

Reproduction sur d'autres sites interdite
mais lien vers le document accepté :

<https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/273-des-medecins-entrepreneurs-de-la-transformation-des-soins-primaires.pdf>

Des médecins entrepreneurs de la transformation des soins primaires. Une analyse des conditions d'engagement des porteurs libéraux dans les expérimentations Ipep et Peps

Vincent Schlegel (Irdes, Cresppa-CSU)

Les expérimentations d'une Incitation à une prise en charge partagée (Ipep) et d'un Paiement en équipe de professionnels de santé en ville (Peps), introduites dans l'article 51 de la Loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) en 2018, permettent aux professionnels de soins primaires de déroger aux règles de droit commun en matière de financement. La participation à ces dispositifs expérimentaux a reposé sur un appel à manifestation d'intérêt, invitant les professionnels de santé intéressés à constituer un dossier de candidature et à présenter un projet à mettre en œuvre. La sélection opérée par les équipes nationales a abouti à la forte présence de représentants professionnels et syndicaux.

Issue du volet sociologique de l'enquête Evaluation d'expérimentations article 51 de rémunération alternative à l'acte (Era2), cette étude s'appuie sur des entretiens réalisés auprès des médecins désignés comme porteurs de projet Ipep ou Peps qui exercent en libéral. En s'intéressant à leur trajectoire professionnelle, il est possible de comprendre comment celle-ci façonne leur capacité à se saisir de telles opportunités et à répondre aux exigences des autorités publiques. L'enquête montre que ces médecins présentent un goût marqué pour le changement institutionnel et une capacité à penser la transformation structurelle des soins primaires comme une succession de projets. Leur connaissance fine du système de santé et leur participation à de précédentes expérimentations facilitent leur engagement dans Ipep ou Peps. Finalement, cette étude révèle les conditions qui doivent être réunies pour répondre aux attentes des autorités publiques et initier le projet imaginé, ce qui interroge la généralisation et la répliquabilité de ce type d'expérimentation.

Depuis ses origines, la médecine libérale est tiraillée entre deux postures antagonistes – celle de « petits entrepreneurs indépendants » préoccupés par la défense des libertés individuelles et celle de « grands serveurs de l'État » défenseurs de l'intérêt général (Steffen, 1987) – à l'origine de conflits récurrents avec l'État et l'Assurance mala-

die (Hassenteufel, 1999). Au cours des dernières décennies, les soins primaires ont connu des transformations importantes affectant les relations entre l'État et la profession médicale. Parmi elles, le développement des Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) a constitué un tournant important, en fédérant les équipes de premiers recours autour d'un

projet de santé commun et en facilitant la coordination des professionnels libéraux. La promotion de ce mode d'exercice s'inscrit dans la continuité des mutations des relations entre l'État et certains segments de la médecine libérale (Veziat, 2019). Ces derniers acceptent au moins partiellement la rationalisation de leurs pratiques promue par les pouvoirs publics dans la

mesure où cela leur permet de pérenniser certaines pratiques mises en œuvre, voire d'en développer de nouvelles (Moyal, 2019).

Dans la continuité des Expérimentations de nouveaux modes de rémunération (ENMR) [Bourgeois et Fournier, 2020 ; Fournier *et al.*, 2014], l'article 51 de la Loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) de 2018 a instauré la possibilité de déroger aux règles de droit commun en matière de financement pour imaginer de nouvelles organisations à différentes échelles territoriales. Dans ce cadre, trois appels à manifestation d'intérêt (AMI) nationaux ont été lancés courant 2018, portant sur l'expérimentation d'une Incitation à une prise en charge partagée (Ipep), d'un Paiement en équipe de professionnels de santé de ville (Peps), d'un paiement à l'Épisode de soins (EDS). Les professionnels de soins primaires sont concernés principalement par les deux premières : dans le cas d'Ipep, les professionnels peuvent bénéficier d'un intéressement collectif, calculé en fonction de l'atteinte d'indicateurs de qualité et des gains d'efficacité obtenus ; dans le cas de Peps, le paiement au forfait vient se substituer partiellement ou totalement au paiement à l'acte. Les projets retenus suite aux AMI ont donné lieu à une phase de co-construction des cahiers des charges (Obled *et al.*, 2020).

Une première phase de l'enquête a montré comment la sélection opérée au niveau national avait abouti à la forte présence de représentants syndicaux ou professionnels parmi les expérimentateurs Ipep et Peps (Morize *et al.*, 2021). En s'intéressant aux porteurs de projets libéraux, nous ana-

lysons ici les conditions sociales de leur engagement dans les réformes des soins primaires en cours et leurs prédispositions à répondre aux attentes des autorités publiques. Plus précisément, nous considérons ces médecins comme de véritables « entrepreneurs » de ces réformes, bien que tous ne se reconnaissent pas dans cette catégorie. D'un point de vue sociologique, un tel rapprochement avec la figure de l'entrepreneur est rendu possible par une définition volontairement souple de celui-ci, rompant avec la vision d'un acteur mù uniquement par des intérêts économiques (Bergeron *et al.*, 2013). En l'occurrence, nous verrons que ces acteurs sont animés par une cause, plutôt que par la maximisation de leur profit, à savoir la transformation des règles institutionnelles au sein du champ médical en faveur de la structuration des soins primaires. Les expérimentations article 51 s'inscrivent clairement dans un tel processus.

Avant d'analyser le travail entrepreneurial fourni par les porteurs de projet, nous précisons le profil singulier de ces médecins généralistes. L'enquête (encadrés Méthode et Repères) montre qu'ils partagent une appétence pour le changement et une inclination à penser l'action collective sous la forme de projet, tout en exerçant leur métier dans un contexte propice à la mise en œuvre de nouvelles expérimentations. Plutôt que d'essentialiser les entrepreneurs auxquels il est fréquent d'attribuer certaines qualités présentées comme « naturelles » (Chauvin *et al.*, 2014), on rapporte ces dispositions à entreprendre à leur socialisation syndicale et professionnelle. Puis, nous observons comment les logiques d'engagement dans Ipep ou Peps révèlent certaines caractéristiques parti-

REPÈRES

Cet article s'appuie sur des matériaux recueillis dans le cadre du volet sociologique du projet Era2^a dirigé par Cécile Fournier et financé par l'Assurance maladie. L'objectif est d'évaluer les effets de l'introduction d'alternatives au paiement à l'acte, tant sur l'organisation des soins primaires en France que sur les pratiques des professionnels.

^a <https://www.irdes.fr/recherche/enquetes/era2-evaluation-d-experimentations-article-51-de-remuneration-alternative-a-l-acte/actualites.html>

nelles du travail entrepreneurial ; et comment tous ces éléments se conjuguent dans le cadre de ces expérimentations sous la forme d'un véritable travail dont les principales composantes sont présentées. Ce *Questions d'économie de la santé* se focalise ainsi sur la phase d'initiation des projets et laisse temporairement de côté leur mise en œuvre, objet d'analyses futures.

Des médecins « entrepreneurs »

Plusieurs éléments rassemblent les médecins qui portent un projet Ipep ou Peps. D'abord, ils revendiquent la médecine générale comme un « choix » tout en présentant celle-ci comme le pilier du système de santé. Ensuite, la valorisation de la médecine générale ne passe pas ou plus pour eux par la recherche universitaire ou l'enseignement, mais plutôt par une transformation structurelle de l'institution médicale, donnant une place centrale aux soins de premiers recours. Enfin, ces porteurs valorisent certains aspects de l'exercice libéral leur donnant une liberté d'action pour mener à bien leur projet.

La médecine générale comme pilier des soins de premiers recours

À un premier niveau, les porteurs de projet présentent la médecine générale comme un « choix » à part entière, contribuant à la revalorisation d'une spécialité longtemps considérée comme une filière de relégation par les étudiants en médecine (Bloy et Schweyer, 2010). C'est particulièrement le cas des porteurs de projet en fin de carrière qui ont volontairement choisi de ne pas passer le concours de l'internat, à un moment où l'échec de celui-ci signifiait généralement une orientation forcée

MÉTHODE

Ce *Questions d'économie de la santé* s'intéresse à l'investissement des médecins dans les réformes des soins primaires en cours. Sans nier l'investissement d'autres groupes professionnels dans Ipep ou Peps, les médecins jouent un rôle clé dans ces réformes, et plus généralement dans les soins primaires. Par ailleurs, bien que des établissements hospitaliers et des centres de santé participent aussi à ces expérimentations, la focale est placée sur les médecins installés en libéral, selon l'hypothèse que ce mode d'exercice favorise le travail entrepreneurial. Les personnes interrogées étaient désignées comme « porteurs de projet » dans les dossiers de candidature ou, plus rarement « interlocuteurs participant aux travaux », lorsque le porteur n'était pas un médecin. Une vingtaine de structures libérales ont été retenues pour participer à Peps ou Ipep. Pour cette étude, 17 entretiens ont été réalisés courant 2021 avec des médecins représentant autant de projets différents, dont 4 par Noémie Morize, dans le cadre de sa thèse de doctorat en sociologie, préparée à Sciences Po au Centre de sociologie des organisations (CSO), en collaboration avec l'Irdes. Seules trois des enquêtés sont des femmes, ce qui révèle une division genrée du travail entrepreneurial. Par ailleurs, celui-ci est majoritairement le fait de médecins en seconde partie de carrière : plus de la moitié des personnes interrogées ont 50 ans ou plus. Les entretiens visaient à reconstruire les trajectoires sociales et professionnelles des porteurs, à caractériser les conditions d'exercice actuelles, les relations au sein de la structure et à l'extérieur. La seconde partie de l'entretien se focalise sur les expérimentations étudiées, de l'intérêt initial à leur mise en œuvre quotidienne, en passant par la constitution du dossier de candidature et la phase de co-construction.

vers la médecine générale. Les porteurs les plus jeunes, au contraire, ont pu bénéficier des réformes récentes touchant à la fois au statut de la médecine générale – celle-ci étant devenue une spécialité à part entière depuis 2004 – et à l'organisation des soins de premiers recours – notamment à travers la structuration du travail pluriprofessionnel et de l'exercice coordonné, rappelant certaines caractéristiques de l'exercice hospitalier (voir ci-dessous). Or, le caractère « généraliste » de la médecine de premiers recours doit s'entendre de différentes façons. Premièrement, certains médecins déclarent avoir envisagé dès leurs études une installation dans un territoire où l'offre de second et de troisième recours reste largement défaillante – en zone rurale ou non :

« Voilà, c'est pour ça que je voulais m'installer à la campagne : pour pas que les patients voient que des spécialistes et qu'ils viennent me chercher quand le spécialiste était pas là ».

Entretien n° 11, homme, plus de 60 ans, Ipep

« Donc, moi, mon idée, c'était de dire : "C'est pas de la médecine par défaut, je vais faire cette médecine-là, mais par contre, je veux pas être un livreur de tickets. Je veux être un médecin quand je fais appel au deuxième ou au troisième recours, c'est parce qu'il y a besoin du deuxième ou du troisième recours" ».

Entretien n° 3, femme, 40-50 ans, Ipep

Dans cette optique, ces médecins généralistes estiment être en mesure de pallier les carences liées à l'absence de spécialistes sur un territoire donné. Qui plus est, les médecins généralistes peuvent aussi orienter leur exercice de manière à accueillir le type de patientèle qu'ils souhaitent (enfants, personnes âgées, femmes), voire revendiquer une forme de spécialisation informelle (Bloy et Schweyer, 2010). Ils peuvent ainsi se targuer d'une activité qui permet, au moins en théorie, d'offrir une prise en charge globale qui repose sur une vision extensive de la santé. Celle-ci est particulièrement valorisée par les médecins interrogés :

« La médecine générale [...] c'était l'être humain dans sa globalité. Donc pour moi, faire une spécialité, c'est toujours la même chose. C'était pas mon idéal... »

Entretien n° 11, homme, plus de 60 ans, Ipep

Deuxièmement, la médecine générale permet aussi de concilier les dimensions « relationnelle » et « technique » du métier, sans négliger la première au profit de la seconde. Sa pratique est présentée comme un moyen de garantir un exercice varié, minimisant la répétition des mêmes actes :

« Et puis après, le choix de la médecine générale est un choix assumé parce que lors de mes études, je me suis aperçu que la médecine générale était sans doute la discipline de médecine qui offrait le plus, à la fois, de relations humaines et, à la fois, de diversité dans son exercice ».

Entretien n° 15, 50-60 ans, homme, Ipep et Peps

En particulier, la médecine générale s'appuie sur un rapport au temps spécifique, inscrivant les prises en charge dans la durée, contrairement à celui en vigueur à l'hôpital qui serait davantage dicté par l'urgence. Cette idée se retrouve notamment dans les notions d'accompagnement et de parcours, présentes dans le discours des généralistes :

« Et puis non, surtout le fait qu'une spécialité d'organe m'aurait enfermé et moi, j'aimais bien cette prise en charge dans le temps, des gens, être un accompagnant du parcours. Voilà ! L'ami du parcours, l'ami du chemin (Rires), c'est un peu cela. Et la spécialisation ne donnait pas forcément cette projection-là et cela ne m'allait pas. [...] Et puis alors, être spécialiste en clinique et tout, franchement, pfff... Non, là, cela ne m'intéresse pas (Rires). Ouais ! Ils font du bon boulot mais c'est plutôt technique. C'est un plateau technique, pour moi, et moi, je n'ai pas envie d'être un technicien à serrer des boulons ».

Entretien n° 2, homme, 50-60 ans, Ipep

Tous ces éléments tendent à construire la médecine générale et les soins primaires comme pilier du système de santé, statut qu'il s'agit dès lors de faire reconnaître en agissant à un niveau organisationnel. Du point de vue des enquêtés, la médecine de ville peut non seulement être le *premier* recours, mais aussi le *seul*, à condition de pouvoir bénéficier de conditions d'exercice particulières.

La participation aux réformes comme outil de valorisation

La reconnaissance de la médecine générale comme une spécialité à part entière lui a ouvert les portes de l'université. Les médecins généralistes peuvent désormais briguer un poste universitaire, tout en gardant leur activité libérale ou salariée, ce qui contribue à asseoir la place des soins primaires dans le système de santé français. Aucun des médecins enquêtés n'a pourtant choisi cette voie. Bien que trois d'entre eux aient été nommés professeurs associés dans une faculté de médecine, un seul poursuivait cette activité au moment de l'entretien. De façon générale, les personnes interrogées entretiennent un rapport ambivalent à l'université. Une

majorité d'entre eux participent activement à la formation des jeunes médecins en encadrant des étudiants en médecine, internes ou externes, ou plus rarement en encadrant des thèses. Néanmoins, ils se montrent aussi critiques vis-à-vis de l'université comme lieu de formation des médecins, dans la mesure où celle-ci accorderait une place trop importante aux savoirs théoriques et à la technique au détriment de la relation avec le malade, de la santé publique ou de l'organisation des soins :

« Un prof de médecine, [...] il apprendra jamais la médecine générale, parce que la médecine générale c'est pas à l'université que ça s'apprend, c'est devant les patients ».

Entretien n° 13, plus de 60 ans, homme, Ipep

« Déjà les internes, j'ai l'impression que le niveau il baisse. Et plus ça va, et plus je me rends compte qu'ils nécessitent un investissement de plus en plus lourd ».

Entretien n° 3, femme, 40-50 ans, Ipep

Comme le souligne l'extrait ci-dessus, la formation des médecins se trouve alors sous le feu des critiques, alimentant une thèse du « déclin » du système de santé français sur laquelle nous reviendrons.

Pour pallier ce qu'ils estiment être à l'origine des défaillances du système universitaire, certains ont parfois proposé des formats pédagogiques innovants, tout en évoquant des contenus différents de ceux prévus, notamment autour de la dynamique actuelle de certaines professions ou encore des nouveaux modes d'organisation des soins primaires en France :

« On nous demandait, en tant que tuteur, un truc très scolaire sur des récits cliniques, etc. Et puis, au bout d'un moment, moi, ça me gavait. Et puis, eux aussi, ça les gave, donc je sentais qu'on n'était pas bien, aussi bien eux que nous (Rires). Donc, après, j'essayais de faire des débats, l'après-midi, c'est-à-dire que l'on faisait des exercices de style obligés, vite fait, et puis après, j'invitais des gens de l'extérieur pour parler infirmières de pratiques avancées, [...] des ostéopathes, enfin des trucs qui ne sont pas dans leur formation classique, dans la maquette ».

Entretien n° 2, homme, 50-60 ans, Ipep

Leur prise de distance vis-à-vis de l'hôpital et du processus d'universitarisation donne *a priori* peu de pouvoir à ces médecins pour transformer les règles du jeu institutionnel. Pourtant, d'autres éléments permettent de nuancer ce constat. Leur participation active aux réformes des soins primaires en cours permet d'envisager une modification de la structure du champ médical qui leur serait *in fine* favorable (Robelet, 2003). En l'occurrence, ces

médecins n'en sont pas à leur coup d'essai et leur investissement dans ce processus qui vise, au même titre que l'universitarisation de la médecine générale, à modifier l'asymétrie qui caractérise habituellement les relations entre la ville et l'hôpital, en faisant du médecin généraliste la porte d'entrée du système de soins.

Pour mener à bien un tel projet, la majorité des porteurs peuvent s'appuyer sur les organisations collectives qu'ils représentent, tels que des syndicats ou des organismes de représentation professionnelle, notamment la Fédération nationale des maisons de santé (AvecSanté) ou ses antennes régionales. Dans ce cadre, ils sont amenés à entretenir des relations privilégiées avec les pouvoirs publics, la Fédération jouant le rôle d'une communauté d'intérêt (Vezinat, 2020). Par ailleurs, leur engagement professionnel, syndical et politique permet aussi la formation de certaines compétences sur lesquelles les porteurs ont pu s'appuyer pour répondre aux exigences des pouvoirs publics dans le cadre des expérimentations Peps et Ipep (voir ci-dessous).

La médecine libérale ou la possibilité d'entreprendre

Enfin, les porteurs de projet expriment aussi leur attachement à l'exercice libéral. En effet, le rejet de la spécialisation est aussi lié, en partie, au fait que celle-ci conduit majoritairement à un exercice hospitalier, où les médecins sont salariés. La valorisation de l'esprit libéral, en particulier l'absence de liens de subordination, s'accompagne parfois explicitement d'une mise à distance de l'hôpital et de la hiérarchie en vigueur au sein des services :

« Je faisais partie des rares qui ne voulaient pas être spécialistes. Je voulais faire de l'exercice libéral ».

Entretien n° 11, homme, plus de 60 ans, Ipep

« Il y avait vraiment un système très pyramidal avec le grand patron, les gens qui sont bien vus, les gens qui sont moins bien vus ».

Entretien n° 2, 50-60 ans, homme, Ipep

L'activité libérale est donc envisagée comme une marque d'indépendance et un moyen d'exercer un contrôle sur les conditions de travail – les horaires et la rémunération principalement –, par opposition au salariat qui introduirait un lien de subordination et des contraintes matérielles sur le travail. En cela, la valorisation de l'exercice libéral peut s'appuyer sur une rhé-

torique entrepreneuriale très prégnante chez les porteurs de projet :

« Je suis un fan du côté libéral parce que qui dit libéral dit aussi la possibilité de créer, la possibilité d'innover, la possibilité de sortir un peu des sentiers battus et d'avoir une certaine liberté, en fait ».

Entretien n° 15, 50-60 ans, homme, Ipep et Peps

« Et le vrai choix c'était la variété des champs à explorer et probablement un truc autour de l'entrepreneuriat, quoi, de ne pas vouloir être salarié, de l'esprit libéral ».

Entretien n° 9, 30-40 ans, femme, Ipep

Cette rhétorique est construite autour de l'idée d'une certaine liberté d'action, de l'innovation en termes d'organisation du travail de soins et de dépassement des règles imposées de l'extérieur, que seul l'exercice libéral serait en mesure de produire.

Les conditions sociales de possibilité d'un travail entrepreneurial

La socialisation syndicale ou politique des porteurs de projet renforce chez eux une inclination à préférer le changement au *statu quo*, d'une part, et les amène à penser l'action collective sous la forme de projets successifs, d'autre part. De plus, les expérimentations « article 51 » s'inscrivent dans un contexte local favorable à leur déploiement, à la fois condition et résultat des réformes des soins primaires toujours en cours.

Le goût pour le changement

Les porteurs de projet soulignent leur goût prononcé pour la dimension expérimentale présente dans les expérimentations Ipep et Peps. L'expérience syndicale ou politique des professionnels des porteurs de projet joue ici un rôle essentiel dans leur appétence pour le changement.

« Et par ailleurs, je préfère participer au changement qu'avoir un changement qui m'est imposé par la suite, où on me dira : "C'est comme ça qu'il faudra faire". [...] Je suis syndicaliste, et donc impliqué, donc moi je veux participer par nature aux évolutions. »

Entretien n° 1, plus de 60 ans, homme, Peps

« Nous en tout cas, l'état d'esprit, un peu comme toutes les autres équipes qui étaient là et c'est ça qui était enrichissant dans les échanges qu'on a eus à Paris, c'est un état d'esprit de pionnier, de défricheur, on savait pas si ça allait marcher, ou pas ».

Entretien n° 5, 40-50 ans, homme, Ipep

Cette dernière citation marque aussi la valorisation des prises de risque, dont le résultat reste incertain. Considérant le changement comme inéluctable, ils expriment leur souhait d'y participer, plutôt que le subir. En pratique, ils revendiquent ainsi leur faculté à ne pas suivre le chemin qui leur est imposé, comme cela a déjà été le cas pour l'exercice collectif initié par les acteurs de terrain avant d'être promu par les pouvoirs publics. Ils privilégient d'autres voies pour favoriser le développement de changements structurels :

« J'ai appris finalement à enfoncer des portes parce que, finalement, on n'aurait jamais avancé ».

Entretien n° 11, homme, plus de 60 ans, Ipep

S'ils font le plus souvent référence à des situations individuelles et locales, on peut imaginer que ce goût pour la contestation, voire la transgression des règles imposées, s'épanouit plus largement dans leur action syndicale, au sein des Unions régionales des professionnels de santé (URPS) ou dans le cadre de la promotion de l'exercice coordonné. Chez certains, le changement s'impose de lui-même dans la mesure où il s'articule avec l'idée d'une crise du système libéral. Plusieurs éléments dans leur discours laissent par ailleurs entrevoir la thèse des « retards » français en comparaison d'autres pays, en particulier anglo-saxons, retards qui ne pourront être rattrapés qu'au moyen d'une transformation profonde de la structure des soins primaires :

« On a vingt ans de retard sur les *nurses* canadiennes. [...] Moi l'idée, c'était pourquoi pas ? Il y a aussi ce que font les infirmières allemandes. Elles ont pas la même formation, mais pourquoi est-ce qu'elles y arriveraient pas ? Parce qu'on est très corporatiste en France ».

Entretien n° 3, femme, 40-50 ans, Ipep

« Donc on continue à avoir des toubibs qui, dans des cabinets, continuent à passer la moitié de leur activité à faire des choses qu'ils pourraient totalement déléguer à d'autres. Mais on est malheureusement dans un système qui nous permet très difficilement d'expérimenter des voies nouvelles ».

Entretien n° 13, plus de 60 ans, homme, Ipep

Au modèle du praticien isolé, tourné vers sa patientèle, dont les pratiques sont ancrées dans le soin curatif est aujourd'hui opposé un nouveau paradigme qui se déploie dans des structures d'exercice coordonné, où le travail pluriprofessionnel peut s'épanouir dans l'optique de prendre en charge la population sur un territoire donné, en assurant des missions de santé publique en complément des soins dispensés :

« Ça, [...] si l'on veut que notre mode d'exercice libéral persiste, il faut qu'on sorte de notre cabinet et qu'on s'empare des politiques de santé et qu'on participe à la politique de santé d'un territoire. Et en sortant de ce cabinet, il faut que, nous, on apprenne à changer également de mentalité et ne pas dire : "Moi, c'est mon patient, mon cabinet, et le reste, on n'en a rien à foutre". Sinon, dans cinq ans, ça sera un échec annoncé et la médecine libérale disparaîtra parce qu'il n'y aura pas d'autre solution pour les gouvernements à venir que de prendre des dispositions d'arrêter la liberté d'installation, de salarier des médecins, de créer des centres de santé avec des médecins salariés ».

Entretien n° 4, 50-60 ans, homme, Ipep

Les porteurs de projet adhèrent ainsi largement aux discours publics concernant l'insuffisance de l'offre de soins, de la recherche d'une meilleure qualité de soins ou encore du contrôle des dépenses (Schweyer et Hassenteufel, 2020). Ils présentent alors le renforcement des soins primaires comme une solution à ces différents « problèmes », à travers le regroupement des professionnels de santé et le travail pluriprofessionnel.

La pensée organisationnelle : la mise en projet des soins primaires

Les porteurs de projet partagent aussi une façon spécifique d'envisager les soins primaires. Alors que l'exercice libéral traditionnel accordait une place centrale au colloque singulier dans l'activité des médecins généralistes, les expérimentateurs envisagent leur activité de façon plus diversifiée. En particulier, le prisme organisationnel au travers duquel ils envisagent les soins primaires les distingue de leurs collègues, parfois au sein même de leur structure où ils parviennent à impulser une dynamique collective. Un des porteurs évoque une « PME » pour décrire la maison de santé dans laquelle il exerce (Entretien n° 4, 50-60 ans, homme, Ipep), tandis qu'un autre se compare ainsi explicitement à un « chef d'entreprise ». Ce dernier envisage le soin comme une « ligne de production », ce qui signifie en pratique une division des tâches accrues, déléguant le médecin d'une partie d'entre elles :

« Donc, on a créé des chaînes de production. [...] Dans une MSP, j'ai besoin de ma secrétaire qui donne des rendez-vous et règle les problèmes de mes patients mais à longueur de temps, j'ai besoin de l'infirmière qui l'examine avant moi ; j'ai besoin éventuellement qu'il y ait des prises de sang, des ECG, des EFR [...] ; j'ai besoin moi d'être là pour faire mon plan de soin, mon examen et mon bilan clinique ; j'ai besoin que le pharmacien délivre mon ordonnance et qu'on vérifie ensemble si on n'a pas fait de conneries, j'ai besoin que les gens

puissent travailler sur mon logiciel et sur mon dossier médical qui est hyper top, etc. ».

Entretien n° 7, plus de 60 ans, homme, Ipep

De manière plus concrète, les expérimentateurs mettent en avant leur capacité à penser en mode « projet » : ils parviennent à formuler un ensemble d'actions à accomplir, à partir d'un constat initial et d'objectifs à atteindre qui en découlent, comme en témoignent les dossiers de candidature. Ils s'appuient sur une connaissance fine du système de santé, des enjeux actuels et des acteurs locaux comme nationaux. Par ailleurs, ils mobilisent différents moyens d'objectivation, notamment l'écrit, qui permet de formaliser les « projets » et de les soumettre aux financeurs. Là encore, les expériences syndicales et professionnelles des porteurs, et ce qu'elles ont permis en termes d'acculturation au système de santé français au contact des administrations, semblent avoir facilité l'intériorisation de telles dispositions, comme l'attestent ces différents extraits :

« Ouais, c'est cela, [...] c'est de pouvoir aller parler aux institutions en connaissant les dossiers. Si on ne connaît pas les dossiers, on nous retook en nous disant que cela ne rentre pas [...] dans cette case-là... Donc, c'était comprendre, effectivement. Comprendre et faire des propositions [...] ».

Entretien n° 12, 40-50 ans, femme, Ipep

« On avait des liens avec les interlocuteurs, donc on savait parler "ARS", on savait parler "Срам", on avait des éléments de langage à la fois administratifs, réglementaires, etc. Donc on était quand même déjà acculturé à ces relations avec les institutionnels ».

Entretien n° 5, 40-50 ans, homme, Ipep

En particulier, ces médecins se sont appropriés certaines compétences et catégories de pensée issues du champ économique. Dans un contexte de contrôle accru des dépenses de santé, ces compétences apparaissent très utiles pour négocier avec les autorités publiques, comme cela était le cas dans la phase de co-construction.

In fine, le contact prolongé avec l'administration de la santé a non seulement favorisé une acculturation aux rouages du système de santé, mais il a aussi accéléré l'intériorisation de schèmes de pensée budgétaire. En l'occurrence, la participation à l'expérimentation semble accélérer ce processus, notamment à travers la transmission d'indicateurs chiffrés sur le « coût » que représentent les soins dispensés au sein d'une maison de santé :

« Ce que ça nous a apporté déjà, c'est qu'on s'est rendu compte qu'une maison de santé faite d'une dizaine de professionnels et qui s'occupe de 7 000 patients, c'est déjà un coût pour l'Assurance maladie de 10 millions d'euros par an. C'est colossal. [...] C'est-à-dire que ça nous permet de mettre des chiffres sur notre activité parce que, quand même, le but c'est de limiter les dépenses de santé, faut pas se leurrer ».

Entretien n° 5, 40-50 ans, homme, Ipep

La contrainte budgétaire que formulent les autorités publiques se trouve ainsi progressivement intériorisée par les professionnels de santé chargés de dispenser les soins, voire de les organiser.

Un contexte favorable : une transformation des soins primaires au long cours

Les porteurs de projets ont souvent investi d'autres dispositifs locaux nationaux avant d'entrer dans Ipep ou Peps, tels que les ENMR et ses suites (règlement arbitral, puis ACI relatif aux structures de santé pluriprofessionnelles) ou encore l'expérimentation Asalée (Action de santé libérale en équipe). Les expérimentations étudiées arrivent à un moment où, précisément, les porteurs ont pu tester de nouveaux modes d'organisation. Les expériences précédentes ont contribué à façonner la capacité des porteurs à répondre aux exigences des autorités publiques et, de façon plus pragmatique, à répondre aux appels à projets. Néanmoins, ces nouveaux modes d'organisation constituent à la fois le produit des réformes déjà menées, mais aussi une condition de possibilité pour prendre part aux suivantes. À ce titre, les MSP et pôles de santé se présentent comme une étape de structuration préalable aux réformes qui ont suivi, dans la mesure où elles ont ouvert la voie à une nouvelle logique de rémunération collective dans le but de mettre en œuvre un projet de santé commun. Ces structures constituent une première expérience de travail pluriprofessionnel dont les professionnels de premiers recours se font ensuite les promoteurs. De la même façon, la création des nouveaux groupes professionnels amenés à exercer en maisons de santé, de façon exclusive ou non, contribue aussi à créer davantage d'interdépendance entre les professionnels de soins primaires. Ainsi, les structures d'exercice coordonné peuvent s'appuyer sur des nouveaux segments professionnels – assistantes médicales, infirmières de parcours, coordinatrices – sur lesquels reposent aussi le travail entrepreneurial.

Des logiques d'engagement différentes selon les expérimentations

Les raisons qui poussent les professionnels à participer à l'une ou l'autre de ces expérimentations permettent de mettre en évidence une caractéristique essentielle du travail entrepreneurial, à savoir la recherche continue de ressources matérielles et symboliques permettant de légitimer le changement. Les logiques d'engagement ne sont pas les mêmes d'une expérimentation à l'autre. Dans le cadre d'Ipep, en se positionnant à la pointe des nouveautés dans le domaine des soins primaires, les porteurs de projet reconnaissent chercher à saisir la moindre opportunité d'obtenir des financements supplémentaires pour réaliser les projets qui sont les leurs :

« Parce qu'Ipep, moi je suis devenu un peu... C'est (un ami médecin généraliste) qui disait ça un jour, qu'il était devenu le "pêcheur de sous". Moi, c'est un peu la même chose, je vais chercher des sous pour essayer de pousser les professionnels à travailler autrement ».

Entretien n° 13, plus de 60 ans, homme, Ipep

Par ailleurs, l'expérimentation Ipep se présente, de leur point de vue, comme une prise de risque mineure, dans la mesure où ce nouveau mode de rémunération vient s'ajouter au paiement à l'acte, et non s'y substituer. Elle n'engage pas directement le niveau de rémunération des professionnels de santé :

« Et d'ailleurs, Ipep est construit comme ça : [...] on met des actions en place, si ça ne marche pas, on n'est pas pénalisé, mais si ça marche, on a un intéressement, parce que c'est comme ça que ça fonctionne ».

Entretien n° 5, 40-50 ans, homme, Ipep

« Dans la dynamique, c'est aussi moteur, moteur du changement, quoi ! [...] En plus, Ipep c'est présenté, et cela l'est, sans prise de risques. A la limite, pour l'équipe, ce n'est que du bonus. Donc pourquoi ne pas y aller ? [...] Surtout qu'en plus, ce sont des choses que l'on fait déjà ! ».

Entretien n° 15, 50-60 ans, homme, Ipep et Peps

L'obtention d'enveloppes budgétaires constitue tantôt un moyen de favoriser une extension des prises en charge en impliquant davantage certains acteurs ou en renforçant l'interdépendance entre les professionnels, tantôt un moyen de légitimer certaines activités déjà existantes.

L'expérimentation Peps propose une conception différente de la rémunération des professionnels de santé qui vient se

substituer partiellement ou totalement au paiement à l'acte. En pratique, le forfait concerne uniquement les « patients médecin traitant », tous les autres étant toujours facturés à l'acte. Du côté des porteurs de projet Peps, cela se traduit par un rejet plus prononcé du paiement à l'acte, bien qu'ils restent profondément attachés à d'autres éléments qui caractérisent l'exercice libéral. Cette critique s'était matérialisée dans au moins un groupement par la mise en place préalable d'un partage d'honoraires entre les médecins de la maison de santé. Peps vient alors davantage légitimer des pratiques déjà anciennes chez les médecins libéraux. Le changement de logique promu dans le cadre de l'expérimentation doit permettre de concrétiser une organisation des soins considérée comme « idéale » ou, du moins, de la rendre plus légitime, par exemple en développant la coopération médecin-infirmière :

« Alors nous, on est Peps [...], là, c'est clairement la volonté d'aller plus loin dans la coopération médecins-infirmiers. Donc, c'est réfléchir, au-delà du paiement à l'acte, à des nouvelles organisations entre médecins et infirmiers, des nouvelles organisations de travail, des nouvelles, aussi, modalités de prises en charge ».

Entretien n° 15, 50-60 ans, homme, Ipep et Peps

En particulier, l'expérimentation permet théoriquement de repenser la division du travail et la répartition des tâches au sein des MSP, notamment grâce à la mise en place de procédures de délégation des tâches, que celles-ci prennent place dans le cadre du respect des décrets de compétences qui régissent chaque groupe professionnel ou dans celui des protocoles dérogatoires. Or, le paiement au forfait favorise théoriquement la délégation d'une partie du travail médical à d'autres acteurs, libérant ainsi du temps médical, dans la mesure où la rémunération des médecins apparaît alors moins liée à la quantité d'actes réalisés :

« Donc on a fait le choix de Peps parce que ça nous semblait largement le plus intéressant. Et puis le plus directement en lien avec ce qu'on imaginait de notre activité si elle était forfaitisée en termes de partage ou de transfert de compétences. [...] Enfin, moi, je suis très marqué par le *choosing wisely*, les programmes canadiens [...], enfin d'efficacité et de pertinence, quoi. D'essayer de trouver la bonne solution professionnelle au bon moment, au bon endroit pour le bon patient. Et je rêvais de transférer ça dans mon activité ».

Entretien n° 17, 50-60 ans, homme, Peps et Ipep

Quand bien même l'introduction d'un paiement au forfait signifie s'attaquer frontalement à l'un des piliers historiques de la médecine libérale, les porteurs de projet ont, de la même façon que ceux participant à Ipep, cherché à limiter la prise de risque liée à la dimension expérimentale. En l'occurrence, ils ont souhaité s'assurer une rémunération au moins aussi importante que celle obtenue lorsqu'ils étaient payés à l'acte :

« Donc je leur fais confiance pour qu'il n'y ait pas de pertes (il rit, ton ironique). Je veux dire, j'arrive même à comprendre leur mode de calcul, et, pour le moment, on n'est pas du tout en perte, bien au contraire ! [...] Contrairement à ce qu'on pouvait imaginer au début, je m'étais dit : "c'est un moyen de faire des économies", alors que pas du tout ! C'est juste un moyen d'optimiser ce qu'on dépense. Donc, moi ça me va ... ».

Entretien n° 1, plus de 60 ans, homme, Peps

Cette question de la rémunération apparaît particulièrement sensible au sein des maisons de santé ayant participé à l'expérimentation Peps, sans doute davantage encore qu'au sein des centres de santé où la question se pose moins en raison du salariat. Plusieurs d'entre elles ont ainsi quitté l'expérimentation avant son terme, abandonnant le projet de transition vers un paiement au forfait.

Le travail entrepreneurial dans la construction des projets Ipep et Peps

La construction des projets Peps et Ipep s'appuie sur trois étapes essentielles : la maîtrise de l'information à travers l'organisation d'une veille, la constitution du dossier et la phase de co-construction.

Rester à l'affût : saisir la moindre opportunité

Dans le cadre des projets article 51, le travail entrepreneurial repose d'abord sur la maîtrise continue de l'information qui permet d'être aux avant-postes de la transformation des soins primaires. Une veille des appels à projet est souvent organisée dans les structures pour ne pas rater les opportunités de financement. Cette veille repose le plus souvent sur les épaules de la coordinatrice ou sur d'autres professionnels :

« ... Dans le cadre du fonctionnement de l'institution dont je suis la trésorière, je menais une veille sur les appels à projets pour pou-

voir repérer des financements possibles pour pouvoir concrétiser les projets qu'on avait. Et donc c'est dans ce cadre-là que j'avais repéré l'expérimentation article 51 ».

Entretien n° 9, 30-40 ans, femme, Ipep

La mise en place d'une telle veille apparaît comme le produit des formations suivies par les coordinateurs de MSP. Les effets organisationnels de ce type de formation permettent aux porteurs de projet d'être à l'affût des nouveautés. Par ailleurs, les porteurs qui sont membres d'une association professionnelle ou d'un syndicat peuvent aussi bénéficier d'une information proactive de leur part, la veille étant déléguée à des acteurs extérieurs à la structure d'exercice :

« C'est avec notre fédération nationale, Avec-Santé, puisque l'on est toujours en lien avec tout ce qui est ministère, Cnam, etc. Et donc, on en a entendu parler comme cela ».

Entretien n° 2, 50-60 ans, homme, Ipep

« Je suis membre de l'Union régionale des professionnels de santé libéraux, l'URPS-ML, dans lequel j'ai un rôle au bureau. Et donc par cette entremise-là, j'ai bénéficié d'informations privilégiées par rapport à d'autres, puisque j'ai été rapidement informé qu'il y avait une demande de l'ARS sur des expérimentations article 51. Et les choses ont fait que l'ARS m'a sollicité pour le faire ».

Entretien n° 1, plus de 60 ans, homme, Peps

Dans ce cadre, ils prennent non seulement connaissance de l'existence de tels appels, mais ils sont bien souvent encouragés à le faire, y compris par les tutelles avec lesquelles ils entretiennent souvent des relations privilégiées, tout en bénéficiant parfois d'un appui dans la constitution de leur dossier. Quoi qu'il en soit, cette organisation leur permettant de rester à l'affût des opportunités souligne l'existence chez les porteurs d'un intérêt latent pour ce type d'expérimentations qui lient des modes d'organisation jugés innovants par les autorités publiques – quand bien même ils existent parfois depuis de nombreuses années – et des modes de financement des soins.

Parler le bon langage, manier correctement la forme

La participation des structures à ces expérimentations a reposé sur la réponse à un AMI. L'appel à projet, nouvelle norme d'action publique qui ne relève pas de l'imposition unilatérale, suppose toutefois un apprentissage des critères sur lesquels il repose par les dépositaires, soucieux d'obtenir une évaluation positive du dossier soumis (Breton, 2014). Les porteurs

de projet ont ensuite dû rédiger un dossier de candidature. Celui-ci était relativement peu exigeant puisqu'il demandait uniquement aux porteurs de projet de décrire le territoire sur lequel ils exerçaient, de présenter leur groupement, leurs attentes vis-à-vis de l'expérimentation, les actions déjà réalisées et celles envisagées pour répondre aux besoins de santé de la population, ou encore les fonctions support à disposition :

« C'était un descriptif, on a suivi la trame qui était bien faite et puis on a rempli les cases de la trame, et y'avait des choses qu'on faisait déjà et puis des choses qu'on avait envie de faire et c'était assez clair dans nos têtes. Je pense aussi qu'à partir du moment où on a un peu de temps pour réfléchir à sa pratique professionnelle, et qu'on n'est pas complètement figé dans une posture d'inquiétude sur son chiffre d'affaires, on voit assez bien ce qui peut aider, ce qui peut être développé, ce qui ne sert à rien, mais qu'on fait parce que ça permet de gagner sa vie, etc. On s'est dit : "Plaçons-nous dans une espèce d'idéal, dans l'idéal on gagne notre vie honnêtement" ».

Entretien n° 17, 50-60 ans, homme, Peps et Ipep

Cette trame ne doit pas seulement être vue comme une pure obligation administrative facilitant l'examen de la candidature déposée. Elle impose une certaine façon de penser aux médecins, en les encourageant à mettre en lien certains éléments factuels soulevant des enjeux concernant l'organisation des soins, avec des propositions concrètes pour y répondre. Dans le cadre d'Ipep, par exemple, le dossier de candidature les enjoint à présenter le groupement, en insistant sur les « points forts » et les « points faibles », les « freins » et « leviers » d'amélioration. Dans ce cadre, ils sont aussi invités à caractériser leur territoire d'exercice en précisant les « principales problématiques » qui s'y posent. Ensuite, ils décrivent l'organisation attendue, la dynamique locale et la cohérence avec les autres dispositifs visant la structuration territoriale de l'offre de soins, puis les actions menées par le groupement pour chaque thématique, celles déjà mises en œuvre et celles qui sont envisagées. Le dossier de candidature doit ainsi être considéré comme un véritable support performatif au service de l'épanouissement du travail entrepreneurial (Giraudeau, 2007). Répondre de manière convaincante suppose d'être capable de fournir des informations et des concepts susceptibles de convaincre les autorités publiques :

« Mais je pense que, derrière, écrire un projet, ce n'est pas fait pour tout le monde. [...] Il n'y aura pas toujours des élus comme nous qui voudront bien écrire des projets. On compte

beaucoup sur nous et puis, en même temps, une fois qu'on est lancé, si cela ne marche pas, on a plus des reproches qu'autre chose ».

Entretien n° 12, 40-50 ans, femme, Ipep

La rédaction du dossier de candidature est souvent le produit d'une réflexion collective, et plusieurs professionnels sont souvent impliqués dans la rédaction du dossier, en particulier les coordinatrices, parfois désignées comme « porteuses de projet ». Dans les entretiens réalisés, la dimension collective du travail entrepreneurial est parfois mise au second plan – et par là le travail des coordinatrices de ces structures –, au profit des efforts individuels consentis par les médecins pour mener à bien la candidature de leur structure :

« - Et par rapport à votre intérêt pour le "changement", en tout cas le projet de construction de la MSP, le dossier de candidature pour Peps... Ça représente une charge de travail importante ?

- Oh, considérable, énorme ! Mais bon, je suis hyperactif, je travaille beaucoup, j'ai pas de vacances, j'ai pas de week-end, etc. Donc effectivement, ça n'est pas pour tout le monde, mais bon voilà c'est comme ça. C'est un investissement monstrueux ».

Entretien n° 1, plus de 60 ans, homme, Peps

Les expérimentations article 51 arrivent à la suite d'autres expériences de réforme des soins primaires et de nombreux dispositifs sont amenés à s'articuler entre eux. En particulier, les projets de santé déjà rédigés dans le cadre de la constitution des MSP, et plus encore dans celui des Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), facilitent la réponse à l'AMI :

« C'est pour ça que j'ai pu le faire en 72 heures, c'est parce que tout est là, ça mature, ça mature... Encore une fois, le projet Ipep, il est arrivé voilà, on l'a fait, j'avais déjà le projet de CPTS qui était dans ma tête ».

Entretien n° 4, 50-60 ans, homme, Ipep

Sans nier la charge de travail qui repose sur les épaules des médecins interrogés, il convient de souligner la participation d'autres acteurs, le rôle performatif du dossier de candidature et enfin la possibilité de capitaliser sur leurs expériences d'autres dispositifs innovants.

La co-construction : un effort collectif assumé

Une fois leur dossier retenu, les porteurs de projet sélectionnés à la suite de l'AMI ont participé à une phase de co-construc-

tion du cahier des charges des expérimentations¹. Dans ce cadre, les autorités publiques et les acteurs de terrain ont été amenés à s'appuyer sur des expertises distinctes. En particulier, les médecins ayant participé à cette étape initiale ont bien souvent revendiqué leur expérience de terrain face à des acteurs, en particulier ceux du « ministère ». À ces derniers, ils attribuent une vision désincarnée du système de santé, tournée vers des intérêts autres que les leurs :

« Quand moi j'ai rencontré les gens du ministère, j'avais l'impression qu'ils avaient pas tellement l'habitude d'être avec quelqu'un du terrain. Moi je suis quelqu'un du terrain. Donc si vous voulez, je pense que c'est vachement important que les gens de terrain donnent leur avis aux gens qui gèrent la santé ».

Entretien n° 1, homme, plus de 60 ans, Peps

À la vision surplombante des autorités publiques, les porteurs opposent l'expérience des acteurs du « terrain ». Cette rencontre semble facilitée par le processus de sélection mis en œuvre qui aboutit à la présence de médecins acculturés au langage administratif, fins connaisseurs du système de santé et souvent sensibilisés aux enjeux économiques. La phase de co-construction amorce toutefois des relations poussées entre les groupements expérimentateurs. En effet, l'équipe nationale organise régulièrement des séminaires, des groupes de travail et des réunions de suivi avec les porteurs de projet. On peut alors percevoir une forme de « collectivisation du travail entrepreneurial » (Giraudeau, 2007).

* * *

Les médecins porteurs de projet Ipep ou Peps se distinguent de leurs homologues médecins généralistes en s'engageant activement dans les réformes des soins primaires en cours. La forte présence des représentants syndicaux et professionnels dans les expérimentations apparaît liée à certaines compétences inégalement distribuées chez les médecins généralistes et à un contexte d'exercice, produit des réformes déjà menées, comme le suggérait

¹ Au sujet de la phase de co-construction, son déroulement et la façon dont le cahier des charges a été négocié entre les différentes parties prenantes, voir la thèse en cours de Noémie Morize.

déjà la publication des premiers résultats de l'enquête mettant au jour les logiques de la sélection opérée par les pouvoirs publics (Morize *et al.*, 2021). L'analyse montre ainsi le caractère éminemment collectif du travail entrepreneurial fourni, à la fois dans la fabrique des dispositions sur lesquelles celui-ci repose, mais aussi dans sa mise en œuvre quotidienne, soutenue par d'autres groupes professionnels et par les autorités publiques. Non seule-

ment ils participent aux expérimentations Peps ou Ipep, mais ils se saisissent de nombreuses opportunités pour mener à bien leur projet. Un tel résultat vient interroger la répliquabilité et la généralisation de telles expérimentations. Les prochaines analyses consacrées aux porteurs salariés menées par d'autres membres du collectif Era2 permettront, par comparaison, de préciser le poids de l'exercice libéral dans l'épanouissement du travail entrepreneurial. ♦

POUR EN SAVOIR PLUS

- Bergeron H., Castel P., Nouguez E. (2013). « Éléments pour une sociologie de l'entrepreneur-frontière ». *Revue française de sociologie*, vol. 54, n° 2, p. 263-302.
- Bloy G., Schweyer F.-X. (2010). *Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale*. Rennes : Presses de l'EHESS.
- Bourgeois I., Fournier C. (2020). « Contractualiser avec l'Assurance maladie : un chantier parmi d'autres pour les équipes des maisons de santé pluriprofessionnelles ». *Revue française des affaires sociales*, n° 1, p. 167-193.
- Breton E. (2014). « Répondre à l'appel (à projets). Récits d'un apprentissage silencieux des normes de l'action publique patrimoniale ». *Politix*, n° 105, p. 213-232.
- Chauvin P.-M., Grossetti M., Zalio P.-P. (2014). *Dictionnaire sociologique de l'entrepreneuriat*. Paris ; Presses de Sciences Po.
- Fournier C., Frattini M.-O., Naiditch M. (2014). « Dynamiques professionnelles et formes de travail pluriprofessionnel dans les maisons et pôles de santé. Analyse qualitative dans le cadre des Expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR) ». *Irdes, Questions d'économie de la santé*, n° 200.
- Giraudeau M. (2007). « Le travail entrepreneurial, ou l'entrepreneur schumpéterien performé ». *Sociologie du travail*, vol. 49, n° 3, p. 330-350.
- Hassenteufel P., Naiditch M., Schweyer F.-X. (2020). « Les réformes de l'organisation des soins primaires : perspectives multi-situées. Avant-propos ». *Revue française des affaires sociales*, n° 1, p. 11 à 31.
- Hassenteufel P. (1999). *Les médecins face à l'État. Une comparaison européenne*. Paris : Presses de Sciences Po.
- Morize N., Bourgeois I., Fournier C. (2021). « Renouveler l'action publique en santé : un article (51) pour expérimenter avec les organisations de santé ». *Irdes, Questions d'économie de la santé*, n° 261.
- Moyal A. (2019). « Rationalisation des pratiques professionnelles en maisons de santé pluriprofessionnelles. Le paradoxe d'un exercice sous contraintes ». *Revue française de sciences politiques*, vol. 65, n° 5-6, p. 821-843
- Obléd L., Townsend A., Lemaire N. (2020). « Innover dans la conduite de projets d'expérimentation d'initiative nationale : quand les pouvoirs publics coconstruisent avec les acteurs de terrain ». *Revue française des affaires sociales*, n° 1, p. 385-393.
- Robelet M. (2003). « La grande désillusion des médecins libéraux : entre la tentation de la division et l'espoir de l'unité retrouvée », in de Kervasdoué J. *La crise des professions de santé*. Paris : Dunod.
- Steffen M. (1987). « Les médecins et l'État en France ». *Politiques et management public*, vol. 5, n° 3, p. 19-39.
- Vezinat N. (2020). « La promotion conjointe des maisons de santé pluriprofessionnelles : "une communauté d'intérêt" entre association professionnelle et autorités sanitaires ». *Revue française des affaires sociales*, n° 1, p. 79-101.
- Vezinat N. (2019). *Vers une médecine collaborative. Politique des maisons de santé pluriprofessionnelles en France*. Paris : Puf.