsi que de leurs contributions diverses (mise à disposition de personnel.le.s, équipements...), des revenus des biens ou valeurs qu'elle possède ;
- Des aides de toute nature qui pourraient lui être consenties (des dons manuels, donations ou legs) ;
- Plus généralement, de toutes les ressources créées à titre exceptionnel pour autant qu'elles soient autorisées par la loi et qu'elles ne compromettent pas l'autonomie de décision de l'association ;
- Des ventes de prestations (conseils, expertises, formations, essais, gestion/aide au montage de projets) qu'elle réalise à la demande de ses membres adhérent.e.s ou de client.e.s.

2. Le projet de santé (2022-2026) de la CPTS de Grenoble : un enjeu majeur en termes d'accès aux soins

La création de l'association de la CPTS de Grenoble vise à mieux répondre aux besoins et aux attentes de la population grenobloise via la coordination des professionnel.le.s de santé. L'approche populationnelle implique la réalisation d'un diagnostic des besoins en santé de la population sur le territoire. Le projet de santé territorial rassemble ainsi des connaissances en matière de soins et de santé sur le territoire. Ces connaissances étant indispensables, nous allons alors les présenter en prenant le soin, lorsque possible, de les actualiser en utilisant les dernières données disponibles.

La population grenobloise est marquée par les inégalités socio-économiques. Elle est jeune et dynamique comparée à la France métropolitaine malgré une baisse de l'attractivité territoriale dont l'origine est la baisse des entrées (-1,1 %) En effet, selon l'INSEE, 45,6 % des résident.e.s sont âgé.e.s de moins de 30 ans (vs 35,4 % en France). Aussi, la population est sujette aux inégalités :

- Le taux de pauvreté s'élève à 20 % contre 14,6 % en France ;
- La pauvreté des résident.e.s est en augmentation depuis 2013 (+1 %) même si cette augmentation restent en dessous des autres métropoles de la région ;
- La pauvreté touche principalement les ménages composés de jeunes de moins de 30 ans vivant seul.e.s (28 %) ou de personnes âgées ayant plus de 60 ans (25 %).

De plus, Grenoble compte quatre quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV), à savoir Mistral Lys Rouge Camine, Villeneuve Village Olympique, Teisseire Abbaye Jouhaux Châtelet et Alma Très Cloîtres. Ces quartiers accueillent 23 333 habitant.e.s soit 14,5 % de la population de la commune. Dans les quartiers classés QPV et certaines zones mitoyennes aux grands boulevards, le phénomène d'inégalités est accentué :

- Le taux de pauvreté est 2,5 fois plus élevé (48 % à Mistral Lys Rouge Camine) ;
- La part des personnes bénéficiaires du RSA est plus élevée (23,3 % pour la commune contre 41 % pour les QPV) ;
- La part des personnes couvertes par la Complémentaire Santé Solidaire (CSS) est plus élevée (13,2 % contre 10,1 % à l'échelle nationale) ;
- Les taux d'emplois des 15-64 ans sont inférieurs (41,6 % à Mistral contre 58,9 % dans la commune) ;
- L'absence de diplômes concernerait près d'un quart de la population.

En outre, la population est soumise à de fortes inégalités qui, à terme, entraînent des inégalités sociales et territoriales de santé et sont accrues par les inégalités d'accès aux soins. Pour finir, dans une démarche prospective, la composition socioéconomique et démographique du territoire va entraîner une demande de soins hétérogènes et une adaptation pour favoriser l'accès aux droits et aux soins de toute une partie de la population.

Les données sur l'état de santé de la population grenobloise sont imparfaites. En 2019, à Grenoble, en termes de santé :

- 85,5 % des personnes de 15 ans et plus déclarent un.e médecin traitant (contre 86,6 % en France) ;
- 17 % des bénéficiaires ont au moins une Affection Longue Durée (ALD) (chiffre similaire au territoire national) ;
- 37,6 % des médecins généralistes sont âgé.e.s de 60 ans et plus (vs 32,3 % en France) ;
- 11,2 % des 17 ans et plus sans médecin traitant consomment des actes de soin (vs 10,4 % en France).

La photographie de l'état de santé des grenoblois.e.s que nous avons exposé est considérée comme perfectible car les données en la matière sont souvent globales et peu représentatives

des populations identifiées dans ce diagnostic. En reprenant toujours le Projet de santé (2022-2026) réalisé par la CPTS de Grenoble, nous allons présenter une synthèse des connaissances disponibles sur l'état de santé des grenoblois.e.s. Le premier constat est une sous consommation des actes de médecine notamment médecine dentaire et générale (4 actes/an à Grenoble contre 4,4 en France en 2020) et une surconsommation d'autres pratiques comme la kinésithérapie (29,6 actes/an à Grenoble contre 24,9 en France en 2020) et l'orthophonie (22,3 actes/an à Grenoble contre 21 en France en 2020). Face à ce constat, des questionnements restent en suspens : « L'offre de santé est-elle suffisante dans chaque profession ? Existe-t-il des glissements de tâches entre PS pour pallier certaines disparités ? ». Le second constat concerne les habitant.e.s dont la santé est fragilisée. Les indicateurs de santé montrent une population en surpoids, un renoncement aux soins et le développement de certaines pathologies. Ce moins bon état de santé s'explique en partie par les caractéristiques individuelles et sociales mais également par d'autres déterminants comme l'offre de soins disponible. Aussi, concernant les personnes âgées, celles-ci n'ont pas la possibilité de « *bien vieillir* » dans leur logement et milieu de vie. En effet, ils ne sont pas, ou trop peu, adaptés et entraînent des difficultés à conserver leur autonomie et leur indépendance, d'où un recours plus élevé aux aides et aux soins à domicile ainsi qu'aux hospitalisations non programmées d'urgence. À cela, s'ajoutent des problématiques d'accès aux droits et d'observance.

Le projet de santé (2022-2026) de la CPTS de Grenoble met également en exergue une offre et un accès aux soins de premier et second recours inégal. Il révèle en effet que le nombre de généralistes libéraux conventionné.e.s (y compris en exercice de second recours) décroît et s'accroît depuis 2014 avec seulement 144 professionnel.le.s en activité toute l'année. Aussi, les inégalités d'accès aux soins n'ont pas évolué depuis 2015, laissant alors apparaître des quartiers très fortement sous-dotés. En effet, comme le rapporte l'Analyse des Besoins Sociaux du CCAS de Grenoble en 2020, « *La concentration des professionnels de santé libéraux autour de deux pôles, le centre-ville et les grands boulevards met en visibilité quelques zones creuses dans les quartiers d'habitat social* ». En outre, la réflexion a été détaillée pour certaines professions et des phénomènes ont été observés notamment chez les omnipraticien.ne.s grenoblois.e.s aux tranches d'âges élevés en comparaison au département, à la région et à la France métropolitaine. En effet, à Grenoble, 60 % des médecins généralistes ont plus de 55 ans contre 51,1 % pour la France. L'indice de vieillissement a été calculé, il s'agit du rapport entre l'effectif de praticien.ne.s âgé.e.s de 50 ans et plus et l'effectif de praticien.ne.s âgé.e.s de moins de 50 ans. La situation est dite favorable lorsque

l'indice est inférieur à 1. L'indice de vieillissement de la commune de Grenoble est de 1,98, il est supérieur à celui du département, de la région et de la métropole. Cela signifie ainsi l'existence d'un déséquilibre important entre les générations de praticien.ne.s (en 2018, l'URPS avait calculé un indice de vieillissement de 2,4). La CPTS de Grenoble ajoute que, dans une dimension prospective, entre 2021 et 2026, 64 médecins généralistes devraient partir à la retraite. Autrement dit, sur les 167 praticien.ne.s affiché.e.s par Rezone et sans nouvelles installations, il ne resterait que 97 médecins généralistes faisant alors diminuer la densité de professionnel.le.s à 6,2 contre 8,7 au niveau de la métropole. Ajouté à cela, la féminisation des professionnel.le.s de santé est mise en avant. En effet, le projet de santé révèle que, dans une dimension prospective à Grenoble, 70,6 % des praticien.ne.s sont des femmes de moins de 40 ans, soit 24 praticiennes. Compte tenu des moyennes nationales, elles devraient être 20,7 à avoir au moins une grossesse au cours de leur carrière et au total, sur cette tranche d'âge, 39 grossesses sont à prévoir.

En synthèse, trois phénomènes objectifs et interconnectés sont identifiés :

1. Une sur et sous consommation de soins auprès de certain.e.s professionnel.le.s ;
2. Une répartition inégale des professionnel.le.s sur le territoire ;
3. Un vieillissement et une féminisation des professionnel.le.s sur le territoire.

Ces éléments sont à mettre en lien avec les caractéristiques socio-économiques de la population grenobloise ainsi que leur état de santé, mettant alors en exergue un enjeu important en termes d'accès aux soins sur la commune de Grenoble.

3. L'OSP comme une expérimentation de l'innovation sociale en santé : une approche populationnelle, collaborative et territorialisée

Lors de la réalisation du pré-projet et de l'élaboration du projet de santé, une problématique majeure a été mise en exergue : les difficultés à établir des constats partagés entre la CPAM, le Conseil de l'Ordre ainsi que les membres de la CPTS. Les points de désaccord principaux sont les suivants : une collecte de données hétérogènes avec pour conséquences des écarts significatifs et des marges d'erreurs importantes ainsi que des données chiffrées par les institutions/organismes non coïncidentes avec les vécus des professionnel.le.s de santé et des patient.e.s. Pour exemple, Rezone, outil de l'Assurance Maladie, indique 155 médecins généralistes au 13/09/2022 tandis que Ameli, autre outil de l'Assurance maladie, indique 171 médecins généralistes au 10/10/2022 ou encore que Balises, outil développé par

l'Observatoire Régional de la Santé Auvergne-Rhône-Alpes, indique 171 médecins généralistes au 01/01/2021. Plus récemment, au 15/03/2023, Rezone indique un total de 149 médecins généralistes dont 62 âgé.e.s de plus de 60 ans et 26 âgé.e.s de plus de 65 ans Au même moment, l'annuaire Ameli en affiche 168.

La principale conséquence de l'imprécision des données est la problématique en termes de santé publique d'accès aux soins, qui repose en partie sur l'offre de soins disponible sur la commune voire sur l'agglomération. Par ailleurs, d'autres conséquences sont engendrées notamment le non soutien à l'installation de professionnel.le.s de santé par le Conseil Départemental ; le refus d'installation de certain.e.s auxiliaires médicaux en raison d'un affichage en termes de "surdotation" (par exemple, les kinésithérapeutes) ; des indicateurs de la CPTS inadéquats avec la réalité. Ainsi, l'hypothèse de départ est que les données diffusées par les institutions/organismes ne rendent pas compte de la réalité et ne permettent pas de véritablement connaître l'accès aux soins, et de ce fait, d'établir des axes prioritaires en termes de santé publique qui soient cohérents avec la réalité. Notre seconde hypothèse de départ est que les actions de santé publique gagnent en efficacité lorsqu'elles sont élaborées à partir de connaissances fines des problèmes spécifiques en termes de santé car l'état de santé des populations varie d'un territoire à l'autre en raison de l'existence d'inégalités territoriales de santé. C'est à partir de ces deux hypothèses que l'idée de la création et de la mise en œuvre d'un Observatoire de la santé publique a émergé au sein de l'association de la CPTS de Grenoble.

Dans la troisième mission du contrat ACI, intitulé « Développer des actions territoriales », l'action 15 évoque effectivement « La création de l'Observatoire de santé publique grenoblois ». Pour ce faire, plusieurs axes d'actions ont été développés :

1. Réunir une équipe de professionnel.le.s de santé pilote et volontaire pour le projet ;
2. Définir le champ et le périmètre de l'Observatoire en concertation large avec les acteur.trice.s communaux, institutionnels et associatifs : quels moyens sont nécessaires ? Qui sont les usager.ère.s de l'Observatoire ? Nom ? Qui valide le démarrage d'une enquête (comité scientifique) ?
3. Elaborer une méthodologie permettant de recueillir les besoins d'enquête et études souhaitables ;
4. Démarrage d'enquête et validation par le comité ;
5. Animation de temps de restitution pour permettre la diffusion des savoirs acquis.

La définition et le cadre de l'Observatoire de la santé publique (OSP) ont été construits dans le cadre d'une collaboration interprofessionnelle. En effet, un groupe de travail intitulé "Observatoire de la santé publique" et composé de divers.e.s professionnel.le.s de santé a été créé en septembre 2022 et s'est réuni pour la première fois le 30 septembre 2022. C'est à cette date que l'OSP a été collectivement défini comme suit :

- Un outil collaboratif et scientifique s'inscrivant dans la durée ;
- Destiné à mesurer et étudier les organisations de l'offre ainsi que les besoins des PS, diététicien.ne.s et psychologues ainsi que des patient.e.s ;
- Composé de PS, diététicien.ne.s, psychologues, institutions, organismes et/ou autres associations ;
- Sur le territoire de Grenoble voire de l'agglomération grenobloise si justifié et en partenariat avec les CPTS existantes.

Parmi les organisations de soins, les projets et les expérimentations, innovations existantes sur le territoire sont intégrées afin de participer à leur connaissance ainsi que leur coordination. Concept dynamique, l'Observatoire est appréhendé comme un processus, impliquant alors une grande souplesse ainsi que des capacités d'adaptation. Via la réalisation d'enquêtes quantitatives et qualitatives, il donne lieu à l'élaboration d'un diagnostic socio-territorial pour connaître des faits de santé à propos d'un périmètre, d'une thématique ou d'un public précis en vue de l'identification d'enjeux et de l'élaboration de priorités.

La création de l'OSP par la CPTS de Grenoble s'inscrit dans ce contexte d'innovation sociale en santé, consistant à promouvoir des solutions innovantes permettant d'améliorer l'accès, la qualité et l'efficacité des services de santé. L'OSP est ainsi une expérimentation qui vise à répondre aux besoins des populations en matière de santé (ici l'accès aux soins), en tenant compte des aspects sociaux, économiques, culturels et géographiques de la population (grâce au diagnostic territorial) dans une approche territorialisée (sur la commune de Grenoble) et de collaboration interprofessionnelle (via le groupe de travail). L'OSP est une expérimentation d'innovation en santé qui permet de collecter et d'analyser des données relatives à une population donnée dans un territoire donné. Ces données seront utilisées pour identifier les caractéristiques d'une population et mieux comprendre les besoins de celle-ci. De ce fait, l'idée est de produire de la connaissance qui ne se limite pas à une approche quantitative mais qui intègre un volet qualitatif. In fine, l'objectif est d'orienter les actions de la CPTS en conséquence dans l'objectif d'améliorer l'accès aux soins à l'échelle locale.

B) L'état des lieux des médecins généralistes exerçant sur Grenoble : un travail collectif et collaboratif interprofessionnel

En démarrage depuis septembre 2022, la première mission de l'OSP est la réalisation de l'état des lieux des médecins généralistes exerçant sur Grenoble. L'objectif initial était simplement de répondre à une mission inscrite dans l'Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI) qui visait à réaliser un état des lieux des médecins traitants sur Grenoble pour faciliter l'accès aux soins (1). Toutefois, nous avons remarqué qu'il n'existait pas d'enquête permettant de mesurer l'exposition aux risques psycho-sociaux ni la santé physique et psychique des médecins généralistes à l'échelle locale. L'OSP ayant une visée d'innovation sociale en santé, l'intégration de ce volet qualitatif a ainsi été le résultat d'une réflexion collective (2). La collaboration interprofessionnelle est également au cœur du projet de l'OSP, ce pourquoi ce travail a été encadré par des groupes de travail composés de professionnel.le.s de santé. C'est collectivement et de manière collaborative que nos choix méthodologiques ont été réalisés et que le protocole de l'enquête finale a été validé (3).

1. L'objectif initial : répondre à une mission inscrite dans l'ACI

Inscrite dans l'ACI, la première mission du projet de santé de la CPTS est l'amélioration de l'accès aux soins et son premier volet est la facilitation de l'accès à un.e médecin traitant. Dans ce cadre-là, l'une des premières actions de la CPTS est de réaliser l'état des lieux des médecins traitants exerçant à Grenoble. Pour cela, plusieurs sous-actions ont été identifiées dans le projet de santé de la CPTS :

1. Recenser les médecins de premier recours en exercice par secteur ;
2. Identifier les professionnel.le.s acceptant des nouveaux.elles patient.e.s et leurs intentions à venir ;
3. Choisir un outil collaboratif de cartographie pour partager l'outil et permettre sa mise à jour sous forme participative ;
4. Former les professionnel.le.s à l'outil ;
5. Veiller à la mise à jour régulière des informations.

Pour ce faire, la CPTS de Grenoble, et plus précisément son Observatoire de la santé publique, a mis en place une enquête dont les objectifs sont les suivants :

- Recenser le véritable effectif de médecins pratiquant la médecine générale et pouvant être médecin traitant sur la commune de Grenoble ;
- Recueillir des informations détaillées sur l'activité des MG afin de connaître, avec précision, l'offre de soins proposée par chacun des MG exerçant sur le territoire.

Initialement, il était prévu que l'enquête débute en octobre 2022 pour s'achever en janvier 2023. Pour ce faire, la CPTS de Grenoble a réalisé son propre recensement de MG exerçant sur le territoire en utilisant l'annuaire santé Ameli, disponible en accès libre. Nous avons repris l'ensemble des MG présent.e.s sur la liste pour les intégrer à un fichier Excel précisant pour chacun.e des MG :

- Le nom et prénom ;
- Les coordonnées téléphoniques ;
- Les adresses email ;
- Les adresses électroniques ;
- Les adresses d'exercice ;
- Le statut ;
- L'adhésion ou non à la CPTS.

Durant la réalisation de ce travail, le caractère imprécis des données disponibles a de nouveau été confirmé. En effet, un certain nombre d'incohérences ont été observées notamment la présence de doublons. C'est pourquoi nous avons recoupé les données disponibles sur Ameli avec celles disponibles sur Google, Doctolib, Keldoc mais également avec notre fichier adhérent.e.s. Afin de mettre à jour nos données, nous avons contacté les secrétariats des MG pour lequel.le.s nous avons repéré des incohérences, ce qui nous a permis de corriger des adresses d'exercice, de confirmer ou d'infirmer la présence de certain.e.s MG sur le territoire, de confirmer le décès d'autres MG et de confirmer ou d'infirmer la pratique de la médecine générale. Aussi, nous avons ajouté à notre liste les médecins salarié.e.s exerçant dans les centres de santé de Grenoble.

Une fois que nous avons mis à jour notre fichier, nous avons ensuite réalisé un questionnaire composé de 40 questions fermées relatives aux activités et aux spécificités des MG, dont 11 questions d'identification (**annexe 1**). Ce questionnaire a été testé auprès d'une MG exerçant sur le territoire et également membre adhérent.e de la CPTS de Grenoble, nous permettant alors d'estimer le temps de passation à 20 minutes. L'objectif initial était d'obtenir un taux de

répondant.e.s de 100 % pour connaître la véritable offre de soins disponible sur le territoire. Aussi, initialement, l'enquête se voulait nominative.

2. L'intégration du volet qualitatif : le résultat d'une réflexion collective interprofessionnelle

L'essence même de la CPTS de Grenoble est de travailler de manière collective, collaborative, interprofessionnelle et multipartenariale. Dans ce cadre, l'association affiche une volonté de démocratie participative, qu'elle fait vivre au travers de la mise en place de groupes de travail (GT). Ces GT sont interprofessionnels, ouverts aux adhérent.e.s et indemnisés. L'objectif est de donner l'initiative aux acteur.trice.s de terrain en leur laissant la capacité d'adapter au mieux besoins et organisation. La réalisation de l'état des lieux des MT a été encadrée par le GT relatif à l'Observatoire de la santé publique. Cet espace a permis de faire vivre la collaboration interprofessionnelle. Lors de notre première réunion, le 30 septembre 2022, les salariées de la CPTS de Grenoble ont évoqué l'enquête à destination des MG et le questionnaire a été présenté aux membres du GT. Toutefois, les différentes interactions entre les membres du groupe ont fait émerger une nouvelle réflexion sur le projet : l'idée de replacer l'humain au cœur de notre travail en ajoutant davantage d'éléments qualitatifs afin de faire un lien entre les choix professionnels des MG et leurs conditions de travail. Nous ne voulons pas seulement connaître l'offre de soins mais également la qualité de l'offre. L'idée centrale est la nécessité de se démarquer des enquêtes des « organismes ressources » pour appuyer l'originalité du travail de la CPTS et pour répondre au cœur du projet de l'OSP, l'innovation sociale en santé. En effet, les études purement quantitatives en termes d'offre de soins sont déjà nombreuses. Il existe également certaines enquêtes permettant de mesurer la santé physique et psychique des MG mais elles sont essentiellement portées sur l'échelle nationale et sur la sortie de la crise de la COVID-19. Ainsi, l'intégration du troisième volet de cette enquête s'inscrit dans l'innovation en santé telle que définie par l'OMS car elle répond à des besoins non comblés et elle a pour objectif de créer de la valeur en améliorant la qualité de la connaissance pour, à terme, améliorer l'accès aux soins.

À ce jour, la dernière enquête menée par la Drees sur la santé physique et psychique des MG date de juin 2010 (n°731). Dans cette enquête, les médecins généralistes des cinq régions du panel (Basse-Normandie, Bretagne, Bourgogne, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Pays de la Loire) ont été interrogés à l'automne 2008 sur leur état de santé et sur les facteurs liés à leurs conditions d'exercice pouvant y être associés. Les principaux résultats de cette enquête sont :

- Huit médecins sur dix se déclarent en bonne santé, un.e médecin sur trois indique pourtant souffrir de problèmes de santé chroniques.
- La part des généralistes s'estimant en bon ou très bon état de santé est plus réduite que celle des cadres et professions intellectuelles supérieures en activité, hommes et femmes, et de tous âges. En revanche, ils et elles indiquent moins fréquemment des maladies chroniques.
- Les médecins interrogé.e.s présentent moins fréquemment une surcharge pondérale que la population générale. Ils et elles ont également davantage pris en compte les risques liés au tabac et à l'alcool que les professions intellectuelles et d'encadrement.
- Plus d'un.e généraliste sur dix est en détresse psychologique, les femmes étant deux fois plus souvent concernées que les hommes. Les idées et projets de suicide ne varient pas selon l'âge, mais sont plus fréquents parmi les médecins qui exercent seul-e-s. La prise d'anxiolytiques ou d'antidépresseurs est plus fréquente pour les femmes médecins que pour les hommes. Dans la majorité des cas, le traitement est auto prescrit.

Pour compléter cette enquête, nous nous sommes intéressés à la question du *burn-out* chez les professionnel.le.s de santé. Le *burn-out* apparaît dans la classification internationale des maladies de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). De ce fait, Nuance Communications a réalisé une étude sur le bien-être et les besoins du personnel soignant avec HIMSS (Healthcare Information and Management Systems Society) auprès de plus de 400 médecins et infirmier.ère.s dans dix pays différents, à savoir la France, l'Allemagne, la Belgique, le Danemark, la Norvège, les Pays-Bas, la Suède, le Royaume-Uni, la Finlande ainsi que l'Australie (2020-2021). Cette enquête dévoile que 98 % des répondant.e.s déclarent avoir ressenti des symptômes de *burn-out* à un moment ou un à autre dans leur vie professionnelle. Par ailleurs, cette enquête dévoile également que les médecins et infirmier.ère.s français.e.s interrogé.e.s sont 67 % à indiquer que leur travail leur fait ressentir un épuisement professionnel, c'est le plus haut chiffre parmi tous les pays composant le panel de l'étude. Cela signifie que près de 7 soignant.e.s sur 10 sont actuellement en situation d'épuisement professionnel en France. Ajouté à cela, 62 % des soignant.e.s exerçant en France déclarent que la pandémie de la COVID-19 n'a fait qu'exacerber ce sentiment, soit le pourcentage le plus élevé de tous les pays sondés, les soignant.e.s des pays nordiques n'étant que 38 % à partager cette impression. Les résultats de cette enquête sur la santé de nos soignants sont alarmants. Toutefois, ces deux enquêtes, comme la plupart d'entre elles, sont établies à

l'échelle nationale. En effet, la situation des professionnel.le.s de santé, notamment leur état de santé, n'est jamais évoquée à l'échelle locale alors même que celle-ci est susceptible d'influencer leur pratique et, par conséquent, la qualité de l'offre de soins. De ce fait, plusieurs enjeux ont été mis en exergue pour l'OSP :

- Un enjeu de connaissances : la CPTS a pour vocation d'apporter des connaissances inédites afin de mettre au jour un certain nombre de réalités de terrain et de faire force de proposition ;
- Un enjeu de communication : la CPTS doit se présenter comme une structure innovante et dynamique ;
- Un enjeu de distinction : la CPTS n'a pas vocation à répéter les enquêtes sur l'offre de soins d'ores et déjà réalisées par les organismes dits « ressources » auxquelles les MG répondent régulièrement ;
- Un enjeu de mobilisation : cette première enquête, et notamment ses résultats/conclusions, doit encourager les professionnel.le.s de santé à se mobiliser au sein de la CPTS.

Par conséquent, l'enquête a été réorienté vers un élargissement de son cadre initial notamment via l'ajout d'un troisième objectif, les objectifs étant désormais les suivants :

- Recenser le véritable effectif de médecins pratiquant la médecine générale et pouvant être médecin traitant sur la commune de Grenoble ;
- Recueillir des informations détaillées sur l'activité des MG afin de connaître, avec précision, l'offre de soins proposée par chacun des MG exerçant sur le territoire ;
- Comprendre l'offre de soins proposée par les MG en intégrant davantage d'éléments permettant de mieux comprendre les pratiques, à savoir la santé des MG ou, plus globalement, l'exposition aux risques psycho-sociaux des MG.

3. La validation finale de l'enquête : un travail collaboratif interprofessionnel

De ce fait, le questionnaire initial a été retravaillé par les salariées de la CPTS, donnant alors lieu à trois questionnaires distincts dont les caractéristiques sont les suivantes :

Tableau n°9 : Présentation des caractéristiques des 3 questionnaires

	Etat des lieux	Exposition aux risques psycho-sociaux	Etat de santé
Nombre de questions	40	30	54
	Chaque élément comprend 7 questions d'identifications.		
Types de questions	Fermées	Fermées et semi-ouverte	Fermées et semi-ouverte
Temps de réponse estimée	20 à 30 minutes	30 à 40 minutes	1h à 1h30
Type de passation	Téléphone ou Entretiens	Téléphone ou Entretiens	Entretiens

Source : CPTS de Grenoble, 2022

La réalisation d'une enquête de grande ampleur incluant ces trois questionnaires implique un temps de réponse globale estimé à minima de 2h et maximum de 2h30. Cependant, notre public cible, à savoir les MG, a pour caractéristique principal de manquer de temps en raison d'une surcharge de travail. Par conséquent, plusieurs scénarios ont été envisagés par la CPTS pour réduire le temps de passation :

- Scénario 1 : l'état des lieux, l'exposition aux risques psycho-sociaux et l'évaluation de l'état de santé font l'objet d'une enquête unique sous forme d'entretien auprès de l'ensemble des MG ;
- Scénario 2 : l'état des lieux est réalisé via un appel téléphonique. L'évaluation des risques psychosociaux et de l'état de santé font l'objet de 2 RDV distincts et fixés en présentiel en aval du premier contact ;
- Scénario 3 : l'état des lieux et l'évaluation des risques psychosociaux sont réalisés via un appel téléphonique. L'évaluation de l'état de santé fait l'objet d'un RDV fixé en présentiel en aval du premier contact ;
- Scénario 4 : le report des évaluations sur les facteurs de risques psychosociaux et l'état de santé des MG. L'état des lieux des MG fait partie de la mission 1 de la CPTS. De ce fait, il n'est pas envisageable de retarder cette enquête.

Ces scénarios ont été présentés aux membres du GT lors de notre deuxième réunion, qui s'est tenue le 3 novembre 2022. L'objectif était de les discuter collectivement en présentant leurs avantages et leurs inconvénients afin de réaliser des choix méthodologiques.

Tableau n°10 : Présentation des avantages et inconvénients des différents scénarios envisagés

	Intérêts +	Intérêts -
Scénario 1	<ul style="list-style-type: none"> • La qualité des données excellente compte-tenu de la mobilisation unique ; • La communication sur l'aspect innovant de la CPTS perçu comme un organisme ressource et dynamique. 	<ul style="list-style-type: none"> • Le refus ou l'abandon en cours d'enquête (trop intrusif pour un premier contact, défiance etc) ; • Le temps nécessaire pour la réalisation des travaux ; • Le temps d'entretien est un facteur de démobilisation pour l'ensemble des 3 éléments ; • La légitimité scientifique de la généralisation de l'enquête.
Scénario 2	<ul style="list-style-type: none"> • La première prise de contact est très opérationnelle et place la CPTS comme actrice et également comme novatrice sur la complétude proposée aux PS ; • La réactivité de mise en œuvre de l'état des lieux en cohérence avec les 2 GT. 	<ul style="list-style-type: none"> • Le refus de poursuivre et de réaliser les 2 RDV physiques ; • La charge de travail relative au tri et à l'analyse des données si maintien de la généralisation de l'enquête (ce qui pose également la question de la légitimité de celle-ci) ; • Le nombre de questions qui pourront être redondantes car les questionnements seront pris individuellement.
Scénario 3	<ul style="list-style-type: none"> • La cohérence d'imbriquer le recensement et les facteurs psychosociaux est légitime pour lier les sujets et réduire le nombre de questions et avoir un seul cadre d'analyse ; • La première prise de contact est très opérationnelle et place la CPTS comme actrice et également comme novatrice, efficace et dynamique. 	<ul style="list-style-type: none"> • Le refus de poursuivre et de réaliser l'entretien physique ; • La charge de travail relative au tri et à l'analyse des données si maintien de la généralisation de l'enquête (ce qui pose également la question de la légitimité de celle-ci).

Scénario 4	<ul style="list-style-type: none"> • La réactivité de la mise en œuvre. 	<ul style="list-style-type: none"> • L'aspect seulement descriptif de l'enquête . • La perte de la dimension novatrice de la création de l'observatoire.
------------	--	--

Source : CPTS de Grenoble, 2022

Collectivement, les membres du GT ont décidé de mettre en place le scénario 3, qui apparaissait comme le meilleur compromis.

C) Préparation, conduite et mise en oeuvre de l'enquête : note méthodologique

L'état des lieux des médecins généralistes exerçant à Grenoble a donné lieu à la mise en place d'une enquête quantitative et qualitative par l'OSP. Le protocole d'enquête a résulté d'une volonté d'innovation sociale en santé dans une approche populationnelle, coordonnée, territorialisée et collaborative. Pour mettre en place cette enquête, nous avons d'abord réalisé un travail de revue bibliographique afin de nous adapter aux spécificités des médecins généralistes (1). Ce processus réflexif nous a permis de créer les différents questionnaires, qui ont été relus, corrigés et améliorés lors de la phase de préparation. C'est durant cette même phase que les modes de passation de l'enquête ont été réfléchis (2). Lors de la phase de conduite de l'enquête, un certain nombre de difficultés ont été rencontrées, impliquant alors la recherche et la mise en œuvre de solutions (3). La principale difficulté a été de mobiliser les médecins généralistes, notamment les non-adhérent.e.s, pour atteindre un taux de répondant.e.s de 100 %. L'objectif initial n'ayant pas été atteint, nous avons réalisé une enquête complémentaire qui nous a permis de finaliser l'état des lieux (4).

1. S'adapter aux spécificités des médecins généralistes : le processus réflexif

Les risques psychosociaux au travail peuvent être définis comme « *les risques pour la santé mentale, physique et sociale, engendrés par les conditions d'emploi et les facteurs organisationnels et relationnels susceptibles d'interagir avec le fonctionnement mental* » (Dares, 2014). Pour mesurer l'exposition aux risques psychosociaux au travail, nous nous sommes appuyés sur le rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail, faisant suite à la demande du Ministre du travail, de l'emploi et de la santé. Ce collège a élaboré des propositions pour un suivi statistique qui repose sur six de ces risques :

les exigences du travail, les exigences émotionnelles, l'autonomie et les marges de manœuvre, les rapports sociaux et relations de travail, les conflits de valeurs, l'insécurité économique. En ce sens, de nombreux questionnaires ont été élaborés afin d'évaluer l'exposition aux facteurs psychosociaux, dont la plupart ont été validés en termes psychométriques. Les outils de mesure traditionnels, qui ont été validés scientifiquement, sont le modèle Karasek, le modèle de Siegrist ainsi que le Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ). Les modèles précités ont été conceptualisés à un niveau suffisamment général pour s'appliquer à toute population au travail. Néanmoins, les études ont principalement porté sur des populations salariées, celles sur les indépendant.e.s étant rares (J. Amaury, 2016). Toutefois, les cibles de notre étude sont les MG, ceux-ci travaillant majoritairement sous un statut libéral. En effet, selon la Drees, 57 % des médecins exercent en libéral en France au 1er janvier 2018. Par conséquent, la négligence des indépendant.e.s par la littérature scientifique implique le fait que les modèles traditionnels développés soient inadaptés à cette population car ils ne couvrent qu'une partie des risques auxquels les professionnel.le.s libéraux sont soumis.e.s. Afin de croiser les enjeux identifiés précédemment, nous avons retenu un socle commun de facteurs de risques spécifiques des indépendant.e.s développé par le Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail précité. Ce socle a été complété par nos soins à l'aide des travaux de Julien Amaury (2016), qui a adapté ce socle aux spécificités du public des MG avec les éléments suivants :

- La solitude : elle est inhérente au statut d'indépendant.e. Elle amplifie notamment le poids des responsabilités et de la prise de décision, ainsi que les difficultés de la gestion des problèmes avec les client.e.s (ici usager.ère.s) difficiles.

La solitude des MG est un phénomène largement étudié dans la littérature scientifique. Les MG déplorent un manque d'entraide entre confrères et consoeurs, ou, tout du moins, un manque de temps pour le faire. Cette dimension de la solitude recoupe également l'intensité du travail, à savoir qu'un.e médecin isolé.e est davantage sollicité.e pour participer à la permanence des soins et possède moins de latitude pour organiser son temps de travail. Ce pourquoi, dans un ordre logique, nous allons parler du soutien social et des relations interprofessionnelles à la suite de l'évocation de l'intensité du travail.

- Le souci de transmission : il existe, chez les indépendant.e.s, une peur de ne pas pouvoir transmettre leur entreprise (ici leur patientèle) et leur savoir. Cette peur de

transmettre serait associée à l'angoisse de la rupture ou du changement de philosophie dans le métier investi par le ou la travailleur.euse.

Aussi, peu d'études sont attachées à l'évaluation des ressentis des médecins généralistes face au souci de transmission de leur patientèle et de leur cabinet. La démographie médicale grenobloise étant composée de 37,6 % de médecins de plus de 60 ans (vs 32,3 % en France).

- Les relations avec l'administration : souvent vécues comme un frein à l'autonomie, les contraintes administratives peuvent peser sur les professionnel.le.s.

Dans la littérature scientifique, les relations avec les autorités de santé, et particulièrement la CPAM, apparaissent comme des sources de stress ou de mécontentement des MG. En effet, des études pointent du doigt des relations difficiles avec ces autorités comme facteur de risque d'épuisement professionnel. Par ailleurs, en 2015, plus de la moitié des médecins s'estime insatisfait.e des relations professionnelles qu'ils ou elles entretiennent avec les pouvoirs publics, la Sécurité sociale et les ARS, selon une étude du Conseil national de l'ordre des médecins.

- Le risque médico-légal : La moindre proximité des règles de sécurité est un facteur de risque qui ne semble pas concerner les MG. En effet, le métier de médecin généraliste libéral.e ne semble pas particulièrement risqué dans la pratique quotidienne. Toutefois, l'auteur souligne l'importance du risque médico-légal qui semble toucher de plus en plus de médecins.

Il est le résultat d'une évolution sociétale où le ou la médecin tombe de son piédestal : il devient faillible. A contrario, le ou la patient.e n'est plus passif.ve face au médecin. Il ou elle se sent désormais en droit d'exiger d'être « bien soigné.e ». Cette idée du « bien soigné » est délicate puisqu'elle n'est pas nécessairement la même pour le ou la médecin et son ou sa patient.e. Ceci explique que certaines plaintes puissent être jugées excessives par les médecins et pourquoi ils ou elles se sentent plus menacé.e.s aujourd'hui qu'auparavant.

- L'intensité du travail : le rapport de l'Inserm insiste sur ce point avec notamment plus d'heures travaillées chez les indépendant.e.s et la surcharge des rôles.

L'intensité du travail prend deux aspects, à savoir les amplitudes horaires importantes ainsi que la nécessité de garder une concentration intense pendant ces heures de travail. Il lie cette notion à celle de la demande psychologique de Karasek.

- L'imbrication entre vie familiale et vie professionnelle : les non-salarié.e.s disent plus souvent avoir du mal à concilier vie professionnelle et vie familiale.

De nombreuses études soulignent les difficultés, pour les MG, à accorder ces deux dimensions dans leur quotidien. Néanmoins, face aux évolutions du métier, certains éléments viennent tempérer cette remarque. En effet, les jeunes générations de médecins cherchent davantage à assurer un équilibre entre vie professionnelle et extra-professionnelle. Cela passe par une réorganisation du temps de travail.

- L'insécurité économique : il y a une incertitude économique propre aux indépendant.e.s et une responsabilité sociale vis-à-vis de ceux qu'ils et elles emploient. Ces différents facteurs sont plus ou moins prégnants suivant la profession, leur recherche devra donc s'adapter à la population envisagée.

J. Amaury (2016) s'appuie sur des études pour affirmer que le salaire et le risque économique ne font pas partie des premiers soucis des généralistes. En effet, compte tenu de la baisse de la densité médicale, le ou la médecin ne connaît pas d'insécurité de l'emploi. Ce pourquoi nous n'avons pas évoqué cette dimension dans le questionnaire.

2. La phase de préparation : de la création à la passation des questionnaires

Pour construire nos questionnaires, nous avons ainsi repris les outils de mesures traditionnels précités, que nous avons complété par les travaux de Julien Amaury que nous venons de présenter. Ce travail nous a permis d'adapter la mesure de l'exposition aux risques psycho-sociaux aux spécificités du public concerné. Nous nous sommes également appuyés sur ces éléments pour concevoir la structure du questionnaire, qui se devait d'être logique et cohérente. Les questions sont présentées dans un ordre thématique qui mêle des questions liées au recensement et d'autres liées à la mesure de l'exposition aux risques psycho-sociaux.

Lors de la deuxième réunion du GT OSP, le 4 novembre 2022, le scénario 3 a été validé collectivement par les membres du GT, celui-ci préconisait un premier questionnaire réalisé via un rendez-vous téléphonique et un second réalisé en entretien direct. Toutefois, c'est ce même jour que les modes de passation de questionnaire ont été collectivement repensés. Afin

de répondre à des enjeux de communication et de mobilisation, les membres du GT ont fait le choix de réaliser le premier questionnaire en entretien direct. Considéré par le GT comme le meilleur type de questionnaire, il permet d'établir un premier contact avec les MG du territoire, et de fait, de communiquer sur la CPTS de Grenoble et ses actions. Aussi, ce mode de passation permet d'obtenir de nombreux renseignements complémentaires. Le mode de passation du second questionnaire, quant à lui, est Internet. Ce choix s'explique par le caractère "sensible" des questions posées car il s'agit de données de santé, qui sont strictement protégées et qui relèvent de l'intimité. C'est pourquoi nous proposons ce questionnaire complémentaire sur un schéma de volontariat afin de laisser le libre choix de le remplir de façon anonyme. Plus concrètement, nous indiquons l'existence de ce questionnaire lors de l'entretien et nous donnons un QR Code permettant directement d'accéder à celui-ci.

Ainsi, nous avons réalisé deux questionnaires distincts sur le logiciel Sphinx. Le premier est relatif à l'état des lieux et à l'évaluation des risques psychosociaux (**annexe n°2**) et le second est relatif à l'évaluation de l'état de santé physique et psychique (**annexe n°3**). Comme dit précédemment, initialement, l'état des lieux se voulait nominatif. Toutefois, en vue de l'intégration des nouveaux éléments précités et du règlement général sur la protection de données (RGPD), le second questionnaire a été totalement anonymisé. Le premier questionnaire, quant à lui, est nominatif. Toutefois, les données seront conservées dans deux fichiers différents. Le premier rendra seulement compte de l'état des lieux et sera ainsi nominatif tandis que le second portera sur l'exposition aux risques psychosociaux et sera anonymisé. Pour cela, nous avons réalisé un codage anonyme en reprenant la liste des MG ainsi que la liste de leurs coordonnées téléphoniques et en filtrant de manière aléatoire.

En vue des éléments précédents, le premier questionnaire cristallise de nombreux enjeux fondamentaux pour la CPTS de Grenoble, notamment la mobilisation des MG. C'est pourquoi ce questionnaire a fait l'objet de relectures et de corrections par plusieurs chercheurs.euse.s universitaires, à savoir :

- Julien Reysz, chercheur associé au Creg ;
- Héléna Revil, chercheuse et responsable scientifique de l'Odenore ;
- Valérie Fargeon, maître de conférence en économie ;
- Claire Perrin, professeure des universités au laboratoire L-VIS ;
- Raymond Merle, directeur du DUPGA (Département universitaire des patients) ;
- Christophe Pison, co-directeur du DUPGA.

Aussi, ce questionnaire a été testé par deux MG, adhérent.e.s et membres du CA, aux profils socio-démographiques différents. À nouveau, ces tests nous ont permis de perfectionner notre questionnaire mais également d'estimer le temps de passation de 40 à 50 minutes. Le questionnaire ayant été perfectionné, nous l'avons ainsi présenté à distance aux membres du GT pour une dernière relecture et les dernières corrections. En outre, en vue de la durée de l'entretien, les membres du GT se sont questionné.e.s au sujet de l'indemnisation des PS. En effet, les PS ont une charge de travail importante et les libéraux sont rémunéré.e.s à l'acte, ce qui signifie que la participation à notre entretien pourrait entraîner une perte de revenus. Dans un contexte de fortes tensions, les membres du GT ont appuyé l'importance de la valorisation du temps pris par chacun.e des MG. C'est pourquoi, lors de la deuxième réunion datant du 4 novembre 2022, les membres du GT ont validé l'indemnisation des MG adhérent.e.s et répondant.e.s à l'enquête à hauteur de 40 euros.

La phase de préparation des questionnaires étant achevée en mi-novembre 2022, nous avons alors prévu le début de l'enquête le 5 décembre 2022 et la fin de celle-ci le 31 mars 2023.

3. La phase de conduite de l'enquête : les difficultés rencontrées et la mise en place d'une enquête complémentaire

Durant la phase de conduite de l'enquête, une dernière réunion du GT OSP a été organisée le 31 janvier 2023. Lors de celle-ci, les salariées de la CPTS ont exposé les difficultés rencontrées en termes de conduite de l'enquête afin de réfléchir à des solutions collectives. La première difficulté que nous avons rencontrée est le faible taux de participation des MG non-adhérent.e.s à l'association. Pour ce faire, nous avons pris l'initiative de réaliser un travail de mobilisation des MG, tel que présenté dans le tableau ci-dessous :

Tableau n°11 : Méthodologie de mobilisation des MG

21 novembre 2022	Envoi d'un mail aux MG adhérent.e.s les informant du démarrage de l'enquête et des enjeux de celle-ci et premières prises de RDV
29 novembre 2022	Envoi d'un courrier papier par voie postale à l'ensemble des cabinets identifiés lors du recensement (annexe n°4)
5 décembre 2022	Début de l'enquête
13 décembre 2022	Relance sms des MG adhérent.e.s non répondant.e.s à l'enquête

2 janvier 2023	Relance via Monsisra (messagerie sécurisée de santé) à l'ensemble des MG non répondant.e.s
15 février 2023	Relance sms des MG adhérent.e.s non répondant.e.s
17 mars 2023	Rappel téléphonique des MG non-adhérents et non répondant.e.s

Source : CPTS de Grenoble 2023

Les membres du GT ont validé la pertinence de ce travail et la question du refus de l'adhésion à la CPTS fait l'objet de débats. Les facteurs explicatifs mis en exergue sont l'ancrage des croyances : s'impliquer à la CPTS impliquerait des temps de réunion trop importants dans un contexte de tensions. Aussi, les MG cristallisent une forme de défiance envers la CPTS (cf. théorie de la résistance au changement). La nécessité de la pédagogie et d'un travail de communication ont été proposés comme solutions de long terme. Aussi, les salariées de la CPTS ont identifié la non-indemnisation des MG non adhérent.e.s comme un frein à la participation à l'enquête. Ce constat a été présenté aux membres du GT, qui se sont questionné.e.s sur la question du budget et de l'engagement politique derrière. Ils et elles ont toutefois validé l'indemnisation de l'ensemble des MG. Cependant, cette question nécessitait l'avis du Conseil d'administration en raison de son impact budgétaire, qui a par ailleurs validé cette décision le 10 mars 2023. En vue des deux premiers éléments, les membres du GT ont validé le prolongement de l'enquête, qui s'achèvera alors le 31 avril 2023.

En outre, lors des premières passations de questionnaire, nous avons fait face à des discours inquiétants de la part de certain.e.s MG, laissant alors apparaître un public en grande souffrance. La question de l'orientation de ces MG s'est alors imposée. Par conséquent, nous avons pris l'initiative de prendre contact auprès de structures spécialisées, à savoir le réseau ASRA (Aide aux soignants d'Auvergne-Rhône-Alpes), l'association SPS (Soins aux professionnels de santé) et l'association MOTS (Médecin-Organisation-Travail-Santé). L'objectif était de réaliser des partenariats afin de pouvoir orienter les MG en souffrance auprès de ces structures. De plus, après chaque entretien, nous avons décidé d'envoyer un *email* d'orientation à la personne rencontrée. Nous avons intégré à celui-ci la mise à disposition d'une plateforme dans laquelle les MG rencontré.e.s peuvent faire parvenir leur RIB ainsi que le lien Internet conduisant au second questionnaire.

Au 31 mars 2023, soit à la date initiale de la fin de l'enquête, notre liste affiche :

- 1 Csm du Centre de planification ou éducation familiale (CPEF) ;
- 6 Centres de santé ;

- 46 MG répondant.e.s ou à venir au questionnaire 1 et 22 MG répondant.e.s au questionnaire 2 ;
- 64 MG n'ayant pas répondu et pour lesquels nous n'avons pas d'informations ;
- 37 n'ayant pas répondu mais ayant un exercice particulier (c'est-à-dire une activité identifiée autre que la médecine générale) dont :
 - 10 acupuncteur.trice.s ;
 - 9 angiologues ;
 - 5 homéopathes ;
 - 3 médecins du sport ;
 - 2 experts médicaux pour les assurances ;
 - 2 psychothérapeutes ;
 - 1 hypnothérapeute, homéopathe, sexologue ;
 - 1 médecine naturelle ;
 - 1 médecine esthétique ;
 - 1 exercice mixte à la clinique du Dauphiné en gériatrie ,
 - 1 nutritionniste.
- 11 MG non présent.e.s sur le territoire ;
- 2 MG en arrêt ponctuel ;
- 1 MG décédé.

En vue de l'importance de cette enquête pour la CPTS de Grenoble, notre objectif initial était de parvenir à obtenir un taux de réponse de 100 %. Pour ce faire, nous avons réalisé le travail de mobilisation que nous avons présenté précédemment et étendu l'indemnisation aux MG non adhérent.e.s. À ce jour, le taux de répondant.e.s s'élève à 36 %. Cela implique qu'une part assez importante de MG n'a pas répondu à notre enquête et qui, à priori, ne compte pas le faire. C'est pourquoi la mise en place d'une enquête complémentaire s'est imposée à nous. L'objectif est d'atteindre les 100 % de répondant.e.s concernant l'état des lieux pour avoir une idée précise de l'offre de soins disponible.

La méthodologie de cette enquête complémentaire est la suivante :

- Identifier les médecins non répondant.e.s réalisant une activité de MG sur le territoire de Grenoble ;
- Vérifier les informations disponibles sur Internet (adresse, numéro, particularités, horaires...);

- Créer un nouveau fichier Excel avec l'ensemble de ces informations et distinguer les MG exerçant en groupe et ceux et celles exerçant dans un cabinet isolé ;
- Créer un fichier Excel regroupant l'ensemble des pharmacien.ne.s adhérent.e.s à la CPTS avec les informations suivantes : nom/prénom, adresse, numéro de téléphone ;
- Créer une cartographie recoupant les données des MG et celles des pharmacien.ne.s en utilisant le logiciel Google My Maps ;
- Identifier la pharmacie adhérente la plus proche pour chacun.e des MG ;
- Appeler les pharmacien.ne.s adhérent.e.s se trouvant à proximité des cabinets des MG non répondant.e.s et leur poser des questions relatives à l'état des lieux.

La dernière étape implique ainsi la création d'un questionnaire, qui reprendra un certain nombre de questions, relatives aux pratiques professionnelles des MG, de notre questionnaire initial afin de compléter l'état des lieux. La passation de ce questionnaire est réalisée par téléphone auprès de professionnel.le.s qui n'auront pas prévue celle-ci dans leur agenda. Par conséquent, le questionnaire se doit d'être très court, impliquant ainsi des choix méthodologiques pour ne conserver que les informations absolument nécessaires. De la même manière que nos autres questionnaires, il est intégré au logiciel Sphinx (**annexe n°5**). L'enquête complémentaire a débuté le 11 avril 2023 pour s'achever le 31 avril 2023.

Tableau n°12 : Récapitulatif de la réalisation et de la mise en oeuvre de l'enquête à destination des MG

Phase de préparation	<ul style="list-style-type: none"> ● 7 septembre 2022 : confirmation de la nécessité de réaliser un état des lieux des MG sur Grenoble par le GT Accès aux soins
	<ul style="list-style-type: none"> ● 12 septembre 2022 : arrivée d'Inès Zaaboub, alternante en charge de la création et de la mise en oeuvre de l'OSP
	<ul style="list-style-type: none"> ● 27 septembre 2022 : premier GT OSP et cadrage, définition de l'OSP ainsi que démarrage de l'enquête relative à l'état des lieux
	<ul style="list-style-type: none"> ● 4 novembre 2022 : 2ème GT OSP et élargissement de l'enquête

Phase de conduite	<ul style="list-style-type: none"> ● 5 décembre 2022 : démarrage de l'enquête
	<ul style="list-style-type: none"> ● 31 janvier 2023 : 3ème GT OSP
	<ul style="list-style-type: none"> ● 11 avril 2023 : mise en place d'une enquête complémentaire
Fin de l'enquête	<ul style="list-style-type: none"> ● 31 avril 2023 : fin de l'ensemble des enquêtes ● 4 mai 2023 : début du traitement et de l'analyse des données ● 5 mai 2023 : organisation d'une soirée mono professionnelle entre médecins généralistes du territoire

Source : CPTS de Grenoble, 2023

4. Les premiers résultats de l'enquête : les craintes et attentes des médecins généralistes du territoire

L'enquête réalisée auprès des médecins généralistes a mobilisé 46 médecins généralistes du territoire grenoblois. Les premiers résultats de l'enquête nous permettent d'identifier les craintes de ces MG vis-à-vis de l'exercice coordonné et leurs attentes vis-à-vis de la CPTS de Grenoble. Leur avis sur l'exercice coordonné est demandé dans notre thème n°8 de notre questionnaire n°1 avec la question « Que pensez-vous de l'exercice coordonné ? », qui permet une réponse libre. Seulement 8,7 % de nos répondant.e.s travaillent de manière isolée dans un cabinet seul.e. 30,4 % travaillent dans un cabinet de 2 à 3 médecins et 56,5 % travaillent dans un cabinet de plus de 3 médecins. La majorité de nos répondant.e.s est favorable à l'exercice coordonné, indépendamment de leurs caractéristiques sociologiques, en témoignent les réponses suivantes :

- « *Je pense que c'est l'avenir du libéral car il est difficile de faire face aux demandes grandissantes seul. Ça permet de fluidifier les parcours de soins, de déléguer et d'accéder plus facilement aux avis extérieurs. Ça permet également de se sentir moins seul grâce aux temps d'échange informels.* » (MG libérale de 36 ans) ;
- « *Excellent. On ne peut pas travailler seul dans son coin, c'est l'avenir de la profession.* » (MG en exercice mixte de 62 ans) ;
- « *Je trouve que c'est génial car enrichissant. Ça permet de faciliter le travail et d'améliorer le niveau de compétences ainsi que la prise en charge. C'est indispensable pour le futur.* » (MG libéral de 38 ans).

Ils et elles mettent en exergue l'apport de l'exercice coordonné en termes d'amélioration de l'accès aux soins. Nos répondant.e.s ont également mis en exergue l'idée que l'exercice coordonné est en réalité une pratique courante chez les MG mais que celui-ci n'est pas formalisé :

- « *Nous n'avons pas attendu de directives pour le faire.* » (MG libérale de 40 ans) ;
- « *Une notion qu'on applique déjà !* » (MG libérale de 31 ans) ;
- « *L'exercice coordonné a toujours existé. Les MG ont toujours fonctionné en réseau. Ce n'était juste pas formalisé. L'institutionnalisation de ces pratiques a conduit à un effacement de celles-ci car elles ne sont plus spontanées, sont désormais rattachées à des objectifs. Les temps d'échange dédiés étaient fréquents, non rémunérés et c'est avec plaisir que les MG se rencontraient. Ce n'est plus le cas. Je remarque aussi un écart générationnel. Les anciens MG se connaissaient tous et ont des échanges assez réguliers mais on n'a aucun lien avec les jeunes MG installés.* » (MG libéral de 67 ans).

Ce dernier témoignage laisse entrevoir les craintes que les MG peuvent avoir vis-à-vis de l'exercice coordonné et, de ce fait, les difficultés auxquelles se heurte la CPTS de Grenoble. En effet, bien que la grande majorité de nos répondant.e.s soient favorables à ce type d'exercice, ils et elles nous révèlent des craintes notamment en termes de restrictions de liberté et de surcharge de travail :

- « *C'est bien que si la qualité des soins est améliorée. J'ai la crainte que ce soit des "usines à gaz". Les MG sont déjà coordonnés de façon informelle, d'une façon qui ne répond pas aux normes des institutions* » (MG libéral de 34 ans) ;
- « *Je pense que c'est l'avenir de la profession mais je crains que le temps alloué aux patients soit remplacé par des temps de réunion.* » (MG libérale de 62 ans) ;
- « *Tout à fait favorable mais risque de réunions trop fréquentes dans un contexte de manque de temps.* » (MG libérale de 62 ans) ;
- « *Je trouve ça super mais, ayant réalisé un remplacement en centre de santé, je trouve qu'il y a beaucoup trop de réunions. C'est trop chronophage et ça augmente de façon significative les tâches administratives.* » (MG libéral de 33 ans) ;
- « *C'est un mode d'exercice qui peut faciliter l'accès aux soins et faire gagner du temps mais, pour cela, il faut que les MG mobilisés soient nombreux afin que toute la charge de travail ne retombe pas sur un groupe restreint.* » (MG libérale de 40 ans).

Parmi les répondant.e.s, une MG libérale de 33 ans nous répond : « *Je trouve que c'est bien mais que je pense que les CPTS ne sont pas nécessaires pour se coordonner, on le fait déjà de manière informelle. Je ne comprends pas l'intérêt des CPTS car, selon moi, ça ajoute beaucoup de temps administratif et ce n'est pas une solution viable pour l'avenir car, quoi qu'il en soit, la démographie reste insuffisante.* ». Ce témoignage vient nous questionner sur le sentiment de méfiance que les CPTS suscitent auprès des professionnel.le.s de santé, sentiment dont nous nous sommes largement aperçu.e.s tout au long de notre travail de mobilisation pour l'enquête MG. Plusieurs raisons peuvent expliquer ce sentiment. D'abord, la mise en place des CPTS a été impulsée par les autorités de santé, ce qui implique que certain.e.s professionnel.le.s de santé peuvent percevoir cette initiative comme une forme de contrôle de leur pratique ou une injonction administrative. D'autant plus que, conformément à l'avenant 7, la perception de la ROSP (Rémunération sur Objectifs de Santé Publique) est désormais conditionnée à l'intégration d'une structure coordonnée. Aussi, les professionnel.le.s de santé, notamment les MG, sont particulièrement attaché.e.s aux principes d'autonomie professionnelle et de liberté d'exercice et ils et elles craignent de les perdre. Ils et elles craignent également une remise en cause de leurs pratiques ou de leur mode d'exercice.

En outre, ce témoignage pose la question du rôle et des capacités opérationnelles de la CPTS de Grenoble. Pour mieux saisir les attentes des MG du territoire, l'association a organisé une soirée mono professionnelle MG quelques jours après la fin de l'enquête, le 5 mai 2023. L'organisation d'une telle soirée est d'ores et déjà un apport pour les MG du territoire, qui peinent à se connaître et qui n'ont pas d'espace pour se rencontrer. Parmi les 15 participant.e.s à cette soirée, 6 n'ont pas participé à l'enquête mais ont eu écho de celle-ci et ont été intrigués par le travail de la CPTS. Cette soirée a permis aux participant.e.s d'exprimer leurs attentes vis-à-vis de l'association. Ils et elles ont notamment fait remonter à la CPTS leur souhait de mieux comprendre son utilité ainsi que leur volonté d'obtenir un soutien de l'association dans leurs projets au service des patient.e.s. Finalement, la question du rôle et de la place de la CPTS de Grenoble est le résultat d'une construction collective, ce sont les professionnel.le.s de santé, les psychologues et diététicien.ne.s qui leur accordent le rôle dont ils et elles ont besoin. L'association peut être envisagée comme un outil au service des professionnel.le.s de santé, psychologues et diététicien.ne.s car elle est composée par eux.elles et pour eux.elles. À ce jour, elle met en place des espaces de rencontre, des outils de communication et de partage d'informations afin d'ouvrir la voie vers la coordination. En

facilitant les échanges entre les professionnel.le.s de santé, via des réunions régulières, des groupes de travail ou encore des soirées, l'association favorise effectivement l'interconnaissance et la collaboration interprofessionnelle. À terme, l'idée est que cette collaboration interprofessionnelle devienne la norme afin d'améliorer le quotidien des professionnel.le.s de santé mais également d'améliorer l'accessibilité et la qualité des soins. De plus, ces moments de rencontre permettent à la CPTS d'identifier les besoins des professionnel.le.s de santé, psychologues et diététicien.ne.s afin d'apporter des solutions opérationnelles qui correspondent à leurs besoins, soit qui soient cohérentes avec les réalités de terrain. De plus, l'association se positionne comme un lieu ressource qui peut rendre les politiques publiques plus lisibles notamment via l'apport d'un soutien logistique et administratif en centralisant certaines tâches. En outre, la CPTS peut jouer un rôle de médiation entre les professionnel.le.s de santé, psychologues et diététicien.ne.s et les politiques publiques, en permettant aux premier.ère.s d'exprimer leurs besoins et leurs préoccupations (via les travaux d'enquête, l'organisation de rencontres, de groupes de travail...), et en permettant aux seconds de mieux comprendre les enjeux et les spécificités de chaque territoire. Cette clarification nous permet de rejoindre la majorité de nos répondant.e.s, qui parle de l'exercice coordonné comme l'avenir de la médecine de ville.

Conclusion

La problématique de ce présent mémoire porte sur la contribution de l'innovation sociale en santé territorialisée dans une logique de collaboration interprofessionnelle à l'amélioration de l'accès aux soins.

Les défis rencontrés aujourd'hui en France en termes d'accès aux soins sont au cœur de l'actualité politico-médiatique. Près de trois ans après la crise de la COVID-19, la crise du système de santé continue de cristalliser les débats. Certain.e.s évoquent une rupture durable dans l'accès aux soins et dans le principe de justice sociale tandis que d'autres parlent d'un effondrement du système de santé (cf. 22ème rapport de Médecins du monde). Pour comprendre les défis actuels rencontrés par le système de santé français, un retour historique nous a appris que notre système de santé tel que nous le connaissons est le résultat d'un long processus historique et institutionnel, dont les origines remontent au XVIIème siècle. Ce système prend racine dans une logique de médecine sociale, qui se distingue de l'approche biomédicale en tenant compte du contexte social. Ce n'est toutefois qu'à partir de la mise en place d'un système de protection sociale en France en 1945 que s'est véritablement organisé le système de santé autour d'une multitude d'acteur.trice.s, intervenant à des niveaux de pilotage différents. Il repose aujourd'hui sur un financement mixte, impliquant tant des acteur.trice.s publics que privé.e.s.

Aujourd'hui, il semble que notre système de santé ait atteint ses limites. En effet, il fait face à des défis complexes et multiples : vieillissement de la population, accroissement de la population, tensions entre les différent.e.s professionnel.le.s de santé, inégalités sociales et territoriales de santé, renoncement aux soins, contexte de sortie de crise sanitaire... sans oublier les contraintes financières croissantes qui pèsent sur l'écosystème de la santé. Ces problématiques ont conduit à la mise sur agenda politique, rendue possible par un jeu d'acteur.trice.s, de la nécessité de (ré)organiser le système de santé français et notamment de repenser l'organisation des soins primaires. Dans cette perspective, les structures d'exercice coordonné apparaissent comme des solutions efficaces qui permettent autant une amélioration de la qualité des soins et une réduction des inégalités de santé qu'une maîtrise des dépenses de santé. Par conséquent, la France a connu un véritable changement de paradigme. En effet, le développement de modèles de soins primaires intégrés et pluri-professionnels viennent rompre avec l'hospitalo-centrisme à la française et le modèle dominant de l'exercice libéral et isolé, issu de sa construction historique. La place est désormais à un système de soins intégré

marqué par une forte coordination entre les différent.e.s acteur.trice.s et par l'intégration d'axes sanitaires innovants comme le suivi coordonné et l'orientation du ou de la patient.e dans son parcours de soins, l'éducation thérapeutique etc. Ce changement de paradigme nous questionne sur une forme de renouveau de la médecine sociale, sans pour autant l'affirmer.

Les nombreux défis auxquels est confronté le système de santé français et cette volonté politique de repenser l'organisation des soins primaires confèrent un rôle central à l'innovation sociale en santé. Devenu un enjeu majeur et fortement encouragée, l'innovation sociale en santé s'est multipliée dans le champ des soins primaires notamment via le développement et le déploiement de structures hybrides de soins coordonnés. Cela se matérialise par la création des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) en 2016 et l'impulsion gouvernementale à leur développement avec un objectif affiché de maillage du territoire français par plus de 1 000 CPTS à l'horizon 2022. Créées pour répondre aux enjeux de santé publique actuels, elles s'inscrivent dans une logique de transformation du système de santé, en privilégiant une approche populationnelle, coordonnée et territorialisée et qui s'appuie sur une logique de collaboration interprofessionnelle. Ce changement de paradigme en santé questionne les CPTS comme étant porteuses de changement social en favorisant une approche globale de la santé, en promouvant une santé communautaire, en luttant contre les inégalités de santé, en renforçant le tissu social local et, à terme, en améliorant l'accès aux soins. Les retours d'expérience ont effectivement montré que les CPTS ont su répondre de manière efficace à la crise de la COVID-19 notamment via la mise en place d'actions facilitant l'accès aux soins (place de consultations COVID-19 avec des accès prioritaires pour des patient.e.s symptomatiques, dépistages quotidiens en voiture sous forme de drive...). Par conséquent, les CPTS ont démontré qu'elles peuvent jouer un rôle majeur en termes d'accès aux soins.

Ces dernières années, les expérimentations d'innovations en santé, en vue de répondre aux défis précités et d'améliorer l'accès aux soins, se sont multipliées. Dans ce contexte, la mise en place d'un Observatoire de la santé publique (OSP) au sein de la CPTS de Grenoble constitue une innovation sociale de santé importante. Cet observatoire vise à produire des connaissances sur les réalités de terrain via la réalisation d'enquêtes quantitatives et qualitatives afin d'apporter des réponses adaptées aux besoins de santé du territoire. Il repose, d'une part, sur une approche populationnelle et territoriale, qui implique de prendre en compte les spécificités géographiques, économiques, culturelles et sociales d'une population donnée et d'un territoire donné dans la conception et la mise en œuvre de réponses aux

besoins de santé. Cette approche populationnelle et territoriale se traduit par la collecte et l'analyse de données propres à une population, ici les médecins généralistes, et à un territoire, ici des données relatives à l'offre de soins primaires. D'autre part, l'Observatoire repose sur la collaboration interprofessionnelle et l'implication des acteur.trice.s locaux dans le cadre d'un groupe de travail réunissant différent.e.s acteur.trice.s de santé du territoire grenoblois. Cette collaboration permet de mobiliser et de mutualiser les ressources et les compétences de chacun.e pour renforcer l'efficacité de l'action collective. Elle permet également de prendre en compte les différentes approches et perspectives de chaque acteur.trice pour répondre au mieux aux besoins de santé du territoire. Au-delà de l'intégration du volet qualitatif, de la collaboration interprofessionnelle et de la logique populationnelle et territorialisée qui sont déjà des aspects innovants, la réelle innovation réside davantage dans la méthode de travail de la CPTS de Grenoble. En partant de l'identification des besoins et des préoccupations des professionnel.le.s de santé, psychologues et diététicien.ne.s ainsi qu'en agissant pour ces dernier.ère.s, la CPTS accède à un nouveau regard qui est envisagé comme une manière efficiente d'améliorer l'accès aux soins.

Au terme de notre enquête sur les médecins généralistes exerçant sur Grenoble, l'Observatoire de la santé publique de la CPTS permettra d'améliorer l'accès aux soins sur notre territoire en identifiant l'offre de soins disponible, les besoins spécifiques des médecins généralistes ainsi que les facteurs limitant l'accès aux soins. En outre, les résultats de l'enquête peuvent être utilisés pour communiquer sur les difficultés d'accès aux soins sur le territoire ainsi que les difficultés rencontrées par les médecins généralistes, en premières lignes face à ce défi. De ce fait, les résultats de l'enquête peuvent permettre de positionner la thématique de l'accès aux soins comme enjeu prioritaire des collectivités territoriales et des autorités de santé, en mettant en évidence les défis spécifiques du territoire. Par ailleurs, la réalisation d'enquêtes par l'Observatoire de la santé publique est l'occasion pour la CPTS de Grenoble de rencontrer physiquement les professionnel.le.s de santé du territoire. De ce fait, elle peut mener un travail sous-jacent de communication et de mobilisation mais également de promotion de l'exercice coordonné, notamment sous forme de Maison de Santé Pluridisciplinaire (MSP) ou encore de Centre de Santé, afin de faciliter l'exercice des professionnel.le.s de santé et d'améliorer l'accès aux soins. En somme, la création d'un Observatoire de la santé publique semble constituer une innovation sociale de santé prometteuse pour, à terme, améliorer l'accès aux soins.

Néanmoins, des questionnements subsistent autour des innovations en santé. En effet, en nous concentrant sur les solutions et en évitant de mettre en avant le manque de moyens et de ressources dans le système de santé, le risque est de conduire à un transfert de responsabilités, de l'Etat vers les acteur.trice.s de santé. Est-ce une forme de déresponsabilisation de l'Etat au profit des acteur.trice.s locaux ?

Bibliographie

Articles :

- AÏACH Pierre, FASSIN Didier, « L'origine et les fondements des inégalités sociales de santé », *La Revue du Patricien*, 2004 : 54.
- AMAURY Julien, « Evaluation des facteurs de risques psychosociaux chez les médecins généralistes libéraux : approche qualitative chez seize médecins de Gironde », Université de Bordeaux, n°58, 2016.
- AUTRIVE Elise, « Territorialisation sanitaire et accès aux soins de santé primaires pour les populations vulnérables de la communauté d'agglomération de Cayenne (Guyane Française) : une approche par l'analyse de réseau ». Géographie. Normandie Université, 2021.
- BARNAY Thomas, HARTMANN Laurence, ULMANN Philippe, « Réforme du « médecin traitant » et nouveaux enjeux de la médecine de ville en France », *Revue française des affaires sociales*, p. 109-126. DOI : 10.3917/rfas.071.0109.
- BERGERON Henri, MOYAL Anne, « Quel avenir pour l'organisation des soins primaires en France ? Synthèse du séminaire pluridisciplinaire coordonné par la Chaire santé de Sciences Po », Chaire santé, Sciences Po, 2018.
- BISCHOFF Thomas, WOLFF Hans, GUESSOUS Idris, DORY Elodie, DUBOIS-ARBER Françoise, STRINGHINI Sylvia, BODENMANN Patrick, « Médecine sociale en 2013 : quand la précarité précède la pauvreté », *Revue médicale Suisse*, 2013/408 (Vol.-1), pp.2232-2239.
- BLOY Géraldine, « L'incertitude en médecine générale : sources, formes et accommodements possibles », *Sciences sociales et santé*. Volume 26, n°1, 2008. pp. 67-91.
- BOITTE Pierre, COBBAUT Jean-Philippe, « Les défis d'une éthique de l'accès aux soins », *Revue d'éthique et de théologie morale*, 2006/HS (n°241), p. 9-40.
- BOURDILLON François, BRÜCKER Gilles, TABUTEAU Didier, « Traité de santé publique, 3ème édition, Lavoisier, Médecine Science, 2016.

- BOURGUEIL Yann, MAREK Anna, MOUSQUES Julien, « Trois modèles types d'organisation des soins primaires en Europe, au Canada, en Australie et en Nouvelle-Zélande », *Questions d'économie de la santé*, n° 141 - Avril 2009.
- BOURGUEIL Yann, « Systèmes de soins primaires : contenus et enjeux », *Revue française des affaires sociales*, no. 3, 2010, pp. 11-20.
- BOURGUEIL Yann, JUSOT Florence, LELEU Henri, le groupe AIR Project, « Comment les soins primaires peuvent-ils contribuer à réduire les inégalités de santé ? », *Questions d'économie de la santé*, n°179, septembre 2012.
- BOURGUEIL Yann, RAMOND-ROQUIN Anne, SCHWEYER François-Xavier, « Les soins primaires en question(s) », *Débats, Santé, Social*, Hygée Editions, 2021.
- BOUSQUET Frédéric, « Territoires et innovations dans les services de santé, une illustration à partir des expérimentations de l'article 51 », *Regards*, 2019/2 (N° 56), p. 117-137.
- BRAS Pierre-Louis, « Paiement à l'acte/capitation : une réforme ébauchée mais avortée », *Les Tribunes de la santé*, 2017/4 (n° 57), p. 71-89.
- BRUNAT Marion, FARGEON Valérie, « Accessibilité et organisation des soins de premier recours », *Journal de gestion et d'économie médicales*, 2015/3 (Vol. 33), p. 175-189.
- CHADELAT Jean-François, « Les enjeux du financement de la santé », *Revue française d'administration publique*, 2005/1 (no113), p. 65-73.
- CHAMBAUD Laurent, « Le système de santé français à l'épreuve des transitions », *Socio* [Online], 6 | 2016, Online since 11 May 2016, connection on 13 September 2022.
- CHEVILLOT David, ZAMORD Théo, DURIEUX William *et al.*, « Gestion des soins non programmés en médecine générale dans le secteur du Sud Gironde », *Santé Publique*, 2021/4 (Vol. 33), p. 517-526.
- CLAVIER Carole, « Santé », dans : Romain Pasquier éd., *Dictionnaire des politiques territoriales*. Paris, Presses de Sciences Po, « Références », 2020, p. 493-497. DOI : 10.3917/scpo.pasqu.2020.01.0493.

- CLERC Pascal, CERTAIN Marie-Hélène, « Innovation territoriale aux Mureaux », *Revue française des affaires sociales*, p. 263-280. DOI : 10.3917/rfas.201.0263.
- CIANI Oriana, ARMENI Patrizioa, BOSCOLO Paola Robertaa, CAVAZZA Mariannaa, JOMMI Claudioa, TARRICONE Rosanna, « De innovatione: The concept of innovation for medical technologies and its implications for healthcare policy-making », *Health Policy and Technology*, 5(1), 2016, 47-64.
- COLFEDY Magali, LUCAS-GABRIELLI Véronique, « Le territoire, un outil d'organisation des soins et des politiques de santé ? », *Questions d'économie de la santé*, n°175, avril 2012.
- COLIN Marie-Pierre, ACKER Dominique, « Les centres de santé : une histoire, un avenir », *Santé Publique*, 2009/hs1 (Vol. 21), p. 57-65.
- CONTANDRIOPOULOS André-Pierre, « La réforme du système de santé : un enjeu de société », In; *Santé, Société et Solidarité*, n°2, 2008. Bilan des réformes des systèmes de santé, pp.31-40.
- CORRIVEAU Benoît, « Les défis de l'évaluation et de l'innovation en soins primaires : un pilote utilisant une approche multidimensionnelle délibérative pour explorer les arguments de valeur et les pistes potentielles en diffusion de dix innovations », Ecole de santé publique de l'Université de Montréal, Département de gestion, d'évaluation et de politique de santé, 2021.
- CRISMER André, BELCHE Jean-Luc, VAN DER VENNET Jean-Luc, « Les soins de santé primaires, plus que des soins de première ligne », *Santé Publique*, 2016/3 (Vol. 28), p. 375-379.
- DANDURAND Louise, « Réflexion autour du concept d'innovation sociale, approche historique et comparative », *Revue française d'administration publique*, 2005/3 (no115), p. 377-382. DOI : 10.3917/rfap.115.0377.
- DELARBRE Guillaume, « Évaluation des risques psychosociaux et du stress chez les médecins généralistes régulateurs de MEDIGARDE en Moselle », *Médecine humaine et pathologie*. 2020. ffhal-03806016f

- D'AMOUR Danielle, FERRADA-VIDELA Marcela, RODRIGUEZ Leticia San Martin, BEAULIEU Marie-Dominique, The conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical frameworks. *Journal of Interprofessional Care* 19 (suppl 1): 2005, pp. 116.
- DENANTES Mady, CHEVILLARD Marie, RENARD Jean-François, FLORES Patrick, « Accès aux soins et inégalités sociales de santé en médecine générale », *Exercer*, volume 20, n°85, 2009, p. 22-26.
- DESPRES Caroline, DOURGNON Paul, FANTIN Romain, JUSTOT Florence, « Le renoncement aux soins : une approche socio-anthropologique », In *Questions d'économie de la santé*, n° 169, 2011, p.3.
- DUPRET Émilie, BOCÉRÉAN Christine, TEHERANI Mardjane *et al.*, « Le COPSQ : un nouveau questionnaire français d'évaluation des risques psychosociaux », *Santé Publique*, 2012/3 (Vol. 24), p. 189-207.
- DURANT Thomas, « Par-delà la R&D et la technologie vers d'autres formes d'innovation » in *Créativité et innovation dans les territoires - rapport du groupe de travail présidé par Michel Godet - partie (C) compléments - Chapitre Conseil d'analyse économique*, mai 2010.
- DUVOUX Nicolas, VEZINAT Nadège (dir), « La santé sociale », Paris, PUF, series: « La vie des Idées », 2022, 107p., ISBN : 978-2-13-083556-1.
- EDEY GAMASSOU Claire, MOISSON-DUTHOIT Virginie, « Épuisement professionnel des médecins généralistes libéraux en France et conflit travail-famille, une revue de littérature. » 2017. fihal-01528826f
- ELBAUM Mireille, « Un nouveau modèle de financement pour la santé ? », *Santé Publique*, 2010/1 (Vol. 22), p. 91-106. DOI : 10.3917/spub.101.0091.
- ESTRYN-BÉHAR Madeleine, BRAUDO Marie-Hélène, FRY Clémentine *et al.*, « Enquête comparative sur le syndrome d'épuisement professionnel chez les psychiatres et les autres spécialistes des hôpitaux publics en France (enquête SESMAT) », *L'information psychiatrique*, 2011/2 (Volume 87), p. 95-117.

- FARGEON Valérie, « Chapitre 1. Des spécificités économiques du domaine sanitaire aux systèmes institutionnels de santé », , *Introduction à l'économie de la santé*. sous la direction de Fargeon Valérie. Presses universitaires de Grenoble, 2014, pp. 13-36.
- FERRU Marie, OMER Jade, « Les communautés professionnelles territoriales de santé : une relecture du dispositif en termes de proximités », *Innovations*, vol. 65, no. 2, 2021, pp. 21-48.
- FRELAUT Matthieu, « Les déserts médicaux », *Regards*, 2018/1 (N° 53), p. 105-116. DOI : 10.3917/regar.053.0105.
- GRENIER Corinne, PAUGET Bertrand, HUDEBINE Hervé, « Quels renouvellements conceptuels pour soutenir l'innovation dans le champ de la santé ? Un regard par les arrangements organisés, les politiques publiques et les capacités entrepreneuriales », *Innovations*, 2019/3 (N° 60), p. 5-14. DOI : 10.3917/inno.060.0005.
- GRIGNON Michel, « Le financement du système de santé et le partage obligatoire-volontaire. Un point des connaissances », *Revue française des affaires sociales*, 2010, p. 53-73.
- HASCHAR-NOÉ Nadine, BASSON Jean-Charles, « Innovations en santé, dispositifs expérimentaux et changement social : un renouvellement par le bas de l'action publique locale de santé. La Case de Santé de Toulouse (France) », *Innovations*, 2019/3 (N° 60), p. 121-144. DOI : 10.3917/inno.pr2.0064.
- HASSENTEUFEL Patrick, « Les médecins face à l'Etat : une comparaison européenne », Paris, Presse de Science Po, 1997.
- HASSENTEUFEL Patrick, « Syndicalisme et médecine libérale : le poids de l'histoire », *Les Tribunes de la santé*, 2008/1 (n° 18), p. 21-28.
- HASSENTEUFEL Patrick, SCHWEYER François-Xavier, GERLINGER Thomas *et al.* « Les « déserts médicaux » comme leviers de la réorganisation des soins primaires, une comparaison entre la France et l'Allemagne », *Revue française des affaires sociales*, no. 1, 2020, pp. 33-56.
- KLEIN Alexandre. « Le bien-être : notion scientifique ou problème éthique ? ». *Bien-être ou être bien*, L'Harmattan, pp.11-44, 2012. fihal-00984465

- LEICHER Claude, « CPTS et territoire », *Regards*, 2019/2 (N° 56), p. 81-92. DOI : 10.3917/regar.056.0081.
- LANG Thierry, « Inégalités sociales de santé », *Les Tribunes de la santé*, 2014/2 (n° 43), p. 31-38.
- MONCONDUIT Mathieu, « Le système de santé français, espoirs et réalités. À propos de la Loi santé du 17 décembre 2015 », *Études*, vol. -a, no. 7-8, 2016, pp. 43-56.
- MOYAL Anne, BERGERON, « Quel avenir pour l'organisation des soins primaires en France ? : Synthèse du séminaire pluridisciplinaire coordonné par la Chaire santé de Sciences Po », *Presses de Sciences Po*, pp.76, 2019, Chaire santé. fihal-02189198f
- PASCAL Jean, ABBEY-HUGUENIN Hélène, LOMBRAIL Pierre, « Inégalités sociales de santé : quels impacts sur l'accès aux soins de prévention ? », *Lien social et Politiques*, (55), 2006, 115–124. <https://doi.org/10.7202/013229ar>
- PERODEAU Guilhème, COTE Denyse, « Le virage ambulatoire : défis et enjeux », *Presse de l'Université du Québec, Problèmes sociaux et interventions sociales*, 2002.
- PITTI Laure, « Le renouveau d'une utopie ? Lutter contre les inégalités sociales de santé en médecine générale : les métamorphoses de la médecine sociale dans les quartiers populaires en France, des années 1970 à aujourd'hui », *Revue française des affaires sociales*, p. 305-317.
- PUEL Hugues, « Santé, solidarité et bien commun. Visages de l'inégalité dans le monde des soins médicaux dans les sociétés avancées : un point de vue français », *Revue d'éthique et de théologie morale*, 2006/HS (n°241), p. 45-55. DOI : 10.3917/retm.241.0045.
- RAMEL Viviane, « Les technologies numériques en santé face aux inégalités sociales et territoriales : une sociologie de l'action publique comparée », *Ecole doctorale société, politique, santé publique*, Université de Bordeaux, juin 2020.
- REJEAN Hébert, « La transition démographique. De l'hospitalocentrisme vers les soins à domicile, une transition nécessaire du système de santé », *Santé, Société et Solidarité*, n°1, 2006. Vieillesse et santé : idées reçues, idées nouvelles. pp. 17-19.

- RENAULT Emmanuel, « Biopolitique, médecine sociale et critique du libéralisme », *Multitudes*, 2008/3 (n° 34), p. 195-205.
- REVIL Hélène, « Identifier les facteurs explicatifs du renoncement aux soins pour appréhender les différentes dimensions de l'accessibilité sanitaire », *Regards*, vol. 60, no. 1, 2022, pp. 165-176.
- SAFON Marie-Odile, « La loi de modernisation de notre système de santé », Centre de documentation de l'Irdes, mai 2021.
- SCHWEYER François-Xavier, VEZINAT Nadège, « Écologie des maisons de santé pluri-professionnelles : une gouvernance multi-niveaux », *Journal de gestion et d'économie de la santé*, 2019/1 (N° 1), p. 3-10. DOI : 10.3917/jges.191.0003.
- SEBAI Jihane, « Une analyse théorique de la coordination dans le domaine des soins : application aux systèmes de soins coordonnés », *Santé Publique*, 2016/2 (Vol. 28), p. 223-234. DOI : 10.3917/spub.162.0223.
- TABUTEAU Didier, « Santé et politique en France », *Recherche en soins infirmiers*, 2012/2 (N° 109), p. 6-15.
- TABUTEAU Didier, « Les pouvoirs de la santé : la complexité d'un système en quête de régulation », *Les Tribunes de la santé*, 2013/4 (n° 41), p. 37-55.
- TCHEKEMIAN Anthony, RICHARD Guillaume, « Innovation et gouvernance. La mobilisation des compétences et des ressources territoriales à travers le projet Living Lab "Innovation Santé Urbaine" à Nancy », *La gestion des ressources humaines au service des réseaux d'innovation*, 2014. ffhalshs-01668269f
- THOLLET Maxence, « L'hôpital français, de son âge d'or à sa remise en cause. » Infomed, 2020, *Systèmes de santé*, 1 (2). ffhal-02871209f.
- ULMANN Philippe, BARNAY Thomas, « La maîtrise des dépenses de santé », in « *Traité de santé publique Seconde édition 2007* », Flammarion Sciences Médecine, F. Bourdillon, G. Brücker et D.Tabuteau (dir), 2007.
- WACHEUX Frédéric, ASMAR Michèle Kosremelli, « Facteurs influençant la collaboration interprofessionnelle : cas d'un hôpital universitaire », *Journée Internationale de Management*, 2007, Beyrouth, Liban.

- WARIN Philippe, CHAUVEAUD Catherine, « Le Baromètre du renoncement aux soins dans le Gard (BRSG) », rapport d'étude pour la CPAM du Gard, ODENORE, 2014.

Rapports :

- ARS, « Réforme des modes de financement et de régulation. Vers un modèle de paiement combiné », Chantier Financement et Régulation, 2019.
- Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail, « Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser », 2011.
- Cour des comptes, « Le médecin traitant et le parcours de soins coordonnés : une réforme inaboutie », Rapport public annuel, 2013.
- CNCDH, Commission nationale consultative des droits de l'homme, « Avis sur les inégalités sociales de santé », 17 février 2022.
- DARES Analyses, « Les risques psychosociaux au travail. Un panorama d'après l'enquête Santé et itinéraire professionnel 2010 », n°031, avril 2014.
- DREES, « Enquête sur le recours au spécialiste en médecine de ville », 2007.
- DREES, « Santé physique et psychique des médecins généralistes », Etudes & résultats, n°731, juin 2010.
- DREES, « Les emplois du temps des médecins généralistes », 2012.
- DREES, « Portrait des professionnels de santé », édition 2016.
- DREES, « Les inégalités sociales de santé. Actes du séminaire de la recherche de la Drees 2015-2016 », octobre 2017.
- DREES « Enquête sur les recours urgents ou non programmés à la médecine générale de ville », juillet 2020.
- DREES, « Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale », 2020.
- DREES, « Enquête sur les délais d'attente en matière d'accès aux soins 2016-2017 », 2021.

- DREES, « Renoncement aux soins : la faible densité médicale est un facteur aggravant pour les personnes pauvres », Etudes & Résultats, n°1200, juillet 2021.
- DREES, « Les trois quarts des personnes les plus éloignées des professionnels de premier recours vivent dans des territoires ruraux », Etudes & Résultats, n°1206, septembre 2021.
- DREES, « La protection sociale en France et en Europe en 2021. Résultats des comptes de 2021 », Edition 2022.
- DREES, « Quatrième Panel d'observation des pratiques et conditions d'exercice en médecine générale. Sixième vague d'enquête. », Janvier-avril 2022.
- DREES, « Les dépenses de santé en 2021. Résultats des comptes de la santé », Edition 2022.
- DREES, « L'état de santé de la population en France », 2022.
- DREES, « Les deux tiers des généralistes déclarent être amenés à refuser de nouveaux patients comme médecin traitant », Etudes et Résultats, n°1267, mai 2023.
- HCSP. Haut Conseil de la Santé Publique, « Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité », 2009.
- Observatoire-Place de la Santé, « Accès territorial aux soins. Les inégalités ne sont pas définitives », 2020.
- OMS, Conseil exécutif, 107 (2000). Évaluation de la performance des systèmes de santé. Organisation mondiale de la santé.
- OMS, « Des systèmes de santé renforcés sauvent plus de vies. Un aperçu de la stratégie européenne de l'OMS en matière de systèmes de santé », 2005.
- OMS, Conseil exécutif, 124. (2009). Commission des déterminants sociaux de la santé : rapport du Secrétariat. Organisation mondiale de la Santé.
- OMS « Rapport sur la santé dans le monde 2010 : La santé pour tous à l'horizon 2020 », 2010.
- OMS, « L'innovation pour la santé mondiale : catalyseurs et obstacles », 2020.
- OMS, « Centres de santé », 2021.

- Rapport de la conférence internationale sur les soins de santé primaires : Les soins de santé primaires. Alma-Ata (URSS), 6-12 septembre 1978 [en ligne]. Disponible sur : <http://whqlibdoc.who.int/publications/9242800001.pdf>
- Rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale (REPSS), « Maladie » Edition 2022.
- Sénat, Session extraordinaire de 2016-2017, « Rapport d'information », n°686.
- URPS Médecin d'Occitanie, « Elaborer un projet de santé pour une CPTS. Guide pratique à destination des médecins libéraux d'Occitanie », Edition mai 2020.
- URPS Île-de-France, « Rendez-vous médicaux non honorés : état des lieux et solutions », 2015.

Statistiques :

- https://www.insee.fr/fr/statistiques/2383446#tableau-figure1_radio2
- <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277640?sommaire=4318291>
- <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/chiffres/europe-pays-developpés/esperance-vie/>
- https://www.insee.fr/fr/statistiques/2383446#figure1_radio3
- https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/TEPSR_SP320_custom_3674116/default/bar?lang=fr
- <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-12/er1173.pdf>
- <https://data.oecd.org/fr/healthres/depenses-de-sante.htm#indicator-chart>
- <https://www.thinglink.com/scene/1540037108649951235?buttonSource=viewLimits>

Articles de presse :

- Baromètre de la santé en Île-de-France – Le Parisien – Cosém du 16/01/2020, « Refus de prendre un nouveau patient, difficulté à trouver un praticien disponible le soir ou le week-end et délais de rendez-vous chez le spécialiste ».

Webographie

- <http://geoconfluences.ens-lyon.fr/glossaire/systeme-de-sante>
- <https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/loi-de-modernisation-de-notre-systeme-de-sante#:~:text=Promulgu%C3%A9e%20le%2026%20janvier%202016,d%C3%A9veloppement%20des%20droits%20des%20patients.>
- <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/masante2022/>
- <https://www.ars.sante.fr/les-communaut%C3%A9s-professionnelles-territoriales-de-sante>
- <https://www.dsih.fr/article/4212/burn-out-dans-la-sante-98-des-soignants-reconnaitre-avoir-deja-ressenti-les-symptomes-de-l-epuisement-professionnel.html>
- <https://www.whatsupdoc-lemag.fr/article/une-enquete-nationale-revele-letat-de-sante-mentale-preoccupant-des-etudiants-en-medecine>
- <https://www.cleiss.fr/particuliers/venir/soins/ue/systeme-de-sante-en-france.html#agences>
- <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/systeme-de-sante-et-medico-social/article/systeme-de-sante-medico-social-et-social>
- <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000020879475>
- [https://www.collectivites-locales.gouv.fr/competences/action-sociale-et-sante#:~:text=La%20commune%20et%20les%20groupements,permanence%20des%20soins%20\(article%20L.](https://www.collectivites-locales.gouv.fr/competences/action-sociale-et-sante#:~:text=La%20commune%20et%20les%20groupements,permanence%20des%20soins%20(article%20L.)
- <https://www.vie-publique.fr/fiches/37919-definition-ondam-objectif-national-des-depenses-dassurance-maladie>
- <https://www.inegalites.fr/Les-inegalites-sociales-de-sante-une-question-politique-oubliee>
- [https://www.vie-publique.fr/fiches/37927-financement-des-soins-l-hopital-la-tarifcation-lactivite-t2a#:~:text=La%20tarification%20%C3%A0%20l%27activit%C3%A9%20\(T2A\)%20est%20une%20m%C3%A9thode,qui%20d%C3%A9termine%20les%20ressources%20allou%C3%A9es](https://www.vie-publique.fr/fiches/37927-financement-des-soins-l-hopital-la-tarifcation-lactivite-t2a#:~:text=La%20tarification%20%C3%A0%20l%27activit%C3%A9%20(T2A)%20est%20une%20m%C3%A9thode,qui%20d%C3%A9termine%20les%20ressources%20allou%C3%A9es)
- <https://www.capital.fr/economie-politique/le-systeme-de-sante-francais-est-il-vraiment-a-la-ramasse-1457804>

Annexes

Annexe n°1 : Présentation du questionnaire initial relatif à l'état des lieux des MG

Annexe n°2 : Présentation de notre principal questionnaire relatif à l'état des lieux et l'exposition aux risques psychosociaux

Annexe n°3 : Présentation du questionnaire 2 relatif à l'évaluation de l'état de santé physique et psychique des MG

Annexe n°4 : Courrier de mobilisation envoyé aux MG

Annexe n°5 : Questionnaire de l'enquête complémentaire

Résumé

Mots-clés : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS), Observatoire de la santé publique (OBS), Grenoble, accès aux soins, enquête quantitative et qualitative, innovation sociale de santé, collaboration interprofessionnelle.

L'époque où le système de santé français était considéré comme le meilleur du monde paraît lointaine. En effet, il est aujourd'hui au cœur des débats publics et politico-médiatiques. Parmi les symptômes d'un système à bout de souffle, celui des difficultés d'accès aux soins revêt un enjeu majeur car il soulève des questionnements éthiques importants. Ce présent mémoire a pour objectif de comprendre et de développer les défis et les enjeux auxquels est confronté le système de santé français aujourd'hui, en remontant aux origines de sa construction historique et institutionnelle. Notre réflexion se concentrera ensuite sur la mise à l'agenda politique de la nécessité de (ré)organiser le système de santé français et notamment de repenser l'offre de soins primaires. Au cœur de cette (ré)organisation, l'innovation sociale en santé apparaît comme un enjeu majeur, comme le démontre la multiplication et l'essor des structures d'exercice coordonné. C'est dans ce cadre que nous allons nous intéresser aux Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) comme une réponse innovante aux défis de l'accès aux soins qui se démarque par son approche prometteuse. L'objectif de ce présent mémoire est de démontrer, en nous appuyant sur l'étude de cas de la CPTS de Grenoble, que l'innovation sociale de santé dans une approche populationnelle, territorialisée et coordonnée ainsi que dans une logique de collaboration interprofessionnelle peut permettre une amélioration de l'accès aux soins.

Abstract

Key-words : Territorial Professional Health Community, Public Health Observatory, Grenoble, Access to care, Quantitative and qualitative survey, Social health innovation, interprofessional collaboration.

The era when the French healthcare system was considered as the best in the world seems distant today. Indeed, it's now at the heart of public and politico-médical debates. Among the symptoms of a system that is running out of steam, the issue of difficulties in accessing healthcare is of major importance as it raises significant ethical questions. The aim of this master thesis is to understand and develop the challenges, as well as their stakes, faced by the French healthcare system today by tracing back to the origins of its historical and institutional construction. Our reflection will then focus on the political agenda of the need to (re)organize the French healthcare, particularly by rethinking primary care services. At the core of this reorganization, social innovation in healthcare emerges as a major concern, as demonstrated by the proliferation and growth of coordinated care structures. It's within this framework that we will examine the Territorial Professional Health Community (CPTS) as an innovative response to the challenges of healthcare access, which stands out due to its approach. The objective of this present thesis is to demonstrate, based on the study case of the CPTS of Grenoble, that social innovation in healthcare, within a population-base, territorially focused, and coordinated approach, as well as in the context of interprofessional collaboration, can lead to an improvement in healthcare access.