

RFAS

Revue française des affaires sociales

Appel à contribution pluridisciplinaire sur :

Les réformes de l'organisation des soins primaires

Pour le numéro de janvier-mars 2020 de la RFAS

Le dossier sera coordonné par :

Patrick Hassenteufel (Université de Versailles-Paris Saclay, Printemps)

Michel Naiditch (IRDES)

François-Xavier Schweyer (EHESP, CMH)

Cet appel à contribution s'adresse aux chercheurs en sociologie, science politique, économie, gestion, géographie, démographie et droit ainsi qu'aux acteurs du champ sanitaire et médico-social.

Les articles sont attendus avant le lundi 2 septembre 2019.

L'enjeu de la réorganisation des « soins de proximité » est au cœur de l'agenda des réformes actuelles. Le plan « Ma santé 2022 » annoncé par le gouvernement en septembre 2018 fait du renforcement du premier recours l'un de ses principaux objectifs. Il a notamment été précédé par le rapport du [HCAAM de mai 2018](#) proposant une stratégie de réforme du système de santé en privilégiant un « scénario de rupture » fondé sur les services à rendre à la population, en renforçant le rôle actif des patients, en redéfinissant les rôles et les conditions d'exercice des professionnels et en faisant évoluer l'offre de soins. Et l'appel au « virage ambulatoire » s'est fait de plus en plus insistant dans les discours publics et annonces ministérielles ces dernières années.

L'objectif de ce numéro est de se demander en quoi cette orientation affichée renvoie à des transformations effectives du système de santé. Cette interrogation paraît d'autant plus nécessaire que cette dimension des politiques de santé a été jusqu'à présent assez peu étudiée. En effet, ces dernières années, les travaux de sciences sociales sur les transformations des systèmes de santé (Bergeron, Castel, 2014 ; Palier, 2015 ; Pavolini, Guilen, 2013) se sont principalement centrés sur trois aspects : les réformes marchandes (privatisation, libéralisation...) et managériales (en particulier dans les hôpitaux), les transformations institutionnelles (redéfinition des compétences entre l'État et l'assurance-maladie, création d'agences ...) et la mise en place de nouveaux instruments, de mesure (statistiques démographiques, mesure de l'activité...) et d'évaluation (de la qualité des soins, de leur efficience ...) qui, tout au moins en France, sont restées très focalisées sur l'hôpital. On peut

notamment y voir le signe d'une absence de structuration en France des *Health service researches*, à la différence d'un certain nombre d'autres pays occidentaux, aux États-Unis (Lepont, 2017) et en Angleterre notamment.

L'objectif de ce numéro est de rendre compte de manière comparative des transformations à l'œuvre dans l'organisation des soins primaires en France et dans d'autres pays occidentaux (européens et nord-américains), en déployant des perspectives multidisciplinaires permettant d'appréhender à la fois les enjeux sociaux, professionnels, institutionnels, politiques, financiers, managériaux et juridiques de ces politiques de réformes et de leurs effets, par-delà les discours gouvernementaux.

Nous recourons à la notion de « soins primaires », plus largement développée dans autres pays de l'OCDE qu'en France (Bourgueuil, 2010), parce qu'elle renvoie d'une part, à la fois à certaines fonctions spécifiques liées aux soins (fonctions d'accès aux soins, de coordination des soins et de prise en charge pluri-professionnelle plus centrée sur le patient que sur une pathologie) et à des acteurs multiples, professionnels en premier lieu (médecins généralistes, certains spécialistes, professions paramédicales et du médico-social), mais aussi aidants et associations de patients et, d'autre part, à une approche populationnelle et territoriale de la santé.

Proche, mais plus large que la notion de « soins de premier recours », la notion de soins primaires se distingue plus nettement de celle de médecine ambulatoire car, en France notamment, certaines spécialités sont exercées en ambulatoire alors que dans d'autres pays elles ne relèvent pas du premier recours. Mais, surtout, la notion de soins primaires permet de poser la question, centrale en France, de l'articulation soins primaires/soins hospitaliers (à travers des enjeux tels que le recours aux spécialistes hospitaliers ou non, la gestion des parcours de soins, l'hospitalisation à domicile et la chirurgie ambulatoire).

La prise en charge à domicile, dans le cadre des soins primaires, des personnes âgées mais aussi des enfants porteurs dès la naissance de pathologies rares et ou graves a pris une acuité particulièrement forte ces dernières années du fait de quatre évolutions principales :

- **Le développement des pathologies chroniques**, en lien avec le vieillissement de la population, qui se conjugue avec une demande croissante de demeurer le plus longtemps possible au domicile (ce terme faisant référence au domicile « classique » mais aussi à d'autres formes de logement s'en rapprochant : résidences services, résidences autonomie¹ voire certains EPHAD.... Ce développement pose en particulier la question de la prise en charge des populations vieillissantes souvent poly-pathologiques, par des professionnels de santé et sociaux en lien avec les aidants pour des soins complexes ou palliatifs et donc de la coordination entre secteur ambulatoire, secteur hospitalier (notamment la HAD) et secteur médico-social.

- **Le fait que les patients soient de plus en plus « sollicités » pour gérer « activement » leur vie avec la maladie** (travail sanitaire profane) a conduit à mettre l'accent sur l'importance de la dimension éducative du soin (Saout *et al.*, 2008) mais aussi sur la nécessité d'un accompagnement au long cours en lien avec les familles et les associations de patients, en vue de donner aux patients plus d'autonomie et de pouvoir d'agir (cap santé 2015, Bacqué *et al.* 2013)

¹ Auparavant appelé « foyer-logement ».

- **Le vieillissement des médecins généralistes**, la non régulation de leur installation ainsi que les attentes de ceux nouvellement formés et l'évolution des pratiques ont entraîné l'apparition de zones sous dotées en médecins, les « déserts médicaux » en France (d'autres professionnels de santé étant également concernés). Ces évolutions posent la question des inégalités territoriales d'accès aux soins et celle d'une régulation de l'offre de soins non exclusivement centrée sur la démographie médicale. À cela s'ajoute une baisse du nombre d'actes de généraliste par habitant observée depuis les années 2000 (Bras, 2016).

- **L'engorgement des urgences** qui renvoie aux enjeux plus large des obstacles à l'organisation du partage entre ville et hôpital et de la prise en charge des soins non programmés alors que s'accroît une demande de « réparation immédiate ».

Face à ces enjeux, de plus en plus clairement identifiés et portés publiquement, on peut observer l'émergence de six types de réponses plus ou moins reliées. Dans le cas français, il s'agit :

- **Du développement de nouvelles formes d'exercice regroupé** (notamment les maisons de santé pluri-professionnelles et les centres de santé), en lien avec ces enjeux multiples : coordination des soins, redéfinition du partage des tâches et des responsabilités et donc potentiellement des frontières professionnelles, nouveaux modes de rémunération à visée incitative... Du renforcement de la spécialité de médecine générale au sein du champ académique (Bloy, Schweyer, 2010), avec des stages d'exercice hors de l'hôpital, des tentatives d'adaptation des formations à la pluri-professionnalité et leur ouverture pluridisciplinaire dans le cadre de la réforme annoncée des études en santé, enfin, une volonté de développer la recherche en soins primaires. Des transformations dans l'organisation territoriale qui passent par des changements institutionnels (création des agences régionales de santé dont le rôle est étendu aux soins primaires) et la mise en place de nouveaux dispositifs visant à différents niveaux la coordination territoriale des soins : plateformes territoriales d'appui, communautés professionnelles territoriales de santé, contractualisation avec les collectivités territoriales (contrats locaux de santé) qui interviennent de façon croissante au niveau communal, intercommunal (Honta, Basson, 2017) et départemental (rôle de la protection maternelle et infantile et en lien avec le médico-social).

- **De l'intensification de l'usage de divers instruments d'évaluation** (recommandations de bonne pratique, évaluation de la qualité et des résultats, paiement à la qualité, expérience patient...) comme instruments de la transformation des pratiques et de l'organisation des soins primaires.

- **Du renforcement de différents dispositifs visant au sein des soins primaires à promouvoir la prévention** et, à différents niveaux, l'éducation à et la promotion de la santé.

- **Du recours croissant aux NTIC** pour développer l'e-santé (par les différentes composantes de la télémédecine, l'usage des objets et des logements connectés, etc.), pour faciliter la circulation de l'information (cf. le chantier au long cours du dossier médical partagé, les systèmes d'information au sein des maisons de santé pluridisciplinaires...), et pour améliorer l'exploitation des données (création d'un hub santé).

Ce numéro vise donc à rendre compte des transformations à l'œuvre en France et dans d'autres pays occidentaux confrontés à des enjeux proches (développement des centres de soins intégrés – *Medizinische Versorgungszentren* ou MVZ – et réorganisations territoriales en Allemagne, mise en place d'expérimentations locales de coordination des soins et renforcement du rôle des infirmières en Angleterre, initiatives des comtés en Suède, etc.), en privilégiant trois aspects :

1. **L'analyse de la construction des politiques de réformes des soins primaires**, en s'intéressant en particulier aux acteurs jouant un rôle clef dans la publicisation (parfois aussi la politisation) des enjeux et dans la promotion de nouveaux modes d'organisation des soins primaires : acteurs politiques (élus locaux en particulier), acteurs administratifs, acteurs professionnels (notamment issus de la profession médicale telle la Fédération des maisons et pôles de santé en France), les associations de patients et celles qui les fédèrent (organisation ombrelle). Il s'agira aussi de comprendre les logiques discursives qui sous-tendent les annonces d'un « virage ambulatoire ».
2. **L'analyse de la mise en place de nouveaux modes d'organisation des soins de premier recours au niveau local**, ce qui pose les questions relatives aux financements, au cadre juridique et, de façon centrale, celle de la coordination (au sein des soins primaires et entre ceux-ci avec l'hôpital) et des interactions entre les multiples acteurs impliqués : administratifs, politiques (élus locaux), professionnels (de santé et du médico-social), les associations de patients... Par ce type d'approche, centrée sur la mise en œuvre d'instruments, nous chercherons à comprendre à la fois les éléments favorisant des transformations des soins primaires et ceux qui y font obstacle.
3. **L'analyse des effets de ces réorganisations sur les pratiques professionnelles**, en termes de mode d'exercice, de rationalisation et de standardisation des pratiques, de contours des frontières professionnelles, de relations entre professionnels de santé et du médico-social, de relations avec les patients et les aidants, et de professionnalisation de certaines fonctions notamment de coordination, de l'apparition de nouveaux métiers (assistant médicaux) ou de nouvelles spécialisations (infirmières en pratiques avancées).

Nous sommes aussi particulièrement intéressés par l'analyse de l'évolution de la place et du rôle dévolus ou pris par les patients, leurs familles et les associations concernant la définition de la réponse aux besoins de santé et la prise en charge des soins en interaction avec les professionnels de santé, et dans l'évaluation des dispositifs de prises en charge au sein des soins primaires et à domicile.

Enfin, du fait de l'ouverture comparative de ce numéro, pourra aussi être analysée la circulation internationale de modèles d'organisation des soins primaires (par exemple les *Accountable Care Organisations* mis en place aux États-Unis qui ont fait l'objet de deux rapports administratifs récents : Léandre *et al.* 2017, Lemaire 2017, et inspirent une partie l'expérimentation article 51), et des processus de convergence à l'œuvre, notamment le rapprochement entre systèmes d'assurance maladie et systèmes nationaux de santé à ce niveau au sein de l'Union européenne.

Références bibliographiques

Bacqué MH Biewener C : *L'empowerment : une pratique émancipatrice ?* Seuil

BERGERON H., CASTEL P., *Sociologie politique de la santé*, PUF, 2014

BLOY, G., SCHWEYER F-X. (dir.), *Singuliers généralistes ? Sociologie de la médecine générale*, Presses de l'EHESP, 2010

BOURGUEIL, Y. « Systèmes de soins primaires : contenus et enjeux », *Revue Française des Affaires Sociales*, vol. 64, n°3, 2010, p. 13-20.

BRAS P-L. (2016), « Les Français moins soignés par leurs généralistes : un virage ambulatoire incantatoire ? », *Les tribunes de la santé*, 2016/1, n° 50, p. 67-91

HONTA M., BASSON J-C., « La fabrique du gouvernement métropolitain de la santé. L'épreuve de la légitimation politique », *Gouvernement et action publique*, vol.6 n°2, 2017, p. 63-82

LÉANDRE C., TOWNSEND A., DOZOL A., *Accountable Care Organisations : enseignements d'un modèle développé aux États-Unis*, DGOS, 2017

LEMAIRE, N., *Expériences étrangères de coordination des soins : les Accountable Care Organisations de Medicare aux États-Unis*, Secrétariat général des Ministères sociaux, 2017

LEPONT, U., « L'hétéronomie comme ressource. La voie originale d'institutionnalisation des *health policy analysts* aux États-Unis (1970-2010) », *Revue française de sociologie*, 58 (4), 2017, p. 611-641.

PALIER B., *La réforme des systèmes de santé*, PUF, Que sais-je, 2015 (7^{ème} édition)

PAVOLINI E., GUILLEN A., *Health Care Systems in Europe under Austerity*, Palgrave, 2013

SAOUT C., CHARBONNEL B., BERTRAND D., *Pour une politique nationale d'éducation thérapeutique*, Rapport pour la Ministre de la Santé, 2008

SAOUT C VERDIER J « *Cap Santé ! Rapport en vue du cahier des charges des expérimentations des projets d'accompagnement à l'autonomie prévues par le projet de loi de modernisation de notre système de santé* » rapport pour la ministre de la santé. 2015

Des informations complémentaires sur le contenu de cet appel à contribution peuvent être obtenues auprès des coordonnateurs aux adresses suivantes :

patrick.hassenteufel@me.com

naiditch@irdes.fr

francois-xavier.schweyer@ehesp.fr

Les auteurs souhaitant proposer à la revue un article sur cette question devront l'adresser accompagné d'un résumé et d'une présentation de l'auteur

(cf. les « conseils aux auteurs » de la RFAS [en ligne] <http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/revue-francaise-des-affaires-sociales/>)

à cette adresse:

rfas-drees@sante.gouv.fr

avant le lundi 2 septembre 2019