



HAL
open science

La géographie (dés)organisante : savoirs, pouvoirs, normes - analyse interprétative du dispositif de gestion de la santé en région Centre-Val de Loire

Florent Giordano

► To cite this version:

Florent Giordano. La géographie (dés)organisante : savoirs, pouvoirs, normes - analyse interprétative du dispositif de gestion de la santé en région Centre-Val de Loire. Gestion et management. Université de Tours, 2017. Français. NNT : . tel-01863656

HAL Id: tel-01863656

<https://shs.hal.science/tel-01863656>

Submitted on 28 Aug 2018

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

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

L'université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans cette thèse. Ces opinions doivent être considérées comme propres à l'auteur.

Remerciements

À rebours de l'idée reçue selon laquelle la thèse est un travail solitaire, j'ai, et je suis loin d'être le seul, tendance à l'envisager avant tout comme un dialogue permanent : avec des auteurs pendant la revue de littérature, avec des personnes interrogées lors de la phase de terrain, au cours de différents points d'avancement avec des chercheurs et avec des collègues et amis partageant plus ou moins nos préoccupations. Ces quelques lignes sont là pour les remercier.

En premier lieu, je tiens à remercier Joan LE GOFF qui a encadré ce travail doctoral avec patience depuis septembre 2013 et qui n'a pas fui devant les environ 459 mails (à la date du 8 septembre 2017) envoyés pendant cette thèse. Son soutien décisif et ses indications précieuses tant dans la conduite de cette thèse que lors de mes premiers pas d'enseignants ou dans la découverte des processus administratifs m'ont permis d'avancer sereinement jusqu'au point final.

Denis MALHERBE, qui m'a co-encadré lors du mémoire de recherche à l'IAE de Tours a aussi beaucoup compté dans cette thèse : au-delà de l'amitié entre deux chercheurs, l'apprentissage de sa méthode de relecture lors de la valorisation dudit mémoire, digne du gueuloir flaubertien, m'accompagne aujourd'hui encore dans la plupart de mes écrits académiques.

Cette thèse a fait l'objet d'un financement (contrat doctoral) attribué par la région Centre dont je salue ici la politique particulièrement volontariste. Je tiens aussi à exprimer ma plus vive reconnaissance à Daniel LEROY, Romaric NKOK et Julie LEROY pour m'avoir préparé à l'audition me permettant d'obtenir ce contrat. Je souhaite également remercier la direction de l'IAE de Tours, nommément Patricia COUTELLE et Éric-Alain ZOUKOUA

REMERCIEMENTS

puis Arnaud RIVIÈRE, pour m'avoir accueilli comme ATER à l'IAE pendant les 2 ans qui ont suivi ce contrat doctoral. Pendant ces quatre années, j'ai pu apprécier l'ambiance parfois festive régnant à l'IAE de Tours et je salue l'ensemble du personnel administratif et enseignant pour avoir su constituer ce cadre convivial indispensable à la rédaction d'une thèse. Corinne TOURET et Jean-Philippe LAFONTAINE ont été les premiers à m'avoir fait confiance pour enseigner à des étudiants en formation initiale, pourtant parfois plus âgés, dès ma première inscription en doctorat. Je les remercie beaucoup pour cela.

Au cours de cette thèse, j'ai pu bénéficier de nombreux retours d'enseignants chercheurs et de doctorants que cela soit au cours de réunion de recherche organisées par le laboratoire VALLOREM que lors d'ateliers doctoraux comme ceux organisés par l'AIMS ou par le *Doctoral Workshop* francophone autour des *Critical Management Studies*. Je tiens ici à particulièrement remercier Gérard KÆNIG, Damien TALBOT, Anne-Laure SAIVES, Mathias BÉJEAN, Denis CHABAULT, Jean-Paul DUMOND, Rémi JARDAT, Bénédicte VIDAILLET, Corinne VERCHER-CHAPTAL, Nathalie DUBOST, Véronique PLICHON ainsi que Julienne BRABET, Véronique PERRET et Stéphan PEZÉ pour leurs remarques particulièrement constructives.

Benoît JOURNÉ, Éric PEZET, Corinne LARRUE et Daniel LEROY ont accepté la lourde tâche de faire partie de ce jury de thèse et je les en remercie.

Même si je ne peux pas les citer nommément, je tiens à sincèrement remercier toutes les personnes interrogées qui ont accepté de participer à cette thèse en nourrissant mon travail empirique. Compte tenu du sujet et des enjeux politiques qu'il peut engendrer, accepter de répondre à ces questions est une véritable preuve de confiance dont j'espère être digne dans l'exposé de cette thèse.

J'ai vécu une grande partie du master recherche puis de cette thèse dans un bureau mis à disposition par l'université où de sympathiques collègues m'ont permis de supporter les moments pas toujours réjouissants qui font partie de la vie de doctorant (au hasard corrections de copies et retranscriptions d'entretiens). Je suis donc ravi de payer mes dettes à, dans le désordre, Simon BICHON, Frédérique LETORT, Julie DEMARET, Adama NDIAYE, Adeline BUTON, Tannaz VAZIRI, Koffi Selom AGBOKANZO, Clément DESGOURDES, Marianne CAPDEVIELLE, Francklin GLIDJA, Fanny PARIS, Mariem GHARES, Juliette ÉVON,

REMERCIEMENTS

Margaux NISTAR, Adeline MBASSI, Jérôme BOISSEL, Jean-François GARCIA et Jacques MOREAU.

Une partie de cette thèse m'a entraîné vers les méandres de l'interdisciplinarité, encouragée par la défunte association des doctorants en sciences humaines et sociales de Tours dont je salue ici quelques membres que j'ai été ravi de côtoyer : Ece ARSLAN, Benoît HAUG, Sarah-Anaïs ACHACHE, Stéphanie GOSSET, Hadrien ROZIER, Marie HUYGHE, Clémentine RUBIO, Bruno HERVÉ, Quentin VERNEAU et Zara FOURNIER. Merci également à Lydia SEABRA de la MSH pour son soutien, jusque dans la réservation de la salle en prévision de la soutenance.

Cette thèse, surtout vers la fin, m'a éloigné d'un certain nombre d'amitiés et de relations familiales à qui je me dois de dédier ce travail doctoral. Pas de noms ici, ils se reconnaîtront.

REMERCIEMENTS

Résumé

La question principale de cette thèse peut être formulée ainsi : Comment les discours, normes et pratiques spatiales peuvent, dans le cadre d'une relation inter-organisationnelle, produire un bon comportement spatial des agents dans une relation de délégation ? Ancré en management stratégique, notre cadre théorique mobilise des approches issues de la géographie et le concept foucauldien de dispositif.

Pour répondre à cette problématique, nous avons construit une méthodologie à partir d'une étude de cas telle que définie notamment par YIN (2014). Ce cas, la gestion de la santé en région Centre, est notamment articulé autour de l'activité du régulateur public portant le dispositif : l'agence régionale de santé du Centre. Pour étudier l'évolution du dispositif, nous nous sommes également intéressé aux discours, normes et pratiques spatiales des acteurs gravitant dans le champ de la santé.

L'analyse du matériau empirique fait ressortir la création d'une chaîne d'auto-régulation inter-organisationnelle permettant de diffuser ce dispositif reposant sur trois types d'espace, absolu, relatif et relationnel en donnant l'illusion à chacun des maillons qu'il est responsable de ses actions. Nous mettons aussi en évidence le caractère autonome du dispositif qui produit à la fois des marges de manœuvres pour les acteurs et des résultats parfois contre-productifs vis-à-vis de la politique initialement portée par le mandant.

Mots-clé : Espace, approche foucauldienne, contrôle inter-organisationnel, système de santé

Abstract

The main question of this thesis can be formulated as follows: How can discourses, norms and spatial practices, in the context of inter-organisational relations, produce good spatial conduct of agents in a relation of delegation? Rooted in strategic management, our theoretical framework mobilise approaches from the field of geography and the Foucauldian notion of *dispositif*.

In order to respond to this theoretical issue, we have established a methodology based on a case study as defined by Yin (2014). In this case, the management of the health system in the region of Centre is organised by a public health agency called Agence régionale de santé du Centre. To understand the evolution of the *dispositif*, we have also studied the discourses, norms and spatial practices of other organisations in the health field.

The analysis of the empirical material shows the creation of an inter-organisational self-regulation chain, enabling the dissemination of this *dispositif* based on three types of space (absolute, relative and relational) by giving the illusion to each one of these links that he is responsible for his actions. We also highlight the independent nature of the *dispositif* that can create room for manoeuvre for actors as well as results that are sometimes counter-productive with regard to the original policies of the mandator.

Keywords: Space, Foucauldian approach, Inter-organisational control, Health System

ABSTRACT

Sommaire

Remerciements	iii
Résumé	vii
Abstract	ix
Introduction générale	1
I Développer un regard critique sur le contrôle spatial inter-organisationnel	11
Introduction de la première partie	13
1 Espace et contrôle inter-organisationnel : envisager l'espace dans toutes ses dimensions	17
2 Le dispositif et son « épistémologie embarquée » comme cadre d'analyse	41
3 Trois histoires : santé, étatisation et territoire, de ne rien faire à faire faire	67
4 Une étude de cas permettant d'étudier les tensions du dispositif inter-organisationnel	101
Conclusion de la première partie	127
II Un dispositif de contrôle spatial différencié	131
Introduction de la seconde partie	133

SOMMAIRE

5	Responsabiliser pour créer du réseau inter-organisationnel et une nouvelle gradation, la politique pour les établissements	135
6	Répartir le libéral pour accompagner la regradation des établissements : un mirage ?	179
7	Localiser, mettre en réseau, diffuser : actions en santé publique environnementale	201
8	Contournements, jeu et autonomie du dispositif spatial	225
9	Discussion : Un dispositif de gestion spatial constituant un cadre d'action	247
	Conclusion générale	265
III	Annexes	277
	Les dessins du système de santé collectés au cours de la thèse	279
	Table des matières	297
	Table des figures	305
	Liste des tableaux	307
	Liste des cartes	309
	Liste des encadrés	311
	Liste des dessins du système de santé	313
	Bibliographie	315
	Glossaire	343
	Index	349

Introduction générale

« Tomber malade », vieille notion qui ne tient plus devant les données de la science actuelle. La santé n'est qu'un mot, qu'il n'y aurait aucun inconvénient à rayer de notre vocabulaire. Pour ma part, je ne connais que des gens plus ou moins atteints de maladies plus ou moins nombreuses à évolution plus ou moins rapide. Naturellement, si vous allez leur dire qu'ils se portent bien, ils ne demandent qu'à vous croire.

Knock ou le Triomphe de la médecine de Jules ROMAINS, Acte II, Scène 3

Par ces mots, le docteur Knock, héros éponyme de la pièce de théâtre notamment mise en scène par Roger Goupillières et Louis Jouvet en 1933, décrit sa méthode pour transformer le cabinet moribond du docteur Parpalaid en une affaire tout à fait lucrative : communication publicitaire, entente avec les notables (instituteur, pharmacien, hôtelière qui verra son établissement transformé en hôpital de fortune), mise en place de consultations gratuites pour attirer le chaland, de tarifs préférentiels selon les revenus et le lieu de résidence des clients et manipulation de la population. Tout concourt à transformer un village paisible et bien portant en population fragile rendant visite très régulièrement à leur bon médecin.

Si la farce est grinçante, et toujours d'actualité au moment où la vaccination et les laboratoires pharmaceutiques sont plus que jamais regardés avec suspicion, elle met en scène une interrogation forte du savoir scientifique : le discours produit par la science et son représentant n'est pas neutre, mais est performatif — il produit ici un état objectif, celui de malade — et toujours inscrit dans une logique de pouvoir, ici la construction d'une

clientèle, mais ailleurs d'une population aux mœurs déviantes qu'il faudrait remettre sur le droit chemin.

Cette dénonciation de la fausseté et de l'intentionnalité du pouvoir scientifique n'est pas l'apanage de la littérature et, aussi ancienne que la science elle-même, trouve naturellement des échos dans les travaux des scientifiques eux-mêmes pour la renforcer, la dénier, ou l'interroger dans le but de mettre au jour ses soubassements idéologiques pour construire une autre connaissance scientifique. Les sciences de gestion se trouvent, tout comme la médecine, assez facilement dans le viseur de ces critiques jugeant, parfois avec raison, que la dimension proprement politique de certaines techniques ou discours à destination du dominant pour gérer le dominé (BRABET & BOURNOIS, 1993 ; BOUSSARD, 2008) est niée au profit d'une rassurante neutralité. Si ces critiques émanent volontiers de plusieurs domaines de connaissances, au premier rang desquels la sociologie, les sciences de gestion partagent cette ambition dans un mouvement réflexif et de nombreux chercheurs de cette discipline se revendiquant de telles approches se sont rapidement fédérés sous l'étiquette des *Critical Management Studies* ci-après CMS¹.

Notre thèse s'ancre pleinement dans cette dernière perspective et, intégrant le *spatial turn* dans les sciences sociales (SOJA, 1989), vise à interroger la manière dont plusieurs géographies s'affrontent dans un champ inter-organisationnel, celui de la santé, dans une perspective de contrôle. En soi, cette remise en cause de la neutralité de la géographie est loin de constituer une nouveauté. En effet, de nombreux travaux portant sur l'utilisation des résultats d'études dans des zones de conflits (LACOSTE, 1976b) ou de justification théorique ou cartographique de l'expansion coloniale (RAFFESTIN, 1980 ; HARLEY, 1995 ; MONMONIER, 2004) permettent de mettre en évidence l'instrumentalisation ou la rationalité se cachant derrière des représentations neutres de l'espace. La singularité de notre approche réside en grande partie dans notre ancrage disciplinaire, le management stratégique : il ne s'agit pas de comprendre la construction de l'espace et ses rationalités en tant que telles en étudiant un discours géographique, mais, en mobilisant une approche généalogique issue de l'œuvre de Michel FOUCAULT, de comprendre ses modalités d'inscription concrètes dans un

1. Ces critiques ont toutefois une origine commune puisque les premiers chercheurs en gestion se revendiquant de la communauté des CMS sont des anciens sociologues ayant dû se reconverter pédagogiquement suite à une forte restructuration du fonctionnement universitaire lors du gouvernement porté par Margaret THATCHER. Voir FOURNIER et GREY (2000) pour une brève histoire de l'émergence des CMS.

dispositif de contrôle inter-organisationnel, ses discours, ses normes, ses pratiques. Ainsi, nous formulons notre problématique (encadré 1).

Encadré 1: Problématique de notre recherche

Comment le dispositif de contrôle spatial structure un champ d'action inter-organisationnel et, dans l'interaction avec les membres du champ, peut se transformer et révéler les asymétries organisationnelles du réseau ?

Sur le plan théorique, cette recherche part du constat, que nous développerons plus en détail dans la première partie de cette thèse, selon lequel l'espace n'est pas intégré dans l'étude du contrôle inter-organisationnel. Résulte de la volonté de combler cette lacune dans la littérature la mise en évidence d'une autre limite des recherches croisant espace et sciences de gestion : reposant essentiellement sur des approches fondées sur l'économie², ces travaux ne parviennent pas à mobiliser simultanément les trois dimensions de l'espace que sont l'espace absolu, relatif et relationnel (HARVEY, 2010a). Il s'agit donc pour notre recherche à la fois de résoudre un problème théorique et de mettre en évidence l'intérêt d'un cadre fondé sur la géographie, espérant, par cette occasion, contribuer à un rapprochement entre ces deux sciences.

Sur le plan managérial ou pratique, même si la recherche se revendiquant des CMS nous invite à nous méfier du destinataire de cette réflexion pratique, nous considérons que l'analyse du dispositif dans le contexte de la gestion de la santé en région Centre permet de mettre en exergue à la fois les asymétries inter-organisationnelles pour les acteurs englués dans le dispositif et les lacunes d'une politique publique qui concernent directement la vie des habitants résidant en région Centre. Même si, et on le verra en conclusion, la mise en évidence de cet apport managérial nécessiterait une forme de médiation vis-à-vis des destinataires, nous pensons que « rendre la réalité inacceptable », selon les mots de BOLTANSKI (2008), permettrait de susciter une mobilisation susceptible sinon de renverser un système inégalitaire, *a minima* de redonner du pouvoir à un citoyen perdu en traduisant, en termes accessibles, un dispositif masqué sous une épaisse langue administrative.

2. Ou reprenant ses présupposés en dépit d'une volonté d'interroger la géographie : (RAULET-CROSET, 2008).

Méthodologie

Pour répondre à cette problématique, nous avons eu recours à la méthode des cas telle que définie notamment par YIN (2014). Le cas retenu, pour sa portée heuristique est celui du champ de la gestion de la santé en région Centre³ qui nous semble particulièrement intéressant du fait de son modèle inter-organisationnel. En effet, une structure étatique est chargée de mettre en œuvre une politique santé sur l'espace régional en déléguant auprès d'acteurs sur le territoire, l'agence n'effectuant aucune action de santé par elle-même. Il s'agit d'un contexte qui nous a semblé favorable pour étudier le contrôle inter-organisationnel, la dimension spatiale étant qui plus est au cœur des missions de l'agence par son périmètre d'action.

Le cas retenu ne s'arrête pas, conformément à la définition du dispositif, au seul cadre de l'agence et interroge les discours, normes et pratiques d'autres acteurs gravitant dans le champ de la santé : établissements, opérateurs de prévention, élus locaux, associations d'usagers. Chacun est désigné comme jouant un rôle dans la construction de la gouvernance territoriale de ce système de santé (démocratie sanitaire) et interroger ces acteurs fut autant un moyen d'atteindre la saturation sémantique que de croiser les sources pour étudier le dispositif. Nous avons également eu recours à un matériau empirique secondaire particulièrement important (en proportion) dans le but d'analyser le fonctionnement du dispositif, que cela soit des rapports et des documents mis en ligne par les différents acteurs ou collectés au cours de notre enquête que de bases de données librement accessibles (OpenData).

La méthode que nous avons choisie pour étudier ce matériau empirique relève de l'analyse de discours (BLANC, DRUCKER-GODARD & EHLINGER, 2014) avec une logique en trois temps : d'une part la découverte sensible des données, puis l'application d'une grille issue de la littérature foucauldienne (*cf* : encadré 4.3 page 117) et enfin une reconstruction de la grille afin de mettre en évidence les liens du dispositif. Cette phase d'analyse qualitative du matériau empirique a été effectuée en parallèle d'une analyse proprement spatiale à

3. Renommée en 2016 à la faveur du vote de la réforme territoriale région Centre-Val-de-Loire. Dans cette thèse, les termes région Centre et Centre-Val-de-Loire sont utilisés indifféremment par nos interlocuteurs donc nous n'avons conservé les deux termes.

l'aide d'un système d'information géographique utilisé pour générer des théories, croiser des données voire produire des résultats comparés à ce que nous avons trouvé lors de l'analyse textuelle, ces deux processus s'enrichissant mutuellement jusqu'à la saturation théorique.

Ainsi, la thèse que nous voulons défendre dans cette recherche doctorale peut être résumée de cette manière :

Encadré 2: Thèse de cette recherche

Fondé sur un assemblage intégrant des discours, normes et pratiques relevant de l'espace métrique, relatif et relationnel, mais aussi, plus curieusement, de règles à première vue non spatiales, le dispositif se légitime et se diffuse via la création d'une chaîne d'organisations qui dissimule les logiques de contrôle en transformant les organisations prises dans ce dispositif en responsable de leur survie dans leur espace via la constitution d'un monopole zonal naturalisé pourtant mis en œuvre via des mécanismes de marché.

Pourtant, en examinant plus attentivement ce dispositif, le monopole spatial n'en est pas un et les organisations sont très fortement incitées à s'auto-réguler en collaborant entre espaces par les normes, discours et pratiques au sein du dispositif. En cas d'échec des agents, les zones sont délaissées et les habitants livrés à eux-mêmes.

Prenant appui sur la définition foucauldienne du dispositif qui envisage l'autonomisation possible vis-à-vis de l'intention du mandant, nous mettons également en évidence que l'assemblage de normes, discours et pratiques du dispositif contribue à créer des marges de liberté pour les acteurs pris en son sein, mais aussi peut contribuer à maintenir ou à creuser les problèmes stratégiques qui l'ont fait naître, ainsi en créant de telles zones défavorisées ou en les déplaçant.

Nous retraçons maintenant le cheminement nous ayant permis d'arriver à ces conclusions.

L'architecture de la thèse

Cette recherche est constituée de 9 chapitres répartis en deux parties :

- la première partie, composée de 4 chapitres, constitue l'architecture théorique et méthodologique de la thèse : à partir de la question de recherche initiale, nous construisons une problématique et une méthodologie de collecte et de traitement du matériau empirique permettant d'apporter des éléments de réponse à ce que nous avons identifié comme un vide théorique.
- Ainsi, le chapitre 1 souligne l'absence de recherche portant sur le contrôle inter-organisationnel s'intéressant à l'espace et défend qu'il est nécessaire de dépasser

- les approches classiques spatiales en sciences de gestion, issues de l'économie, pour envisager ce vide dans la littérature de manière pertinente. Il se complète par une revue de la littérature des approches en géographie permettant de penser le contrôle inter-organisationnel et conclut sur la fertilité de s'ancrer dans un cadre foucaldien, tant en sciences de gestion qu'en géographie.
- Prolongeant le défrichage de la pensée foucaldienne le chapitre 2 s'attache à définir le cadre conceptuel de la thèse, le dispositif, dont les emplois fréquents et divers rendent son usage ardu sans un travail de définition préalable. Découle de l'ancrage foucaldien du concept de dispositif son articulation avec une certaine vision de la stratégie comme pratique (ci-après SAP) et la justification du recours à la méthode qualitative de l'étude de cas.
 - Le chapitre 3 décrit de manière approfondie le contexte du cas retenu, celui de la santé en région Centre en racontant trois histoires qui se croisent : la construction du système de santé en France, le développement de la politique d'aménagement du territoire après la Seconde Guerre mondiale et l'arrivée puis l'institutionnalisation du management public dans la gestion de l'État français. La loi HPST, votée en 2009 et créant les agences régionales de santé, est ensuite décrite comme représentant un point de croisement particulièrement saillant de ces trois logiques.
 - Enfin, le chapitre 4 décrit la méthodologie mise en œuvre dans ce travail doctoral : la collecte du matériau empirique primaire et secondaire puis leur analyse dans le but d'atteindre à la fois la saturation sémantique et théorique (*cf : supra* dans la présente introduction).
 - la seconde partie, qui est constituée de 5 chapitres représente le volet empirique et analytique de notre thèse. La *thick description* du cas est organisée autour de trois chapitres présentant la constitution du dispositif selon les acteurs de santé (établissements, libéraux et opérateurs de santé publique et environnementale). Un chapitre vient ensuite mettre en évidence le contournement et l'autonomie du dispositif et il est suivi d'un dernier chapitre représentant la discussion des résultats de la thèse.

- d’abord, le chapitre 5 consacré aux établissements relevant du champ sanitaire et médico-social, qu’ils soient publics et privés, lucratifs ou non décrit les différentes méthodes de contrôle mis en œuvre pour contrôler spatialement l’activité de ces établissements et constituer une nouvelle gradation au niveau régional par la contractualisation, la T2A ou la mise en œuvre de seuils.
- ensuite, le chapitre 6 qui porte sur l’organisation spatiale de l’exercice libéral met en évidence l’articulation entre le recul des établissements et la tentative de les remplacer par des opérateurs libéraux, principalement par des mécanismes incitatifs (marketing territorial, installation de visioconférence, aides spécifiques).
- puis, le chapitre 7 a pour objet les opérateurs de santé publique et environnementale qui, malgré une place réduite dans le budget de la santé, sont amenés à jouer un grand rôle dans l’état de santé de la population. Sont exposés dans ce chapitre les mécanismes permettant de contrôler localisation et mise en réseau de ces acteurs, en particulier à l’aide du mécanisme des contrats locaux de santé.
- suivi du chapitre 8 dont le but est de montrer comment le dispositif, par les discours, normes et pratiques des différents acteurs gravitant dans le champ de la santé en vient à acquérir une certaine forme d’autonomie.
- finalement, le chapitre 9 constitue la discussion de la thèse et vise à dégager des quatre chapitres précédents les éléments répondant à notre problématique.

À l’issue de ces développements, une conclusion générale vient résumer les principaux apports de cette recherche, mettre en exergue ses limites et esquisser les voies de recherches futures.

Trois remarques conclusives

Dans un article aujourd’hui considéré comme classique, FOURNIER et GREY (2000) rappellent les enjeux des recherches se revendiquant des *Critical Management Studies* et soulignent notamment la nécessité de réflexivité inhérente à la posture du chercheur et à son rôle dans la société. Ceci posé, les questions de santé, de normes, de management public et d’aménagement du territoire évoquées plus haut dans l’introduction imposent dès

à présent quelques clarifications tant les injonctions d'engagement politiques, de part ou d'autres sont prégnantes. Il ne s'agit pas ici de revendiquer une posture politique et de la brandir tel un étendard, mais plutôt de répondre par avance à quelques questionnements que ne manqueront pas de poser ce sujet et ce choix de terrain. Une telle démarche peut assurément surprendre tant la neutralité axiologique revendiquée s'avère la norme dans la publication scientifique et singulièrement en sciences de gestion, mais, à la suite de MORELLE et RIPOLL (2010, p. 157), nous jugeons que cette démarche s'applique à tous dans la mesure où le chercheur est nécessairement « impliqué objectivement (et subjectivement) [...] », dans son objet comme dans la société qui lui permet de faire son travail, de toucher (parfois) un salaire » :

- Évoquée par *Knock* plus haut, Une première question à se poser renvoie à la notion de santé : qu'est-qu'êtré en bonne santé ? Les premiers travaux de Michel FOUCAULT portant sur l'histoire de la folie à l'âge classique (FOUCAULT, 1961) — qui ne sont pas mobilisés dans cette thèse, nous nous rattachons à la période dite généalogique, *cf* : plus loin — nous ont appris à questionner les définitions de la santé, en y cherchant, notamment par la délimitation entre la folie et le sain d'esprit, les signes d'un processus de marginalisation des individus jugés indésirables par la société.
- Un autre questionnement normatif est celui de la (fausse?) alternative suivante décrite par ESTÈBE (2015) : favoriser des métropoles où se concentrent la majorité de la population ou pratiquer l'égalité (ou égalitarisme) territorial quitte à instaurer une discrimination positive envers les zones rurales fort coûteuse pour le contribuable et dont l'utilité est parfois contestée, au risque de créer des espaces de relégation.
- Enfin, un troisième enjeu qui nous paraît aussi miné et renvoie plus directement à notre propre discipline : faut-il considérer la santé comme un marché comme les autres avec des établissements gérés comme des entreprises, par des indicateurs ou la mise en concurrence et légitimer ainsi notre terrain de recherche ? Ou refuser l'acception selon laquelle la santé est un bien de consommation et ne rentre pas dans le jeu marchand ?

Aussi passionnants soient-ils, ces pôles de tension politiques qui n'ont pas manqué de traverser à un moment ou un autre notre réflexion doctorale, de faire l'objet de discussions

entre les acteurs interrogés, au cours de notre phase empirique ou de choix politiques au moment de la rédaction des présentes lignes ne représentent pas l'objet de cette thèse : certes, des asymétries inter-organisationnelles que nous pouvons relever entre les acteurs peuvent découler des conséquences sur chacune de ces questions, mais l'enjeu n'est pas, pour nous, de prendre parti sur ces questions, simplement d'en indiquer les possibles conséquences dans la phase conclusive de notre travail.

Remarque concernant l'impression du manuscrit

Cette thèse possède quatre illustrations qui nécessitent une sortie couleur pour être compréhensibles (pages 99, 183, 203 et 208). Les autres illustrations sont soit directement construites en noir et blanc, soit restent compréhensibles malgré l'absence de couleur. Si vous disposez d'un tirage noir et blanc ne permettant pas la lecture des quatre illustrations évoquées précédemment, merci de me contacter à giordano.florent@icloud.com pour obtenir une version électronique du manuscrit.

Première partie

Développer un regard critique sur
le contrôle spatial
inter-organisationnel

Introduction à la première partie

Depuis la définition des fonctions administratives exercées par les gestionnaires par FAYOL et le fameux POCCC¹, le contrôle apparaît comme l'une des missions principales des gestionnaires. Il s'agit de s'assurer que la mission confiée à un tiers est exécutée convenablement. Face à cette exigence, la littérature en sciences de gestion se divise en deux grandes catégories : soit elle postule le contrôle comme légitime et propose des cadres analytiques et outils favorisant sa mise en œuvre, soit, plus rarement, elle considère que celui-ci entraîne souffrance et aliénation chez le salarié et qu'il convient de dénoncer en quoi ces techniques favorisent la construction et pérennisation des inégalités entre les salariés et entre les organisations.

Dans ce dernier cas, qui se rattache pleinement au projet des *Critical Management Studies*, il s'agit souvent d'étudier la manière dont ce contrôle s'exerce, que cela soit de façon explicite, par la signature d'un contrat par exemple ou implicite par la diffusion de normes sociales entre sous-traitants et donneur d'ordre. Fondée sur l'existence d'un *spatial turn* dans les sciences sociales (SOJA, 1989) que l'on retrouve en science de gestion (CLEGG & KORNBERGER, 2006), notre réflexion s'interroge sur le rôle joué, dans cette régulation, par l'espace. Espace qui n'est pas considéré comme existant indépendamment des acteurs, mais comme une construction, une écriture, une géographie. Ce premier questionnement, qui sert de fil directeur à notre travail doctoral, se voit rapidement doublé d'une préoccupation conceptuelle car il permet de mettre au jour une vision lacunaire de l'espace en sciences de gestion, fondé essentiellement sur les approches économiques. Partant, notre recherche, en revenant à la science de l'espace et des sociétés, la géographie, s'interroge sur la manière

1. Prévoir, Organiser, Coordonner, Commander, Contrôler

dont l'écriture de l'espace, incarnée par ses discours, normes et pratiques peut entraîner la construction d'un bon comportement spatial et social chez les organisations qui sont prises au sein du dispositif de contrôle (chapitre 1)

Le recours au concept de dispositif nécessite quelques clarifications en sciences sociales et en science de gestion en particulier dont l'usage peut être caractérisé par une large plasticité au cours du temps. C'est en revenant à la définition originelle proposée par FOUCAULT (1994) et en la resituant dans l'œuvre du philosophe qu'elle acquiert selon nous la portée heuristique et critique pertinente pour l'analyse de cette thèse. Revenir à ce sens original transforme toutefois notre question de recherche en intégrant notamment l'idée d'un pouvoir diffus au sein du dispositif, particulièrement intéressant dans un cadre inter-organisationnel et dont le fonctionnement et les buts peuvent acquérir une certaine forme d'autonomie, ou de remplissage stratégique. À partir de ce travail de définition, nous montrons que la méthode la plus adaptée pour conduire notre recherche réside dans l'utilisation de l'étude de cas (chapitre 2).

Nous décrivons ensuite le contexte du cas retenu en rappelant comment le système de français s'est construit à partir du début du xx^e siècle et plus précisément, comment à la confluence de trois histoires, celle du système de santé, de l'aménagement du territoire et du management public, s'est constitué un terrain particulièrement fertile pour notre recherche : une agence, c'est-à-dire une autorité administrative chargée de réguler le système de santé en organisant l'exécution et la coordination de missions concourants à l'amélioration de la santé de la population sur un espace défini, ici la région Centre. C'est donc en examinant la manière dont cette organisation, l'agence régionale de santé, construit un dispositif et ses différentes mutations que nous pensons examiner la manière dont la géographie est amenée à jouer un rôle décisif dans la régulation inter-organisationnelle. (chapitre 3).

Le dernier chapitre de cette première partie est consacré à l'explication de notre démarche méthodologique, décrivant la manière dont le matériau empirique a été collecté en respectant les préceptes édictés par YIN (2014) par croisement des sources entre des données primaires et secondaires jusqu'à saturation sémantique (GOMBAULT, 2005). Ensuite, en décrivant notre méthode d'analyse fondée à la fois sur un processus de codage en trois étapes et sur l'utilisation d'un système d'information géographique (ci-après SIG), nous

INTRODUCTION DE LA PREMIÈRE PARTIE

mettons en évidence la démarche ayant permis d'atteindre la saturation théorique. Enfin, dans une phase conclusive, nous présentons le choix qui a été opéré pour mettre en valeur les résultats dans la partie II.

Chapitre 1

Espace et contrôle inter-organisationnel : envisager l'espace dans toutes ses dimensions

À l'heure de la mondialisation des échanges, de l'accélération du temps (ROSA, 2010), il peut paraître singulièrement rétrograde pour ne pas dire passéiste de s'intéresser aux questions spatiales en sciences de gestion. En effet, le développement technologique permet à quiconque de dialoguer à moindre coût quelle que soit la distance ou de se faire livrer un bien en quelques jours directement chez lui. La disparition, au moment de l'écriture de ces lignes, du groupe thématique « Stratégie, Espace et Territoire » au sein de la principale association francophone consacrée à notre champ d'étude, le management stratégique, tend à confirmer le déclin de l'intérêt consacré à ce champ scientifique.

Partant d'une question de recherche — celle de notre travail doctoral — consacrée à la prise en compte de l'espace dans le contrôle inter-organisationnel, nous avons été rapidement confronté à la limite des approches gestionnaires travaillant sur l'espace : en effet, mobilisant une littérature provenant essentiellement de l'économie, elles peinent à envisager ensemble l'espace selon ses trois dimensions : absolu, relatif et relationnel. Dès lors, c'est en revenant à une discipline visant à étudier l'espace et la structuration spatiale

des rapports humains, la géographie, que nous pouvons développer un cadre apte à saisir le contrôle spatial inter-organisationnel dans toutes ces dimensions. Une possibilité qui pourrait, selon nous, renouveler l'intérêt porté aux approches spatiales dans notre discipline.

Résulte de ce choix la description de l'ancrage de notre travail dans une certaine forme de géographie, largement inspirée par les travaux de Michel FOUCAULT, dont nous examinerons les conséquences conceptuelles puis méthodologiques dans le chapitre suivant.

1.1 Contrôle inter-organisationnel et espace : un lien à construire

Après avoir mis en évidence que la littérature sur le contrôle inter-organisationnel était lacunaire dans la mesure où elle ne prenait pas en compte l'espace, une variable tout à fait pertinente pour comprendre comment celui-ci pouvait servir de cadre de l'action des organisations, nous caractériserons les trois dimensions de l'espace qui guideront notre travail de thèse avant d'examiner, dans la section suivante, le cadre le plus à-même à conceptualiser le phénomène étudié.

1.1.1 Une littérature essentiellement en comptabilité/contrôle déspatialisée

Défini comme un « processus d'influence visant à s'assurer que le partenaire a les capacités matérielles et humaines de satisfaire aux attentes et qu'il se comportera conformément à ces attentes qui peuvent évoluer dans le temps » (NOGATCHEWSKY, 2009, p. 11), le contrôle inter-organisationnel fait l'objet d'une littérature qui peut, selon cette auteure, être polarisée autour de trois axes :

- soit elle relève de l'approche transactionnelle et fait dans ce cas appel aux théories étudiant le fonctionnement des firmes sur le marché (théories de l'agence ou des coûts de transaction) ;
- soit elle renvoie aux approches bureaucratiques et à l'établissement de règles et de procédures ;

1.1. CONTRÔLE INTER-ORGANISATIONNEL ET ESPACE : UN LIEN À CONSTRUIRE

- soit elle cherche à établir une certaine forme de confiance par l'établissement de normes sociales.

De fait, si la distinction entre ces trois approches nous paraît poreuse, évoquer les liens entre contrôle inter-organisationnel et approche spatiale en sciences de gestion revient à ouvrir une porte vers un champ de recherche vide dans la mesure où ces recherches ne prennent pas en compte la dimension spatiale¹ ; il s'agit dans ce cas d'étudier un réseau organisationnel :

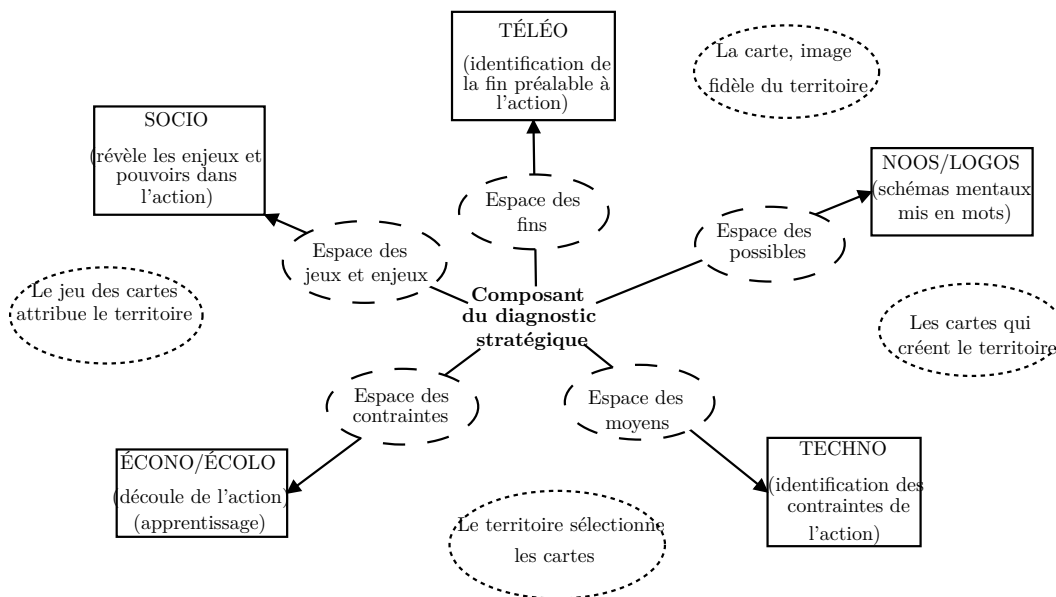
- ainsi, les travaux historiques de PFEFFER et SALANCIK (2003) qui envisagent le contrôle par la naissance d'un monopole dans la possession ou l'allocation de ressources, récemment remis au goût du jour, voir GANDIA, GARDET et GUALLINO (2016) s'intéressent aux actions stratégiques des différents acteurs de la chaîne de valeur sans mentionner la dimension spatiale ;
- de même, les travaux en comptabilité contrôle, lancés par l'appel séminal de HOPWOOD (1996) portent essentiellement sur trois types de contribution (NOGATCHEWSKY, 2009 ; CAGLIO & DITILLO, 2008) : d'une part l'étude des archétypes de contrôle (prise d'otages, réputation qui renvoient à un contrôle par le marché ou par la bureaucratie), d'autre part à l'étude de mécanismes pris individuellement (système d'information) et enfin à des questions de coûts d'accès à l'information et en définitif du contrôle exercé par la détention d'information.

Pourtant, certains travaux inscrivent leurs recherches dans l'espace, ou *a minima* dans un espace, c'est le cas de la thèse de LEMAIRE (2013) portant sur la constitution d'un outil de pilotage entre agence publique et unités d'un même espace dans un contexte d'aménagement du territoire, néanmoins, dans ce cas, l'espace n'est ici que le cadre bornant le terrain de jeu de la recherche et de ces acteurs et n'est pas interrogé en tant que contrainte s'imposant aux organisations, rejoignant ainsi les lacunes des approches économistes en sciences de gestion que nous verrons un peu plus bas. Pourtant, comme nous le montrons maintenant, l'espace joue un rôle important dans la structuration des actions des organisations.

1. Sauf à considérer l'espace comme métaphore (l'espace des possibles) comme le suggérait MARTINET (1997) en Figure 1.1 page suivante, voir par exemple les travaux de THRANE (2007) en comptabilité contrôle.

1.1. CONTRÔLE INTER-ORGANISATIONNEL ET ESPACE : UN LIEN À CONSTRUIRE

FIGURE 1.1: Les composantes logiques du diagnostic stratégique



Source : MARTINET (1997, p. 72)

1.1.2 L'espace : une contrainte pouvant influencer d'autres organisations

En effet, comme l'expliquent à la fois LÉVY (1999) et STOCK (2010, p. 104) « les individus, les sociétés et leurs productions ne sont pas dans l'espace, mais sont avec l'espace », c'est-à-dire que la dimension spatiale incarnée par le fait d'habiter, d'évoluer et de transformer *son* espace a des conséquences sociales et spatiales. De même, prolonge PLANEL (2015, p. 99), il est admis que « l'espace social possède une certaine pesanteur, capable d'orienter, de contraindre éventuellement, le jeu politique et notamment les rapports de domination ». À l'échelle organisationnelle, cela sous-tend que les actions spatiales des organisations ont des conséquences sociales sur la conduite d'autres organisations au sein d'un réseau formalisé ou non. Dès lors, comment étudier ce « facteur spatial » ? Avant d'examiner la manière dont ce concept peut effectivement induire des comportements régis par des logiques de domination, il nous faut établir une caractérisation de l'espace.

1.1.3 Qu'entend-on par espace ?

Si la définition de l'espace nous entraînerait vers de longs développements pouvant faire l'objet d'une thèse, nous nous en tiendrons à une caractérisation sommaire à l'aide d'un article de HARVEY (2010a)² dont la portée heuristique n'est plus à démontrer : dans cette contribution, reprenant la distinction effectuée dans HARVEY (1973), l'auteur distingue 3 types d'espace :

- d'abord l'espace absolu, cartésien ou métrique qui renvoie à une distance mesurable entre deux points ;
- ensuite, l'espace relatif ou einsteinien, qui dépend du cadre de référence de l'observateur, de ses présupposés, en cartographie de son système de projection, mais aussi de son rapport au temps, ce qui a pour conséquence de considérer que la distance est relative à la capacité de déplacement de l'individu, son capital spatial ;
- enfin l'espace relationnel qui est celui des rapports sociaux et du réseau définissant leur propre espace.

C'est en prenant appui sur ces trois dimensions que nous comptons étudier le contrôle spatial inter-organisationnel. Pour cela, après avoir montré dans la section suivante que les approches mêlant traditionnellement espace et sciences de gestion ne parviennent pas à envisager ces trois dimensions ensemble, il convient de se rapprocher de la géographie pour développer un cadre de pensée adapté à cette recherche. Ce qui sera l'objet de la section 1.3.

2. Une caractérisation plus connue est celle de LEFEBVRE (2000) divisant également l'espace en trois composants : perçu, celui de la pratique spatiale, vécu, celui des représentations signes et symboles matériels et conçu, celui des aménageurs. Ancrée dans la sociologie urbaine, cette grille de lecture s'avère tout à fait pertinente dans l'étude des micro-espaces organisationnels comme le montre DALE (2005) dans un article mobilisant le concept de socio-matérialité, mais son utilisation dans un contexte inter-organisationnel nous paraît plus problématique. Ainsi, l'article de PARIGOT (2015) faisant référence à LEFEBVRE (2000) et à cette littérature socio-matérielle pour étudier la mobilisation de l'espace dans un conflit inter-organisationnel ne parvient pas à l'utiliser comme grille de lecture pour analyser ses résultats.

1.2 Étudier l'espace en sciences de gestion : la nécessité de trouver une nouvelle approche

Si les deux approches mêlant sciences de gestion et espace ne parviennent pas à envisager ce dernier concept dans toutes ses dimensions, faut-il pour autant se borner à étudier un facteur spatial pouvant expliquer le social ? Prenant appui sur les travaux épistémologiques de la géographie sociale, nous mettons en exergue dans la deuxième partie de cette section les limites d'une telle approche pourtant intuitive et envisageons la construction d'une problématique centrée sur une vision foucaldienne de l'espace.

1.2.1 Des cadres économiques traditionnels limités

À partir de la typologie que nous venons de voir, nous pouvons mettre en évidence les limites des deux approches traditionnelles mêlant espace et sciences de gestion : celle de l'économie spatiale (1.2.1.1) qui repose essentiellement sur un espace métrique et reste impuissante à se saisir des relations inter-organisationnelles et l'économie industrielle, tout comme l'école de la proximité qui, se concentrant sur l'étude des réseaux inter-organisationnels peine à envisager l'espace autrement que comme le terrain de jeu des relations entre organisations (1.2.1.2).

1.2.1.1 Espace métrique (et relatif) sans relationnel : l'économie spatiale

Depuis les premiers travaux de CANTILLON (1755) ou de VON THÜNEN (1826) en passant par ceux de REILLY (1937) ou de A. WEBER (1957), la recherche en économie a notoirement mis en évidence l'existence de coûts associés aux déplacements du consommateur vers le lieu de chalandise et ceux induits par le transport de la matière première vers le lieu de production, voire de vente. Résulte de ces recherches la volonté de déterminer de manière scientifique la localisation optimale de l'implantation pour réussir dans ses affaires.

La loi de HOTELLING (1929) est particulièrement emblématique de ce courant : considérant l'espace comme linéaire, celle-ci définit deux stratégies possibles pour installer son point de vente : soit l'éloignement de la concurrence, ou différenciation spatiale, qui permet

1.2. ÉTUDIER L'ESPACE EN SCIENCES DE GESTION : LA NÉCESSITÉ DE TROUVER UNE NOUVELLE APPROCHE

de toucher des consommateurs isolés au risque de passer à côté de la demande concentrée dans un lieu central, soit à l'inverse une implantation adjacente à la concurrence qui réduit à néant la différenciation spatiale et induit la mise en œuvre d'autres formes de différenciation (guerre des prix) et des déplacements accrus pour le consommateur.

Le point commun dans ces approches, qui finiront par abandonner le modèle linéaire pour celui de la ville circulaire et dont les échos les plus récents se trouvent dans les travaux en géomarketing (CONVERSE, 1949 ; ACHABAL, GORR & MAHAJAN, 1982 ; CLIQUET, 2002b), réside dans la modélisation mathématique d'un espace avant tout métrique, existant indépendamment des acteurs et dans lequel les relations entre ces derniers ne sont analysables que par le prisme de la localisation, voir LIARTE (2007) pour un exemple.

Si des recherches récentes ont élargi l'espace métrique à l'espace relatif en incluant notamment la prise en compte des différents réseaux de transports dans le calcul de l'accessibilité à la zone de chalandise, les relations inter-organisationnelles sont réduites à des faits stylisés (CROZET & LAFOURCADE, 2009) dont la filiation avec les approches néoclassiques est connue (AGGERI, 2015, p. 69) et qui, de fait, « évacue les questions d'actions collective » en proposant une vision sous-socialisante de l'action des organisations modélisées (modèle de l'*homo œconomicus*). Ceci posé, il est aisé de constater que, sauf à considérer le contrôle organisationnel comme un fait stylisé et donc manquer l'espace relationnel, il paraît complexe de s'ancrer dans cette approche pour étudier le phénomène qui nous occupe pendant cette thèse.

Nous consacrons plus d'espace au point suivant portant sur des approches que l'on retrouve plus fréquemment dans la littérature scientifique portant sur l'étude des relations inter-organisationnelles : l'économie industrielle et de la proximité.

1.2.1.2 L'espace relationnel sans prendre en compte le métrique : l'économie industrielle et l'école de la proximité

Les prémices de l'économie industrielle, qui donneront ensuite lieu à l'économie de la proximité, ont été développés par MARSHALL (1890). À partir de ses observations effectuées au cours d'un voyage en Italie en 1879 (GROENEWEGEN, 2007), l'auteur, travaillant notamment sur les processus d'innovation met en évidence « l'idée selon laquelle une orga-

1.2. ÉTUDIER L'ESPACE EN SCIENCES DE GESTION : LA NÉCESSITÉ DE TROUVER UNE NOUVELLE APPROCHE

nisation en districts permet un meilleur arbitrage entre rendements d'échelle et flexibilité, jouant de la proximité géographique pour une meilleure circulation de l'information et des compétences » (VICENTE, 2016, p. 4). Ainsi, est promue une organisation différente de la production qui ne se reposerait pas uniquement sur une firme unique, mais plutôt sur un réseau de plusieurs sociétés très spécialisées travaillant en réseaux autour d'enjeux communs dans un processus favorisant la diffusion d'innovations.

Développée et reprise ensuite dans la conceptualisation des *clusters* (M. E. PORTER, 1998, p. 199 ; M. E. PORTER, 2000) comme « un réseau d'entreprises et d'institutions proches géographiquement et interdépendantes, liées par des métiers, des technologies et des savoir-faire communs »³, mais aussi dans les approches de la proximité (PECQUEUR & ZIMMERMANN, 2004) ou des réseaux territoriaux d'organisation, ces recherches ont pour objectif principal d'étudier les mécanismes favorisant le développement de cette atmosphère industrielle propice au travail en réseau. Résulte de ce processus, dont les échos en sciences de gestion sont nombreux (voir tableau 1.1 page 26) la conceptualisation de plusieurs proximités pouvant faire écho aux dimensions spatiales de HARVEY (2010a) que nous avons évoqué précédemment. Ainsi, suivant le relevé des différents sens de la proximité présenté par BOSCHMA (2005, p. 71), nous pouvons déduire :

Espace absolu = proximité géographique ;

Espace relatif = proximité cognitive ;

Espace relationnel = proximité organisée, sociale, institutionnelle.

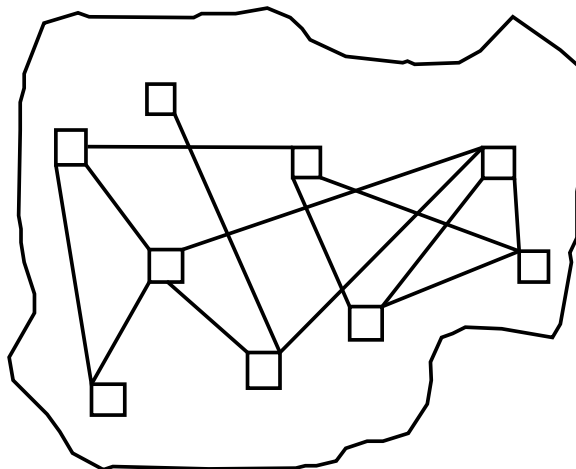
Si la prise en compte des trois formes d'espace est apparente, en réalité la place accordée à la proximité métrique est plus que secondaire, passant bien après l'étude d'un réseau organisationnel localisé. Ainsi, dans ces articles, il s'agit donc souvent d'invoquer l'espace pour délimiter le périmètre du *cluster* étudié. Soit, en quelque sorte, du terrain de jeu des organisations évoluant dans le même champ sans que les frontières en soient parfaitement délimitées autrement (sinon tautologiquement) que par la présence des acteurs eux-mêmes.

Dans ce cadre, l'espace est considéré comme le produit fini encerclant le réseau organisationnel tissé par les différents acteurs publics et privés du même champ (voir Figure 1.2 page suivante). Ces recherches souffrent donc d'un défaut rédhibitoire : l'espace convoqué, à

3. Traduction par CHABAULT (2016, p. 117)

1.2. ÉTUDIER L'ESPACE EN SCIENCES DE GESTION : LA NÉCESSITÉ DE TROUVER UNE NOUVELLE APPROCHE

FIGURE 1.2: le territoire dans un cadre économique, un réseau institutionnel d'organisation



Source : (VAESKEN, 1996, p. 9)

l'aide de références diverses, n'est pas théorisé en tant que tel, il est avant tout « un concept flou, vide de sens, utilisé seulement pour éprouver les théories économiques » (LE BOULCH, 2002, p. 7). Cette limite n'est cependant pas l'apanage des chercheurs gestionnaires, ce manque de conceptualisation est à chercher avant tout dans les théories auxquelles il se réfèrent : ainsi HARVEY (2010b, p. 48) constate la difficulté qu'éprouvent les théoriciens du social que sont MARX, MARSHALL, WEBER et DURKHEIM à conceptualiser l'espace comme autre chose qu'un « cadre ou contexte non-problématique de l'agir historique », autrement dit comme le lieu où se déploie le phénomène social étudié.

1.2. ÉTUDIER L'ESPACE EN SCIENCES DE GESTION : LA NÉCESSITÉ DE TROUVER UNE NOUVELLE APPROCHE

TABLEAU 1.1: Quelques questions de recherches traditionnelles des réseaux territoriaux d'organisation

<i>Questionnements</i>	<i>Approches théoriques mobilisées</i>	<i>Exemples francophones</i>	<i>Quel sens à l'espace ?</i>
Comment valoriser les ressources d'un territoire ?	Management de l'innovation, proximité organisée et proximité géographique	(VAESKEN, 1996, 1999)	Un substitut pour l'environnement localisé (terrain de jeu spécifique)
Comment concilier des intérêts contradictoires sur un même espace ?	Sociologie de l'acteur-réseau, théorie de l'encastrement, les communs, la gouvernance territoriale	(EGGRICKX, 2016 ; LELOUP, MOYART & PECQUEUR, 2005 ; PASQUIER, SIMOULIN, WEISBEIN & LE GALÈS, 2013)	Un substitut pour réseau localisé (terrain de jeu spécifique)
Quels sont les facteurs-clefs de succès d'un cluster ?	RBV et capacités dynamiques, approches écologiques	(SAIVES, 2002 ; MENDEZ & MERCIER, 2006)	Idem

En résumé les deux approches mobilisées en sciences de gestion pour étudier l'organisation des firmes dans l'espace, l'économie spatiale et celle de la proximité ne permettent pas d'envisager l'espace dans ces trois dimensions : métrique, relative et relationnelle. Pour lever cette difficulté et étudier la dimension spatiale du contrôle inter-organisationnel, nous avons recours à la géographie, ce qui n'est pas sans poser quelques enjeux épistémologiques.

1.2.2 Étudier le facteur spatial : une question à repenser

Face au constat d'absence de prise en compte de l'espace, il serait tentant de prime abord de chercher l'influence d'un « facteur spatial » sur les acteurs de ces réseaux territoriaux d'organisation. Cependant, prévient RIPOLL (2013), cette démarche intuitive est stérile car épistémologiquement, elle ne tient pas. En effet, argumente-t-il, si nous adoptons cette perspective, cela nous amène à :

- soit privilégier le spatial (expliquer le social par le spatial qui a une autonomie propre) et tomber dans un déterminisme qui néglige le rôle du social, le « dissout » selon

1.2. ÉTUDIER L'ESPACE EN SCIENCES DE GESTION : LA NÉCESSITÉ DE TROUVER UNE NOUVELLE APPROCHE

- l'auteur. En géographie, certains des travaux de l'école vidalienne ou de l'analyse spatiale prônée par Roger Brunet peuvent être classés dans cette catégorie, qui trouve des échos gestionnaires dans le géomarketing, voire dans certaines recherches de management interculturel (FOUGÈRE & MOULETTES, 2007) ;
- soit à privilégier le social et négliger le spatial, le spatial étant, et c'est le travers dans lequel tombent les courants de recherches évoqués dans la sous-section 1.2.1.2 « un prétexte qui tend à être nié, non seulement dans son autonomie, mais dans son importance ou son existence, ce qui le fait parfois tomber dans "l'a-spatialisme" tendanciel des autres sciences sociales⁴ » (p. 200)

L'auteur propose ensuite d'examiner une troisième solution visant à considérer les rapports sociaux et spatiaux comme étant constitutifs l'un de l'autre, mais selon lui, cette approche a pour effet de « dissoudre l'espace on ne sait plus très bien quel rôle lui conférer puisqu'il ne faut ni l'expliquer (c'est la société qui est importante à étudier) ni l'utiliser pour expliquer (c'est la société qui est déterminante) » (p. 199). En conséquence suggère RIPOLL (2013), pour qu'une étude géographique de la société ait un sens, le statut de l'espace doit être autre, et c'est le sens de l'école de la géographie sociale auquel il se réfère et théorisée notamment dans l'ouvrage majeur de FRÉMONT, CHEVALIER, HÉRIN et RENARD (1984) : l'espace doit être envisagé comme étant indissociable de la société étudiée : « il n'y a rien de social qui ne soit spatial, le social est toujours déjà spatial » (p. 201). Ainsi, poursuit-il en détaillant son travail de thèse, il s'agit avant tout de s'intéresser aux rationalités spatiales des acteurs en termes de localisation et de montrer en quoi la justification de leurs actions dans l'espace s'inscrit dans une manière d'agir particulière, des stratégies, à la suite des travaux de BOLTANSKI et THÉVENOT (1991).

Notre propre travail se situe dans une certaine proximité avec la question de recherche soulevée par RIPOLL (2013) : pleinement inscrit à la jonction de la géographie sociale et des approches critiques en sciences de gestion, il postule que les acteurs manifestent leurs rationalités au sein du réseau territorialisé d'organisation par la mise en œuvre de stratégies spatiales différenciées qui trouvent leur inscription dans les discours, normes et pratiques

4. Remarque qui nécessite ici d'être questionnée car laisse entendre que seule la géographie peut s'occuper du spatial. Pour notre part, nous inscrivons une démarche interdisciplinaire selon la définition proposée par CAVAILLÉ (2009), nous rejoignons la position de HARVEY (2010b, p. 46) jugeant la géographie « trop importante pour être laissée aux seuls géographes » et nous enjoignant à nous en emparer.

1.3. PENSER L'ESPACE AVEC MICHEL FOUCAULT : UNE PERSPECTIVE PERTINENTE POUR ÉTUDIER LES GÉOGRAPHIES DU CONTRÔLE

spatiales qu'ils mettent en œuvre et qui traduisent les asymétries entre les organisations. En cela, cette étude se situe dans la lignée des travaux de Michel FOUCAULT, à la fois dans son apport en sciences de gestion et en géographie.

1.3 Penser l'espace avec Michel Foucault : une perspective pertinente pour étudier les géographies du contrôle

Mobilisé à la fois en sciences de gestion et en géographie, le travail de Michel FOUCAULT s'avère particulièrement pertinent pour saisir les problématiques inter-organisationnelles, surtout ancré dans l'approche généalogique (1.3.1). En étudiant plus précisément les rapports qu'entretient le philosophe avec la géographie, ce type d'approche, fondé sur la gouvernabilité, s'avère particulièrement prometteur pour notre recherche (1.3.2).

1.3.1 La généalogie foucauldienne, une approche solide pour l'analyse des rapports inter-organisationnels

Si on se fie à la recension effectuée par POSNER (2001), l'œuvre de Michel FOUCAULT est la plus citée dans les travaux universitaires entre 1995 et 2000. Les sciences de gestion ne sont pas en reste : depuis les premiers travaux de KNIGHTS et COLLINSON (1987) et de BURRELL (1988), l'auteur de *Surveiller et Punir* est fréquemment mobilisé dans les recherches portant sur le pouvoir et sur le contrôle. Témoigne de cet intérêt, y compris dans le monde francophone, un ouvrage collectif lui étant consacré (HATCHUEL, PEZET & STARKEY, 2005), mais aussi deux chapitres dans l'ouvrage collectif « Les Grands Auteurs » dirigé par GERMAIN et BRUNSSON (2012). Mobilisé autant en comptabilité contrôle (ARMSTRONG, 1994) qu'en ressources humaines (TOWNLEY, 1993) ou en management stratégique (KNIGHTS & MORGAN, 1991), ces travaux peuvent être classés en trois catégories selon une typologie, établie par DREYFUS et RABINOW (1983) et reprise en sciences de gestion par BURRELL (1988), distinguant trois périodes dans l'œuvre du philosophe (*cf* : tableau 1.2) .

1.3. PENSER L'ESPACE AVEC MICHEL FOUCAULT : UNE PERSPECTIVE PERTINENTE POUR ÉTUDIER LES GÉOGRAPHIES DU CONTRÔLE

Encadré 1.1: Espace et territoire : une opposition plus politique que conceptuelle ?

En soi, le concept de territoire est avant tout géographique : même si sa définition n'est pas sans poser des problèmes, son appartenance au corpus de la science de l'espace ne fait aucun doute en dépit des nombreuses appropriations effectuées par des chercheurs issus d'autres disciplines avec plus ou moins de bonheur. Aussi, pour répondre à l'exigence de « resituer l'objet et le concept dans l'histoire de sa discipline » (CAVAILLÉ, 2009, p. 51), il est nécessaire d'examiner les différentes visions de l'espace (et du territoire) au sein de la géographie.

La querelle entre espace et territoire a fait l'objet de nombreux débats et distinctions au sein de différentes écoles de pensée, tantôt ils se confondent (LÉVY, DEBARBIEUX & FERRIER, 2013), tantôt ils s'opposent (MUBI BRIGHENTI, 2009), si bien qu'aujourd'hui, tracer une ligne entre ces deux termes revient plus à prendre position et s'inscrire dans une école particulière en géographie qu'à opérer une distinction conceptuelle majeure.

En ce qui nous concerne, la distinction principale — et malheureusement peu explicite pour les néophytes — est avant tout d'ordre épistémologique : l'emploi du terme « territoire » renvoie avant tout à une certaine vision de la géographie française qui s'inscrit à rebours des théories positivistes et essentialistes de l'espace, un « concept fédérateur d'une communauté éparse de géographes français qui ne se reconnaissent pas dans les approches positivistes qui ont occupé le devant de la scène au cours des 20 dernières années » (CHIVALLON, 2003, p. 649) ; en particulier depuis les travaux de DI MÉO (2001).

Si nous devons nous arrêter là, la distinction serait simple puisque nous serions face à deux épistémologies différentes : positivisme et constructivisme (LE MOIGNE, 2012). C'est toutefois plus complexe, dans la mesure où certains auteurs, non reconnus comme géographes mais plutôt comme sociologues urbains ont théorisé l'espace étant, non pas neutre, mais résultant d'un processus de production (LEFEBVRE, 2000) associant construction physique, représentations et appropriations par les habitants, ce qui dénote une proximité manifeste avec la vision constructiviste sociale évoquée plus haut.

En outre, au risque de la confusion, nous pourrions ajouter que le terme territoire lui-même possède un « flou sémantique » (RIPOLL & VESCHAMBRE, 2002, p. 261), qu'il est « ambigu et polysémique » (GUÉDEZ, 2002, p. 297) dans la mesure où il a été rapidement adopté par le praticien et qu'entre ce dernier et le chercheur, la circulation des définitions a engendré une difficulté sémantique supplémentaire.

Ces éléments épistémologiques étant posés, nous tâcherons d'opérer la distinction suivante : le territoire tel qu'employé dans la littérature scientifique sera assimilé à celui d'espace qui sera lui-même systématiquement accompagné de l'épithète absolu, relatif ou relationnel selon la distinction opérée par HARVEY (2010a), sauf à considérer qu'il s'agit du concept d'espace en général. À l'inverse, dans la littérature grise (rapports, textes réglementaires, etc.) ou dans les paroles des acteurs cités dans ce manuscrit, le terme territoire — qui de toute façon est employé majoritairement par les acteurs — sera privilégié. Le terme territoire renvoyant dans leur bouche de manière assez explicite à une vision politique et administrative du territoire telle que notamment définie par LACOSTE (1976b), ALLIÈS (1980) ou encore SACK (1986).

1.3. PENSER L'ESPACE AVEC MICHEL FOUCAULT : UNE PERSPECTIVE PERTINENTE POUR ÉTUDIER LES GÉOGRAPHIES DU CONTRÔLE

TABLEAU 1.2: Les trois grandes périodes foucaaldiennes et leur utilisation en sciences de gestion

<i>Période</i>	<i>Disciplinaire [épistémè/archéologique]</i>	<i>Disciplinaire [dispositif/généalogique]</i>	<i>Éthique</i>
Type de pouvoir	Centré	Présenté comme diffus	Diffus
Principe	<p>Le discours a un rôle politique : il produit du savoir et du pouvoir qui oriente les comportements par l'interdit. La personnalité de l'auteur ne joue pas dans l'analyse, il n'est que l'unificateur du discours (FOUCAULT, 1970)</p>	<p>Même principe que le précédent, mais dépasse le simple cadre du discours. En outre, le pouvoir induit des comportements et subjectivations (ex : autocontrôle par le panoptique) auquel on peut résister ; dans ce cadre, la stratégie réalisée est perçue comme assemblage de volontés (FOUCAULT, 1980) et peut <i>in fine</i> produire des effets inattendus (FOUCAULT, 1994)</p>	<p>Les acteurs subissent la discipline, mais par un travail sur soi peuvent élaborer d'autres subjectivités et résister à ce savoir qui cherche à (s')imposer</p>

1.3. PENSER L'ESPACE AVEC MICHEL FOUCAULT : UNE PERSPECTIVE PERTINENTE POUR ÉTUDIER LES GÉOGRAPHIES DU CONTRÔLE

TABLEAU 1.2: Les trois grandes périodes foucaaldiennes et leur utilisation en sciences de gestion

<i>Période</i>	<i>Disciplinaire [épistémè/archéologique]</i>	<i>Disciplinaire [dispositif/généalogique]</i>	<i>Éthique</i>
Question de recherche générale	Comment le discours (scientifique ou non, cf : DE VAUJANY (2005b)) produit une vérité qui s'impose aux acteurs (interdit/tabou)	Comment s'agencent les éléments hétérogènes [discours/normes/-pratiques] pour produire du savoir/pouvoir qui s'exerce sur des acteurs ? Quels effets produits ?	Comment les agents deviennent acteurs de leur auto-assujettissement ? Et peuvent y résister ? (BARDON & JOSSERAND, 2012)
Méthodologie	Analyse du discours scientifique (ou organisationnel, cf : DE VAUJANY (2005b)) ; des lois, des normes pour rechercher les régularités et non si ce qui est dit est vrai	Analyse du discours organisationnel, des lois, des normes et de l'« institution » (FOUCAULT, 1994) des pratiques informulées, du non-dit	Analyse des règles du jeu que se donnent les acteurs : Que peut-on faire individuellement ? Quel est le bien selon nous ?

1.3. PENSER L'ESPACE AVEC MICHEL FOUCAULT : UNE PERSPECTIVE PERTINENTE POUR ÉTUDIER LES GÉOGRAPHIES DU CONTRÔLE

TABLEAU 1.2: Les trois grandes périodes foucaaldiennes et leur utilisation en sciences de gestion

<i>Période</i>	<i>Disciplinaire [épistémè/archéologique]</i>	<i>Disciplinaire [dispositif/généalogique]</i>	<i>Éthique</i>
Lacune(s)	N'étudie pas les conditions de possibilité de formation du discours (DREYFUS, RABINOW & FOUCAULT, 1992) : exclut l'étude des rapports de pouvoir inter-organisationnel : passivité des acteurs, cf : COLLINSON et COLLINSON (1997)	Usage du terme dispositif contesté, définitions complexes, n'envisage pas la liberté comme composante essentielle du pouvoir (CRANE, KNIGHTS & STARKEY, 2008)	Théorie incomplète sans l'étude de la discipline (CRANE et al., 2008) S'agit-il encore d'étudier le contrôle ?

1.3. PENSER L'ESPACE AVEC MICHEL FOUCAULT : UNE PERSPECTIVE PERTINENTE POUR ÉTUDIER LES GÉOGRAPHIES DU CONTRÔLE

TABLEAU 1.2: Les trois grandes périodes foucaaldiennes et leur utilisation en sciences de gestion

<i>Période</i>	<i>Disciplinaire [épistémè/archéologique]</i>	<i>Disciplinaire [dispositif/généalogique]</i>	<i>Éthique</i>
Exemple(s) en étude organisationnelles	Analyse du discours stratégique : (KNIGHTS & MORGAN, 1991) : légitimation des consultants, sécurisation des managers	(EYRAUD, 2013a) : Analyse de la réforme comptable induite par la LOLF et ses effets sur la gestion de l'État (<i>gap</i> entre discours et effets produits)	Comment émerge et se développe, historiquement, cette science réflexive du gouvernement de l'État qui s'interroge sur l'administration, son organisation, ses fonctionnements et ses pratiques? (BEZES, 2002)

Notre propre recherche s'éloigne de la première perspective dans la mesure où elle ne permet pas une étude riche des rapports inter-organisationnel, n'envisageant le discours que dans un mouvement du centre vers périphérie. À l'inverse, la perspective généalogique nous semble beaucoup plus pertinente car elle inclut les actions des organisations gravitant dans le champ du contrôle étudié sans risquer d'emprunter le chemin de la perspective éthique soulevant le risque de l'anthropomorphisation de l'organisation. En outre, le chemin d'une étude de l'éthique organisationnelle, nécessitant une analyse d'une telle profondeur des rapports de force intra-organisationnels pour parvenir une essence, nécessairement fragile, temporaire et discutable, nous paraît nécessiter de tels efforts qu'en définitive prendre en compte le rapport à l'éthique nous ferait perdre de vue l'objectif de l'analyse inter-organisationnelle.

1.3. PENSER L'ESPACE AVEC MICHEL FOUCAULT : UNE PERSPECTIVE PERTINENTE POUR ÉTUDIER LES GÉOGRAPHIES DU CONTRÔLE

Le choix que nous avons retenu pour cette recherche doctorale consiste donc à nous ancrer dans une perspective généalogique, ce qui se traduit par l'utilisation du concept de dispositif comme cadre d'analyse, ce que nous expliciterons de manière beaucoup plus approfondie dans le chapitre 2. Sans entrer dans une description détaillée de la méthodologie, adopter cette perspective généalogique consiste à envisager la construction d'un dispositif produisant un bon comportement spatial par des discours, normes et pratiques géographiques en analysant à la fois le premier temps du dispositif, construit autour d'une urgence stratégique, et sa progressive autonomisation du fait des actions des acteurs, mais aussi des effets de bords qu'il auto-engendre (l'auto-remplissage du dispositif).

Cette approche a aussi été particulièrement fertile en géographie, en particulier suite aux travaux de Margo HUXLEY sur lesquels nous fondons la majeure partie du développement qui va suivre.

1.3.2 Foucault géographe ?

Connu pour ses travaux en philosophie et en histoire, Michel FOUCAULT n'est pas réputé pour ses travaux en géographie. Comme nous le verrons, les rares rapports qu'il a pu entretenir avec des géographes ont été loin de faire forte impression dans la discipline (1.3.2.1), malgré l'énoncé de quelques hypothèses particulièrement stimulantes pour notre travail. La redécouverte, plus récente, de ses travaux par certains géographes fournit un cadre beaucoup plus fertile pour étudier le contrôle spatial entre les organisations (1.3.2.2).

1.3.2.1 Un rencontre pas si ratée ? Ce que disait Foucault de la géographie

« La géographie doit bien être au cœur de ce dont je m'occupe ». Lorsqu'il prononce ces mots dans un entretien accordé au premier numéro de la revue (HÉRODOTE, 1976a), ce n'est pas tant pour affirmer son intérêt pour la science de l'espace et des populations — rencontre qui sera d'ailleurs qualifiée de « décevante » par DUMONT (2011, article disponible sur revues.org, pas de numéro de page) quelques années après — que pour parrainer un projet reposant sur des bases communes. Le contexte de la création d'*Hérodote* est en effet indissociable du rapport Haby préconisant l'abandon de l'enseignement de la géographie,

1.3. PENSER L'ESPACE AVEC MICHEL FOUCAULT : UNE PERSPECTIVE PERTINENTE POUR ÉTUDIER LES GÉOGRAPHIES DU CONTRÔLE

jugée ennuyeuse, lors de l'instauration du projet de collègue unique (LACOSTE, 1976c). Dès lors, deux courants parmi les enseignants en géographie s'emploient à justifier l'intérêt de leur matière en exposant les raisons de ce désintérêt : une géographie descriptive et dépolitisée, à l'époque dans la droite ligne des œuvres de VIDAL DE LA BLACHE (1903) et qu'il faut rénover. Ces deux manifestes se traduisent par la création concomitante de la revue *EspaceTemps* (LÉVY, 1975) et de la publication de *La géographie, ça sert d'abord à faire la guerre* (LACOSTE, 1976b) puis de la revue *Hérodote*. Les querelles, qui ont suivi entre ces deux écoles (HÉRODOTE, 1976b ; LÉVY, 1976a, 1976b), font notamment apparaître deux réponses divergentes à cette critique formulée par Haby :

- la première, celle de Jacques LÉVY, vise à ouvrir la géographie sur d'autres sciences sociales, en particulier l'aménagement du territoire ;
- la seconde, celle d'Yves LACOSTE, dénonce l'utilisation de la géographie par les puissants⁵ et vise, après avoir mis au jour la pseudo-neutralité de sa discipline, à élaborer une contre géographie appelée géopolitique.

C'est cette seconde approche qui trouve un encouragement favorable chez Michel FOUCAULT, dont la dénonciation de l'utilisation politique de la science ne pouvait que correspondre au projet archéologique du philosophe. Si, dans les faits, l'ancrage théorique de l'école *Hérodote* s'est plus rapprochée du marxisme ou de l'anarchisme (GIBLIN-DELVALLET, 1971), le présupposé, qui est également au cœur de notre travail doctoral, était posé : il n'existe pas une géographie unique, mais plusieurs manières d'écrire l'espace dont les prémices comme les conséquences sont traversées par des nœuds de pouvoir.

La seconde occurrence faisant intervenir une dimension spatiale⁶ dans les travaux de Michel FOUCAULT est présente dans le cours dispensé au collège de France, *Sécurité, Territoires, Population* (FOUCAULT, 2004). L'intitulé du cours, comme son argument évoquant la manière dont l'État parvient à constituer un dispositif de sécurité sur un territoire, laisse entendre l'émergence d'une préoccupation proprement spatiale dans la gestion d'une population dont nous pourrions nous inspirer pour notre étude. Cependant, comme l'ex-

5. Voir son enquête sur les bombardements des alluvions pendant la guerre du Viêt Nam par les forces américaines (LACOSTE, 1976a)

6. La notion d'hétérotopie présente chez FOUCAULT (1984) est aussi proprement spatiale, mais en tant que lieu de passage ou de crise, cette qualification ne nous semble pas convenir dans l'étude du contrôle inter-organisationnel

1.3. PENSER L'ESPACE AVEC MICHEL FOUCAULT : UNE PERSPECTIVE PERTINENTE POUR ÉTUDIER LES GÉOGRAPHIES DU CONTRÔLE

plique SENELLART (2004, p. 396), dès la quatrième séance, au « triangle problématique — sécurité-territoire-population — qui servait de cadre initial à la recherche, s'est substituée la série systématique sécurité-population-gouvernement ». Dans les trois chapitres avant ce bascul, la question spatiale renvoyait à un cadre sur lequel s'exerce un pouvoir, comme l'explique MUBI BRIGHENTI (2009). Dans ce cadre, l'espace n'est pas au cœur des préoccupations foucaaldiennes et ce sont des géographes, qui en en faisant l'exégèse, donneront de l'épaisseur à l'étude foucauldienne de l'espace. Une approche dans laquelle nous nous inscrivons.

1.3.2.2 Foucault relu par la géographie

Reprenant la distinction entre les trois périodes foucaaldiennes — archéologique, généalogique et éthique — mentionnée plus haut La première exégèse que nous relevons est celle présente dans le travail de RAFFESTIN (1980, p. 11) qui élabore une critique archéologique du corpus géopolitique, notamment celui de RATZEL (1987) en lui, mettant au jour son rôle ultérieur dans la justification des conquêtes territoriales dans la mesure où « La géopolitique qui, elle, est réellement une géographie de l'État totalitaire (Italie, Allemagne, URSS) n'a eu qu'à puiser dans le corpus des connaissances ratzéliens pour trouver les instruments de son élaboration ». En cela, il se rapproche de la critique, tout aussi foucauldienne, effectuée par SAID (2005) du corpus littéraire orientaliste ayant notamment contribué de manière décisive à la littérature postcoloniale. Au-delà de cette première critique le rapprochant de la période archéologique, RAFFESTIN (1980) se rapproche du projet foucauldien, auquel il fait référence à de nombreuses reprises dans son ouvrage, notamment *la volonté de savoir* (FOUCAULT, 1976), pour déployer une vision relationnelle du pouvoir. Dans cette perspective, son apport à la géographie politique peut être considéré comme décisif dans la mesure où désormais le pouvoir n'est plus seulement le produit d'un État, mais doit-être compris comme circulant au sein d'une relation entre plusieurs acteurs. Nous retrouverons cette vision refusant le stato-centrisme dans le concept de dispositif que nous examinerons dans le chapitre suivant. La limite principale de l'ouvrage de RAFFESTIN (1980) dans l'appropriation du cadre foucauldien — son livre n'est pas à proprement parler totalement foucauldien puisqu'il s'inspire en grande partie des présupposés du marxisme pour penser

1.3. PENSER L'ESPACE AVEC MICHEL FOUCAULT : UNE PERSPECTIVE PERTINENTE POUR ÉTUDIER LES GÉOGRAPHIES DU CONTRÔLE

le pouvoir comme relation — réside toutefois dans la distinction opérée entre espace et territoire. Comme nous l'avons vu dans l'encadré 1.1 page 29, la frontière entre les deux termes est floue et la théorisation de cette distinction par RAFFESTIN (1980) comme une vision socialisée de l'espace paraît instituer celui-ci comme un universel, ce qui semble contraire au projet foucauldien, limite par ailleurs pressentie dès la préface par BRUNET (1980, p. VII), jugeant cette distinction « peu pertinente ».

Dans une perspective voisine, LUSSAULT (1998, p. 197), travaillant sur les politiques publiques, considère l'espace comme le produit du dispositif résultant « d'une mise en place de façon contingente, sans intentionnalité préalable claire de le produire tel quel, par une série d'ajustements entre les différents acteurs qui, chacun, contrôlent préférentiellement certaines fractions de ce dispositif qu'ils évaluent assez intuitivement[...] et, qui tous tentent de maîtriser son fonctionnement global, gérant au mieux leur système d'alliance interne et externe, utilisant au besoin sinon le conflit ouvert au moins sa menace ». L'auteur distingue deux fonctions principales du dispositif :

- d'abord, une mise à l'agenda située qui transforme des faits en problématique de gestion, en cela le dispositif se rapproche de l'agenda de recherche que soulève (JOBERT, 1995) ;
- ensuite, une fonction de délégation selon l'auteur, mais qui relève plutôt de l'invisibilisation ou de l'isolement visant à transformer un lieu en problème politique et à l'isoler des bons habitants.

La définition du dispositif qu'en donne ici LUSSAULT (1998), tout aussi pertinent soit-il dans l'observation des relations inter-organisationnelles, se situe proprement *à côté* de notre propre recherche : il s'intéresse à l'espace, étudié par le prisme du dispositif comme un *produit* et non un *moyen* construit dans un but politique, l'intérêt de sa recherche n'est pas d'étudier les mécanismes de contrôle, mais la constitution de cet espace.

L'approche défendue par HUXLEY (2007, 2008), dans une revue de littérature de différents travaux en sciences politiques, histoire et géographie mobilisant les travaux de Michel FOUCAULT est peut-être plus pertinente pour cadrer notre démarche dans la mesure où ses travaux, visant à mettre au jour les rationalités spatiales dans le but de transformer et gouverner la population peuvent être étendus de manière fertile au champ organisationnel

1.3. PENSER L'ESPACE AVEC MICHEL FOUCAULT : UNE PERSPECTIVE PERTINENTE POUR ÉTUDIER LES GÉOGRAPHIES DU CONTRÔLE

TABLEAU 1.3: Étude des rationalités spatiales et questions de recherche

Recherche / Analyse	Surveiller et Punir (FOUCAULT, 1975)	La géographie foucauldienne (HUXLEY, 2006)	Notre recherche
Objet de gestion étudié	Contrôle des déviants par la punition/discipline	Contrôle de la population par l'espace urbain	Contrôle des organisations par la géographie
Éléments étudiés	Doctrines pénitentiaires (entre autres)	Utopies urbaines (Victoria, Hygea, Demopolis, p. ex)	Discours, normes, pratiques de contrôle des organisations
Résultats	Rationalités de l'âge classique et moderne	Rationalités dispositionnelles, génératrices, vitalistes	Ce que l'on cherche

(cf : tableau 1.3). En effet, l'approche défendue par l'auteur vise à étudier comment les rationalités de gouvernement ont transformé les formes d'espace et d'environnement dans une logique fondée sur le calcul entraînant, par les vérités ainsi produites, des modifications de comportement et d'espace⁷ (HUXLEY, 2006, p. 772).

C'est étudier cette rationalité spatiale, qui « structure le champ d'action éventuel des autres » organisations (DREYFUS et al., 1992, p. 313-314), que nous faisons appel au concept de dispositif, sur lequel nous revenons plus en détail dans le chapitre suivant.

7. "I want to examine how rationalities of government have made spaces and environments amenable to calculative thought by mobilizing certain 'truths' of causal relations in and between spaces, environments, bodies and comportments."

1.3. PENSER L'ESPACE AVEC MICHEL FOUCAULT : UNE PERSPECTIVE PERTINENTE POUR ÉTUDIER LES GÉOGRAPHIES DU CONTRÔLE

Synthèse du chapitre

Ce chapitre expose deux problèmes qui traversent cette thèse : un problème théorique qui fonde l'argument de notre travail doctoral, l'absence de prise en compte de l'espace, malgré sa pesanteur, dans la prise en compte du contrôle inter-organisationnel et un problème plus conceptuel qui en découle : face à cette volonté de travailler sur l'espace la mise au jour d'une prise en compte lacunaire de celui-ci dans les approches traditionnelles en sciences de gestion.

Dès lors, mobilisant des travaux relevant d'une approche foucauldienne en géographie — partageant avec les recherches gestionnaires un cadre commun pour l'étude du contrôle inter-organisationnel — nous montrons la pertinence d'un tel cadre, la gouvernementalité, pour étudier ce que nous avons identifié comme une lacune dans la littérature scientifique. Le chapitre suivant explicite de manière plus approfondie le concept de dispositif qui constitue le cœur de notre analyse.

1.3. PENSER L'ESPACE AVEC MICHEL FOUCAULT : UNE PERSPECTIVE
PERTINENTE POUR ÉTUDIER LES GÉOGRAPHIES DU CONTRÔLE

Chapitre 2

Le dispositif et son « épistémologie embarquée »¹ comme cadre d'analyse

Dans un article intitulé *Histoires de dispositifs*, BEUSCART et PEERBAYE (2006, p. 3) mettent en garde les chercheurs découvrant le concept de dispositif au gré de leurs pérégrinations dans la littérature. Les mots sont durs, ils le qualifient de « terme du langage commun, impliquant un engagement théorique minimal, qui sert à désigner de façon souple et ouverte ce qui organise l'activité humaine dans différents domaines, tout en laissant à son utilisateur le soin d'apporter des précisions complémentaires et de s'inscrire dans une tradition théorique donnée ».

De fait, si la définition donnée par Michel FOUCAULT popularisée par la publication du troisième tome de *Dits et Écrits* est abondamment citée, le caractère plastique du concept et l'imprécision de la définition nous entraînent facilement vers des recherches extrêmement diverses, en particulier en sciences de gestion où le concept bénéficie d'une appropriation par une tradition ingénierique sur laquelle nous reviendrons ultérieurement. La publication de nombreuses contributions par des auteurs parfois mondialement reconnus (DELEUZE, 1989 ;

1. Nous remercions Alex ALBER pour avoir attiré notre attention sur ce terme.

BERTEN, 1999 ; AGAMBEN, 2007 ; DUMEZ, 2009 ; AGGERI, 2014 ; RAFFNSØE, GUDMAND-HØYER & THANING, 2014), censés, par des petits textes d’une dizaine de pages, éclairer le concept, mais qui, en réalité, le redéfinissent en fonction de leurs préoccupations et ontologies, entraîne une plus grande confusion chez le chercheur en quête de compréhension. En outre, la réappropriation des concepts foucauldien par la *French Theory*, cette « drôle de construction américaine » (BUTLER, 2006, p. 29 ; CUSSET, 2003), étiquette que refusera le philosophe lui-même rappelle BURRELL (1988), accroît la complexité dans l’établissement d’une vision claire du concept.

Malgré ces difficultés apparentes, nous considérons que le dispositif possède ce que DEMAZIÈRE, BROSSAUD, TRABAL et VAN METER (2006, p. 178) qualifient d’épistémologie embarquée. Appliqué à l’usage des logiciels d’analyse textuelle tels que les CAQDAS — Computer Assisted/Aided Qualitative Data Analysis Software — ou les logiciels d’analyse statistiques, l’épistémologie embarquée sous tend que ces outils ont été conçus avec un certain dessein dont il convient de tenir compte lors de l’analyse sous peine de rupture entre le cadre théorique mobilisé par le chercheur et les méthodes déployées lors de l’analyse. Ainsi, selon nous, le concept de dispositif, théorisé par FOUCAULT (1994) ne peut être mobilisé dans toutes les circonstances, malgré ces usages divers. En sciences de gestion, il renvoie nécessairement à une approche non-essentialiste de la réalité (constructivisme ingénierique ou approche critique reposant sur le constructivisme social). Par conséquent, dans le présent chapitre, l’explication de notre cadre théorique va de pair avec celui de notre posture épistémologique. En découlera, dans un deuxième mouvement, la description de la méthodologie employée, l’étude de cas, qui répond à ce même souci.

2.1 Le dispositif comme concept non-essentialiste

En tant que concept, le dispositif apparaît de prime abord comme difficile à manier dans la recherche en sciences humaines et sociale. Par conséquent, après avoir rappelé ses enjeux, nous avons décidé d’approfondir la notion discursive sur laquelle il s’appuie avant de préciser la manière dont la dimension critique, inhérente à la conception du dispositif à laquelle nous nous rattachons, s’incarne dans notre recherche.

2.1.1 Trajectoire du dispositif en sciences de gestion

Avant de revenir sur la notion foucauldienne de dispositif, il convient d'évoquer les premiers travaux important cette notion en sciences de gestion (2.1.1.1) et la richesse théorique constituée par un retour petit à petit à la définition originale dans son acception critique que nous développerons dans un deuxième temps (2.1.1.2).

2.1.1.1 Une vision ingénierique du dispositif : l'approche du Centre de Gestion Scientifique

Le concept de dispositif est aujourd'hui largement mobilisé en sciences de gestion, en particulier en France sous l'impulsion du Centre de Gestion Scientifique (ci-après CGS) de l'École des Mines depuis les premiers écrits de MOISDON (1997b) jusqu'à très récemment des contributions comme celles de AGGERI et LABATUT (2010) ou AGGERI (2014).

Sans revenir de façon approfondie sur l'approche très spécifique de la recherche développée au sein de l'École des Mines, il nous paraît nécessaire de souligner sa dimension ingénierique, au sens du constructivisme ingénierique, qui est au cœur des préoccupations de ce centre de recherche. Selon les tenants de cette approche, la recherche en gestion doit être pratique, elle appartient au « référentiel des sciences de l'ingénieur » (ALLARD-POESI & PERRET, 2014, p. 18), mobilise essentiellement la recherche-intervention et aboutit à la « la construction d'artefacts gestionnaires » (*ibid.* p. 19).

Dans son ouvrage ayant pour but de résumer 10 ans de recherche sur les outils de gestion au CGS, MOISDON (1997b, p. 11) consacre quelques lignes au dispositif qu'il oppose à l'outil, concept au cœur de sa réflexion :

« On conviendra également de distinguer les outils de gestion de ce que l'on peut appeler "dispositifs de gestion" qui constituent un concept plus large, spécifiant quels types d'arrangement des hommes, des objets, des règles et des outils paraissent opportuns à un instant donné. Par exemple, un cercle de qualité, dans le cadre de la syntaxe élémentaire que nous proposons, est un dispositif; il fixe le rythme et la composition des réunions, les modalités d'animation, les objectifs attendus ».

Cette première définition appelle quatre remarques :

- la notion d'« arrangement hommes, objets, règles et outils » évoque déjà ce qui est au centre de la définition de FOUCAULT (1994, p. 298), c'est-à-dire le réseau ou assemblage hétérogène² ;
- le philosophe n'est pas nommément évoqué, il apparaîtra quand la définition de dispositif de gestion se rapprochera du concept original ;
- il y a une intentionnalité qui préside à la construction du dispositif portée de manière implicite par la direction dans la mesure où la conflictualité est niée (SHRIVASTAVA, 1986) ;
- Le dispositif n'est pas figé dans le temps.

8 ans plus tard, DE VAUJANY (2005a, p. 23), dans un livre opérant une synthèse similaire, définit le dispositif de gestion comme étant :

« un ensemble d'éléments de design organisationnel porté par une intention stratégique, produit et géré par le centre ou le pivot d'un collectif organisé et qui vise à intégrer les outils de façon cohérente et dans le respect de certaines règles de gestion. HATCHUEL et MOLET (1986) évoquent à cet égard l'intrication inévitable des dispositifs de gestion et des formes de l'organisation. »

Par rapport à la première approche de MOISDON (1997b), si le fond de la définition reste assez similaire, notons qu'il est explicitement mentionné le rôle du « centre *ou* du pivot » ce qui laisse entendre qu'une forme d'autonomie de la décision est conférée *de facto* aux opérationnels, ce qui rejoint l'idée, assez forte dans ce courant, selon laquelle l'outil est loin d'être défini uniquement rationnellement par la direction et peut faire l'objet d'appropriation, détournement, voire corruption (LOZEAU, LANGLEY & DENIS, 2002).

En outre, DE VAUJANY (2005a) accorde une dimension stratégique au dispositif, qui n'est pas qu'un simple moyen d'accomplir une action de manière rationnelle mais a des

2. « Ce que j'essaie de repérer sous ce nom, c'est premièrement un ensemble résolument hétérogène, comportant des discours, des institutions, des aménagements architecturaux, des décisions réglementaires, des lois, des mesures administratives, des énoncés scientifiques, des propositions philosophiques, bref : du dit, aussi bien que du non-dit, voilà les éléments du dispositif. Le dispositif lui-même, c'est le réseau qu'on peut établir entre ces éléments. »

effets sur toute la stratégie de l'organisation. Cette posture renvoie directement aux travaux fondateurs du CGS et à ceux de BERRY (1983) au sein du CRG³.

Plus important peut-être, un peu plus loin, après avoir exposé les différentes définitions d'objets, de règles, d'outils et de dispositifs de gestion, DE VAUJANY (2005a, p. 24) se livre à cette confidence :

« ces concepts [outils, instruments, règles, dispositifs, etc.] peuvent s'articuler de multiples façons dans un vaste modèle analytique, qui dissocie donc parfois artificiellement des éléments qui, dans les pratiques, sont largement indissociables, qui ne constitue pas vraiment un modèle de poupées russes définissable *a priori* ».

D'après ces premières recherches, la notion de dispositif est surtout définie par rapport à l'unité d'analyse centrale représentant le courant du CGS : l'outil de gestion, qui représente la majorité des recherches publiées à ce jour. Les questionnements autour du périmètre de ces termes — pas encore tranchés actuellement, malgré plusieurs tentatives — témoignent de cela avec une forte inclinaison vers le constructivisme ingénierique. Le milieu des années 2000 correspond à un retour plus affirmé vers la définition originelle établie par FOUCAULT (1994), y compris dans sa dimension critique.

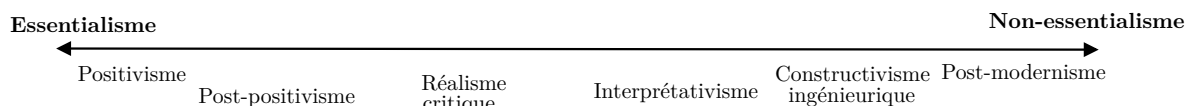
2.1.1.2 Quand le dispositif retrouve son origine critique

En 2007, l'essai du philosophe italien Giorgio AGAMBEN (2007), *Che cos'è un dispositivo?*, est traduit en français sous le nom de *Qu'est-ce qu'un dispositif?* ce qui va entraîner un retour plus assuré à la définition du dispositif proposée par FOUCAULT (1994, p. 298-301). En effet, en adoptant une posture foucauldienne, AGAMBEN (2007) se livre à une généalogie érudite du terme dispositif dans le but d'en dégager les sens principaux. Il retient trois composantes essentielles à cette définition :

1. « Il s'agit d'un ensemble hétérogène qui inclut virtuellement chaque chose, qu'elle soit discursive ou non : discours institutions, édifices, lois, mesures

3. Même si, et Mathias BÉJEAN a attiré notre attention sur ce point, il existe bien entendu des nuances entre les différents membres de cet école ingénierique. Ce que note également COURPASSON (2000, p. 260) en opposant une vision optimiste de l'outil chez MOISDON et pessimiste chez BERRY.

FIGURE 2.1: Les différentes postures épistémologiques



Source : (ALLARD-POESI & PERRET, 2014, p. 22)

de police, propositions philosophiques. Le dispositif pris en lui-même est le réseau qui s'établit entre ces éléments ;

2. Le dispositif a toujours une fonction stratégique concrète et s'inscrit toujours dans une relation de pouvoir ;
3. comme tel, il résulte du croisement des relations de pouvoir et de savoir ».

AGAMBEN (2007, p. 10-11)

En étudiant sa généalogie, AGAMBEN (2007) apporte de précieuses indications pour la compréhension du contexte épistémologique dans lequel s'ancre le concept de dispositif. Il s'agit au départ de la distinction hégélienne entre la religion naturelle et la religion positive. Cette dernière, qui a donné (dis)positif, représente l'ensemble des règles extérieures à la religion naturelle (c'est-à-dire les liens directs entre le divin et le croyant) qui s'imposent à l'individu. Soit des règles socialement construites et aliénantes que FOUCAULT (1994) propose de déconstruire pour s'émanciper. Ainsi, malgré l'emploi du terme « positif » pour qualifier ce lien avec le religieux, ces règles n'existent pas en tant que telles dans la réalité mais relèvent plutôt d'objets construits. À l'inverse, les règles naturelles renvoient au positivisme.

Par conséquent, l'étude des dispositifs au sens foucauldien postule un ancrage épistémologique reconnaissant le caractère non-naturel du dispositif, soit les approches non-essentialistes selon le schéma en figure 2.1.

À la lecture de la première partie de cette définition, il apparaît que le terme de dispositif, expliqué par AGAMBEN (2007) semble malaisé à rendre effectif dans le cadre d'une recherche car les frontières entre ce qui relève du dispositif et ce qui en est absent sont difficiles à établir. De même, un peu plus loin, quand AGAMBEN (2007) donne sa propre définition du dispositif,

2.1. LE DISPOSITIF COMME CONCEPT NON-ESSENTIALISTE

« J'appelle dispositif tout ce qui a, d'une manière ou d'une autre, la capacité de capturer, d'orienter, de déterminer, d'intercepter, de modeler, de contrôler et d'assurer les gestes, les conduites, les opinions et les discours des êtres vivants » (AGAMBEN, 2007, p. 31).

Cette approche renvoie à la définition même du management en tant que capacité à obtenir ce que l'on veut des autres, ce que développe par ailleurs AGAMBEN (2007) dans son essai. Ainsi, dans l'accumulation des verbes à l'infinif, on retrouve bien le POCCC fayolien. Cette vision du dispositif comme artefact du management (gouvernementalité) se retrouve aussi dans les analyses de sociologues critiques comme MAUGERI (2006), BOUSSARD (2008). Voulant dépasser l'analyse de l'outil ou l'instrumentation jugée « inadéquats », BOUSSARD (2008, p. 37) estime en effet que

« [ces termes] semblent occulter l'imbrication des niveaux discursifs et techniques au sein de chaque outil et l'articulation complexe d'un ensemble de discours, de démarches, d'outils, d'acteurs, de lieux à travers lesquels se fabrique et se joue la gestion ».

Dès lors, l'approche proposée par BOUSSARD (2008) et reprise dans l'ouvrage de synthèse de CHIAPELLO, GILBERT, BAUD, BRIVOT et CHEMIN-BOUZIR (2013), consiste à considérer le dispositif comme une technique de discipline et de gouvernement principalement appliqué au champ du contrôle, de la comptabilité et de l'audit, soit avant tout une notion de pouvoir⁴ avec un rôle profondément déshumanisant (SNOEK, 2010, p. 53). En d'autres termes, le dispositif prend vie et occulte la volonté propre de l'acteur.

Récemment, un article, publié par RAFFNSØE et al. (2014) se propose d'effectuer une analyse approfondie du terme dispositif et de son utilisation possible en sciences de gestion à partir d'une lecture précise de plusieurs textes de Michel FOUCAULT (1994). Sans reprendre les éléments déjà évoqués plus haut, il s'agit avant tout d'insister sur le caractère relationnel et dynamique du dispositif, l'assemblage de différents discours mais aussi de « pratiques

4. « J'ai dit que le dispositif était de nature essentiellement stratégique, ce qui suppose qu'il s'agit là d'une certaine manipulation de rapports de forces, d'une intervention rationnelle et concertée dans ces rapports de force, soit pour les développer dans telle direction, soit pour les bloquer, ou pour les stabiliser. Le dispositif est donc toujours inscrit dans un jeu de pouvoir, mais toujours lié aussi à une ou à des bornes de savoir, qui en naissent mais, tout autant, le conditionnent. C'est ça, le dispositif.[...] le dispositif [...] est, lui, discursif et non-discursif, ses éléments étant beaucoup plus hétérogènes. » (FOUCAULT, 1994, p. 301)

2.1. LE DISPOSITIF COMME CONCEPT NON-ESSENTIALISTE

organisationnelles plus larges »⁵ dans le but d'éclairer de manière historique la construction des dispositifs dans le temps (p. 8). Autrement dit, le questionnement principal consiste à pratiquer une approche généalogique des dispositifs dans les organisations. Le caractère évolutif du dispositif, dans le temps, y compris de manière inattendue, est également évoqué dans le compte rendu du livre d'AGAMBEN (2007) établi par DUMEZ (2009, p. 35-36)

« Le dispositif naît dans l'urgence, d'un objectif stratégique. Ensuite, deux phénomènes se produisent : un processus de surdétermination fonctionnelle (le dispositif empile une série de fonctions, et un processus de "remplissage stratégique", puisque de nouveaux objectifs stratégiques apparaissent, que le dispositif est manié en fonction d'autres objectifs que les objectifs initiaux »⁶

De même, RAFFNSØE et al. (2014) tiennent aussi à souligner le caractère émergent de la norme produite par les dispositifs qui dérive de la volonté originelle⁷. DUMEZ (2009, p. 35-36) note également ce point quand il décrit

« qu'il y a un objectif stratégique au départ, puis le dispositif joue de manière autonome et produit (ou peut produire) des effets inattendus ».

Au-delà de ces questions de définition, DUMEZ (2009, p. 38) évoque la problématique de la méthodologie : « comment étudier l'hétérogénéité de ce qui est discours et ne l'est pas, et l'articulation des ces éléments hétérogènes, dans une perspective dynamique ? ». Suggérant de se reporter au travail d'une de ses anciennes doctorantes, DEPEYRE (2009), nous notons que le choix méthodologique, le déploiement d'un « dispositif d'observation » repose sur la méthode des cas définie par YIN (2014) dans une perspective multiséquentielle (c'est-à-dire

5. "One must also include a broader range of organizational practices".(p. 12)

6. « Oui. Et je verrai deux moments essentiels dans cette genèse. Un premier moment qui est celui de la prévalence d'un objectif stratégique. Ensuite, le dispositif se constitue proprement comme tel, et reste dispositif dans la mesure où il est le lieu d'un double processus : processus de surdétermination fonctionnelle, d'une part, puisque chaque effet, positif et négatif, voulu et non voulu, vient entrer en résonance, ou en contradiction, avec les autres et appelle à une reprise, à un réajustement des éléments hétérogènes qui surgissent çà et là. Processus de perpétuel remplissage stratégique, d'autre part. Prenons l'exemple de l'emprisonnement, ce dispositif qui a fait qu'à un moment donné les mesures de détention sont apparues comme l'instrument le plus efficace, le plus raisonnable que l'on puisse appliquer au phénomène de la criminalité. Ça a produit quoi ? Un effet qui n'était absolument pas prévu à l'avance, qui n'avait rien à voir avec une ruse stratégique de quelque sujet méta- ou transhistorique qui l'aurait perçu et voulu [...] Voilà ce que j'appelle le remplissage stratégique du dispositif. »(FOUCAULT, 1994, p. 299-300)

7. "The dispositif is not to be understood as the elimination of intentionality, will and freedom, but rather as a result of an abundance of intentions at play that cross and interact to create a pattern that exerts a decisive influence on later initiatives." (p. 15)

dans des périodes de temps divisés en unité). « La démarche méthodologique concrète », pour reprendre le titre de la section de cette thèse, ayant consisté à croiser les données entre le discours et les actions à l'aide de documents secondaires, d'entretiens avec des membres des entreprises concernées et des analystes extérieurs, ce qui recoupe la notion de triangulation proposée par YIN (2014) sur laquelle nous reviendrons dans le chapitre 4 page 101.

Pour appréhender cette dualité entre dit et non-dit, et puisque DUMEZ (2009, p. 35) déclare que l'approche de FOUCAULT (1994) « était centrée exclusivement sur les discours », nous avons décidé de d'approfondir cette notion d'analyse du discours (2.1.2) en la resituant dans son contexte théorique foucauldien avant de décrire plus précisément l'incarnation critique de notre recherche.

2.1.2 Deux éclairages sur le dispositif : discours et pratiques normatives

Deux éléments composent le dispositif spatial que nous analysons : le dit (discours) et non-dit (pratiques). Nous verrons dans cette sous-section en quoi étudier les pratiques et les discours permet d'éclairer le pouvoir normatif circulant au sein de ce dispositif.

2.1.2.1 Un discours qui définit le bien

Quand FOUCAULT (1994) évoque le « dit » par opposition au « non-dit » dans la formation du dispositif, il s'agit d'une conception du discours antipositiviste, dans lequel un discours n'est pas que le simple reflet de la nature.

Dans la même veine, alors que les courants classiques de la linguistique opèrent généralement la distinction entre la linguistique interne, bien plus reconnue et ne s'intéressant qu'à la forme et la linguistique externe qui établit une correspondance entre le discours et la société⁸, BOURDIEU (1982) rompt avec la tradition saussurienne et envisage les deux comme deux réalités mêlées et s'auto-influçant dans un rapport de pouvoir.

8. Mais dans ce cas, le discours est "determined purely by individual choices, not socially at all" (FAIRCLOUGH, 1989, p. 20), soit relevant de l'individualisme méthodologique ce qui dénie l'existence toute forme de pouvoir dominant.

2.1. LE DISPOSITIF COMME CONCEPT NON-ESSENTIALISTE

Dans un tel cadre, le discours ne correspond pas à ce qui est dit comme si la parole n'était que le vecteur du sens mais ce qui *peut* être dit comme l'évoque la sociologue des sciences critique BARAD (2003)⁹. Ainsi, la détention de ce pouvoir discursif est à comprendre dans une réalité très concrète. Il y a ceux qui ont accès à la parole (les porte-paroles) et ceux dont la parole est portée, parfois à leur corps défendant, par leurs représentants. Or, ne considérer que le discours de la direction, comme le proposait JACQUOT (1991) comme seule source linguistique dans les organisations dans une ancienne contribution, c'est

« accepter tacitement la définition officielle de la langue officielle d'une unité politique : cette langue est celle qui, dans les limites territoriales de cette unité, s'impose à tous les ressortissants comme la seule légitime, et cela d'autant plus impérativement que la circonstance est officielle. » (BOURDIEU, 1982, p. 27)

Autrement dit, c'est dénier l'existence des communautés linguistiques, soit des « groupes de gens qui utilisent le même système de signes linguistiques » (BLOOMFIELD, 1935, p. 28, Trad. P. BOURDIEU in *op. cit.* p. 18) et du pouvoir qui est associé à chacun de ses groupes. GIRIN (1990) ne dit pas autre chose quand il déclare que :

« manifester son identité individuelle ou collective, par des pratiques langagières spécifiques, c'est bien communiquer : soit en direction de ceux avec qui on se reconnaît comme membre du même groupe, soit en direction de ceux envers qui on manifeste sa différence » (GIRIN, 1990, p. 10)

Mais, non seulement le discours représente un affrontement entre groupes mais celui-ci, accédant au statut de dominant, fait naître la définition du champ des possibles, c'est-à-dire la réalité. C'est ainsi que BOURDIEU (1982) déclare que :

S'agissant du monde social, la théorie néo-kantienne qui confère au langage et plus généralement aux représentations, une efficacité proprement symbolique de construction de la réalité, est parfaitement fondée : en structurant la perception que les agents sociaux ont du monde social, la nomination contribue à faire

9. "Discourse is not what is said; it is that which constrains and enables what can be said."(BARAD, 2003, p. 819)

2.1. LE DISPOSITIF COMME CONCEPT NON-ESSENTIALISTE

que la structure de ce monde et d'autant plus profondément qu'elle est plus largement reconnue, c'est-à-dire autorisée. BOURDIEU (1982, p. 99).

Une idée qui est présente chez FOUCAULT (1970), cet auteur accordant plus d'attentions sur le rôle du discours scientifique en tant que générateur de vérité définissant un cadre d'action. Malgré cela, la présence de BOURDIEU dans cette section a de quoi surprendre : lui-même considérait avec défiance les travaux de FOUCAULT, le renvoyant à une position de lecture internaliste (pour comprendre un texte, « il suffit de lire les textes ») (BOURDIEU, 1997) opposé à une vision externaliste inspirée des marxistes qui interprète les œuvres en les mettant en relation avec le monde social ou économique ; lui-même se situant dans une posture de dépassement des deux en exposant la notion de champ. Celle-ci postule en effet que l'auteur, une fois qu'il a atteint cette position dominante est en mesure de réifier la réalité par son discours.

Cette lecture un peu rapide de Foucault comme seulement internaliste est battue en brèche par DREYFUS et al. (1992, p. 82) exposant que selon le philosophe, les énoncés sérieux « ne peuvent pas exister de manière isolée » et sont présents au sein d'un système, ainsi dans les règles du discours transparaissent les règles de production du discours lui-même. Plus récemment, FABIANI (2011, p. 82) ne dit pas autre chose lorsqu'il énonce que « la critique de son œuvre qui lui reproche essentiellement de rapatrier les stratégies dans le ciel des idées et de méconnaître les conditions sociales de la production intellectuelle passe-t-elle tout simplement à côté des préoccupations foucaaldiennes ».

Néanmoins FABIANI (2011), comme GROS (2010) ou LAHIRE (2011) notent une distinction fondamentale entre le sociologue et le philosophe. Ainsi, Bourdieu n'étudie pas les mots du discours comme un contenu, une rationalité, mais n'y voit que le reflet d'inégalités dans les rapports de position au sein d'un champ lorsque Foucault s'intéresse au contenu du discours et cherche à déterminer comment ce discours, déterminé par de nombreux rapports de pouvoir, puis parfois devenu autonome, tout comme le dispositif, produit une vérité naturalisée. Cette approche, en tant qu'étude purement discursive, reste toutefois impuissante à saisir la matérialité du dispositif (il s'agit encore du moment qualifié « d'archéologique » de la littérature foucauldienne et non « généalogique » selon la distinction canonique effectuée par DREYFUS et RABINOW (1983) et reprise ailleurs (BURRELL, 1988 ;

PEZET, 2012 ; BARDON & JOSSEMAND, 2012)). En effet, comme l'explique BOUSSARD (2008, p. 36-37) :

« Les instruments incorporent des éléments du discours gestionnaire même si ces derniers ne sont qu'implicites. En matière de gestion, les techniques sont aussi des objets dans lesquels se lisent les discours, et les discours portent eux-mêmes sur la présentation des techniques. La séparation entre ordre du discours et ordre des techniques ne semble pas tenable. Saisir la gestion, c'est saisir deux niveaux, celui du discours et celui de la technique mais dans leur imbrications et leurs articulations ».

Cette nécessité d'appréhender cette dimension technique — pouvant être assimilés à des discours puisque FAIRCLOUGH (1989) nous invite à envisager le langage au-delà de la dimension purement textuelle pour embrasser toute manière de présenter un discours (graphique par exemple) — passe également par l'étude du non-dit incarné dans les pratiques des acteurs. Pour étudier ces dernières, nous avons intégré l'analyse des pratiques qui passe notamment par la réalisation d'entretiens sur laquelle nous revenons dans la sous-section suivante. Épistémologiquement en effet, étudier le dispositif correspond, dans une perspective foucauldienne, à tenter de « comprendre le sens plutôt qu'à expliquer la fréquence et saisir comment le sens se construit dans et par les interactions, les pratiques, le discours » (ALLARD-POESI & PERRET, 2014, p. 14), soit le recours à des méthodologies plus qualitatives que quantitatives. L'approche en management stratégique qui correspond le mieux à cette posture interprétative dans ce cadre d'étude est la *strategy-as-practice* (ci-après SAP) que nous allons développer maintenant.

2.1.2.2 Les pratiques comme révélateur du bon comportement : l'apport d'une certaine stratégie comme pratique

Si traditionnellement la méthode foucauldienne repose sur l'analyse de documents et d'ouvrages scientifiques, notre étude se propose aussi de travailler à partir de discours des acteurs saisi à l'aide d'entretien. L'approche est peu conventionnelle, mais répond à une double exigence :

2.1. LE DISPOSITIF COMME CONCEPT NON-ESSENTIALISTE

- d’une part, la triangulation (SAVOIE-ZAJC, 2003, 2009) qui permet d’augmenter la validité interne des sources de l’étude ;
- d’autre part, et paradoxalement, l’entretien permet de saisir les non-dits au cours du dispositif, et pour ce dernier point, nous introduisons l’apport de la stratégie comme pratique.

En effet, dans un article aujourd’hui considéré comme fondateur, WHITTINGTON (1996) remet en cause la vision stratégique considérée jusque-là comme dominante, schématiquement le paradigme de Harvard — consistant à étudier la stratégie comme étant quelque chose que les organisations ont ou n’ont pas pour le cas échéant leur proposer à l’aide d’outils normatifs dans une vision presque algorithmique de l’action stratégique — pour développer une nouvelle approche, empreinte de sociologie, visant à étudier comment les acteurs, les cadres intermédiaires par exemple, par leurs actions quotidiennes *font* de la stratégie. Autrement dit, il s’agit de prendre pour objet « le travail non-héroïque des praticiens de la stratégie ordinaire dans leurs routines quotidiennes »¹⁰.

Adopter ce projet de recherche, c’est *déjà* rejoindre une vision non-essentialiste de la stratégie dans laquelle le discours et l’action occupent une place prépondérante¹¹ dans la construction sociale des organisations. Ainsi, cette approche rejoint l’idée même du réseau au cœur du dispositif quand JOHNSON et al. (2007, p. 32) évoquent l’attention particulière portée sur « les relations entre les activités et le système social plus large dans lequel celles-ci sont imbriquées »¹². En d’autres termes, les actions répétées, les choix plus ou moins conscients, en bref les dispositifs sont, dans une perspective SAP, les forces animant la vie stratégique de l’organisation, soit ce que FOUCAULT (1994, p. 301) appelait « l’institution », c’est-à-dire ce qui n’a pas besoin d’être formulé soit « tout ce qui dans une société fonctionne comme système de contrainte sans être énoncé ».

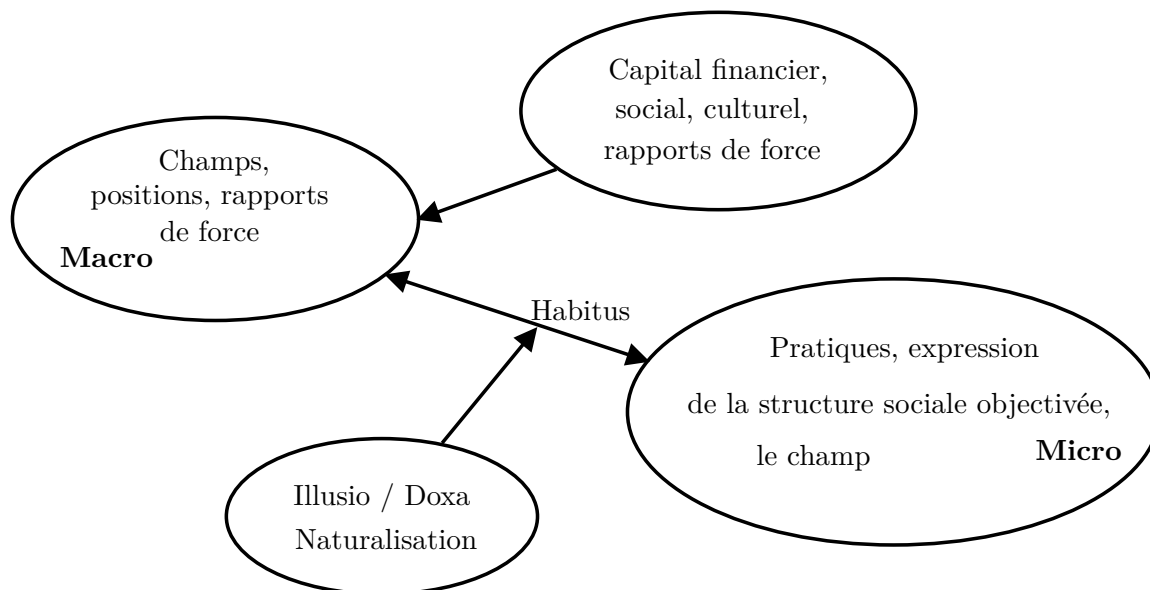
Cette perspective sur la stratégie comme pratique peut apparaître comme contre-intuitive, tant ce courant a évolué depuis 1996, au point de « de finir par mettre de côté

10. “about the unheroic work of ordinary strategic practitioners in their day-to-day routines.” (Whittington, 1996, p. 734)

11. “One implication of such a non-essentialist position is to accept that our awareness of the world is inescapably a product of their own language and activities, and to work with the consequences of this (Johnson, Langley, Melin, & Whittington, 2007, p. 32)”

12. “adds a greater focus on the relationship between this activity and the larger social systems or structures in which it is embedded.”

FIGURE 2.2: Les pratiques dans le cadre de la pensée de BOURDIEU (1980, 2000)



Source : Figure réalisée à partir de GOLSORKHI (2016, p. 47-48)

les contextes de domination dans lesquelles les pratiques s'inscrivent, renouant ainsi avec la conception hégémonique qu'il entendait précisément dépasser. » (NIZET & PICHAULT, 2015, p. 102). Pour autant, essayant de renouer avec la théorie originelle, un certain nombre d'auteurs d'inspiration bourdieusienne dont GOLSORKHI et HUAULT (2006) ou GOLSORKHI (2016) réintroduisent l'ancrage des pratiques dans l'habitus, comme en témoigne la figure 2.2. Ainsi, cette vision de la stratégie comme pratique considère que les pratiques sont inscrites dans le champ qui comportent ses règles du jeu en fonction de la répartition du capital en son sein et sont naturalisées par la *doxa* et l'*illusio*.

En prolongeant la perspective ouverte par GOLSORKHI (2006), nous pouvons rapprocher les pratiques de l'approche foucauldienne, tout comme nous semble suggérer l'intitulé même du chapitre publié dans DE VAUJANY, HUSSENOT et CHANLAT (2016), *Habitus et stratégie : vers une théorie dispositionnelle*. En effet, selon nous, le *dispositionnel* peut renvoyer au dispositif dans la mesure où le schéma décrit bien « une domination [qui] ne parle pas d'elle-même et se dissimule dans des dispositifs dont les formes patentes de pouvoir ne constituent que la dimension la plus superficielle » (BOLTANSKI, 2009, p. 17). Au-delà de la proximité sémantique et de cette même vision de la domination, dans un entretien

2.1. LE DISPOSITIF COMME CONCEPT NON-ESSENTIALISTE

rassemblant des critiques d'historiens et portant sur *Surveiller et Punir*, Michel FOUCAULT explicite son projet de recherche comme :

« ne pas jauger des pratiques à l'aune d'une rationalité ; mais plutôt de voir comment des formes de rationalisation s'inscrivent dans des pratiques, ou des systèmes de pratiques, et quel rôle elles y jouent. Car il est vrai qu'il n'y a pas de "pratiques" sans un certain régime de rationalité. » (AGULHON et al., 1980, p. 47)

Croiser ces documents revient aussi à s'exposer à des contradictions entre les sources orales et écrites (et parfois entre sources orales et entre sources écrites), mais l'enjeu de la recherche n'est pas, on l'a déjà exposé précédemment de prétendre comparer un discours géographique forcément teinté d'idéologie à une géographie naturelle au sein du dispositif, mais plutôt de l'envisager comme « des pratiques discontinues qui se croisent, se jouxtent parfois, mais aussi bien s'ignorent que s'excluent » (FOUCAULT, 1970, p. 249) aboutissant à la création d'un cadre de l'agir stratégique. À ce titre, proximités et différences entre pensée bourdieusienne et foucaldienne dans l'analyse des discours se retrouvent dans celle des pratiques.

Ce cadre n'est pas, et on suit ainsi la pensée foucaldienne jugeant le pouvoir comme diffus plutôt qu'émanant d'une seule autorité¹³, et, en conséquence, notre étude ne peut s'arrêter aux bornes administratives d'une seule organisation chargée de la régulation. C'est aussi ce que nous suggère la Stratégie comme pratique qui est composée, clarifie WHITTINGTON (2006)¹⁴ de 3 dimensions fondatrices en perpétuelles interactions¹⁵ :

— la praxis qui correspond aux actions quotidiennes au sein des organisations ;

13. Ce serait une « curieuse stratégie » que celle qui n'aurait pas « un point d'origine unique », qui pourrait servir à « bien des intérêts différents et qui permettrait des intérêts multiples ». Imagine-t-on, se demande-t-il une pareille stratégie ? Je ne vois qu'une réponse. Imagine-t-on une stratégie qui ne soit pas justement cela ? Une stratégie qui ne soit pas née de plusieurs idées formulées ou proposées à partir de points de vue ou d'objectifs différents ? Une stratégie qui ne trouverait pas son motif dans plusieurs résultats recherchés conjointement, avec divers obstacles à tourner et différents moyens de combiner ? Peut-on imaginer une stratégie (militaire, diplomatique, commerciale) qui ne doive sa valeur et ses chances de succès à l'intégration d'un certain nombre d'intérêts ? (FOUCAULT, 1980, p. 36)

14. Dans le même article, il rappelle brièvement que le *practice turn* vient notamment d'auteurs comme BOURDIEU ou FOUCAULT, (p. 614)

15. L'auteur se réfère d'ailleurs explicitement aux travers sur la constitution de la société de GIDDENS (1980) et ses schémas sont proches d'une de ses continuatrices en sciences de gestion, ORLIKOWSKI (1992)

TABLEAU 2.1: Une recherche résolument critique

<i>Critères pour une recherche critique</i>	<i>Incarnation dans notre travail doctoral</i>
La dénaturalisation	Mise en évidence du caractère socialement construit du dispositif pour en démonter les rouages, l'ensemble des « évidences » est vu avec méfiance soit comme étant le reflet de structures sociales inégalitaires, soit encore le produit fortuit d'assemblages entre techniques et discours scientifiques (ALLARD-POESI & LOILIER, 2009, p. 1988-1989)
La mise au jour des asymétries de pouvoir	Le dispositif comme instrument de contrôle
La non-performativité (ou proposition d'émancipation)	L'objectif n'est plus l'implication managériale, mais l'utilité sociale, la diminution des souffrances non nécessaires
La réflexivité	La reconnaissance de la non-neutralité du chercheur, s'interroger sur son statut de producteur d'un ordre social

Source : (FOURNIER & GREY, 2000 ; BEN KAHLA, 2002 ; GOLSORKHI, HUAULT & LECA, 2009 ; ALLARD-POESI & LOILIER, 2009)

- les pratiques qui constituent le cadre dans lequel les praxis peuvent naître et qui sont, en ce sens, proches du champ défini plus haut dans les travaux de GOLSORKHI (2006) ;
- et les praticiens dont l'action est de produire de la stratégie, ces derniers n'étant pas seulement les cadres dirigeants, mais aussi les cadres intermédiaires, les consultants, les autres organisations, etc.

Ces trois dimensions de la SAP nous aident également à définir le cadre de notre étude, résolument critique (*cf* : tableau 2.1), en y incluant le rôle que pourraient exercer le cadre normatif, mais aussi les actions et discours d'autres organisations dans la définition du dispositif. Tous ces éléments nous permettent de formuler notre problématique de thèse ainsi :

Encadré 2.1: Problématique de notre recherche

Comment le dispositif de contrôle spatial structure un champ d'action inter-organisationnel et, dans l'interaction avec les membres du champ, peut se transformer et révéler les asymétries organisationnelles du réseau ?

Sa complexité, les sources employées et les multiples acteurs présents en son sein nous entraîne assez naturellement vers la méthode des cas, ce que nous explicitons dans la section suivante.

2.2 Le choix de l'étude de cas

Si comme nous avons déjà pu le voir, l'étude de cas a pu se montrer particulièrement pertinente pour l'étude d'un dispositif et son rattachement aux méthodes quantitatives est avérée, nous mettons en évidence sa richesse (2.2.1) avant d'exposer le cas que nous avons retenu dans notre travail doctoral (2.2.2).

2.2.1 Face à la complexité du dispositif : la méthode des cas

Définie comme « une enquête empirique qui étudie un phénomène contemporain dans son contexte » (YIN, 2014, p. 16), l'étude de cas est considérée comme « la voie principale » de la recherche qualitative par ALLARD-POESI (2015) et est particulièrement adaptée à la problématique sous forme « comment » que nous avons exposé plus haut (*cf* : encadré 2.1). Toutefois, mettre en place un cas revient à définir un certain nombre de positions sur lesquels nous revenons dans cette sous-section.

2.2. LE CHOIX DE L'ÉTUDE DE CAS

TABLEAU 2.2: Questions et méthodes de recherche

<i>Méthode</i>	<i>Forme de la question de recherche</i>	<i>Contrôle des événements</i>	<i>Contemporanéité</i>
Expérience	Comment/Pourquoi	Oui	Oui
Sondage	Quoi, quoi, où, combien	Non	Oui
Archives	Quoi, quoi, où, combien	Non	Oui/Non
Histoire	Comment, pourquoi	Non	Non
Étude de cas	Comment/Pourquoi	Non	Oui

Source : (YIN, 2014, p. 9), traduit par MBANI (2014, p. 159)

Nous mettant en garde contre les acceptions les plus usuelles de l'étude de cas¹⁶, LE GOFF (2002, p. 196) précise que celle-ci, pour être valide scientifiquement, doit être d'une singularité exemplaire, c'est-à-dire que le cas doit-être compris en tant « qu'individu appartenant à une espèce » (p. 197). Ici comme nous le verrons un peu plus loin, ce cas correspond au dispositif spatial de contrôle inter-organisationnel mis en place par une organisation dont l'objet est d'organiser la délégation et le contrôle d'actions sur un espace précis. À ce titre, le caractère exemplaire provient d'un mode d'action commun, celui de l'attribution de missions de services publics, dont l'ancrage théorique est celui du *New Public Management*, mais dont la situation peut être étendue à toutes les organisations — donc privées — car cette manière de gérer les services publics est inspirée par les théories économiques contractuelles développées à l'origine pour la gestion des firmes par COASE (1937), JENSEN et MECKLING (1976) et WILLIAMSON (1981).

Plus loin dans le même chapitre, l'auteur nous invite à nous prémunir de la « tentation de l'inventaire » qui serait l'un des risques de l'étude de cas. Il nous semble, en particulier dans la phase conclusive de notre étude empirique, que nous avons réussi à éviter ce risque du fait du caractère relationnel du dispositif : en effet, comme nous l'avons mentionné plus haut en reprenant la définition de Michel FOUCAULT, l'enjeu principal de l'étude du

16. didactique, énigmatique, typique, clinique.

2.2. LE CHOIX DE L'ÉTUDE DE CAS

TABLEAU 2.3: Les questions fondamentales (et les réponses correspondantes) lors de la conduite d'une étude de cas

<i>des questions</i>	<i>des réponses</i>
De quoi mon cas est-il le cas ?	un corpus de connaissances géographiquement situées dans un but d'organisation
De quoi mon cas se compose-t-il ?	Un dispositif multi-support (écrit et oral) et multi-organisationnel
Que peut produire mon cas ?	Une heuristique, une théorie sociale à moyenne portée (provisoire) telle que décrite par MERTON, cf : SAINT-MARTIN (2013)

Source : (DUMEZ, 2013, p. 16)

dispositif ne consiste pas à cataloguer les différentes normes, discours et pratiques, mais à examiner leur mise en lien¹⁷.

Poursuivant, LE GOFF (2002) met en exergue les deux situations où le cas contribue de manière significative à la recherche scientifique : d'une part, en servant d'outil de réfutation selon la logique énoncée par POPPER (1973), d'autre part, et c'est la situation qui est celle développée dans cette thèse, de méthode plus exploratoire, celle de l'abduction, visant, par le processus d'allers-retours de la démarche à élaborer une théorie sociale à moyenne portée (cf : tableau 2.3). Nous décrivons ensuite le cas retenu, la gestion de la santé en région Centre.

2.2.2 L'étude de cas retenue : la gestion de la santé en région

Le cas, unique, que nous avons retenu est celui de l'agence régionale de santé du Centre (ci-après ARS)¹⁸, une organisation chargée d'assurer « un pilotage unifié de la santé en région, de mieux répondre aux besoins de la population et d'accroître l'efficacité du

17. Même si nous devons admettre avoir dû expliquer en profondeur certaines parties du dispositif qui nous semblaient nous-mêmes obscures avant d'en saisir le sens et l'importance.

18. Même si, pour la compréhension de notre cas, il a fallu parfois dépasser ces frontières : ainsi le SIOS, schéma inter-régional d'organisation des soins dépend d'un zonage excédant la région ; par ailleurs, l'ARS évolue dans un cadre (inter)national dont nous avons dû tenir compte.

Encadré 2.2: Stratégie comme pratique, cas et entretiens : prétention dangereuse et risque de circularité

Nous l'avons évoqué plus haut, le chapitre de ALLARD-POESI (2015, p. 2) (dans un livre non-publié à ce jour) soulève quelques objections quant à l'utilisation de la méthode des cas dans le contexte de la stratégie comme pratique, jugeant que les cas « se marquent ainsi par un recours privilégié aux données de discours (entretiens, documents), au détriment des données d'observation et de conversations spontanées entre les acteurs et ce, alors même que ce sont les actions et pratiques des acteurs dans leur contexte que l'on souhaite étudier ».

Dans le cas — si l'on ose employer ce terme — de notre recherche, nous tenons à signaler deux éléments : d'une part, comme l'indique le tableau 4.2 page 113, de multiples sources ont été mobilisées dont l'observation *in situ*, d'autre part, et c'est peut-être le point le plus important, l'objection formulée par l'auteure peut être questionnée de plusieurs manières :

- même si la maîtrise de la parole est souvent consubstantielle à l'occupation de poste de direction (WILLEMEZ, SURDEZ, PAVIS & CHAMBOREDON, 1994 ; DUCHESNE, 2000), l'entretien en longueur permet de casser la langue de bois et obtenir des récits de pratique, méthodologie éprouvée en sciences sociales (BERTAUX, 2016 ; SAUVAYRE, 2013) ;
- par ailleurs, le but de notre recherche ne consiste pas tant à évaluer les pratiques qu'examiner les discours qui la sous-tendent donc, dans le cadre de la stratégie comme pratique telle que nous l'avons défini, il nous semble que l'objection formulée par l'auteur ne s'applique pas.

Par ailleurs, dans le même chapitre, l'auteure, en réalisant une synthèse d'articles consacrés à la question, dresse une critique sévère du processus de codage comme étant — même dans le cas d'une recherche par théorisation ancrée — génératrice de raisonnements circulaires et en définitive assez pauvres. Sans véritablement apporter de réponses, elle nous encourage à développer notre réflexivité de chercheur et, pour cela, s'ouvrir à des écoles de pensée comme le post-modernisme ou les études critiques.

2.2. LE CHOIX DE L'ÉTUDE DE CAS

système »¹⁹ sur un périmètre précis, celui de la région Centre (*cf* : figure 2.1 page 64), la santé étant définie avant tout par ses déterminants que sont l'organisation du système de soin, l'environnement, les habitudes de vie et la biologie humaine (LALONDE, 1974).

Créée en 2010 suite au vote de la loi Hôpital Patient Santé Territoire, l'ARS est une organisation issue de la fusion de différents services de l'État permettant d'assurer le « pilotage unifié » des différents déterminants de santé. Par exemple en intégrant l'agence régionale de l'hospitalisation chargée de la gestion de l'hôpital, les DDASS qui s'occupaient du médico-social ou les GRSP dont la fonction était d'organiser des actions de prévention dans le champ de la santé publique. En outre, certains déterminants de la santé dépendant de l'action d'organisations étatiques pilotées par d'autres ministères, l'ARS travaille parfois en inter-ministériel avec d'autres services comme la DDCS ou le rectorat. Nous reviendrons plus en détail sur le contexte de création des agences régionales de santé dans le chapitre 3.

Il est toutefois important de noter dès à présent que si l'ARS n'accomplit pas des missions de santé elle-même, son action est, fidèle à sa dénomination d'agence, de faire-faire la santé en organisant la politique de santé au niveau régional, départemental, voire infra-départemental (contrats locaux de santé, futurs contrats territoriaux de santé). À ce titre, la création de cette nouvelle structure « se justifie à la fois par le caractère déterminant des partenariats avec des acteurs variés (professionnels de santé et structure de soins, collectivités territoriales, associations) et par la volonté de mettre l'autorité politique à distance des décisions sur la restructuration de l'offre de soins » (RICHARD & CYTERMANN, 2012, p. 43). Des partenariats qui s'exercent d'une part, par la mise en œuvre d'une gouvernance territoriale (ou démocratie sanitaire), appelée aussi par les acteurs « animation territoriale » (SÉGAS, 2013) et d'autre part, par l'application des missions de régulation traditionnelles (ou « régaliennes ») de ce type de structures (inspection-contrôle, gestion des risques financiers en cohabilitation avec l'assurance maladie, etc.).

19. Page de présentation des ARS sur le site Internet dédié, cette proposition reprend et condense le chapitre 1 du titre III de la loi HPST. <http://ars.centre.sante.fr/Presentation-et-organisation.79799.0.html> (lien consulté le 15 avril 2015)

2.2. LE CHOIX DE L'ÉTUDE DE CAS

Représentant environ 360 agents, l'ARS est organisée autour de cinq directions dont trois concernant directement notre thèse²⁰ (ou quatre, l'organisation ayant connu plusieurs réorganisations internes pendant le déroulement de notre thèse) :

- la direction santé publique et environnementale a notamment pour mission la gestion des opérateurs de prévention, la veille sanitaire, l'inspection des eaux et rivières et la sécurité sanitaire ;
- l'offre de soins et médico-sociale²¹ qui traite de l'organisation des établissements sanitaires et médico-sociaux publics et privés (lucratifs et non-lucratifs) ;
- et la direction des études, de la stratégie et des affaires juridiques qui s'occupe des éléments statistiques sur la santé en région²², de la gestion de la démocratie sanitaire, du cadrage des inspections dans les établissements et de la réflexion autour des nouveaux éléments législatifs pouvant entraîner des modifications organisationnelles.

Outre ces trois directions métiers, l'ARS dispose de délégations territoriales — renommées récemment délégations départementales — articulées autour des cinq directions métiers évoquées précédemment et qui sont chargées de décliner la politique définie régionalement auprès des départements. Il s'agit aussi — et nous y reviendrons — d'une échelle justifiée par la nécessité de traiter avec des acteurs départementaux, comme le conseil général (renommé départemental en 2016, la thèse employant fréquemment les deux termes) pour tout ce qui a trait à la gestion des établissements médico-sociaux (double tutelle). Le choix de cette déclinaison étant laissé libre à l'ARS, certaines ayant préféré ne pas avoir de délégation comme dans l'ancienne région limousine avant le vote de la réforme territoriale en 2016. Épargnée par cette réforme, la région Centre fut choisie pour des raisons d'opportunité méthodique (GIRIN, 1989) compte tenu de notre localisation et expérience passée sur le terrain. Le périmètre temporel qui fut retenu fut celui de la durée de la première version du projet régional de santé co-construit entre l'ARS et les membres de la démocratie sanitaire entre 2011 et 2012, qui s'applique jusqu'à la fin de cette thèse (le nouveau projet devant être établi courant 2017) et qui correspond à la ligne politique définie par l'agence pendant cette

20. Nous excluons du périmètre de notre travail les services de l'agent comptable et affaires générales.

21. Récemment séparées en deux directions.

22. Une partie du diagnostic étant sous-traitée à l'observatoire régional de santé (ORS), une association dont l'ARS est membre.

2.2. LE CHOIX DE L'ÉTUDE DE CAS

durée²³. Ces bornes temporelles sont antérieures à cette thèse, commencée en 2013 — ce qui s'est traduit par une impuissance à saisir tout le processus sur le vif, ce qui a nécessité de passer par une reconstitution par des entretiens et des archives — et l'accompagnent jusqu'à son issue.

L'organisation étudiée — et le champ organisationnel qui gravite autour de son périmètre d'activité — correspond donc bien à l'étude d'un dispositif : une organisation devant exercer un contrôle sur d'autres organisations pour aménager un territoire. La relative autonomie dont dispose l'ARS en tant qu'agence — sur laquelle nous reviendrons plus en détail au cours du chapitre suivant et de la partie II²⁴ — nous a toutefois incité, dans notre étude de cas, à envisager la politique de la santé en région comme une entité analysable, tout en refusant de restreindre notre collecte de données aux seuls documents produits par l'ARS. En effet, celle-ci évolue dans un cadre qui est lui-même contraint par des directives, normes et recommandations qui peuvent être internationales (recommandations HAS/OMS), européennes (code des marchés publics) et nationales (directives du ministère de la santé, guides divers).

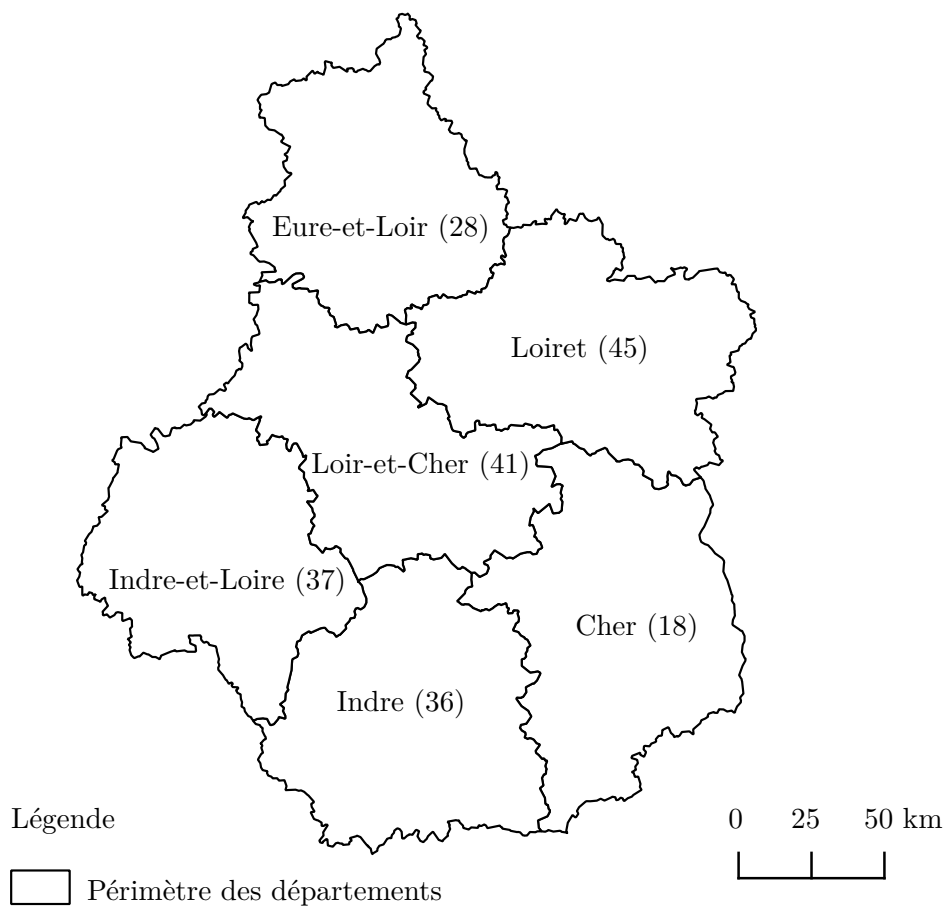
En outre, conformément à ce que nous avons évoqué à la fin de la section précédente, si le projet de recherche défendu consiste à étudier « la conduite des conduites » (DREYFUS et al., 1992, p. 314), autrement dit d'étudier la manière dont les règles spatiales sont définies dans la société (ARS), et nous incite donc à examiner les institutions de pouvoir, Foucault, nous l'avons plus haut, nous met en garde contre la tentation de voir le pouvoir comme central alors qu'il est « diffus » (DEAN, 1994) et périphérique. Raison pour laquelle nous avons inclus dans notre analyse les pratiques et discours stratégiques que les opérateurs ont pu mettre en œuvre pour se conformer ou se détourner du dispositif initialement prévu par l'agence. Nous expliquerons plus en détail la manière dont s'est déroulée la collecte et l'analyse du matériau empirique dans le chapitre 4.

23. Même si, et nous reviendrons plus en détail sur ce point dans la partie II, cette planification stratégique est parfois remise en cause

24. Ceci illustrant le poids du contexte dans l'étude de cas

2.2. LE CHOIX DE L'ÉTUDE DE CAS

Carte 2.1: Périmètre du cas retenu : la région Centre



Synthèse du chapitre

En résumant ces différentes approches évoquées plus haut, il apparaît que le dispositif renvoie de manière irrévocable à une vision de la connaissance non-essentialiste, c'est-à-dire antipositiviste, soit de manière constructiviste, au sein du constructivisme ingénierique, soit de manière critique en tant que dévoilement d'une aliénation exercée par une forme dominante du pouvoir.

Résolument ancrée dans ce dernier courant, notre recherche vise à étudier le dispositif spatial de contrôle inter-organisationnel en se focalisant sur les discours, normes et pratiques d'une agence chargée de l'organisation de l'exécution des différentes missions concourant à l'amélioration de l'état de santé de la population en région Centre par le pilotage d'actions de différents opérateurs. L'objectif de la recherche visant la compréhension du fonctionnement du dispositif, nous nous ancrons dans une méthodologie qualitative reposant sur une étude de cas, choix d'autant plus judicieux, selon nous, qu'il intègre les pratiques et discours des autres organisations gravitant dans le choix de la santé et qui influent sur le fonctionnement du dispositif. Dans le chapitre suivant, nous décrivons plus en détail le contexte du cas retenu en retraçant 3 histoires *a priori* parallèles qui finissent par se rejoindre : la construction du système de santé en France, la politique d'aménagement du territoire après-guerre et l'arrivée petit à petit de doctrines, concepts et pratiques managériales dans le fonctionnement de l'État.

2.2. LE CHOIX DE L'ÉTUDE DE CAS

Chapitre 3

Trois histoires : santé, étatisation et territoire, de ne rien faire à faire faire

Pour comprendre le fonctionnement actuel du système de santé, il convient de revenir sur les grandes étapes de sa construction au cours du XX^e siècle. Le présent chapitre met en parallèle trois histoires : l'organisation du système de santé, l'émergence de la problématique territoriale et l'introduction du management au sein de l'administration du secteur public.

3.1 L'invention du système de santé

La fabrication du système de santé ne se fit pas sans heurts. Dans un contexte défavorable à l'intervention étatique, (3.1.1), son développement a connu un bref âge d'or pendant les Trente Glorieuses avant d'être rattrapé par la crise économique (3.1.2) et le tournant néo-libéral (3.1.3).

3.1.1 Naissance et développement de la santé publique (1914-1970)

Le récit de la vie de Semmelweis, médecin génial mais mort dans la misère, par Céline doit-être lu dans une perspective plus large que par la critique littéraire qui souligne les prémices de l'écriture de l'auteur du *Voyage au bout de la nuit*. Sont racontés les débuts mythiques de l'épidémiologie au milieu du XIX^e siècle et la découverte, bien avant Pasteur, de l'importance de la prise en compte de l'hygiène dans le soin. Mais plus que cela, l'apport de Semmelweis marque la naissance d'une démarche scientifique visant à identifier les causes environnementales dans le développement des maladies au sein des populations. Le rejet des travaux de Semmelweis tient moins à son arrogance qu'à l'originalité de sa méthode : s'affranchissant du colloque singulier entre le médecin et le patient, sa démarche relève plus de l'enquête traditionnelle telle qu'on la pratique en sciences sociales (observation non-participante, comparaison, statistiques) et posera les bases de ce qui deviendra la santé publique décrite par FASSIN (2008).

3.1.1.1 Les débuts difficiles

En France, le recours aux sciences humaines et sociales sur lesquelles reposent l'épidémiologie rencontre la même résistance au début du XX^e siècle tout simplement parce que la médecine n'existe pas en tant que système de soins organisé pour le bien-être de la population¹. Nous sommes encore bien loin de la charte d'Ottawa (ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, 1986, p. 1) proclamant que « la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Du moins en France car les prémices de la santé publique existent déjà en Angleterre depuis le milieu du XIX^e siècle. La médecine française est en effet dominée par la vision clinique du colloque singulier de Claude Bernard dont la méfiance envers « l'usage des moyennes et l'emploi de la statistique » (BERNARD, 1865, p. 182) dominera toute la médecine française, ce que rappelle GAUDILLIÈRE (2006). Les soins sont avant tout locaux, fragmentés dans différents établissements autrefois gérés par les Églises (assistance aux pauvres) (HASSENTEUFEL, 1998, p. 4) appelés hôpitaux en délégation de service public

1. À l'exception notable d'une loi sur l'habitat insalubre en 1950 et d'une loi de santé publique votée en 1902, nous remercions Jean-Paul DUMOND pour avoir attiré notre attention sur cette loi.

3.1. L'INVENTION DU SYSTÈME DE SANTÉ

depuis la Révolution mais très autonomes (MARROT, 1995) : aucun ministère de la santé n'est là pour les coordonner. Cette absence, pourtant étrange dans la France jacobine de l'époque, est due à la forte structuration du corps médical face et au sein de l'État.

En effet, si les médecins sont très présents – tout comme aujourd'hui – dans les différents rouages de l'État, ils ne laissent pas ce dernier prendre en charge les questions de santé et luttent contre « les premières manifestations de l'État providence risquant de mettre en cause l'indépendance économique de la profession » (HASSENTEUFEL, 1992, p. 35). Le législateur se souvient amèrement de l'échec de la création des officiers de santé, sorte d'aide soignants payés par l'État ayant vu le jour en 1803², mais sans titre de docteurs en médecine, crime suprême, qui causa la « guerre de cent ans » entre médecins et administration publique selon les mots de TABUTEAU (2013, p. 32), guerre qui s'acheva par l'abrogation des officiers de santé en 1892.

La fin de la Première Guerre Mondiale marque une rupture dans le statu quo de la médecine : les ravages de l'épidémie de grippe espagnole, accentués par une absence de prise en charge nationale, font prendre conscience de la nécessité d'un ministère de la santé. De plus, le retour de l'Alsace et la Lorraine dans le giron de la France, régi par le système de protection sociale bismarckien, et celui des centaines de milliers de blessés de la Grande Guerre rendent nécessaires « l'établissement d'une loi sur les assurances sociales » (HASSENTEUFEL, 1992, p. 35). Très vite, le corps médical déploie son énergie à entraver ou du moins à ralentir la mise en place d'une telle loi (qui sera finalement votée en 1928 mais jamais appliquée) et adopte la charte du médecin français le 30 novembre 1927, toujours en vigueur aujourd'hui, qui imprime de manière profonde le poids de la médecine libérale dans l'organisation du système de soin naissant. Elle repose sur 7 grands principes :

- le libre choix (du médecin par le patient) ;
- le respect absolu du secret professionnel ;
- la droit à des honoraires pour toute personne soignée ;
- le paiement direct par l'assuré en prenant pour base minimale les tarifs syndicaux³ ;

2. Dont l'exemple le plus connu est Charles Bovary dans le roman de Flaubert.

3. Refus du tiers payant et affirmation de l'entente directe mais cet article sera abrogé, ce que décrit HASSENTEUFEL (1997).

3.1. L'INVENTION DU SYSTÈME DE SANTÉ

- la liberté thérapeutique de prescription, l'intérêt technique du traitement doit primer sur le facteur économique ;
- contrôle des malades par la caisse, des médecins par le syndicat et commission médicale d'arbitrage en cas de désaccord ;
- nécessité de représentation du syndicat dans les commissions techniques organisées par les caisses.

Ces principes sont entérinés dans une nouvelle loi sur les assurances sociales, votée en 1930, qui « engage les caisses [d'assurances maladies nouvellement créées] à ne pas créer de structures de médecins salariés » (HASSENTEUFEL, 1992, p. 36) , similaires aux officiers de santé, et qui sera appliquée jusqu'à la fin de la III^e République. Toutefois, en 1936, un arrêt rendu par la Cour de Cassation vient nuancer ce qui pourrait passer pour un déséquilibre entre le médecin et le patient. En effet, comme l'explique HARDY (2004), cet arrêt reconnaît l'existence d'un contrat médical entre le médecin et le patient et de ce fait des obligations aux médecins (le concept de droit des patients sera développé plus tard, nous y reviendrons pour évoquer la démocratie sanitaire).

3.1.1.2 Après la Seconde Guerre Mondiale : la santé comme priorité de l'État

La Seconde Guerre Mondiale et les liens très forts entre l'ordre des médecins et le régime de Vichy⁴ vont permettre politiquement la mise en place de la sécurité sociale en 1945 qui va institutionnaliser de manière durable la notion de système de santé en France.

Annoncée par le conseil national de la résistance comme « un plan complet de sécurité sociale, visant à assurer à tous les citoyens des moyens d'existence, dans tous les cas où ils sont incapables de se le procurer par le travail, avec gestion appartenant aux représentants des intéressés et de l'État » (CONSEIL NATIONAL DE LA RÉSISTANCE, 1944), la création de la sécurité sociale entraîne le développement spectaculaire de la santé en France puisque les trois quart de la population française (en 1950) sont couvertes par la sécurité sociale et donc ont accès au soin. Les dépenses de santé sont multipliées par trois entre 1945 et le milieu des années 1970 selon LENAY et MOISDON (2003). La gestion de l'assurance maladie

4. Voir HASSENTEUFEL (2008, p. 28).

3.1. L'INVENTION DU SYSTÈME DE SANTÉ

est confiée aux partenaires sociaux (syndicats et patronat) à qui l'État attribue une taxe prélevée sur les cotisations patronales.

En parallèle se développe avec les Trente Glorieuses et les avancées technologiques la spécialisation d'un corps médical d'élite que Robert Debré « fonctionnarise » dans les CH/CHU en 1958 en contrepartie du double salaire recherche/pratique et l'autorisation d'exercer, au sein des hôpitaux publics nouvellement créés, des consultations libérales. L'intégration au sein de ce service public hospitalier, entériné officiellement par la loi Boulin de 1970, permet à l'État de s'assurer un levier d'action sur la régulation des dépenses de santé violemment attaquées au cours des années 1960⁵ notamment par le CNPF avec de forts relais dans les médias comme l'analyse DUVAL (2002). En contrepartie, en 1971 est consacrée, par la loi du 3 juillet 1971 modifiant le code de la sécurité sociale, la libre installation du médecin (Article L162-2) dont les conséquences sont encore visibles aujourd'hui : le libre choix d'exercice des médecins représente une épine profondément implantée dans le pied du régulateur désireux de répartir les médecins selon les besoins des patients sur l'espace Français.

De fait, à partir des lois Boulin, la visée de l'État portera avant tout sur la rationalisation du système de santé ou du moins sa réorganisation dans un but – loin d'être atteint aujourd'hui – de limiter l'expansion de son coût. Notre travail de recherche vise à étudier une des dernières manifestations de cette volonté, la loi Hôpital Patient Santé Territoire, ou (loi Bachelot), votée en 2009 mais pour en saisir pleinement le contexte, il convient de mêler trois phénomènes historiques simultanés : le développement de la politique d'aménagement du territoire, celle de régulation de la santé, et celui du management public comme instrument transversal, devenu entretemps ligne directrice, des deux politiques précédentes.

5. La sécurité sociale sera régulièrement en déficit depuis 1950 malgré l'instauration de réformes telles que le ticket modérateur mais l'État assure sa solvabilité sans y voir « l'indice d'un vice fondamental qui caractériserait l'institution » (DUVAL, 2002, p .58).

3.1.2 La fin des Trente Glorieuses et la quête de la maîtrise des dépenses de santé (1970-1990)

L'augmentation des dépenses de santé, la peur de « franchir le seuil critique, ce taux qui, lorsqu'il est dépassé, précipite les économies dans le socialisme » DUVAL (2002, p. 58), et l'argumentaire du CNPF induisent un changement d'état d'esprit au sein de l'administration de la santé malgré la résistance – vaine – des premiers économistes médicaux, médecins de formation, qui « s'emploient à contrer les analyses centrées sur les problèmes financiers de la Sécurité sociale » (SERRÉ, 2002, p. 70). Si, auparavant, la lutte contre les déserts médicaux passait par la formation de nouveaux médecins, il s'agit à partir du début des années 1960 de tenter de mieux répartir les soignants dans l'espace ce qui induit une filiation avec l'aménagement du territoire.

3.1.2.1 Réponses au « désert français »

C'est la publication en 1947 du *désert français* par GRAVIER (1947) qui fait naître cette préoccupation de l'aménagement du territoire. Le constat est pourtant simple : l'organisation de l'État, foncièrement jacobine depuis la Révolution Française, induit une centralisation administrative des services publics à Paris. En conséquence, la capitale représente une force d'attraction pour les entreprises ce qui entraîne un exode massif de la population vers la capitale pendant les Trente Glorieuses.

Pour endiguer ce phénomène, l'État crée la DATAR⁶ en 1963 qui met en œuvre deux stratégies en parallèle d'incitations financières à destination des entreprises : soit au sein de petites « zones privilégiées » (JEAN, 2002, p. 34) qui forment l'ancêtre des pôles de compétitivité, soit au sein d'« un grand nombre d'espaces » (*ibid.*). L'impuissance à trancher entre ces deux politiques montre qu'il s'agit d'une réflexion encore fragile dont les effets restent limités.

6. Délégation à l'Aménagement du Territoire et à l'Action Régionale qui sera renommée DIACT (Délégation Interministérielle à l'Aménagement et à la Compétitivité des Territoires) en 2006 avant de reprendre le nom de DATAR malgré une signification quelque peu différente : (Délégation Interministérielle à l'Aménagement du Territoire et à l'Attractivité Régionale)

3.1. L'INVENTION DU SYSTÈME DE SANTÉ

Au niveau de la politique de santé, cette volonté girondine s'exprime par la création des DDASS⁷ en 1964 sous l'autorité des préfets de région mis en place en 1960. Le rôle des DDASS est avant tout de produire une information sur la santé financière des établissements afin de préparer les Plans comme indique MARROT (1995, p. 35) : « L'échelon régional [doit] fournir en permanence les éléments d'informations nécessaires concernant d'une part la gestion de l'année antérieure permettant d'apprécier le prix de revient, d'autres part [...] à juger les estimations de prix de revient prévisionnel ». Cette volonté d'obtenir des statistiques et l'apparition des premières notions gestionnaires comme le coût de revient tendent à réfuter l'idée couramment admise que la question de la gestion de la santé est née avec la crise de l'État providence et le tournant néolibéral, voire le *New Public Management*. Nous inscrivons donc pleinement notre réflexion dans les travaux historiques de BEZES (2002) faisant remonter l'émergence du « premier souci de soi de l'État » aux années 1960⁸ même si elle prendra de l'ampleur par la suite.

3.1.2.2 Institution de la gestion et naissance de la gestion publique

Si on suit l'analyse de BOLTANSKI (2008), 1968 représente un pas de plus vers ce qu'on appellera plus tard la managérialisation de la société. Même si la rupture nous semble moins nette, compte-tenu de ce que nous venons de décrire, que son analyse, force est de constater que l'idée selon laquelle en réaction des événements de mai 68 s'affirme une idéologie fondée sur la raison gestionnaire qui deviendra rapidement celle de l'entreprise est séduisante : la même année naît l'université Dauphine puis en 1969 la section 06 du CNU. Le concept de gestion, encore balbutiant, intéresse toutefois vivement les administrations publiques : en 1970 est créé le CESMAP⁹ raconte BEZES (2012b), qui pour asseoir sa légitimité, nomme Patrick Gibert¹⁰ ayant étudié aux États-Unis à sa tête en tant que directeur scientifique.

Parallèlement, et de manière plus profonde, les années 1970 voient la substitution des économistes aux médecins dans une nouvelle discipline : l'économie de la santé. Décrit par

7. Délégation Départementale d'Action Sanitaire et Sociale

8. Rappelons la rationalisation des choix budgétaires naît en en 1965 comme le décrivent LACOUETTE-FOUGÈRE et LASCOUMES (2014).

9. Centre d'Étude Supérieure du Management Public

10. La thèse de GIBERT (1983) sera pourtant effectuée en droit public en France mais portera le nom évocateur de « Management de la puissance publique ».

3.1. L'INVENTION DU SYSTÈME DE SANTÉ

SERRÉ (2002, p. 71) « la socio-économie pluridisciplinaire des années 1970, très liée au Plan, fait progressivement place à une économie de la santé centrée sur les débats théoriques nés autour de l'adaptation du modèle néoclassique au secteur de la santé ». C'est dans ce cadre de pensée que naîtront les gestionnaires de la santé comme Jean de Kervasdoué dont le discours médiatique et académique sur la nécessaire maîtrise des dépenses de santé est connu.

Ce tournant néoclassique, sinon « néolibéral » (JOBERT, 1994), est plus global puisqu'il concerne aussi les économistes de l'INSEE qui, pour obtenir un prestige international, n'hésitent pas à adopter « l'excellence du paradigme dominant » (*ibid.*) p. 27. Le rôle de l'INSEE, décrit par JOBERT et THÉRET (1994), est loin d'être marginal : par leur expertise en tant qu'économistes de l'institut et leur enseignement au sein de l'ENSAE (ou de l'ENA), les agents de l'INSEE vont façonner les membres du parti socialiste du début des années 1980 dont François Hollande et Pierre Moscovici (p. 50). Toutefois, si les prémices du management public sont présents, il serait erroné de croire que cela se passe sans heurts. Ainsi de manière parallèle à cette naissance en France, apparaissent les premiers textes pamphlétaires pour dénoncer l'influence des techniques commerciales qui pourraient « changer notre État » (DUMICHEL, 1970, p. 78).

Ces craintes ne sont pas totalement infondées puisque dès 1969, le nouveau ministre chargé de la santé et de la sécurité sociale présente lors de l'exposition à l'assemblée du budget ses priorités : « rationaliser notre système de santé pour accroître l'efficacité des moyens ; industrialiser la production de nos équipements pour accroître leur efficacité ; responsabiliser nos personnels pour accroître leur efficacité » (MARROT, 1995, p. 46). Une rationalisation qui passe par la mise en place de la carte sanitaire, première mesure d'aménagement du territoire dans la santé ayant pour but de mettre en place un « dispositif rationnel destiné à couvrir progressivement l'essentiel des besoins du pays » (projet de loi cité par COUTY (2009, p. 248)). Concrètement, cela signifie que l'installation d'équipements lourds (scanner, IRM) est soumise à autorisation accordée, selon les besoins d'un seuil de population, au sein d'un secteur sanitaire lui-même subdivision des régions administratives (proche de l'échelle départementale). Instrument purement quantitatif, la carte sanitaire représente le premier échelon d'une longue voie de réformes ayant pour but la planification

3.1. L'INVENTION DU SYSTÈME DE SANTÉ

de l'offre en santé dans le but d'éviter la « balkanisation » (*ibid.*) de la santé. Dans le prolongement de la carte sanitaire est institué par cette même loi, l'autorisation pour les hôpitaux privés de participer au service public hospitalier (PSPH) ce qui correspond à un premier estompage de la frontière entre public et privé. Globalement, il s'agit « du déplacement de priorités des politiques de santé d'une logique de solidarité nationale (élargir le nombre de personnes couvertes par l'assurance maladie, et surtout augmenter le degré de couverture) à une logique économique orientée vers la réduction des coûts et la rationalisation des dépenses du secteur. En quelque sorte se produit le passage d'une logique sociale à une logique économique » (HASSENTEUFEL, 1992, p. 33).

La mutation des régions en 1972 et la création des préfets de région sans réel pouvoir décrit par JEAN (2002) préfigure la décentralisation et la lente émergence des régions comme échelle privilégiée retenue par l'État pour administrer l'espace déconcentré, ce que consacrera la RÉATE¹¹ en 2010 décrite par BILLARD (2010, p. 200) comme « le point nodal de la réforme est bien la région, consacrée comme niveau de droit commun du pilotage des politiques publiques de l'État dans les territoires ». Dans le champ de la santé, cela passe par la création des DRASS lors du VIIe plan ce qui « met l'accent sur les objectifs de maîtrise des dépenses sociales » (MARROT, 1995, p. 56).

3.1.3 En France, les premières poussées de « fièvres » de la (nouvelle ?) gestion publique dans l'administration

Nous empruntons volontiers à BOWORNWATHANA (2004) son expression polémique de « fièvre » du *New Public Management* (ci-après NPM). Si ses travaux concernent avant tout la situation thaïlandaise, nous rejoignons son analyse sur la puissance de l'affirmation dans la rhétorique publique d'une nouvelle forme de gestion publique avec ses « magiciens » et son mépris des alternatives. Il s'agit d'un phénomène continu, inauguré en France en 1983 avec le tournant de la rigueur, suite aux expériences britanniques, néo-zélandaises et états-uniennes, et qui s'institutionnalise peu à peu, en particulier depuis le vote de la LOLF (Loi Organique Relative aux Lois de Finance).

11. RÉorganisation de l'Administration TErroriale.

3.1.3.1 Les débuts lors de la décentralisation

La rupture introduite par la décentralisation a des conséquences profondes dans l'organisation de l'action publique qui dépassent le simple périmètre de la gestion. Toutefois, une lecture managériale des processus de la décentralisation permet de comprendre la généralisation de la grille d'analyse gestionnaire du cœur de l'État vers les collectivités territoriales.

Une analyse managériale de la décentralisation

En effet, si on se réfère au tableau 3.1 à la page 77 et à la figure 3.1 page 78, les théoriciens du *New Public Management* promeuvent la mise en place de petites unités « manageables » et force est de constater que la décentralisation mise en œuvre par Gaston Deferre en 1982 induit la mise en place massive de ce phénomène. Pourtant, lire la décentralisation par le seul prisme du management public est indéniablement trop réducteur. C'est passer à côté de la puissance de ce bouleversement au sein de l'État : combattre le désert français passe par la prise de décision d'aménagement du territoire au niveau local. Pour autant, MARROT (1995) décrit ce changement de paradigme comme :

- Une logique de désengagement de l'État providence due aux ouvrages de Michel Crozier et à leur impact médiatique et plus concrètement et à l'adoption du paradigme *small is beautiful* au sein de la société (la proximité de ce courant avec les théories contractualistes n'est plus à démontrer), à « la conversion de la gauche, traditionnellement jacobine aux propositions de la décentralisation » p. 81 ;
- Une logique de l'histoire ;
- Une logique financière p. 79 : « [La décentralisation] résulte de la volonté de l'État de recentrer son action, sur les fonctions de régulation globale d'une part, de maîtriser les coûts de l'État Providence, d'autre part. » p. 83 ; La décentralisation est une décentralisation dominée par la logique financière p. 84 par transfert des attributions (responsabilité) aux acteurs locaux mais avec des budgets limités.

Les arguments de Marrot portent, même si nous devons regarder avec circonspection la « logique de l'histoire » qui sous-tendrait que l'histoire va vers une direction inéluctable, ce qui est assez proche de ce qu'avancent des auteurs libéraux comme FUKUYAMA (1992) et

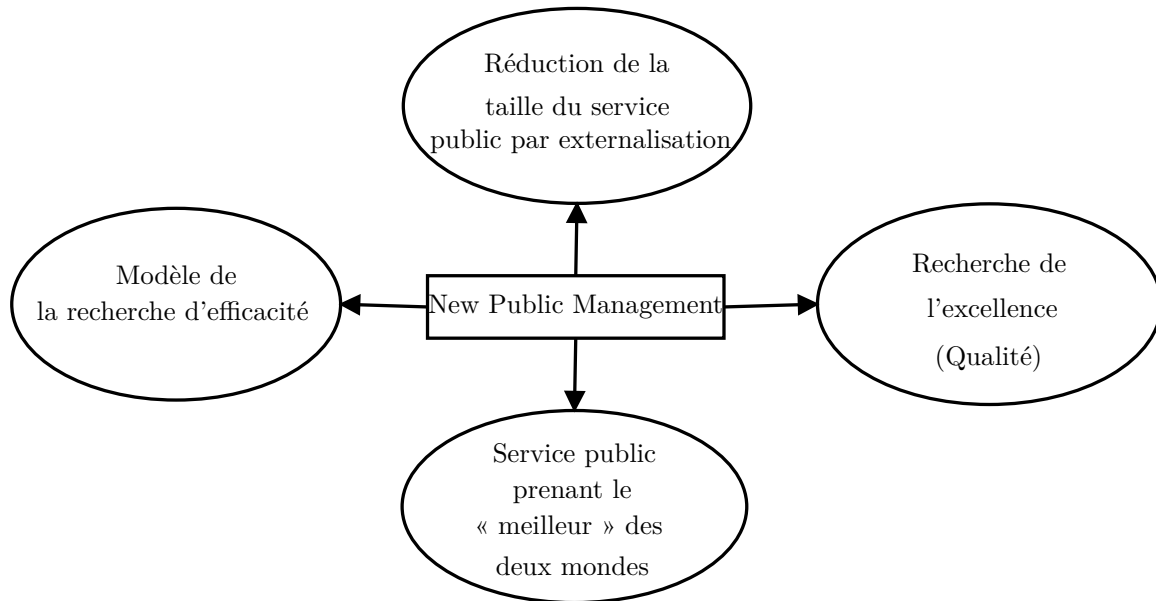
3.1. L'INVENTION DU SYSTÈME DE SANTÉ

TABLEAU 3.1: Une théorisation du *New Public Management*

<i>N°1</i>	<i>Doctrine</i>	<i>Signification</i>	<i>Justification typique</i>
1	Pratiques professionnelles de management	Contrôle actif, visible et discrétionnaire de l'organisation par des vrais patrons	Pour rendre des comptes, il faut que chacun ait une responsabilité claire et pas que le pouvoir soit dilué entre plusieurs personnes
2	Des moyens de mesurer la performance de manière standard et explicite	Définition en général exprimée quantitativement des buts et des indicateurs pour y parvenir	Pour rendre des comptes, il faut que les objectifs soient clairement définis et qu'un véritable contrôle soit effectué
3	Une attention importante accordée aux résultats	Les budgets et les récompenses sont liées aux performances avant tout, rupture avec la vision centralisée et bureaucratique de la gestion du personnel	C'est le résultat qui compte, pas les procédures
4	Tendance au morcellement des organisations dans le secteur public	Casser les organisations monolithiques en petits services décentralisés avec leur propre autonomie budgétaire et en dialogue permanent avec d'autres services	Besoin de créer des services « manageables », cela permet de gagner en efficacité en utilisant des logiques contractuelles entre les organisations publiques et privées.
5	Introduction de la compétition dans le secteur public	Utiliser des contrats plutôt que des procédures	La rivalité est le meilleur moyen de réduire ses coûts et d'augmenter les performances
6	Mobiliser des pratiques de management issues du privé	Abandonner le style militaire « éthique du service public » ; une plus grande flexibilité dans la politique de recrutement et de rétribution ; grande importance accordée à la communication	Il faut utiliser des méthodes éprouvées issues du secteur privé !
7	Instaurer une véritable discipline et limiter l'excès dans la dépense	Couper dans les coûts directs, discipliner les travailleurs et refuser les demandes des syndicats	Il faut répondre à l'exigence des citoyens : « faire plus avec moins »

Source : (HOOD, 1991, p. 4-5), traduction personnelle

FIGURE 3.1: Les différentes composantes du *New Public Management*



Source : À partir de PETTIGREW (1997)

qu'il n'y a pas, en définitive, d'alternatives possibles. Les conséquences de la décentralisation accompagnent en tout cas le développement du management au sein des administrations publiques : dès lors qu'on leur transfère des compétences, du personnel et une dotation correspondantes, les cadres de la fonction publique territoriale nouvellement créée (1983) font appel aux consultants pour s'approprier les connaissances en gestion qui leurs font défauts (MATYJASIK, 2014, p. 910) au lieu de la traditionnelle « Énarchie » (*ibid.*).

L'arrivée des outils et du *logos* gestionnaire dans la santé

La décentralisation touche aussi la santé avec la mise en place d'une loi dédiée en 1983 qui renforce les objectifs de la carte sanitaire : désormais aucun nouvel établissement ne pourra être créé sans projet porté par le département. Arrêtons nous sur ce terme *projet* qui apparaît au milieu des années 1980 (on le retrouve aussi en 1986 dans les *projets de territoire* ce qui fait dire à JEAN (2002, p. 41) que : « Cette *dictature*¹² du projet favorise souvent une banalisation des politiques publiques locales qui perdent de leur sens au profit

12. Terme mis en valeur dans le texte par l'auteur

3.1. L'INVENTION DU SYSTÈME DE SANTÉ

des procédures et d'une démarche technico-gestionnaire véritable *logos* de la gestion¹³. Les territoires comme les individus doivent-être *motivés, réactifs, autonomes, responsables* ». Derrière cette dénonciation, les termes mêmes renvoient à la cité de projet telle que la décrivent BOLTANSKI et CHIAPELLO (1999) comme fabrication du néo-management. Ce néo-management passe aussi dès 1986 par la mise en place du programme de modernisation administrative : il s'agit de promouvoir la « participation des agents publics à la gestion de l'administration, à l'amélioration [du rapport] usager-administration, et à l'introduction d'instruments managériaux » (BEZES, 2012b, p. 27).

L'arrivée de ce vocabulaire néo-managérial dans le champ de la santé s'accompagne de la mise en place des premiers outils permettant d'évaluer finement l'activité et les coûts : le PMSI. Loin d'être le « petit machin sans importance » comme le qualifièrent les médecins de l'époque, cet outil, mis en place sous la houlette de Jean de Kervasdoué, économiste de la santé, constitue un moyen pour l'État de connaître précisément l'activité des hôpitaux en fonction d'un référentiel de maladies et de patients-types afin de calculer les coûts théoriques de l'hospitalisation. Le PMSI représente donc l'entrée à l'hôpital des logiques de comptabilité analytique. L'origine de cet outil vient des *Diagnosis Related Groups* mis en place aux États-Unis par l'université de Yale (LENAY & MOISDON, 2003) et complète la volonté de maîtriser les dépenses hospitalières suite aux tentatives précédentes (mitigées) de rationalisation des dépenses hospitalières, de l'installation du taux directeur (pourcentage maximum d'augmentation des dépenses) à la tarification à la journée remplaçant la dotation globale de fonctionnement. C'est avec le PMSI que réellement l'État peut envisager de mettre en place de manière efficace la tarification à la journée qui deviendra dans les années 2000 la T2A (tarification à l'activité). AMAT-ROZE (2011, p. 16), en tant que géographe de la santé, ajoute une dimension à l'analyse du PMSI. Selon elle, le PMSI « permet de savoir d'où vient le patient hospitalisé [...] et pourquoi il est hospitalisé. Ces éléments furent moteurs d'un double changement de paradigme, qui, à plus ou moins long terme finirait par se concrétiser : adapter l'offre de soins aux besoins plutôt que l'inverse d'une part, et glisser d'un modèle très biomédical de représentation de la santé fondé sur la mesure des maladies et le soin à un modèle global, selon le fait que l'expression d'une maladie ou d'un état de

13. *Logos* qui est composé selon BOUSSARD (2008) du triptyque maîtrise, performance, rationalité.

3.1. L'INVENTION DU SYSTÈME DE SANTÉ

santé est tributaire du domaine tout entier dans lequel il se manifeste, d'autre part. ». Il y a là paradoxe : c'est par l'utilisation d'un outil visant à faciliter l'imputation des coûts au sein d'un hôpital que les professionnels de santé prennent conscience de l'aspect global de la santé ce qui conduit à une nouvelle vision de la médecine beaucoup plus fondée sur les sciences sociales qu'appelle de ses vœux MOULIN (2004) et qui figure en filigrane dans la charte d'Ottawa de 1986 évoquée plus haut. En parallèle naît en 1989 – la même année que la circulaire Rocard (23/02/1989) – une agence, ANDEM¹⁴ qui promeut des logiques de qualité au sein des établissements de santé même si les instruments de certification au cœur de HPST n'existent pas encore.

C'est aussi dans le contexte de la décentralisation que se développe dans le secteur de la santé le pouvoir – certes encore limité¹⁵ – des DDASS gérant d'un fonds de 0.5% à 1.5% du budget total de la somme allouée par l'État pour les soins dans une région à destination des hôpitaux pour « la création de services nouveaux (scanner, hémodialyse) » (MOISDON & TONNEAU, 1996, p. 27). En outre, ces DDASS s'occupent de valider toutes les décisions stratégiques (*ibid.*) p. 85 des hôpitaux « budget, tableau des emplois permanents, volume des vacances, proposition d'affectation des résultats, etc. » même si les difficultés pour obtenir une information (le PMSI est encore peu détaillé et rencontre de fortes résistances au sein du corps médical), le faible nombre d'inspecteurs dans les DDASS et surtout les jeux de pouvoir des « notables locaux » [...] qui « entrent ensemble dans une situation de coopération consistant fréquemment à contrer les tendances de la tutelle administrative » (*ibid.*) rendent imperméables toute tentative réelle de contrôle de l'hôpital par les DDASS. Deux choses peuvent être retenues de cette première tentative de décentralisation du contrôle de la tutelle (ministère de la santé) sur la santé : la forte influence du pouvoir médical et aussi la limite de tentative de gestion à la médecine publique : il n'est pas question de réguler la médecine libérale encore protégée par la charte de 1927. Sans attendre l'analyse de MOISDON et TONNEAU (1996), le régulateur, prend en compte ces lacunes et Raymond Soubie, quand il présente le Plan Santé 2010, en 1991, suite à la demande du commissariat au Plan, envisage déjà la création des futures agences régionales de santé

14. Agence Nationale de Développement de l'Évaluation Médicale devenue ANAES puis HAS au fur et à mesure de l'enrichissement de ses compétences.

15. Mais ce pouvoir évoluera-t-il vraiment plus tard ?

3.1. L'INVENTION DU SYSTÈME DE SANTÉ

publique qui « se substituerait aux services sanitaires et sociaux concernés de l'État dans la région et des caisses régionales d'assurance-maladie. L'Agence recevrait par ailleurs une mission globale de régulation du système de santé. Fondant son action sur des priorités de santé publique (et non sur la demande immédiate des producteurs de soins), elle répartirait l'ensemble des crédits de l'assurance maladie entre les différents acteurs en fonction de ces priorités. » MARROT (1995, p. 305). On voit donc que la création des agences régionales n'est pas une lubie du gouvernement Fillon (où Raymond Soubie fut conseiller social). Elle s'insère dans une histoire administrative de longue maturation qui s'est poursuivie malgré l'échec de la création par le décret du 26 septembre 1991 à titre expérimental de 3 directions régionales et interdépartementales de la santé et de la solidarité (Auvergne, Normandie, Midi-Pyrénées) relaté par MARROT (1995) et analysé par BRAS et TABUTEAU (2010).

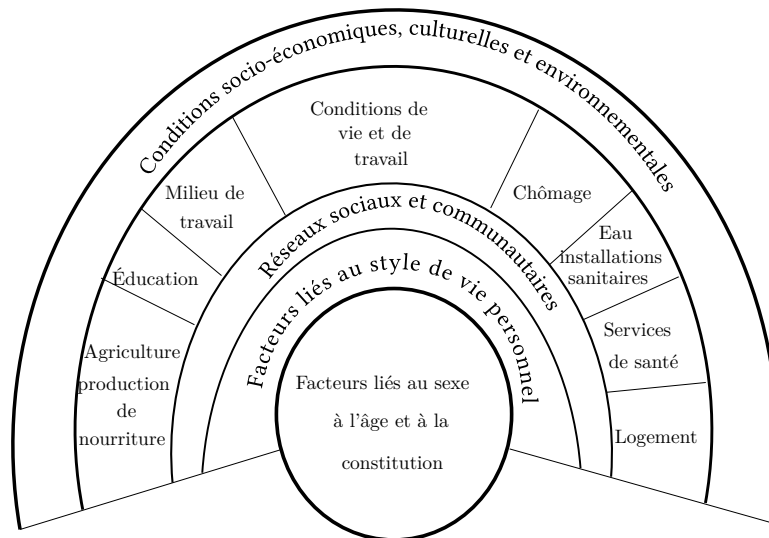
L'idée d'intégrer les missions de santé publique à la simple régulation de l'activité sanitaire (et plus tard de l'offre médico-sociale) constituera l'un des arguments phares de la constitution des ARS. Cela s'insère également dans une conception élargie de la santé, popularisée par le rapport rédigé par LALONDE (1974) et plus tard repris dans la définition déjà citée de l'OMS, l'état de santé ne dépend pas uniquement de l'organisation du système sanitaire, mais dépend plus largement de différentes variables telles que l'environnement, les comportements, le système de soins et la génétique (la future ARS ne s'occupant que des trois premiers), se reporter à la figure 3.2 page suivante pour la définition des déterminants de santé retenue actuellement par les autorités de santé publique.

L'institutionnalisation d'une discipline : le management public

Le début des années 1980 voit aussi la structuration de la recherche en management public en deux courants forts qui s'opposent : celui de GIBERT (1983) et celui de LAUFER et BURLAUD (1980). Bien que peu en relation avec les praticiens, la naissance de cette discipline et son institutionnalisation par la création de nombreux DESS (MEYSSONNIER, 1997) indique l'émergence dans la société du terme de manager public, un terme qui va fleurir dans la décennie suivante avec le Xe plan dirigé en 1988 par l'essayiste François de

3.2. LE *NEW PUBLIC MANAGEMENT* OU L'ABANDON DE TOUTE ALTERNATIVE DANS LA CONSTRUCTION DES POLITIQUES PUBLIQUES ? (1990-)

FIGURE 3.2: Les principaux déterminants de la santé



Source : À partir de DAHLGREN et WHITEHEAD (1991, p. 11)

Closets qui prend pour la première fois l'État comme objet (commission intitulée « Efficacité de l'État » rappelle BEZES (2011, p. 783).

3.2 Le *New Public Management* ou l'abandon de toute alternative dans la construction des politiques publiques ? (1990-)

Le plan « Efficacité de l'État » évoqué plus haut représente le premier jalon d'une réflexion globale sur l'État amorcée par la décentralisation. Cependant, si cette dernière avait pour but de mieux gérer les services publics à une échelle locale en important – avec plus ou moins de succès – des outils issus du monde de l'entreprise, il s'agit désormais de réduire la taille de l'État jugé trop gros par la « politique de la caisse vide » (GUEX, 2003) alimentée par de nombreux *think tank* libéraux, non plus parmi les économistes et producteurs de l'INSEE, mais directement par les praticiens qui s'approprient les concepts de nouvelle gestion publique en échangeant des bonnes pratiques gestionnaires. Parmi eux,

3.2. LE *NEW PUBLIC MANAGEMENT* OU L'ABANDON DE TOUTE ALTERNATIVE DANS LA CONSTRUCTION DES POLITIQUES PUBLIQUES ? (1990-)

retenons le rôle joué par le comité PUMA¹⁶ de l'OCDE indique BEZES (2012a). L'adoption par les hauts-fonctionnaires français de ces bonnes pratiques – en totale déconnexion avec les recherches en management public – va provoquer à plus ou moins brève échéance la mise en place d'une démarche globale à tous les échelons de l'État. En parallèle à la participation de hauts-fonctionnaires aux ateliers du comité PUMA, l'État français se dote de son propre organe de réflexion : le comité interministériel à l'évaluation, le CIME, qui malgré son ambition « s'embourba » (BARBIER, 2010, p. 32) rapidement sans l'aspect globalisant qu'aura quinze ans plus tard la RGPP, mais l'esprit de la circulaire Rocard était incarné.

C'est un autre rapport au commissariat du Plan, le XIe qui date de 1993 qui voit l'invention de l'État stratège sous la plume de Christian Blanc. L'affirmation de l'État stratège n'est pas qu'une formule rhétorique qui renvoie à un *logos* gestionnaire, elle appelle à un changement de paradigme vis-à-vis de l'action publique. Désormais, selon la formule consacrée, l'État ne sera plus « rameur » en accomplissant lui-même les missions de service public mais « barreur »¹⁷ tenant le gouvernail (gouvernance) d'une action publique morcelée¹⁸, c'est-à-dire reposant sur l'externalisation des missions de service publics auprès d'opérateurs privés selon la logique promue par les théories contractualistes.

La fin des années 1990 représente aussi une étape supplémentaire dans la mise en œuvre systématique du NPM avec les premiers travaux, en 1998, de ce qui deviendra une réforme très structurante de l'action publique, la LOLF (EYRAUD, 2013b).

3.2.1 La décennie 1990-2000 dans la santé, émergence rapide du NPM comme mode d'action

3.2.1.1 L'esprit de la loi du 31 juillet 1991

Lorsque la notion de projet de territoire apparaît en 1986 dans le monde de l'aménagement du territoire, elle n'existe pas encore dans le champ de la santé. Il faudra attendre

16. Public Management Committee. Fondé en 1990, il rassemblait des experts qui échangeaient sur les bonnes pratiques de gestion publique. En 2014, il porte le nom de The Public Governance and Territorial Development Directorate (GOV) Networks.

17. La formule en français vient de MARTY (2011, p. 3) à partir d'une citation en anglais non-sourcée : Government is the cox and not the rower

18. Ou « démantelée », voir BONELLI et PELLETIER (2010).

3.2. LE *NEW PUBLIC MANAGEMENT* OU L'ABANDON DE TOUTE ALTERNATIVE DANS LA CONSTRUCTION DES POLITIQUES PUBLIQUES ? (1990-)

la loi du 31 juillet 1991 (Évin-Durieux) portant réforme hospitalière pour voir apparaître « l'écriture de projets dans les hôpitaux » (VANECCLOO, 1993) : apparaissent en effet 5 niveaux de projets institutionnels : le projet d'établissement, le projet médical d'établissement, le projet des soins infirmiers, les projets de service et les projets des chefs de service. En outre, la loi vise explicitement à la « responsabilité et à l'autonomie des acteurs » (COUTY, 2009, p. 249) ce qui renvoie à la rhétorique évoquée par JEAN (2002) sur les territoires.

En fait, décrit COUTY (2009), le projet d'établissement doit-être vu dans son interaction avec les 3 autres outils : les schémas régionaux d'organisation des soins (SROS) qui, à partir d'une analyse des besoins de santé (actuels et prospectifs) de la population, établit un schéma régional avec lequel les projets d'établissement doivent composer pour obtenir la mise en place des contrats-pluriannuels d'objectifs et de moyens. Ces objectifs sont évalués par l'ANDEM. L'autre nouveauté de la loi est spatiale : BRAS (2009) souligne que la création des SROS en 1991 représente une première étape dans la régionalisation de la santé suite à la décentralisation : l'échelle spatiale autrefois privilégiée pour l'administration de la santé était le département avec la carte sanitaire, même si cette dernière ne disparaîtra que lors de la mise en place de la loi du 4 septembre 2003.

Ce mouvement de régionalisation dépasse le simple cadre de la santé et NAY (2001) met en évidence le rôle renforcé des préfets de région dans la loi ATR (aménagement du territoire) du 6 février 1992 (mise en place en 1994). En réalité, l'échelle régionale répond aussi à un choix pragmatique et financier : parvenir à obtenir des fonds européens. En effet, ces préfets se voient chargés d'un rôle de « coordonner l'ensemble des partenaires locaux concernés par l'allocation des fonds structurels, tant au niveau de l'élaboration des programmes qu'à ceux de leur engagement, de leur suivi et de leur évaluation » (NAY, 2001, p.464-465). Les conséquences de cette nouvelle mission ne se font pas à attendre : pour obtenir ces fonds, les préfets doivent élaborer un projet entre différentes structures locales (pas forcément de santé) ce qui renvoie explicitement à une démarche de gouvernance territoriale.

Par la suite, la territorialisation de la santé sera confirmée en 1999 par la loi d'orientation pour l'aménagement et le développement durable du territoire qui « lie davantage territorialisation des politiques publiques de santé et politiques nationales d'aménagement

3.2. LE *NEW PUBLIC MANAGEMENT* OU L'ABANDON DE TOUTE ALTERNATIVE DANS LA CONSTRUCTION DES POLITIQUES PUBLIQUES ? (1990-)

du territoire » (DELAS, 2011, p. 95) et surtout par la mise en place des ARH (agences régionales de l'hospitalisation) par les ordonnances Juppé de 1996 qui créent un « nouvel échelon déconcentré régional de l'État, symbolisant la prise en compte accrue des facteurs locaux dans la déclinaison des politiques de santé nationales et dans la planification des équipements et activités soumis à autorisation » (*ibid.*, p. 95).

3.2.1.2 La mise en cohérence managériale par les ordonnances de 1996

De fait, avec la loi Évin-Durieux, la mécanique qui est au cœur de HPST est déjà présente, à savoir l'appel à projets mettant les structures en concurrence, la qualité médicale, la rhétorique managériale et la planification par l'État à l'échelle régionale. L'efficacité n'est cependant pas au rendez-vous et « c'est sur le constat de cette absence de dynamisme des acteurs » (*ibid.*) p. 250 que sont créées par le plan Juppé les agences régionales de l'hospitalisation (ARH) ayant pour but de piloter ces contrats (CPOM) et de mettre en œuvre les réformes hospitalières et de conduire des restructurations hospitalières (FARGEON, MINVIELLE, VALETTE & DENIS, 2002). La lecture du fonctionnement des ARH sous l'angle de la contractualisation ayant été menée avec pertinence par DENIS et VALETTE (2000), nous ne nous attarderons pas sur le sujet. Tout juste soulignerons nous une fois de plus le lien entre la contractualisation et le *New Public Management*.

Moins visibles, les ordonnances de 1996 inaugurent le concept de démocratie sanitaire, formé de deux grands principes :

- dans le prolongement de l'arrêt Mercier de 1936 reconnaissant dans le contrat médical les devoirs des médecins, la démocratie sanitaire – qui a connu une vraie seconde naissance depuis les atrocités de la Seconde Guerre Mondiale – reconnaît plus de droits aux patients qui doivent être informés (« l'avènement [récent] de la transparence » selon MOULIN (2004, p. 25)) et prendre une décision éclairée ;
- il s'agit aussi de favoriser l'émergence et la participation des usagers, sous forme d'associations, à la gestion du système de santé ce qui rejoint le concept de *New Public Governance* défini par OSBORNE (2006). Cela s'exprime notamment dans les ordonnances de 1996 par la possibilité offerte aux associations de siéger dans les conseils d'administration des hôpitaux.

3.2. LE *NEW PUBLIC MANAGEMENT* OU L'ABANDON DE TOUTE ALTERNATIVE DANS LA CONSTRUCTION DES POLITIQUES PUBLIQUES ? (1990-)

Même si en pratique cette naissance intervient « dans le silence » (MOQUET-ANGER, 2012, p. 175), elle sera par la suite confirmée par le rapport Caniard, dont l'auteur est inspecteur des impôts et futur président de la fédération nationale de la mutualité française (FNMF) en 2000, mis en pratique avec la loi du 9 août 2004 créant les conférences de territoire où seront associées les associations d'usagers et surtout renforcée par la loi HPST votée en 2009.

Enfin, dans le but de limiter ses dépenses, l'État, sur le mode de la planification stratégique décide de fixer un seuil maximal au budget alloué à l'assurance maladie. C'est la création de l'ONDAM, objectif national des dépenses maladie, qui est rapidement intégré au PMSI, ce qui permettra dans les années ultérieures de développer la tarification à l'activité (T2A). Désormais, avec l'ONDAM, la santé de la population a un budget contraint ce qui pousse les URCAM¹⁹ à agir en gestionnaire, notamment par l'intermédiaire du SROS. Parallèlement, l'ANDEM qui avait pour but de promouvoir l'évaluation médicale se transforme pour devenir une agence d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) rendant ainsi concret ce qui relevait autrefois de l'échange de bonnes pratiques. C'est cependant dans le cadre de la LOLF que les ordonnances Juppé prendront sens dans une politique plus large de nouvelle gestion publique dans l'État.

3.2.2 De la LOLF à HPST : institutionnalisation du NPM (2001-)

Il serait tentant d'écarter la loi organique relative aux lois de finances (LOLF) votée en 2001 de ce chapitre portant sur le contexte de l'organisation du système de santé au prétexte qu'il décrit avant tout un nouveau processus de construction et d'évaluation du budget. Pourtant, la LOLF restructure en profondeur le mode d'administration des finances publiques en y intégrant la culture du management.

3.2.2.1 Les logiques du NPM dans la pratique : LOLF et RGPP

« Imaginons un instant que soit introduit dans la Constitution un article nouveau qui stipulerait : désormais, sauf exception justifiée, l'État sera géré comme une entreprise. Quel coup de tonnerre ça serait ! Eh bien, c'est à peu

19. Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie

3.2. LE *NEW PUBLIC MANAGEMENT* OU L'ABANDON DE TOUTE ALTERNATIVE DANS LA CONSTRUCTION DES POLITIQUES PUBLIQUES ? (1990-)

près ce qui s'est produit en 2001, sous la Majorité précédente, avec l'adoption de la loi organique relative aux lois de finance »

C'est ainsi que commence l'éditorial de CANNAC (2003, p. 9), présenté comme « Président de l'Observatoire de la Dépense Publique de l'Institut de l'Entreprise, Membre du Conseil économique et social » dans un numéro spécial de la revue française des finances publiques dédiée à la LOLF (n° 82). La phrase est provocante, caricaturale, mais le bouleversement important. Comme le soulignent BARILARI et BOUVIER (2010, p. 10), qui n'ont pas manqué de mentionner « l'aspect consensuel du processus d'élaboration du document » (p. 9)²⁰, avec plus de nuances la LOLF constitue une réelle modification en profondeur de la manière de gérer les finances publiques car « tournant le dos à la classique, et parfois courtelinesque, logique de moyens qui s'attache à ne considérer que la logique des crédits alloués, [la LOLF] lui substitue une logique de résultats qui, marquée par une philosophie d'entreprise, prend d'abord en considération les objectifs à atteindre ».

Cette culture du résultat s'incarne par différents processus dont l'un des plus importants consiste en la procédure d'allocation des budgets : autrefois accordés par moyens, ces financements de l'action publique dépendent désormais de missions découpées en programmes eux-mêmes subdivisés en missions bénéficiant d'une évaluation relevant ouvertement des processus de l'audit et du contrôle de gestion. Il s'agit selon BARILARI et BOUVIER (2010, p. 156) de quatre finalités :

- « vérifier l'application des règles et détecter les manquements éventuels dans une optique préventive et répressive : il s'agit de contrôle de régularité ;
- s'assurer de la conformité à des critères de qualité ou des principes de sincérité : il s'agit des contrôles de qualité ou de certifications ;
- contrôler qu'une unité ou un ensemble d'unités réalise les objectifs qui lui ont été fixés avec efficacité et efficience : il s'agit de contrôles de résultat et de performance ;

20. Une interprétation radicalement opposée nous vient de la sociologue critique en comptabilité, Corinne Eyraud, pour qui « La LOLF aurait pu être l'occasion de grands débats démocratiques (...) mais c'est une solution technocratique qui l'a emporté » EYRAUD (2013a, p. 197). Force est de constater que la LOLF fut initiée par Didier Migaud sous le gouvernement Jospin et achevée avec Alain Lambert membre du gouvernement Raffarin sans réels oppositions entre les deux parlementaires, ni participation citoyenne.

3.2. LE *NEW PUBLIC MANAGEMENT* OU L'ABANDON DE TOUTE ALTERNATIVE DANS LA CONSTRUCTION DES POLITIQUES PUBLIQUES ? (1990-)

- évaluer la pertinence des objectifs, l'ampleur et l'adaptation des moyens employés par rapport à une finalité recherchée : il s'agit d'évaluer la pertinence et l'impact d'une politique publique ».

Ces exigences nouvelles promeuvent l'institutionnalisation des fonctions de contrôle de gestion à différentes échelles (programmes, missions, unité opérationnelles) et, à ce titre, participent à ce que HOOD (1991) théorisait comme étant une autonomie et une responsabilité accrue des agents de l'État via la création de petites structures responsables. En outre, par la création de la notion « d'opérateurs de l'État » BARILARI et BOUVIER (2010, p. 142 et sq.) dans la LOLF, le responsable du programme aura la capacité de gérer par un instrument unique, le contrat, l'allocation des ressources en vue de la réalisation d'une prestation définie au moment du vote du budget. Ce contrat, qui fonctionne selon le même principe que les CPOM mis en place par les ordonnances de 1996, reste majoritairement, dans son application, entre les membres de l'État du fait de la rigidité des critères excluants (activité non-marchande, financement majoritaire par l'État...). Néanmoins, la mise en place de ce type d'outils juridiques entrouvre la porte au recours au privé pour la gestion future des programmes publics. Mouvement qui sera accentué par la logique promue par la révision générale des politiques publiques (RGPP).

Avec l'élection de Nicolas Sarkozy en 2007, la DGME, direction générale à la modernisation de l'État, créée en 2005, se voit chargée de mener une des réformes les plus structurantes du quinquennat : la révision générale des politiques publiques. Souvent réduite à son slogan médiatique, le non-remplacement d'un fonctionnaire sur deux, cette politique correspond à une interrogation plus profonde sur les missions que l'État doit accomplir. Prenant appui sur l'analyse de cabinets de conseil privés, la RGPP interroge tous les pans de l'État avec ces 7 questions :

- Que faisons-nous ?
- Quels sont les besoins et les attentes collectives ?
- Faut-il continuer à faire de la sorte ?
- Qui doit le faire ?
- Qui doit payer ?
- Comment faire mieux et moins cher ?

3.2. LE *NEW PUBLIC MANAGEMENT* OU L'ABANDON DE TOUTE ALTERNATIVE DANS LA CONSTRUCTION DES POLITIQUES PUBLIQUES ? (1990-)

— Quel doit-être le scénario de transformation ?

Ces questions ne sont pas sans rappeler celles enseignées dans les manuels traditionnels de stratégie de l'enseignement supérieur pour questionner les buts de l'entreprise comme par exemple celui de COLLIS et RUKSTAD (2008) (voir tableau 3.2 de la présente page) :

TABLEAU 3.2: Les questions préalables à toute réflexion stratégique

Vision	Que voulons-nous être ? Quel est l'avenir de notre secteur ? Quelle est la place de notre entreprise dans le futur ?
Mission	Que faisons-nous ? Quelle est notre vocation ? Quelle est notre raison d'être ?
Objectifs stratégiques généraux	Quels résultats devons-nous atteindre ? Dans quels délais devons-nous les atteindre ?

Source : (COLLIS & RUKSTAD, 2008, p. 85), traduit par JOHNSON et al. (2014)

Au-delà des questions de méthode, une analyse exhaustive des conséquences de la RGPP ne semble pas encore avoir eu lieu. D'un côté, la plupart des auteurs insistent sur le rôle des consultants et ses limites dans la mise en œuvre de réelles démarches d'évaluation (LACOUETTE-FOUGÈRE & LASCOUMES, 2014), de l'autre, la RGPP est souvent pointée du doigt comme cause de l'instauration du *lean management* dans les services publics avec l'externalisation des missions autrefois assurées par les fonctionnaires des catégories C (EYRAUD, 2013a) ou la rationalisation des services publics hospitaliers (GRIMALDI, 2010). Si attribuer directement ces conséquences à la RGPP est peut-être risqué, il est indéniable que l'état d'esprit induit tant par cette mesure que par la LOLF a contribué à un recul de l'État et une tension exercée sur les fonctionnaires. Dans le champ de la santé, cela passe par la mise en place de certaines mesures sectorielles dont la plus importante est probablement la tarification à l'activité (T2A).

3.2.2.2 La mise en place de la tarification à l'activité

Plus connue sous le nom de T2A, la tarification à l'activité, apparue en 2004, est un instrument financier établi dans le but d'assurer le financement des établissements effectuant des soins sur la base de l'activité à la place d'une dotation globale de fonctionnement.

3.2. LE *NEW PUBLIC MANAGEMENT* OU L'ABANDON DE TOUTE ALTERNATIVE DANS LA CONSTRUCTION DES POLITIQUES PUBLIQUES ? (1990-)

À ce titre, la T2A entre pleinement dans la logique de la LOLF puisque le financement dépend directement du nombre d'actes réalisés. Son origine remonte, indique PIERRU (2008, p. 33), aux expériences américaines de l'Université de Yale dont les chercheurs étaient « convaincus qu'il y aurait beaucoup de bénéfices à tirer de l'importation à l'hôpital des technologies gestionnaires appliquées dans l'industrie ». À ce titre, le vocabulaire et les actions encouragés par la T2A sont ceux de la cité industrielle décrite par BOLTANSKI et THÉVENOT (1991). Grâce aux améliorations du PMSI, l'assurance maladie a pu développer la possibilité d'obtenir une information plus fiable sur les établissements de soin, qui étaient autrefois de véritables boîtes noires, et ainsi la T2A.

Concrètement, ce système repose sur l'utilisation de la comptabilité analytique permettant de calculer le prix d'un acte (ex : accouchement)²¹ afin de rembourser cet acte de manière standardisé quelque soit l'établissement. En fixant le prix moyen en fonction de l'ONDAM et en ne finançant les établissements que par ce biais, l'assurance maladie les pousse à une rationalisation profonde des actes de soins afin de dégager une marge suffisante pour alimenter le fonctionnement. Comme le souligne DELAS (2011, 2014), l'effet induit est la naissance, pour les hôpitaux, de véritables stratégies territoriales afin de se différencier des autres établissements et de se spécialiser dans le but de réaliser des économies d'échelle, phénomène encouragé par la HAS qui certifie les services en fonction du nombre d'actes réalisés et par les médias qui donnent du poids à un tel système en l'utilisant pour réaliser les classements des établissements.

Les conséquences de la T2A sont une « convergence entre établissements publics et privés » (MINVIELLE, 2009, p. 36) du fait de l'utilisation d'instruments communs pour effectuer des remboursements : en se spécialisant les hôpitaux publics dégradent la prise en charge des soins généraux, qu'ils doivent quand même assurer au nom de leur mission de service public, ce qui les pénalise financièrement au regard des établissements privés qui choisissent des activités plus lucratives. Mais cette distinction entre public et privé va finir par disparaître avec la loi Bachelot votée en 2009 : Hôpital Patient Santé Territoire.

21. Certains pans de la santé échappent à la T2A comme la psychiatrie, activité difficilement réductible à une unité.

3.2. LE *NEW PUBLIC MANAGEMENT* OU L'ABANDON DE TOUTE ALTERNATIVE DANS LA CONSTRUCTION DES POLITIQUES PUBLIQUES ? (1990-)

3.2.2.3 La santé dans l'acte II de la décentralisation et la loi de 2004

Porté par Jean-Pierre Raffarin alors Premier Ministre à partir de 2003, l'acte II de la décentralisation est un processus prolongeant la politique girondine amorcée en 1982. Il s'agit de réaliser le transfert des activités de l'État en région sous la forme des futurs 8 grands pôles instaurés par la RÉATE : la DIRECCTE pour l'économie, les ARS pour la santé, etc. En outre les collectivités locales acquièrent des pouvoirs et surtout l'autonomie financière avec un droit d'expérimentation.

Dans le champ de la santé, l'acte II de la décentralisation se concrétise par le choix de l'échelle départementale pour l'action sociale (DDASS) qui laisse de côté les DRASS même si la loi du 9 août 2004 relative à la santé publique, par la création des GRSP, fait le choix de travailler au niveau régional. En effet, prévue depuis l'automne 2002 et discutée en 2003 dès la rentrée parlementaire suite à la canicule, cette loi favorise la démocratie sanitaire par l'instauration des conférences régionales de santé qui ont pour fonction de dessiner une politique régionale de santé publique mise en œuvre par les GRSP. Ces GRSP, nous dit TRÉPEAU (2005, p. 86), dans son analyse de la loi, regroupent :

- le préfet, pour affirmer le rôle de l'État et décliner les plans nationaux [également présents dans la loi, dans les faits les priorités de santé publique resteront majoritairement définies au niveau national (LORENZO, 2004) ;
- l'agence régionale de l'hospitalisation chargée de mettre en œuvre l'offre de soins en matière hospitalière ;
- l'assurance maladie, pour financer et apporter sa propre expertise en matière de prévention ;
- les établissements publics (Institut national de veille sanitaire, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé) pour l'expertise ;
- les collectivités locales, pour favoriser les priorités propres à leurs territoires.

La création de ces conférences régionales, qui sont composées des « professionnels de santé, représentants des industries de santé, organismes d'assurance maladie obligatoire et complémentaire, malades et usagers du système de santé » *ibid.* correspondent à la première étape vers l'établissement d'une forme de gouvernance territoriale dans le secteur de la

3.3. L'ACHÈVEMENT DE LA TERRITORIALISATION PAR HPST ?

santé. Gouvernance territoriale, ou animation territoriale, qui sera véritablement consacrée par la loi HPST.

3.3 L'achèvement de la territorialisation par HPST ?

« Dispositif normatif lourd » (MALHERBE, 2014, p. 120), « texte de tous les records » (J.-M. ROLLAND & MILON, 2009, p. 9), la loi Hôpital Patient Santé Territoire a suscité bon nombre de polémiques, de rapports et de recherches du fait du caractère profond des modifications apportées au système de santé. Pour des raisons de simplicité, nous reprenons dans l'analyse la division opérée au sein de la loi et reprise dans le livre collectif proposant une explication de texte rédigé par COUTY, KOUCHNER, LAUDE, TABUTEAU et al. (2009)²², c'est-à-dire, les 4 titres :

- Modernisation des établissements de santé ;
- Accès de tous à des soins de qualité ;
- Prévention et santé publique ;
- Organisation territoriale du système de santé.

Le texte de loi et le livre décrivant le fonctionnement théorique de HPST, nous croiserons, quand cela est possible les prescriptions avec les premiers effets constatés en pratique dans la recherche.

3.3.1 La loi et l'esprit de la loi

3.3.1.1 Modernisation des établissements de santé

La modernisation passe par la suppression, ou « vaporisation » (PIERRU, 2012b, p. 33), de la notion de service public hospitalier, créée en 1970 par les lois Boulin et remplacée par 14 missions de service public, pouvant être effectuée de manière indifférenciée par les organisations du secteur public ou du secteur privé (lucratif ou non). Dans ce dernier cas, l'établissement acquiert le statut d'ESPIC (Établissement de santé privé d'intérêt collectif), label octroyé par l'ARS à partir du moment où l'établissement décide d'assurer au moins une mission de service public. Cela permet aux établissements privés de choisir une partie

22. Dont nous reprenons en grande partie les analyses juridiques.

3.3. L'ACHÈVEMENT DE LA TERRITORIALISATION PAR HPST ?

des missions de service public qu'ils souhaitent remplir, lorsque les hôpitaux publics doivent assurer la totalité des missions de service public ce qui crée un déséquilibre défavorable aux organisations de droit public.

La deuxième partie du chapitre, intitulée « vers l'hôpital des managers » par COUTY et al. (2009, p. 28) souligne notamment la possibilité – inédite jusqu'alors – de recruter des non-fonctionnaires en tant que directeur d'hôpital public, dont la loi renforce les pouvoirs, sous réserve d'une formation à l'EHESP, l'école des hautes études en santé publique, dont le rôle dominant a notamment été souligné par GIORDANO, LE GOFF et MALHERBE (2015) prenant appui sur BOURDIEU (1982). En outre, désormais, dans le prolongement des droits accordés aux patients, ces derniers sont obligatoirement présents dans la commission de l'activité libérale et de manière facultative dans différentes autres instances comme le conseil d'administration.

Enfin, la loi généralise le principe des CPOM à tous les pans de la santé et du médico-social. L'instrument contractuel est développé et encadré plus précisément dans un but de générer des économies. Toujours dans cet objectif, sont créés des statuts juridiques permettant d'hybrider des structures publiques et privées (groupements de coopération sanitaires) au sein des communautés hospitalières de territoire dont les *alter-ego* dans le secteur de l'enseignement supérieur et de la recherche seront les COMUE.

3.3.1.2 Accès de tous à des soins de qualité

Cette seconde sous-section cherche à résoudre les questions de répartition territoriale (déserts médicaux) en terme d'accès au soin, en particulier sur la médecine de premier recours (essentiellement les non-spécialistes) par un certain nombre de mesures incitatives, en premier lieu la mise en place de contrats à destination des futurs médecins (contrats d'engagement de service public ou contrat de santé solidarité)²³ ou la mise en place des maisons de santé pluridisciplinaires et des centres de santé permettant de rompre l'isolement du généraliste en contrepartie d'une certaine forme de concentration dans des villes moyennes au détriment d'un maillage plus serré du territoire. Globalement, la loi promeut la coopération entre les différentes structures participant à l'offre de soins, que

23. Ces contrats restent incitatifs et ne remettent pas en cause la libre installation du choix du médecin.

3.3. L'ACHÈVEMENT DE LA TERRITORIALISATION PAR HPST ?

cela soit en réformant l'astreinte des médecins ou en partageant des actes sous l'égide de règles édictées par l'ARS.

En outre, et la loi se veut novatrice à ce sujet : dans le but, de « remettre le patient au cœur du système de santé »²⁴, HPST propose de cesser la division arbitraire du patient entre unités et types de soins pour l'envisager de manière globale dans un concept appelé le parcours de soin intégrant l'ambulatoire, générateur d'économies. Un des principaux outils à développer est le DMP (dossier médical personnel) accessible aux professionnels de santé et aux pharmaciens (à l'exception des médecins du travail) même si le DMP est encore en gestation au moment de l'écriture de ces lignes.

D'autres mesures sont présentes concernant la formation continue, l'adoption de textes européens ou la chirurgie esthétique mais nous ne nous attarderons pas sur ces points.

3.3.1.3 Prévention et santé publique

En terme de santé publique, élément de la politique de santé qui fut – et reste – le parent pauvre en terme budgétaire, la loi prolonge les mesures favorisant l'éducation thérapeutique du patient et en particulier celui des femmes avec des aides spécifiques à la contraception. De même, la loi tend à améliorer la lutte contre l'alcoolisme et le tabagisme, à favoriser la santé environnementale et une meilleure médecine vétérinaire, etc.

3.3.1.4 Organisation territoriale du système de santé

La loi HPST donne naissance aux agences régionales de santé regroupant les structures suivantes :

- DDASS et DRASS ;
- ARH ;
- GRSP ;
- URCAM (Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie) ;
- MSR (Missions régionales de santé) ;
- Volet hospitalier de l'assurance maladie ;

24. Assertion étrange supposant qu'il ne l'était pas auparavant, la rhétorique employée n'est pas sans rappeler l'entreprise orientée marché en marketing.

3.3. L'ACHÈVEMENT DE LA TERRITORIALISATION PAR HPST ?

Et dont la principale innovation est d'assurer le pilotage unifié de la santé et du médico-social au niveau régional. Avec la RÉATE, l'agence régional de santé devient le miroir régional du ministère de la santé et a donc pour mission de décliner la politique nationale décidée par le ministère en l'adaptant aux réalités locales (principe de la territorialisation de l'action publique). Pour ce faire, l'ARS dispose de plusieurs leviers d'actions : d'abord des compétences de police sanitaire (inspection et contrôle) mais aussi de contractualisation (CPOM) avec les établissements de santé, soit des pouvoirs d'autorisation d'exercer et de financement des structures effectuant des missions relevant de la santé sur l'espace de la région.

Le principal instrument dont se dote l'ARS réside dans le PRS, Projet Régional de Santé, enrichissant les SROS²⁵ et « établi par le directeur général de l'ARS, après un avis de la conférence régionale de santé et de l'autonomie, des collectivités territoriales et du préfet de région » (COUTY et al., 2009, p. 327). Ce PRS, véritable outil de planification stratégique sera ensuite décliné dans les Unions Territoriales, entités souvent départementales mais pouvant correspondre à d'autres délimitations dans les PTS, projets territoriaux de santé.

Par ailleurs, les conférences régionales de santé, en devenant conférences régionales de santé et d'autonomie, voient leurs rôles confirmées dans l'élaboration du PRS et doivent comporter comme représentants, « les collectivités territoriales, les usagers et associations œuvrant dans les domaines de compétence de l'agence régionale, les conférences de territoire, les organisations représentatives des salariés, des employeurs et des professions indépendantes, les professionnels du système de santé, les organismes gestionnaires des établissements et service de santé et médico-sociaux, les organismes de protection sociale » (Art. L.1432 du CSP).

3.3.2 Premières recherches sur la mise en œuvre de la loi

« On ne change pas la société par décret » affirmait Michel Crozier (CROZIER, 1979) et force est de constater que la loi HPST a engendré la publication de recherches abordant ses nombreux effets, parfois non-calculés. Nous passons en revue les contributions les plus

25. Par l'ajout du volet médico-social, par des programmes de prévention et par des modalités plus spécifiques.

3.3. L'ACHÈVEMENT DE LA TERRITORIALISATION PAR HPST ?

significatives traitant du sujet, sachant que le caractère récent de la loi rend la portée de ce travail – auquel nous comptons participer par la présente thèse – nécessairement parcellaire.

3.3.2.1 Des problèmes dans la mise en place des ARS...

Premièrement, fusionner autant d'organisations de service public pour créer l'ARS ne fut pas des plus simples. Les multiples statuts des salariés (fonction publique d'État, fonction publique hospitalière, fonction publique territoriale, agents de l'assurance maladie, contractuels de droit public et privé) avec leurs spécificités rendent la gestion des ressources humaines encore difficile. (LEMOYNE DE FORGES, 2012). De plus, des auteurs comme PIERRU et ROLLAND (2012, p. 39-40) expliquent que les ARS sont des « nains administratifs sous dotés », « confrontés à des groupes d'intérêts prestigieux et puissants (syndicats de médecins libéraux, élus locaux » (PIERRU, 2012a, p. 79) et ayant en réalité une autonomie réduite du fait du pouvoir prépondérant du ministère de la santé (CÉPRÉ, 2011), ce qui est d'autant plus le cas en région Centre du fait de l'ancrage local de la ministre (élue à Loches). Dans cette perspective critique, C. ROLLAND et PIERRU (2013, p. 417) concluent sur le caractère « trouble » du métier d'animateur territorial, chargé de coordonner les différentes organisations effectuant des missions de service public et de faire territoire, avec peu de formations ni réellement d'assistance dans la prise en main de la fonction.

3.3.2.2 ... Et dans les attributions des ARS

Plus grave peut-être que ces problèmes inhérents à toute fusion, les ARS ne sont, selon l'un de ses principaux praticiens, Claude Évin, « pas terminés » (EVIN & FAUGÈRE, 2012, p. 8)²⁶ car la médecine de ville reste majoritairement dans le giron de l'assurance maladie. En outre, les fonds attribués à l'ARS restent marginaux par rapport au budget de l'assurance maladie en région. De surcroît, ils ne sont pas fongibles (c'est-à-dire qu'ils doivent être distribués en fonction des différents éléments de la politique nationale de santé), ce qui limite fortement les possibilités d'action des ARS.

26. Nous devons toutefois garder à l'esprit que Claude Évin, directeur d'ARS de l'Île de France, a fortement critiqué la ministre de la santé et des affaires sociales, Marisol Touraine, à cette période, dans le but plus ou moins avoué de lui ravir sa place en prenant la tête d'une agence nationale de santé.

3.3.3 Loi de santé 2016

Promulguée en janvier 2016, la loi Santé est née, a été discutée — y compris en notre présence sur notre terrain de recherche — puis adoptée pendant le déroulement de notre thèse : les principaux changements de cette loi concernent la généralisation du tiers-payant en médecine de ville, mais aussi la création des groupements hospitaliers de territoire renforçant la logique de concentration des établissements hospitaliers par la mise en commun de certaines fonctions supports (informatique, créations de centrales d'achats), la création d'un projet médical commun et la désignation d'un établissement dit support qui est notamment responsable de la coordination des activités de soin entre les autres différents établissements.

En outre, la loi met en place une communauté professionnelle territoriale de santé, c'est-à-dire une instance de concertation dont l'initiative et la responsabilité sont laissées aux acteurs de la médecine libérale qui doivent en conséquence s'organiser dans une logique dite de parcours (c'est-à-dire la coordination des soins d'un même patient) sur l'échelle qu'ils jugeront pertinentes.

Enfin, la loi adopte une mesure que d'aucuns jugeront symbolique — en réinstaurant dans la loi le service public hospitalier.

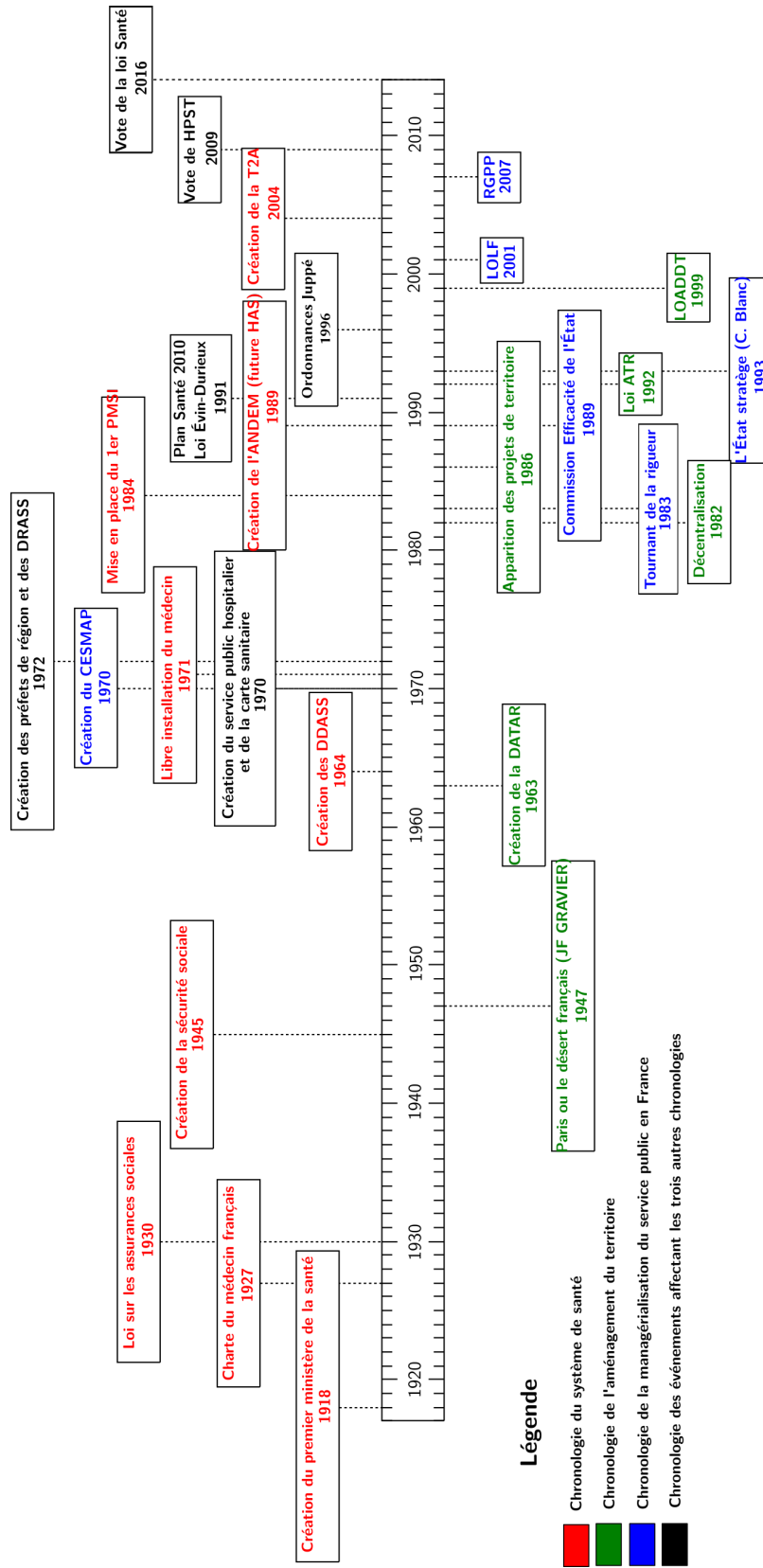
3.3. L'ACHÈVEMENT DE LA TERRITORIALISATION PAR HPST ?

Synthèse du chapitre

Présentée comme l'achèvement de trois logiques, 1) organisation de la santé, 2) aménagement du territoire et 3) esprit managérial après une centaine d'années de réformes (voir Figure 3.3 à la page 99), la loi Hôpital Patient Santé Territoire définit en 2009 la région comme l'échelon local de la gestion du système de santé. Mais, imparfaite, la loi ne dote pas son principal instrument, l'Agence Régionale de Santé, des outils et des moyens nécessaires à l'accomplissement de ses missions. Au contraire, les acteurs doivent inventer les règles de la gestion de l'espace en y intégrant et en croisant toutes les dimensions de la santé. C'est donc dans ce cadre, propice à l'émergence d'un dispositif faisant face à une urgence stratégique que se déploie notre travail de thèse.

3.3. L'ACHÈVEMENT DE LA TERRITORIALISATION PAR HPST ?

FIGURE 3.3: Chronologie de la construction du système de santé de 1914 à nos jours



3.3. L'ACHÈVEMENT DE LA TERRITORIALISATION PAR HPST ?

Chapitre 4

Une étude de cas permettant d'étudier les tensions du dispositif inter-organisationnel

Comme nous l'avons mis en évidence au chapitre 2, nous avons décidé de recourir à la méthode des cas telle que définie par YIN (2014) dans notre travail doctoral. Dans le présent chapitre, nous expliquons de manière détaillée comment et pourquoi nous avons construit notre corpus de données en vue d'appréhender cet objet complexe qu'est le dispositif (4.1), puis, dans un second temps, justifions nos choix de méthodes d'analyse de ce corpus (4.2).

4.1 La collecte d'un corpus riche correspondant aux attendus de l'étude de cas

Suivant une distinction traditionnelle, nous rendons compte dans cette section de notre méthode de recueil de données en commençant par les données primaires (4.1.1) puis en évoquant les données secondaires (4.1.2), étant entendu que les données ont été collectées concomitamment.

4.1.1 Une collecte de données primaires par allers-retours sur le terrain

Du fait de la construction de notre sujet par allers-retours sur le terrain, la collecte du matériau empirique primaire s'est déroulée de l'inscription en thèse, jusqu'à, pour les derniers entretiens, janvier 2016 (*cf* : Figure 4.1 page ci-contre). Rappelons ici que le but initial de la thèse était d'interroger la fabrication d'un discours de l'agence régionale de santé et d'évaluer sa diffusion au sein des opérateurs de santé sur le territoire (postulat que le discours était un instrument de contrôle dans une perspective proche d'une recherche précédente (GIORDANO et al., 2015) à partir d'un cadre inspiré de BOURDIEU (1982)) et que cet objectif s'est transformé en l'étude de la rationalité présente dans le dispositif de contrôle inter-organisationnel promue par l'ARS dans une perspective foucauldienne. Nous décrivons la collecte de manière chronologique.

4.1.1.1 Une première année d'immersion dans le cas¹

Le premier contact a été effectué par l'intermédiaire d'une chargée de cours du master droit de la santé à l'université François-Rabelais, salariée à l'ARS qui nous a permis de prendre contact avec la direction des études, des affaires juridiques et de la stratégie, service transversal qui fut notre interlocuteur principal durant cette recherche, même si, et nous le verrons plus loin, nous nous en sommes assez rapidement détaché.

Ces premiers liens nous ont permis dès décembre 2013 d'assister à l'assemblée générale du personnel rassemblant tous les salariés dans une salle de spectacle louée pour l'occasion à Orléans et permettant à la direction de présenter les modifications du travail et les chantiers à venir parmi lesquels :

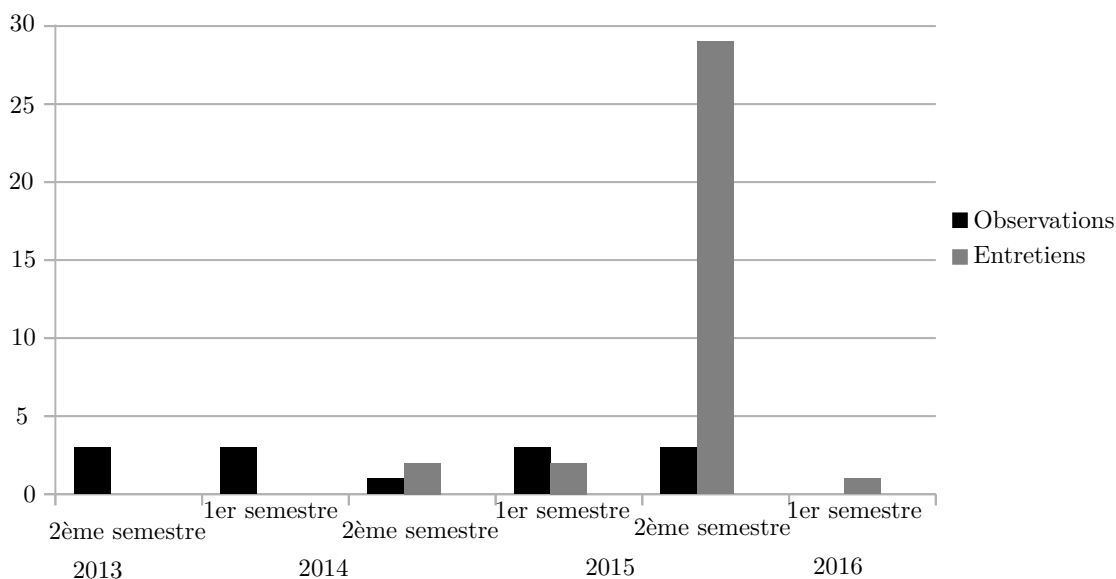
- la mise en valeur du système d'information ;
- la création d'un groupe de travail chargé de définir les valeurs de l'ARS ;
- et la mise en avant de la fonction d'animation territoriale.

En outre, et c'est peut-être le plus important, l'assemblée générale nous a permis de nous rendre compte de l'atmosphère de l'ARS entre le discours de la direction, celui des syndicats

1. Nous comptons en année civile dans la mesure où, hormis l'assemblée générale du personnel mi-décembre et le cours du Master droit de la santé, nous avons réellement commencé à travailler notre terrain à partir de janvier 2014.

4.1. LA COLLECTE D'UN CORPUS RICHE CORRESPONDANT AUX ATTENDUS DE L'ÉTUDE DE CAS

FIGURE 4.1: Une collecte de données primaires progressive



et des personnels, ce qui a fait ressortir le caractère profondément complexe de la gestion interne d'une organisation aussi nouvelle même trois ans après la fusion. Dès lors, compte tenu de notre objectif initial, la volonté de créer des valeurs, soit un discours unifié au sein de l'agence nous a attiré immédiatement et nous avons obtenu assez facilement la possibilité d'assister aux réunions du groupe de travail projet d'agence.

Malheureusement, le déroulement de ce projet d'agence, extrêmement houleux et contesté, notamment par les syndicats a entraîné notre départ, la direction de la communication ayant estimé que les données que nous collections pouvaient porter préjudice au bon déroulement dudit comité, et par extension de l'organisation. Depuis, un pan entier de l'ARS, regroupant le service communication, le service ressources humaines et tout ce qui peut toucher de près ou de loin à ce que gère la direction du cabinet de la direction générale de l'ARS nous fut totalement inaccessible. Rétrospectivement, ce moment projet d'agence, en dépit de la richesse de la démarche et du potentiel de l'accès au terrain, ne correspondait pas vraiment à notre sujet de recherche : il s'agissait plutôt d'un questionnement interne mené par le service ressources humaines et documenté par ailleurs (voir notamment C. ROLLAND et PIERRU (2013)). En revanche, assister à ces réunions fut salutaire car cela nous a permis de perdre quelques illusions sur la facilité du travail de terrain et nous rendre

4.1. LA COLLECTE D'UN CORPUS RICHE CORRESPONDANT AUX ATTENDUS DE L'ÉTUDE DE CAS

compte de manière incarnée des difficultés des relations de personnel au sein de l'agence que nous avons retrouvées, dans une moindre mesure, mais toujours présentes, lors de la poursuite de la collecte.

Nous avons donc réorienté notre travail vers la 3^e priorité — la mise en valeur de l'animation territoriale — énoncée lors de cette assemblée générale — nous pensions que choisir comme point de départ une préoccupation de l'agence faciliterait notre travail de terrain — et qui correspondait mieux à notre projet initial — le contrôle des acteurs sur le territoire — notre intérêt ayant été piqué, il est vrai par une intervention au cours de cette AG :

C'est quelque chose qui, c'est une fonction nouvelle pour nous mais ça n'a rien d'extraordinaire : l'animation territoriale ce n'est jamais que de l'aménagement. C'est de l'aménagement du territoire. Tout simplement. Comme d'autres en font dans bien d'autres domaines. C'est de l'aménagement du territoire mais de l'aménagement en terme de santé. Alors si on parle d'aménagement du territoire, y'a deux mots, y'a « aménagement » et y'a « territoire » aussi. Euuuuuh. Aménagement, ça veut dire quoi ? Bah c'est simple là aussi c'est un mot qui vient comme le mot management du mot ménage. (Cadre de direction de l'ARS)

Ce *verbatim* nous a vraiment intrigué. Si comme nous l'avions évoqué dans le chapitre 3, la préoccupation spatiale était récente, la carte sanitaire datait des années 1970. D'où venait alors cette gêne à évoquer une fonction de régulation assumée depuis maintenant plusieurs décennies ? À partir de cette interrogation, mais aussi du constat que nous étions face à un terrain particulièrement riche en sigles, abréviations et textes juridiques, nous avons passé une partie non négligeable de notre première année de thèse à effectuer un travail de recherche important dans la littérature scientifique, mais aussi grise (rapports administratifs, textes parlementaires), ne serait-ce que pour comprendre les enjeux et la manière de fonctionner de la santé² en parallèle d'observations non-participantes car nous ne nous sentions pas suffisamment prêts pour poser des questions sans doute jugées

2. À titre d'exemple, au cours de nos premiers contacts, nous avons été incité à lire l'ouvrage de MARROT (1995) pour « savoir ce que c'est l'ARS, vous devriez aussi lire les débats parlementaires lors du vote de la loi HPST et les rapports ayant mené à la création des ARS ». Plus loin dans notre recherche, on nous a également suggéré de lire WILKINSON, MARMOT et ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. BUREAU RÉGIONAL DE L'EUROPE (2004) « avant qu'on parle ».

4.1. LA COLLECTE D'UN CORPUS RICHE CORRESPONDANT AUX ATTENDUS DE L'ÉTUDE DE CAS

évidentes par nos interlocuteurs « qu'est-ce que ça veut dire ? ». En résumé, cette première année fut celle de l'acclimatation à notre terrain avec quelques entretiens de compréhension qui ne s'avéreront pas, en définitive, si pauvre, dans la mesure où quelles que soient les questions, l'interlocuteur finit par dispenser quelques informations utiles.

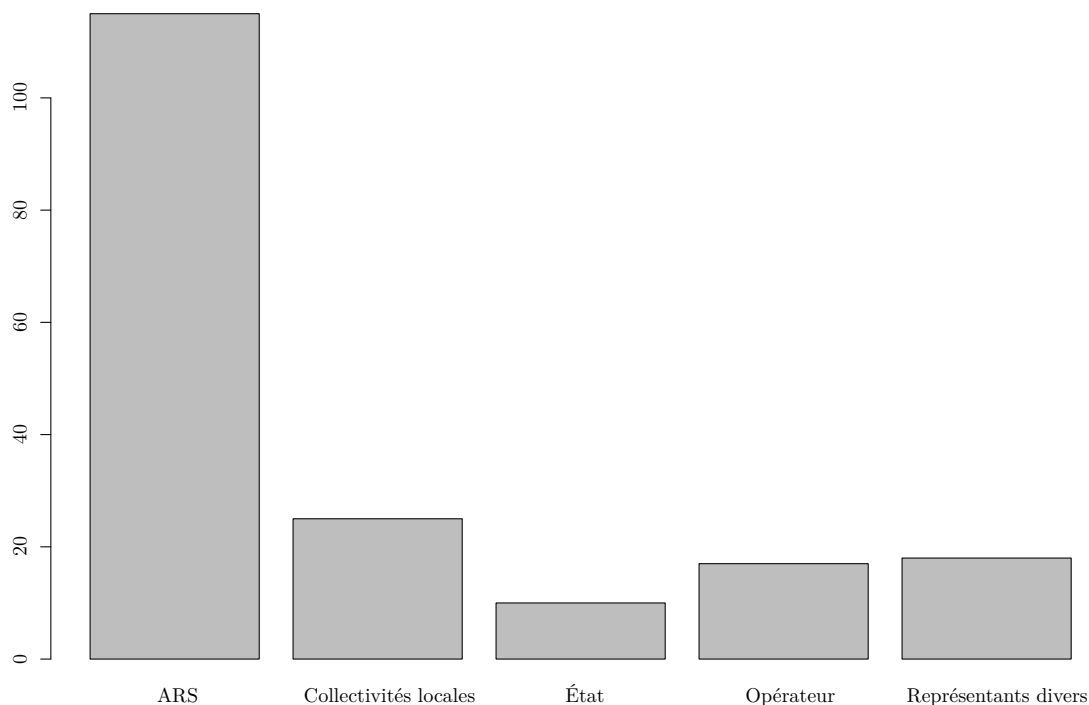
4.1.1.2 Une seconde année de collecte intensive et une troisième année de fin de recueil

Après cette première année d'immersion et de construction de la problématique, nous avons été amené à passer à une phase de collecte plus intensive en seconde année, au début au sein de l'ARS puis, il est vrai suggéré au cours de l'atelier doctoral de l'AIMS, à élargir la collecte aux organisations gravitant autour de l'ARS (*cf* : Figure 4.2 page suivante) à la fois dans le but de trianguler les sources, mais aussi de mettre en évidence les actions entreprises par ces acteurs pour jouer avec le dispositif (nous y reviendrons plus tard) dans la mesure où Foucault nous met en garde contre la tentation de voir le pouvoir comme central alors qu'il est « diffus » (DEAN, 1994) et périphérique. La répartition de ces interlocuteurs au sein du graphique évoqué précédemment est très simplifiée dans la mesure où, souvent, les personnes interrogées se situent à la fois dans une mission d'exécution (opérateurs ou État), mais aussi dans la concertation puisque participants à des instances de démocratie sanitaire (conférence régionale de santé et d'autonomie, projets territoriaux de santé, contrats locaux de santé, etc.). De la même manière, certains salariés comme les coordonnateurs de CLS sont rémunérés à la fois par l'ARS et par le conseil régional via le contrat de pays, lui-même alimenté, selon les priorités, par une subvention européenne (FEADER). Dès lors, il est difficile de déterminer le rattachement institutionnel de la personne interrogée avec précision pour établir le graphique. Il s'agit donc, comme c'est le cas dès qu'il s'agit de graphique, d'une représentation de la réalité.

Procédant soit par mécanisme de réseau (boule de neige), soit par prise de contact directe par téléphone, nous pensons donc avoir quitté la ligne de vue de nos premiers contacts au sein de l'ARS assez facilement, d'autant plus que l'agence subit un *turn over* très important depuis de nombreuses années qui peut être expliqué par la précarisation croissante dans les services publics (contrats courts au lieu de recrutement de fonctionnaires) et en interne est

4.1. LA COLLECTE D'UN CORPUS RICHE CORRESPONDANT AUX ATTENDUS DE L'ÉTUDE DE CAS

FIGURE 4.2: Collecte de données par acteurs (hors bases de données cartographiques)



considéré comme le résultat d'une fusion mal achevée. Malgré ces précautions, nous avons opté pour une politique conservatrice de protection des sources dans les citations de notre thèse (*cf* : encadré 4.1 page ci-contre).

La troisième année fut largement consacrée à la retranscription des quelques 50 moments de collectes et au recueil d'éléments complémentaires qui correspondaient souvent à des prises de contacts laissées en friche le temps que la personne souhaitée réponde ou à des opportunités qui se présentaient. En effet, entre les différentes données primaires et les données secondaires (*cf* : sous-section suivante), nous sommes parvenus à atteindre une saturation théorique et comme le rappelle l'article de HLADY-RISPAL (2016, p. 262), réaliser une étude de cas ne consiste pas « tout connaître du domaine étudié et ne doit pas davantage posséder tous les faits issus d'un parfait échantillon tiré au hasard. Sa tâche n'est pas de fournir une description exhaustive d'un domaine d'investigation donné, mais consiste à développer une théorie qui tienne compte et fasse état de comportements significatifs ».

4.1. LA COLLECTE D'UN CORPUS RICHE CORRESPONDANT AUX ATTENDUS DE L'ÉTUDE DE CAS

Encadré 4.1: Citations et protection des sources

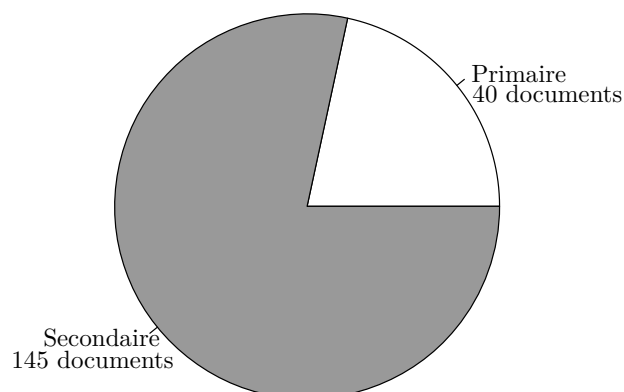
Dans le présent manuscrit, nous avons fait le choix lors des citations de privilégier systématiquement le recours aux données secondaires librement accessibles lorsqu'une même idée pouvait être justifiée par des données primaires et des données secondaires. Cette politique est due à la volonté de protéger les personnes interrogées au cours de notre thèse.

En effet, tout comme OLLITRAULT (2015), nous nous sommes retrouvés dans un milieu social habitué à la lecture de documents administratifs et de recherche, proposant des sujets de thèse en médecine, co-écrivain des articles scientifiques (RIVIÈRE et al., 2012), accueillant volontiers un chercheur en CIFRE, avide des résultats, voire l'accessibilité de certaines bases de données aidant, lecteurs de nos propres travaux. Dans ce contexte, il ne fut pas étonnant de faire face, comme c'est le cas dans de nombreuses recherches en sciences humaines et sociales à des attitudes de refus d'enregistrement, d'exigence d'anonymisation, de volonté de relire l'entretien et, le cas échéant, de procéder à quelques amendements dans le texte, parfois de manière très vive. En outre, le sujet — le contrôle inter-organisationnel par un dispositif spatial et les asymétries qui en découlent — renvoie inévitablement à des jeux de pouvoir et ne pas se mettre en danger professionnellement ainsi que la structure employeuse est une préoccupation qui s'impose à notre responsabilité de chercheur, critique ou pas.

Ce phénomène de lecture, voire d'exigence de « droit de réponse » par les enquêtés est désormais une pratique courante du fait de l'accessibilité accrue des articles de recherche via Internet, à tel point que dans leur ouvrage de référence, BEAUD et WEBER (2010) rajoutent un chapitre sur le sujet en encourageant très vivement les étudiants à protéger les sources et à se protéger en prenant garde à la manière dont les enquêtés seraient cités. Nous avons donc effectué ce choix que d'aucuns qualifieront de conservateurs en étant amenés à privilégier systématiquement les données secondaires aux données primaires, réduire l'identité des enquêtés au plus petit dénominateur commun pertinent (souvent agent de l'ARS avec un genre masculin, parfois avec une indication de service uniquement en cas de nécessité), quitte à indiquer dans des cas extrêmes au cours du manuscrit que le *verbatim* ne pouvait être cité tel quel (reformulation), voire pas du tout. Dans ce dernier cas, nous estimons que le pacte de lecture avec l'examineur de la thèse suffit dans la mesure où celui-ci n'a pas accès aux sources originales des entretiens avec le manuscrit doctoral.

4.1. LA COLLECTE D'UN CORPUS RICHE CORRESPONDANT AUX ATTENDUS DE L'ÉTUDE DE CAS

FIGURE 4.3: Les données analysées pendant la thèse (hors bases de données cartographiques)



4.1.2 La collecte de données secondaires : plus qu'une simple triangulation

Malgré une place congrue accordée à la collecte et à l'étude des données secondaires dans les manuels consacrés à la recherche en sciences de gestion — 3 pages leurs sont consacrées dans un chapitre de 40 pages portant sur le recueil de matériau empirique, dont 30 exclusivement sur les données primaires, dans l'ouvrage de référence de sciences de gestion (IBERT, BAUMARD, DONADA & XUERE, 2014) — en dépit de contributions majeures mobilisant ce type de sources (WEICK, 1993 ; PASCALE, 1996), ce type de données joue, dans notre thèse, un rôle bien plus important que la nécessité de triangulation les sources (même si nous avons veillé à celle-ci, *cf* : tableau 4.2 page 113).

Cette place accordée aux données secondaires dans notre analyse est d'abord numérique (*cf* : Figure 4.3), mais aussi du fait de leur statut dans l'analyse. Nous répartissons ces données en deux catégories non mutuellement exclusives car s'enrichissant au fil de l'analyse : les documents mis en ligne qui nous ont à la fois servi à entrer dans le cas, préparer les entretiens et les trianguler au cours de l'analyse, qui sont indiqués dans la figure précédente (4.1.2.1), et les données issues des bases de données géolocalisées mises à disposition par l'État (4.1.2.2) qui ont joué un rôle dans la collecte, l'analyse et puis la valorisation de données spatiales (production de cartes).

4.1. LA COLLECTE D'UN CORPUS RICHE CORRESPONDANT AUX ATTENDUS DE L'ÉTUDE DE CAS

4.1.2.1 Des documents secondaires

Pour constituer le corpus de données secondaires, outre les traditionnels documents accompagnant la collecte de données primaires (supports de présentation, textes d'intervention, ordre du jour, documents collectés en préparation des entretiens ou observations, etc.), nous avons été guidé par *Surveiller et Punir* mettant en évidence des circonstances et des documents propices à l'observation du dispositif et dont nous nous servons dans l'analyse.

Mais ces documents ne concernent finalement que la manière dont le pouvoir impose le dispositif et du fait du caractère diffus du pouvoir déjà évoqué plus haut, tout comme nous avons interrogé des acteurs de la santé, nous avons collecté des documents de leur fait qui pouvaient nous éclairer sur les asymétries de pouvoir existant en leur sein : des procès verbaux de conseils municipaux, des plaquettes de présentation de la structure présentant leurs priorités (proches ou différentes de celles de l'ARS avec éventuellement référence explicite à celle-ci), éventuelle planification alternative ou édition de documents co-produit avec l'ARS ou à destination de celle-ci.

De manière plus pratique, notre collecte de données s'est majoritairement effectuée via Internet, les acteurs de la santé produisant et mettant à disposition un nombre important de données à destination des autres organisations afin de diffuser leur politique (exemple : le projet régional de santé). D'autres, plus confidentiels, nous ont été remis lors des moments de collecte soit sous format électronique, soit directement en physique ce qui a nécessité une numérisation ultérieure via la technologie OCR³. Nous avons également collecté des données géographiques via des bases de données alimentées par les différents acteurs publics pour notre travail doctoral.

4.1.2.2 Des bases de données spatiales

En effet, du fait du caractère proprement spatial de notre recherche, il nous a paru pertinent dans l'analyse de recourir à la géolocalisation de diverses organisations de santé — essentiellement du soin compte tenu des bases — ce que nous avons pu mettre en place

3. Optical Characters Recognition, ou reconnaissance optique de caractères par le scanner qui rend ceux-ci sélectionnables et utilisables dans un CAQDAS après vérification du résultat produit par l'outil.

4.1. LA COLLECTE D'UN CORPUS RICHE CORRESPONDANT AUX ATTENDUS DE L'ÉTUDE DE CAS

en utilisant les bases de données mises à disposition par l'État en libre accès (OpenData),
cf : tableau 4.1 page suivante :

Ces bases de données proposent un accès libre via un service WFS⁴ dès lors que nous sommes en possession de l'URL. Nous accédons ensuite au service via un SIG⁵, dont la manifestation la plus évidente passe par le logiciel QGIS, et affichons les différentes tables disponibles que nous désirons ensuite importer dans le SIG. Ces données sont de trois types : ponctuelles (des points, implantation d'un établissement), zonales (polygones, affichage d'un département) et linéaires (polylines, le tracé d'une ligne de train).

Encadré 4.2: Exemple de tables attributaires disponibles dans les bases de données WFS

Schématiquement, nous pouvons classer les tables accessibles sur AtlaSanté en trois catégories :

- les informations administratives traditionnelles en France : ex : Communes, INSEE 2014 ;
- la localisation des établissements entrant dans le champ de la santé et les découpages administratifs associés : Établissement de santé privé autorisé en SSR ;
- des données analytiques permettant la prise de décision : Métropoles, Distances aux professionnels de santé par communes.

Source : Base de données AtlaSanté

Une fois importées dans le logiciel, nous avons accès aux données présentes dans la table, par exemple la population rattachée aux départements ce qui nous permet de produire directement des cartes via des mises en formes conditionnelles (ex de la population en Indre-et-Loire dans la Figure 4.4 page 112). Dans un deuxième temps, nous pouvons rajouter des informations à ces tables attributaires via une jointure⁶, supprimer des éléments dans la base, voire en ajouter selon nos besoins (uniquement sur la copie locale). Le logiciel

4. Web Feature Service : un protocole d'accès normé aux données sous format vecteur, c'est-à-dire que les objets, par exemple un hôpital, sont présents dans une table attributaire comme une base de données traditionnelle avec des coordonnées x et y permettant de les localiser sur un plan via une projection adéquate et des informations complémentaires spécifiques comme le code FINISS.

5. Dans cette thèse, l'acronyme SIG renvoie sauf contre-indication expresse aux systèmes d'informations géographiques et non aux soldes intermédiaires de gestion.

6. C'est-à-dire la jonction de deux tables de données à l'aide d'un attribut commun, par exemple le code commune, ce que l'on retrouve dans tout SGBD. Il est aussi possible de réaliser des jointures plus proprement spatiales en superposant deux couches, par exemple en intégrant des attributs correspondant à des données ponctuelles (ex : nombre d'habitants) dans un zonage (commune), mais nous n'avons eu recours qu'une fois à cette technique, (*cf* : encadré 6.3 page 194) la jointure traditionnelle étant suffisante dans la plupart des cas (et notre maîtrise de l'outil nous ayant fait découvrir cette fonctionnalité que très récemment).

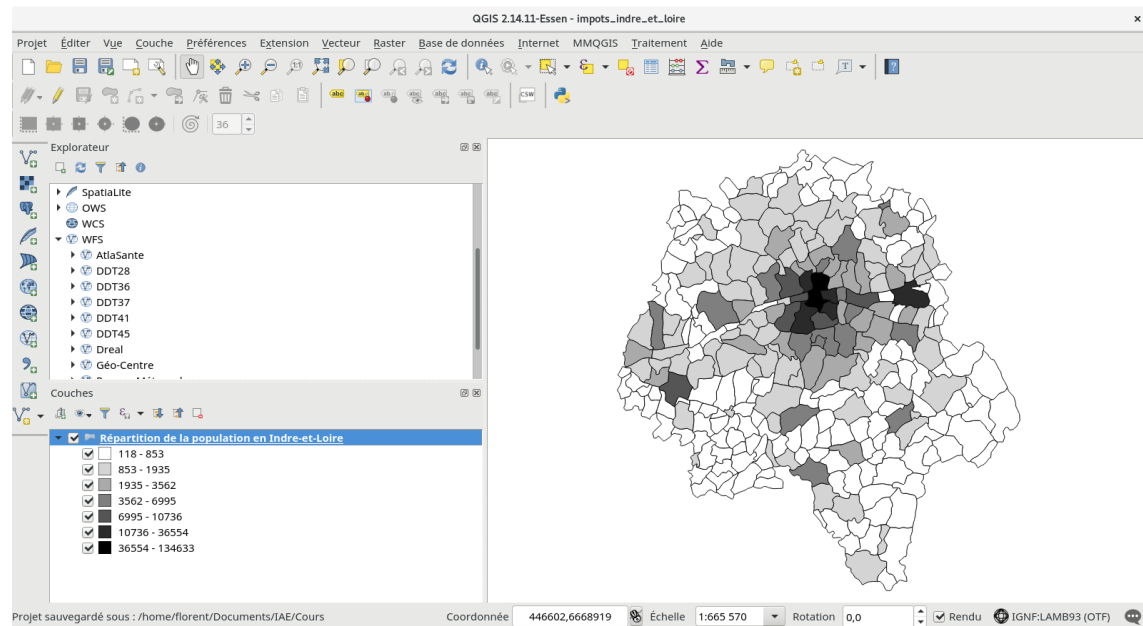
4.1. LA COLLECTE D'UN CORPUS RICHE CORRESPONDANT AUX ATTENDUS DE L'ÉTUDE DE CAS

TABLEAU 4.1: Bases de données WFS utilisées au cours de cette thèse

<i>Nom de la base</i>	<i>Fournisseur</i>	<i>Type de données utilisées</i>	<i>Utilisateurs</i>	<i>URL au 22/08/2017</i>
AtlaSanté	Ministère de la santé, agences régionales de santé	Localisation et classification des établissements, zonages administratifs, données INSEE, etc.	Administrations publiques productrices de données, organismes de recherche, professionnels, grand public	https://carto.atlasante.fr/cgi-bin/mapserverwfs
DRÉAL	Direction régionale de l'environnement et de l'aménagement du logement	Zonage santé environnement (ex : Parc Naturel Régional de la Brenne)		http://ogc.geoide.developpement-durable.gouv.fr/cartes/mapserv?-map=/opt/data/carto/geoide-catalogue/DEPT-036A/LDD.-www.map&
DDT	Directions départementales des territoires (unités départementales de la DRÉAL)	Zonages administratifs		http://ws.carmen.developpement-durable.gouv.fr/WFS/11-/DREAL24?
GéoCentre	ARS, collectivités territoriales	Localisation des MSP, découpages administratifs, lignes de transport		http://carto.geo-centre.fr/cgi-bin/mapserv?

4.2. UNE ANALYSE TRIANGULÉE

FIGURE 4.4: Capture d'écran de l'interface du logiciel QGIS



reste avant tout une base de données traditionnelle enrichie par des fonctions spatiales (possibilité d'utiliser des requêtes SQL). Nous reviendrons lors de la présentation des méthodes d'analyse sur l'utilisation du SIG dans l'analyse de ces données et les enjeux théoriques inhérents à l'utilisation de ce type d'outil dans la recherche ultérieurement.

4.2 Une analyse triangulée

Nous pouvons distinguer trois mouvements dans l'analyse du matériau empirique de cette thèse que nous séparerons, pour des raisons de clarté en deux sections, étant entendu que les opérations que nous décrivons dans les deux sections se sont produites simultanément, ce processus d'aller-retour entre deux méthodologies favorisant la prise de recul. Ainsi, nous avons procédé à une analyse thématique de contenu assez traditionnelle en sciences de gestion (4.2.1), que nous avons croisé avec une analyse spatiale à l'aide d'un système d'information géographique (4.2.2). Cet outil, comme nous l'expliquerons ayant permis de spatialiser pour vérifier et mettre en perspective les éléments de discours collectés par ailleurs.

4.2. UNE ANALYSE TRIANGULÉE

TABLEAU 4.2: Triangulation des données et sources mobilisables pour réaliser une étude de cas

<i>Types de sources</i>	<i>Éléments collectés</i>
Documentation	Rapports parlementaires, articles de presse, sites Internet (ANAP et ARS)
Archives	Ordres du jour et comptes rendus de réunions, rapports de consultants, procédures
Entretiens	ARS (offre de soins, santé publique et environnementale et transversal), ANAP, membres des conférences de démocratie sanitaire, cohésion sociale, opérateurs, usagers, analystes
Observations directes	Séminaire sur la gouvernance territoriale, réunions sur les valeurs de l'ARS, AG du personnel, séminaire usagers
Observations participantes	Groupe de travail sur le service public territorialisé, fin du groupe de travail sur le service public territorialisé

Source : Traduit et adapté de YIN (2014, p. 106)

4.2.1 Une analyse de contenu en trois temps

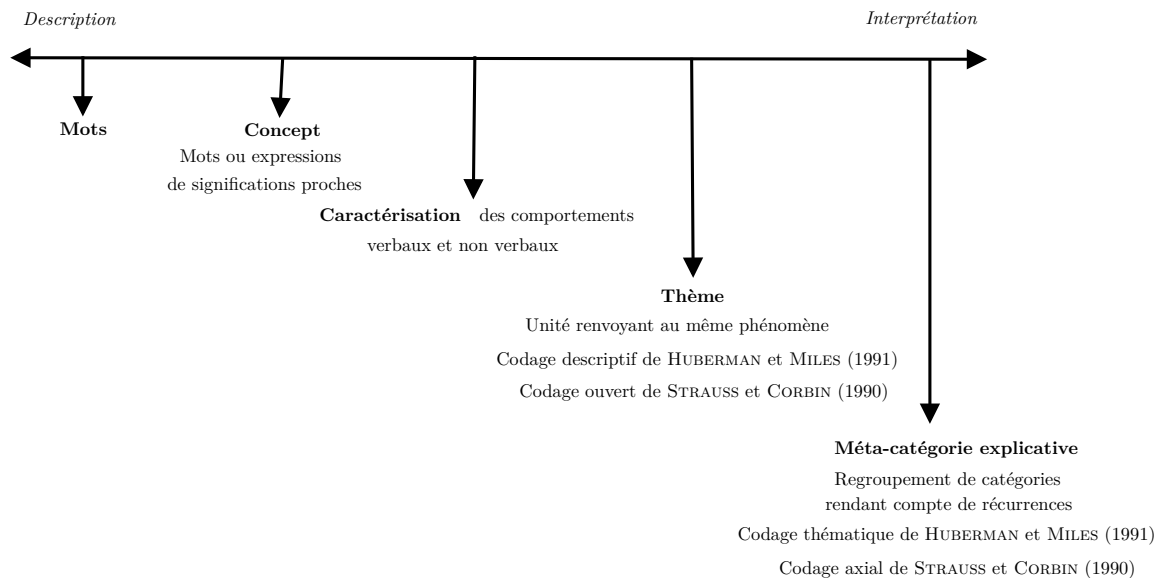
Notre démarche d'analyse qualitative a été effectuée en trois grands moments : une phase de découverte sensible des données pour repérer les situations propices à l'étude du dispositif (réduction et plus grande compréhension du corpus, 4.2.1.1), une phase de codage plus intensive à l'aide d'une grille élaborée à partir de la littérature foucauldienne (4.2.1.2) et une phase de reconstruction pour faire apparaître la mise en lien entre les différents éléments du dispositif qui nous a également servi à préparer la rédaction de la partie II (4.2.1.3).

4.2.1.1 Une phase préalable d'examen et d'analyse phénoménologique des données. . .

Compte tenu de la taille importante du corpus — 185 documents de 1 à 288 pages — et de la volonté de ne pas « plaquer » une grille d'analyse sur nos données au risque de les écraser, nous avons, conformément aux recommandations de PAILLÉ et MUCCHIELLI (2012, chapitre VII)⁷ commencé par une analyse phénoménologique des données consistant à écouter les textes par des lectures successives pour, selon les auteurs « honorer le témoignage rendu, accorder crédit à ce qui est exprimé [. . .] se laisser toucher, lâcher prise par rapport à nos catégories interprétatives ». Cette étape, aussi appelée lecture flottante et conseillée par les auteurs quelle que soit la méthode utilisée par la suite dans l'analyse s'est traduite concrètement par une lecture des données au sein du logiciel NVIVO qui a conduit à un pré-étiquetage des données sous forme de rubrique puis au fur et à mesure de l'analyse phénoménologique, de catégories conceptualisantes de manière assez similaire au processus de théorisation ancrée, même si nous n'avons pas suivi le processus idéal-typique proposé par GLASER et STRAUSS (1967) car, comme nous l'avons expliqué précédemment, notre démarche n'était pas celle-ci. Autrement dit, notre approche était voisine du codage regroupé sous le vocable thème tel que présenté dans la figure 4.5 page ci-contre.

7. Nous avons consulté l'ouvrage en électronique sur la plate-forme Cairn.info et ne disposions pas de la possibilité d'obtenir une sortie PDF avec les numéros de pages correspondants aux citations. Par défaut, nous indiquons le chapitre concerné.

FIGURE 4.5: Différents niveaux d'inférence pour la formation des catégories

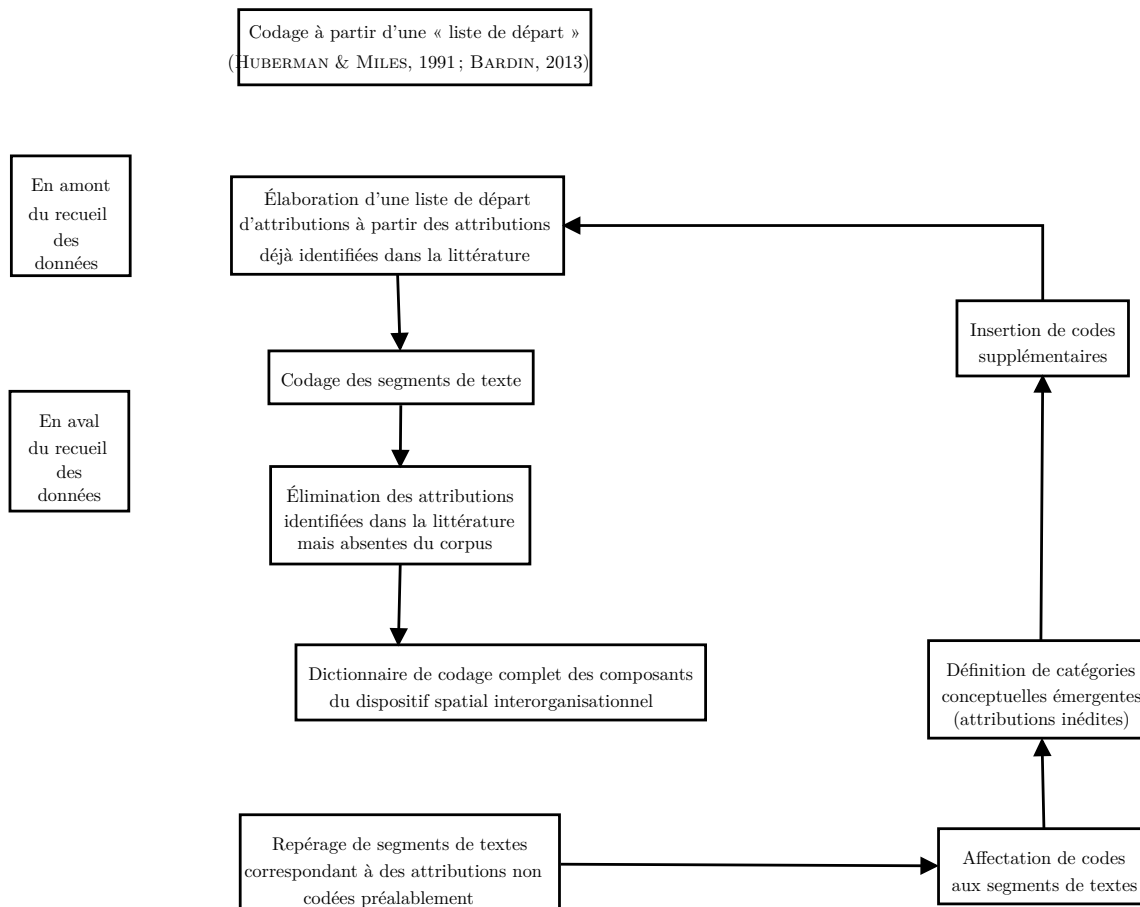


Source : (ALLARD-POESI, 2003, p. 275)

Résulte de cette approche un premier arbre des codes qui laisse déjà apparaître ce que l'on retrouvera au cours de la troisième étape : une différence de traitement — qui s'incarnera par l'utilisation de normes spatiales différentes — entre les différents types d'organisation du dispositif selon qu'elles soient : établissements sanitaires ou médico-sociaux, libéraux individuels ou en exercice regroupé (maison ou pôle de santé pluridisciplinaires), ou organismes de prévention selon leur taille. Apparaît également de cette première lecture des données les relations entre les plans mis en place par les différents organismes de l'État déconcentrés (DRÉAL, ARS, DRJSCS) et le rôle prépondérant de l'élaboration pseudo-démocratique de la planification spatiale dans la mise en œuvre ultérieure des actions de régulation. Nous sommes à la fin de cette phase — et ce que nous venons de mentionner le montre assez aisément — encore très proches des données.

En revanche, cette première étape nous a permis — tout comme la retranscription et le classement — de mieux nous approprier le matériau empirique, de faire émerger quelques idées voire dans certains cas de premiers thèmes et sous-thèmes et de rendre le corpus cognitivement utilisable via la création de rubriques rattachées au questionnement de notre recherche doctorale. Ces rubriques et les discours, pratiques et normes spatiales qu'elles

FIGURE 4.6: La double approche traditionnelle de définition des catégories conceptuelles



Source : D'après (MARTIN LACROUX, 2015, p. 247)

ont permises de circonscrire ont été au cœur de l'analyse catégorielle. C'est donc grâce à cette première étape que nous avons pu aborder l'application de la grille thématique.

4.2.1.2 ... suivie par une phase d'application raisonnée de la grille thématique...

Par la suite, nous avons confronté ces discours, pratiques et normes spatiales aux questionnements développés dans *Surveiller et Punir* et présentées dans l'encadré 4.3 page suivante. Notre démarche était assez similaire à celle proposée dans la Figure 4.6, l'étape présentée dans en 4.2.1.1 en plus.

Encadré 4.3: Constitution de la grille thématique pour le codage *a posteriori*

La lecture du dernier chapitre de *Surveiller et Punir* met en évidence 6 modes de contrôle permettant de constituer un dispositif qui nous serviront de grille pour réaliser l'analyse thématique de contenu :

- l'art des répartitions, qui, par le quadrillage permet d'éviter les débordements ;
- le contrôle de l'activité par la mise en place de procédure, que l'on retrouve dans le Taylorisme et qui sont transmises notamment par l'éducation ;
- la surveillance hiérarchique par l'observation (exemple du mirador dans les prisons) ;
- la sanction normalisatrice qui fonctionne par micro-pénalité (mécanisme de l'incitation/sanction) ;
- l'examen qui « combine technique de la hiérarchie qui surveille et celle de la sanction qui normalise » (p. 463) ;
- et l'auto-contrôle par la mise en œuvre du panoptique.

Certains de ces mécanismes se recoupent (ex : des procédures qui ne prennent sens que par la surveillance ou l'examen) et c'est l'assemblage de ces mécanismes qui forme le dispositif.

Source : (FOUCAULT, 1975)

En dépit de leur potentiel de révélation, appliquer les questionnements foucauldien tels qu'ils sont présentés dans *Surveiller et Punir* ne peut tenir lieu d'analyse : en effet, une grille d'analyse permet certes d'extraire des éléments théoriques du matériau empirique, mais, comme toute grille isole les concepts⁸ et situations alors que précisément le dispositif foucauldien repose sur la mise en lien. C'est ce qui nous a conduit à pratiquer un troisième agencement du matériau empirique, celui qui met précisément en évidence la mise en lien et qui constitue le squelette de la *thick description* du cas que nous présenterons dans les résultats (voir chapitres 5, 6 et 7).

4.2.1.3 ... avant la mise en lien du dispositif

Pour réaliser cette mise en lien des différents éléments du dispositif, nous avons réalisé une troisième opération de construction/déconstruction des codes en rangeant les éléments du dispositif spatial mis en évidence grâce à l'application de la grille dans une classification par type d'acteur héritée de notre premier codage. Cette dernière étape du travail nous

8. C'est Rémi JARDAT, spécialiste de l'œuvre de Michel Foucault en sciences de gestion, que nous remercions ici, qui nous a mis sur cette piste en employant le terme de « grille » pour qualifier ces questions.

a permis d'élaborer la *thick description* qui est présentée dans la partie II, mais aussi de consolider les liens entre les différents types d'organisations qui n'étaient pas mis en avant dans la première étape du codage.

4.2.1.4 Procédure pour éviter l'éloignement des données

Il nous semble naturel de s'interroger, à la lecture des trois phases décrites plus haut sur ce qu'il reste du texte original : une première fois réduit en rubriques, une seconde fois passé dans une grille semi-rigide avant d'être reconstruit une troisième fois pour mettre en évidence les liens qui seront présentés dans la partie II de la thèse.

C'est pour éviter ce défaut que nous avons fait appel à un CAQDAS qui sont des logiciels développés par et pour le processus de théorisation ancrée (LEJEUNE, 2017) : fondée sur des allers-retours permanents entre théories et données, cette méthode exige que le matériau empirique soit en permanence accessible via un clic sur les nœuds et permet le déplacement, la copie, la fusion et la hiérarchisation des desdits nœuds. Dès lors, durant ces phases successives, les déplacements et reclassement des nœuds n'ont pu être effectuées sans une relecture préalable de leur contenu en contexte — ce que permet le logiciel, en l'occurrence NVIVO commercialisé par la firme QSR dans sa version 10. En outre, Nous avons eu recours à un système d'information géographique (SIG) tant durant la collecte de données que dans la phase de codage à la fois pour trianguler les sources, interroger les données et produire des représentations graphiques illustrant ces analyses.

4.2.2 Le système d'information géographique comme outil de questionnement

Comme nous l'avons mentionné plus haut, nous avons eu recours en parallèle de la démarche analytique de codage/analyse à un système d'information géographique dont la manifestation informatique est notamment passée par le logiciel QGIS. Il nous faut ici préciser dans quel contexte nous avons été amené à constituer ce SIG et quels en furent les apports au cours de cette thèse en prenant garde à lever deux reproches majeurs qui pourraient nous être adressés : d'une part, la réduction de l'analyse géographique à

l'utilisation d'un SIG et, dans une moindre mesure, la réduction du SIG à un logiciel (4.2.2.1); d'autre part l'inadéquation entre le SIG, outil assimilé au positivisme et au quantitatif avec notre démarche relevant du constructivisme social ici plus qualitative (4.2.2.2).

4.2.2.1 une question méthodologique : dispositif ou partie d'un dispositif?

Loin d'être un simple outil informatique, le système d'information géographique s'apparente, selon sa définition canonique à un dispositif, la dimension de pouvoir exceptée⁹, puisqu'il se définit comme un "system of hardware, software, data, people, organizations and institutional arrangements for collecting, storing, analyzing and disseminating information about areas of the earth"(DUEKER & KJERNE, 1989)¹⁰. Cette définition, qui fait largement consensus, nous entraîne à formuler deux remarques. D'abord, l'analyse proprement géographique ne peut pas être assimilée à l'utilisation d'un SIG, celui-ci réduisant, pour une grande part, les phénomènes étudiés à leur localisation (QUODVERTE, 2003, p. 887) et étant assez peu adapté à l'espace relationnel ou relatif, même si certaines avancées récentes ou chantiers ouverts laissent entrevoir une réduction de cette limite (cartographie sensible et participative, utilisation de photos par exemple). Ensuite, cette définition nous invite à dépasser le simple cadre du logiciel catégorisé et vendu comme SIG pour le considérer comme un système plus large bâti par le chercheur en fonction de 4 grandes composantes (JOLIVEAU, 1996, p. 101) :

- technologique, de l'acquisition de données, la manipulation des bases de données jusqu'au rendu final, ce qui dans notre cas représente certes QGIS, mais aussi un

9. Ou du moins implicitement exceptée car, et nous le verrons plus loin, les SIG ont fait l'objet de nombreuses critiques leur reprochant d'être des instruments de pouvoir au service des dominants qui organisent l'espace (bureaux d'étude, agences gouvernementales, entreprises privées) sans en avoir conscience et d'occulter les minorités en particulier sexuelles (SCHUURMAN, 2009a, 2009b). À cette liste, nous pourrions rajouter le système de projection choisi (MONMONIER, 2004). Ces reproches sont aussi partagés, dans une certaine mesure avec la cartographie (HARLEY, 1995), raison pour laquelle un ouvrage traite ces deux sujets ensemble (CRAMPTON, 2010).

10. Traduit par JOLIVEAU (2004, p. 50) « Un système de matériel, logiciel, données, personnel, organisations et agencements institutionnel, pour collecter, stocker, analyser et diffuser de l'information sur la surface terrestre ». Cette définition américaine — provenant d'un ouvrage indisponible en France — ayant été une première fois importée dans la littérature académique francophone par les promoteurs d'une solution commerciale ayant eu longtemps le monopole sur le marché (DE BLOMAC, GAL, HUBERT, RICHARD & TOURRET, 1994; DE BLOMAC & GAL, 1995, p. 149) avant que JOLIVEAU (2004) en exhume la filiation originale.

- tableur (LibreOffice Calc), un logiciel de dessin (Inkscape), et \LaTeX qui accueille le rendu final des productions cartographiques et le résultat des analyses spatiales ;
- informationnelle ce qui dans notre cas recoupe les bases de données mentionnées dans la section 4.1.2.2, mais aussi d’autres matériaux empiriques que nous avons pu collecter dans notre thèse (données secondaires) et que nous avons numérisé par jointure (voir carte 8.1 page 235 par exemple) ;
 - organisationnelle avec des connaissances acquises grâce à la gentillesse des deux ingénieurs d’étude cartographes de l’université François-Rabelais, Dominique ANDRIEU et Florence TROIN¹¹, un cours en ligne dispensé par l’école polytechnique fédérale de Lausanne via la plate-forme Coursera et un certain nombre de tâtonnements ;
 - et enfin méthodologique, ce qui se traduit pour la plupart des cartes dépassant le cadre du simple dessin par la rédaction d’un petit encadré accompagnant la carte ou le graphique produit avec le SIG expliquant la méthodologie (exemple : encadre 6.1 page 187)

Tout aussi pertinente soit-elle, cette caractérisation, centrée sur le SIG, efface les autres composantes de l’analyse, notamment le travail de codage et d’analyse, considérant le produit du SIG comme le résultat de la recherche, ou le plaçant à part dans l’analyse, ce qui correspond largement à l’approche ingénierique déployée par les principaux utilisateurs de SIG à leurs débuts : l’armée, les bureaux d’étude et les services d’aménagement du territoire (DE BLOMAC & GAL, 1995). De fait, n’étant pas dans cette situation, notre rapport au SIG est un peu différent, sauf à considérer que la collecte de données empirique dans son intégralité (entretiens, observations, données secondaires), la retranscription et le codage font partie de l’assemblage intégré dans le système d’information géographique en dépit de son absence de connectivité logicielle avec sa principale manifestation, QGIS, ce lien restant malgré tout conceptuel. Ainsi, en dépit du caractère séduisant de cette proposition, nous la réfutons pour des raisons épistémologiques en nous inscrivant dans un courant de recherche valorisant l’utilisation de SIG comme favorisant la réflexivité du codage, *a contrario* de la posture traditionnelle positiviste associée à l’utilisation de ce type d’instrument.

11. Il reste bien entendu qu’en dépit de leur accompagnement ponctuel, les éventuelles erreurs de construction ou de représentation restent les nôtres.

4.2.2.2 Une question épistémologique : un outil essentiellement positiviste ?

Résumée dans le tableau 4.3 page 123, la vision traditionnelle associant positivisme et système d'information géographique apparaît, dans les années 1990 comme une reprise de la querelle ayant opposé les tenants de la géographie humaine et marxiste et ceux de la *New Geography* tant en France qu'aux États-Unis¹². Cette critique peut être remise en question par deux arguments théoriques (énoncé 1) et un argument méthodologique (énoncé 2) qui nous servira à exposer notre propre contexte d'utilisation du SIG :

Énoncé 1 : le SIG est un outil essentiellement quantitatif donc positiviste :

Ce reproche, est fondé sur l'idée selon laquelle l'utilisation de méthodes quantitatives renvoie nécessairement à une ontologie positiviste, idée sur laquelle nous revenons un peu plus bas, mais comme l'argumente PAVLOVSKAYA (2006, p. 2012), le SIG ne renvoie pas intrinsèquement à l'utilisation de méthodes quantitatives. Au contraire, il fait appel le plus souvent à la visualisation et à l'intuition plutôt qualitative¹³ notamment par superposition de couches pour générer des idées, la plupart des chercheurs désirant effectuer des opérations statistiques avancées se tournant vers des logiciels dédiés puis se chargeant ensuite d'importer les résultats dans le SIG précisément parce que certains outils comme les régressions ne sont pas prévues pour être utilisées dans un concept spatial (p. 2013). Notre propre utilisation du SIG se situe dans une vision assez loin de l'utilisation de méthodes statistiques ; Par ailleurs, le caractère nécessaire de l'association positiviste/quantitatif et constructiviste/qualitatif a été largement remis en cause dans la recherche en sciences humaines et sociales comme le rappelle dans le même article PAVLOVSKAYA (2006) en s'appuyant notamment sur les travaux en sociologie des sciences de BARNES (1998, 2001, 2003) qui met en exergue le caractère socialement situé des

12. Un exemple particulièrement vif de la dénonciation de cette *New Geography*, fondée en grande partie sur le développement technique des statistiques par ordinateur, peut être relevé en France chez LÉVY (1975, p. 56) : « Les théories des quantitativistes ne vont souvent pas plus loin que cette "recherche de corrélations" », mais la critique est internationale.

13. "In truth, most spatial techniques available in GIS are only marginally 'quantitative' despite being very illuminative. Using simple math (such as distance measurements or calculations between rasters layers) and logical thinking (such as combining layers in site selection of multicriteria evaluation). As such, these core functions replicate human spatial thinking about places and phenomena that is common to all geographic research. Overall, spatial analysis in GIS today is largely qualitative, visual and intuitive despite its insistent labeling as a quantitative method"

statistiques, notamment spatiales. PAVLOVSKAYA souligne aussi, un peu plus loin, l'ouverture intellectuelle des chercheurs constructivistes reconnaissant la richesse de l'utilisation des méthodes quantitatives pour des travaux critiques et celle des chercheurs quantitatifs qui s'ouvrent épistémologiquement. Enfin, l'auteure souligne que cette association n'a plus vraiment de sens dans un contexte scientifique de plus en plus marqué par l'utilisation des méthodes mixtes, dont l'étude de cas est un exemple particulièrement saillant ;

Énoncé 2 : le SIG est positiviste car l'espace est vu comme un conteneur :

Si, *a priori*, la réduction des SIG à l'étude de la localisation, est en effet avérée (QUODVERTE, 2003) et nombreux sont les chercheurs à le souligner, dont PAVLOVSKAYA, quelques auteurs remettent en cause cette vision insistant sur la réflexivité que produit l'utilisation du SIG, le rapprochant du post-modernisme dans la mesure où « chaque système de classification, légende de cartes ou contexte culturel va produire une réalité cartographique différente » (SCHURMAN, 2009b, p. 141). C'est aussi sur cette dimension réflexive qu'insistent KNIGGE et COPE (2006) lorsqu'ils évoquent le potentiel d'utilisation des SIG dans un contexte de théorisation ancrée, prenant l'exemple sur la recherche proposée par PAVLOVSKAYA (2002) se servant de l'outil pour questionner les catégories qu'elle constituait au sein des cartographies ou réfléchir sur les données qu'elle collectait. C'est ainsi que l'auteure conclut (p. 287) en établissant que les SIG sont des outils tout à fait utiles au sein d'épistémologies non positivistes¹⁴.

Notre approche des SIG correspond à cette dernière utilisation : employé dès le début de la thèse, au fur et à mesure de nos progrès dans la maîtrise de l'outil, il a joué un rôle crucial à la fois dans notre collecte de matériau empirique sur le terrain (voir encadré 4.4 page 124), mais aussi dans la constitution d'hypothèses de recherche que nous avons obtenu par superposition des couches¹⁵. Nous avons aussi utilisé le SIG comme outil de collecte d'informations sur la santé (statut des établissements) et comme vecteur de représentation cartographique, en témoignent les quelques cartes qui sont présentes dans la partie II.

14. "Indeed, GIS is a useful tool that can be employed within non-positivist epistemologies".

15. Même si DE BLOMAC et GAL (1995) a raison de nous mettre en garde contre la tentation de voir une corrélation lorsqu'il n'y a que superposition. Nous avons tenu compte de cet avertissement face à la

4.2. UNE ANALYSE TRIANGULÉE

TABLEAU 4.3: Les clichés associés à l'incompatibilité entre la vision « traditionnelle » du SIG et les discours positivistes

	<i>Vision traditionnelle du SIG</i>	<i>Discours non-positiviste</i>
Ontologie	Observation directe d'un monde objectif	Réaliste critique : les structures sociales et ses mécanismes ne sont pas directement observables Post structuralisme : la réalité n'a pas de sens en dehors des discours
Épistémologie	Le savoir est neutre, le chercheur est objectif; données, faits, modélisation spatiale; Généralisation, test des hypothèses, méthodes scientifiques	Le savoir est situé et les valeurs du chercheur interviennent dans la construction de la connaissance. Comprendre les mécanismes sociaux et provoquer des situations, explications des mécanismes causaux.
Méthodologie	Analyse quantitative de données chiffrées	Analyse qualitative

Source : (WILSON & POORE, 2009, p. 9), traduction personnelle

Encadré 4.4: Un exemple d'analyse par aller-retour à l'aide du SIG

Le SIG s'est avéré utile au cours de notre thèse pour mettre en évidence d'une part que la règle concernant l'éloignement entre deux maisons de santé pluridisciplinaire n'étant globalement pas respectée par les acteurs (*cf* : carte 6.1 page 186) et d'autre part d'en mettre au jour les raisons. En effet, au cours d'un de nos entretiens avec une personne chargée de l'instruction des dossiers, nous avons pu mentionner cet écart et avons obtenu la réponse suivante :

À un moment [le but] c'est d'avoir quand même au moins un maillage, ça ne veut pas dire qu'après, on ne peut pas en compléter des trous et en mettre et on a souvent validé des projets où il y avait moins de 20 km entre deux MSP. Dès fois il y avait 15 km, on a quand même validé. C'est au dossier, et c'est marqué dans le cahier des charges, de montrer quel est le bassin de patientèle. Quand on me dit : « y'a la forêt, y'a la rivière, il n'y a pas de pont », enfin il y a des barrières naturelles ou psychologiques ou physiques ou il y a les gens, ils travaillent là qui font que ce n'est pas le même bassin de patientèle, il n'y pas de souci, on accepte les projets mais à un moment donné, c'était de dire : bon bah déjà faisons un premier maillage un peu lâche et puis après on verra si on peut compléter.

Ceci nous a permis de mettre au jour que, malgré le caractère métrique de la règle d'implantation, la dimension relative de l'espace étant quand même prise en compte dans l'appel à projets MSP — mais uniquement dans le cas où la définition de l'espace relatif relevait des représentations de l'analyste — cette préoccupation restant à la marge quand il s'agit d'un habitant au cours d'un diagnostic local de santé comme le montre ce *verbatim* recueilli par un analyste soucieux d'objectiver son travail par des éléments chiffrés attendus par le commanditaire (ARS) :

Enquêteur Comment est-ce que vous diagnostiquez, ou est-ce que vous diagnostiquez les pratiques sociales, les pratiques spatiales par exemple des habitants? « Tiens, « mon périmètre de vie, c'est ça, moi je fais ça, je vais à cet endroit là, etc. je préfère aller voir mon médecin à Montargis parce qu'en général celui de Gien on ressort avec les pieds devant », des choses qui sont pertinentes aussi... »

Enquêté Bah ouais ouais ouais. Mais ça c'est pareil, c'est les rencontres habitants, quoi. Quand ils veulent bien se déplacer. Mais ouais, il y aurait des échanges pertinents, très très intéressants, j'ai des exemples en tête, c'était sur X, quoi, je me souviens : « ah non, on ne passe pas le pont, on ne passe pas la Loire » [rires]. C'était rigolo, c'est très ancré dans chacun des territoires « non non, on ne passe pas le pont, nos habitudes de vie, c'est ici ». Et c'est chez eux, quoi. C'est très clivé, c'est rigolo quoi. Hé ouais, c'est dans le cadre de ces rencontres qu'on arrive à l'avoir. Et aussi on commence à l'utiliser, mais là c'est plus par rapport à l'emploi des données de mobilité, on commence un peu à les utiliser, mais clairement cette manne d'information, c'est plutôt les rencontres avec les habitants.

[la question sur les attendus chiffrés de l'ARS est présente dans un *verbatim* que nous ne pouvons pas citer pour des raisons de protection des sources.]

Synthèse du chapitre

Pour étudier le dispositif spatial de contrôle inter-organisationnel dans le champ de la santé, nous avons construit une méthodologie reposant sur une étude de cas. Le recueil de données, qui s'est déroulé tout au long de la thèse (processus d'allers-retours entre terrain et théorie), a consisté en une collecte simultanée de données primaires et surtout secondaires via Internet, recueil lors des entretiens/observations ou grâce à des bases de données librement accessibles par les administrations d'État (*Open Data*). Nous avons donc mis en œuvre un processus de triangulation des données, une composante nécessaire à la réalisation d'une étude de cas.

La phase d'analyse repose également sur une triangulation des méthodes car elle s'appuie à la fois sur une analyse de contenu en trois temps grâce au logiciel NVIVO et sur l'utilisation d'un SIG dont les résultats ont permis tant d'enrichir la collecte de données que l'analyse par la réflexivité inhérente à l'utilisation de ce type d'outil.

sédution de l'explication facile pouvant naître d'une superposition en prenant garde à la triangulation des données avant d'affirmer ce qui pouvait être une hypothèse seulement cartographique.

Conclusion de la première partie

À partir d'un premier constat mettant en évidence le manque de prise en compte de l'espace dans la littérature portant sur le contrôle inter-organisationnel, nous nous sommes heurtés à une seconde limite dans la littérature croisant espace et sciences de gestion : celle-ci, fondée en grande partie sur les approches économistes n'envisagent pas l'espace dans ses trois dimensions de manière complète (espace absolu, relatif et relationnel) se contentant d'envisager l'espace physique comme un terrain de jeu pour éprouver des théories économiques (la proximité organisée). Ceci posé, notre question de recherche nous met face à deux difficultés : une difficulté d'ordre théorique (l'espace et le contrôle inter-organisationnel) et conceptuelle (comment envisager l'espace dans ses trois dimensions?). Pour surmonter ces deux difficultés, nous établissons un facteur commun entre les deux disciplines que sont la géographie et les sciences de gestion : une vision foucaldienne de l'espace postulant que la géographie est une construction sociale s'incarnant dans des discours, normes et pratiques spatiales, soit un dispositif, capable de structurer le champ des organisations d'un même champ. Ancrée dans les *Critical Management Studies* restituant pleinement le sens originel du concept foucaldien, nous avons opté pour une méthodologie reposant sur l'étude de cas plus à même selon nous de résoudre notre problématique exposée ci-dessous.

Encadré : Problématique de notre recherche

Comment le dispositif de contrôle spatial structure un champ d'action inter-organisationnel et, dans l'interaction avec les membres du champ, peut se transformer et révéler les asymétries organisationnelles du réseau ?

Le cas que nous avons décidé de construire pour cette étude est celui de la gestion de la santé en région Centre qui est polarisée autour d'un mandant chargé d'organiser

CONCLUSION DE LA PREMIÈRE PARTIE

l'action des différents opérateurs sur l'espace régional, l'agence régionale de santé (ci-après ARS). N'exécutant aucune action de santé par elle-même et possédant la mission d'articuler les différents opérateurs pour « assurer un pilotage unifié de la santé en région, de mieux répondre aux besoins de la population et d'accroître l'efficacité du système »¹, cette organisation nous semble un terrain particulièrement fertile pour étudier un dispositif de contrôle spatial inter-organisationnel qui n'est cependant pas limité à l'action d'une organisation publique. Ainsi, ce cas fait partie d'une population plus large qui pourrait être composée des franchises, sous-traitants divers, voire chaîne globale de valeur et si nous l'avons choisi, c'est du fait du mode de construction de la problématique partie de l'étude d'une situation empirique à partir de laquelle nous avons progressivement dégagé un questionnement empirique et de notre connaissance du secteur (opportunisme méthodique).

Le concept de dispositif, qui sert de cadre à notre analyse empirique, nous enjoint à envisager le pouvoir non pas comme émanant d'une seule autorité, mais de manière plus diffuse entre les acteurs du système de santé, raison pour laquelle notre collecte de données ne s'est pas focalisée uniquement sur l'agence régionale de santé, mais a aussi intégré divers acteurs participants au système de santé, que cela soit lors de l'établissement de la planification issue de la gouvernance territoriale ou par leurs actions quotidiennes au sein du système de santé. Nous avons également interrogé des organisations étatiques chargées de missions de santé en relation avec l'agence régionale de santé et récupéré un certain nombre d'informations spatiales sur des bases de données mises à disposition par l'État que nous avons complété au sein de notre système d'information géographique par des éléments collectés au cours de notre recherche empirique. L'analyse des données collectées a été réalisée à partir de deux processus effectués en parallèle : d'une part un codage des éléments empiriques collectés au cours de l'enquête (discours, observations, documents secondaires) réalisé à l'aide d'une analyse de discours fondée sur une grille de question constituée à partir de *Surveiller et Punir* et d'autre part l'analyse des données présentes dans le SIG.

1. Page de présentation des ARS sur le site Internet dédié, cette proposition reprend et condense le chapitre 1 du titre III de la loi HPST. <http://ars.centre.sante.fr/Presentation-et-organisation.79799.0.html> (lien consulté le 15 avril 2015).

CONCLUSION DE LA PREMIÈRE PARTIE

C'est le résultat de cette analyse, répondant à la fois à des critères de saturation sémantique et théorique, que nous exposons dans la seconde partie de notre thèse en présentant dans les quatre premiers chapitres l'analyse du cas, puis en discutant ces résultats au cours du chapitre 9. Une conclusion vient ensuite synthétiser les résultats de notre travail doctoral.

CONCLUSION DE LA PREMIÈRE PARTIE

Deuxième partie

Un dispositif de contrôle spatial
différencié

Introduction de la seconde partie

À partir de la grille proposée par Michel Foucault au chapitre 4 et de son amendement, il eût été tentant de présenter les analyses en reprenant les questionnements ou les effets du dispositif en les enchaînant les uns après les autres. Ce n'est pas l'approche que nous avons finalement retenue dans la mesure où d'une part ce qui caractérise le dispositif n'est pas la juxtaposition d'éléments, mais leur mise en lien et d'autre part, le plan que nous avons retenu permet de souligner les différences de traitement entre les opérateurs. Ainsi donc, nous avons fait le choix dans cette partie de la thèse de mettre en évidence les résultats en les classant par type d'acteurs en retenant la typologie suivante :

- dans le chapitre 5, nous ne traitons que ce qui concerne le contrôle des établissements en confondant volontairement ceux relevant du champ sanitaire ou médico-social. Si certains éléments du dispositif ne concernent pas l'un ou l'autre de ces établissements, nous l'indiquons à chaque fois ;
- ensuite, nous présentons au sein du chapitre 6 ce qui a trait à la médecine libérale, qu'elle soit pratiquée en exercice regroupé ou non, en différenciant à chaque fois les composants du dispositif s'adressant à l'exercice individuel et/ou en groupe ;
- enfin, nous abordons dans un troisième chapitre (7) ce qui a trait à la santé publique et environnementale, un secteur hétérogène de la politique de santé qui renvoie au contrôle sanitaire, au subventionnement d'associations et à la coordination inter-institutionnelle, le champ de la santé environnementale échappant en grande partie au contrôle de l'ARS (il s'agit d'une politique en grande partie co-administrée avec la DRÉAL).

Un lecteur familier du champ de l'administration santé ne sera sans doute pas surpris pas un tel découpage. Il correspond presque à la structuration organisationnelle de la plupart des ARS (y compris celle du Centre) et du ministère de la santé. Ainsi il pourra, si jamais la thèse est consultée par les professionnels du secteur¹, faciliter sa lecture. Ce découpage, en dépit des inévitables répétitions qu'il peut engendrer, se traduit aussi dans les faits par la mise en œuvre de procédures différenciées, d'asymétries organisationnelles et, par effets de bords, d'effets de silos (ou tuyaux d'orgues) tant décriés sur le terrain et contre lesquels l'ARS tente de lutter, parfois avec un certain succès, ce qui explique dans les chapitres suivants un nombre important de renvois et d'encadrés communs entre les différentes sections.

1. Ce qui est tout à fait possible, *cf* : encadré 4.1 page 107

Chapitre 5

Responsabiliser pour créer du réseau inter-organisationnel et une nouvelle gradation, la politique pour les établissements

Dans ce chapitre consacré aux établissements, nous mettrons en évidence que la politique de l'ARS, qui ne vise pas tant à la réduction du nombre d'établissements qu'à leur regradation dans un but d'économie et à leur mise en réseau afin d'organiser des parcours de santé, passe par la construction de normes spatiales elles-mêmes mises en réseaux : dans un premier temps, nous verrons comment ces normes acquièrent une légitimité par la mise en œuvre de la démocratie sanitaire puis comment elles s'imposent aux établissements par la coercition ou l'incitation, la différence entre les deux étant parfois ténue. Dans un troisième mouvement, nous verrons comment la désignation d'établissements responsables de leur espace, les groupements hospitaliers de territoire, participe à cette même tendance de fond. Enfin, nous montrerons comment des normes *a priori* non spatiales jouent un rôle décisif dans cette regradation des établissements.

5.1 Une fabrication de normes légitimée par un diagnostic « partagé »

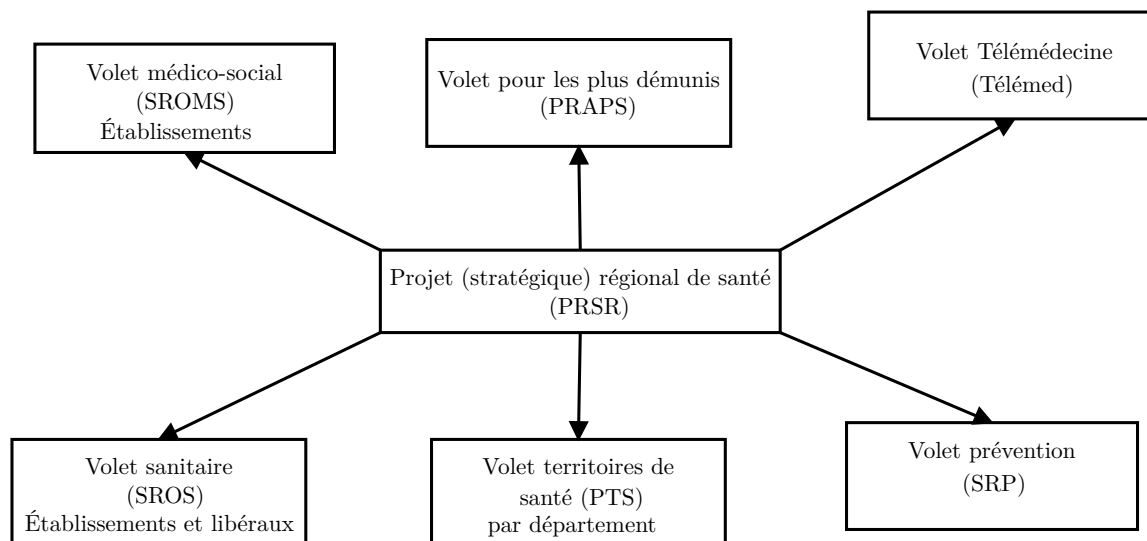
Cette section portant sur l'établissement d'un diagnostic partagé n'est pas le privilège des établissements : la démocratie sanitaire, instaurée depuis les ordonnances « Juppé », mais « dans le silence » (MOQUET-ANGER, 2012, p. 175) puis développée successivement en 2002 puis dans la loi HPST, consiste à introduire une forme de « démocratie administrative dans le système de santé » (*ibid.*), soit une logique de gouvernance territoriale. Concrètement, cela passe en région par la création du fait de la loi HPST de la CRSA, commission régionale de santé et de l'autonomie chargée d'élaborer le projet régional de santé (PRS) composé de différents volets (*cf* : Figure 5.1 page suivante). Ce projet étant ensuite le programme politique que sera chargé d'appliquer l'ARS tous les cinq ans. Ce PRS — et en particulier le volet sanitaire, le SROS, s'inscrit pleinement dans la filiation de la carte sanitaire que nous avons évoqué au chapitre 3 et plus précisément à partir de la sous-sous section 3.1.2.2.

Le PRS est donc un instrument de planification important permettant de guider l'action de l'ARS dans de nombreux domaines : ouverture, transformation et fermeture d'implantations, priorités dans l'attribution de subventions, mode d'organisation des appels à projets, définition des territoires de santé sur lesquels nous reviendrons un peu plus tard, détermination des zones fragiles éligibles à subventions, le PRS est donc un élément capital pour définir l'esprit de la politique menée par l'ARS. Dans cette section, après avoir exposé sa méthode de construction et mis en évidence les limites de leur caractère démocratique, ce qui n'est pas en soi un élément totalement nouveau — CÉPRÉ (2011, p. 82) qualifiait déjà « d'écran de fumée » les instances de démocratie sanitaire antérieures à la CRSA — mais nécessaire à la compréhension de ce qui va suivre, nous montrerons que, malgré ces limites, le PRS est légitimé par la présence, lors du diagnostic, des professionnels de santé incités à participer dans la mesure où ils peuvent pratiquer le *lobbying* pour leurs propres établissements. Ensuite, nous examinerons dans la section suivante comment les normes spatiales définies dans le PRS s'incarnent dans le contrôle effectif des établissements.

La CRSA, parlement de la santé et instance de démocratie participative dont la répartition des équilibres politiques est fixée dans la loi HPST est, en région Centre, subdivisée en

5.1. UNE FABRICATION DE NORMES LÉGITIMÉE PAR UN DIAGNOSTIC « PARTAGÉ »

FIGURE 5.1: Les composants du PRS



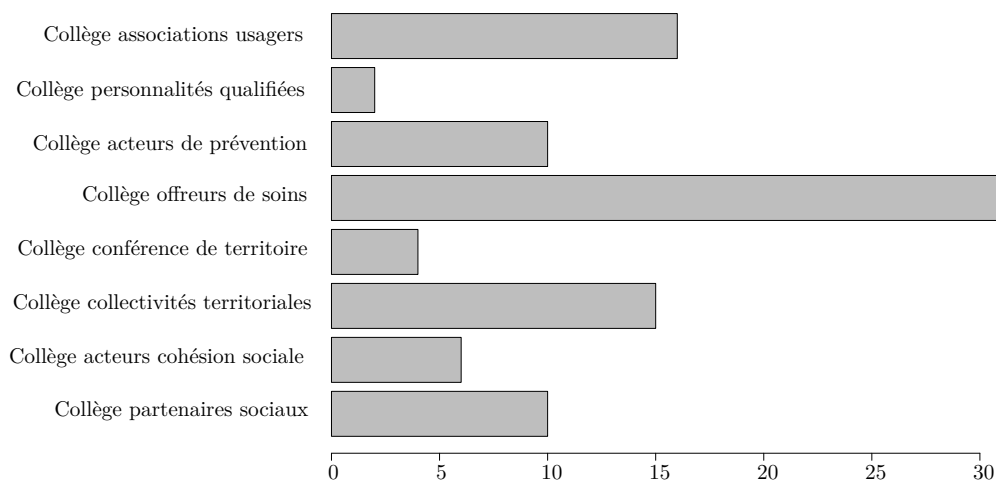
Source : À partir du PRSR

quatre commissions : organisation des soins, médico-social, usagers et préventions gravitant autour d'une assemblée plénière et d'une commission permanente. Sont membres de droit des représentants des collectivités locales à différentes échelles administratives (région, départements, communes), des opérateurs de soin (hôpitaux, cliniques, libéraux), médico-sociaux et de prévention, des personnalités qualifiées (par exemple le président élu de la CRSA était l'ancien directeur général à la retraite du CHRU de Tours), des opérateurs de diagnostic, des représentants d'associations de patients agréés¹ par le ministère de la santé et les représentants du patronat et des travailleurs. Cette répartition, définie nationalement et caractérisée par une très forte présence des professionnels de santé (*cf* : Figure 5.2 page suivante) traduit la place accordée par l'État à chacun selon son poids politique réel ou envisagé. Participent également aux travaux de la CRSA sans voix délibérative les agents de l'ARS (en tant que moyens mobilisés par le DG ARS) ou d'autres représentants de l'État comme le préfet, les directeurs des différentes instances de la RÉATE (DRÉAL, DRAC, rectorat etc.) et les responsables des caisses d'assurance maladie. Certes, l'ARS ne dispose

1. Nous reviendrons plus en détail sur ce point en 8.1.1.2

5.1. UNE FABRICATION DE NORMES LÉGITIMÉE PAR UN DIAGNOSTIC « PARTAGÉ »

FIGURE 5.2: La composition de la CRSA durant le PRS 2012-2017



Source : Arrêté de composition de la CRSA, 2 juillet 2015

pas de droit de vote, mais comme nous le verrons un peu plus loin, son rôle d'expertise, de sélection des commissions thématiques, voire d'influence lors des votes n'est pas à négliger.

5.1.1 Une démocratie sous contrôle

Il n'y a pas une, mais plusieurs instances de la CRSA : commission permanente, conférences de territoires, commissions spécialisées et commissions thématiques. L'analyse fait ressortir une logique différenciée : s'il est presque impossible de remettre en cause la politique générale de l'ARS, fortement encadrée au niveau (inter)national en particulier au sein de la commission permanente, les acteurs sanitaires utilisent les groupes thématiques pour défendre leurs intérêts individuels et faire avancer leurs agendas.

5.1.1.1 Une assemblée plénière face à un cadre contraint

Au cours de notre thèse se sont succédés deux mandats de la CRSA : un premier qui s'est installé lors de la mise en place des ARS en juillet 2010 et qui a notamment co-construit et adopté le projet régional de santé le 12 avril 2011 et un second mandat à partir du 30 septembre 2014 consacré à des éventuels amendements, des actions mises en place par la CRSA (organisation de forum santé), à des informations sur l'actualité législative et, à partir du milieu de l'année 2016, aux travaux de renouvellement du PRS et de ses différents

5.1. UNE FABRICATION DE NORMES LÉGITIMÉE PAR UN DIAGNOSTIC « PARTAGÉ »

composants dans la mesure où celui-ci a une durée de cinq ans. Nous n'avons pas suivi ce nouveau processus dans la mesure où les bornes temporelles de notre thèse concernent la première itération du PRS. La réélection, à une large majorité (61,84%), du président de la CRSA sur un programme de continuité n'indique pas de grands bouleversements dans le fonctionnement de l'institution au cours de notre thèse, comme il l'indique dans sa profession de foi :

Comme nous avons pu le faire au cours de ces quatre dernières années, je pense que cela s'est passé dans un très bon esprit, aussi bien au sein des instances de la CRSA, entre les membres de la CRSA qu'avec le personnel et la direction générale de l'ARS et je n'envisage pas bien sûr de changer ce mode de fonctionnement.

Profession de foi du président de la CRSA, discours transcrit et mis en ligne par l'ARS dans le cadre du secrétariat de la CRSA, séance du 30 septembre 2014

Comme nous le verrons dans la sous-section suivante, le mode de fonctionnement de la CRSA proposé par son président, ancien directeur général du CHRU de Tours aujourd'hui à la retraite² est loin de constituer une opposition forte à la politique de l'ARS, il s'agit plutôt d'un rôle d'accompagnement de la politique de santé.

Bon, en général, on essaye de travailler en bonne intelligence. Ici, on a une qualité de relation qui, je crois, nous permet de se dire les choses. Et d'évoquer un certain nombre de problèmes entre nous, de partager, d'échanger, de travailler en commun, de manière à ajouter un peu de nos compétences plutôt qu'à les retrancher. On n'a pas la conception d'un rôle de la commission régionale de la santé qui serait un rôle d'opposition, de contestation, de discussion, voilà, qui serait la contestation explicitement de la politique ministérielle dans le domaine de la santé ou dans le domaine médico-social.

2. Au sein de la CRSA siègent ou ont aussi siégé l'ancien directeur général du CHR d'Orléans, ancien membre de la section Accréditation de l'ANAES, au titre des collectivités territoriales (communautés de communes) et l'ancienne directrice-adjointe de la caisse d'assurance maladie du Loiret (retraîtée également) en tant que présidente du collectif inter-associatif de la santé (CISS), ce qui renforce, si le besoin s'en était fait sentir, la dimension sanitaire de la commission.

5.1. UNE FABRICATION DE NORMES LÉGITIMÉE PAR UN DIAGNOSTIC « PARTAGÉ »

Membre de la commission permanente de la CRSA, Entretien

Force est de constater, en examinant les décisions prises par la CRSA que nous avons pu consulter via la mise en ligne des comptes rendus d'assemblée plénières sur le site de l'ARS que la CRSA n'est effectivement pas un lieu de vive contestation de la politique de santé (*cf* : tableau 5.1), même si une opposition peut parfois s'exprimer — en particulier de la part des syndicats de travailleurs, de collectivités locales ou parfois de médecins libéraux — les rares amendements mis au vote contre l'avis de l'ARS sont le plus souvent rejetés.

TABLEAU 5.1: Démocratie sanitaire et avis de l'ARS

<i>Position ARS</i> <i>Votes</i>	<i>Soutien/Proposition</i>	<i>Sans commentaire</i>	<i>Opposition</i>
Nombre	12	17	9
Succès du vote de l'amendement/- texte	100%	100%	33%
Résultat moyen	88,50%	89,82%	23,68%

Source : PV de la CRSA disponibles sur le site Internet de l'ARS

Ces décisions prises — ou plutôt validées par la CRSA — ne relèvent pas en général d'un établissement en particulier, même si le cas de la maternité du Blanc dans l'Indre sur lequel nous reviendrons un peu plus bas puis dans une section ultérieure fut discuté, le but de la CRSA n'étant pas, selon les mots du directeur général de l'ARS d'être « la CRSA du Blanc » (en commission permanente), mais plutôt le lieu de règlements généraux qui auront une incidence sur la politique générale de l'ARS. Ces choix peuvent dépendre de normes (inter)nationales qui sont appliquées de manière uniformes sur les régions comme la définition des zonages infirmiers dépendant d'un accord national ou dont le taux maximal est encadré par une directive nationale comme les zonages des libéraux :

Pour le zonage SROS, nous avons deux indicateurs nationaux à respecter pour la définition de ce zonage : d'une part, la part maximale de la population qui peut être considérée comme fragile ; là, il est question de prendre en compte la population qui vit dans des zones dont la densité est inférieure de 30% à la moyenne nationale, soit 14,2% pour notre région.

5.1. UNE FABRICATION DE NORMES LÉGITIMÉE PAR UN DIAGNOSTIC « PARTAGÉ »

(Agent de l'ARS chargé de l'élaboration du zonage, discours transcrit et mis en ligne par l'ARS dans le cadre du secrétariat de la CRSA, séance du 20 avril 2014)

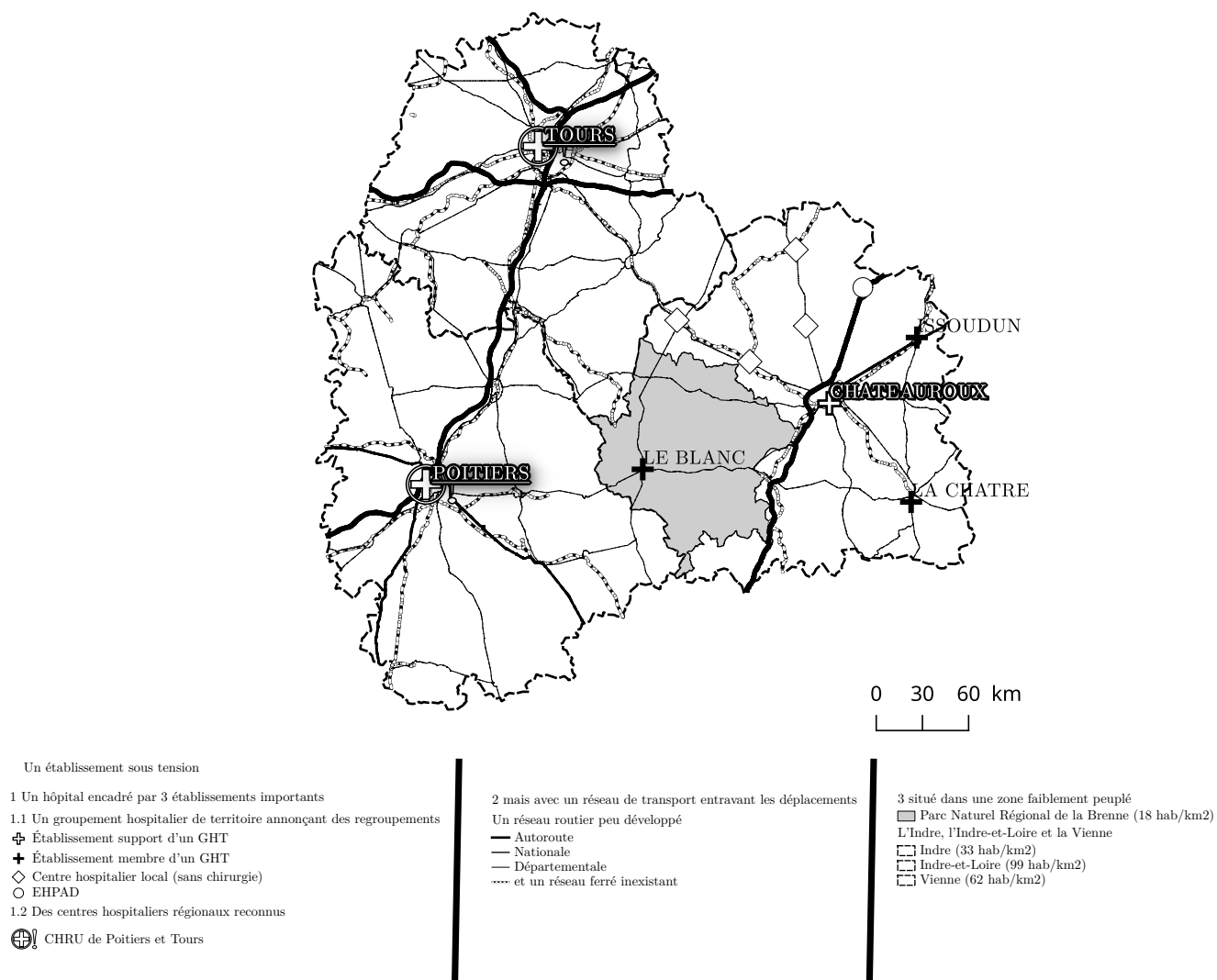
Dès lors, si la limite des 14,2% du zonage, dont le but est de définir des zones permettant d'inciter grâce à des subventions des professionnels de santé à s'installer, est discutée en CRSA, que des effets pervers sont mis en évidence lors des débats ou que les acteurs s'interrogent sur la pertinence des indicateurs retenus qui ne prennent pas en compte l'activité médicale effective ou la distance vis-à-vis des services de santé, mais simplement la présence d'un médecin et des éléments sur la population, le zonage ne peut être remis en question car comme le rappelle le président de la CRSA « on aurait pu imaginer un modèle encore plus complexe, plus complet, mais dans tous les cas, les ARS et pas plus l'ARS du Centre, n'avaient de latitude pour intégrer ce nouveau critère, c'était impossible, interdit ». Il s'agit d'une forme typique de ce qu'EPSTEIN (2005) qualifie de gouvernement à distance, ici à l'échelle nationale, par l'établissement de normes, ce qui n'empêche pas l'avis d'être voté à une très large majorité (57 pour, 1 contre, 10 abstentions). Toutefois, en particulier lors de l'adoption du PRS, certaines revendications plus locales émergent car dans le SROS sont inscrites des projets d'ouvertures et de fermetures qui sont localisées.

5.1.1.2 Un cas de résistance utile à l'assemblée ? la maternité du Blanc

Médiatiquement très important à l'échelle régionale, la fermeture de la maternité du Blanc dans l'Indre (*cf* : carte 5.1 page suivante) correspond à un moment de tension du dispositif qui a donné lieu à de nombreuses actions dont un long débat à la CRSA. L'enjeu est le suivant : la maternité du Blanc est située dans une zone rurale, mal desservie par les transports, éloignée des centres hospitaliers voisins proposant cette activité, mais peu habitée et dont le nombre d'accouchements annuels serait en-deça du seuil préconisé par la haute autorité de santé, de même que le nombre de soignants affectés à l'établissements (nous reviendrons plus en détail sur ces normes en 5.3.2). En conséquence, les agents de l'ARS, lors de l'élaboration du SROS préconisent sa fermeture et à la place l'ouverture d'un centre périnatal de proximité.

5.1. UNE FABRICATION DE NORMES LÉGITIMÉE PAR UN DIAGNOSTIC « PARTAGÉ »

Carte 5.1: La maternité du Blanc, une des cristallisations des tensions du dispositif spatial



Source : Données FINESS, DDT (élaboration personnelle)

5.1. UNE FABRICATION DE NORMES LÉGITIMÉE PAR UN DIAGNOSTIC « PARTAGÉ »

L'amendement, défendu par le conseiller général de l'Indre et par le représentant du conseil régional en commission régionale de la santé et de l'autonomie, visait initialement à maintenir la maternité :

Dans le tableau « Répartition des implantations concernant Le Blanc », remplacer la phrase « 1 centre périnatal de proximité » par la phrase suivante « Maintien de l'implantation de la maternité de niveau 1 ».

Rejeté en s'appuyant sur les recommandations de la HAS soulignant le danger pour les femmes enceintes, cet amendement est remplacé par un autre proposé par le directeur général de l'ARS qui n'engage pas plus l'agence puisque la décision sera *in fine* déléguée à la norme nationale :

Dans le tableau « Répartition des implantations concernant Le Blanc », remplacer la phrase « 1 centre périnatal de proximité » par la phrase suivante « 1 centre périnatal de proximité ou le maintien de l'implantation de la maternité de niveau 1, en fonction des conditions techniques de fonctionnement ».

Ce type d'amendement reste marginal lors de l'adoption du PRS — un autre concerne un établissement également en tension dans un territoire rural, le Chinonais dans l'Indre-et-Loire et obtient une réponse assez similaire : le renvoi de la décision à un cahier des charges qui sera défini ultérieurement afin d'éviter la « création d'une exception qui pourrait faire l'objet d'un recours devant le tribunal administratif pour inégalité de traitement ». En somme, si l'établissement peut éventuellement bénéficier d'une circonstance exceptionnelle, la règle du SROS n'est pas contestée.

Au vu de ces résultats, nous pouvons légitimement nous interroger sur l'intérêt de participer à la CRSA pour les opérateurs de santé. En réalité, si la plénière ne permet pas de remettre en cause — ou alors marginalement — la politique de l'ARS, c'est bien avant la présentation du SROS, dans les commissions thématiques que les opérateurs de soins peuvent influencer le diagnostic et donc les décisions concernant les établissements.

5.1.1.3 Les commissions thématiques : un espace permettant le *lobbying* des établissements

Comme nous l'avons vu précédemment, la commission plénière n'est pas l'organe politique le plus revendicatif puisqu'il traite de la politique générale de l'ARS, c'est en commission thématique que les enjeux de pouvoir sont forts car dans la définition des enjeux locaux, les commissions thématiques sont mobilisées par les acteurs et en particulier sanitaires qui se constituent en groupe de pression pour faire avancer leur cause individuelle. Un interlocuteur, membre d'un groupe de travail résume son approche de la CRSA, et plus généralement de toutes les instances de démocratie sanitaire auxquelles il participe³ :

Enquêté Alors il y a eu une réflexion, alors là c'est très encadré, le terme de démocratie doit-être relativisé, c'est encore ce que j'aurais dit chez les étudiants en droit, on appelle une fiction juridique. Il en faut, c'est ce qui participe souvent à la constitution du droit, c'est une fiction juridique parce que ce sont des dispositifs qui sont très très encadrés, c'est-à-dire que la réflexion et la participation se fait dans un cadre qui est défini par la loi, avec des autorisations, c'est-à-dire que vous avez droit, et ça se fait au niveau national, puis régional où on décline par exemple dans la région il faut, je dis n'importe quoi, 25 IRM. Une fois qu'il y en a 24 de définies, de positionnées, le choix de la 25ème, ça se fait sûrement avec un super dossier qu'il faut constituer, mais aussi toujours pas mal de lobbying. Par exemple. Après, la conférence sanitaire et la conférence territoriale, c'est très policé, on se réunit dans une grande salle. Il y a un rapporteur qui vient présenter le travail des différents groupes, mais tout est déjà bien ficelé, bien avant. Et honnêtement, c'est pas quelque chose qui me choque plus que ça.

Enquêteur Pourquoi vous y allez alors si... ?

Enquêté Parce qu'il est important d'être présent pour écouter ce qu'il se dit, il est important d'être présent pour s'assurer que ce qui a été dit dans les

3. Il est fréquent pour un acteur de participer à plusieurs instances de la démocratie sanitaire en même temps : au cours de nos entretiens, le nombre de mandats auxquels était rattaché notre interlocuteur était en moyenne de trois.

5.1. UNE FABRICATION DE NORMES LÉGITIMÉE PAR UN DIAGNOSTIC « PARTAGÉ »

groupes de travail est présenté tel quel, éventuellement s'il y a des dérapages ou des oublis pouvoir rectifier. Voilà. Ça peut aussi permettre, c'est aussi l'intérêt, c'est aussi une tribune. C'est-à-dire quand on a un dossier qui peut être intéressant, qui n'a pas forcément été retenu, parce qu'on n'a pas eu le temps de le préparer, etc. d'intervenir pour reparler de ce dossier. Voilà, donc, c'est aussi le rôle de la CRSA, hein.

(Entretien avec un opérateur)

Un agent de l'ARS évoque aussi ces actions de *lobbying* :

Enquêteur Je vais vous présenter une situation qui n'existe pas et qui est sans doute caricaturale, mais c'est pour l'exemple : imaginons que je dois un établissement qui veuille se lancer dans la chirurgie esthétique du nez parce que c'est rentable. Je siège dans la commission qui va bien et je pousse pour que soit intégré dans les priorités de mon espace de référence ce besoin de soin que j'ai bien entendu préalablement fait inscrire dans mon projet médical ? Quand l'appel d'offres est lancé, ça fonctionne très bien. Est-ce que c'est complètement aberrant ?

Enquêté Votre exemple est aberrant (sourire), mais par exemple à XXX, ils poussent le SROS parce qu'ils veulent ouvrir un service de chirurgie cardiaque chez eux. Mais il y a [formule résumée par l'enquêteur : une régulation par le groupe] et par les données du PMSI, même si certains tentent de disqualifier les données (« il y a dix ans, ces chiffres fonctionnaient ») ou de mobiliser les députés.

(entretien avec un agent de l'ARS, non-enregistré)

La composition de ces groupes de travail, dirigé par un cadre de l'ARS et un médecin, excède le cadre de la seule CRSA : sont conviés par l'ARS des personnes référentes dans chaque thématique (gériatrie, périnatalité, urgences, etc.) membres de la CRSA et experts universitaires, membres d'établissements connus — donc sans appel à candidatures, il s'agit selon les mots de cet agent de l'ARS « de composer un groupe représentatif, pas que des gens des gros établissements, des personnes venant de différents territoires », l'enjeu

5.1. UNE FABRICATION DE NORMES LÉGITIMÉE PAR UN DIAGNOSTIC « PARTAGÉ »

étant de poser un diagnostic qui servira à l'élaboration du PRS, mais aussi par la suite à l'actualiser. Les opérateurs ont donc tout intérêt à participer à ces commissions, même si en faisant cela, elles contribuent à légitimer et à s'approprier les diagnostics et règles du jeu édictées par l'ARS en en jouant pour faire passer leurs dossiers.

5.1.1.4 Une concertation dont le résultat est admis comme légitime

Dès lors, le PRS est voté et devient juridiquement opposable pour les établissements, il est reconnu comme légitime par les acteurs de santé, même si son volume le rend difficilement appréhensible dans sa globalité pour les acteurs de santé :

Enquêteur Voilà, pour prolonger la question, la question précédente, eeeuh, que pensent les acteurs du... Là encore avec toutes les nuances qu'il y a énormément de types d'acteurs, hôpital, associations, la commune, la collectivité locale, le PRS, comment est-il vécu en fait en dehors de l'ARS ?

Enquêté Je ne suis, enfin là par contre, la réponse à vous donner elle est un peu cruelle pour l'ARS. Je ne suis pas sûr que le PRS soit connu de tout le monde. D'une part parce qu'il est extrêmement lourd comme document et donc ça me paraît relativement impossible que les acteurs de terrain connaissent tout le périmètre du PRS. Voilà. Par contre, le PRS est accepté comme étant le document de référence. On n'a jamais entendu quelqu'un nous dire : « moi le PRS de la région Centre, je n'en veux pas ». Il ne le connaît peut-être pas mais il ne dira pas qu'il n'en veut pas. Pour quelle raison concrète, on revient sur le terme concret, hé bien, c'est que le PRS il a été construit avec les acteurs de la région. Donc ils ne peuvent pas à la fois participer à ses groupes de travail qui ont permis de créer le PRS et dans le même temps dire : « moi je ne me reconnais pas dans le PRS ». Elles ont été sollicitées, il y a eu une trentaine de groupes de travail spécifiques qui sont intervenus sur les différentes thématiques de santé, sur les différents chantiers pour produire. Et dans ces groupes de travail, vous aviez du personnel de l'ARS, mais vous aviez surtout les professionnels du terrain qui soient eux-mêmes représentants syndicaux, c'est-à-dire habilités à parler

5.1. UNE FABRICATION DE NORMES LÉGITIMÉE PAR UN DIAGNOSTIC « PARTAGÉ »

au nom d'une profession ou expert reconnu sur telle ou telle thématique et qui du coup donnaient leur contribution en tant qu'expert. Et donc, de fait, il y a, de mon point de vue, une reconnaissance du PRS en tant que tel. Je vous dis, après, par contre, dans le, sur le fait que les acteurs connaissent le PRS, moi ma réponse est de dire « non ».

(Entretien avec un agent de l'ARS)

En résumé, le processus d'élaboration du PRS repose sur la promesse implicite de laisser entrouverte une fenêtre permettant aux opérateurs de santé participant à la démocratie sanitaire d'influencer leur propre situation dès l'instant qu'ils acceptent de se prêter au jeu de cette fiction juridique qu'est la démocratie sanitaire car reposant principalement sur des normes s'imposant tant à l'ARS qu'aux établissements. Acceptant cela, ils légitiment le projet régional de santé qui impose une nouvelle gradation s'incarnant, on le verra par la suite, notamment par la contractualisation.

5.1.2 Planifier pour mieux graduer

Le cœur volet SROS du PRS vise à assigner une place à chaque établissement en région Centre par la définition de son statut en fonction de son activité. Ainsi, sont distingués 4 niveaux :

1. Le niveau des activités de soins exercées hors permanence des soins en établissement de santé : il se structure autour d'une offre ville-hôpital de proximité englobant tous les offreurs de soins détenteurs d'une autorisation d'activité de soins et/ou d'équipement matériel lourd (EML), situés en établissements de santé ou en cabinets de ville. Il se limite à des activités de soins n'ayant pas d'obligation de permanence des soins en établissement de santé. Pour autant, il peut disposer d'une structure des urgences (ou d'une antenne de SMUR), intégrée dans le réseau des urgences. L'usage de la télémédecine peut être requis en lien avec les établissements du niveau de recours infrarégional, régional voir interrégional, pour la prise en charge et l'orientation de patients pendant les heures ouvrables.

5.1. UNE FABRICATION DE NORMES LÉGITIMÉE PAR UN DIAGNOSTIC « PARTAGÉ »

2. Le niveau des plateaux techniques de « recours infrarégional » : Il se distingue du niveau précédent, par une activité à la fois programmée et en urgence avec une obligation de PDS. Il concerne des établissements pivots avec un accès 24h/24 aux activités MCO, urgences, pédiatrie, aux plateaux techniques d'imagerie (scanner et IRM) et de biologie. A ce niveau sont également organisés l'hospitalisation complète en psychiatrie, la présence psychiatrique en urgence et les centres d'accueil et de crise
3. Le niveau des plateaux techniques de « recours régional » : selon la densité et la répartition de la population et de l'offre dans certaines régions, les activités et l'expertise attendue du niveau régional peuvent se situer au niveau de recours infrarégional. Il assure l'ensemble de l'offre des activités hautement spécialisées à l'exception de certains segments de ces activités dont la complexité et/ou la rareté des actes et des ressources justifient une concentration et une organisation de l'offre au niveau interrégional voire national. Il comprend les sites de recours « en cancérologie » qui apportent leur appui aux autres sites infrarégionaux autorisés au traitement du cancer.
4. Le niveau des plateaux techniques de « recours interrégional » voire de référence nationale qui n'est pas établi par le SROS, mais par le SIOS, schéma inter-régional d'organisation des soins, mais qui est approuvé par la CRSA. Pour les établissements de référence nationale — à notre connaissance absents en région Centre — la planification est assurée directement avec le ou les ministères de tutelle (ex : l'hôpital militaire).

(Guide SROS) proposé par le ministère de la santé

Le rattachement des établissements à un niveau de plateau technique est défini en fonction du nombre d'actes qu'il effectue par an, ce qui peut entraîner sa fermeture en cas de nombre insuffisant d'actes ou sa transformation en ÉHPAD (perte de la mission de médecine, chirurgie obstétrique et reconversion dans l'accueil de personnes âgées dépendantes). Nous reviendrons sur ce point en 5.3.2. Dans certains cas, cette gradation passe par le regroupement d'établissements ou la fermeture selon le nombre d'actes définis

5.1. UNE FABRICATION DE NORMES LÉGITIMÉE PAR UN DIAGNOSTIC « PARTAGÉ »

par territoires de santé, un découpage approuvé en CRSA, mais dans les faits dépendant largement du directeur général de l'ARS.

La loi nous demandait de le faire aussi, on a eu un préfet comme 1er DG ARS, enfin comme 1er DG et ce préfet, il a dit : « ah, si on définit des territoires de santé, on n'a qu'à prendre les départements., hein, on ne va pas s'emmerder à découper des machins à droite à gauche et pourquoi on va faire ça ? Parce que vous DT, vous avez des relations avec les préfets. Si vous avez des relations avec trois préfets parce qu'on dessine un territoire entre les trois, vous allez jamais vous en sortir. Vous avez le conseil départemental avec qui vous êtes interfacé pour quasiment tous les établissements médico-sociaux, si c'est la même chose et qu'ils n'ont pas la même politique, vous allez jamais vous en sortir » donc il était carré et simple et il a dit : « le territoire de santé, c'est le département ». C'est un peu ancien mais ça a une vertu de faciliter les choses.

Entretien avec un agent de l'ARS

Résulte de ce choix du département comme principal élément de gradation la restructuration par exemple des laboratoires de biologie médicale selon des règles établies par la loi :

Art. L. 6222-2. — Le directeur général de l'agence régionale de santé peut s'opposer à l'ouverture d'un laboratoire de biologie médicale ou d'un site d'un laboratoire de biologie médicale, lorsqu'elle aurait pour effet de porter, sur le territoire de santé infrarégional considéré, l'offre d'examens de biologie médicale à un niveau supérieur de 25% à celui des besoins de la population tels qu'ils sont définis par le schéma régional d'organisation des soins dans les conditions prévues à l'article L. 1434-9.

Art. L. 6222-3. — Le directeur général de l'agence régionale de santé peut s'opposer, pour des motifs tenant au risque d'atteinte à la continuité de l'offre de biologie médicale, à une opération d'acquisition d'un laboratoire de biologie médicale ou à une opération de fusion de laboratoires de biologie médicale, lorsque cette opération conduirait à ce que, sur le territoire de santé infrarégional

considéré, la part réalisée par le laboratoire issu de cette acquisition ou de cette fusion dépasse le seuil de 25% du total des examens de biologie médicale réalisés.

Guide du SROS établi par le ministère de la santé

Si le territoire de santé fonctionne comme un plateau technique normalement suffisant, l'ARS se réserve le droit, dans le cas où un besoin n'est pas assuré, de « faire déborder » le périmètre de l'établissement dans un département voisin, tous ces mécanismes passant essentiellement par le processus de contractualisation qui régit les rapports entre établissements et ARS.

5.2 Contrôle spatial de l'activité et contractualisation

5.2.1 La contractualisation, un outil majeur de la planification métrique

En effet, comme nous l'avons évoqué plus haut, le document de planification est l'instrument sur lequel s'appuie l'ARS pour justifier l'implantation d'un établissement, d'une activité ou d'un équipement sur une zone définie dans le SROS via des mécanismes d'appel à projets ou de renouvellement d'autorisation qui ont lieu périodiquement pour les établissements. Le cas échéant, en cas d'absence de candidature, le directeur général de l'agence régionale de santé peut désigner l'établissement chargé d'assurer ce besoin sur le territoire requis.

La première partie [du SROS] relative à l'offre de soins hospitalière est juridiquement opposable aux établissements de santé, aux titulaires d'autorisations d'activités de soins et d'équipements matériels lourds, ainsi qu'aux établissements et services qui sollicitent de telles autorisations. En effet, les autorisations accordées par le directeur général de l'agence régionale de santé doivent être compatibles avec les objectifs fixés par le schéma d'organisation des soins

Schéma régional d'organisation des soins

5.2. CONTRÔLE SPATIAL DE L'ACTIVITÉ ET CONTRACTUALISATION

Ces appels à projets se traduisent de manière concrète pour les établissements dans le contrat pluri-annuel d'objectifs et de moyens (CPOM) signés avec l'ARS qui vaut autorisation, c'est-à-dire qui définit le périmètre de leurs missions, les principaux indicateurs qui seront utilisés pour les évaluer et les objectifs chiffrés associés aux établissements. Les orientations du PRS étant au départ intégrés dans l'auto-évaluation que propose l'établissement avant la négociation puis la signature du CPOM :

L'objectif de la phase de diagnostic est pour l'établissement de proposer les priorités d'évolution de son activité dans les cinq prochaines années [...] Ce diagnostic ayant vocation à être discuté avec l'ARS, des lignes directrices ainsi qu'un cadre partagé pourraient être proposés à l'ensemble des établissements [...] Cela fournirait des orientations aux établissements pour l'élaboration du projet de CPOM sur la base :

- des principaux axes du PRS ;
- des modalités d'inscription des établissements dans leur territoire ;
- des éléments de méthodologie souhaités [...]

Guide national des CPOM fourni par le ministère de la santé

Par le mécanisme d'autorisation/contractualisation/autodiagnostic, les établissements prennent connaissance du PRS et se transforment pour se conformer aux priorités du SROS (ouverture/fermeture/rapprochement/modification). La démarche est en soi similaire à l'examen présenté dans *Surveiller et Punir* qui « manifeste l'assujettissement de ceux qui sont perçus comme des objets et l'objectivation de ceux qui sont assujettis » (FOUCAULT, 1975, p. 463) Témoigne de ce succès un *satisfecit* de l'ARS suite au regroupement via le mécanisme de la contractualisation des établissements de soins lucratifs orléanais :

L'année 2013 a permis d'engager et de poursuivre un certain nombre d'actions permettant de répondre aux préconisations du SROS volet hospitalier. La restructuration de l'offre de soins s'est poursuivie sur Orléans, avec le regroupement sur le pôle Oréliance (mi 2013-2014) des cliniques de la Reine Blanche et des Longues Allées, du centre de soins de suite et de réadaptation La Cigogne, ainsi que des activités des cliniques des Murlins et de la Présentation.

Parallèlement, le regroupement sur un seul site de l'ensemble des activités du CHR d'Orléans se concrétise progressivement et sera effectif en 2015.

Rapport 2014 de mise en œuvre du PRS

Ce projet de regroupement — qui est sur le point d'être dupliqué à Tours — vise à regrouper les établissements de soins situés en cœur de ville selon qu'ils soient publics ou privés et à les installer en périphérie de l'agglomération : à Orléans, Oréliance, le pôle privé est situé au nord de l'agglomération, tout comme la nouvelle clinique de Tours (NCT) dont la construction s'achèvera en 2019 et au sud se situent les établissements publics avec le nouvel hôpital d'Orléans (NHO) ayant déménagé de la Madeleine en centre ville pour le quartier de la Source près de l'université, en périphérie de la ville. Pour ce qui est de Tours, le projet n'a pas encore été totalement dévoilé, mais il est précédé de l'application du programme COPERMO, un plan d'économie drastique que l'on inflige aux établissements jugés trop dépensiers. Ces opérations sont à la fois un moyen pour l'ARS de faire des économies d'échelle par le regroupement et pour les établissements de réaliser une fructueuse opération immobilière, ou d'obtenir un avantage concurrentiel sur d'autres établissements, ce qui est nécessaire compte tenu du marché de la santé crée notamment par la T2A que l'on verra plus en détail en 5.3.2.

Enquêteur Peut-on refuser un regroupement ?

Enquêté C'est difficile, mais le regroupement vient en général avec la possibilité de proposer un panel de services plus large pour un établissement donc c'est intéressant [...] en l'occurrence, pour l'exemple d'Oréliance, le regroupement fut impulsé par le directeur de l'ARH de l'époque avec l'idée de proposer un panel de soin au nord (clinique) et au sud (CHRO), une démarche de planification de l'offre de soins. Et les cliniques étaient assez partantes pour des raisons de viabilité financière : cela permet de regrouper les moyens logistiques pour « une clinique rentable » si vous me passez l'expression. En fait, les établissements sont capables de comprendre les avantages du regroupement.

Agent de l'ARS.

Le contrôle qui s'exerce sur les établissements passe certes par l'implantation, mais peut aussi concerner le périmètre dans lequel s'exerce l'activité : ainsi les SMUR — service mobile d'urgence et de réanimation —, la psychiatrie, les SSIAD — service de soins infirmiers à domicile — et l'HAD — hospitalisation à domicile — bénéficient d'une zone d'intervention précise dans leur CPOM. Cette logique de zone d'intervention induit pour certains services au sein d'établissement l'obligation « d'aller vers » en particulier auprès des publics disposant d'une capacité de déplacement spatiale plus limitée (espace relatif), c'est le cas essentiellement des organisations relevant du champ médico-social où le hors-les-murs se traduit par la nécessité d'organiser des maraudes ou des consultations délocalisées, parfois au sein des maisons de santé pluridisciplinaire (voir chapitre suivant) ou au cours d'événements festifs (alcools, drogues). Parfois, le mécanisme est double et utilise la contractualisation et le mécanisme des appels à projets pour une double inscription spatiale.

5.2.2 Une double inscription spatiale : contractualisation et appels à projets

La logique qui préside dans ce cas consiste à imposer dans le CPOM des actions aux établissements, mais sans totalement les financer, ce qui a entraîné ce commentaire de la part d'un agent de l'ARS « on ne devrait plus appeler ça des CPOM depuis de nombreuses années, moi j'appelle ça des CPO ». Dès lors, les établissements sont contraints, pour financer certaines actions de réaliser des économies (regroupements, mutualisation) ou de recourir à des appels à projets

Enquêteur OK, en plus de finalement, de, on va dire, votre budget de fonctionnement qui est ici dans ce document-là, est-ce que vous participez aussi à des appels à projets de type régionaux ?

Enquêté Alors les appels à projets, j'y réponds très souvent. J'ai plein de sites en tête, plein de partenaires également, selon les actions qui sont soit écrites dans le CPOM, mais du coup qu'il faut mettre en place, parce que si elles ne sont pas mises en place, il peut y avoir diminution ou non reconduction des moyens, donc perte de moyens. Et du coup, pour ce faire, quand je monte l'action, je fais appel à des appels à projets, soit de la CAF, soit de

5.2. CONTRÔLE SPATIAL DE L'ACTIVITÉ ET CONTRACTUALISATION

la Fondation de France, soit du CLS, l'appel à projets est fait en ce moment, soit de la ville de XXX ou du service jeunesse, enfin voilà, je fais beaucoup d'appels à projets.

Entretien avec un acteur du médico-social

Ces appels à projets, mécanismes que nous détaillerons un peu plus tard sont, dans le cas de l'ARS également spatialisés, que cela soit par des zonages *ad hoc* de démocratie sanitaire (CLS) ou des zonages plus technocratiques comme ceux relevant de la typologie cantonale des inégalités de santé de l'observatoire régionale de santé (ORS, *cf* : carte 7.1 page 203). Ainsi, dans ce cas, le mécanisme de contractualisation qui est spatialisé se retrouve doublé par celui des appels à projets.

5.2.3 Incitation à la contractualisation : le cas du médico-social

Si la contractualisation n'est réellement obligatoire que dans le cas du sanitaire, l'outil est, on l'a vu, très efficace pour contrôler spatialement les établissements en imposant des ouvertures/fermetures/regroupements d'activités. Dans le médico-social, il y a donc une volonté de la part de l'ARS de pousser les établissements à accepter les CPOM. En échange de promesses de financement, le CPOM est utilisé comme un outil de regroupement très efficace d'établissements comme l'explique dans ce long verbatim un agent de l'ARS :

Enquêteur Comment est-ce que vous choisissez la structure avec laquelle vous allez contractualiser ?

Enquêté Les hôpitaux, ils ont tous des CPOM, c'est une obligation donc voilà. on adapte, on négocie avec eux, les établissements médico-sociaux, c'est sur la base du volontariat, c'est de la négociation, on les prend, on leur dit : « tiens, ça ne vous intéresserait pas de », voilà, patali, patalère, on est des technico-commerciaux, « ça ne vous intéresserait pas de faire un CPOM là, regardez, voyez, celui-là il est un peu plus faible, il y a moins de moyens là, vous réclamez sans arrêt mais là regardez, on peut faire autrement puis là vous ne croyez pas que et puis vous auriez de la souplesse en faisant ça et puis voilà, vous avez plus de souplesse »

Enquêteur Ils sont demandeurs ?

Enquêté Bah y'en a oui. Quand ils y voient un avantage bien sûr qu'ils sont demandeurs et puis au départ, bah c'est comme tout, quand vous voulez lancer la machine, si vous avez des moyens supplémentaires à donner, ils réclament toujours des moyens de toute façon, dès qu'il y a un peu d'argent, ça les attire, c'est comme les poissons mouches, vous mettez la main et ils arrivent tous. Ils ont tous quelque chose à manger et les plus futés, c'est toujours ceux qui ont un train d'avance, qui sont plus réactifs qui y vont et c'est eux qui en profitent. Et après quand la manne s'est épuisée, comme on est dans une phase de généralisation arrivent les autres mais eux ils n'ont plus rien. C'est pour ça qu'il faut être pro-actif. Sinon vous êtes morts.

Enquêteur Dans la balance, il y a, c'est de l'argent, ça va être... ?

Enquêté Non, après, quand il n'y a plus d'argent, c'est leur faire comprendre que c'est quand même leur intérêt. Parce que vous trouverez une autre source de souplesse par rapport au fait que, par rapport à la situation actuelle où ils sont un petit peu coincés.

Enquêteur C'est-à-dire ?

Enquêté Vous avez, on entre dans la gestion de l'économie.

Enquêteur Non mais là on est dedans.

Enquêté Oui, allez, vous avez 3, allez 1 association qui a, allez, 5 établissements.
D'accord ?

Enquêteur Ouais

Enquêté Quand vous prenez, ça c'est un IME, ça c'est un FAM, ça c'est un ESAT et ça c'est un SAVS et ça c'est un SESSAD. Bon, c'est des structures pour enfants handicapés. Je vous donne un exemple. Quand vous prenez un IME, il est autonome. Il a un budget. Il va dépenser strictement le budget qui lui est affecté. Hein. Voilà. Et il est autonome. En gestion. Bien sûr qu'il y a la centralisation de la trésorerie mais en termes de compte, etc. Là on leur propose quand il n'y a plus rien. Ce qu'on leur dit, c'est « écoutez, vous

prenez un CPOM avec nous, OK, on va globaliser tout ça donc vous pouvez faire des groupements de crédits de là à là, vous y gagnez en souplesse de gestion, on a une vision plus prospective des choses et on raisonne en termes de parcours donc c'est plus intéressant, vous pouvez trouver des souplesses ». Voilà c'est ça qui les intéresse. « Et puis éventuellement, on peut vous garantir, alors celui-là il a un prix très élevé. Au lieu de vous enlever des moyens, bah voilà, on vous le laisse gérer en interne. Hein. C'est mieux. Parce que sinon je récupère tout le reste » ; « ah ouais mais euh, je suis coincé » ; « oui mais là vous le gérez au niveau de l'association, vous avez une association plus grande, vous pouvez transférer ». Ce qui fait qu'indirectement on leur génère des espaces de liberté qu'ils n'avaient pas. Ce faisant, pour nous c'est plus souple.

Enquêteur Oui, ça fait moins de structures à gérer.

Enquêté J'en ai un peu moins, oui mais on les gère différemment. C'est-à-dire qu'on leur demande des comptes. On rentre dans un système de dialogue de gestion, d'atteintes des objectifs, pas d'objectifs, etc. et il y a un dialogue plus rapproché et moins exclusivement financier qu'auparavant. Donc on est plus dans la notion de transversalité que ce qu'on était auparavant, on est beaucoup moins que financier, on a aussi d'autres casquettes qui viennent se rajouter. On a une vision beaucoup plus prospective, y compris pour leurs besoins à eux. On a également, pour eux ça les coince moins parce qu'ils gèrent le problème à l'échelle de l'association et pas à l'échelle de la structure, ça leur ouvre des portes. Ça a cet avantage là donc pour nous c'est tout ce bénéfice là mais c'est aussi un sacré bénéfice, c'est qu'au lieu d'en avoir cinq comme interlocuteurs, moi j'en ai plus qu'un, que je renvoie sur le directeur général la prise de décision qui auparavant, de par ce truc là, nous revenait sur les bras. Et c'est le directeur associatif qui retrouve son rôle de gestionnaire et de décideur en interne et non pas les faire peser sur la simple ARS. Voyez, parce que c'est ça qui se passait auparavant. Donc ils

l'ont bien compris les directeurs généraux maintenant. Ça ne les enchante pas plus que ça mais il a fallu un certain temps. Moi j'avais déjà vu.

Enquêteur Parce qu'avant ils ne s'associaient pas en fait ?

Enquêté Non, mais c'est pas ça. Ils ne s'associaient pas mais ils individualisaient trop les choses, ils se coinçaient en fait. Et les choix. Dès que vous ouvrez, dès que vous avez une gamme de possibles beaucoup plus large, vous avez plus de choix mais c'est à vous de les faire les choix. C'est pas à moi. Qu'auparavant quand vous étiez [incompréhensible], les choix, c'était pratiquement nous qui leur dictions. Ils n'avaient pas la marge. Comprenez ?

Enquêteur Pas très bien.

Enquêté Ils ont moins.

Enquêteur J'ai dû mal à voir le avant/après en fait.

Enquêté Bah [un temps] comment vous expliquez ça ? Il y a de la souplesse, par exemple. Regardez.

Enquêteur Parce que là on se dit qu'ils vont être obligés de discuter les uns avec les autres, ça va leur prendre du temps.

Enquêté Mais ça c'est leurs réunions internes, ça fait partie de leur dialogue interne après. Après ça oblige à ce qu'ils se structurent en interne. Vous n'avez pas compris. Heum. Par exemple, j'ai un établissement qui est à 200€ la journée.

Enquêteur D'accord.

Enquêté Moi, avec le processus de convergence tarifaire, je dis : « bah mon ami, tu vas rentrer comme tout le monde, je te pique les moyens ». Pas sympa. D'accord. Par contre, sur ton bassin de vie là, t'as un SESSAD, bon il ne fonctionne pas très bien, et en plus de ça j'ai plein de monde qui attend là. Bon, je dis, deux choses : je les prends individuellement : un je récupère le fric pour l'IME, d'accord, donc il va pleurer mais peut-être que les moyens, j'en ai peut-être besoin mais ailleurs dans un autre coin du département où c'est une autre association. Je ne vais pas les lui donner à son SESSAD. Je

ne vais pas lui donner l'autorisation des places. Que là, j'ai trop de moyens et plutôt que je les récupère pour moi sur la base départementale et que je les donne au 1er venu, même si tu as des besoins moins importants en toi mais que quand même il y a des besoins bien réels, hé bien je te laisse le choix : tu peux créer des places sur ton SESSAD.

Enquêteur C'est beaucoup plus clair. Je comprends beaucoup mieux.

Enquêté Par exemple. Voyez, ça c'est, donc c'est important parce qu'avec le système du PTS, c'est de la territorialisation, ça devient des acteurs sur un territoire clef et ils ont la même souplesse que ce qu'on a nous pour organiser les affaires, on le leur transfère à eux. S'ils sont créatifs, bien sûr qu'on les aide à réfléchir là-dessus mais voilà.

Enquêteur Du coup l'aide, les objectifs sont suggérés dans cette bible⁴.

Enquêté Oui, indirectement oui.

Agent de l'ARS

De ce moment d'entretien pas très glorieux pour l'enquêté, mais finalement assez révélateur de ce qui a pu se passer dans cette thèse, nous pouvons tirer plusieurs conclusions : d'une part, le caractère incitatif du CPOM rattaché soit à des moyens supplémentaires, soit conditionné à leur maintien (mécanisme de sanction/incitation), ensuite la capacité à partir du CPOM de sortir du pilotage purement financier et d'imposer des objectifs de mise en réseau (la « transversalité ») entre établissements, l'espace relationnel. Enfin, un mécanisme de convergence entre établissements incités à se grouper, mécanisme qui dans le sanitaire atteint un niveau beaucoup plus important via la constitution des groupements hospitaliers de territoire (GHT).

4. Ici, nous désignons le PTS, déclinaison du PRS au niveau départemental, d'une manière générale, le médico-social relevant de la double compétence ARS/département, il est géré au niveau des délégations territoriales, d'où le découpage des territoires de santé au niveau départemental (voir plus haut)

5.2.4 Les hôpitaux « responsables » de leur territoire avec les groupements hospitaliers de territoire

La mise en œuvre des groupements hospitaliers de territoire, inscrits dans la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé et relatif au groupement hospitalier de territoire ont deux conséquences spatiales : la première est l'accentuation du mouvement de restructuration et de regroupement des établissements envisagé par les acteurs de l'ARS :

Je vais être honnête. Dans le cadre du GHT, ils ont bien compris qu'il y avait le plan ONDAM derrière, ils en ont parfaitement conscience et derrière ils savent qu'à un moment donné il va falloir qu'ils restructurent un petit peu et qu'ils réfléchissent à leur organisation de manière globale. Donc ils en ont parfaitement conscience, ils l'ont intégré. Alors après derrière, est-ce que ça va se faire dans la joie et la bonne humeur, je ne pense pas forcément tout le temps mais je pense qu'ils ont compris quand même que derrière, il va falloir repenser un peu le [inaudible]. Après, est-ce que ça sera fait ? Je ne sais pas.

(Observation d'une réunion à l'ARS)

Le GHT est un instrument qui s'impose aux établissements publics, dans la mesure où ils sont forcés de se regrouper pour proposer un projet médical commun chaque établissement restant pour l'instant juridiquement et financièrement autonome, sans quoi l'ARS aura la possibilité de leur supprimer des crédits. Nous sommes, tout comme dans le CPOM, dans un cadre où le droit produit une géographie (GARCIER, 2009), ici des établissements. Le GHT permet aussi de remplir l'engagement 11 du pacte territoire santé présenté par la ministre Marisol Touraine dans la mesure où il conduit à « adapter les hôpitaux de proximité et responsabiliser les centres hospitaliers au niveau régional à l'égard de leur territoire ». En effet, comme l'indique l'article 27 :

Le groupement hospitalier de territoire a pour objet de permettre aux établissements de mettre en œuvre une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient, dans le but d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité. Il assure la rationalisation des modes de gestion par une mise en

commun de fonctions ou par des transferts d'activités entre établissements. Dans chaque groupement, les établissements parties élaborent un projet médical partagé garantissant une offre de proximité ainsi que l'accès à une offre de référence et de recours.

Ces logiques de transfert d'activité et de coopérations sont là « pour que chaque établissement de santé trouve sa place » dans la gradation que nous avons déjà évoqué. Certes, pour l'instant, le GHT n'est pas un établissement support titulaire d'une autorisation (ce qui est le cas du groupement de coopération sanitaire, qui est lui facultatif), mais les craintes des petits établissements et les commentaires de l'ARS « à la fin, il n'y en aura plus qu'un » ne laissent pas de place à l'ambiguïté quant à l'objectif poursuivi par les GHT :

Enquêteur Comment ça va s'organiser en Indre-et-Loire ?

Enquêté Heu, le sentiment, surtout des soignants, il est qu'on va se faire bouffer par la grosse bête qu'est le CHU, pourquoi ? Parce que le CHU, il est, enfin, il a la main sur Loches et sur Chinon. Un peu, pratiquement.

Enquêteur Tout à fait, oui. Le directeur de l'hôpital de Chinon et de Loches est directeur du CHU.

Enquêté Oui, il y a déjà cette mutualisation-là, et bon, à Amboise on a commencé à, ça été présenté en conseil de surveillance, on a reçu le coordonnateur, Faugerolas⁵. Bon, et évidemment, les organisations syndicales sont plus à dire : « bon, on va se faire englober, c'est le CHU qui va décider pour tout le département, on n'aura pas de place et on va faire la part belle à la médecine privée et puis l'hôpital public, il va se ramasser ». Bon, un discours qui est connu et repris et qui n'est pas sans vérité.

Membre d'une commission de l'hôpital d'Amboise-Châteaurenault

Cette logique de gradation des établissements, qui s'exprime majoritairement par une réduction d'activités des petits établissements, est largement accentuée par la T2A, sorte de point mort spatial (voir : 5.3.2.1), un indicateur permettant d'indiquer à chaque établissement du GHT ce qui est bon pour lui comme activités :

5. Directeur d'hôpital au CHRU de Tours (le CHRU étant un établissement important, plusieurs directeurs d'hôpitaux lui sont affectés.)

Enquêté La T2A, justement, ça peut conduire à une concurrence malsaine

Enquêteur Oui, tout à fait.

Enquêté Oui, oui, parce que la T2A, au contraire, vous voyez, donc va coexister une réforme qui peut conduire à une concurrence malsaine avec un dispositif [le GHT] qui va permettre d'éviter, d'atténuer les conséquences néfastes de la T2A. Enfin, bon. Et puis, ça permet de faire en sorte que chacun fasse en fonction de ses compétences dans la partie du territoire qu'il conserve, quoi. Bah Chinon, c'est pas la peine qu'on ait l'ambition de faire des choses qui, du point de vue de la technicité, voilà, relèvent peut-être du chef-lieu de département ou même du chef-lieu de région. Vous voyez ce que je veux dire ?

Directeur d'hôpital

Par ces mesures, il y a certes une volonté de gradation des établissements qui est assuré par les établissements eux-même via le projet médical comme nous venons de le voir, mais aussi de décroisonner les établissements et de les pousser à créer un espace relationnel favorable à la fois à cette gradation, mais aussi et surtout à l'élaboration de parcours de santé pour les patients.

5.3 Décloisonner, l'espace relationnel comme objectif

Nous l'avons mentionné en tête de chapitre, l'une des missions des ARS — évoquée au cours de l'assemblée générale du personnel en 2013 — consiste à favoriser le décroisonnement (ou « transversalité ») entre les opérateurs de santé pour créer des parcours de santé. Cette priorité nationale s'oppose au cloisonnement historique entre le sanitaire, le médico-social et la prévention qui sont historiquement — et encore aujourd'hui — gérés de manière distincte au sein du ministère de la santé (direction de la santé/générale de l'offre de soins). Ainsi, dans les ARS — et singulièrement celle du Centre — l'organigramme de l'agence était constitué ainsi :

- une direction santé publique et environnementale subdivisée en :
 - un département santé publique ;

5.3. DÉCLOISONNER, L'ESPACE RELATIONNEL COMME OBJECTIF

- et un département santé environnementale.
- une direction offre de soins et médico-sociale subdivisée en :
 - un département de l'offre de soins ;
 - un département médico-social.

Au cours de notre thèse, nous avons pu nous rendre compte de l'effectivité du cloisonnement de ces différents services accentué par le fléchage des BOP⁶ par le ministère de la santé que l'ARS devait ensuite attribuer aux établissements, le seul levier financier dont elle disposait, le FIR, pour fonds d'intervention régional, bénéficiant d'une fongibilité asymétrique, c'est-à-dire que les crédits sanitaire et médico-sociaux pouvaient être déportés vers le FIR dans un but de financement des opérations de santé publique (et non l'inverse). L'augmentation au fil des ans du FIR ne doit pas être interprété comme allant de pair avec celle de la liberté dont dispose l'ARS dans la mesure où cette augmentation du budget n'est que le fruit d'un déplacement de missions devant de toute façon être exécutées par les établissements dans ce budget (MIG). Malgré cela, les ARS cherchent à pousser les organisations de santé à collaborer, souvent pour des raisons de regroupement, mais aussi pour limiter les ruptures de parcours, par divers moyens : d'une part des mesures incitatives et d'autre part des mesures plus coercitives qui sont, à première vue, non spatiales.

5.3.1 Des mesures incitatives

Pour créer ce réseau entre les établissements — et aussi, nous le verrons dans les chapitres suivants — avec les médecins libéraux et les structures de prévention et santé environnement, l'ARS a recours à 3 grandes tactiques qui sont la démocratie sanitaire, la convocation et la construction et mise en valeur de structures *ad hoc* servant de point de passage au réseau.

5.3.1.1 Par la démocratie sanitaire et le dialogue forcé

La démocratie sanitaire, que nous avons évoqué dans la 1^{re} section du chapitre, est aussi un instrument qui est aussi utilisé par l'ARS pour favoriser la construction de réseau inter-organisationnel, à la CRSA, mais aussi et surtout dans les commissions à des échelles

6. Budget opérationnel des programmes, *cf* : la section 3.2.2 page 86 portant sur la LOLF

plus importantes comme la conférence de territoire au niveau du département et les contrats locaux de santé à l'échelle du Pays ou de la région. Ces instances, qui rassemblent les acteurs dans le but d'élaborer un projet commun et éventuellement — surtout pour le CLS, nous le verrons dans le chapitre consacré à la prévention — d'obtenir des subventions est en effet un lieu de rencontre pouvant déboucher sur une mise en réseau ultérieure comme l'indique ce directeur d'hôpital :

Voilà. Et c'est aussi un lieu où tout ce qui est informel. C'est aussi des lieux où vont se rencontrer le public, le privé, les HAD, enfin vous voyez, les associations, puisqu'il y a des associations d'usagers... donc c'est un endroit où les gens se rencontrent, c'est important qu'il y ait des endroits où les gens se rencontrent. D'ailleurs on le voit pour le GHT, c'est la même chose, on a vu des gens qui se sont rencontrés pour la 1^{re} fois alors qu'ils travaillent comme médecins dans les mêmes départements, mais qui ne se connaissaient même pas.

Entretien avec un directeur d'hôpital

Parfois, pour constituer des parcours, l'ARS convoque directement les acteurs et utilise sa légitimité d'agence publique pour « faire le juge de paix » entre les établissements en s'assurant d'établir des liens entre les établissements. Un agent de l'ARS raconte la manière dont il a construit un parcours de santé entre deux établissements, une démarche qui nous a été relatée à plusieurs reprises :

Enquêté Alors pour le truc que j'avais présenté, nous comment on a identifié deux ou trois exemples qu'on a eu ici, c'est les personnes en situation de troubles psychiques, nous on l'a fait émerger, on a soulevé le tapis comme vous dites parce qu'on gère pour le compte du préfet les dossiers d'hospitalisation psychiatrique.

Enquêteur Les sous contrainte ?

Enquêté Ouais. Les hospitalisations sous contrainte. [...]. Le 2^e cas qui nous a aussi décidé à travailler avec mon collègue du médico-social, c'est la transversalité, c'est une personne âgée qui était dans un établissement pour personne âgée, handicap psychique léger, un établissement spécialisé qui de

temps en temps a des problèmes d'accès de colère, enfin bon, moi je ne suis pas médecin, j'y connais rien, toujours est-il que la structure médico- sociale n'est pas, ne s'estime pas en capacité de faire face à ces accès de, à ces crises quoi. Et à ces moments là, ils ont qu'une solution, ils envoient à l'hôpital psychiatrique donc inutile de dire que les psychiatres de l'hôpital, quand ils reçoivent cette personne, ils disent : « non mais ils nous emmerdent, c'est un foyer de vie, le foyer de vie... » Bah résultat, la personne est renvoyée au foyer de vie parce que le préfet dit, enfin sur avis médical, le préfet dit : « l'hospitalisation sous soin contraint n'est pas justifiée » donc là, qu'est-ce qui posait problème ? C'est que le médico-social [15], il avait à gérer une situation un peu particulière tout seul. Comme il se sentait très vite dépassé, il a envoyé ça en soins psy. Les soins psy disaient : « mais ce n'est pas une personne qui est malade psychiatriquement, c'est pas justifié de la mettre là » donc bien sûr guerre entre les 2, des insultes classiques et réciproques donc on les a réunis, on s'est dit : « mais attendez, il faut que les 2 comprennent à la fois les difficultés et les ressources de l'autre ». Alors les difficultés de celui-là, bah c'est de ne pas être capable avec ses équipes non formées de faire face à des crises que eux assimilent à de la psychiatrie mais que les psychiatres n'assimilent pas à de la psychiatrie et la psychiatrie, elle, a des ressources donc on s'est dit, on les a réunis, on s'est dit : « bah écoutez, sur des situations de ce type là, plutôt que de faire le ping pong avec le patient, l'objectif c'est de faire en sorte que l'hôpital psychiatrique permette aux personnels du médico-social de s'approprier, de s'acculturer *a minima* sur des comportements un peu atypiques de ce type là pour que les personnes, les salariés de l'entreprise, puissent, enfin du médico-social, puissent, après avoir eu, ce n'est pas de la formation mais c'est plus de la sensibilisation, comment, avec des équipes d'infirmiers psychiatriques, comment l'infirmier psychiatrique explique à la personne médico-sociale la manière de faire face à des situations un peu compliquées avec les résidents ». Ça c'était le 1^{er} niveau donc la psychiatrie a accepté de faire cette formation,

la sensibilisation des personnels pour que eux puissent maîtriser sans faire appel à la psychiatrie systématiquement.

Enquêteur De quel levier vous avez disposé pour leur dire : « allez les former »

Enquêté [...]. Et là de toute façon, c'est gagnant-gagnant dans l'histoire parce que si la psy accepte de faire un effort de formation sensibilisation du personnel...

Enquêteur Du coup, ils en auront moins dans les pattes...

Enquêté Ils en auront moins dans les pattes, d'une part les gens se connaîtront, parce que déjà ils ne s'étaient jamais rencontrés, ça paraît absurde mais c'était comme ça partout. Les équipes ne s'étaient jamais rencontrées, n'avaient jamais causé ensemble sauf pour s'engueuler au téléphone en disant : « vous me renvoyez la mémé qui ne va pas bien » enfin bon, je caricature à peine et donc le parcours, voyez la rupture [...] donc là c'était assez simple, c'était les foyers de vie, bon le conseil général parce qu'il est co-financeur, après il y a différents acteurs mais les acteurs essentiels, c'était la direction bien sûr et les salariés des foyers de vie, la direction de l'hôpital psy et le médecin résidant à la CME où ils ont dit : bah c'est sûr que si les directeurs de foyers de vie ont dit : nous, si on peut avoir, si nos équipes peuvent avoir un minimum de bagage pour faire face à des situations jusqu'à un certain niveau bien sûr, l'objectif c'est pas qu'ils deviennent des psychiatres les mecs mais jusqu'à un certain niveau qu'on soit capable d'appréhender en conservant la personne chez nous, ça nous arrangera. 2^e étape : si la situation dépasse un certain niveau, alors c'est là après où il faut travailler, à quel niveau mais bon, ça c'est un travail à construire ensuite. L'hôpital dit : « mais si vraiment à un certain moment, les équipes sentent que ça ne va pas, on est disposé, pas à vous envoyer un psychiatre parce qu'on n'a pas les moyens mais déjà vous envoyez un infirmier psy en urgence pour qu'il essaye d'évaluer, de gérer avec vos personnels, de calmer le jeu et puis si vraiment ça ne marche pas, on passera à l'hospitalisation » mais un truc en 3 niveaux, voyez. Une formation, une assistance d'infirmiers psy et

l'hospitalisation, s'il faut y aller, ça sera l'hospitalisation mais là c'est un truc très court mais c'est un parcours sûrement modeste mais qui nous a conduit à dire : « si on ne fait pas, nous ARS, la DT, ce travail de réunir en leur disant : “ voilà nous ce qu'on a constaté comme anomalie et on considère que c'est absolument pas normal, c'est pas normal qu'on finance autant de dispositifs pour que les gens jouent les ping pong entre les dispositifs, hein, vous n'êtes pas payés pour faire ça donc il va falloir que vous travailliez ensemble au bénéfice du patient et au bénéfice du parcours” ».

Agent de l'ARS

Dans le dernier cas, nous pouvons noter la transformation dans le discours d'une convocation en perspective « gagnant-gagnant » via une logique d'enrôlement des acteurs permettant à l'ARS de résoudre le problème de non-coordination sans financer de poste supplémentaire, tout en instaurant une gradation dans la procédure. Ce type de démarche, très valorisée à l'ARS, en particulier depuis le « virage ambulatoire » dont l'efficacité a pourtant été remise en cause (BELORGEY, 2011), se voit renforcée par des procédures plus douces, élaborer des structures qui créent du réseau organisationnel et, ce faisant, permettent de lutter contre les ruptures de parcours.

5.3.1.2 Par le financement et la mise en valeur de structures réticulaires

La création de structures réticulaires, par exemple les maisons des adolescents, des réseaux ou de santé pluridisciplinaire correspond à l'ambition territoriale de l'ARS : une organisation rassemblant plusieurs professionnels de différentes structures travaillant ensemble dans un périmètre défini via une logique permettant d'éviter les ruptures de parcours mentionnées précédemment du fait de cette pluridisciplinarité. Ainsi, par exemple, les maisons des adolescents sont des structures médico-sociales au sein desquelles sont détachés des médecins hospitaliers, des assistants sociaux, des infirmiers, des pédiatres, etc :

Le territoire de l'Indre a mis en place, ainsi que l'ensemble des autres territoires de la région, une maison des adolescents. Il s'agit d'un lieu polyvalent

où la santé est considérée à la fois dans sa dimension physique, psychique, relationnelle, sociale et éducative. Ayant pour vocation d'être un véritable « lieu ressources », elle travaille en réseau avec l'ensemble des acteurs intervenants auprès d'adolescents.

Le SROS prévoit qu'une coordination territoriale devra être instaurée avec une délégation suffisante pour organiser en toutes circonstances la prise en charge en cas d'urgence ; cette coordination territoriale devra regrouper l'ensemble des acteurs du territoire intéressés à la prise en charge des adolescents.

Projet territorial de santé de l'Indre

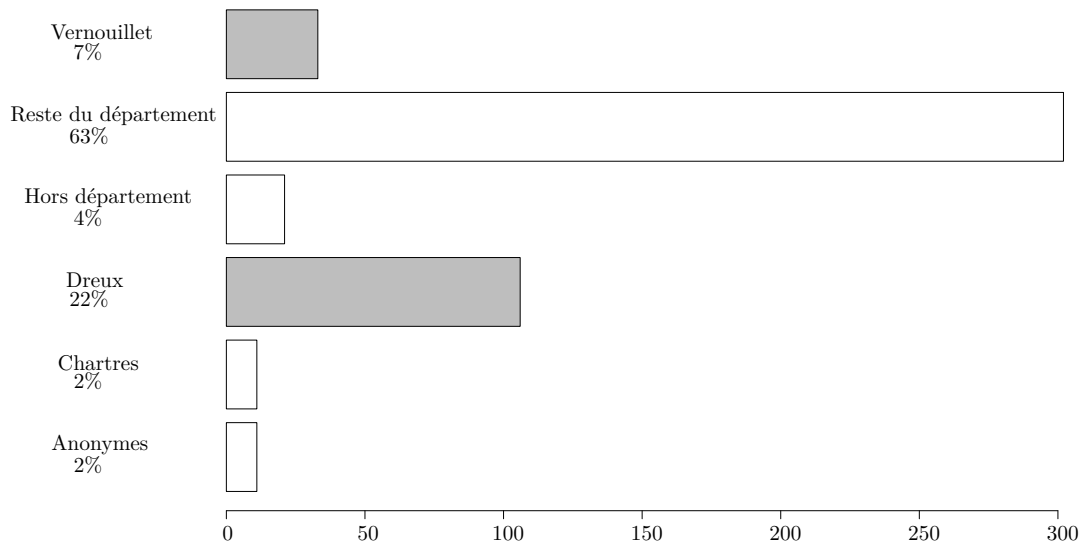
Comme le résume l'un de ses promoteurs en région Centre, « la structure fait réseau, mais elle fait aussi partie du réseau ». Ce vecteur de coordination territoriale peut-être localisé dans une maison inamovible (Blois, Bourges, Dreux, Orléans, Tours) ou mobile, c'est le cas de l'Indre avec un bus, l'inconvénient du 1^{er} cas étant la faible mobilité de la population cible qui polarise *de facto* l'accès à la maison des adolescents sur la commune ou à l'agglomération (*cf* : Figure 5.3 et 5.4 page suivante), sauf s'ils sont accompagnés par leurs familles, ce qui peut restreindre l'utilité de l'établissement. C'est pour cette raison que les maisons des adolescents sont incitées à ouvrir des antennes, notamment au sein des CLS (Nogent-le-Rotrou dans l'Eure-et-Loire, le Pays du Chinonais en Indre-et-Loire) ou à être mobile. Les actions de prévention que réalisent les maisons des adolescents dans les lycées participent à cette mobilité

La gestion de ce type d'établissement est elle aussi favorable au réseau, dans la mesure où, si elle est rattachée à une structure support (centre hospitalier, association de prévention) et bénéficie d'un CPOM particulier, son comité de pilotage est composé des diverses structures finançant la MDA ou mettant du personnel à sa disposition. C'est ainsi que dans le cas de la MDA de Bourges, l'organisation est structurée ainsi :

- un comité de pilotage restreint : A.N.P.A.A. 18 (Porteur juridique, équipe permanente), Agence Régionale de la Santé, Direction des Services Départementaux de l'Éducation Nationale, Conseil Général, Centre Hospitalier de Saint Amand Montrond, Centre Hospitalier de Bourges, Centre Hospitalier de Vierzon, Centre

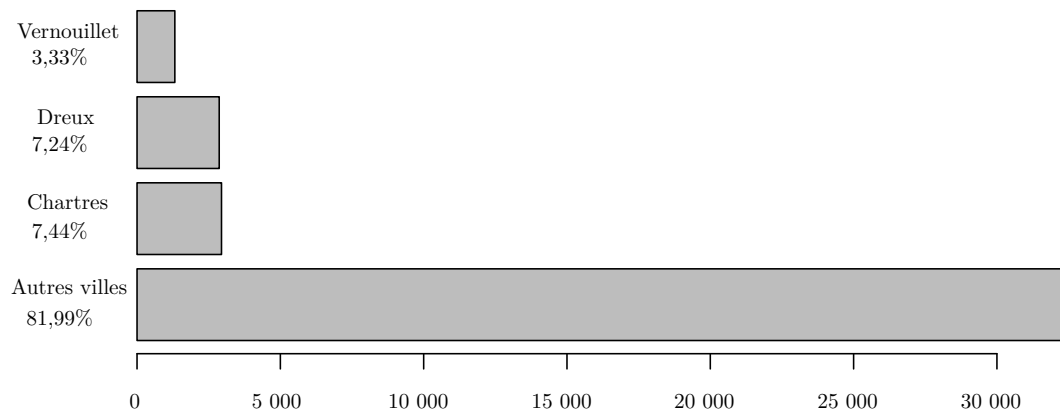
5.3. DÉCLOISONNER, L'ESPACE RELATIONNEL COMME OBJECTIF

FIGURE 5.3: Provenance des adolescents à la MDA de Dreux Vernouillet



Source : Diaporama de présentation de la maison des adolescents

FIGURE 5.4: Répartition des adolescents en Eure-et-Loire



Source : INSEE, recensement 2014

5.3. DÉCLOISONNER, L'ESPACE RELATIONNEL COMME OBJECTIF

Hospitalier George Sand, Direction Départementale de la Cohésion Sociale et de la Protection des Population ;

- un comité de pilotage élargi (réunion annuelle) : comité de pilotage restreint et instances obligatoires listées dans le cahier des charges : (Mission locale, CAF, CPAM, SPIP, PJJ...)
- et commissions techniques avec les acteurs locaux : (établissements scolaires, missions locales, associations locales, Communautés de Communes, services jeunesse, maison familiales et rurales...) sur différentes subdivisions zonales :
 - Territoire Nord : Aubigny sur Nère
 - Territoire Sud : Saint Amand Montrond
 - Territoire Est : Baugy
 - Territoire Ouest : Vierzon
 - Territoire Centre : Bourges

Issu du communiqué de presse d'ouverture de la MDA de Bourges disponible sur le site Internet de l'organisation, cet exemple permet de mettre en évidence à la fois l'association des différentes structures au sein du réseau et la mise en place de processus « d'aller-vers » permettant d'assigner plusieurs territoires d'intervention à la maison des adolescents, élément favorisé par la constitution des GHT car les MDA nourrissent de forts liens avec les hôpitaux. Par ailleurs, ces structures sont invitées à participer aux contrats locaux de santé, ce qui renforce leur place centrale dans la mise en réseau des opérateurs de santé.

Les maisons des adolescents ne sont toutefois pas les seules structures qui entrent dans cette logique, ainsi l'ARS a, dans l'Indre, essayé de mettre en place une maison des réseaux fonctionnant selon un principe similaire. La fabrication de réseau inter-organisationnel est aussi le fruit d'une succession de normes qui contraignent les établissements à se regrouper et à collaborer pour maintenir des activités.

5.3.2 ou des normes coercitives non-spatiales ?

Déjà analysé en tant qu'outil comptable créant un marché de la santé et modifiant les pratiques du personnel des établissements⁷, (DE POUVOURVILLE, 2009 ; DELAS, 2011 ;

7. voir notamment 3.2.2.2

PIERRU, 2008), la T2A est aussi un outil, nous indique MOISDON (2010, p. 221) qui entraîne des modifications « quant à la stratégie de l'établissement, qui visent de plus en plus à désenclaver ce dernier (partenariats, fusions, coopérations sur des équipements, etc.) » (voir 5.1 page ci-contre) . Nous verrons dans quelle mesure celui-ci correspond à un point mort spatial, ou seuil de rentabilité, et en quoi, accompagné du seuil du nombre de praticiens, il transforme le fonctionnement des établissements opérateurs les poussant à constituer des réseaux inter-établissements par le déplacement de praticiens ou la virtualisation et à pratiquer le marketing territorial.

5.3.2.1 Le point mort spatial : la sécurité et la T2A

Comme nous l'avons vu précédemment à l'aide de l'exemple de la maternité du Blanc, le seuil en termes de personnel ou d'activités (ex : nombre d'accouchements) édictés par des recommandations HAS, ANAP ou ministériels constitue un argument décisif pour la fermeture d'une activité pour l'ARS, souvent pour les petits établissements qui ne parviennent pas à atteindre ce seuil⁸. C'est ainsi que se justifie le DG ARS au sujet de la fermeture de l'activité chirurgie de l'hôpital du Blanc :

Nous avons en commun le respect des conditions techniques de fonctionnement, je pense que personne ne s'y oppose. [...] il y a, en fonction des spécialités un certain nombre de normes techniques en dessous desquelles la Haute Autorité de Santé demande de ne pas déroger⁹.

Compte rendu du 07 février 2012

Dans le même ordre d'idée, le président de la CRSA et la responsable de l'offre de soins (sanitaire) ont cet échange qui ne laisse planer aucun doute sur le rôle de ces seuils de sécurité ou technique dans la recomposition de l'offre sanitaire, élément également mis

8. Rappelons ici que l'idée de taille ou seuil critique permettant à une organisation de survivre a été battue en brèche par STARBUCK (1981) en reprenant les résultats l'étude de l'école d'Aston, ce que rappelle BAUMARD (2012, p. 51-52), mais cette idée, qui découle des préoccupations de la HAS finit par prendre vie par la construction performative de l'instrument.

9. L'argument de la sécurité, qui s'impose aux établissements peut être déconstruit, ce qui est fait par exemple par ce syndicaliste au cours de la même séance : « Par contre, l'un des motifs de fermer la chirurgie et la maternité du CH du Blanc était la non-présence d'une garde et c'était, je cite, une atteinte à la sécurité sanitaire. Le fait de fermer un des deux blocs en Eure-et-Loire de minuit à cinq heures n'est pas une atteinte à la sécurité sanitaire ? »

Encadré 5.1: La T2A, instrument de regroupement sanitaire

Le financement des hôpitaux dépend de deux éléments :

- d'une part la T2A qui correspond au « financement de l'activité de diagnostic, de traitement et de soins par des tarifs nationaux de prestation et des forfaits nationaux : les ressources des établissements sont ainsi allouées en fonction du volume et de la nature de leur activités » (Guide de contractualisation des dotations finançant les MIG)
- et d'autre part le financement sous forme de MIG, ou mission d'intérêt général car « il est reconnu que les coûts engendrés par un certain nombre de missions ne pouvaient pas être intégralement couverts par le financement à l'activité » (*ibid.*), par exemple les missions d'enseignement et de recherche au sein des CHU.

L'obtention de MIG n'étant pas obligatoire — leur attribution dépend d'un cahier des charges avec décision de l'ARS ou du ministère — certains établissements sont rémunérés à 100% par la T2A dont le forfait, fixé nationalement, échappe à l'ARS ; d'autres échappent totalement à la T2A car leur activité n'est pas soumise à la T2A (établissements psychiatriques par exemple). En moyenne, en région Centre, le financement MIG représente 13% du financement des établissements d'après le compte-rendu financier des dépenses mis en ligne par l'ARS.

Dans les faits, la T2A pousse les établissements à adopter une politique de réduction des coûts en augmentant le volume d'activités pour économiser sur les coûts fixes, mais, comme le montre notamment DELAS (2011) lorsque le volume dépasse l'ONDAM, le forfait attribué à chaque acte diminue ce qui pousse les établissements à une course en avant de concentration pour augmenter le volume d'activités.

Dans le médico-social, la T2A n'existe pas, il existe à la place le mécanisme du tarif journalier qui est conjointement fixé par l'ARS et le conseil départemental qui co-gèrent ces structures.

5.3. DÉCLOISONNER, L'ESPACE RELATIONNEL COMME OBJECTIF

en évidence dans le rapport de la Cour des Comptes consacré aux ARS, en réponse à un questionnement de syndicaliste :

Président de la CRSA Le schéma n'a pas vocation à indiquer quelles sont les activités à supprimer, surtout lorsqu'elles nous paraissent nécessaires. Par contre, c'est un autre problème de savoir si nous avons les moyens de maintenir en activité un certain nombre de ces activités qui nous paraissent nécessaires.

Responsable de l'offre de soins Nous n'avons pas inscrit de suppression de services de maternité ou de chirurgie dans cette révision [du SROS], ce n'est pas prévu et nous n'avons absolument pas l'intention de fermer un service quel qu'il soit dans la région, parce que tant que les conditions de sécurité sont réunies, ces services ont toute leur pertinence.

L'argument est fort et s'intègre très bien avec la logique de rentabilité poussée par la T2A, à tel point que, évoquant la maternité du Blanc, un membre de la CRSA interrogé par nos soins mentionne aussi la question financière quand il s'agit de transformer l'activité de maternité en centre périnatal de proximité :

Enquêté Voilà, c'est là cette enveloppe, avec des contraintes bien sûr, des contraintes budgétaires, qui ont vu d'ailleurs des services hospitaliers, certains services fermer. Ça les premiers, j'ai en exemple, ce n'est pas un bon exemple, c'est un mauvais exemple, c'est l'hôpital du Blanc.

Enquêteur La maternité du Blanc.

Enquêté L'hôpital, maternité et chirurgie devaient être fermées et on avait, ça avait été acté en conférence de territoire, ça avait été acté à l'époque et la pression politique a fait que l'on a rétabli ce service sous certaines conditions et que ce service coûte à la région [ici l'ARS] 3 millions d'euros chaque année. C'est ça. Donc, mais c'est l'exemple, hein. Je pense que la mise en place de la démocratie sanitaire devait, bon, était faite pour associer les usagers, principalement, les usagers au... et puis lutter contre les inégalités de santé.

Ce seuil financier, issu directement du manque de l'absence de recettes de T2A est partiellement compensé par l'octroi d'un budget dédié aux établissements isolés, ne parvient pas à combler le déficit de l'établissement qui est *de facto* placé en situation financière défavorable. Face à ces seuils, les établissements, qui plus est depuis leur responsabilisation accrue depuis l'avènement des GHT mettent en œuvre des stratégies visant à tromper le seuil. Trois grandes solutions sont mises en œuvre : la coopération, la virtualisation et le marketing visant à accroître l'activité de l'établissement par la conquête de nouveaux clients.

5.3.2.2 Jouer avec la norme pour maintenir l'activité : une nécessaire mise en réseau

Une première solution consiste pour conserver l'activité à déplacer des professionnels d'un établissement plus important vers des établissements en danger, ce qui est un phénomène qui sera sans doute accentué avec l'avènement des GHT, les établissements supports étant, comme nous l'avons mentionné précédemment incités à être responsables des petits établissements¹⁰. Dans ce cas, le professionnel est affecté deux ou trois jours par semaine dans l'établissement menacé, éventuellement par roulement, l'établissement support recrutant et assurant la gestion administrative du médecin en question. Ce système arrange l'ARS dans la mesure où elle entraîne les établissements à nouer des collaborations, la Cour des Comptes mentionne donc :

Les établissements sont de fait de plus en plus souvent engagés dans de multiples dispositifs de coopération qui poursuivent plusieurs objectifs ; la recherche de l'efficience [...], le maintien d'une offre de soins (lorsque des problèmes de démographie médicale ou des contraintes financières menacent leur pérennité) et l'organisation de parcours de soins [...]. Ces coopérations, fondées sur le volontariat¹¹, peuvent certes contribuer à faciliter la conduite de restructurations en permettant aux acteurs de construire progressivement une vision commune de ce que devrait être l'offre de soins sur leur territoire. Toutefois, leur impact

10. L'anonymat étant impossible, nous ne produisons pas de *verbatim* d'entretien pour ce cas.

11. Le rapport est antérieur à la constitution des GHT

sur la recomposition territoriale de l'offre de soins n'apparaît pas déterminant, voire dans tous les cas, pertinent. Fréquemment les coopérations entre établissements de santé constituent en effet un moyen d'éviter des restructurations plus profondes, en apportant des réponses ponctuelles à des difficultés de nature structurelles.

(Rapport de la Cour des Comptes de 2015, Vingt ans de recomposition territoriale de l'offre de soins : un bilan décevant)

La Cour se gardant bien de mentionner ce que signifient les « difficultés de nature structurelles », celles-ci sont, rappelons-le, construites par la T2A et la logique des seuils que nous venons d'évoquer ; elles ne sont structurelles que si on dénie la dimension politique de la construction de ces instruments (BERRY, 1983) et qu'on les considère comme « naturels ». Dans cette optique, le recours à des professionnels de santé issus des établissements plus prestigieux permet, en plus de détourner les seuils, d'améliorer l'image de marque de certains établissements de proximité mal jugés et contribue donc à inciter les patients à se faire soigner localement plutôt que de se déplacer dans le CHR.

Et il y a de la reprise d'activité et moi je sens bien quand je discute avec des gens, autrefois, il y a eu la fermeture de Château-Renault ou du moins la fusion avec Amboise qui a été très mal vécue ici parce qu'aussi le maire était chirurgien à l'hôpital donc il avait une image et une aura. . . Et après, il y a eu un espèce de rejet : on allait à Tours, c'est-à-dire que les médecins de ville, ils posaient la question aux gens, les gens, ils disaient : « ah non, je ne veux pas aller à Amboise », alors que maintenant, les gens y ont trouvé de l'intérêt parce que les délais sont plus courts, parce que c'est assez simple, parce que pour aller en visite à l'hôpital d'Amboise c'est plus facile quand on y va en bagnole et qu'on a un certain âge que d'aller à Trousseau ou à Bretonneau ou dans une clinique, parce que aussi il y a eu des chirurgiens, il y a des chirurgiens qui travaillent et à Trousseau et à Amboise ou à Blois même, il y a des gens qui opèrent et qui ont une praticité, une technicité qui, enfin bon, il y a un service rendu qui est bon, il y a des bons praticiens qui viennent faire des consultations ici, sur place et qui travaillent bien et qui hospitalisent après à Amboise et qui opèrent

5.3. DÉCLOISONNER, L'ESPACE RELATIONNEL COMME OBJECTIF

à Amboise donc il y a des choses qui, enfin ça a bien évolué, dans l'image de l'hôpital en particulier, Château-Renault a bien évolué. Donc nous, on a on vit là-dessus et aussi tout ce que Tours et le CHU peut nous apporter pour bonifier cette prestation-là.

Membre d'une commission de l'hôpital Amboise-Châteaurenault

La mise en valeur des professionnels de santé prestigieux n'est qu'une des mesures qui *in fine* induit l'apparition au sein des établissements d'une véritable logique de marketing à destination des patients — la quête du label « hôpital ami des bébés » au CH du Blanc par exemple — s'exerçant aussi sur les médecins libéraux qui sont sollicités pour envoyer les patients à l'hôpital local plutôt que dans le CHR afin de préserver l'établissement, voire d'y effectuer des consultations pour dépasser le seuil des professionnels requis pour l'ouverture d'un service. Le résultat de ces démarches reste à l'avantage de l'ARS : création d'un réseau entre les professionnels de santé, en particulier ville/hôpital qui est assuré par l'établissement « responsabilisé » et réduction de l'espace relatif — les représentations des patients qui vont désormais à l'hôpital proche de chez eux, ce qui permet à l'ARS d'éviter de prendre la décision difficile politiquement de fermer un service ou un établissement.

Alors quand les gens se retrouvent à l'hôpital du Blanc, des fois dans des situations d'urgence parce qu'il y a eu un problème, etc. Et c'est bizarre, là, ça va bien et heureusement qu'on a encore cet hôpital au Blanc, etc. Donc, je dirais moi que je suis un peu plus nuancé, tout en reconnaissant que si les médecins de la ville du Blanc voyaient tous leurs patients à l'hôpital du Blanc, ça aiderait bigrement l'hôpital à vivre.

*Membre du comité de défense et de développement de l'hôpital du Blanc*¹²

En outre, face à ces injonctions de ces seuils, les établissements isolés — tout comme, on le verra — les professionnels libéraux en exercices regroupés pour des raisons différentes mettent en œuvre des solutions de téléimagerie/télémedecine qui sont explicitement recom-

12. Le comité de défense et de développement a eu — on le verra notamment au chapitre 8 — un rôle décisif dans le maintien — provisoire — de la maternité à l'hôpital du Blanc notamment en interpellant les ministres de la Santé successifs. En résulte sa présence au conseil de direction de l'hôpital et non seulement au conseil de surveillance comme c'est le cas de nombreuses associations d'usagers, donc de fait dans une position de presque co-gestion de l'établissement.

mandés par l'ARS (la télémédecine étant une priorité nationale faisant l'objet d'un volet spécifique du PRS ce qui montre son importance aux yeux des autorités de santé, elle fait aussi l'objet de crédits régionaux particuliers, les FIQCS, aujourd'hui réintégrés dans le FIR.) :

Plusieurs centres hospitaliers confrontés à l'absence ou l'insuffisance numérique de radiologues pour assurer la permanence du fonctionnement de leur service d'imagerie (scanner) ; indispensable au fonctionnement du service des urgences, ont eu recours à un appel d'offres public et recruté des prestataires de téléimagerie.

Programme régional de télémédecine

En ce sens, la logique de la télémédecine permet de réduire la distance absolue entre les établissements, la mise en œuvre de système d'information pour réduire cette distance étant largement documentée par ailleurs (ORLIKOWSKI, 1992). Celle-ci, largement développée dans les établissements médico-sociaux (ÉHPAD) permet d'éviter le transport vers des établissements qui de fait « s'éloignent » en cas de besoin de haute technicité. Faisant cela, la télémédecine accroît la spécialisation des établissements supports de télémédecine (prestataire) et contribue ainsi à la concentration des établissements. Dans une certaine mesure, on peut aussi s'interroger sur l'utilisation de la télémédecine comme alibi pour réduire l'offre des établissements reculés.

Synthèse du chapitre

Au cours de ce chapitre, nous avons vu comment étaient mis en réseau les différents éléments spatiaux du dispositif pour contrôler les établissements : d'abord à l'aide d'une légitimation du programme régional de santé appliqué par l'ARS par la démocratie sanitaire — instance de gouvernance territoriale de santé au niveau régional et subdivisée dans les territoires de santé. Cette légitimation repose sur deux logiques concomitantes :

- d'une part un cadre contraint de politique générale de l'ARS ne laissant que peu de place à la discussion car reposant sur des normes (inter)nationales échappant en grande partie à l'ARS. Celle-ci les utilise ainsi pour éviter de prendre la responsabilité de certains de ses choix ;
- d'autre part, en incitant les établissements à participer aux groupes thématiques, la mise en place d'une certaine souplesse dans l'élaboration du diagnostic entraînant la définition des besoins spatialisés auxquels pourront répondre les établissements par l'autorisation de la pratique du *lobbying*, mais dans les règles du cadre national pré-cité.

Résumé de manière abrupte, cette logique consiste à faire accepter les règles du jeu en laissant les opérateurs de santé faire des propositions qui seront à leur avantage. Le document de planification spatial étant accepté, il entre en vigueur et s'impose aux établissements via une contractualisation spatialisée (espace absolu) qui indique sur le territoire qui ouvre, qui ferme, qui doit participer à tel ou tel appel à projet également spatialisé. Cette logique de contrôle contractuel, très forte et obligatoire dans le secteur hospitalier est fortement encouragée dans le secteur médico-social en donnant des « marges de liberté » aux établissements en les « responsabilisant » par l'outil contractuel, logique au cœur du *New Public Management*. Dans le même état d'esprit d'incitation et de responsabilisation, les hôpitaux sont associés dans un groupement hospitalier de territoire à l'échelle départemental autour d'un établissement support et d'un projet médical commun qui organise de la gradation des établissements sur le territoire.

5.3. DÉCLOISONNER, L'ESPACE RELATIONNEL COMME OBJECTIF

Cette gradation des établissements sur le territoire, qui s'effectue notamment par des logiques de seuils (T2A, sécurité) s'accompagne d'une volonté de mise en réseau (espace relatif) des établissements par l'incitation à la collaboration entre hôpital/hôpital et ville/hôpital, la démocratie sanitaire ou la nécessité de conserver des activités menacées par des seuils (par mise en commun de spécialistes ou protocoles de télémedecine).

Enfin, toujours contraint par cette logique de seuil à l'augmentation de l'activité, les établissements en difficulté mettent en place des procédures de marketing territorial à destination des patients par la mise en avant du prestige des grands établissements mettant à disposition des professionnels de santé pour empêcher les fermetures (espace relatif).

Cette nouvelle gradation des établissements, qui repose sur la concentration des activités les plus techniques vers les établissements plus importants et la dégradation de la technicité des structures les moins productives, ne peut se comprendre sans envisager la tentative de promouvoir une nouvelle vision de la médecine libérale que nous étudions dans le chapitre suivant.

Chapitre 6

Répartir le libéral pour accompagner la regradation des établissements : un mirage ?

Comme nous l'avons vu précédemment, la politique de santé menée actuellement conduit à une transformation des établissements sur le territoire en division entre un pôle d'attraction possédant une technicité accrue et des établissements plus secondaires avec des missions amoindries. C'est le principe de la gradation des soins qui est prônée par le ministère de la Santé et donc l'incarnation, par les normes nationales et la politique de l'ARS, semble porter ses fruits. Cette nouvelle place accordée aux établissements tente de s'articuler avec une meilleure répartition des libéraux — fondée sur des mécanismes d'incitation, la charte de la médecine libérale consacrant la liberté d'installation du médecin reste plus que jamais d'actualité — qui seraient eux-mêmes appelés à travailler en réseau.

Cette nouvelle manière d'envisager le libéral au sein du système de santé en l'inscrivant dans une logique de maillage territorial n'est pas défendue uniquement par l'agence régionale de santé : la région Centre participe, par une politique très volontariste, notamment via le financement des pôles et des maisons de santé pluridisciplinaire à établir, en collaboration avec l'ARS, cette répartition permettant de combler les « trous » de l'hôpital perdant ses

6.1. POUR UNE RÉPARTITION DES LIBÉRAUX SUR LE TERRITOIRE : DES INCITATIONS MÉTRIQUES ET FINANCIÈRES

missions du fait des seuils. Au-delà de ces deux entités, les Pays, via les contrats locaux de santé mettent en œuvre des démarches de marketing territorial à destination des libéraux dans la région où la démographie est, avec la Picardie, avant la réforme territoriale, en moyenne la plus faible au niveau national.

6.1 Pour une répartition des libéraux sur le territoire : des incitations métriques et financières

Pour contribuer à un maillage des libéraux en région Centre, les autorités de santé, dont l'ARS, l'assurance maladie ou la région, utilisent principalement des incitations spatiales relevant de l'espace absolu : définition de zones positives dont les règles de répartition diffèrent selon si le libéral est amené à exercer en individuel ou en collectif (maisons ou pôles de santé pluridisciplinaires).

6.1.1 Un zonage incitatif et une étude de marché pour l'exercice individuel

Nous l'avons déjà vu dans le chapitre précédent au sujet des normes ministérielles et du seuil des 14,2%, le moyen d'attirer les libéraux passe essentiellement par la définition de zones fragiles (ARS) ou carencées (Région Centre) par scorage (nombre de médecins, âge des médecins, âge de la population, richesse de la population) qui se recoupent assez bien malgré des indicateurs différents. Ces zones fragiles — qui compte tenu de l'état de la démographie médicale en région constituent « le pire du pire » — font ensuite l'objet de subventions et de programmes divers pour attirer des médecins, deux exemples figurent en tableau 6.1 page suivante.

Incarnés dans les ARS via la plateforme PAPS¹, ces instruments sont accompagnés d'outils cartographiques (CartoSanté, *cf* : figure 6.1 page 183) librement accessibles depuis un navigateur Internet² permettant à chaque libéral de construire son étude de marché en fonction de la demande (consommation moyenne des soins, zonages) et de l'offre

1. Plateforme d'appui aux professionnels de santé

2. <http://cartosante.atlasante.fr/#l=fr;v=map5>, lien consulté le 31 juillet 2017, installation du plug-in Flash requis.

6.1. POUR UNE RÉPARTITION DES LIBÉRAUX SUR LE TERRITOIRE : DES INCITATIONS MÉTRIQUES ET FINANCIÈRES

TABLEAU 6.1: Exemple d'aides proposés aux libéraux pour l'installation : un zonage avant tout métrique

<i>Caractéristiques</i>	<i>Aide</i>	<i>Aide aux étudiants</i>	<i>Aide à l'installation ou au maintien</i>
Nom		Contrat d'engagement de service public (CESP)	Option démographie
Bénéficiaire		Étudiants en médecine admis à poursuivre des études médicales à l'issue du 1 ^{er} cycle ou ultérieurement au cours des études internes en médecine	Médecin exerçant au sein d'un groupe formé entre médecins d'un groupe pluridisciplinaire ou dans le cadre d'un pôle de santé
Zone		Zone où l'offre médicale est insuffisante et où la continuité des soins fait défaut (liste des lieux établie par l'ARS)	Zone où les besoins en implantations de professionnels de santé ne sont pas satisfaits ou à proximité immédiate (5km en zone rurale/2km en zone urbaine)
Nature et montant de l'aide		1 200€brut/mois	Forfait annuel de 5 000€pour l'exercice en groupe, 2 500€pour les membres d'un pôle de santé [...]
Durée		Durée d'exercice égale à la durée du versement de l'allocation	3 ans
Références		Article L. 632-6 du code de l'éducation	Convention médicale nationale organisant les rapports entre médecins libéraux et assurance maladie signée le 26 juillet 2011

Source : Schéma régional d'organisation des soins

6.1. POUR UNE RÉPARTITION DES LIBÉRAUX SUR LE TERRITOIRE : DES INCITATIONS MÉTRIQUES ET FINANCIÈRES

(attractivité et accessibilité des médecins, activité moyenne des médecins, densité des médecins généralistes), de savoir s'il peut bénéficier d'aides et de numéros de téléphone permettant de joindre des agents de l'ARS, les référents PAPS pouvant apporter des conseils supplémentaires pour accompagner l'installation du libéral.

Si un certain nombre d'effets pervers à ces instruments peuvent être mis au jour (voir : 8.2.2 et BONTRON (2012)) et mettent en évidence l'inefficacité relative de ces instruments dépourvus de moyens de sanction, ces incitations spatiales se complètent dans le cas de l'exercice regroupé par une volonté d'effectuer une répartition des praticiens.

6.1.2 Pour l'exercice regroupé : en plus des précédents, règles de répartition et marketing territorial

Politique menée conjointement par le conseil régional du Centre et par l'ARS, la construction des maisons de santé pluridisciplinaire constitue, à bien des égards, une manifestation du mirage du libéral mentionné par un de nos enquêtés : la volonté très forte³ d'utiliser le libéral pour compenser le retrait de la technicité au sein des établissements, en particulier déchargeant les urgences qui sont aujourd'hui saturées :

Enquêteur C'est un peu paradoxal parce que d'un côté on demande aux hôpitaux de se concentrer, de fusionner, les GHT, ça nous emmène vers un rapprochement et de l'autre côté, voilà on fait ça pour créer des économies, et de l'autre côté on remaille le territoire avec des petites structures qui. . .

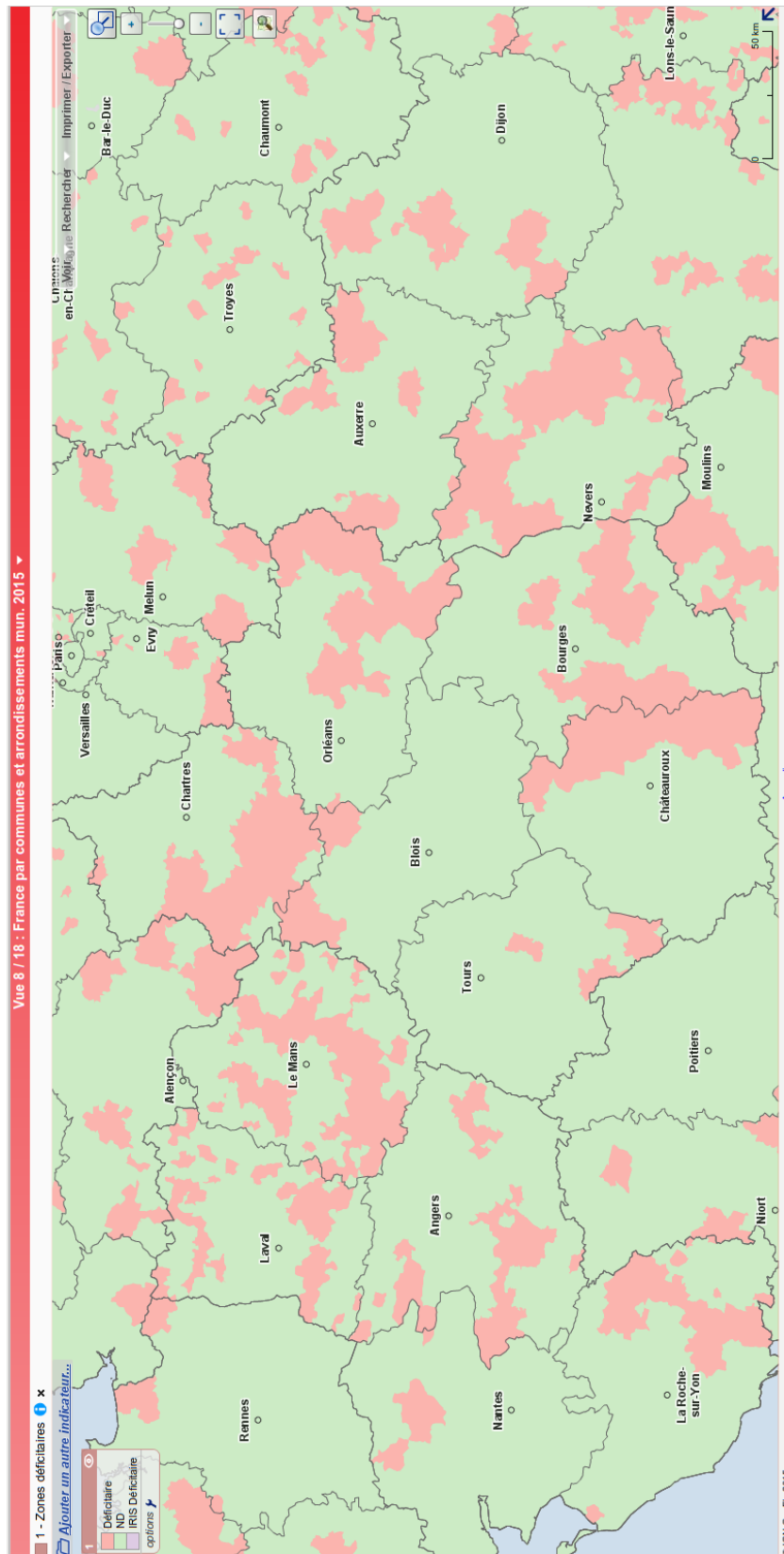
Enquêté Pas pour les mêmes raisons, pas pour les mêmes raisons. C'est-à-dire qu'il faudra toujours des acteurs de santé, notamment libéraux, de proximité parce que c'est bien la 1^{re} ligne, vous n'allez pas aux urgences pour faire soigner votre panaris⁴. Enfin, je, n'importe quoi. Donc il faut bien qu'un médecin généraliste, qui reste la base du dispositif, à proximité donc il y a des zones où il y a des désaffections et à partir de là, il faut ce qu'on appelle le soin de 1^{er} recours donc c'est pas contradictoire parce qu'à la limite,

3. Ainsi le modèle de réponse à l'appel à projet MSP se retrouve insérée dans le SROS, ce qui n'est absolument pas le cas de la trame des CPOM ou des appels à projets en santé publique environnementale.

4. Le sériophile aura reconnu ici une allusion — consciente ? — à une scène se déroulant dans les premières minutes du pilote de la série *Urgences*.

6.1. POUR UNE RÉPARTITION DES LIBÉRAUX SUR LE TERRITOIRE : DES INCITATIONS MÉTRIQUES ET FINANCIÈRES

FIGURE 6.1: Une étude de marché spatiale pour les libéraux



Source : Capture d'écran du service C@rtoSante

6.1. POUR UNE RÉPARTITION DES LIBÉRAUX SUR LE TERRITOIRE : DES INCITATIONS MÉTRIQUES ET FINANCIÈRES

créer à proximité d'une prise de soins primaires pour les 1ers soins, ça évite d'engorger les grosses structures, de les concentrer sur des spécialisations ou des vrais urgences si on va aux urgences donc à mon avis c'est pas contradictoire et puis surtout c'est pour répondre au fait que bien sûr, il y a deux acteurs conflictuels, parce que les directeurs d'hôpitaux, disent : « bah nous aussi, on a besoin de médecins, il nous manque des médecins, on n'arrive pas à recruter » mais d'un autre côté la médecine libérale aussi, peine en zone reculée. Pourquoi ? Au jour d'aujourd'hui, il y a 60%, 65% de femmes dans les facs de médecine. J'ai rien contre les femmes, j'en ai une, ce n'est pas ce que je veux dire, c'est que les femmes, elles ont encore dans notre société d'autres rôles et elles n'aspirent pas à la même manière d'exercer, à tort ou à raison, donc ça c'est un autre débat. Une femme médecin, elle veut exercer, dans sa manière d'exercer, elle veut exercer à condition de pouvoir continuer à protéger son rôle de femme, enfin je dis de femme, souvent de mère et d'organisation.

Agent de l'ARS

Si l'exercice regroupé constitue en effet l'avenir de la médecine générale, comme nous avons pu le constater à plusieurs reprises — dans des formulations moins misogynes toutefois — car il apporte un certain confort dans l'exercice de la médecine — quel que soit le genre du professionnel — le financement de ces maisons dépend en grande partie d'argent public via le CPER car l'ARS ne dispose pas de fonds dédiés pour faciliter leur installation (tout juste peut-elle avec ses crédits financer l'ingénierie territoriale avant le diagnostic). Dès lors, l'obtention d'un financement passe par un cahier des charges conjoint entre ARS et conseil régional. Celui-ci fixe des seuils en termes de nombre de médecins et précise notamment que le projet médical (voir encadré 6.2 page 190) de la structure doit-être validé par l'ARS avant l'accord de la région Centre. D'un point de vue purement spatial, deux règles sont utilisées pour sélectionner les projets :

- d'une part, un éloignement de 20 km entre deux maisons de santé pour mailler le territoire, règle qui n'est dans les faits que peu respectée (*cf* : carte 6.1 page 186 ; la procédure pour établir la carte a consisté à afficher les maisons de santé pluridis-

6.1. POUR UNE RÉPARTITION DES LIBÉRAUX SUR LE TERRITOIRE : DES INCITATIONS MÉTRIQUES ET FINANCIÈRES

ciplinaire dans QGIS et à utiliser l'outil mesure entre deux points pour établir la distance en kilomètres) ;

- d'autre part, privilégier pour les maisons de santé une localisation dans les bourgs-centres (*cf* : carte 6.2 page 188 et encadré 6.1 page 187 pour l'explication de la construction de la carte), règle qui est majoritairement respectée puisque 77,05% des MSP sont situées dans des bourgs-centres.

L'enjeu est donc, dans les localisations retenues de privilégier plutôt les bourgs-centres, espaces ruraux regroupant déjà les services publics locaux car bénéficiant de la première fraction de la dotation de solidarité rurale avec une population importante qui pourrait bénéficier de la maison de santé, qu'un maillage idéal-typique du territoire. En outre, ce choix permet d'articuler les MSP avec les anciens hôpitaux locaux, c'est-à-dire des établissements ayant perdu ou étant sur le point de perdre leur mission de MCO⁵ et qui remplissent notamment des missions de SSR ou sont amenés à se transformer en ÉHPAD, si tel n'est pas déjà le cas du fait des seuils mentionnés dans le chapitre précédent. C'est dans ce sens que s'exprime François Bonneau, le président du conseil régional :

Concernant la localisation géographique précise des projets, il est rappelé que, sous réserve qu'une initiative émerge, les pôles de centralité ou les pôles intermédiaires sont à privilégier. Un intérêt particulier devrait également être porté aux projets de MSP adossés à un « hôpital local » (lits de soins en médecine générale), comme c'est le cas à la Loupe et Châtillon sur Indre. Cela pourrait conduire à encourager les projets de Sancerre, Valençay, Montoire sur Loir ou encore Briare.

L'adossement à ces hôpitaux locaux prend sens quand on ajoute une forte incitation à l'installation d'équipements de télémédecine dans le cahier des charges des MSP, les seules dépenses d'équipements éligibles dans la subvention, dans la mesure où les anciens hôpitaux locaux peuvent envoyer leurs patients dans les MSP pour se faire soigner, des structures particulièrement bien adaptées pour les « polypathomachins » — terme d'un agent de l'ARS — que sont les personnes âgées et peuvent éventuellement se faire aider pour des questions plus techniques par des professionnels plus spécialisés en CHU via la

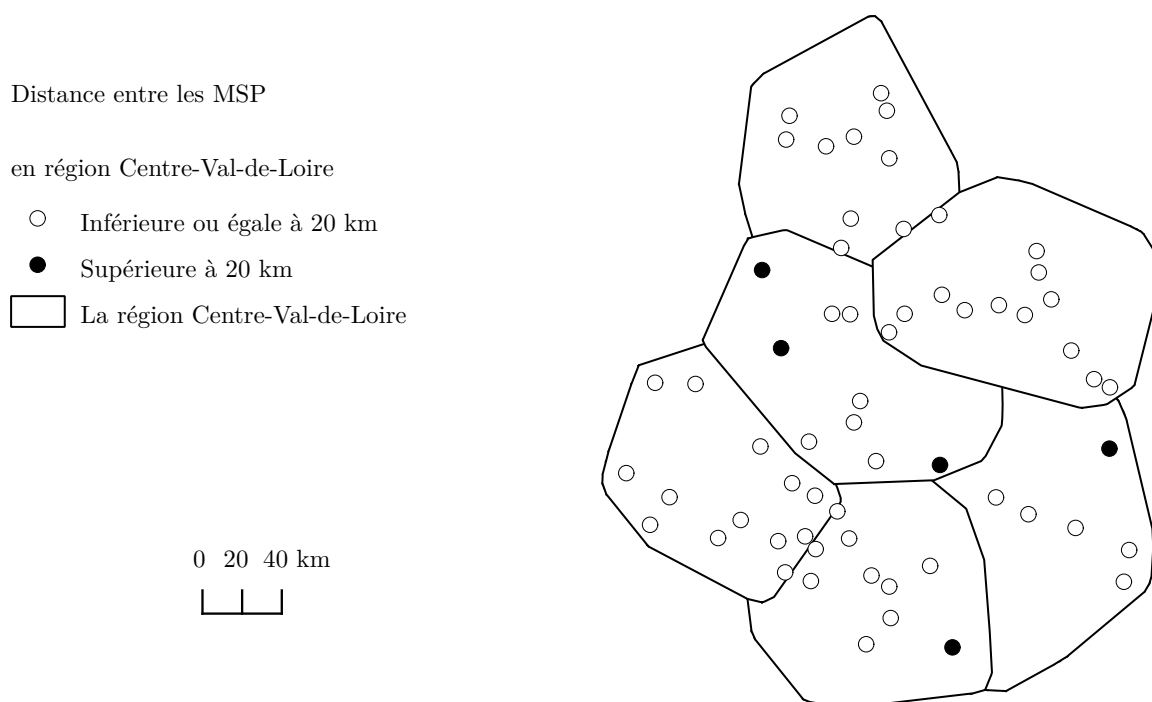
5. Médecine chirurgie obstétrique

6.1. POUR UNE RÉPARTITION DES LIBÉRAUX SUR LE TERRITOIRE : DES INCITATIONS MÉTRIQUES ET FINANCIÈRES

télé médecine. Par ailleurs, l'articulation entre l'implantation de MSP et le développement de la télé médecine nous a été explicitement confirmée au cours de nos entretiens dans la stratégie de cohérence régionale pour l'aménagement numérique (SCoRAN) — même si la compétence numérique relevait du département (SDTAN). La télé médecine comporte plusieurs enjeux : visioconférence ou télétransmission et si la mise en œuvre de l'ADSL suffit pour la plupart des cas en MSP selon le document proposé par la DATAR ayant servi à la réalisation de la carte 6.4 page 190, il est probable que le déploiement de la fibre dans les années à venir renforce le statut de structure pivot des MSP dans l'organisation des soins par l'utilisation de la télé médecine.

Le coût des MSP, vécu comme une véritable subvention à l'installation (un peu plus d'un million par MSP pour les murs) favorise l'implantation dans les zones définies par le régulateur, que cela soit dans les bourgs-centres ou dans les zones carencées définies par la région Centre (*cf* : carte 6.3 page 189), un point également valorisé du cahier des charges depuis sa mise en place en 2011.

Carte 6.1: Respect d'une norme spatiale d'implantation chez les libéraux : les 20 km pour les MSP



Source : *FINESS, Conseil Régional*

6.1. POUR UNE RÉPARTITION DES LIBÉRAUX SUR LE TERRITOIRE : DES INCITATIONS MÉTRIQUES ET FINANCIÈRES

Encadré 6.1: Mode d'emploi de la carte 6.2

Pour établir la carte 6.2, nous avons, à partir du fichier communes proposé dans Atlasanté commencé par établir la liste des bourgs-centres. Pour cela, deux critères étaient possibles :

- d'une part, un critère administratif, le bourg-centre est nécessairement le chef-lieu de canton ;
- d'autre part, un critère démographique : une commune rassemblant plus de 15% de la population d'un canton est automatiquement considérée comme un bourg-centre : Il peut donc y avoir deux bourgs-centres dans un canton (article Article L2334-21 du code des collectivités territoriales).

L'information concernant le statut de la commune étant donnée dans la base Atlasanté, nous l'avons reportée. Ensuite, pour calculer le critère démographique, nous avons commencé par créer une colonne attributaire `depcanton` par concaténation afin d'attribuer un code unique à chaque canton de la région puis avons calculé à l'aide d'un tableur (tableau croisé dynamique) la population de chaque canton avant d'effectuer une requête permettant d'afficher OUI dans la colonne `cheflieu` si la population de la ville `x` était supérieure à 15% de la population totale du canton et que la ville n'avait pas été préalablement étiquetée comme chef-lieu. Par la suite, nous avons superposé la localisation des MSP effectuée dans la carte précédente avec celle des cantons. Une règle supplémentaire concernant l'exclusion des cantons dont les chef-lieux étaient supérieurs à 10 000 habitants n'a pas été rencontrée dans notre cas puisque ces villes étaient déjà exclues du fait de leur statut de préfecture/sous-préfecture.

Si la localisation semble conforme aux recommandations de la région Centre, en particulier sur la localisation dans les bourgs-centres et le respect des zones carencées, les personnes que nous avons pu interroger durant notre thèse soulignent un fort *lobbying* des élus sur le conseil régional, décisionnaire en dernier ressort pour le financement des MSP, pression encouragée par la posture politique du président du conseil régional jouant la partie santé de son programme lors de son élection et de sa réélection en 2015 sur le programme d'ouvertures des MSP au détriment d'un projet médical plus faible, voire de l'opportunisme de certains médecins utilisant la subvention MSP pour refaire à peu de frais leurs cabinets vétustes contre la promesse d'une installation en MSP. En outre, l'absence d'autorisation des MSP par l'ARS et donc de contrôle *a posteriori* pouvant entraîner la fermeture des MSP en cas de non-respect du projet médical commun entraîne la construction de maisons qui peuvent rester vides ou perdre les professionnels de santé au cours du temps, certains médecins proches de la retraite s'insérant dans le projet pour atteindre les exigences requises en nombre de professionnels et construire la maison en espérant ainsi attirer de nouveaux professionnels dans la MSP une fois partis avec une structure existante. L'obligation dans

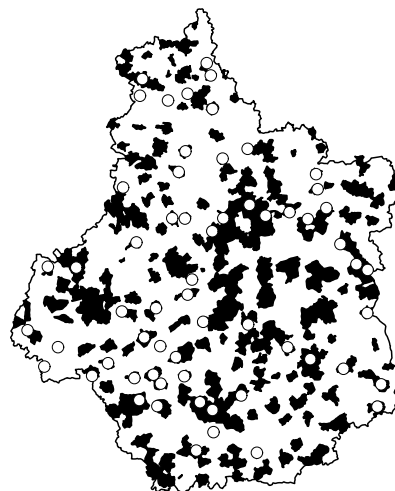
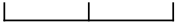
6.1. POUR UNE RÉPARTITION DES LIBÉRAUX SUR LE TERRITOIRE : DES INCITATIONS MÉTRIQUES ET FINANCIÈRES

Carte 6.2: Les MSP, une localisation privilégiée dans les bourgs-centres

Les bourgs centres, zones d'implantation des MSP

- Maisons de santé pluridisciplinaires
- Zones correspondant aux bourgs centres
- Zones non prioritaires pour l'implantation de MSP

0 50 100 km



Source : *FINESS, Conseil Régional*

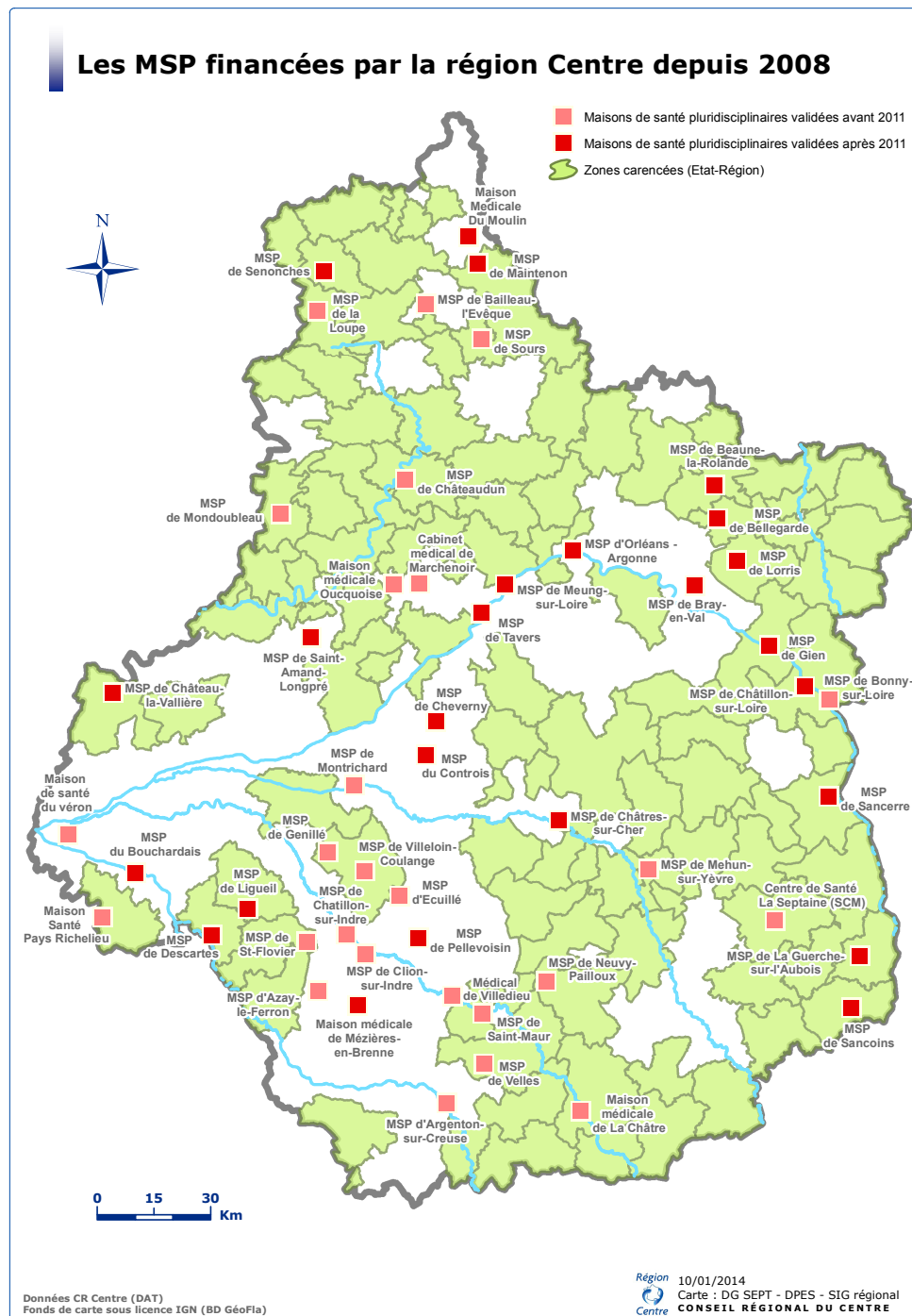
le projet de santé de disposer lors de la candidature de la MSP d'un professionnel ayant la capacité de maîtrise de stage — c'est-à-dire capable d'accueillir des professionnels en formation et de les accompagner lors de la rédaction de leur thèse d'exercice — va dans ce sens et a pour but de montrer à des jeunes médecins, peu encouragés à la médecine générale lors de leur formation initiale, les avantages de l'exercice regroupé en maisons de santé pluridisciplinaires avec l'espoir de les y voir s'installer.

L'exercice regroupé étant particulièrement intéressant pour les praticiens, mais aussi pour les collectivités qui voient l'intérêt d'attirer possiblement plusieurs professionnels de santé, mais aussi, on le verra dans la section suivante, d'organiser des parcours de soin, elles n'hésitent pas à se livrer à des opérations de marketing territorial à destination des jeunes internes en médecine dans les universités ou dans des salons de santé pour attirer les professionnels (*cf* : Figure 6.2 page 192). Ces opérations touristiques, financées par de l'argent public, tiennent en général place dans les contrats locaux de santé signés entre l'ARS, le Pays et la région (notamment) et sont pilotées par les animateurs territoriaux de santé (co-financement ARS/Conseil régional⁶) chargés entre autres opérations de préparer les dossiers

6. C'est ce financement qui incite l'ARS à privilégier le Pays comme zonage pour les contrats locaux de santé (*cf* : carte 6.5 page 199). Cependant, il n'est pas établi que la présence d'un CLS soit déterminant pour l'installation de nouvelles MSP. Ainsi, deux MSP sur la cinquantaine qui ont été ouvertes l'ont été après la signature d'un CLS (*cf* : encadré 6.3 page 194). Le CLS a toutefois prouvé son efficacité pour l'attraction de professionnels libéraux individuels susceptibles de rejoindre une MSP, mais n'apparaît pas pertinent

6.1. POUR UNE RÉPARTITION DES LIBÉRAUX SUR LE TERRITOIRE : DES INCITATIONS MÉTRIQUES ET FINANCIÈRES

Carte 6.3: Les MSP selon leur localisation en zone carencée ou non



Source : Conseil régional du Centre

6.1. POUR UNE RÉPARTITION DES LIBÉRAUX SUR LE TERRITOIRE : DES INCITATIONS MÉTRIQUES ET FINANCIÈRES

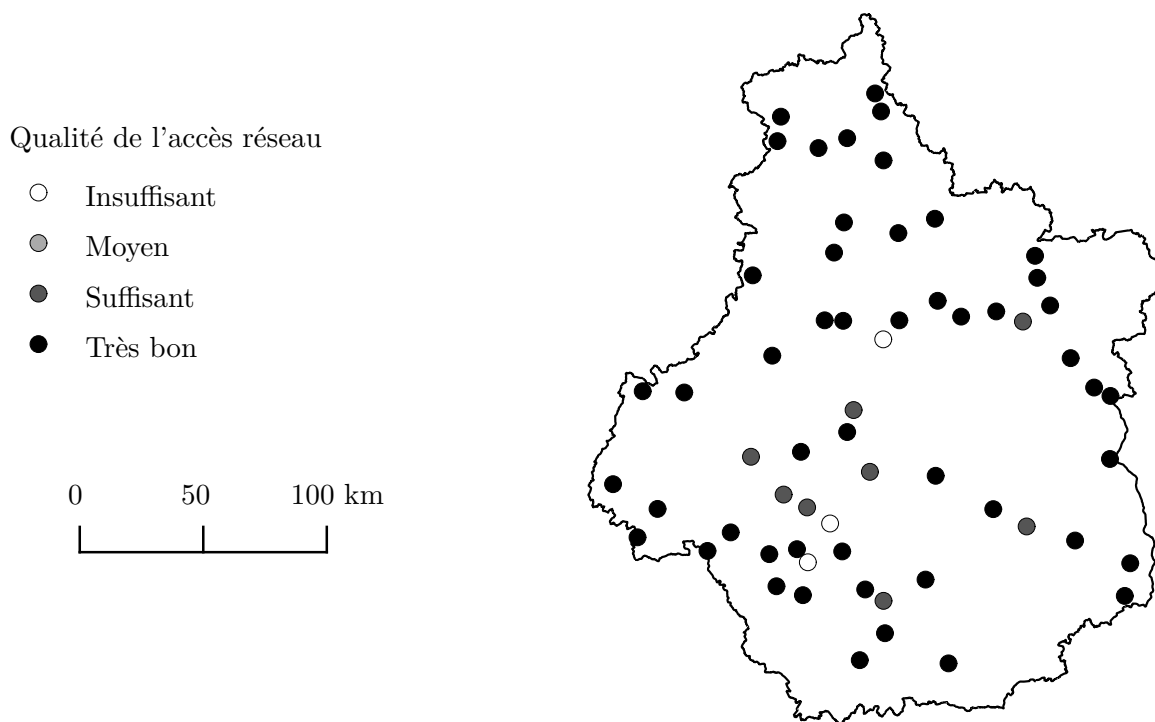
Encadré 6.2: Un projet médical impliquant un réseau intra-organisationnel

L'exercice regroupé est en soi loin d'être un phénomène nouveau dans la pratique de la médecine : l'existence des sociétés civiles de moyens (SCM) rassemblant de nombreux professionnels de santé partageant un secrétariat est une réalité existant bien avant les MSP. Ce qu'apporte la structuration MSP, c'est avant tout la création d'un lieu de coordination d'acteurs qui doit apparaître dans le projet médical validé par l'ARS. Un agent explicite les attendus du projet médical :

Dans le projet d'une MSP, ce qu'on veut, c'est une coordination des acteurs. C'est-à-dire des lieux de rencontre pour l'hygiène, des dates, des comptes rendus, des actions coordonnées, et un outil commun, un secrétariat commun, etc.

C'est pour cette raison que la MSP n'est pas qu'un bâtiment construit par le financement régional. Peuvent s'engager dans une MSP des généralistes qui sont déjà en cabinets individuels ou collectifs (les antennes) et qui bénéficient de l'exercice regroupé par ces réunions de coordination.

Carte 6.4: MSP et télémédecine : une localisation efficace



Source : Atlasanté, Conseil Régional, Note de la DATAR sur la télémédecine

6.2. LA PLACE CENTRALE DU LIBÉRAL DANS LE SYSTÈME DE SANTÉ RÉGIONAL

avec les référents installations de l'ARS à Orléans et au sein des délégations territoriales. Ce faisant, les Pays mettent en œuvre une démarche qui s'apparente à du marketing territorial (introduction de la concurrence entre les territoires pour attirer les médecins, apparition des mécanismes de marché). Les collectivités territoriales utilisent, outre le tourisme, des visuels se rapprochant des annonces de recrutement (*cf* : Figure 6.3 page 193). L'absence de contrat local de santé, nécessaire au financement du poste permettant de mettre en place ce type de démarche est un argument très fort pour convaincre les collectivités à accepter ce contrat qui, en contrepartie, permet à l'ARS d'établir un diagnostic et de réorganiser les acteurs sur l'espace beaucoup plus finement par le biais d'une pré-sélection au sein du contrat local de santé des opérateurs éligibles aux subventions. Nous verrons le fonctionnement de ce mécanisme de contrat local de santé plus en détail dans le chapitre suivant.

Néanmoins, si la localisation de la MSP est importante, on aura compris que son véritable intérêt réside dans son potentiel de création de réseau inter-organisationnel entre les différents opérateurs de santé, la MSP étant appelé, selon l'ARS et le conseil régional, à occuper la place de carrefour du système de santé au niveau local, ce que nous allons voir dans la section suivante.

6.2 La place centrale du libéral dans le système de santé régional

Nous avons vu précédemment que l'équipement en télémédecine rendait l'exercice de la médecine regroupée en maison ou pôles de santé pluridisciplinaires — la différence entre les deux dépendant du nombre de professionnels présents dans la structure — central dans le système de santé, en particulier en articulation avec les hôpitaux locaux. Dans les faits, les MSP, par leur structure réticulaire sont aussi érigées par les autorités de régulation comme un des établissements devant jouer un rôle de carrefour avec les autres opérateurs de santé, voire amenées à coordonner directement ces opérateurs.

pour la création de nouvelles structures). Par ailleurs, le nombre d'agents de l'ARS en capacité de gérer ces espaces qui sont assez chronophages incite l'agence à privilégier un nombre réduit de CLS sur la région.

6.2. LA PLACE CENTRALE DU LIBÉRAL DANS LE SYSTÈME DE SANTÉ RÉGIONAL

FIGURE 6.2: Marketing territorial et professionnels de santé : une approche touristique

*Week-end découverte
«Starting Perche»*



VOUS ACCUEILLIR

Le temps d'un week-end ou d'un court séjour, comptez sur notre hospitalité pour vous faire découvrir notre territoire dans le Perche eurélien, son patrimoine, ses activités et ses produits locaux.



VOUS FAIRE DÉCOUVRIR

Vous serez accueillis chez des hébergeurs, par des élus locaux ainsi que des professionnels de santé déjà installés. Ils vous feront la visite des différents lieux où les installations sont possibles.



VOUS ACCOMPAGNER

Nous nous engageons à vous aider dans vos démarches administratives, à vous proposer les meilleurs offres d'installations et les aides dont vous pouvez bénéficier en terme d'aménagement et d'exercice.

Le Perche recherche des PROFESSIONNELS DE SANTÉ et vous invite à faire sa rencontre !

Source : Dépliant du programme Starting Perche dans l'Eure-et-Loire

6.2. LA PLACE CENTRALE DU LIBÉRAL DANS LE SYSTÈME DE SANTÉ RÉGIONAL

FIGURE 6.3: Des offres d'emploi pour attirer les libéraux



FICHE OPPORTUNITÉS *d'installation de professionnels de santé*
COMMUNE DE SENONCHES, COMMUNAUTÉ DE COMMUNES DU PERCHE SENONCHOIS

OPPORTUNITÉS D'INSTALLATION LIBÉRALE EN EXERCICE REGROUPÉ

Les élus et les professionnels sont mobilisés pour compléter l'offre de soins existante en recherchant :

- 2 médecins généralistes à temps plein
- 1 orthophoniste
- 1 masseur-kinésithérapeute
- des spécialistes à temps partiel (ophtalmologue, ORL, dermatologue, rhumatologue, cardiologue)

Logement à proximité : OUI

► **PRÉSENTATION DE LA STRUCTURE D'EXERCICE REGROUPÉ**

Structure ouverte depuis mai 2013

Description des locaux et des professions représentées
La structure fait 860 m² dont 266 m² de locaux communs de plain-pied. Elle est composée de 11 cabinets fixes. Un projet d'extension est possible. Il y a un parking d'une cinquantaine de places à proximité de la structure pour les professionnels et les patients en consultation.

Les 19 professionnels de santé exerçant dans la structure sont :



Source : Plan Santé 28 (collaboration entre le conseil départemental d'Eure-et-Loire et le Pays du Perche)

6.2. LA PLACE CENTRALE DU LIBÉRAL DANS LE SYSTÈME DE SANTÉ RÉGIONAL

Encadré 6.3: Construction de la requête permettant de connaître le nombre de MSP qui se sont ouvertes dans un CLS après sa signature

Pour déterminer comment le CLS, présenté comme un outil favorisant l'attraction des professionnels de santé, s'articule avec l'ouverture de maisons de santé pluridisciplinaire, nous avons procédé de la manière suivante :

- d'abord, nous avons fusionné toutes les couches correspondants aux différents zonages des contrats locaux de santé (EPCI, Pays, Ville, regroupement de Pays) et avons relevé la date de signature des CLS sur le site de l'ARS ;
- ensuite, nous avons superposé la couche de localisation des MSP dont nous disposions qui comportait la date d'ouverture des MSP ;
- puis nous avons effectué une jointure par localisation permettant d'intégrer les maisons de santé pluridisciplinaire dans les zonages CLS (dans le cas où la MSP ne se trouvait pas dans un zonage CLS, la valeur NULL était renvoyée) ;
- enfin, dans cette nouvelle couche, nous avons affiché la liste des maisons de santé pluridisciplinaire ouvertes à une date postérieure ou égale à la signature du contrat local de santé grâce à la requête SQL suivante :

```
SELECT      "msp_in_cls".NomMSP'      FROM      "msp_in_cls"      WHERE  
"msp_in_cls".DateMSP' >= "msp_in_cls".Date_CLS'
```

Le nombre réduit de MSP ouvertes suite à la signature de CLS (2) tend à nous faire penser que les opérations de marketing territorial visent avant tout à attirer les professionnels individuels dans les MSP existantes plutôt qu'à susciter de nouveaux projets d'installation — ceux-ci étant construits autour de professionnels déjà présents sur le territoire — ce qui correspond à ce que nous avons pu repérer en entretien et dans les données secondaires que nous avons pu collecter.

En revanche, comme nous le verrons plus loin, les MSP occupent une place importante dans les CLS en tant que lieux de coordination entre professionnels de santé, voire d'espaces au sein desquels le cloisonnement des différentes disciplines de santé (curatif et préventif) est remis en question.

Si la mission des professionnels de santé libéraux et singulièrement des médecins généralistes ne se limite pas uniquement à la gestion des soins programmés et non-programmés en assurant des missions de prévention comme la vaccination, cette dernière n'est pas une activité fréquente chez les libéraux. Or, le développement des MSP constitue pour les ARS un levier pour pousser les libéraux à devenir des opérateurs de prévention. C'est ainsi que dans le dossier de candidature au règlement arbitral, une enveloppe de subvention réservée aux MSP qui adoptent la forme juridique SISA et qui sont donc labellisées dans la base de

6.2. LA PLACE CENTRALE DU LIBÉRAL DANS LE SYSTÈME DE SANTÉ RÉGIONAL

données FINESS du ministère de la santé, l'ARS propose aux MSP d'effectuer des actions de prévention correspondant à la planification du PRS⁷ :

Fiche indicateur « Accès aux soins » — Missions complémentaires définies au niveau régional

Intitulé de l'indicateur : « Participer à la réalisation de mission(s) de santé publique complémentaire(s) en fonction des objectifs du projet régional de santé (PRS) pouvant répondre à un besoin spécifique de la région »

Rémunération Variable ; Nombre de points : 350 points par mission de santé publique dans le contrat (*pour une patientèle de 4 000 clients*, dans la limite de 2 missions différentes par contrat, soit 700 points au maximum (*pour une patientèle de 4 000 patients*)); valeur du points : 7€

Détail des critères et modulations possibles Les missions complémentaires définies au niveau régional sont à choisir avec l'ARS et la CPAM parmi la liste des thèmes figurant en annexe 4 du règlement arbitral

- action en faveur d'une amélioration de la couverture vaccinale ;
- lutte contre la tuberculose
- surpoids et obésité de l'enfant [...] ;
- éducation thérapeutique et éducation à la santé

Là où les missions choisies (dans la limite de 2) doivent répondre à des spécificités territoriales et aux objectifs du projet régional de santé.

MSP : dossier de candidature au règlement arbitral

Dans le même état d'esprit, les MSP bénéficient aussi d'un appel à projets ouvert de manière expérimentale en 2015 dédié à la prévention et promotion de la santé pour les structures regroupées et coordonnées. Cet appel à projets, très accompagné dans le sens où il propose lui-même la liste des actions avec les partenaires à contacter, constitue un coupe-file pour les MSP vis-à-vis des opérateurs de prévention classique en concurrence les uns avec les autres selon une procédure de droit commun. Néanmoins, tout comme les autres appels à projets en santé publique et environnementale, nous le verrons dans le

7. Avec un certain succès, 20 structures sur 52 vont « intégrer le dispositif d'ici la fin de l'année [en 2015] » selon l'ARS. *Diaporama présentant le pacte territoire santé*

6.2. LA PLACE CENTRALE DU LIBÉRAL DANS LE SYSTÈME DE SANTÉ RÉGIONAL

chapitre suivant, les actions sont spatialement très localisées, que cela soit au sein d'un CLS — des structures particulièrement favorables à l'implantation des MSP — ou via la typologie des actions de l'ORS qui figure en carte 7.1 page 203. Ce système fonctionne dans certaines structures qui envisagent, pour diversifier les sources de revenus des libéraux contraints à des augmentations de productivité du fait de la stagnation de la consultation à 23€, le recrutement d'un *manager* chargé de remplir les dossiers de subvention et ainsi transformer la MSP en opérateur de subvention :

On va essayer de mettre en place un système de manager de maison de santé donc qui va nous permettre d'être à la disposition des leaders de maison de santé, c'est-à-dire des professionnels de santé qui eux sont leaders, c'est-à-dire c'est la grosse différence entre l'hôpital, le fonctionnement hospitalier ou de clinique où c'est le directeur qui commande et les professionnels qui sont aux ordres du directeur. Nous l'objectif, c'est de faire l'inverse, c'est-à-dire d'avoir un leader qui soit un professionnel de santé qui utilise les compétences administratives etc. de managers qui vont finalement nous aider dans des tâches. Alors les tâches c'est quoi ? Alors nous par exemple actuellement, on est en train de recruter un leader, un manager, pardon pour nos 3 maisons de santé. Bon, j'espère que ça va se faire, parce qu'il faut aussi convaincre les professionnels qu'ils ont besoin d'eux, que ça va leur être utile, etc. Il faut trouver les budgets pour et ce manager va finalement nous aider à gérer les problèmes d'intendance, à avoir un regard extérieur sur le fonctionnement de la maison de santé pour pouvoir nous proposer des pistes d'amélioration, mais aussi aller à la pêche au budget en particulier avec l'ARS et d'autres pour monter des projets.

Professionnel de santé travaillant dans une MSP

Le recours à ces nouveaux modes de rémunération, très attractifs, passe également par la signature, sur la base du volontariat, de CPOM spatialisés indiquant aux professionnels les différentes missions qu'ils pourraient exercer. Le mode de gestion, uniquement incitatif, reflète une volonté de transférer un mécanisme qui s'impose aux hôpitaux aux MSP afin d'exercer un contrôle similaire.

6.2. LA PLACE CENTRALE DU LIBÉRAL DANS LE SYSTÈME DE SANTÉ RÉGIONAL

Une des préoccupations du législateur concerne la structuration des soins et les fonctions notamment du médecin qui se voit attribuer des missions de soins de premier recours dans le cadre notamment des maisons de santé pluridisciplinaires et centres de santé. Afin de remplir ces missions de 1^{er} recours, les structures médicales porteuses d'une offre de soins organisée peuvent signer avec les ARS, des contrats d'objectifs et de moyens ainsi que des programmes d'éducation thérapeutiques en s'appuyant sur des territoires de « santé » pertinents auxquels fait référence la loi, territoires qui peuvent correspondre à une échelle infrarégionale, régionale ou interrégionale.

Discours du président de la région Centre

Un membre du conseil régional se prend même à imaginer l'articulation entre les établissements médico-sociaux et les MSP qui indique bien la place que serait celle des maisons de santé pluridisciplinaire dans le système de santé :

MSP et autres. Je crois que demain, aujourd'hui, dans le projet de santé, c'est un vrai projet de santé, de santé, thérapeutique, en termes de prévention aussi mais thérapeutique et aujourd'hui, c'est ce que nous on demande, l'inclure, une évolution du cahier des charges, qui aujourd'hui, on n'est pas tombé d'accord mais j'espère qu'il va pouvoir évoluer encore parce que c'est, il y a deux solutions. Soit d'emblée on prévoit que la MSP travaille avec les ÉHPAD, bon, ça, ça peut être prévu dans le projet de santé, mais inclus, je dis bien inclus, les systèmes de maintien à domicile, demain, quand une personne ira faire le ménage, la toilette à la personne, le portage d'un repas, etc. Aujourd'hui on le fait, la personne fait son truc, ferme et se barre. Et revient le lendemain éventuellement ou trois jours après. À quoi ça sert ? À part à faire le ménage, etc. Nous, ce que l'évolution des métiers va être de telle sorte qu'il y aura une numérisation et par exemple le portage des repas à domicile, l'intérêt pour le médecin, pour l'infirmier, tout ça, c'est de savoir : « qu'est-ce que la personne a mangé ? Est-ce qu'elle n'a pas des problèmes de nutrition ? Est-ce qu'elle n'a pas des problèmes de, enfin est-ce qu'elle mange bien ? Etc. »

Membre du conseil régional

6.2. LA PLACE CENTRALE DU LIBÉRAL DANS LE SYSTÈME DE SANTÉ RÉGIONAL

Ainsi, si elle ne pratique pas elle-même les opérations de subvention, la MSP, du fait de sa pluridisciplinarité, est toute désignée comme le lieu où les acteurs de prévention peuvent intervenir en partenariat avec les médecins, élément présent dans la demande de subvention prévention et promotion de la santé (PPS) de l'ARS déjà évoquée plus haut à destination des MSP. Ce dialogue lors du débat public organisé par l'ARS pour le forum national de santé dans le cadre de la stratégie nationale de santé en région Centre est un élément mettant bien en évidence cette nouvelle place de lieu support pour des actions coordonnées⁸ :

Animateur du débat Alors, vous me disiez quand on a un peu discuté ensemble pour préparer cette rencontre que le problème de ces jeunes qui ont une conduite addictive, c'est souvent qu'ils sont très éloignés, ils n'y vont pas. Donc l'objectif, c'est de trouver là où ils sont.

Participant Oui.

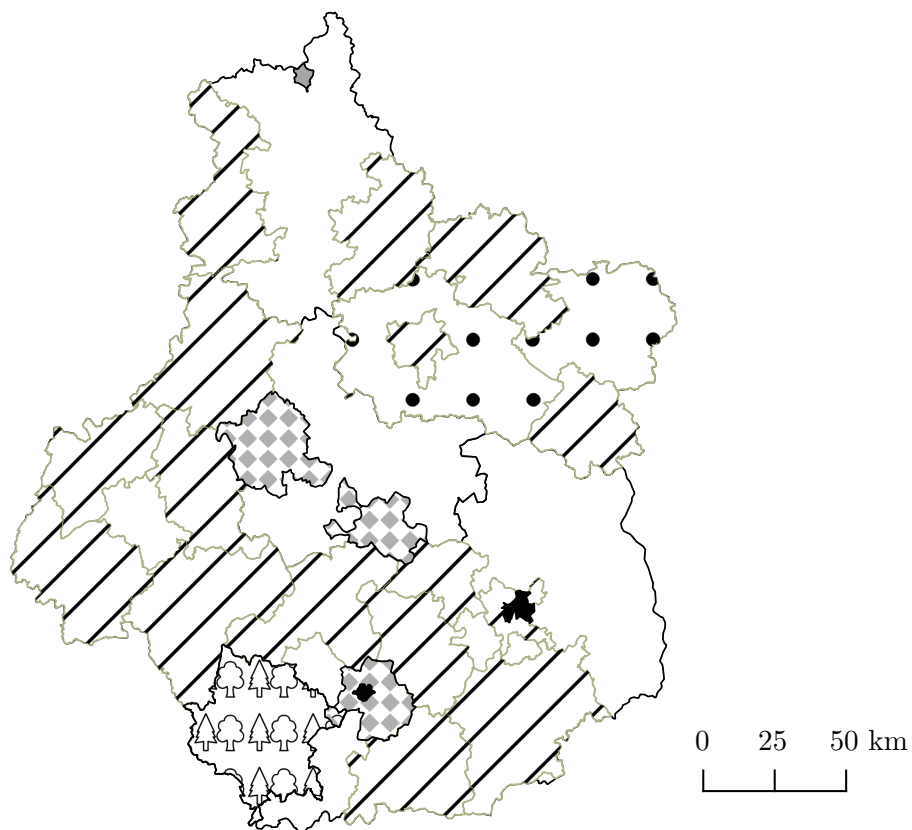
Animateur du débat C'est aussi d'aller trouver dans des structures nouvelles telles que les maisons, je crois, de santé pluridisciplinaires, pluriprofessionnelles où là on risque de croiser des gens et on risque en tout cas de travailler avec des médecins et des infirmiers, kiné, enfin toutes les équipes qui. . .

La place centrale que possède la MSP dans la construction de parcours de santé en prévention ou avec les établissements n'est pas que celle d'un lieu à vocation interdisciplinaire : il s'agit aussi de donner à ce type d'établissement un rôle de coordination d'actions ou d'acteurs sur un territoire, ce qui sera le cas via la création des communautés professionnelles de territoire de santé, un zonage défini par les professionnels de santé sur la base d'un projet de santé et bénéficiant d'une contractualisation avec l'ARS, au risque, selon l'ARS, d'un zonage non-articulé avec les autres opérateurs, en particulier des CLS.







8. Le cadre de cette discussion est ici essentiel pour saisir l'intérêt du *verbatim* : sont invités au pupitre des personnes choisies pour mettre en évidence les « bons exemples » du système de santé. À ce titre, l'intervention du journaliste spécialisé santé, en situation de ménage, qui oriente les paroles de la participante ne laisse aucun doute quant à la teneur des attendus du discours.

6.2. LA PLACE CENTRALE DU LIBÉRAL DANS LE SYSTÈME DE SANTÉ RÉGIONAL

Carte 6.5: Le pays, zonage privilégié des CLS



Zonages administratifs des CLS

-  Les contrats de ville, atelier santé ville (disparus, aujourd'hui étendus)
-  Les contrats de ville, atelier santé ville (encore actifs)
-  Les EPCI (communautés d'agglomération et de communes)
-  Un Parc Naturel Régional
-  Les Pays fusionnés
-  Zones dépourvues de CLS

Source : ARS Centre

6.2. LA PLACE CENTRALE DU LIBÉRAL DANS LE SYSTÈME DE SANTÉ RÉGIONAL

Synthèse du chapitre

Pour supplanter la regradation de la médecine libérale présentée dans le chapitre précédent, la stratégie conjointe de l'ARS et du conseil régional consiste à tenter de mailler le territoire à l'aide de professionnels de santé libéraux : pour ce faire, ils utilisent des incitations zonales métriques par des subventions, la facilitation d'études de marché ou du marketing territorial, mais proposent aussi la création de lieux fondée sur du relationnel qui sied à la fois mieux aux professionnels de santé lassés de travailler en individuel en leur faisant bénéficier d'équipements modernes et de nouveaux modes de rémunération. En se servant de ce levier, les libéraux sont incités à s'insérer dans un réseau inter-organisationnel alliant établissements de santé (via la télémédecine) et structures de prévention, voire à en assurer la direction à l'aide des communautés professionnelles de territoire de santé.

C'est ainsi que la création de ces lieux consacre une nouvelle façon d'exercer la médecine, même si, au-delà de l'affichage de la construction de ces structures, les enjeux de démographie médicale ne sont pas résolus et certaines maisons restent vides. Le chapitre suivant, portant sur les structures de prévention, permet notamment de mettre en évidence comment l'ARS, par des politiques spatiales différenciées, établit une distinction entre les opérateurs de santé et incite par des outils réticulaires à la restructuration des opérateurs.

Chapitre 7

Localiser, mettre en réseau, diffuser : actions en santé publique environnementale

Pour le champ de la prévention en santé publique et environnementale¹, trois moyens d'actions spatiaux peuvent être distingués :

- d'abord, pour les petites structures avec une subvention inférieure à 23 000€ annuels², la mise en œuvre d'un appel à projets spatialisé avec un zonage que l'on pourrait qualifier de technocratique qui permet de restructurer les acteurs sur le territoire par une procédure de mise en concurrence/association ;
- ensuite, pour tous, la création d'un zonage technocratico-démocratique, le contrat local de santé ;

1. Du moins, la dimension santé environnementale qui relève de l'ARS, c'est-à-dire finalement assez peu d'actions en regard des variables de santé environnementales proposées par DAHLGREN et WHITEHEAD (1991), voir Figure 3.2 page 82, le PRS étant dépourvu de volet santé environnementale, la planification relevant du projet régional de santé environnement (PRSE) écrit en collaboration avec la DRÉAL et la préfecture les missions principales passant par le financement d'opération de prévention en santé environnemental intégrées dans le présent chapitre, de diagnostics en santé environnementale (Lig'Air mesurant la qualité de l'air), d'inspection de structures de santé (réseau d'eau, salons de tatouage) la validation des plans locaux d'urbanisme et d'aménagement et la cellule épidémiologie rattachée à l'InVS (CIRE).

2. Somme qui en droit public est définie comme étant le seuil à partir duquel doit s'établir entre l'agent et le mandant une convention, (*cf* : Décret n°2001-495 du 6 juin 2001 pris pour l'application de l'article 10 de la loi n°2000-321 du 12 avril 2000 et relatif à la transparence financière des aides octroyées par les personnes publiques)

7.1. ZONAGES INCITATIFS/REPOUSSOIRS POUR LES PETITS OPÉRATEURS

- enfin, pour les acteurs les plus importants bénéficiant d'une convention, la contractualisation, puis à partir de 160 000€ la contractualisation pluri-annuelle assortie d'une logique spatiale.

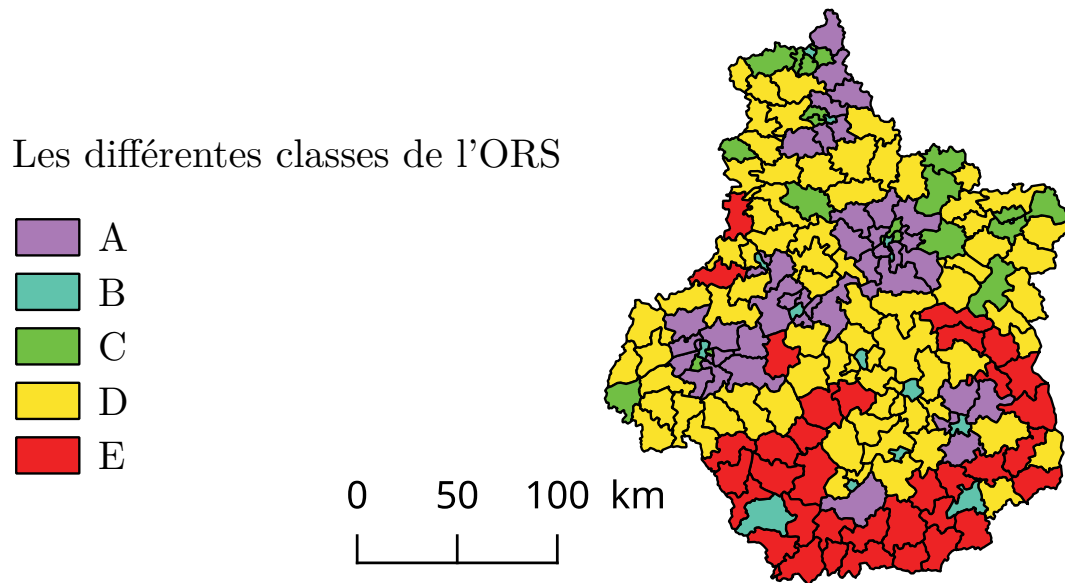
7.1 Zonages incitatifs/repoussoirs pour les petits opérateurs

La logique présidant la gestion des opérateurs les moins importants — dénomination de l'ARS — est celle de l'appel à projets annuel en prévention et promotion de la santé. Pour ce faire, la politique de l'ARS, explicitée dans le schéma de prévention du projet régional de santé est déclinée dans un appel à projets spatialisé. Ainsi, pour chaque thématique de la politique de l'ARS (nutrition, affection et vie sexuelle, etc.) est indiquée une série de zones issues de la typologie des inégalités cantonales de santé réalisée par l'observatoire régional de santé du Centre sous la commande de l'ARS. Cette typologie, qui figure en carte 7.1 page suivante a été réalisée à l'aide d'une analyse en composante principale (ACP) à partir des principales données sanitaires et sociales (mortalité, âge, pourcentage d'handicapés, de bénéficiaires du RSA) de la région. En résulte cinq catégories de cantons qui, reliés aux déterminants de santé correspondant aux thématiques des appels à projets, définissent les lieux prioritaires d'intervention à subventionner (zonage métrique).

Ainsi, dans l'appel à projets concernant les maladies transmissibles, les indicateurs retenus (familles monoparentales, RMI/RSA, chômage, chômage longue durée, allocation adulte handicapé, nombre de personnes de 20 à 29 sans diplôme ou uniquement le certificat d'études primaires) conduisent par scorage à l'élaboration de zones présentées de manière explicite (*cf* : carte 7.3 page 208). Les opérateurs sont donc incités de manière directe à réaliser leurs actions au sein des zones définies par l'ARS.

7.1. ZONAGES INCITATIFS/REPOUSSOIRS POUR LES PETITS OPÉRATEURS

Carte 7.1: Les inégalités cantonales de santé, une norme spatiale pour orienter la politique de l'ARS en santé publique et environnementale



Source : ORS Centre, 2010 (reproduction)

Lors de l'étude des projets, une attention particulière sera apportée aux éléments suivants :

- la description et la prise en compte du contexte et des problématiques locales ;
- la définition d'objectifs pertinents, cohérents avec la problématique et le contexte local, et auxquels des indicateurs mesurables et quantifiables peuvent être associés ;
- la pertinence des modalités de recrutement de la population cible et des milieux d'intervention choisis ;

Appel à projets en santé publique et environnementale 2016, Guide « conduites addictives »

Les opérateurs de prévention ne s'y trompent pas et considèrent le schéma dans lequel s'inscrivent les appels à projets comme des études de marché qui vont leur permettre de proposer des actions à l'ARS. Dans ce contexte, la planification spatiale joue pleinement son rôle de mécanisme incitatif :

7.1. ZONAGES INCITATIFS/REPOUSSOIRS POUR LES PETITS OPÉRATEURS

Enquêteur Du coup, pour vous, le schéma c'est une étude de marché en fait ?

Enquêté C'est un appel d'offres, une étude de marché, en fait l'étude de marché rentre dans l'appel d'offres. C'est-à-dire que je pense que les ARS ont identifié un besoin et ont des actions de prévention au sens général, vraiment. Et donc on est reconnu pour notre compétence sur tous les domaines de la prévention. Dans les autres régions je ne sais pas, mais au moins dans la région Centre on est reconnu, donc on est un partenaire donc on va être privilégié dans les appels d'offres. Je ne sais pas si je réponds à la question.

Entretien avec un opérateur de prévention

Ainsi, à première vue, dans la carte 7.2 page 207, la localisation des opérations de prévention, effectuée par le conseil départemental du Cher et que nous avons pu nous procurer, dans laquelle toutes les opérations de prévention concernant la nutrition, sont effectuées dans des zones valorisées par l'ARS (y compris celles qu'elle ne subventionne pas, mais qui peuvent être sensibles au référentiel qu'elle promeut via l'affichage des appels à projets ou des réunions rassemblant plusieurs financeurs comme la commission de coordination des actions de prévention, cf : encadré 7.1 page 209). Notons toutefois que les zonages incitatifs représentent près de 88,5% du territoire ce qui peut questionner sur l'effectivité de la discrimination spatiale dans l'appel à projets. Le mécanisme d'orientation spatiale peut aussi exclure certaines priorités des appels à projets en légitimant sa décision par l'absence *a priori* de localisation :

Missions d'information et de promotion de la santé collective : Après en avoir informé le CeGIDD, les promoteurs apporteront leur soutien à la mise en place des permanences d'information, d'écoute et d'orientation dans les quartiers et les communes où vivent ces populations en s'articulant avec le réseau social et médico-social local et les structures qui hébergent le public visé. Les projets viseront principalement à informer sur l'utilisation et le mésusage du préservatif, le dépistage répété du VIH et autres IST et sur les différentes prises en charge.

Pour les détenus : Ces actions se feront en maisons d'arrêt et devront être coordonnées, aussi, par les unités de soins (US) et favorisées par l'administration pénitentiaire. Elles devront être faites principalement lors du

7.1. ZONAGES INCITATIFS/REPOUSSOIRS POUR LES PETITS OPÉRATEURS

‘parcours entrant’ des détenus soit par des intervenants extérieurs (structures spécialisées, associations, ...) en coordination avec les US, soit par des intervenants internes (les services pénitentiaires d’insertion et de probation (SPIP) ou l’US). [...]

Pour les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH) :

Ces actions se feront principalement dans des lieux de rencontre.

Pour les personnes migrantes : Seront privilégiées celles séjournant dans les CADA (centre d’accueil des demandeurs d’asile). D’autres lieux sont également envisageables.

Pour les femmes en situation de fragilité/ précarité : Seront privilégiées les actions en foyer maternel mais d’autres lieux sont également envisageables tels que les centres sociaux communaux.

Autres populations : Les autres populations (prostituées, bisexuels) ne seront étudiées que ponctuellement car il s’agit de populations très difficiles à localiser.

Appel à projets en santé publique et environnementale 2016, Guide « Maladies transmissibles »

Les arguments à la fois spatiaux et spécieux — ainsi le « un poids deux mesures » que constitue d’une part la localisation des lieux de rencontre des HSH³ postulant que la socialisation sexuelle homosexuelle s’effectuerait principalement dans ce type de lieux, qui n’est qu’un espace de vie parmi d’autres, et encore pas fréquenté par tous (BELL, 1991 ; BELL & VALENTINE, 1995) ; d’autre part l’impossibilité de localisation de la prostitution qui paraît, *a minima* dans certaines de ces manifestations, notamment urbaines, peu crédible (SÉCHET, 2009) — entraînent de fait l’absence de financement d’actions en faveur d’un public de bisexuel-es ou prostitué-es. Ces questions de zonage métrique, que l’on a déjà pu évoquer dans la gestion des établissements et en incitatif pour les libéraux ne renvoient pas uniquement à la définition du périmètre d’action des organisations, ils sont aussi fonctionnels dans la mesure où ils servent de règles de gestion pour faire disparaître ou regrouper le périmètre des opérateurs concernés :

3. La subvention excluant les FSF.

7.1. ZONAGES INCITATIFS/REPOUSSOIRS POUR LES PETITS OPÉRATEURS

Les promoteurs devront s'assurer que leurs actions s'inscrivent en complémentarité de l'offre et des dispositifs de prévention existants. En effet, l'ARS ne financera pas d'action portant à la fois sur la même thématique, le même public, et couvrant un même territoire qu'une autre action déjà prise en charge par l'ARS ou d'autres institutions, sauf à ce qu'une réelle complémentarité des interventions réalisées soit mise en évidence dans le dossier de demande de subvention.

À l'inverse, l'ARS financera prioritairement les actions qui s'inscrivent dans une démarche de travail en réseau et de partenariat avec les autres acteurs qui interviennent sur la même thématique et/ou le même public.

Appel à projets en santé publique et environnementale 2016, Guide « conduites addictives »

Cette exigence, commune à tous les appels à projets, incite de fait une collaboration entre les opérateurs, ce que l'on retrouve dans la mise en évidence, parmi les critères d'évaluation des projets, sous la rubrique, évaluation en conduite de projets :

- la programmation de l'action dans le temps (évités les interventions ponctuelles isolées sans démarche de prévention en amont ou en aval auprès du public cible, privilégiez les actions qui assurent une progression des interventions dans le temps, éventuellement en complémentarité et en coordination avec d'autres acteurs du territoire) ;
- la qualité des partenariats (collaboration des autres acteurs associatifs et institutionnels, travail en réseau, complémentarité avec l'offre existante et inscription dans un maillage territorial) ;

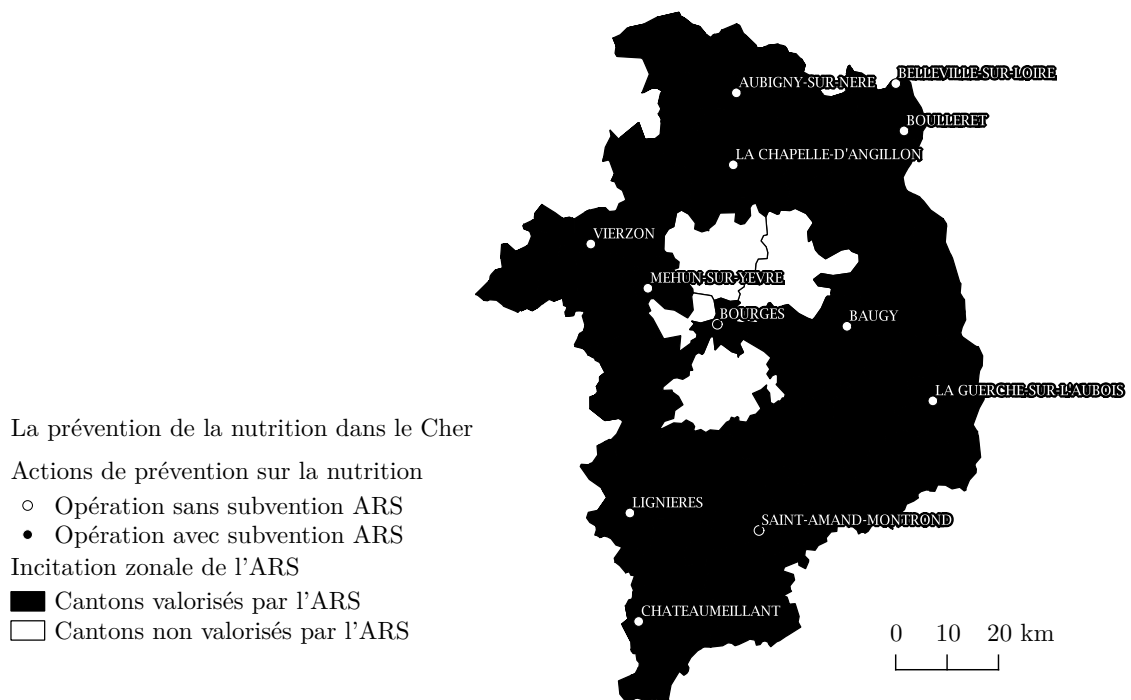
Appel à projets en santé publique et environnementale 2016

Dans les faits, avec ces critères est établie une prime à la reconduction de l'action sur un même territoire ne laissant que peu de place à un nouvel entrant (barrière à l'entrée), sauf en cas de collaboration inter-structure. Toutefois, cette logique de définition de zone n'est pas, on le verra dans les deux sections suivantes, ce qui est privilégié par l'ARS, en particulier du fait de la difficulté à contrôler par l'établissement de ces zones la localisation précise

7.1. ZONAGES INCITATIFS/REPOUSSOIRS POUR LES PETITS OPÉRATEURS

des acteurs (*cf* : 8.1.2.1 page 232). Ce sont plutôt les mécanismes de contractualisation individuels, à la manière des CPOM et surtout la contractualisation zonale qui sont les modes de contrôle spatial inter-organisationnel les plus valorisés par l'ARS.

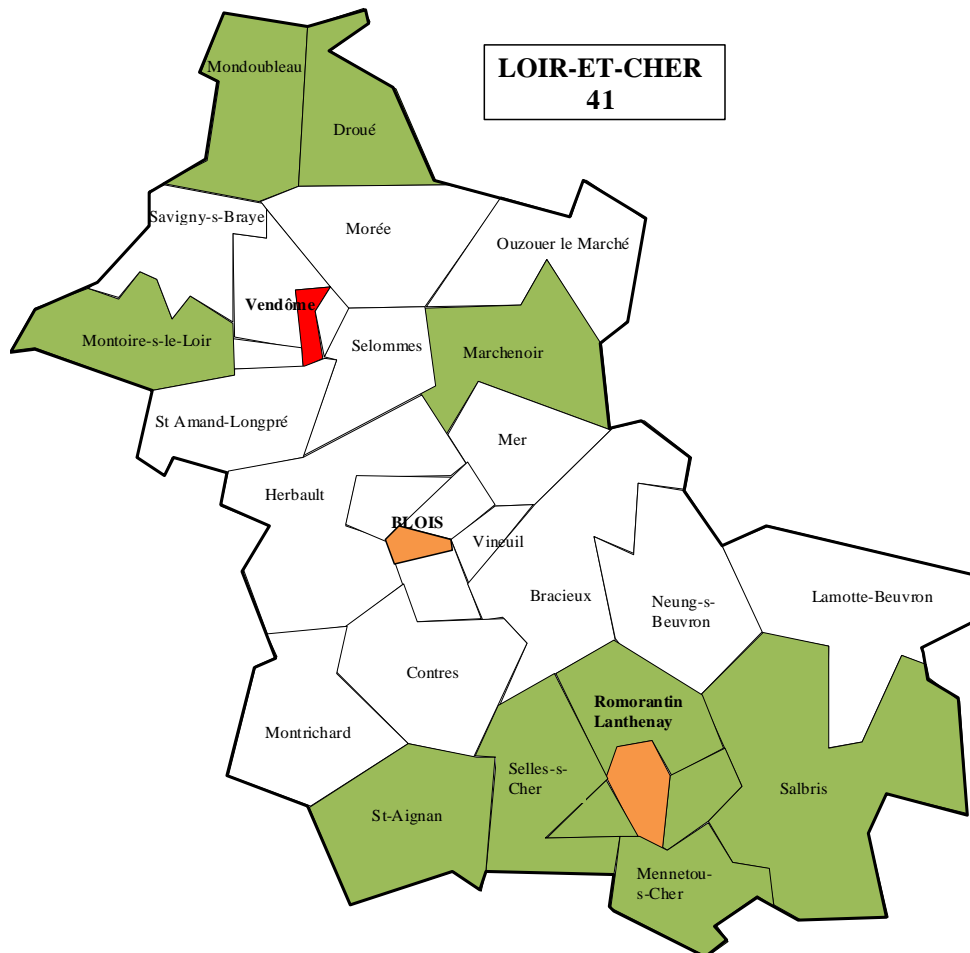
Carte 7.2: Opérations de subvention en nutrition et appels à projets de l'ARS : un lien déterminant ?



Source : Conseil départemental 18, Guide subvention nutrition, typologie ORS (élaboration personnelle)

7.1. ZONAGES INCITATIFS/REPOUSSOIRS POUR LES PETITS OPÉRATEURS

Carte 7.3: Les zonages prioritaires pour les opérations de prévention concernant les maladies transmissibles dans le Loir-et-Cher



20

Source : Appel à projets en santé publique et environnementale 2016, Guide « Maladies transmissibles » ; en rouge les zones prioritaires, en orange les zones moyennement prioritaires, en vert les zones moins prioritaires, en blanc les zones non prioritaires

7.2. LA CONTRACTUALISATION SPATIALE POUR LES GRANDS OPÉRATEURS

Encadré 7.1: Les appels à projets en santé publique et environnementale : de la coordination inter-ministérielle

Du fait du caractère éminemment interdisciplinaire de la santé publique, celle-ci concerne tous les ministères. Ainsi, organiser des opérations de sensibilisation à la vie affective et sexuelle dans les lycées relève à la fois du rectorat et de l'ARS. Dans ce cas, deux cas de figure se présentent : soit l'appel à projets est conjoint — c'est le cas de la DRÉAL et de l'ARS par exemple sur la prévention des risques auditifs — soit il dépend uniquement de l'organisme financeur.

Dans cette dernière situation, la fragmentation des subventions — un demandeur d'ordre refuse de financer l'action à 100% — pousse les opérateurs à monter son budget en adressant ses demandes de subvention à différents financeurs. Résulte de cette démarche que si un financeur fait défaut, l'opération est compromise et l'argent avancé par les autres est versé inutilement. En conséquence, l'ARS a mis en place une commission de coordination dans le domaine de la prévention — indépendante de la commission prévention de la CRSA — rassemblant principalement les représentants des principales administrations de la RÉATE, mais aussi des élus chargés de définir les priorités en termes de subvention.

Lors d'un entretien avec l'un des membres de ladite commission, il est apparu que l'enjeu n'était pas tant de s'accorder sur des zones prioritaires que de définir, en amont des appels à projets, des priorités politiques (prévention scolaire, pour les personnes âgées), le choix d'accorder des subventions à tel ou tel projet dépendant de l'organisme financeur — sachant, comme nous l'avons vu dans ce chapitre, que le nombre d'acteurs est assez restreint et que ce sont souvent les mêmes actions qui sont proposées, élément renforcé par la présence dans l'appel à projets de critères valorisant la continuité des actions.

7.2 La contractualisation spatiale pour les grands opérateurs

À partir du montant de 160 000€ annuels versés par l'ARS pour des opérations de prévention, l'agence propose aux opérateurs de pluriannualiser la convention signée afin de fluidifier le traitement des dossiers par l'administration, la seule limite étant la non-plurannualité du budget de financement de la sécurité sociale (PLFSS) qui, *de facto*, fait reposer la validité du contrat sur la confiance que l'opérateur accorde à l'agence régionale de santé, celle-ci s'engageant, selon les mots d'un agent de l'ARS, moralement à verser la subvention. La pluriannualité de cette convention implique de la part de l'ARS un changement dans la gestion de l'opérateur sur un modèle proche des CPOM :

7.2. LA CONTRACTUALISATION SPATIALE POUR LES GRANDS OPÉRATEURS

Enquêté C'est plus les opérateurs qui décident, c'est nous. Cf : c'est nous donc je continue, on n'est pas loin du CPOM donc là, l'ARS dit : elle fixe les objectifs d'accord.

Enquêteur Ou c'est négocié ?

Enquêté Bien sûr, on discute, là c'est les réunions qu'on a en ce moment donc on va dire : l'ARS voudrait que vous alliez là vers tel public pour faire x. On a bien l'histoire du triangle⁴. Ok. Ça c'est l'objectif et derrière on vous donne des pesettes, des moyens.

Enquêteur On sécurise sur un temps plus long.

Entretien avec un agent de l'ARS

La contractualisation n'est pas seulement utile pour localiser l'action de prévention dans une zone précise, elle peut aussi, le cas échéant, conformément à la planification retenue dans le cadre du PRS, élargir l'activité d'une organisation pour couvrir des besoins sur un espace précis et, dans le cas que nous exposons dans le *verbatim* suivant, occuper des fonctions de coordination d'acteurs afin de créer et d'organiser des parcours autour d'une certaine pathologie :

Créé en 2000, le Réseau Sans Tabac a été constitué à l'initiative du CESEL, auquel il est juridiquement rattaché, pour agir en matière de prévention sur la problématique du tabagisme. Depuis 2002, il bénéficie d'un financement au titre des réseaux de santé et a consacré son activité à cette cause exclusive pendant plus de 10 années.

Se conformant aux orientations régionales déclinées dans le PRS et qui appellent une ouverture à l'ensemble des addictions avec produit (tabac, mais également alcool et drogues illicites) ou sans (jeu pathologique et cyberaddictions, troubles du comportement alimentaire, etc.), le réseau a changé d'appellation en devenant Réseau addictions et en élargissant ses missions pour « favoriser l'accès à la prévention et aux soins en addictologie aux jeunes, aux personnes en situation

4. Résumé un peu plus tôt dans la conversation : « nous on souhaite que vous alliez là pour voir tel public sur telle thématique »

7.2. LA CONTRACTUALISATION SPATIALE POUR LES GRANDS OPÉRATEURS

de vulnérabilité et à l'ensemble des habitants en développant la coordination des professionnels et acteurs de santé du territoire ».

C'est donc désormais à cette mission de coordination que se dédie le Réseau addictions qui réunit au sein de son comité de pilotage l'ensemble des acteurs de l'addictologie du département avec pour objectif d'améliorer la fluidité de la filière de soins sur le plan territorial. Ses membres se réunissent régulièrement notamment au sein d'un groupe sur l'évaluation des pratiques professionnelles.

Document interne à l'ARS

Les opérateurs de subvention à qui l'on propose ces pseudos-CPOM sont particulièrement demandeurs de telles conventions qui leur apportent une certaine visibilité sur un temps plus long, un traitement administratif simplifié, mais qui, de fait, permettent à l'ARS de contraindre beaucoup plus facilement et précisément les structures à se rendre où elle le souhaite. Cette façon différente de contrôler les opérateurs de prévention est encouragée par l'ARS du fait d'une politique de regroupement impulsée implicitement par la logique de collaboration sur une même zone évoquée précédemment ou beaucoup plus explicitement comme lors de l'exposé de sa nouvelle politique de prévention, en 2017, auprès des acteurs :

Stopper financement en dessous d'un certain seuil — regroupement des acteurs :
partage des stratégies/mutualisation des fonctions supports

Orientation régionales de l'ARS en PPS, Diaporama mis en ligne sur le site de l'ARS, février 2017

Au-delà de l'impératif normatif explicité de manière assez nouvelle dans cette campagne en 2017, la tendance au regroupement pour économie que l'on retrouve chez les opérateurs de santé publique et environnementale est un peu plus ancienne. Elle renvoie à l'exigence de professionnalisation dont fait preuve l'ARS en privilégiant l'instauration de démarches qualité dans ses appels à projets ou en leur demandant — et nous sommes bien dans la filiation de la logique du NPM — de transformer leurs actions en prestation :

Enquête La prévention, on en parle beaucoup mais on en fait très peu. Et on en fait très peu parce qu'on n'a pas beaucoup de moyens et les moyens qui sont entre les mains des ARS sont extrêmement faibles au regard des

7.2. LA CONTRACTUALISATION SPATIALE POUR LES GRANDS OPÉRATEURS

quelques moyens qui existent en tout sur un territoire. Et donc, ce qui fait qu'aujourd'hui parce que le but c'est de dire « comment est-ce que vous faites pour trouver les porteurs, les promoteurs ? ». Hé bien aujourd'hui les porteurs sont de moins en moins nombreux. On leur a demandé de faire des choses qui sont extrêmement compliquées à réaliser. On leur a demandé d'une part de faire des économies de gestion en cherchant des co-financements pour réaliser leurs projets et non pas à avoir tous leurs œufs dans le même panier. Certains promoteurs de santé, de santé publique, de prévention et de promotion de la santé, travaillaient exclusivement avec nous par exemple. On leur a dit : « nos crédits baissent d'une année sur l'autre, ne comptez plus uniquement sur les crédits de l'ARS, vous devez vous diversifier en cherchant des co-financements ailleurs ».

Enquêteur Par exemple ?

Enquêté Hé bien, les plannings familiaux, les CODES, comités départementaux d'éducation pour la santé, qui sont des piliers dans les départements puisque c'est eux qui offrent à la fois tout ce qui est la documentation, la formation des autres associations sur leurs territoires qui organisent aussi tout ce qui a à voir avec la coordination des acteurs en termes de coordination de projets. Hé bien, ils avaient des habitudes de travail basées sur une quasi-gratuité de leurs actions. On leur a dit « certes, vous avez une subvention mais cette subvention là, elle ne va pas faire le tour de vos besoins. Désormais, arrêtez de faire un certain nombre d'actions gratuites, n'en faites plus. Vous n'avez plus la possibilité de faire ces actions gratuites. Vous devez au contraire vous orienter vers des projets où vous savez que vous serez payés en retour ». L'exemple parlant de cela, ce sont les actions organisées dans les collèges, les lycées, les écoles. Je dirai que par doctrine de pensée, les CODES, dès qu'ils étaient appelés, ils allaient gratuitement en se disant « certes, on n'est pas payé mais là on touche le public cible des jeunes donc c'est vraiment notre cœur de métier, c'est la cible que nous allons toucher » et ils se disaient, n'ayant pas forcément une habitude de gestionnaires de budgets

7.2. LA CONTRACTUALISATION SPATIALE POUR LES GRANDS OPÉRATEURS

« hé bien on va y aller, de toute façon on va toucher une subvention versée par l'ARS et puis basta ! ». On leur a dit « c'est fini, vous ne pouvez plus, c'est juste fini, vous devez avoir d'autres stratégies de mise en œuvre ». Donc d'une part, on leur avait dit : « maintenant, vous vous faites payer pour ce que vous avez à faire », d'autre part « vous mutualisez vos actions avec d'autres acteurs, vous cherchez des co-financements ailleurs » et si au bout de deux, trois ans, ils s'aperçoivent que les crédits continuent à baisser, hé ben, ils disparaissent. Et aujourd'hui, on arrive à un paradoxe, c'est qu'on parle partout de prévention et il y a de moins en moins de promoteurs. Et parallèlement on leur demande aussi d'être de plus en plus techniques, d'être des experts, d'être des techniciens, de se professionnaliser pour être en capacité de travailler sur des référentiels régionaux, sur des moyens validés par des instances de réflexion régionales en matière de prévention, etc., etc. sauf qu'au final, quand il n'y a plus de sous dans la caisse, on ferme et donc on a des manifestations de telle ou telle association qui nous dit qu'ils vont mettre du monde à la porte. Voilà, c'est notre quotidien. Les associations en particulier, le monde associatif, qui est le monde essentiel autour de la prévention est en grand danger parce qu'ils n'ont pas de pérennité de financements. Voilà.

Entretien avec un agent de l'ARS

Avec ce *verbatim*, si les raisons du regroupement sont bien mises en évidence, nous pouvons déjà souligner l'un des effets inattendus du dispositif : en réduisant le nombre d'opérateurs, il réduit *de facto* le nombre d'actions de subvention. Ce mécanisme possède une autre conséquence possible que nous verrons un peu plus en détail dans le chapitre suivant : la désignation parmi les opérateurs de prévention amenés à participer à des contrats locaux de santé non pas des membres d'organisations locales, mais des techniciens-experts fédéraux ou nationaux dont le but est de proposer, en regard du diagnostic, une prestation standardisée qui permettra de toucher une subvention. Une démarche qui constitue, en soi, un dévoiement de la logique purement locale visant à coordonner les opérateurs pour

créer du réseau spatial inter-organisationnel, ce que représente le contrat local de santé, instrument que nous allons détailler maintenant.

7.3 Le contrat local de santé : instance de promotion, coordination et régulation

Instrument *a priori* transversal — en témoigne son rôle dans l'organisation des opérations de marketing territorial dans le but d'attirer des professionnels de santé — le contrat local de santé (CLS) concerne avant tout les actions de santé publique et environnementale, essentiellement pour des raisons organisationnelles internes à l'agence régionale de santé : son pilotage, assuré en délégation territoriale, étant assumé, avons-nous appris lors de la phase empirique de cette thèse, par le service idoine et non en collégialité du fait de la non (ou maigre) appropriation de la logique CLS par les départements d'organisation de l'offre de soins et médico-sociaux.

De ce fait, même si les établissements de soins et médico-sociaux sont intégrés dans les contrats locaux de santé et sont incités à mettre en place des actions de coordination ville/hôpital ou de prévention, les négociations pour autorisation d'implantation ont déjà été placées au niveau du siège lors du SROS(MS) et les seuils que nous avons mentionnés au chapitre 5, qui sont cruciaux pour les établissements échappent à cette instance de gouvernance territoriale. En résulte une désaffection de ces derniers pour ce zonage, en dépit d'une participation formelle nécessaire, mais *a minima*.

En dépit de cette limite dont nous reparlerons dans le chapitre suivant, le contrat local de santé s'inscrit dans une logique efficace de diffusion de la politique de l'ARS auprès d'acteurs institutionnels, de réorganisation des opérations de prévention, de création de parcours entre opérateurs et nous l'avons déjà mentionné au chapitre précédent, de facilitateur d'implantation des libéraux.

7.3.1 Un outil de déclinaison spatiale de la politique de l'ARS

« Mettre la santé dans toutes les politiques ». Telle est, selon les mots de l'un des agents de l'ARS interrogé, la volonté que l'on retrouve dans l'élaboration des contrats locaux de santé. Force est de constater, lors de l'examen des signataires — qui peuvent varier selon les CLS — des contrats locaux de santé qu'il s'agit de rassembler autour de l'élaboration d'un contrat commun des acteurs variés de la santé : opérateurs de prévention, établissements, services déconcentrés, assurance maladie, de nombreux élus locaux (maires, syndicats de pays) et même quelques habitants (lors du diagnostic uniquement). L'organisation de ces CLS répond aux canons de la gouvernance territoriale notamment définis par LELOUP, MOYART et PECQUEUR (2005) : la mobilisation des acteurs par le public autour d'un diagnostic puis l'élaboration démocratique d'une planification d'actions conduisant à faire dialoguer des acteurs aux intérêts divers.

Au-delà de cette caractérisation *in abstracto*, il s'agit pour nous de mettre en exergue *in concreto* deux des lames de fond permettant à l'ARS de décliner sa politique publique — explicitement le PRS — via les CLS le *lobbying* auprès des acteurs et singulièrement des élus et la création d'espace incitatif pour les opérateurs.

La signature de l'élu est centrale pour l'ARS, d'une part parce que sa signature est une condition légale *sine qua non* à l'établissement du contrat⁵, mais aussi parce que le CLS est un moyen pour l'agence de sensibiliser le maire ou le président de la communauté de commune aux conséquences possibles de ses politiques en faveur de la santé, qui ne relèvent pas de la compétence directe de l'ARS. Ainsi, l'aménagement d'espaces verts ou la présence de services de proximité encourageant la marche à pied plutôt que l'utilisation de l'automobile sont autant d'éléments d'aménagements urbains relevant des élus locaux qui jouent un rôle important sur les déterminants de santé. De ce fait, dans la brochure nationale présentant l'instrument CLS figure un argumentaire à destination des élus locaux :

En tant qu'élu local, vous pouvez agir sur la santé publique grâce à vos compétences dans divers domaines : logement, aménagement urbain, cohésion sociale, petite enfance...

5. Et en l'absence de contrat, c'est la politique définie dans le PRS qui s'applique.

7.3. LE CONTRAT LOCAL DE SANTÉ : INSTANCE DE PROMOTION, COORDINATION ET RÉGULATION

Vous êtes un acteur clé pour développer des environnements favorables à la santé. Par votre connaissance fine des synergies locales, votre capacité à mobiliser services municipaux et réseaux d'acteurs, ainsi que par votre rôle de médiateur, vous pouvez agir pour réduire les inégalités. À l'échelle nationale, la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé est plus fréquente dans les politiques publiques. Dans les territoires urbains, c'est l'objectif majeur des Ateliers Santé Ville. Ces démarches sont particulièrement impliquées dans l'élaboration des Contrats locaux de santé signés (notamment) entre les Agences régionales de santé et les collectivités territoriales.

Brochure nationale des CLS

Au-delà de l'élu local, l'ARS se retrouve fréquemment dans cette situation de devoir faire du *lobbying* auprès d'autres structures de la RÉATE pour intégrer la santé dans les feuilles de routes des administrations. Le CLS constitue certes un moyen pertinent de réaliser ces opérations, lorsque sont invités les représentants des administrations lors des diagnostics locaux de santé, préalables à l'instauration des CLS, mais c'est au sein des instances de gouvernance territoriale ou de coordination où l'agence est elle-même présente comme invitée que se jouent les actions de *lobbying* les plus importantes :

Lorsque vous participez au pôle départemental de lutte contre l'habitat indigne, en lien effectivement avec les autres services de l'État, et lorsque, effectivement, vous allez défendre, promouvoir des procédures relevant du code de la santé publique, c'est tout un jeu, une action d'animateur territorial. Et enfin, ce qu'on fait également pour prévenir les risques auditifs, en lien avec la DDT et la DRÉAL, parce que là, pour le coup, on n'a aucun budget au sein de l'ARS, les fonds sont bien portés par la DRÉAL qui localement redescendent via la DDT.

Cadre dirigeant de l'ARS, séminaire de formation autour de l'animation territoriale.

Cette position de l'ARS, mais aussi des autres agences qui doivent « vendre » leur programme aux autres structures de l'État correspond bien à la logique de morcellement des politiques de l'État issue du *New Public Management* et mise en œuvre depuis la

7.3. LE CONTRAT LOCAL DE SANTÉ : INSTANCE DE PROMOTION, COORDINATION ET RÉGULATION

LOLF. Pour en revenir au contrat local de santé, si la cible principale est l'élu, il est nécessaire de disposer, dans cette instance de gouvernance territoriale des opérateurs de santé. Or, pour convaincre ces derniers de participer au diagnostic, à l'élaboration, puis au suivi des différentes instances du contrat local de santé, l'agence a établi une règle explicite d'attribution des subventions entre les opérateurs de prévention : sur les appels à projets en prévention et en promotion de la santé, les actions définies au sein d'un CLS sont prioritaires sur toutes les autres demandes de subvention (mécanisme de coupe-file).

Des dynamiques territoriales : Les territoires couverts par des Contrats Locaux de Santé (CLS) et les quartiers prioritaires de la politique de la ville⁶ seront prioritaires au vue des dynamiques spécifiques qui y sont mises en œuvre.

Appel à projets en santé publique et environnementale 2016, Guide « conduites addictives »

Cette incitation est d'autant plus intéressante pour les opérateurs de prévention que le contrat local de santé, s'il a pour but d'aboutir, par un diagnostic à la mise en œuvre de nouvelles actions, consiste souvent, dans les faits, à la pérennisation d'opérations de prévention, ou à leur mise en valeur :

Oui, mais c'est compliqué, souvent dans le CLS, les fiches-actions correspondent à des actions qui sont déjà en cours ou qui sont en réflexion, etc. Et ce qui manque au niveau du CLS, c'est ce que je pense au niveau de la conférence de territoire, c'est un budget propre. On n'a pas de budget propre. Quand la MSA, sur les actions de prévention, la MSA dit : « moi je fais des ateliers mémoire ou des ateliers physiques » alors que ça ne correspond pas à tous les territoires, si on dit : « il faut les développer sur tel ou tel territoire », elle dira « bah qui c'est qui paye ? » Et comme on n'a pas de budget propre, ouais c'est gentil. On dit : « on va développer telle ou telle action ». Souvent les actions

6. Les quartiers politiques de la ville sont inclus dans cette priorisation car pour les agents de l'ARS le CLS devient le volet santé du contrat de ville portant sur les quartiers prioritaires dans le cas où le quartier se trouve dans la zone d'un CLS ; en outre deux contrats de ville (Bourges, Châteauroux, cf : carte 6.5 page 199) ont été explicitement étendus en ÉPCI ou en Pays. La démarche d'élaboration entre les ASV non CLS et les CLS sont d'ailleurs assez similaires. On notera sur la carte 7.4 page 223 que la présence d'un CLS peut être une variable explicative intéressante pour justifier le subventionnement des opérations de nutrition.

7.3. LE CONTRAT LOCAL DE SANTÉ : INSTANCE DE PROMOTION, COORDINATION ET RÉGULATION

qui sont portées dans les CLS, qui sont nouvelles, c'est plus des actions de communication en disant : « ça, ça se fait sur le territoire, etc., ça ça se fait », peut-être d'optimisation de certaines actions, mais de nouvelles actions, propres, qui sont portées sur l'ensemble du territoire avec de nouveaux financements...

Membre d'un CLS

Dès lors, être présent au cours du diagnostic et dans les réunions de coordination du CLS permet aux opérateurs, comme lors de la mise en place du SROS pour les établissements, de négocier pour maintenir, voire pour faire avancer leurs propres politiques. Il existe toutefois une différence décisive avec le PRS : si lors de l'établissement du SROS, les acteurs présents sont des représentants des opérateurs et donc sont éparpillés sur le territoire, la co-présence au sein du CLS des acteurs eux-mêmes contribue de manière beaucoup plus efficace à leur mise en réseau au sein du même espace.

7.3.2 Création de réseau et de parcours

Cette logique réticulaire inter-organisationnelle — qui peut aboutir à la constitution de parcours de santé et à la co-production d'actions financées via le CLS — débute dès le diagnostic au cours de réunions où se rencontrent, parfois pour la première fois, des acteurs de santé ou du social :

Ouais, ouais mais non les gens sont contents de ces réunions justement, ils nous remercient même à la fin. Honnêtement, on participe à créer une dynamique quand on organise ces réunions. Ouais, les gens nous remercient, ils apprennent à se connaître, parce que des fois, même s'il y a des territoires qui sont dans des problématiques importantes, mais ils ont su s'organiser parfois très très en amont et ils se connaissent. Mais, sur certains territoires, ils ne se connaissent pas et du coup ils se découvrent, ils découvrent les missions de leurs structures, ils sont assez... C'est impressionnant, mais... et du coup on participe à ça, à créer cette dynamique, je pense qui après est profitable pour le CLS, quoi.

Membre d'une équipe chargée du diagnostic conduisant à l'élaboration d'un CLS

7.3. LE CONTRAT LOCAL DE SANTÉ : INSTANCE DE PROMOTION, COORDINATION ET RÉGULATION

Ainsi peuvent se déployer au sein des CLS des fiches-actions rassemblant plusieurs acteurs⁷ et susceptibles de mobiliser plusieurs sources de financement qui sont présents au sein du comité de pilotage, quand il ne s'agit pas de l'ARS elle-même (tout aussi présent au conseil de pilotage et finançant la moitié du poste de l'animateur territorial de santé chargé de coordonner les travaux du contrat local de santé en collaboration avec le financeur public, en général le syndicat de Pays, *cf* : carte 6.5 page 199). Ainsi, dans le contrat local de santé du pays du Perche, la « fiche action n°9 : Réaliser un guide «santé» à destination des jeunes du Pays Perche », dont le but est « d'élaborer un guide de communication commun à destination des jeunes afin de les informer sur les lieux ressources en santé » rassemble treize grands types d'acteurs membres du CLS qui réalisent une action en commun : équipe éducative, éducation nationale, CESC, Contrats bleus, Pep 28, Animation territoriale de santé du Pays Perche, Conseils de jeunes, Centres hospitaliers de La Loupe et de Nogent-le-Rotrou, Maisons de santé, Professionnels de santé, Centre Périnatal de Proximité, Structures spécialisées dans la prévention, Missions locales, Plannings familiaux, Maison des adolescents (MDA),... Au sein de ces fiches-actions, qui s'inscrivent nécessairement dans le PRS — ce qui rappelle que l'instrument reste, en dépit d'un appel au *bottom-up*, une déclinaison de la planification de l'ARS — il y a donc formellement des actions en réseau inter-acteurs qui s'organisent, mais le CLS sert aussi à l'ARS à mieux orienter l'action des opérateurs de prévention en faisant passer des messages sur ce qui serait bon de mettre en œuvre comme actions.

7.3.3 Un outil de restructuration de l'offre de prévention

Le contrat local de santé, en tant que déclinaison du PRS porte, en dépit de son organisation et de son apparente démocratie — qui se traduit notamment par le recueil et la mise en valeur de l'avis des professionnels de santé lors du diagnostic établi par l'ORS en regard des statistiques collectées par ailleurs — reste un instrument dans les mains de l'ARS pour organiser sa politique de prévention. C'est ainsi que, comme nous l'avons mentionné plus haut, toutes les actions présentes dans le CLS doivent s'inscrire

7. Dont des acteurs du sanitaire comme l'hôpital susceptible de déployer des logiques de parcours ou, marginalement, de mettre en œuvre des actions de prévention, le CPOM de l'établissement pouvant faire référence au CLS.

7.3. LE CONTRAT LOCAL DE SANTÉ : INSTANCE DE PROMOTION, COORDINATION ET RÉGULATION

dans les grandes orientations du PRS : « en toile de fond, il y a le PRS, ça limite les dérives loco-locales » commente ainsi un opérateur au sein d'un CLS, mais le PRS n'est pas le seul cadre qui s'impose aux opérateurs. Ainsi, la promesse du CLS de voir les actions financées — au moins par l'ARS — conduit les acteurs à se conformer aux messages passés avec plus ou moins de subtilité par l'ARS au cours de la discussion démocratique :

Enquêté Et [ce document standardisé] heu, ça m'a permis de vérifier qu'on puisse bien avoir des financements pour toutes les fiches, ensuite il y a eu un aller-retour avec l'ARS qui a aussi contrôlé que j'aurais bien des financements pour toutes les fiches, on a fait comme ça. Et du coup normalement, toutes les fiches-action qui sont dans le CLS peuvent répondre à des appels à projets. Alors, c'est à adapter, c'est sûr. L'aide aux aidants familiaux, elle est précise et elle est à la fois suffisamment large pour qu'on puisse préciser. Après, il y a une fiche-action sur la nutrition où on a dû la modifier parce qu'en fait on a répondu à un appel à projets national et il y avait des critères. Donc nous, au début, l'affiche c'était pour tout public souffrant d'obésité et de surpoids et l'appel à projets national, c'était juste les jeunes et du coup comme on a largement valorisé dans notre réponse que ça faisait partie d'une dynamique locale dans un CLS, hé bien on a dû la retoucher. Moi j'ai fait un mail en mettant bien à chaque fois les fiches-actions, vous avez les fiches validées et puis vous faites signer, elles peuvent évoluer avant la signature du fait de la réponse à des appels à projets, donc quand j'ai eu la commission nutrition, je leur ai dit : « si vous relisez la fiche, ça ne correspond pas tout à fait à ce qu'on a fait pour telle et telle raisons, voilà. » Voilà donc en fait, dès qu'on voit les projets, on voit comment va se dessiner le CLS, c'est là qu'il faut vérifier qu'il y a tous les financements et je pense qu'il faut être cash et dire dès qu'il y a une fiche où c'est compliqué pour telle raison, il faut le dire. On sait que ça va être compliqué alors est-ce qu'on décide quand même de la faire, soit on l'enlève... Mais c'est sûr que la question des financements, elle est... d'ailleurs pour faire rentrer les gens dans les démarches CLS,

7.3. LE CONTRAT LOCAL DE SANTÉ : INSTANCE DE PROMOTION, COORDINATION ET RÉGULATION

ça été les difficultés parce que les gens arrivaient en disant : « il y a une enveloppe allouée pour ce travail ». Et donc je disais « non » et [rires]

Enquêteur « Merci, au revoir » [rires]

Enquêté Non, je leur disais « non, par contre les actions qui seront dans le CLS seront priorisées en termes de financement ». C'est ce qu'avait annoncé l'ARS [incompréhensible] vrai dans l'expérience dont je venais, que j'ai, c'est vrai, ils ont priorisé donc je leur disais : « c'est ça », par contre il y a des avantages aussi du CLS aussi, c'est que ça apporte un confort aux professionnels de santé dans le sens où ils peuvent se rencontrer, c'est une instance où ils peuvent... ils ont des projets comme recruter des patients, c'est le moment de le dire, c'est le moment où il y a tout le monde, c'est une instance aussi où moi je suis en relation par exemple avec la FRAPS, la fédération régionale des acteurs en promotion de la santé, qui peut faire des formations gratuites sur des thèmes, présentation d'outils et tout. Dans le cadre du CLS, c'est mon boulot, j'ai repéré sur quoi ils avaient besoin. Là je leur ai demandé pour voir s'ils étaient d'accord pour faire une formation, là à proximité, sur la présentation d'outils nutrition parce que j'avais entendu que c'était, voilà. Hé bah ça c'est pas une fiche-action du CLS. N'empêche que pour moi, ça correspond à l'activité et la communication du territoire, donc c'est une des actions de la fiche X. Et ça, c'est une coordinatrice de CLS qui peut faire ça, sinon ça ne se fait pas.

Animateur territorial de santé

Le *verbatim*, en plus d'illustrer ce que nous venons de mettre en évidence concernant la réorientation des actions de prévention permet de souligner la tenue d'actions hors CLS qui ne sont pas marginales : une action dont il subsiste des incertitudes quant à son succès ou *a minima* son financement ne sera que très rarement inscrite dans le CLS « pour ne pas décevoir » nous explique un opérateur, ce qui n'empêchera pas l'action d'être discutée et éventuellement d'être réalisée plus tard, voire intégrée au bilan du CLS *a posteriori*, c'est le sens de ce que les acteurs précisent quand ils évoquent l'absence de nouveauté des actions présentes dans le CLS, la plupart étant « dans les tuyaux » des opérateurs de prévention,

7.3. LE CONTRAT LOCAL DE SANTÉ : INSTANCE DE PROMOTION, COORDINATION ET RÉGULATION

l'un d'entre-eux évoquant même la constitution d'un portefeuille de projets dans un tiroir adapté selon les incitations du régulateur moyennant quelques adaptations.

L'incitation à réaliser des actions précises dans des lieux précis (périmètre du CLS) entraîne parfois l'ARS à réorienter, nous venons de le voir, les demandes des opérateurs au sein du contrat, mais aussi, dans certains cas, à suggérer directement (*cf* : *verbatim* suivant) des actions au sein du CLS, sans garantie de succès, le CLS restant dans l'incitatif :

Enquêté Voilà. L'ARS parce que l'ARS elle peut difficilement tirer les ficelles sur les médecins donc elle les tire sur les autres, même si je suis moyennement correcte en disant ça parce qu'avec moi ils n'ont pas été trop exigeants, enfin je veux dire...

Enquêteur L'ARS ou les médecins ?

Enquêté L'ARS. Avec moi ils n'ont pas été trop imposants, voilà. Ils n'ont pas été trop, ils n'ont pas été trop exigeants, mais ils ont quand même essayé. Par exemple, j'ai eu une histoire avec une fiche dans le CLS sur XX où pour eux c'était un impératif de l'avoir dans le CLS, alors que pas pour les acteurs locaux. Alors que pour les acteurs locaux, ce qui était impératif quand même, bien sûr, ils reconnaissaient les besoins dans tous les domaines, mais pour eux le problème [c'était autre chose]

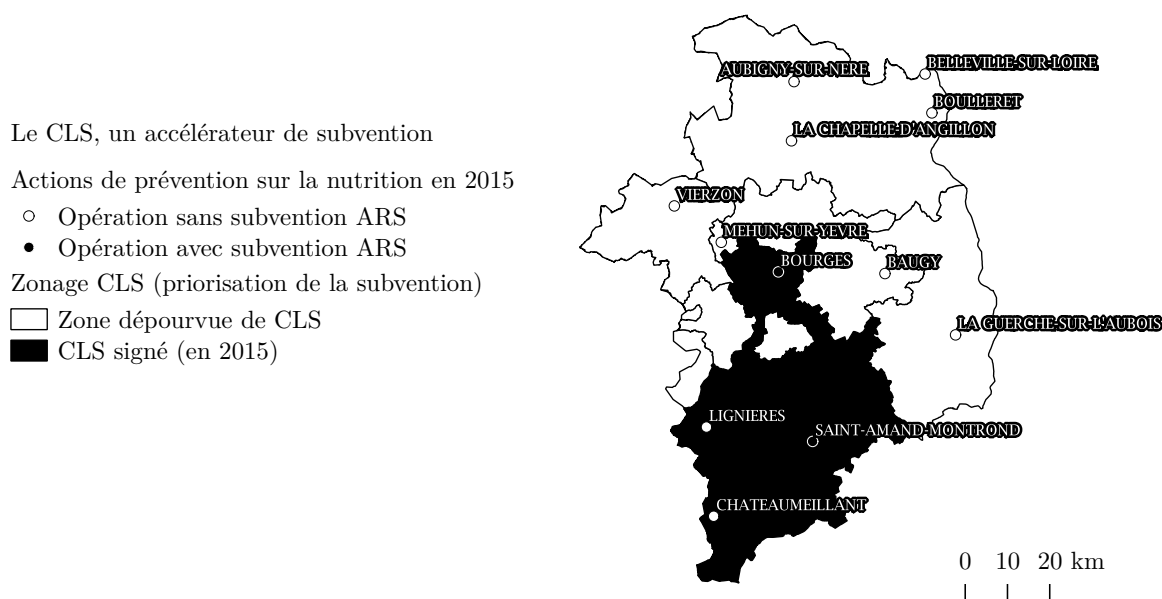
Animateur territorial de santé

Instrument largement valorisé au sein de l'agence — mais aussi par les opérateurs — le CLS apparaît donc comme un outil particulièrement intéressant pour l'ARS dans la mesure où il permet d'exercer un contrôle spatial métrique plus fin des actions des opérateurs via un mécanisme d'appel à projets localisé au sein duquel les actions des opérateurs sont orientés contre une subvention (mécanisme à mi-chemin entre la commande publique et la subvention). De plus, le CLS contribue à diffuser la politique de l'agence auprès des différents acteurs publics et singulièrement les élus qui se voient sensibilisés aux enjeux de santé publique souvent méconnus dans un système de santé avant tout centré sur le soin (la santé publique représentant 0,4% des dépenses totales de santé en région Centre selon

7.3. LE CONTRAT LOCAL DE SANTÉ : INSTANCE DE PROMOTION, COORDINATION ET RÉGULATION

l'état financier réalisé par l'ARS en 2014)⁸ et à créer du réseau inter-organisationnel par l'enrôlement des opérateurs de santé au cours du diagnostic, du pilotage et de la réalisation des actions présentes dans le contrat.

Carte 7.4: Opérations de subvention en nutrition et contrats locaux de santé : un lien déterminant



Source : Conseil départemental 18, ARS Centre (élaboration personnelle)

8. Cet état financier inclut le financement par l'assurance maladie donc il représente la totalité consolidée de ce qui est dépensé par l'État pour la santé. En consultant les autres années, la répartition des masses reste similaire en dépit de la politique volontariste de la région Centre en faveur de la santé publique via le basculement de l'intégralité des sommes disponibles du FIR (c'est-à-dire hors dépenses MIG ne dépendant pas de l'ARS intégrées dans le FIR) en médico-social sur la prévention via le mécanisme de fongibilité asymétrique expliqué précédemment.

7.3. LE CONTRAT LOCAL DE SANTÉ : INSTANCE DE PROMOTION, COORDINATION ET RÉGULATION

Synthèse du chapitre

Au cours de ce chapitre consacré à la santé publique et environnementale, nous avons pu mettre en évidence comment l'agence régionale de santé orientait les acteurs de prévention par la définition de zones incitatives, mais aussi directement via une contractualisation pluri-annuelle permettant, contre la promesse d'un financement pérenne, d'envoyer de manière très précise les opérateurs dans une zone souhaitée. Nous avons pu également, en prenant appui sur une étude plus approfondie des contrats locaux de santé, comment ceux-ci permettaient de contrôler les acteurs sur une zone en leur faisant miroiter des financements en échange d'une éventuelle restructuration de leurs actions, mais aussi de créer un réseau inter-organisationnel favorable à l'instauration de parcours de santé au sein d'un contrat local de santé en éventuelle articulation ultérieure avec les communautés professionnelles de territoire évoquées au chapitre précédent. En outre, ces contrats, particulièrement valorisés au sein de l'ARS jouent un rôle non-négligeable sur la gestion des déterminants de santé qui échappent en grande partie à l'ARS du fait de leur caractère nécessairement interdisciplinaire et inter-ministériel en diffusant et en favorisant ses objectifs auprès des élus et des administrations susceptibles en acquérant cette logique de santé.

Dans le chapitre suivant, nous examinerons comment l'assemblage de ces différents instruments examinés dans ces trois derniers chapitres peuvent s'entrechoquer et finalement, par l'autonomie du dispositif ainsi produit s'avérer contre-productifs et produire des effets que Michel FOUCAULT qualifie d'inattendus.

Chapitre 8

Contournements, jeu et autonomie du dispositif spatial

Dans ce chapitre, nous discutons de ce que FOUCAULT (1994) qualifie d'autonomisation du dispositif qui peut-être amené à produire, selon lui, des « effets inattendus »¹. Ce concept d'effets inattendus, qui n'est pas seulement mentionné par Foucault — on le retrouve ainsi en gestion de projets sous le terme d'effets non escomptés ou de manière beaucoup plus ancienne chez M. WEBER (2014, p. 137) : « le résultat final de l'activité politique répond rarement à l'intention primitive de l'acteur. On peut affirmer qu'en règle générale, il n'y répond jamais et que très souvent le rapport entre le résultat final et l'intention originale est tout simplement paradoxal » — a ceci d'original chez le philosophe français qu'il est envisagé non pas comme un simple effet de bord, mais comme étant partie intégrante du dispositif.

Nous distinguons dans l'analyse du présent dispositif deux grandes sources de cette surdétermination fonctionnelle : d'une part, les actions des différents opérateurs du champ de la santé en réponse aux mécanismes déployés par l'ARS mentionnés dans les chapitres précédents : comportements déviants, contestations, alter-planification ; d'autre part des éléments internes au dispositif qui induisent des perturbations de l'intention initiale.

1. Foucault cite l'exemple du développement du système carcéral induisant une nouvelle forme de délinquance constituée par le regroupements d'individus déviants au sein du même lieu.

8.1 Des actions visant à contourner le dispositif

Face aux différents éléments de contrôle spatiaux que met en place l'ARS, les acteurs ne restent pas passifs : leurs différentes pratiques ou discours peuvent contester, amender ou, en dépit de leur volonté, servir à renforcer le dispositif promu par l'ARS.

8.1.1 Une contestation récupérée par l'ARS

Ce qui apparaît comme une contestation parfois virulente de la politique de l'ARS, ou tout simplement comme l'affirmation des lacunes de sa politique peut parfois, paradoxalement, renforcer le contrôle spatial qu'elle peut exercer sur les organisations lui laissant le champ libre, en légitimant les normes qu'elle met en place ou en réduisant les effets de bords qui pourraient entraîner des contestations de fonds de sa politique en assurant des missions qu'elle ne peut exercer.

8.1.1.1 Une politique de la chaise vide n'entravant pas la politique de l'ARS

S'il est difficile de dresser des généralités sur le fonctionnement de toutes les instances de démocratie sanitaire — certaines d'entre-elles sont peu efficaces selon les mots de l'ARS dans la mesure où des acteurs s'excluent de l'instance, celle-ci étant réduite, selon l'un des animateurs concernés à « une chambre d'enregistrement » de la politique de l'ARS.

Les raisons pour lesquelles ces acteurs — qui divergent selon les instances — s'excluent de la concertation sont, en général dues à :

- la fragmentation desdites instances qui dilue la capacité d'agir de chacune d'entre-elles² ;
- les marges de manœuvre relatives en regard de la politique nationale³ ;

2. Ainsi, la CRSA va se prononcer sur le volet sanitaire (hospitalier et clinique) lorsque la conférence de territoire, à l'échelle départementale ne traitera que du médico-social car les établissements sont co-financés par le conseil départemental, l'ARS étant présente dans chacune de ces instances, sur elle seule ne peut reposer la création de parcours inter-sectoriel ce qui vide en partie de sa substance l'intérêt de ces commissions.

3. Par la politique des taux ou la remise en cause de la politique régionale par la planification annuelle du PLFSS dont dépendent les moyens d'actions de l'ARS.

- ou encore la politique de la siège vide pour contester une réforme nationale : c'est ainsi que lors du vote de la loi Touraine, les médecins libéraux ont cessé de siéger dans les différentes instances de démocratie sanitaire pour protester contre la mise en place du tiers-payant généralisé.

Quelles que soient les raisons du refus de siéger dans les instances de démocratie sanitaire, la planification spatiale reste, dans ce cas, dans les mains de l'ARS, ce qui est aussi le cas lorsque siègent certains membres pourtant exclus de fait par la dimension technique du sujet mis à l'ordre du jour :

Enquêteur Alors, au-delà des éléments que j'évoquais qui ont été défini par les groupes de travail, il y a d'autres éléments qui ont donné lieu à des fiches-actions dans le projet territorial de santé, c'est par exemple le travail de mutualisation des systèmes d'information et celui des ressources humaines, comment avez-vous été associé à ces groupes de réflexion, à ces réflexions ? Comment est-ce que ces sujets sont venus sur la table ? Plus concrètement.

Enquêté Ça vient sur la table. L'administration nous en parle, mais c'est vraiment une affaire de spécialistes aussi. Là, on n'a pas grand-chose à dire là-dessus. Enfin les élus, bon, on ne nous demande pas trop notre avis et puis ça paraît presque logique. C'est aussi technique si on me demandait : « l'opération de la prostate, comment vous voyez ça ? » [rires]. Et là, toutes ces choses-là, non, on a peu l'occasion de discuter ou de donner notre point de vue. Et puis bon, c'est quelque chose [...] Est-ce que j'ai répondu à votre question ?

Enquêteur Il y a un bout de la question auquel vous avez répondu.

Enquêté Et l'autre bout, c'est ?

Enquêteur Vous envisagez ces sujets comme technique, en fait et du coup...

Enquêté C'est l'affaire de spécialiste.

Enquêteur Ouais, c'est l'affaire de spécialiste mais du coup c'est quand même des éléments qui sont structurants...

Enquêté Ah, complètement.

8.1. DES ACTIONS VISANT À CONTOURNER LE DISPOSITIF

Enquêteur Donc quelque part vous êtes exclu d'une discussion qui est latente mais...

Enquêté Ouais ouais. C'est-à-dire que comme c'est technique, j'ai ce sentiment-là, effectivement, que c'est extrêmement important, mais de mon point de vue de je veux dire, de garant de la proximité, enfin je ne sais pas, d' élu quoi, d'homme de terrain, bon c'est quelque chose qui m'échappe un peu, mais je pense que c'est inéluctable et je fais confiance aux gens qui... bon dès fois on se goure mais là ce genre de spécialité. Bon, d'une façon générale, je fais assez confiance à la médecine.

Entretien avec un élu présent dans une instance de démocratie sanitaire

Ces éléments de système d'information et de ressources humaines, qui échappent en grande partie à l' élu interrogé, sont pourtant des relais pivots de la politique de création de réseaux inter-organisationnels dans la logique de parcours promue par l'ARS : mise en place d'un dossier partagé entre différentes institutions (ÉHPAD, MSP, hôpitaux) ou transfert de personnels dans l'optique de maintien d'une activité. Le dialogue se fait ici entre techniciens et technocrates. Parfois, la contestation, qui se manifeste plus vivement fait aussi le jeu de l'ARS.

8.1.1.2 Une contestation respectueuse ?

La contestation de la fermeture de la maternité de l'hôpital du Blanc, que nous avons mentionné au chapitre 5 (voir carte 5.1 page 142 pour un rappel des enjeux), ne s'est pas manifestée uniquement lors du vote du PRS en CRSA. Une mobilisation importante des résidents et des élus associés, qui s'est concrétisée par la création d'une association, le comité de défense et de développement de l'hôpital du Blanc, le blocage du centre des impôts au Blanc puis de la préfecture dans le but, réussi, d'obtenir une rencontre avec la ministre de la santé en déplacement à Loches a permis, à l'heure actuelle de maintenir la maternité en dépit du problème de seuil évoqué en CRSA.

Cette situation extrême — et donc particulièrement révélatrice — permet de souligner plusieurs traits saillants du dispositif :

8.1. DES ACTIONS VISANT À CONTOURNER LE DISPOSITIF

- d’abord, lors de cette contestation, les membres du comité de défense et de développement, qui ont obtenu, outre un droit de présence au sein du conseil d’administration de l’hôpital, la possibilité de proposer un contre-projet incluant le maintien de la maternité ont respecté, en quelque sorte, les règles du jeu édictées par l’ARS : autrement dit, le maintien de la maternité était conditionné à l’augmentation de l’activité qui était explicitement proposée via une campagne de sensibilisation des médecins libéraux et la venue de médecins permettant d’atteindre le seuil d’ouverture par la mise en réseau avec les centres hospitaliers voisins de Poitiers et Châteauroux. Ainsi donc, le contre-projet médical, fondé sur l’intériorisation des normes spatiales promues par l’ARS, aboutit naturellement au renforcement de la mise en réseau entre établissements qui se trouvera confortée par la création des groupements hospitaliers de territoire ;
- ensuite, l’absence de réaction des usagers au sein des instances de démocratie sanitaire⁴ et de communication avec les membres du comité de défense, voire le mépris que les représentants officiels affichent pour ces derniers⁵ indiquent bien le rôle de relai des organisations officielles de la politique du ministère de la santé⁶ ;
- enfin, et nous l’avons déjà évoqué, la justification par des seuils techniques d’enjeux essentiellement budgétaires pour un établissement situé dans une zone défavorisée par la T2A (logique de la regradation).

De fait, la lutte, âpre, menée pour le maintien de la maternité a permis l’établissement d’un *statu quo* défavorable à l’ARS, mais dont celle-ci n’a joué un rôle que marginal, la négociation et la gestion de « l’exception à la règle » ayant lieu avant tout au ministère de la santé du fait de la pression politique. La situation du Blanc — dégradation de la prestation pour cause de seuil — n’est toutefois pas isolée et la maternité de Pithiviers, fermée en 2016 pour les mêmes raisons, conforte son statut d’exception parmi les établissements administrés par l’ARS. Au-delà de cette situation individuelle, qui ne remet pas en cause

4. Des associations d’usagers qui essaient de préserver leurs positions en négociant auprès du ministère une labellisation permettant de constituer une barrière à l’entrée des différentes instances de la démocratie sanitaire et qui « forment » leurs adhérents, souvent représentants de malades et non citoyens usagers du système de santé — ce qui traduit bien la dimension sanitaro-centrée de la CRSA, au fonctionnement dudit système.

5. En entretien, nous ne reproduisons pas pour des raisons de confidentialité

6. Renforcée par leur budget de fonctionnement provenant à 70% d’une subvention du ministère de la santé et de l’agence régionale de santé.

la politique de l'ARS, mais met en exergue sa difficulté face aux pressions politiques, ce qui sera confirmé un peu plus loin, certaines collectivités proposent sinon une planification alternative, *a minima* l'élaboration de normes complémentaires ou différentes.

8.1.1.3 Une alter-planification ?

Ainsi, considérant l'action de l'agence comme politique et non purement technique, le conseil régional du Centre, non content de voter contre le projet régional de santé du fait du refus de la politique de gradation des établissements⁷, construit la politique d'aménagement du territoire des maisons de santé pluridisciplinaire à laquelle l'ARS se greffera lors de l'élaboration conjointe du cahier des charges d'implantation des MSP. C'est ainsi que se justifie le représentant du conseil régional lors du vote du PRS :

Face à ces constats et refusant tout fatalisme, la Région ne reste pas inactive. Bien que ne détenant pas une compétence en matière de santé, elle s'est saisie de cette question fondamentale en termes de cohésion sociale et territoriale. Elle se mobilise avec ambition et favorise des actions innovantes et s'est fixée trois objectifs :

- former et attirer des professionnels de santé ;
- favoriser un maillage de l'ensemble du territoire (nous ne nous résolvons pas à l'existence de déserts médicaux) ;
- mener des politiques de réduction des inégalités sociales et territoriales.

La Région agit en ce sens à la fois au titre de ses compétences en matière d'aménagement du territoire (par le soutien à différentes formes de maisons médicales), de formations sanitaires et sociales (par le financement des formations, des établissements, des bourses...) et d'éducation dans les lycées (par la mise en place d'actions de prévention), ainsi qu'au titre de son engagement dans le domaine de l'enseignement supérieur (par le financement d'équipements et d'indemnités de stages).

Avis de la région sur le PRS

7. Refus qui n'empêchera pas le vote du PRS

8.1. DES ACTIONS VISANT À CONTOURNER LE DISPOSITIF

Dans les faits, la normalisation spatiale (éloignement des 20 km, rattachement à un bourg-centre) revient au conseil régional qui calque ses exigences spatiales sur un standard également déployé pour l'implantation des maisons de service public, l'accompagnement via l'instrument PAPS et la vérification du projet médical revenant, comme nous l'avons évoqué, plus largement à l'ARS. Cette articulation — finalement bien récupérée par l'ARS car permettant le maintien d'une offre dans des lieux dégradés du fait des effets de seuil — du fait de l'auto-saisissement de la compétence santé par une collectivité locale n'est cependant pas l'apanage de la région. Ainsi, le conseil départemental du Loir-et-Cher met en place, en parallèle du projet territorial de santé 41 et du PRS, en s'y référant et avec la participation de la délégation territoriale de l'ARS aux travaux pilotés par le conseil départemental, un schéma départemental « Accès à la santé pour tous en Loir-et-Cher » aussi appelé Plan Local de Santé (PLS).

Après analyse approfondie, ce schéma départemental, centré sur le soin, n'est lui non plus, pas en réelle contradiction avec la politique de l'ARS et accompagne celle-ci en apportant des solutions sur des éléments de politique qui échappent à sa compétence et à sa capacité de financement : ainsi, le conseil départemental accompagne la politique incitative de recrutement des libéraux par la mise en œuvre de démarches de marketing territoriales similaires à celles que nous avons vu en section 6.1 que cela soit pour l'exercice individuel ou regroupé ou le maintien de l'expérimentation PAÏS lancée par l'ARS et qui vise à constituer une plateforme téléphonique d'orientation des patients par des libéraux dans le but de décharger les urgences et de mieux répartir les soins non programmés entre les libéraux en alternance. Par ailleurs, il déploie — en partenariat avec la MSA et la CPAM — un programme « transport solidarité santé » permettant de réduire la distance relative entre les établissements et les personnes isolées (financièrement, pour des questions d'âges, de maladies, etc.) ce qui constitue une des lacunes de la politique de l'ARS comme nous le verrons ultérieurement dans le présent chapitre.

Si le dispositif promu par l'ARS parvient à assimiler et à se renforcer grâce à l'intégration de certaines pratiques ou discours des acteurs qui gravitent dans le champ de la santé, d'autres viennent le mettre en échec pour des raisons intrinsèques au dispositif (confrontation de deux logiques opposées) ou politiques.

8.1.2 Un contournement des règles perturbant le dispositif

Face aux normes, pratiques et discours spatiaux promus par l'ARS que nous avons présenté dans les chapitres précédents, les acteurs mettent en œuvre des stratégies contournant le dispositif, soit en refusant d'exécuter la planification, soit en jouant sur les zones d'incertitudes — le jeu du dispositif — créées par le chevauchement partiel de certaines règles.

8.1.2.1 Le non-respect de la planification par les établissements et l'ARS

Si la planification s'impose normalement aux établissements via les contrats pluri-annuels d'objectifs et de moyens, dans les faits, certains établissements décident de ne pas la respecter⁸ : ainsi, les cliniques furent invitées par une fédération d'établissements privés à indiquer sur le CPOM signé avec l'ARS qu'en cas de non-respect de certaines obligations « cette annexe ne sera pas sanctionnable » et, malgré cet ajout, le CPOM fut signé par l'ARS. Cette différence de traitement entre établissements publics et privés, déjà par ailleurs documentée quand il s'agissait de l'attribution des missions « rentables »⁹ ou non selon leur valorisation T2A (PIERRU, 2012b) se retrouve au moment de l'élaboration des CPOM dans la mesure où l'ARS dispose de leviers plus importants concernant la gestion des hôpitaux (validation du budget de l'établissement et évaluation du directeur d'hôpital notamment).

Ce non-respect assumé des injonctions de l'ARS en amont est d'autant plus encouragé qu'en aval celle-ci se refuse à appliquer les différents moyens de sanction dont elle dispose pour contraindre les établissements à atteindre les objectifs présents dans le CPOM car « ce n'est pas la culture de cette ARS, c'est compliqué ». Cela ne signifie pas que les cliniques ouvrent des activités sans autorisation, mais plutôt qu'elles peuvent refuser des partenariats inter-établissements ou *a minima* de mettre en place des outils servant ultérieurement) la mise en place dudit partenariat. En ce qui concerne tous les établissements, donc publics et privés, le contrôle *a posteriori* des CPOM n'a pas pu avoir lieu pendant plusieurs années

8. Pour des raisons de protection des sources, nous ne citerons aucun *verbatim* sur cette partie.

9. Ou le refus d'accueillir certains patients ou de pratiquer le tiers-payant, la capacité de mettre en place des dépassements d'honoraires qui sont par ailleurs limités dans le public, etc.

du fait du développement — qui a pris du retard — d'un nouvel outil censé faciliter la procédure, aucun contrôle intermédiaire n'ayant eu lieu pendant ce développement, ce qui indique l'importance accordée au suivi des objectifs présents dans la contractualisation en dépit de la demande apparente des établissements.

Malgré cela, le contrôle budgétaire est effectué annuellement sur la base de l'ÉPRD¹⁰ et de la T2A pour le versement de la somme allouée aux établissements avec des éventuelles mesures de rétorsion (mise en place d'un comité de pilotage conjoint avec les finances publiques et exigence de présentation d'un nouveau budget tous les trois mois, inscription au programme COPERMO destiné aux mauvais établissements) et d'assistance, l'ARS ou, dans le cas où celle-ci ne disposant pas de marges de manœuvres budgétaires suffisantes, le ministère « comblant le trou » des établissements hospitaliers pour les aider à payer fournisseurs et salaires une fois la carte de l'emprunt bancaire utilisée. Dans ce dernier cas, avec l'arrivée du COPERMO, dont la manifestation arrive d'autant plus rapidement que le budget alloué aux hôpitaux se veut en baisse d'années en années dans le PLFSS, la planification, présente dans le PRS, peut être remise en cause par l'ARS elle-même (fermeture de lits par exemple).

8.1.2.2 L'utilisation de marges de manœuvre spatiale inhérentes au dispositif pour contourner la règle

Dans leur ouvrage analysant le système bureaucratique, CROZIER et FRIEDBERG (1977) mettent en évidence l'existence de zones d'incertitudes dans les règles établies et la capacité de certains acteurs à en tirer profit pour obtenir du pouvoir et accomplir leurs desseins. Prenant appui sur cette idée, nous montrons que les règles spatiales, en entrant en contradiction, permettent aux acteurs de jouer avec le dispositif et ainsi échapper à certaines contraintes :

- d'une part, l'ARS, qui doit respecter la logique d'appels d'offres inhérentes à la réglementation européenne pour l'achat de prestations publiques utilise un zonage serré pour ses implantations sanitaires ou médico-sociales ce qui restreint de fait le nombre d'acteurs pouvant répondre à l'appel d'offres du fait de la dépendance au

10. État prévisionnel des recettes et des dépenses

8.1. DES ACTIONS VISANT À CONTOURNER LE DISPOSITIF

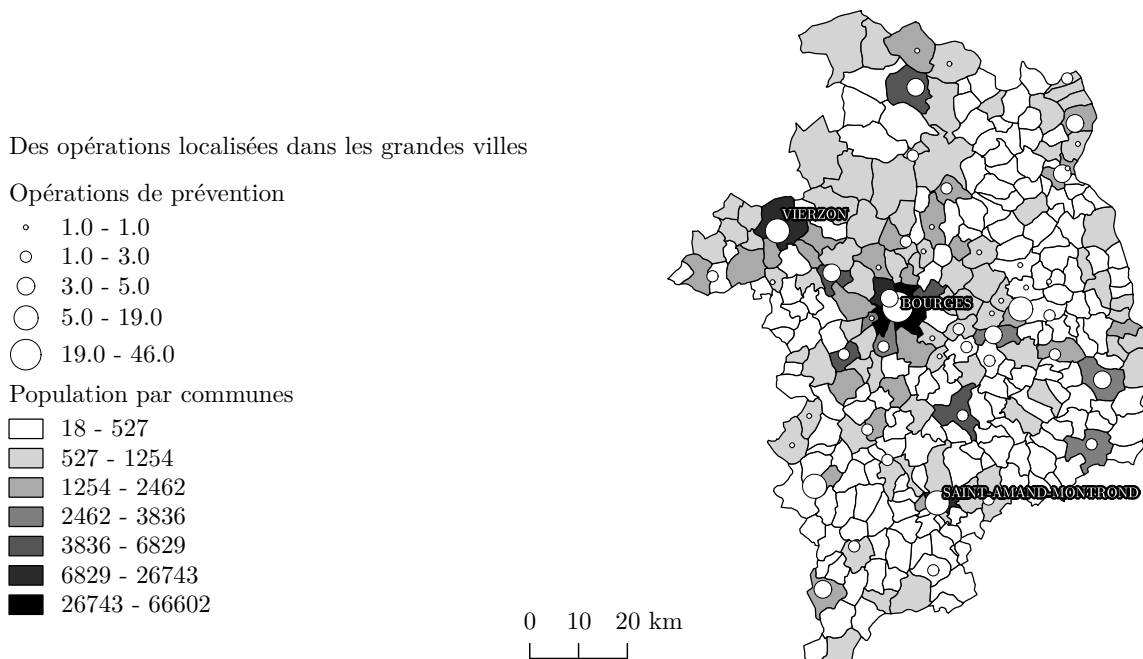
sentier inhérente à l'installation d'équipements lourds sur une zone. En outre, l'ARS « fait passer des messages » aux acteurs concernés via les délégations territoriales pour informer le ou les pressentis de préparer un dossier pour l'appel à candidatures. Un pressentiment d'autant plus crucial que dans le cas où, si aucun opérateur ne candidate à l'appel à projets malgré un besoin avéré dans la planification, le directeur général de l'ARS peut désigner par un arrêté le ou les opérateurs devant accomplir la mission de santé. À l'exception de ce dernier cas, qui ne s'est pas présenté en région Centre au cours de notre thèse, si un appel à projets peut concerner deux zones, il est tout à fait pertinent pour les opérateurs de santé d'orienter le diagnostic pour s'assurer de remporter l'offre ;

- d'autre part, les opérateurs de prévention qui ne bénéficient pas de convention pluri-annuelle avec l'ARS, en dépit du zonage ORS, concentrent leurs actions dans les grandes villes des départements auxquels ils sont rattachés (*cf* : carte 8.1 page ci-contre) car ils sont incités à toucher une population importante (le nombre de personnes touchées correspond à un indicateur clef de l'évaluation dans l'appel à projets) et, surtout, car le budget, en baisse, accordé par l'ARS ne permet pas de financer le déplacement des opérateurs vers des zones éloignées (budget transport et surtout temps horaire d'immobilisation de l'acteur de prévention perdant une demi-journée pour atteindre une zone éloignée). Cette difficulté de contrôle spatial des opérateurs est une des raisons pour lesquelles l'ARS souhaiterait développer une politique de commande publique avec contractualisation pluri-annuelle au profit des grands opérateurs, notamment par le développement de la sélection des opérateurs par une politique de taux (voir chapitre précédent).

Si les acteurs parviennent à modifier le dispositif en agissant dans les marges ou en dépit de l'intention initiale du dispositif, celui-ci peut engendrer, par son autonomie propre, des éléments tout à fait inattendus qui affectent le comportement des organisations en son sein.

8.2. QUAND L'AUTONOMIE DU DISPOSITIF PERTURBE LE JEU SPATIAL

Carte 8.1: Acteurs de prévention : une localisation dans des villes peuplées



Source : Conseil départemental 18, Guide subvention nutrition, INSEE (élaboration personnelle)

8.2 Quand l'autonomie du dispositif perturbe le jeu spatial

Si le dispositif actuel permet en grande partie à l'ARS d'organiser la répartition des opérateurs sur le territoire, ses modes d'action entraînent de nombreux effets de bords :

- d'abord, ils contribuent à éloigner l'habitant peu mobile des structures de santé en laissant à la collectivité territoriale le choix de pallier aux lacunes qu'entraînent ses actions, la politique incitative vis-à-vis des libéraux engendrant des effets d'opportunité qui risquent de déplacer les zones fragiles plutôt que de les faire disparaître ;
- ensuite, sa politique d'infiltration des zones définies par la loi et inhérentes aux acteurs entraîne des ruptures de parcours (problèmes d'articulation inter-organisationnelle) ;
- et enfin sa politique crée des zones défavorisées par sa politique de regradation des établissements et de déploiement des contrats locaux de santé.

8.2.1 La relégation des citoyens peu mobiles

La réorganisation spatiale des établissements assurée par l'ARS construit de fait une nouvelle place pour les habitants : ceux-ci se trouvent de fait placés dans une situation défavorisée s'ils sont peu mobiles (espace relatif faible). Face à cette nouvelle situation qu'elle a engendré, l'ARS, en adoptant conjointement avec l'assurance maladie une politique de réduction des coûts des transports sanitaires, transfère de fait une partie de la responsabilité de l'activité de transport vers les conseils départementaux qui possèdent déjà cette compétence de droit commun. Du moins, ils se saisissent de cette lacune pour développer une offre santé.

Dans le contexte de diminution de l'offre, le mode de calcul métrique permettant la répartition des installations fondée sur l'équation $1 \text{ km} = 1 \text{ min}$, apparaît comme défavorable pour les personnes peu mobiles (autrement dit ne disposant pas d'automobiles ou éprouvant des difficultés à conduire), mais cette méthode reste retenue par le ministère de la santé pour implanter les services de SMUR (un service d'urgence à 20 minutes, ce qui pousse le SROS à ouvrir une implantation au Blanc par exemple)¹¹. Dès lors, l'enjeu consiste pour les habitants — et surtout pour les collectivités locales — à organiser le déplacement vers les services de santé dont ils auraient besoin¹².

En effet, si les transports sont inclus dans les déterminants de la santé de WILKINSON et al. (2004), l'agence régionale de santé n'a de capacité d'action que sur les transports sanitaires¹³, conjointement avec l'assurance maladie. Dans ce cadre, les deux structures étatiques mettent en place un programme dont le but est de réduire le nombre de transports sanitaires et qui *in fine* va en grande partie réduire le financement des transports sanitaires laissant soit les habitants financer leur propre déplacement, soit laisser le conseil départemental assurer le transport de ses administrés, y compris vers des lieux de soin, en particulier vers les structures libérales :

11. On ne mentionnera pas ici le cas des maisons de santé pluridisciplinaire qui prennent en compte cet espace relatif, voir encadré 4.4 page 124

12. En dépit de la très forte incitation de la part de l'ARS de la mobilité de certains services qui sont incités à « aller vers » comme les PASS — permanences d'accès aux soins de santé à destination des publics précaires

13. La compétence transport étant exercée jusqu'au vote de la loi NOTRe par les conseils départementaux, en 2017 la compétence devient en grande partie régionale.

Le programme transport sanitaire a pour objectif d'une part la régulation de la progression des dépenses de transports sanitaires prescrits en hôpital et d'autre part la redéfinition du modèle d'organisation du transport de malade (en développant notamment le transport partagé). Pour ce faire, les principaux leviers identifiés portent sur le dispositif de contractualisation avec les établissements et l'identification des pratiques non conformes [...]

Évaluation des actions : l'indicateur national retenu pour 2011 est le « taux d'évaluation des dépenses de transports prescrites à l'hôpital »

- nombre d'établissements éligibles ayant signé un contrat ;
- nombre d'établissements dont le taux d'évolution des dépenses est inférieur au taux fixé par arrêté ;
- taux d'évolution des dépenses de transports prescrits par les établissements ;
- part des dépenses de transport en ambulance sur part totale des dépenses de transport.

Programme Pluriannuel Régional de Gestion du Risque (PRGDR) de la région Centre 2011-2013

Inscrites dans les CPOM des établissements, ces mesures contribuent à isoler les patients, peu mobiles (espace relatif important) qui, dans les zones rurales se trouvent déjà pénalisés par la fermeture de services qui les obligent à parcourir des kilomètres supplémentaires pour accéder à des soignants :

Réduire ou fermer des activités, ce serait multiplier les déplacements vers d'autres centres. Ces déplacements ont un coût et sont contraires aux décisions du Grenelle de l'environnement. La question des coûts de transferts a d'ailleurs été évoquée par M. le Ministre avec les parlementaires : vouloir réduire le déficit par des fermetures de services, c'est transférer une partie des dépenses de santé de l'accueil de proximité vers les transferts sanitaires.

Contribution définitive au projet médical territorial de l'hôpital du Blanc réalisé par le comité de défense et de développement de l'hôpital du Blanc.

8.2. QUAND L'AUTONOMIE DU DISPOSITIF PERTURBE LE JEU SPATIAL

Dès lors, dans le contexte de réduction de l'offre de transport sanitaire, cet éloignement constitue une très forte incitation adressée aux collectivités locales qui organisent des transports à destination des personnes faiblement mobiles déchargeant de fait l'ARS d'une partie du coût de cette mission :

Qu'est-ce que le Transport Solidarité santé ?

Le transport Solidarité Santé développé en partenariat avec la MSA, CPAM et le RSI, a pour but de permettre aux Loir-et-Chériens vivant en milieu rural et dans l'impossibilité de se déplacer, de recourir à un taxi pour se rendre à des consultations, des soins, des dépistages,...

La problématique de non recours aux soins concernent 70 000 personnes en Loir-et-Cher pour des raisons géographiques, économiques, d'isolement social et d'autonomie.

Plan local de santé du Loir-et-Cher

Cette nouvelle politique de transport du Plan Local de Santé, s'il est plus développé dans le Loir-et-Cher trouve des échos dans d'autres départements comme en Eure-et-Loir ou dans l'Indre via des mécanismes de transport à la demande, voire dans certaines collectivités comme le financement d'un bus gratuit à Château-Renault en Indre-et-Loire pour déplacer les personnes âgées sur fonds européens. C'est aussi dans les zones rurales que l'on trouve diverses méthodes pour inciter les libéraux à s'installer, mais dont les effets sont parfois contre-productifs.

8.2.2 Des effets d'opportunité des zonages incitatifs : déplacer le manque plutôt que le combler

Les mesures incitatives individuelles dont peuvent bénéficier les libéraux font l'objet d'un succès mitigé. On notera trois limites principales à ces instruments :

D'abord, certaines aides, calibrées par la loi ne sont économiquement pas intéressantes car se proposant de compenser le revenu dans une zone déficitaire, ce qui a d'ailleurs été mis au jour dans un ouvrage mi-scientifique, mi-professionnel (DE KERVASDOUÉ, HARTMANN, MACÉ, OKMA & CANIARD, 2014) :

Enqueté À quoi ça servait le PMTG ? À assurer un minimum de ressources à quelqu'un qui prend le risque de s'insérer en ruralité dans une zone. C'est-à-dire j'ouvre mon cabinet, vous avez dû le lire, le dispositif, je ne veux pas, je vais vous faire court en disant voilà : « je démarre, je m'installe mais je ne suis pas sûr d'avoir des clients ». Donc si je fais moins de tant, on me donne un complément de rémunération jusqu'à hauteur de tant, si je le dépasse, on ne me le donne pas.

Enquêteur Donc des effets de seuils.

Enquêté Voilà, on vous assure un minimum de rémunération si vous vous installez dans cette zone. Que nous ont dit les jeunes médecins ? Qu'est-ce qu'ils nous avaient dit à l'époque ? Ils étaient venu me voir un jour : « monsieur de l'ARS, vous vous moquez de nous là ? » Je lui dis : « pourquoi ? », je me dis, dans le fond, il n'a pas tort. « Mais vous savez, à quoi ça sert ce truc là ? À quoi ça sert, dites moi, ou alors c'est qu'on a affaire à des imbéciles, si vous savez que dans un territoire, il n'y a plus de médecins, si un médecin vient s'installer, sauf si vous êtes vraiment un très mauvais médecin, d'être complètement à côté de ses pompes, de faire des faux diagnostics, etc. Dès qu'il va poser sa plaque, il va avoir la queue devant sa porte »,

Agent de l'ARS

Ensuite, les aides entraînent naturellement des comportements spatiaux opportunistes contre-productifs pour le régulateur tels que le déplacement des médecins des zones voisines vers des zones carencées, ce qui à terme peut amener à créer de nouvelles zones carencées :

Agent de l'ARS A Non seulement ça ne change rien mais en plus, il y a énormément d'effets d'aubaines.

Agent de l'ARS B C'est ça.

Agent de l'ARS A C'est donner de l'argent aux médecins qui de toute façon comptaient s'installer ici.

Agent de l'ARC C Voire qui déménagent à 20 km parce qu'au début on a vu ça avec les zonages, qui déménagent à 20 km et qui dégarnissent leur zone d'origine, on a vu ça vers Montargis dans les premiers temps des zonages.

Observation lors d'une réunion

Enfin, dans le même ordre d'idée, le dispositif de CESP présenté dans le tableau 6.1 page 181 est mentionné par les agents de l'ARS comme peu efficace car les étudiants qui en bénéficient sont souvent originaires de la région et souhaitaient s'y installer. Au-delà de cette logique purement métrique, le dispositif de santé de l'agence est amené à entraîner des ruptures de parcours du fait de zonages différenciés entre acteurs.

8.2.3 La fragmentation zonale crée des ruptures de parcours

Légalement, l'échelle de gestion des opérateurs diffère selon le type d'acteur administré, ce qui s'explique pour des raisons de gradation, mais aussi parfois de co-gestion institutionnelle (exemple des ÉHPAD qui sont administrés à l'échelle départementale du fait de la double tutelle conseil départemental/ARS ou de la politique de la ville dans laquelle les mairies jouent un rôle prépondérant).

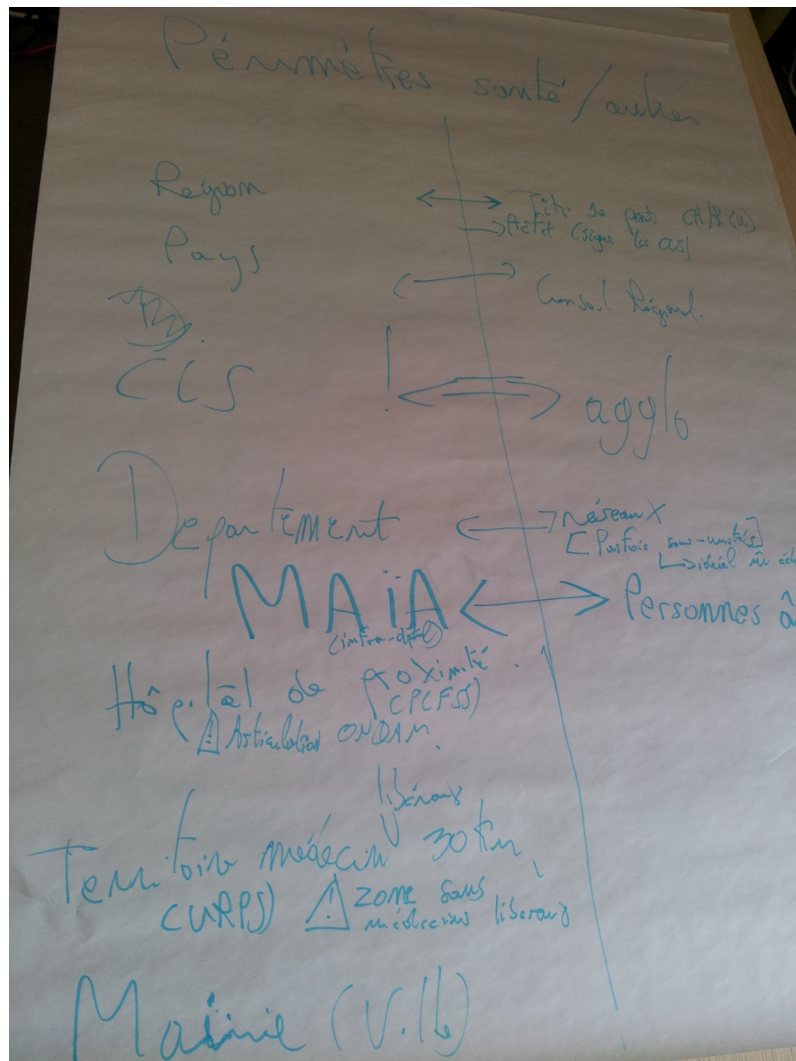
Dans ce cas de figure, la politique de l'agence consiste en grande partie, quand elle ne peut faire autrement à « infiltrer » — le terme est d'un des agents de l'ARS interrogé — le zonage légal de gestion des acteurs pour pousser sa politique. Résulte de cette fragmentation de zonages, dont nous pouvons voir un exemple en Figure 8.1 page suivante¹⁴ une difficulté pour les acteurs, en particulier de démocratie sanitaire de posséder une vision d'ensemble de la santé, ce qui, *in fine* accentue le contrôle de l'ARS sur la politique de santé.

Enquêteur C'est une question que je me posais, parce que justement vous êtes dans la CRSA, vous êtes aussi dans la conférence de territoire et peut-être une première question qui serait l'articulation vous-même. Est-ce qu'au sein de la conférence de territoire, vous avez eu la main sur les CLS ?

14. Cette photographie provient d'une observation ayant pour but de définir un zonage optimal pour la coordination des professionnels de santé libéraux lors du projet de loi santé proposé par Marisol Touraine, il a abouti à proposer de faire correspondre ce zonage avec celui des CLS qui rassemble déjà en grande partie les maisons de santé pluridisciplinaires, a l'avantage d'être co-piloté par l'ARS et de proposer déjà une forme de coordination de professionnels de santé.

8.2. QUAND L'AUTONOMIE DU DISPOSITIF PERTURBE LE JEU SPATIAL

FIGURE 8.1: Mille-feuille administratif et zonages des acteurs



Source: Schéma réalisé au cours d'une réunion portant sur la définition d'une zone de coordination pour les libéraux

Enquêté Non.

Entretien avec un participant à la démocratie sanitaire

Plus gênant pour l'ARS, cette fragmentation zonale enferme les acteurs dans leur discipline et engendre un manque de coordination inter-organisationnel, voire dans certains cas une rupture de parcours inter-établissements :

Agent de l'ARS A J'ai fait un courrier cette semaine sur : « non, je ne peux pas accueillir ce jeune chez moi dans mon service parce qu'il a commencé sa prise en charge dans ce territoire X. Je ne peux pas le prendre chez moi en Y ». Sa famille habite dans le territoire Y, mais comme il a commencé sa prise en charge en X, il continue en X. T'as un directeur d'hôpital qui m'écrit ça, je suis tombé de ma chaise moi.

Agent de l'ARS B Et attends, je suis tombé sur un cas aussi d'un mec qui joue les giclés parce qu'il habite la rue d'à-côté.

Agent de l'ARS A Et ça, tu vois, c'est le truc qui pollue la toile de fond. Et juridiquement, on n'est pas bétonné parce que ces zonages ne sont pas opposables en fait, mais ils ont un tel historique, ils ne sont plus opposables avec la loi de santé normalement, c'est le parcours qui prime. Et sauf que les gens revendiquent ce zonage et on a des ruptures de parcours à cause de ça.

Conversation volée lors d'une de nos visites à l'ARS

Ce mille-feuille administratif engendre pour l'ARS une difficulté à coordonner les acteurs, d'où la création d'espaces transversaux comme les contrats locaux de santé élargis à l'échelle du Pays pour « faciliter l'intégration de thèmes relevant de l'organisation de l'offre de soins (ambulatoire et/ou hospitalière) et du médico-social, en raison de la plus grande cohérence avec la notion de "bassin de vie" » (*Rapport d'activité 2012 de l'ARS*) par rapport aux ateliers santé-ville, périmètres des premiers CLS (*cf* : carte 6.5 page 199) incluant en priorité les opérateurs de prévention.

L'ARS tente aussi de créer de la coordination via la superposition de nouveaux zonages administratifs avec ceux existants déjà comme la création des territoires de santé ou des groupements hospitaliers de territoire recoupe les départements permettant d'articuler sani-

taire, médico-social et santé environnementale qui relève en grande partie de la compétence du préfet. Ces zones de coordination — singulièrement les CLS — portent toutefois en elles les germes de l'accentuation des inégalités territoriales.

8.2.4 La création d'une concurrence inter-zones et d'espaces défavorisés

En dépit de sa volonté de réduire les inégalités sociales et territoriales de santé, le dispositif mis en œuvre par l'agence régionale de santé entraîne de fait la création de zones défavorisées pour la santé, tant pour des raisons de dépeuplement de l'offre sanitaire que de raréfaction de l'offre de prévention et promotion de la santé.

8.2.4.1 Réduction de l'offre et économie résidentielle : un cercle vicieux pour certains espaces

La réduction de l'offre des établissements, en particulier ruraux, induit des conséquences néfastes en termes d'économie résidentielle ce qui entraîne des difficultés pour l'attraction de libéraux susceptibles de travailler dans les établissements pour maintenir des activités, créant ainsi de fait un cercle vicieux d'espaces relégués (perte d'externalité positive). En outre, cela induit un éloignement de l'accès à la santé (absolu et parfois relatif du fait de l'immobilité de certains habitants, en particulier les plus défavorisés¹⁵) et donc, *in fine* la perte d'attractivité de l'espace n'attirant plus de nouveaux habitants ; en conséquence une baisse de l'activité de l'établissement. . .

Ce scénario serait un grave démantèlement du territoire : la perte d'emploi au sein du CHLB¹⁶ engendrerait une perte de fiscalité locale, une baisse d'activité des structures d'éducation (perte de classes) ; l'insécurité sanitaire ne pourrait que fragiliser le maintien de l'ECASGN¹⁷ et d'autres activités du tertiaire ; l'immobilier serait profondément touché ainsi que l'activité économique-commerciale, etc.

15. Et nous ne mentionnons pas les problématiques de santé environnementale du fait du déplacement automobile.

16. Centre hospitalier de Le Blanc

17. Établissement Central Administration et Soutien Gendarmerie Nationale, structure nationale située au Blanc ; renommé en 2016 COMSOPGN (commandement du soutien opérationnel de la Gendarmerie nationale).

8.2. QUAND L'AUTONOMIE DU DISPOSITIF PERTURBE LE JEU SPATIAL

Contribution définitive au projet médical territorial de l'hôpital du Blanc réalisé par le comité de défense et de développement de l'hôpital du Blanc.

Cette pression, exercée en grande partie sur les espaces ruraux, qui subissent la re-gradation des établissements, entraîne de fait une mise en concurrence accrue lors d'une décision de maintien d'un service dans un hôpital ou l'installation de maisons de santé pluridisciplinaires sur un espace, une commune, garants certes de revenus fiscaux ou « de statue à l'effigie du maire » selon un membre de l'ARS interrogé, mais aussi de pérennité de l'économie résidentielle. C'est ainsi qu'en CRSA, un des syndicalistes présent en plénière raconte :

Un élu de la République nous a clairement dit qu'il allait se battre pour sauver la ligne de garde chirurgicale de Dreux, mais qu'il voulait fermer celle de Chartres. Nous sommes loin de l'esprit d'une réelle offre de soins pour la population, nous sommes dans une bataille politico-économique et de parts de marché.

Dans une perspective voisine, la volonté de conforter son territoire en préservant des équipements peut entraîner des ruptures de parcours inter-organisationnels par la création de doublons : c'est ainsi que les villes disposant d'une MDA ont aussi en leur sein des bureaux d'information jeunesse — comportant dans certains cas un point santé — en dépit de la possibilité d'installer le bureau d'information jeunesse directement au sein de la MDA et ainsi contribuer à éviter une séparation entre un établissement étiqueté médical et une structure naturellement attractive pour une population jeune susceptible d'y trouver des offres d'emplois, des formations (BAFA, PSCI) et des conseils quant à l'orientation scolaire ou universitaire¹⁸.

8.2.4.2 Le contrat local de santé, un zonage renforçant les inégalités

Si les opérations de prévention, en dehors du conventionnement pluri-annuel et des contrats locaux de santé, sont essentiellement localisées dans les villes-centres pour des raisons tenant au nombre de personnes touchées et à l'absence de défraiement du déplacement des opérateurs (voir carte 8.1 page 235), la signature d'un CLS permet d'attirer, nous

18. Cette absence d'articulation entre ces structures ayant été confirmé au cours d'un entretien.

8.2. QUAND L'AUTONOMIE DU DISPOSITIF PERTURBE LE JEU SPATIAL

l'avons mentionné au chapitre précédent, les opérateurs vers des zones plus défavorisées par la promesse d'une priorisation des subventions. Résulte de cela la création de zones défavorisées lors du traitement des dossiers :

Oui, parce qu'en plus, on vient écrire derrière, notamment dans les guides de financement des appels à projets, on voit dans la prévention, on le voit sur d'autres aspects que dans le cadre de l'instruction, le fait de s'inscrire sur un territoire de CLS dans les actions d'un CLS, ça fait grapiller des points en plus, donc quand on fait des arbitrages à enveloppe constante entre une action X qui est dans un CLS et une action Y qui n'y est pas, même si on est sur un territoire qui, peut-être en a besoin, ça joue aussi donc c'est vrai que c'est loin d'être évident.

Agent de l'ARS

De la même manière, la signature du contrat local de santé, en promouvant le développement d'un marketing territorial différencié à destination des professionnels de santé, et en relation avec ce que nous avons évoqué dans la sous-section suivante, contribue à accentuer la fragilisation des espaces ruraux qui ne peuvent pas attirer des professionnels de santé en nombre suffisant pour atteindre le seuil requis à la survie des établissements.

Cette situation, inégalitaire, qui durera tant que l'ARS n'aura pas couvert tout l'espace de la région Centre — un objectif de l'agence assumé comme nous avons pu le constater à de nombreuses reprises — aboutira toutefois, une fois cela effectué, à une différenciation beaucoup plus accrue des espaces selon les priorités locales.

Synthèse du chapitre

Dans ce chapitre, nous avons pu voir comment les actions des opérateurs de santé (politique de la chaise vide, création de projets alternatifs, alter-planifications) ne constituaient pas une contestation radicale de la politique portée par l'ARS, mais au contraire s'inscrivaient dans la vision de la santé promue par l'agence : promotion de réseaux inter-organisationnels ou prise en charge de mission spatiales dégradées par l'ARS, à l'exception de certains établissements, privés essentiellement, disposant de suffisamment de pouvoir politique et législatif pour échapper aux exigences de la planification.

Résulte de l'analyse du dispositif une concentration de l'offre sanitaire, médico-sociale et de prévention vers les zones les plus peuplées en dépit de la volonté affichée de réduire les inégalités sociales et territoriales de santé par un faible financement des opérateurs de santé publique et environnementale, mais aussi par la création d'externalités négatives du fait du recul de l'offre de soins, la création d'espaces incitatifs permettant de combler le recul de l'offre de soins par les libéraux montrant aussi ses limites dans la mesure où ils déplacent le problème plutôt qu'ils ne le comblerent. Enfin, la création de zonages de coordination contribue à cette différenciation territoriale en défavorisant, *a minima* temporairement — et pas uniquement dans le domaine de la prévention — des espaces n'acceptant la démarche de coordination inter-organisationnelle promue par l'ARS.

Chapitre 9

Discussion : Un dispositif de gestion spatial constituant un cadre d'action

« Comment le dispositif de contrôle spatial structure un champ d'action inter-organisationnel et, dans l'interaction avec les membres du champ, peut se transformer et révéler les asymétries organisationnelles du réseau ? » Telle est la problématique de notre recherche, présentée aux pages 3, 57 et 127. Ce chapitre a pour but de mettre en perspective différents éléments théoriques exposés dans la revue de littérature en partie I et la *thick description* du cas de la gestion de la santé en région Centre au cours des chapitres 5, 6, 7 et 8.

Rappelons brièvement la situation du cas, ce qu'il représente dans sa singularité exemplaire. Il s'agit d'étudier le dispositif de contrôle spatial d'une délégation d'activité qu'un mandant (autorité publique) organise en confiant à plusieurs agents des missions qu'il ne peut assurer lui-même sur un espace particulier qu'il a défini, en l'occurrence la région Centre.

Trois composantes de l'espace ont été catégorisées dans notre revue de littérature (1.1.3) : l'espace absolu ou métrique qui renvoie à une distance mesurable entre deux points, l'espace relatif qui dépend des représentations et des capacités spatiales de chacun et l'espace

relationnel qui correspond aux rapports sociaux entre les organisations (réseaux inter-organisationnel). Nous voyons d’abord (9.1) comment les différentes normes et pratiques spatiales inscrites dans ces trois espaces contribuent à structurer le champ d’action des différents agents pris dans le dispositif, puis, dans un second temps, comment ce dispositif finit par échapper au mandant (9.2).

9.1 Trois espaces en interaction pour construire un bon comportement organisationnel

Au cours d’un colloque s’étant déroulé pendant notre thèse, TALBOT (2015) s’interroge : « faut-il être proche pour contrôler ? ». Sa contribution théorique mobilise les apports de l’économie de la proximité, que nous avons évoqués en 1.2.1.2 et tente de les articuler avec la littérature sur le contrôle inter-organisationnel (*cf* : tableau 9.1 page ci-contre). Si le vide théorique auquel il fait référence, l’absence de prise en compte de l’espace dans les approches portant sur le contrôle inter-organisationnel est similaire au nôtre, le chemin emprunté, passant par le recours à la géographie pour éviter l’approche de l’économie de la proximité dont nous avons montré les limites grâce aux contributions de HARVEY (2010a) et LE BOULCH (2002), et les résultats obtenus, en particulier grâce à la mobilisation de l’approche foucauldienne différent (*cf* : tableau 9.2 page 250).

En effet, notre travail de thèse permet de mettre en évidence que le rôle accordé à l’espace absolu dans le contrôle inter-organisationnel ne se limite pas à la seule prise en compte du face à face permettant de surveiller l’organisation exécutant la mission, mais intervient bien plus en amont pour définir sa zone de chalandise (implantation, périmètre d’intervention, position relative aux autres). Guidée à la fois par des mécanismes incitatifs (zonages, études de marché, offre d’emplois, implantation centrifuge) et coercitifs (contractualisation), cette localisation dans l’espace s’incarne aussi de manière plus subtile par la présence de seuils (rentabilité, employés, soit des seuils qui constituent une forme de réification de la taille critique), dont la dimension spatiale est masquée et qui rendent chaque opérateur autonome et responsable de sa prospérité. Pour maintenir celle-ci face à un mandant désireux de réduire ses coûts par la mise en œuvre d’économies d’échelle, l’agent n’a d’autre choix que de

9.1. TROIS ESPACES EN INTERACTION POUR CONSTRUIRE UN BON COMPORTEMENT ORGANISATIONNEL

TABLEAU 9.1: Effets de proximités sur le contrôle inter-organisationnel

<i>Proximités</i>	<i>Effets sur le contrôle formel</i>	<i>Effets sur le contrôle informel</i>
Proximité cognitive, base de connaissances communes	Phase de sélection : conditionne le contrôle des connaissances détenues	
Proximité institutionnelle : partage d'institutions formelles et informelles	Phase d'exécution : conditionne le contrôle des comportements	Phases de sélection et d'exécution : conditionne le <i>clan control</i>
Proximité organisationnelle : d'appartenance à une structure de gouvernance	Phases de sélection et d'exécution : conditionne la réduction des coûts de transaction et de l'autonomie du contrôlé	
Proximité sociale : appartenance à un réseau		Phase de sélection : conditionne la diffusion de la réputation. Phase d'exécution : conditionne la confiance
Proximité géographique : co-localisation		Phase d'exécution : le face à face renforce le contrôle

Source: (TALBOT, 2015, p. 19)

9.1. TROIS ESPACES EN INTERACTION POUR CONSTRUIRE UN BON COMPORTEMENT ORGANISATIONNEL

TABLEAU 9.2: Grille d'analyse foucauldienne et mécanisme du dispositif spatial

<i>Logique foucauldienne</i>	<i>Matérialisation métrique</i>	<i>Matérialisation relationnelle</i>	<i>Matérialisation relative</i>	<i>Exemple de notre étude de cas</i>
Quadrillage	Appel à projets avec distance métrique, gradation en plateau technique selon des découpages prédéfinis	Organisation des parcours, de la fragmentation de la gouvernance territoriale pour laisser un contrôle <i>in fine</i> au mandant	Numérisation de la prestation pour accompagner la gradation	Guide d'installation des MSP, guide SROS avec gradation des établissements, étude de marché pour une localisation optimale, marketing territorial
Contrôle de l'activité par des procédures	Implantation, périmètre d'activités	Inscription de la coopération dans les contrats, convocation des acteurs pour mettre en place des parcours	Aller-vers	CPOM établissements et « gros » opérateurs de subvention
Surveillance par observation	Seuil de rentabilité, analyse de la provenance des publics de la zone attribuée	Rupture de parcours inter-organisationnels	—	T2A, seuils de naissance, analyse du PMSI et bilan des opérations de subvention
Sanction normalisatrice	Mise en place de zonages attractives/répulsives	Valorisation de structures réticulaires/-suppression des doublons		subventions SPE et professionnels libéraux
Examen	Réponse aux appels à projets spatialisés	Réponse au volet collaboration des CPOM		Gouvernance territoriale
Auto-contrôle	Organisation d'un consensus faisant émerger les bons acteurs	Désignation d'un chef de file responsable des autres organisations, établissement d'un dialogue inter-organisationnel dans les instances de gouvernance territoriale		construction du PRS/CLS, subventions SPE, création des GHT

9.1. TROIS ESPACES EN INTERACTION POUR CONSTRUIRE UN BON COMPORTEMENT ORGANISATIONNEL

s'appuyer sur un réseau inter-organisationnel (espace relationnel) — encouragée en cela par le contrat signé avec le mandant — ce qui se traduit concrètement par :

- la quête de nouveaux clients par la prospection et fidélisation des prescripteurs situés dans l'espace d'intervention de l'opérateur, sommés, pour conserver les bénéfices des externalités positives de la présence dudit opérateur, de leur envoyer ses clients, voire de travailler directement à son service ;
- le partage de fonctions et personnels entre opérateurs de zones voisines, que cela soit des services supports ou directement des activités principales de l'opérateur, voire la fusion pure et simple d'opérateurs ;

Ces deux logiques contribuent de manière extrêmement efficace à la volonté de réduction des coûts voulue par le mandant et sont pleinement légitimées, y compris par les opposants les plus farouches à la fermeture de services qui, dans leur contestation ou contre-proposition, s'inscrivent pleinement dans cette logique et exigeant une mutualisation avec un opérateur voisin. Cette mise en réseau, promue directement par le régulateur parfois de manière plus coercitive, qui voit ainsi la possibilité de conserver une offre qu'il aurait dû fermer sans bourse délier, passe également par la désignation d'un opérateur chef de file responsable de la conduite des agents sur un espace défini par le mandataire qui se charge d'effectuer les regroupements et mutualisations nécessaires entre opérateurs. Ce chef de file, en situation de gestion similaire à celui d'une mini-agence, en promouvant les collaborations aboutit, dans un deuxième temps, à la naturalisation de doublons sur un même espace entre les opérateurs qui définissent un projet commun selon une logique de gouvernance territoriale promue par le mandant, ce qui permet de légitimer d'autant plus efficacement les futures économies à réaliser entre opérateurs.

Cette question de la légitimité se retrouve dans la mise en scène de l'espace relatif : présenté comme un impératif justifiant la mise en réseau des opérateurs afin d'éviter les ruptures de parcours, il est de fait laissé de côté dans l'organisation métrique puisque le dispositif entraîne de fait la création d'espaces délaissés au sein desquels règnent prestation dégradées ou virtualisées. Nous comprenons cette géométrie variable dans la gestion de l'espace relatif avant comme un argument masquant le résultat de cet atmosphère de responsabilisation inhérente au *New Public Management* dont les principes, évoqués notamment

9.1. TROIS ESPACES EN INTERACTION POUR CONSTRUIRE UN BON COMPORTEMENT ORGANISATIONNEL

dans le tableau 3.1 page 77 — et plus généralement dans la deuxième partie du chapitre 3 — s’articulent avec l’organisation du recul de l’État qui contribue à laisser à chacun la maîtrise de son destin. Ici, cela se traduit par la délégation de la gestion de cet espace relatif à la collectivité territoriale, voire la promotion de mécanismes techniques permettant de pallier la fermeture ou la dégradation d’activités par l’organisation d’exécution de la prestation à distance.

Encadré 9.1: Des dessins pour étudier les représentations du système de santé

Au cours des entretiens que nous avons pu mener lors de notre thèse, nous avons demandé à chaque personne interrogée de dessiner la représentation du système de santé qu’elle avait. Si tous ne se sont pas prêtés au jeu, certains nous ont été particulièrement utiles pour comprendre la position de chacun dans le champ de la santé, de comprendre les interactions et jeux de pouvoir entre les organisations, cette méthode projective permettant d’éviter de poser la question de manière abrupte grâce au côté ludique du dessin, « de passer par les images pour accéder aux idées » (GUELFAND, 2013, p. 298). Le recours à cette technique a été facilité par la complexité du système reconnue par tous et la dimension ludique a également permis de briser la glace avec des interlocuteurs nous considérant parfois avec méfiance.

Les schémas que nous reproduisons ici, qui sont soit scannés soit numérisés selon leur lisibilité, peuvent, dans certains cas, illustrer les résultats présentés au cours de ce chapitre. On retrouvera en annexes III les dessins de santé qui ne sont pas présents ici et qui présentent un intérêt manifeste pour notre travail de recherche (certains ayant abandonné au cours de l’exercice, refusé la consigne ou produit un résultat illisible).

9.1.1 Résultat 1 : un espace métrique signifant pour comprendre le dispositif, mais qui prend son sens dans son interaction avec l’espace relatif et relationnel

Ainsi donc, notre travail souligne que l’espace absolu n’est pas qu’un terrain de jeu dans les relations inter-organisationnelles et doit, conformément à notre intuition lors de la mobilisation de la littérature géographique, être considéré comme une contrainte pouvant s’exercer sur les organisations prises dans un dispositif. Trivialement, comme l’indique cette littérature, l’espace métrique est donc un construit social et non un simple conteneur qui fait l’objet d’enjeux spécifiques, y compris — et là se situe notre apport — dans l’étude du contrôle inter-organisationnel dans la mesure où il s’articule avec les deux autres espaces, relationnels et relatifs pour structurer le champ d’action des organisations engluées

9.1. TROIS ESPACES EN INTERACTION POUR CONSTRUIRE UN BON COMPORTEMENT ORGANISATIONNEL

dans son sein. À ce titre, notre cas est comme nous l'avons indiqué dans le chapitre 2 celui d'un individu appartenant à une espèce, celle de la situation de délégation organisée selon des principes relevant des théories contractualistes (théorie de l'agence, des coûts de transaction).

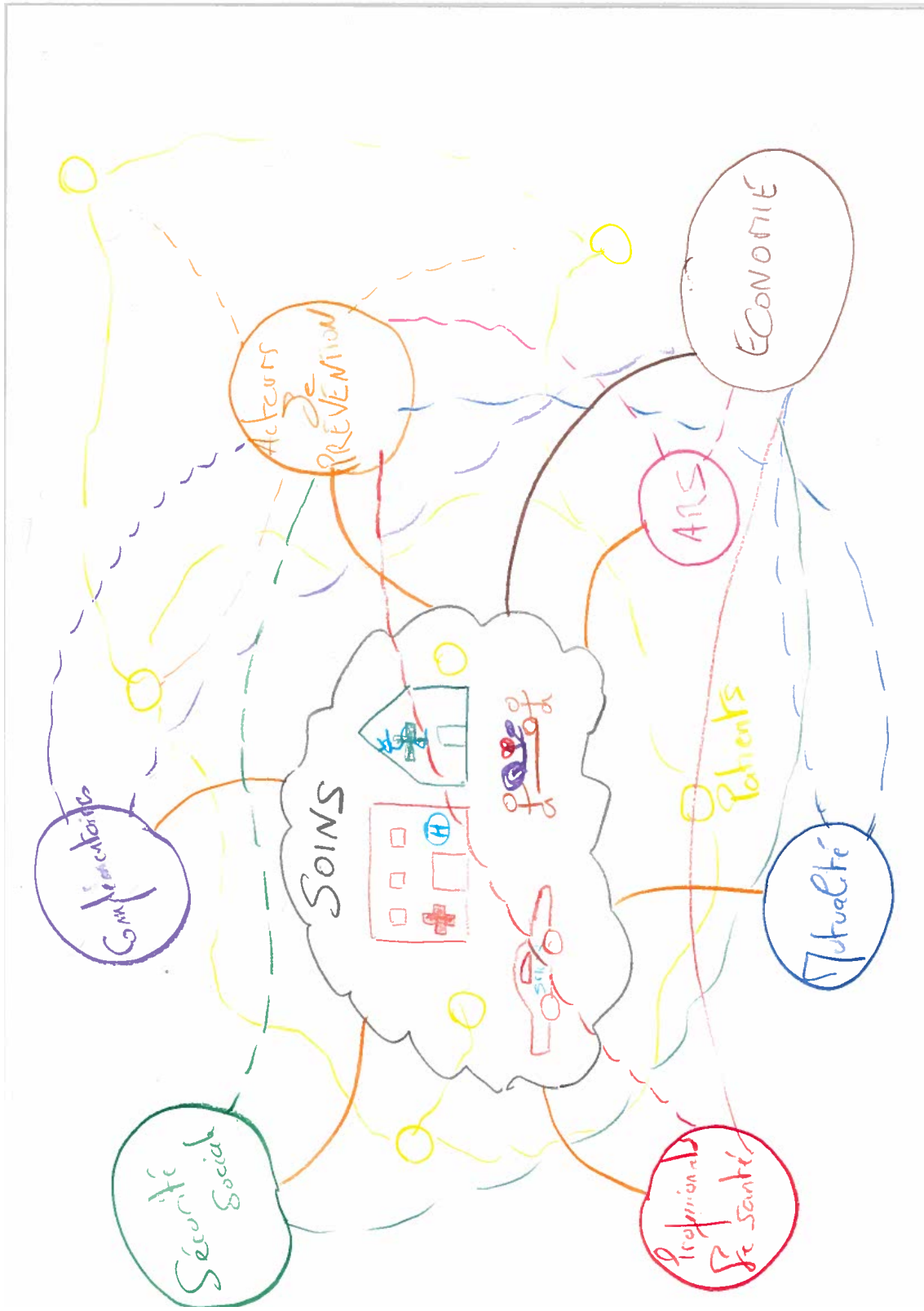
Ainsi, les résultats que nous avons formulés ne sont pas l'apanage de la seule politique d'aménagement du territoire, mais constituent autant de portes ouvertes à destination des relations inter-organisationnelles dans des contextes les plus divers. Franchises, clients et fournisseurs, voire chaînes globales de valeur (PALPACUER & BALAS, 2010) constituent autant de chantiers qui permettraient d'étendre ou d'amender le cadre permettant d'étudier l'espace que nous avons pu constituer, *a fortiori* quand on considère que c'est grâce à ces multiples organisations que se propagent les discours, normes et pratiques du dispositif.

9.1.2 Résultat 2 : une diffusion du dispositif via une chaîne d'organisations

C'est dans cette perspective multi-organisationnelle que se situe l'une des forces du dispositif : d'envergures (inter)nationales, les normes sont diffusées et naturalisées par le biais de multiples maillons d'une chaîne organisationnelle : l'autorité normalisatrice, le mandant, la gouvernance territoriale, l'éventuel chef de file, au sein des organisations, jusqu'aux éventuelles parties prenantes coexistant dans l'espace métrique et relationnel. Cet assemblage, légitimant à chaque fois d'autant la logique promue dans le dispositif contribue largement à fermer l'espace des possibles auquel font face les organisations. Ce résultat, déjà esquissé dans notre précédent travail (GIORDANO et al., 2015), lors de la mise en évidence du rôle joué par les mutuelles dans le regroupement des établissements via le conventionnement hospitalier, prend tout son sens ici lors de l'analyse du dispositif dans son entier.

9.1. TROIS ESPACES EN INTERACTION POUR CONSTRUIRE UN BON COMPORTEMENT ORGANISATIONNEL

Dessin du système de santé 9.1: Opérateur 1

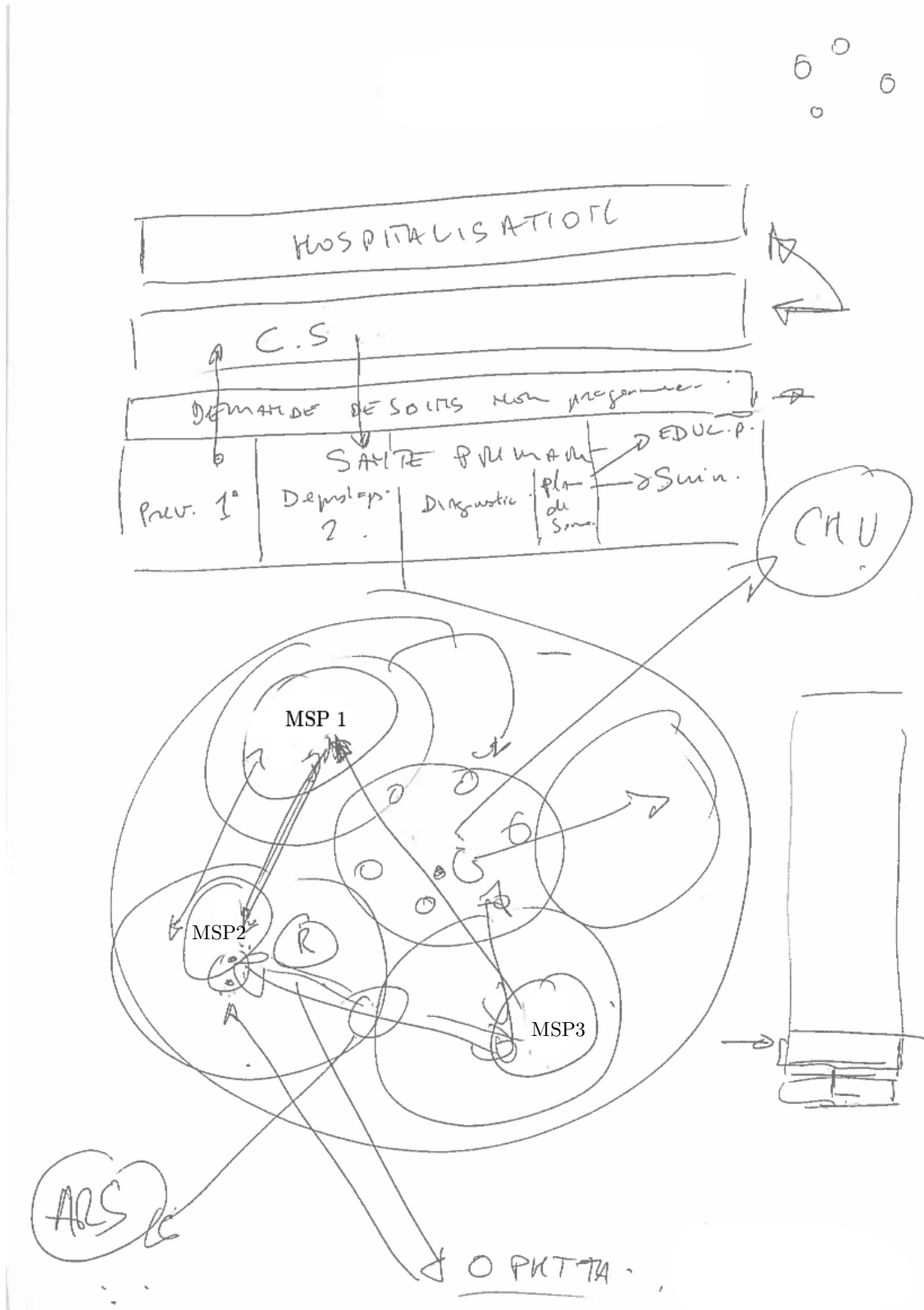


9.1.3 Résultat 3 : un dispositif reposant sur une fausse liberté spatiale

À la différence de l'article que nous venons de citer qui traite du contrôle inter-organisationnel que sous la dimension contraignante, le recours à un cadre foucaldien se trouve ici justifié nous semble-t-il par la mise en évidence de la construction d'une fausse liberté laissant penser que les acteurs ont des marges de manœuvre sur l'espace qui leur est attribué, défini dans une relation contractuelle et qu'ils sont pleinement responsables de la bonne santé de leur organisation. L'analyse vient ici montrer que cette responsabilité qui leur est attribuée de se mettre en réseau sert avant tout les intérêts du mandant, lui permettant de maintenir une activité jugée coûteuse à peu de frais. À ce titre, les pratiques telles que définies dans le courant pourtant minoritaire de la SAP évoqué en 2.1.2.2 sont bien inscrites dans une logique de contrôle qu'ils contribuent à perpétuer via la chaîne évoquée plus haut.

9.1. TROIS ESPACES EN INTERACTION POUR CONSTRUIRE UN BON COMPORTEMENT ORGANISATIONNEL

Dessin du système de santé 9.2: Opérateur 2



9.1.4 Résultat 4 : un dispositif dont la spatialité apparente n'est pas la seule force de contrôle spatial

Un dernier résultat de notre travail pour cette première section réside dans la mise en évidence du caractère masqué du cœur du dispositif de contrôle spatial : passant par des logiques de seuil ou de promotion d'une meilleure prestation pour le patient par une amélioration des liens inter-organisationnels, sa véritable logique de concentration par la mise en réseau reste en grande partie éclipsée par de longs développements sur un diagnostic apparemment partagé réalisé dans le cadre d'une démarche de gouvernance territoriale. Celle-ci n'est toutefois pas inutile, contrairement à ce que de nombreux acteurs ont pu nous indiquer au cours de nos entretiens et joue pleinement deux rôles qui ne sont pas énoncés clairement : une contribution à la mise en réseau des agents, en particulier sur des espaces réduits et la création d'un consensus permettant de légitimer la mise en œuvre d'une politique, celle du mandant, en l'occurrence un acteur public, avec des effets concrets sur la gestion de la relation d'agence. À ces deux logiques, s'adjoint la mise en œuvre de normes d'une visibilité intermédiaire passant par l'élaboration de normes et discours essentiellement métriques qui s'imposent aux acteurs, du moins quand ils ne font pas l'objet de détournement.

Tel que présenté dans cette première partie du chapitre, le dispositif de contrôle spatial apparaît comme largement aux mains du mandant, dans notre cas l'agence régionale de santé. Cependant, le dispositif, tel que défini par Michel FOUCAULT étant avant tout un assemblage stratégique relationnel laissant la place aux discours, normes et pratiques des acteurs, ce concept nous invite à interroger son fonctionnement pour en révéler les limites, voire pourquoi pas, son retournement.

9.2 Le mandant pris lui-même dans le dispositif

Le cas étudié représente, nous l'avons vu, celui de l'organisation d'une délégation d'activités et de son contrôle sur un espace précis (*cf* : sous-sous section 2.2.1), un cadre très fortement inspiré des théories contractuelles, formellement les théories des coûts de transaction et de l'agence, que l'on retrouve au cœur du *New Public Management*

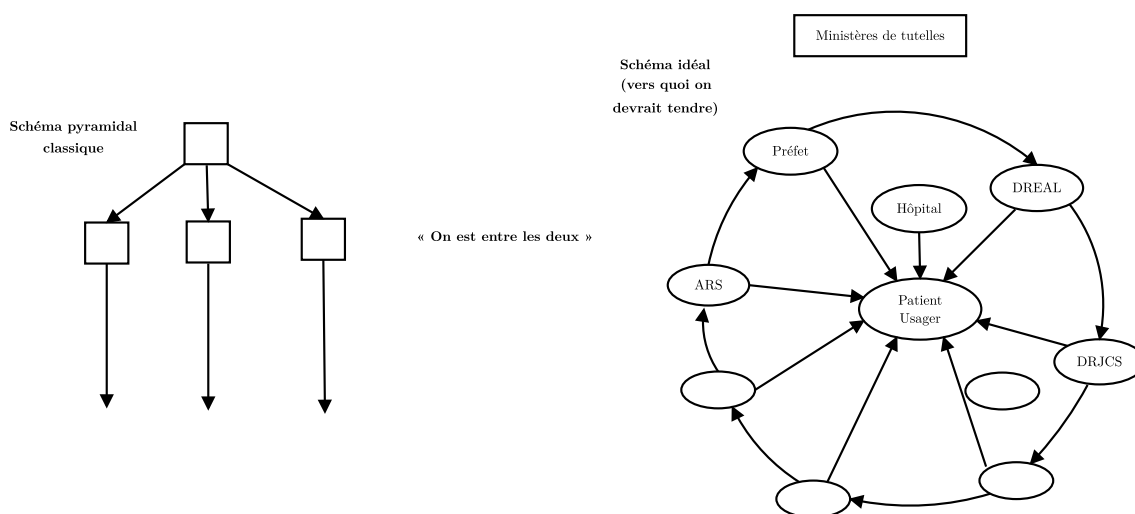
(*cf* : tableau 3.1 page 77). Si les approches néoclassiques (JENSEN & MECKLING, 1976 ; WILLIAMSON, 1981) envisagent l'exercice du pouvoir comme s'exerçant du centre vers la périphérie, elles peinent à le concevoir comme distribué ce que permet l'approche du contrat relationnel, notamment développée par MACNEIL (1980) du fait de l'incomplétude du contrat (*cf* : tableau 9.3 page 261). L'approche foucaldienne permet d'envisager les choses quelque peu différemment : si le tableau 9.2 page 250 présente les mécanismes au cœur du dispositif, au départ comme stato-centrés, son autonomie par les discours, normes et pratiques des acteurs ou des effets de remplissements stratégiques qui lui sont inhérents laisse entendre que l'ensemble est plus complexe et échappe au contrôle du mandant. En effet, comme nous l'avons vu chapitre 8, il faut se prémunir de considérer l'action du mandant comme omnisciente et omnipotente.

9.2.1 Résultat 5 : le mandant fait partie de la chaîne normative qu'il contribue à diffuser

En effet, l'action du mandant, nous l'avons évoqué plus haut n'est qu'un maillon de la chaîne normative qu'elle contribue à diffuser au sein de son espace via sa politique, encore qu'une large partie de celle-ci lui échappe (seuils et taux sont définis nationalement, voire internationalement). La sincérité et la bonne volonté du personnel de l'agence étudiée — même si nous avons pu parfois prendre certains en flagrant délit de mensonge — ne laissent aucun doute sur le fait d'être aussi englué dans le dispositif qu'ils contribuent à faire vivre, les poussant parfois à remettre en cause la politique de planification spatiale légitimée via la gouvernance territoriale, les empêchant d'effectuer un nombre suffisant d'inspections au sein des organisations étudiées, ou étant dans l'impossibilité de contrôler les acteurs dont elle est censée régir les activités par manque de pouvoir politique ou de cadre législatif. À ce titre, le cas étudié est aussi représentatif des économies qu'il prétend générer en diffusant des logiques de bonne gestion à ses agents : il subit de plein fouet la RGPP, se voit contraint d'organiser le retrait du public au profit du privé et ses méthodes de travail sont établies sous la houlette de consultants en mission sous la forme d'une agence... Ainsi donc, envisager le contrôle dans une simple relation mandant/agent, extérieure à toute prise en compte de l'environnement dans lequel évolue ce premier est assez réducteur. A

fortiori si on n'envisage pas les marges de manœuvre que finit pas créer le dispositif et qui génère de véritables marges de liberté pour les acteurs.

Dessin du système de santé 9.3: Agent de l'ARS 1



9.2.2 Résultat 6 : le dispositif engendre des marges de manœuvre spatiales pour les acteurs

En outre, la complexité du dispositif qui *in fine*, par son assemblage, constitue des marges de manœuvres sur lesquels les acteurs peuvent s'appuyer pour échapper au contrôle spatial : multiplication de règles d'implantation ou de règlements qui entrent en contradiction avec les premières ou l'autorisation à ne pas respecter les règles mises en œuvre localement par le mandant du fait de son impuissance évoquée plus haut constituent autant d'éléments qui permettent aux acteurs de contourner ou échapper au dispositif, ne serait-ce que temporairement.

9.2.3 Résultat 7 : le dispositif spatial génère les causes qu'il est censé résoudre

De manière plus classique, le dispositif contribue également à entretenir le problème qu'il est censé éradiquer¹. Ainsi, dans le cas d'insuffisance du nombre d'opérateurs, la génération de zones positives pour les attirer ne provoque pas le comblement du problème, mais son déplacement par des effets d'opportunité. Par ailleurs, l'affaiblissement d'un opérateur ne parvenant pas à attirer suffisamment de clients par lui-même ou à mobiliser les fournisseurs de la chaîne entraîne à plus ou moins longue échéance le départ de ces derniers ce qui engendre *in fine* une zone défavorisée qu'il sera difficile de réinvestir.

Difficile, dans ce cadre, de réduire les enjeux du contrôle inter-organisationnel à une simple relation contractuelle duale — entre l'agent et le mandant — sans envisager la complexité des relations inter-organisationnelles qu'entretient chaque acteur avec son propre réseau de fournisseurs, clients, etc., mais aussi d'envisager les représentations et plus généralement le cadre normatif dans lequel il évolue. À ce titre, les modèles classiques sur lesquels est pensé le contrôle inter-organisationnel apparaissent limités :

- ainsi, les modèles contractualistes classiques (transaction, agence) reposant sur le chiffrage des coûts de transaction de façon mécanique sont sous-socialisés car reposant sur la modélisation et la liberté des acteurs — ici largement remise en cause — du fait du postulat d'individualisme méthodologique notamment critiqué par GHOSHAL et MORAN (1996) ;
- quant aux modèles plus socialisés ou relationnels (*cf* : tableau 9.3 page ci-contre) auxquelles peut-être rattachée la recherche de TALBOT (2015) mentionnée plus haut, s'ils envisagent une interaction sociale et normative entre les acteurs pris dans une relation marchande, ils peinent, comme le courant précédent, à envisager celle-ci comme influencée par les différentes parties prenantes de l'environnement au sein duquel agent et mandant évoluent.

Cette ouverture sur l'environnement inter-organisationnel et plus général normatif — qui ne constitue pas en soit une nouveauté dans l'étude des relations inter-organisationnelles,

1. Plus classiquement car la littérature foucaldienne, mais pas seulement, ne manque pas d'indiquer le rôle des prisons dans le maintien et le développement de la délinquance par exemple.

9.2. LE MANDANT PRIS LUI-MÊME DANS LE DISPOSITIF

TABLEAU 9.3: Les 10 normes communes de MACNEIL (1983) et leur définition

<i>Norme</i>	<i>Définition</i>
Intégrité du rôle	Restriction de la part des partenaires en matière de poursuite de leurs buts individuels
Réciprocité	Retour d'un bénéfice précédemment procuré
Mise en œuvre du planning	Respect des échéances prévues pour réaliser l'échange
Réalisation de la promesse	Respect des engagements, même si une opportunité inattendue se présente
Flexibilité	Adaptation en cas de survenance d'un problème
Solidarité contractuelle	Respect du contrat de la part de chacune des parties
Normes cohésives : réparation, confiances et attentes	Normes qui permettent l'ajustement de l'échange : la réparation consiste en un rééquilibrage des gains lorsqu'une partie a tiré un bénéfice indû des échanges ; la confiance est un ensemble de promesses qui n'est pas associé à un engagement légal ; les attentes correspondent à l'espoir d'obtenir ce qui a été promis.
Création et restriction du pouvoir	Répartition du pouvoir entre les parties.
Bien-fondé des moyens	Adoption de comportements appropriés à la situation
Harmonisation avec la matrice sociale	Consiste en un support minimum qui permet l'échange : un moyen de communication compris entre les deux parties, un système d'ordre pour que les parties échangent au lieu de voler, un système monétaire, un mécanisme d'application des promesses.

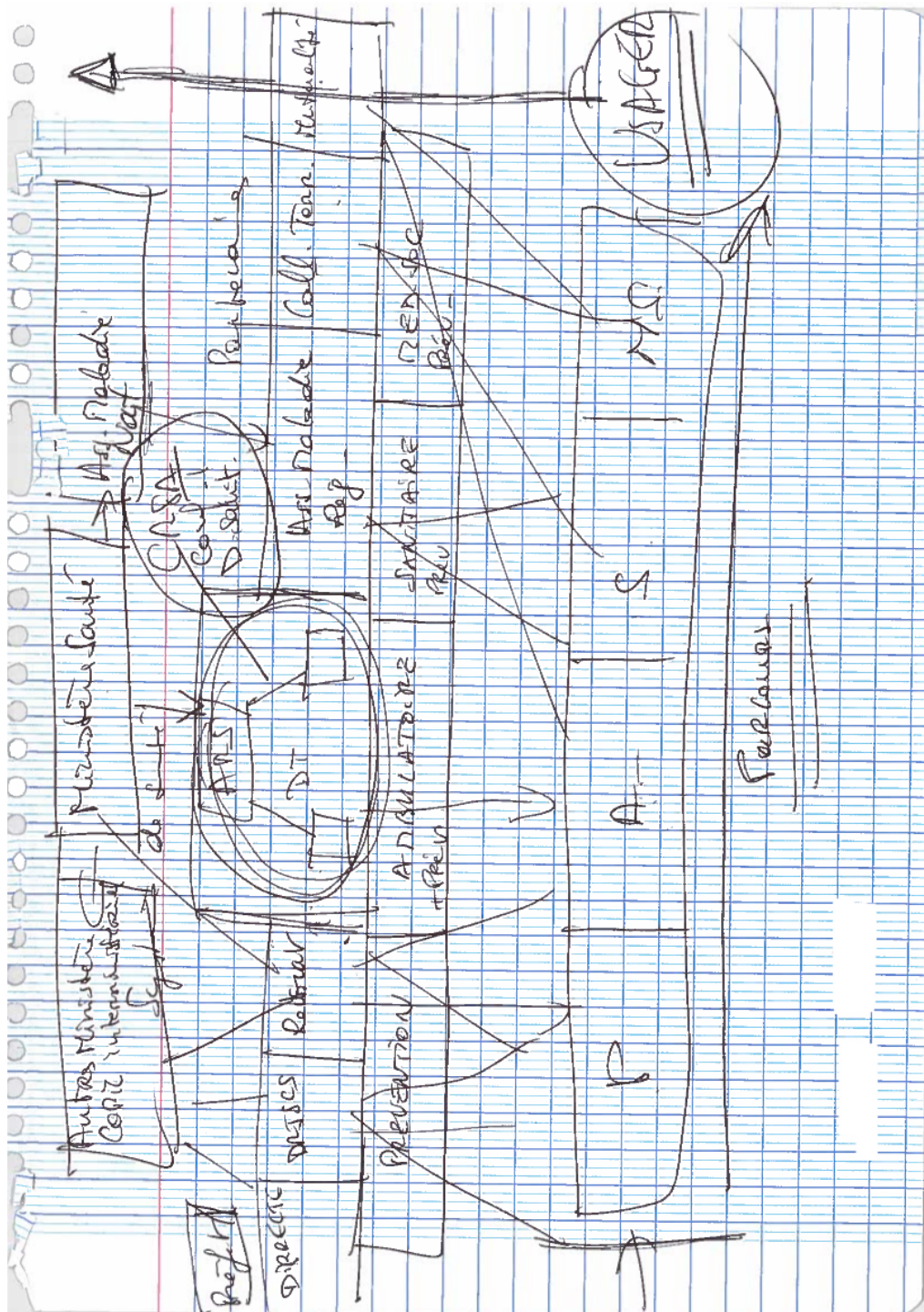
Source : (MANDARD, 2013, p. 17)

9.2. LE MANDANT PRIS LUI-MÊME DANS LE DISPOSITIF

le modèle canonique des 5+1 forces de M. PORTER (1982) en est l'un des exemples les plus vifs — constitue cependant, nous semble-t-il, un regard à développer dans l'étude des modes de contrôle entre les organisations, quitte à entr'ouvrir une porte vers la possibilité de considérer l'effectivité de ce contrôle comme chimérique.

9.2. LE MANDANT PRIS LUI-MÊME DANS LE DISPOSITIF

Dessin du système de santé 9.4: Agent de l'ARS 2



Remarque : C'est une fois le dessin achevé que son auteur nous jette un regard et lâche un « flûte, j'ai oublié l'utilisateur » avant de le rajouter promptement sur un coin de feuille.

9.2. LE MANDANT PRIS LUI-MÊME DANS LE DISPOSITIF

Conclusion générale

Notre premier travail de recherche (GIORDANO et al., 2015) avait pour but d'étudier la manière dont le discours, en se diffusant entre les organisations pouvait être envisagé comme révélateur des logiques de domination inter-organisationnelles. Elle postulait donc le discours non pas comme ayant un intérêt en tant que tel, mais avant tout comme un instrument de mesure.

Cette thèse, à bien des égards, constitue une rupture par rapport à cette première recherche : le statut qu'elle accorde au discours, auquel elle adjoint les normes et les pratiques, n'est pas envisagé d'un point de vue extérieur, mais avant tout intérieur. Le dispositif ainsi formé produit un bon comportement qui s'impose aux autres organisations d'un même champ organisationnel.

Partant d'une lacune présente dans la littérature — l'absence d'étude intégrant l'espace dans le contrôle inter-organisationnel — cette recherche avait donc pour projet d'étudier la manière dont un dispositif de contrôle spatial parvenait à structurer le champ d'action d'organisations évoluant dans un secteur, celui de la santé, et placé dans une situation d'agence vis-à-vis d'une autorité (mandant). Pour cela, nous avons construit une étude de cas autour du champ de la santé en région Centre-Val-de-Loire et avons pu notamment mettre en évidence la conjonction de règles spatiales (relatives, absolues et relationnelles, mais aussi apparemment spatialement moins évidentes) interagissant pour former un dispositif de contrôle produisant, via une chaîne d'organisations, un bon comportement spatial conduisant les différents maillons à travailler ensemble pour maintenir leurs activités en dépit d'un zonage consacrant apparemment la place de chacun dans un espace défini.

En guise de conclusion, nous revenons sur les principaux apports de cette thèse, mais aussi ses limites, avant d'évoquer les perspectives de recherche ultérieures.

Les apports de cette recherche

Cette section reprend les différents apports de cette recherche en les déclinant autour de trois axes : d'abord, les apports théoriques, ensuite les apports pratiques ou managériaux qui, bien que contestés dans les approches critiques en sciences de gestion représentent une exigence de notre discipline et enfin des apports méthodologiques.

Apports théoriques

Les apports théoriques que nous présentons dans cette sous-section sont au nombre de trois : d'abord une construction théorique esquissée dans la littérature proposant une nouvelle conception de l'espace que nous avons pu confronter à la littérature empirique, ensuite la mise en évidence du mode de fonctionnement du dispositif spatial parvenant à régir les rapports inter-organisationnels et enfin l'autonomie du dispositif spatial en question interrogeant la capacité d'un mandant à régir les actions de son agent.

Une vision de l'espace enrichie pour étudier les rapports inter-organisationnels

Dès la revue de littérature, nous avons pu mettre en évidence les limites des approches traditionnelles en sciences de gestion étudiant les rapports entre espace et relations inter-organisationnelles. L'étude empirique a pu confirmer les intuitions nées de ce constat : l'espace métrique ou absolu ne représente pas que le terrain de jeu sur lequel les organisations évoluent, mais possède une véritable pesanteur dans la mesure où il peut être orchestré et problématisé pour faire l'objet d'une contrainte réelle dans les relations inter-organisationnelles. Il y a donc un réel intérêt à l'étudier.

Par ailleurs, l'étude de ce dispositif a pu mettre en évidence que l'une des forces de ce dispositif résidait dans non pas dans la juxtaposition de discours, normes et pratiques de ces trois espaces, mais, conformément à la définition foucauldienne du dispositif, de leur

mise en lien dans une visée de contrôle : ainsi donc, il apparaît nécessaire, pour étudier ce contrôle spatial, de ne pas se limiter à l'étude d'un seul de ces espaces, mais de les envisager ensemble.

La construction d'une fausse liberté spatiale via une chaîne inter-organisationnelle

Le cadre foucauldien déployé au cours de cette thèse s'est révélé fertile pour mettre en évidence plusieurs éléments comme la construction d'une fausse liberté spatiale à l'aide de normes spatiales certes explicites (absolues, relatives et relationnelles), mais aussi parfois plus masquées comme des taux ou des seuils qui participent à une reconfiguration des agents englués dans ce dispositif.

Cette fausse liberté repose sur l'idée que les acteurs sont placés dans une situation de responsabilité du maintien de leurs activités, un marché spatial sans concurrence leur étant attribué, la chaîne inter-organisationnelle constituée ainsi participant à la naturalisation de ce dispositif les poussant à collaborer ou à entrer en concurrence pour maintenir leurs activités sur leur territoire, ce qui permet au mandant de réduire ses coûts.

Quand l'autonomie spatiale du dispositif dépasse le mandant

L'une des forces les plus subversives du concept de dispositif est qu'il permet d'envisager le dispositif non pas comme l'expression d'une volonté rationnelle structuro-fonctionnaliste, comme c'est le cas fréquemment en sciences de gestion, mais, au contraire, comme un assemblage pouvant échapper à celui qui exerce le contrôle. À ce titre, appliqué à notre cas, il permet de tracer deux lignes directrices qui éclairent le fonctionnement des mécanismes de contrôle spatial.

D'abord, il envisage que l'ensemble des règles spatiales et non-spatiales en entrant en interaction dégagent des marges de manœuvres pour les acteurs par leurs contradictions, ce qui peut passer pour une imperfection du dispositif, mais qui, en réalité permet de souligner un second résultat : le dispositif, formé par l'assemblage des actions des différents maillons de la chaîne, dont le mandant n'est qu'une partie échappe en grande partie à son contrôle

et finit par engendrer des les effets qu'il prétend combattre : désertification des espaces au lieu de leur maintien ou déplacement des problèmes plutôt que leur résolution. Cette vision nous enjoint à prolonger les cadres traditionnels régissant les études portant sur le contrôle inter-organisationnel en l'ouvrant par exemple sur l'environnement et surtout en considérant le rôle du mandant comme lui-même contraint (élargissement de la perspective de contrôle à une dimension multi-organisationnelle).

Fondée sur l'analyse d'un cas, la gestion de la santé en région Centre-Val-de-Loire, cette recherche propose, ne serait-ce que pour leur portée heuristique des apports managériaux ou pratiques que nous détaillons maintenant.

Apports managériaux

Si la littérature scientifique théorisant les *Critical Management Studies* nous invite à nous prémunir contre les apports pratiques suspectés d'être au service des dominants (FOURNIER & GREY, 2000 ; BEN KAHLA, 2002 ; ALLARD-POESI & LOILIER, 2009), nous considérons que la portée heuristique de l'analyse d'un dispositif spatial constitue un angle particulièrement pertinent pour mettre au jour les asymétries inter-organisationnelles et, de fait, étudier un secteur en particulier. Ainsi, la différence de traitements entre les différentes organisations de santé — valorisation du libéral et du privé au détriment du service public hospitalier — transparaît bien dans ce qui est promu dans le dispositif spatial.

Pour le régulateur : l'évaluation d'une politique publique

Au cours de notre thèse, il nous a été confié que la venue d'un inspecteur général de l'action sociale (IGAS) s'était traduite par un avertissement adressé à la direction de l'ARS « vous jouez votre avenir sur la territorialisation ». Au-delà de ce qui peut relever d'un simple discours incantatoire de la part d'une structure de contrôle de l'action publique — nous avons eu l'occasion à de nombreux moments dans notre collecte des agents de l'ARS vanter une approche territoriale dans une perspective de légitimation assez similaire à ce que décrit SÉGAS (2013) — cette thèse, par son objet et la restitution des résultats peut

CONCLUSION GÉNÉRALE

contribuer à l'analyse d'une politique publique : celle de la territorialisation effective de la politique de l'agence.

Plus concrètement, le dispositif, dans son effectivité pendant la période correspondant à cette première itération du PRS laisse apparaître une territorialisation en demi-teinte : la politique spatiale de gradation que porte l'ARS, en ce qui concerne la gestion des établissements, lui échappe largement, du fait de l'existence de taux, de seuils et de budgets fléchés définis nationalement ; de même le FIR qui est souvent présenté comme une marge de liberté apparaît limité ce qui était évoqué par EVIN et FAUGÈRE (2012), mais le basculement de certains budgets sur le FIR n'a pas véritablement bouleversé son fonctionnement dans la mesure où les missions financées au titre du FIR sont toujours à faire exécuter par des opérateurs. En somme, envisager la territorialisation comme l'adaptation d'une politique aux spécificités d'un espace paraît assez complexe dans un cadre de ce type : l'exemple des zonages fragiles généralistes ou infirmiers montrant bien les limites d'une telle application de normes nationales.

En lisant cela, le régulateur peut supposer qu'il peut se contenter de « gouverner à distance » (EPSTEIN, 2005) comme il le fait déjà pour l'ANRU avec des mécanismes d'appels à projets ou de labellisation quitte à supprimer directement l'ARS et jouant sur les seuils pour organiser des collaborations ou des regroupements, ce qui permettrait, en outre, de limiter la mise en place d'exceptions à ces règles du fait de la faiblesse politique de l'agence. Il nous semble que cette vision, un peu rapide, passe à côté de la force de cette agence qui, par son action lors des différentes itérations d'une démocratie sanitaire très encadrée ou par ses actions de promotion à destination des élus, contribue à mettre en place les parcours de santé qui représentent une nouvelle manière de nommer un réseau inter-organisationnel permettant au patient¹ de naviguer entre les différents tuyaux d'orgues que représentent les services du ministère de la santé. Ce n'est pas tant dans la gestion administrative, au niveau du siège de l'ARS à Orléans, qui singe la division au ministère pour appliquer ses directives qu'à une échelle plus locale, en particulier au sein des contrats locaux de santé ou des départements que parvient à s'organiser un réseau inter-organisationnel permettant d'éviter ces ruptures.

1. Et non le citoyen, l'approche reste encore centrée sur le malade...

Malgré le potentiel de ce réseau inter-organisationnel, il nous faut nous prémunir de tomber dans un girondinisme béat, celui-ci constituant une fausse alternative nous prévient LEROY (2010) : l'organisation des contrats locaux de santé à l'échelle des Pays ou des ÉPCI, qui favorise les organisations signataires contribue à délaissier un certain nombre d'espaces dépourvus de réseaux inter-organisationnels et de subsides de l'État qui ne sont plus priorités, en particulier pour l'attraction médicale ou pour l'organisation d'opérations de subvention. En termes plus crus, l'État organise un système inégalitaire pour ses habitants.

Pour les organisations prises dans le dispositif : la révélation surplombante d'un chercheur ?

Dans un ouvrage récent, BOLTANSKI (2009) nous incite à nous garder de tomber dans la posture surplombante du chercheur révélant la domination d'une population — ici organisationnelle — dominée, posture qui sous-tend notamment l'incapacité des acteurs à réfléchir à leur propre posture, l'auteur arguant avec raison que la plupart des recherches se situent en réalité à la confluence des acteurs en réflexion sur leurs actions et le travail du chercheur. Force est de constater dans notre propre recherche que la plupart des acteurs sont effectivement en position de réflexivité quant à leurs activités, mais nous pensons que notre apport réside ici dans la mise en lien d'éléments fragmentées de la gestion du système de santé, les quatre secteurs (sanitaire, médico-social, libéral, santé publique et prévention) étant largement traités de manière étanches à la fois par l'ARS et par les acteurs eux-mêmes.

La réalisation d'une thèse adoptant un présupposé critique et portant sur des enjeux politiques problématisés comme tels par les acteurs, nous ne pouvons faire l'impasse sur un regard rétrospectif et réflexif sur la place qui nous a été assigné (in)volontairement pendant cette recherche. Sans tomber dans la socio-analyse, force est de constater que la neutralité axiologique que nous n'avons jamais revendiqué n'a pas toujours été présupposée par les acteurs interrogés, parfois avant même que nous ayons pris la peine de formuler le premier mot. De fait, parfois assimilé à « un chercheur de gauche » (au cours d'un entretien), notre recherche a été l'occasion pour les principaux interrogés de souligner les désordres du quotidien, quitte à considérer nos questions comme une « psychanalyse » (à

l'issue d'un entretien) permettant d'évacuer — et par la même occasion de transmettre au commanditaire fantasmé — des messages sur la dureté de la vie dans cette agence dans un contexte de post-fusion ayant dont les traces sont encore manifestement bien visibles. Les questions que nous avons posées aux personnes en lien avec l'ARS ont aussi entraîné des réponses rarement empruntées de bienveillance. Au-delà d'un bien sombre portrait d'un secteur d'activité visiblement en souffrance, cette vision a facilement éclipsé la force de contrainte du dispositif qui joue un réel rôle performatif dans la gestion inter-organisationnelle. C'est notamment en revenant aux documents écrits que nous avons pu sortir de cette vision d'impuissance généralisée qui, nous l'espérons, sera l'occasion pour les acteurs de réfléchir à leur rôle de véhicule des normes qu'ils contestent parfois.

Apport méthodologique : système d'information géographique et sciences de gestion

À notre connaissance, l'utilisation explicite d'un système d'information géographique dans la réalisation d'une étude de cas est particulièrement inédit en sciences de gestion. Si son utilisation est parfois enseignée dans des cursus de géomarketing, les recherches se réclamant de ce courant relèvent encore principalement de la modélisation mathématique (étude de la localisation) et ne recourent pas à ce type d'instrument (CLIQUET, 2002a).

L'article de LIARTE (2007), portant sur l'étude du comportement spatial des chaînes de *fast food* parisiens Quick et McDonald's, s'il ne se réfère pas explicitement à l'utilisation de ce type d'outil, met en œuvre une démarche correspondant tout à fait à celle d'un SIG dans la pure tradition positiviste. Désormais, l'ouverture épistémologique mise en évidence en 4.2.2, mais aussi le progrès technique dans le développement des interfaces logicielles (nous pensons certes à QGIS que nous avons utilisé, mais aussi à **R**, qui représente parfois un *outsider* dans les études quantitatives en sciences de gestion face à SPSS) nous permet d'envisager une popularisation de ce type d'instruments dans l'étude des relations inter-organisationnelles, mais aussi plus classiquement de la localisation des firmes ou des rapports entretenus entre celles-ci et leur espace.

Par ailleurs, la lecture de nombreux ouvrages consacrés à l'utilisation des SIG dans les organisations (PORNON, 2015) relève essentiellement d'une littérature pratique éditée

par des professionnels et si ces contributions mentionnent explicitement leur utilisation en entreprise, la recherche, *a minima* francophone semble ne pas s'en saisir en dépit de l'existence d'un courant théorique, celui des *Geographical Information Studies* existant dans le monde anglo-saxon (*cf* : DUCKHAM, GOODCHILD et WORBOYS (2003)).

Des limites

Dans un article portant sur la diversité des approches critiques en système d'information, ROWE (2009, p. 2084) revient rapidement sur l'exposé des limites inhérentes à toute recherche, il précise notamment que « Reconnaître que le modèle est incomplet et les résultats non généralisables ne remet pas en question le chercheur ; tandis que reconnaître que l'étude du phénomène révèle l'insuffisance de la problématisation ou que les méthodes de mesure ne sont pas tout à fait pertinentes en raison de la réflexivité des acteurs de terrain invite à une réorientation de la recherche et caractérise mieux la réflexivité du chercheur en sciences sociales ». Définies ainsi, les limites de notre thèse sont de plusieurs ordre :

Le stato-centrisme du dispositif et ses conséquences

En dépit de la volonté affichée par Michel FOUCAULT, lors de la définition du dispositif de s'affranchir du stato-centrisme dans ces analyses (DEAN, 1994 ; LASCOUMES, 2005), la plupart des auteurs s'accordent à dire que l'étude des micro-pouvoirs, pourtant censément plus diffus, n'est que partiellement prise en compte dans le concept foucauldien car travaillant avant tout sur les mécanismes mis en œuvre par un certain pouvoir. *Surveiller et Punir* en est un exemple criant : étudiant les mécanismes disciplinaires, FOUCAULT (1975) étudie un dispositif via ses manifestations étatiques : l'école, la prison, etc. Notre travail reprend en grande partie cette lacune, malgré une tentative de donner la parole aux acteurs : s'intéressant avant tout aux moyens de contrôle, il s'appuie dans ses sources mobilisées — autant primaires que secondaires — majoritairement sur les institutions d'État, singulièrement dans notre cas l'ARS (*cf* : Figure 4.2 page 106).

Un dispositif démonté pour rien ?²

Manifestation de ce stato-centrisme, la section 8.1 n'est qu'une porte entr'ouverte sur les moyens de résistance que peuvent déployer les acteurs pour échapper au dispositif. En bref, malgré son potentiel de subversion par la mise en évidence des mécanismes, l'étude du dispositif ne permet pas à l'insurrection de venir, ce qui constituerait un chantier de recherche à notre sens pour le moins pertinent, que cela soit une micro ou une macro-émancipation à l'échelle inter-organisationnelle (HUAULT, PERRET & SPICER, 2014).

Cette limite à notre travail de recherche est d'autant plus frustrante du fait de la sans doute relative faible diffusion de notre travail dans le milieu professionnel auquel il est destiné, du moins sous ce format. Du fait, précisément, de son caractère polémique, du moins supposons-nous à l'aune des précédentes expériences que nous avons pu avoir avec l'ARS et qui sont relatées dans le chapitre 4, nous avons choisi de ne pas effectuer de retour au terrain, un des critères de validation pourtant privilégié pour les méthodes qualitatives selon SAVOIE-ZAJC (2003, 2009). La question de la diffusion de ce type de contenu — qui renvoie à la place du chercheur dans la société et à son utilité pourtant mise en avant dans les recherches critiques (FOURNIER & GREY, 2000 ; BEN KAHLA, 2002) — est, dans le cadre de cette recherche, à approfondir en s'interrogeant sur l'opportunité de valoriser les résultats d'un point de vue académique et professionnel (et dans ce dernier cas, comment constituer un message audible?).

Une part congrue accordée à la santé publique et environnementale ?

Ce stato-centrisme, réduit pour une grande part dans notre cas à l'ARS, a une autre conséquence : en dépit de la large définition des déterminants de la santé, nous avons jugé plus efficace dans notre recherche de resserrer leur opérationnalisation à l'étude de la santé administrée par l'ARS. Or, si celle-ci joue un rôle majeur dans sa gestion la plus visible (le soin), la santé dépasse ce cadre et par extension le périmètre de l'ARS. Dès lors, envisager l'administration des organisations ayant un rôle sur la santé — de la gestion des déchets ménagers au contrôle des aliments dans la grande distribution en passant par

2. Critique de non-applicabilité souvent adressée aux *Critical Management Studies* et notamment relevée par DANY (2009)

l'organisation de formations aux premiers secours ou de l'amélioration des conditions de travail, des exemples parmi d'autres — nécessite d'ouvrir un champ empirique beaucoup plus (trop ?) large, mais dont la contribution à remettre en cause la saturation sémantique puis théorique n'est pas démontrée.

Des voies de recherche ultérieures

Déjà esquissées dans le chapitre précédent et dans cette conclusion, les pistes pour prolonger cette recherche doctorale proviennent soit des résultats et des limites exposés lors de la discussion et de la présente conclusion soit d'éléments croisés au cours de notre recherche qui, bien que parfois périphériques dans l'étude du dispositif, ont attiré notre attention de chercheur et suscité notre intérêt pour autant de recherches à venir.

Une ouverture sectorielle

Nous l'avons mentionné dans le chapitre précédent, le cadre d'analyse a été effectué sur un cas, singularité exemplaire de l'organisation d'activités sur un espace précis. La mise en évidence de l'existence d'une chaîne inter-organisationnelle naturalisant le dispositif trouverait à notre avis une pertinence en étant proposée sur un espace métrique plus complexe, incluant plusieurs pays et réglementations, par exemple en analysant une chaîne globale de valeur (PALPACUER & BALAS, 2014).

Une enquête sur les SIG en entreprise

Découvrant au cours de notre thèse le monde des systèmes d'information géographiques, nous avons été surpris par la très forte proportion de manuels proposant des modes d'emploi pour ces outils et balayant assez rapidement les enjeux épistémologiques inhérents à leur utilisation. Si de nombreuses contributions sont là pour mettre en évidence le caractère problématique des représentations issues des SIG, notamment le courant de recherche des *Geographical Information System* et *Critical GIS* (WILSON & POORE, 2009), il nous semble que ces contributions gagneraient à être mises en relation avec leur utilisation dans le monde de l'entreprise. Qui utilise des SIG ? Est-ce directement intégré au sein des entreprises ou

confié à des bureaux d'étude ? Le cas échéant, comment les représentations influent sur la fabrique de la stratégie au quotidien ? Un travail sur les indicateurs, les couleurs et les représentations graphiques nous semble à mener.

Vers une recherche intervention émancipatoire ?

Enfin, notre recherche se conclut par un regret, celui de ne pas avoir pu effectuer un retour au terrain avec une interrogation sur la diffusion de notre travail auprès des acteurs. La littérature scientifique, en particulier sociologique, se pose des questions sur la diffusion des recherches depuis fort longtemps et nous n'avons pas la prétention de proposer, à l'heure actuelle, de solutions. Néanmoins — et cela constitue plus une orientation qu'un chantier théorique — nous envisageons pour nos recherches ultérieures d'adopter une perspective plus directement émancipatoire dans le *design* de notre recherche en nous inspirant par exemple des travaux de FALS-BORDA et RAHMAN (1991).

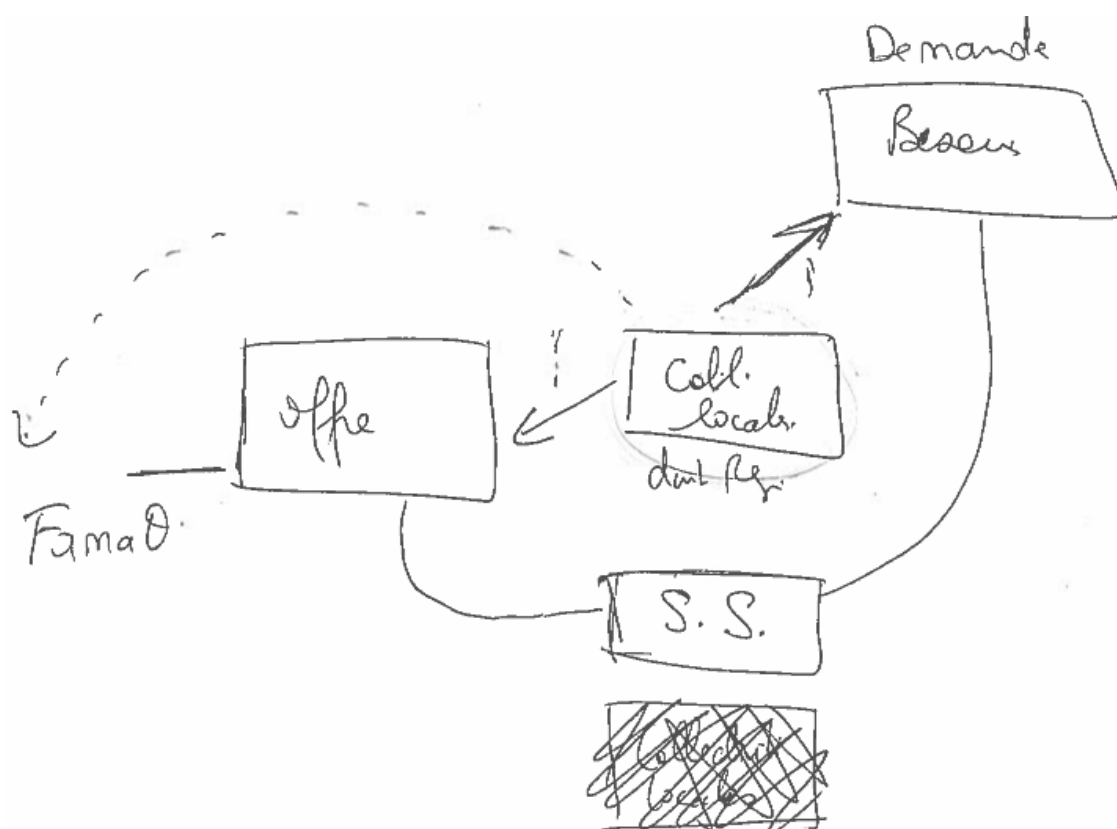
À ce titre, le potentiel réflexif des dessins du système de santé (voir encadré 9.1 page 252 et annexe III à partir de la page 279) nous paraît constituer une méthode pertinente pour susciter la réflexion chez les acteurs interrogés (sous la forme d'une exposition, d'un diaporama ou d'une galerie en ligne). L'outil, proche de la cartographie cognitive ou sensible (COSSETTE, 2003), nous semble ainsi une piste particulièrement prometteuse dans le domaine des *Critical Management Studies* prompt à dénoncer la standardisation des méthodologies, en particulier celles associées à la quantification.

Troisième partie

Annexes

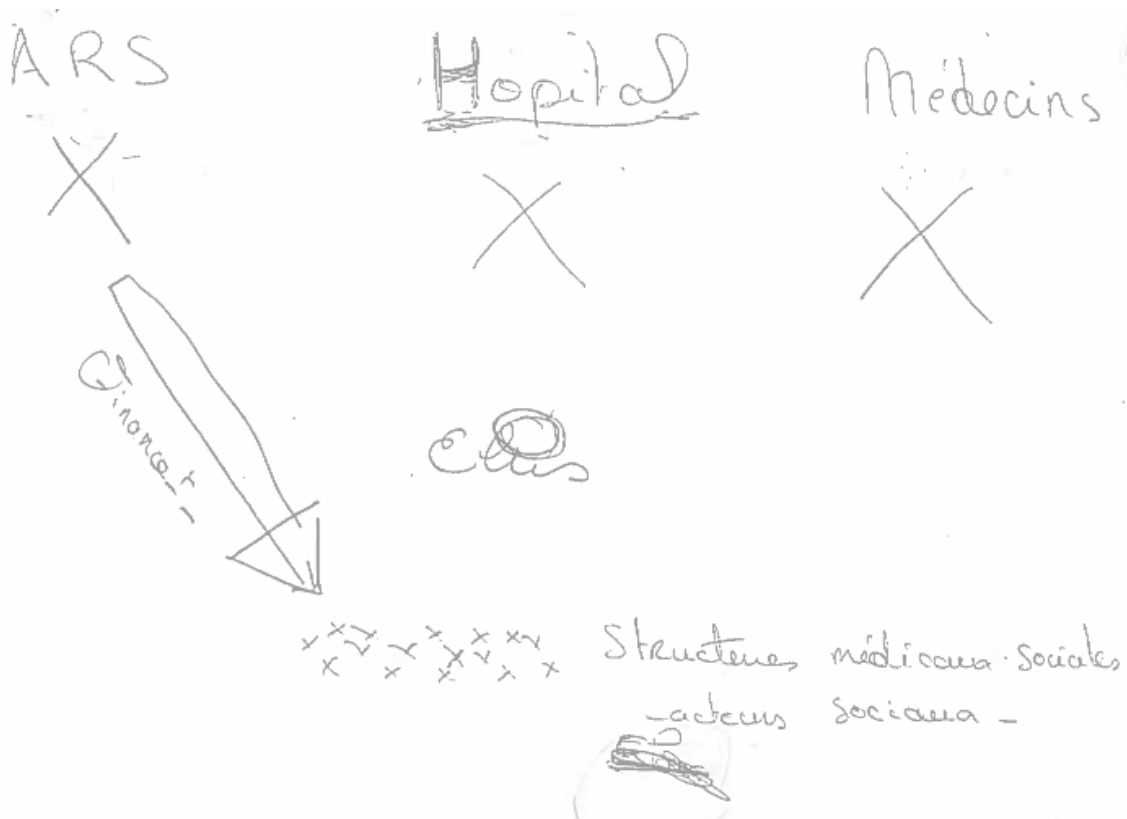
Les dessins du système de santé collectés au cours de la thèse

Dessin du système de santé 1: Collectivité 1

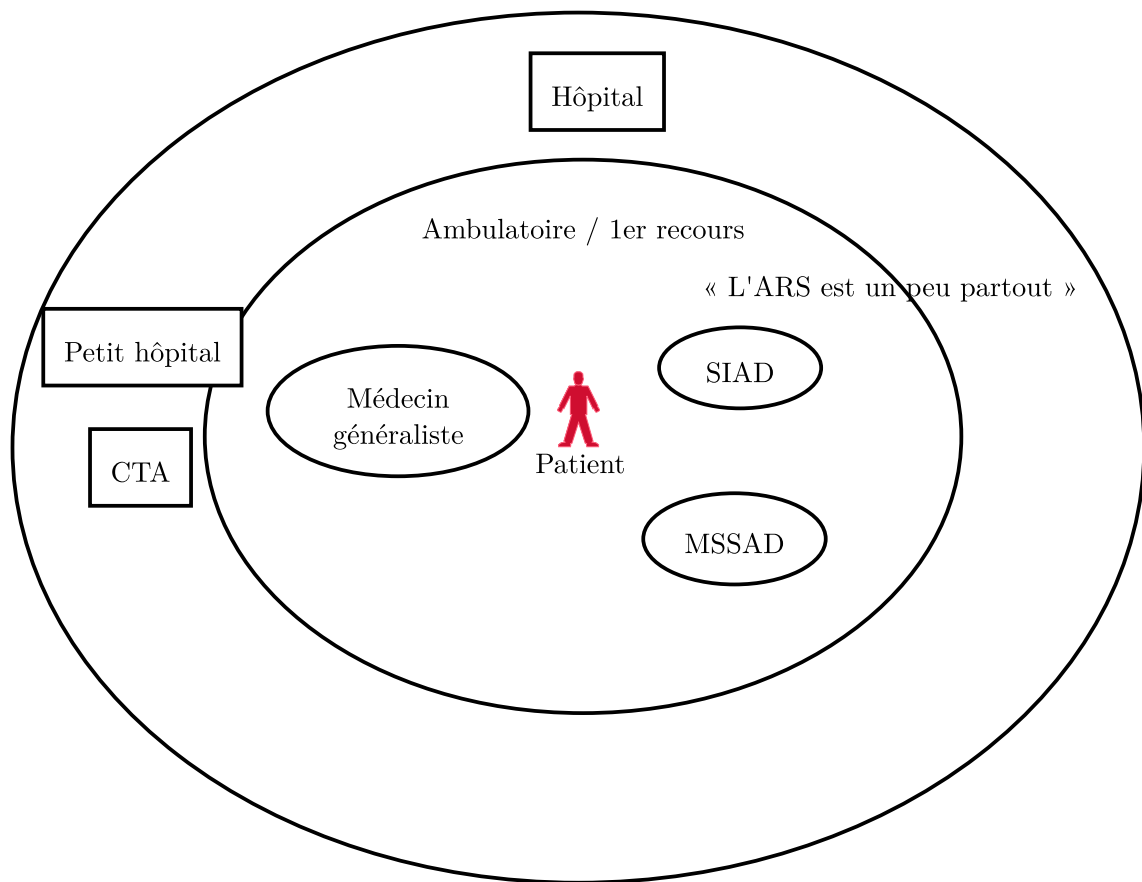


LES DESSINS DU SYSTÈME DE SANTÉ COLLECTÉS AU COURS DE LA THÈSE

Dessin du système de santé 2: Collectivité 2

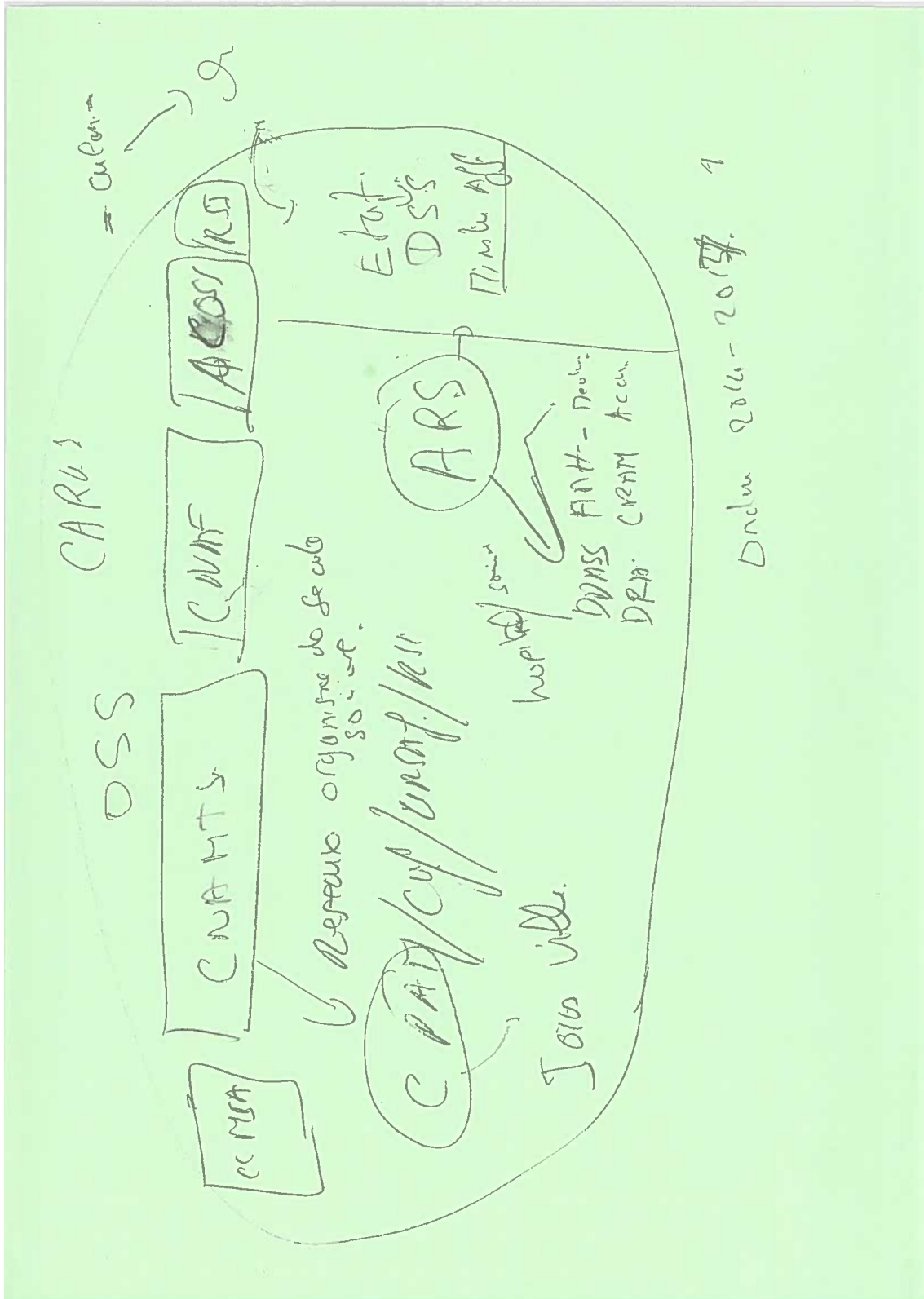


Dessin du système de santé 3: Agent de l'ARS 3

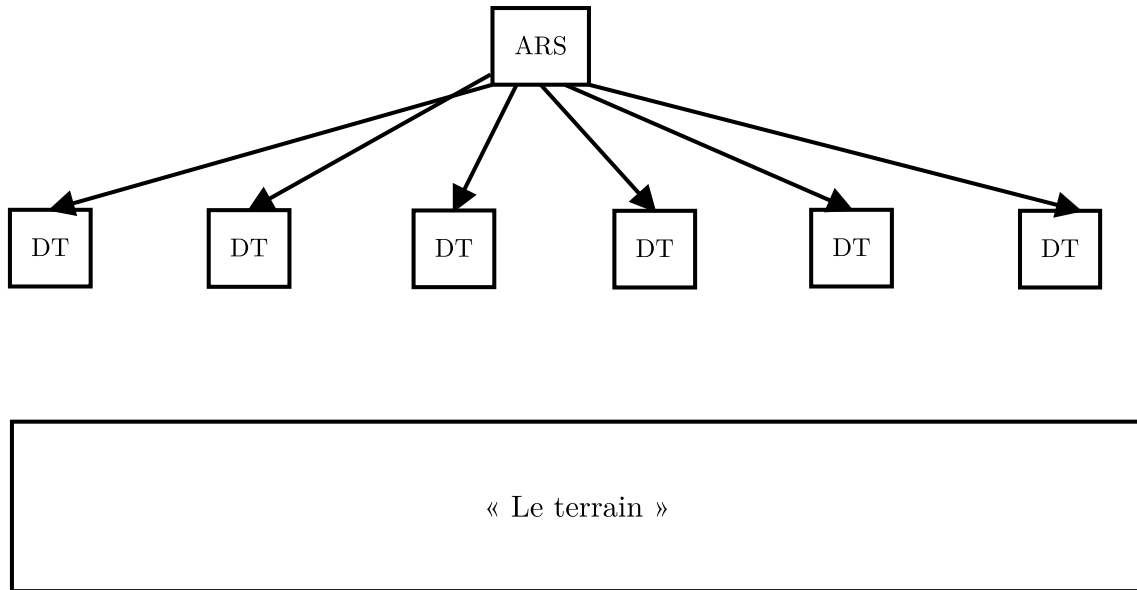


LES DESSINS DU SYSTÈME DE SANTÉ COLLECTÉS AU COURS DE LA THÈSE

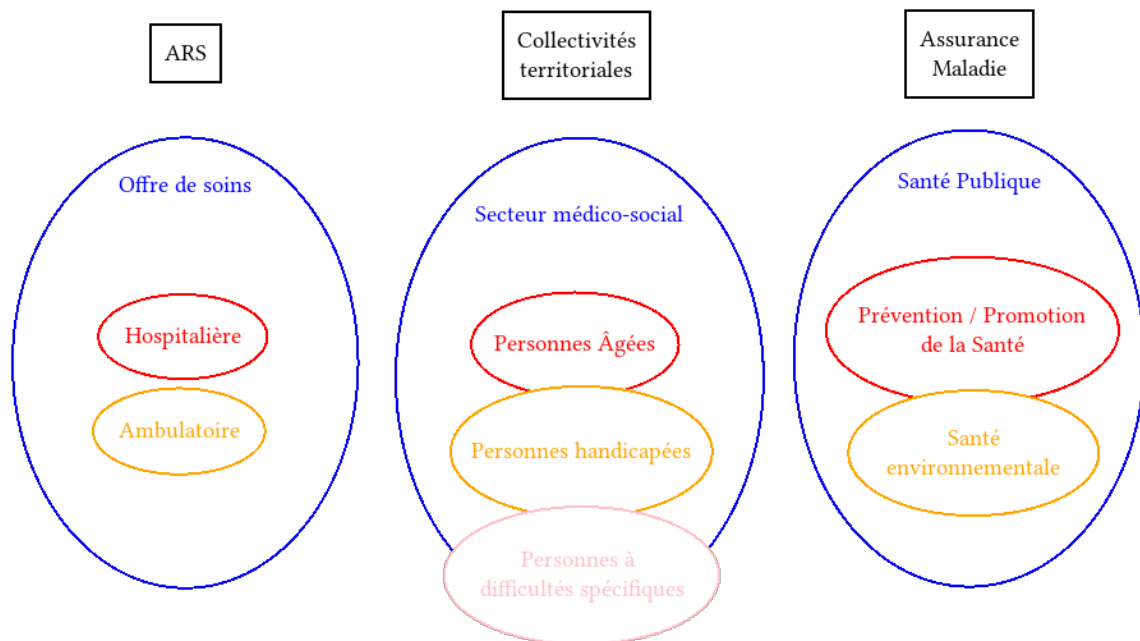
Dessin du système de santé 4: Agent de l'ARS 4



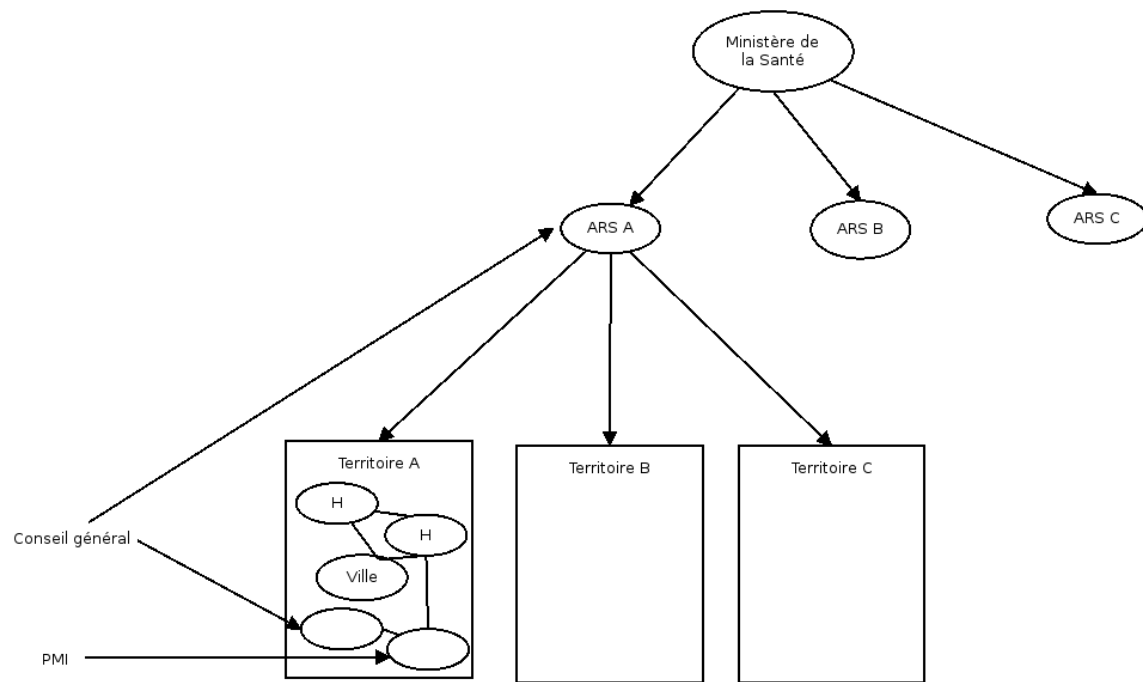
Dessin du système de santé 5: Agent de l'ARS 5



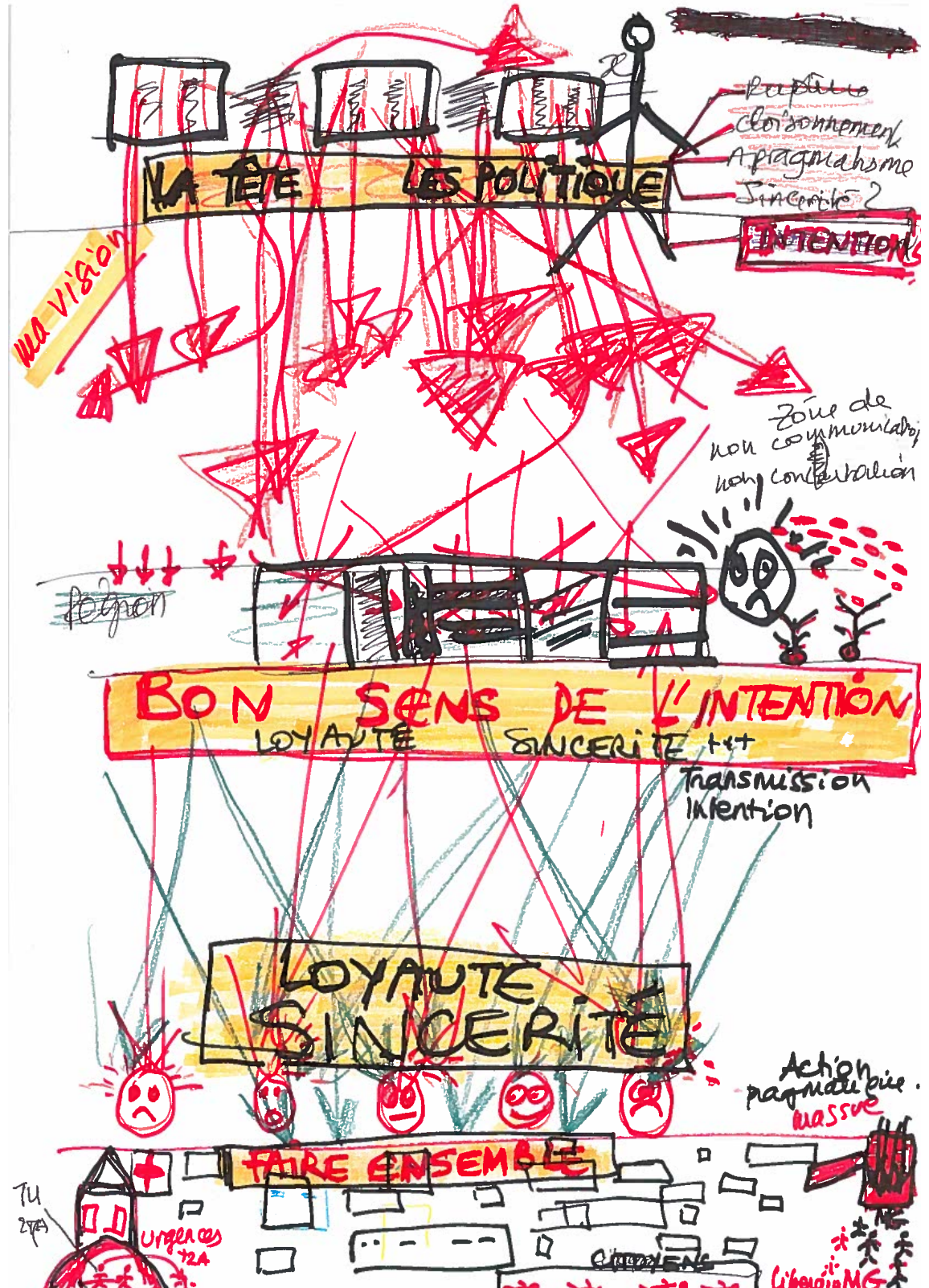
Dessin du système de santé 6: Agent de l'ARS 6



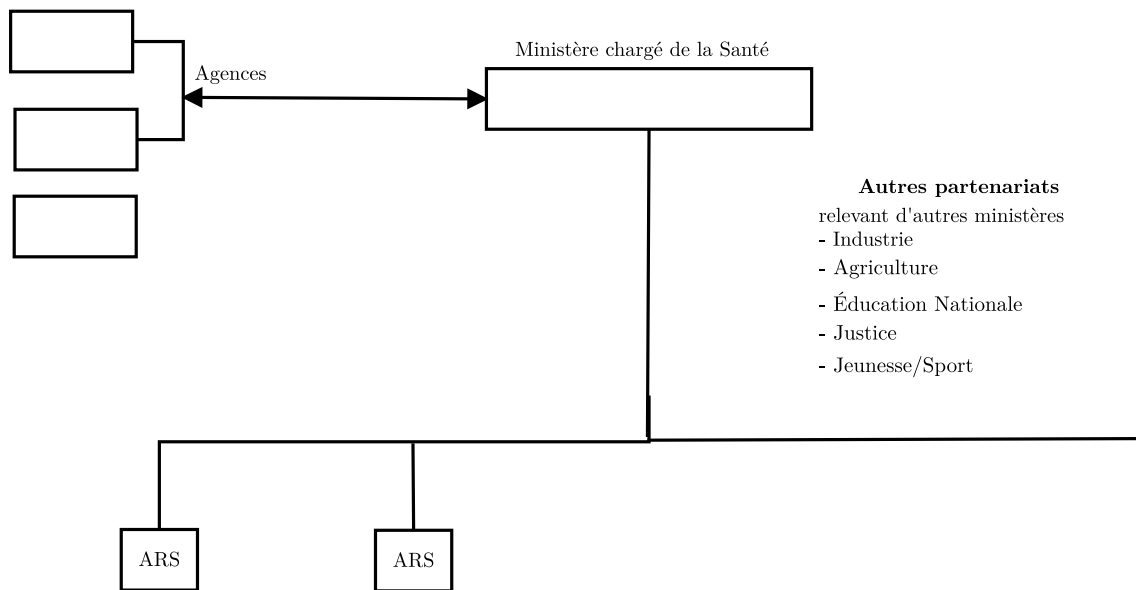
Dessin du système de santé 7: Agent de l'ARS 7



Dessin du système de santé 8: Agent de l'ARS 8



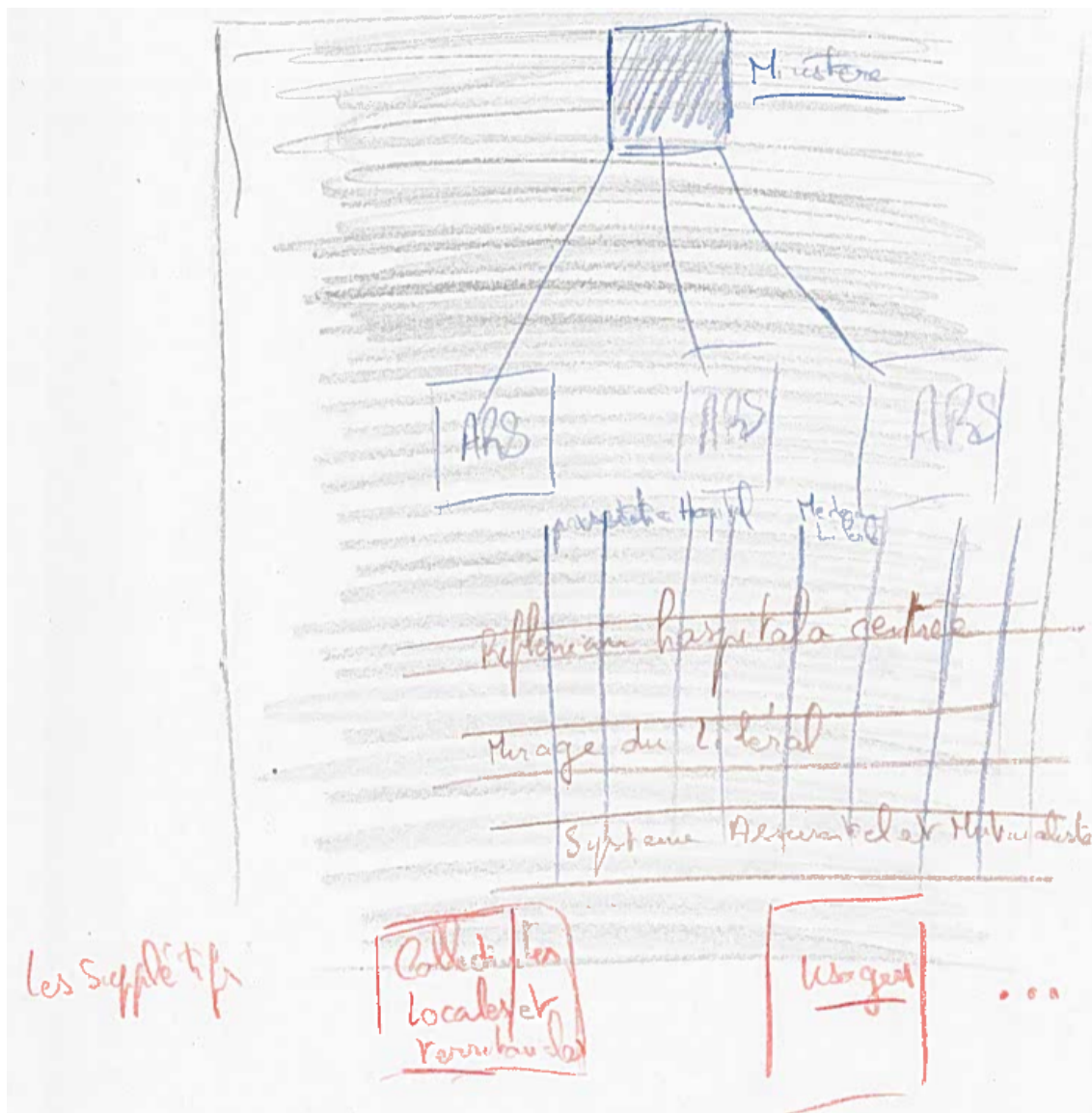
Dessin du système de santé 9: Démocratie sanitaire 1



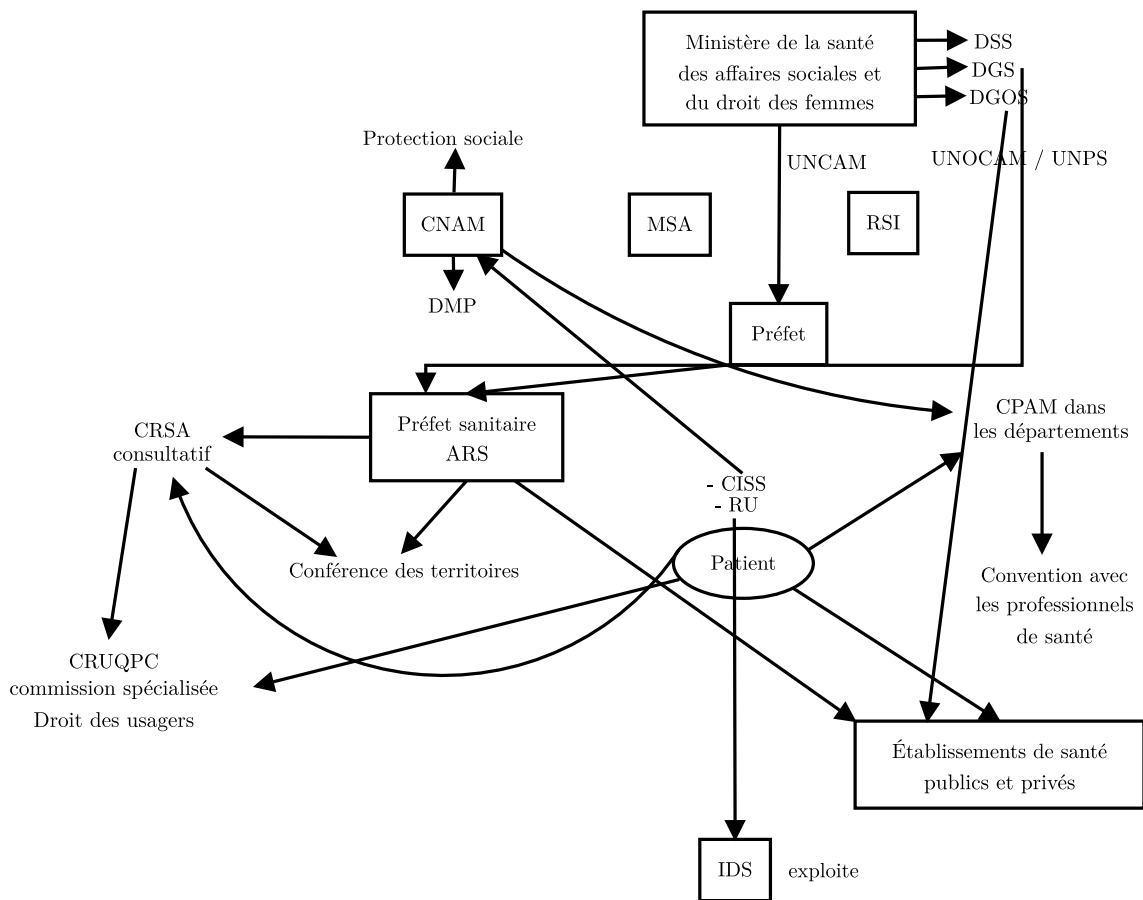
- Prestataires en institutions ou en libéral

LES DESSINS DU SYSTÈME DE SANTÉ COLLECTÉS AU COURS DE LA THÈSE

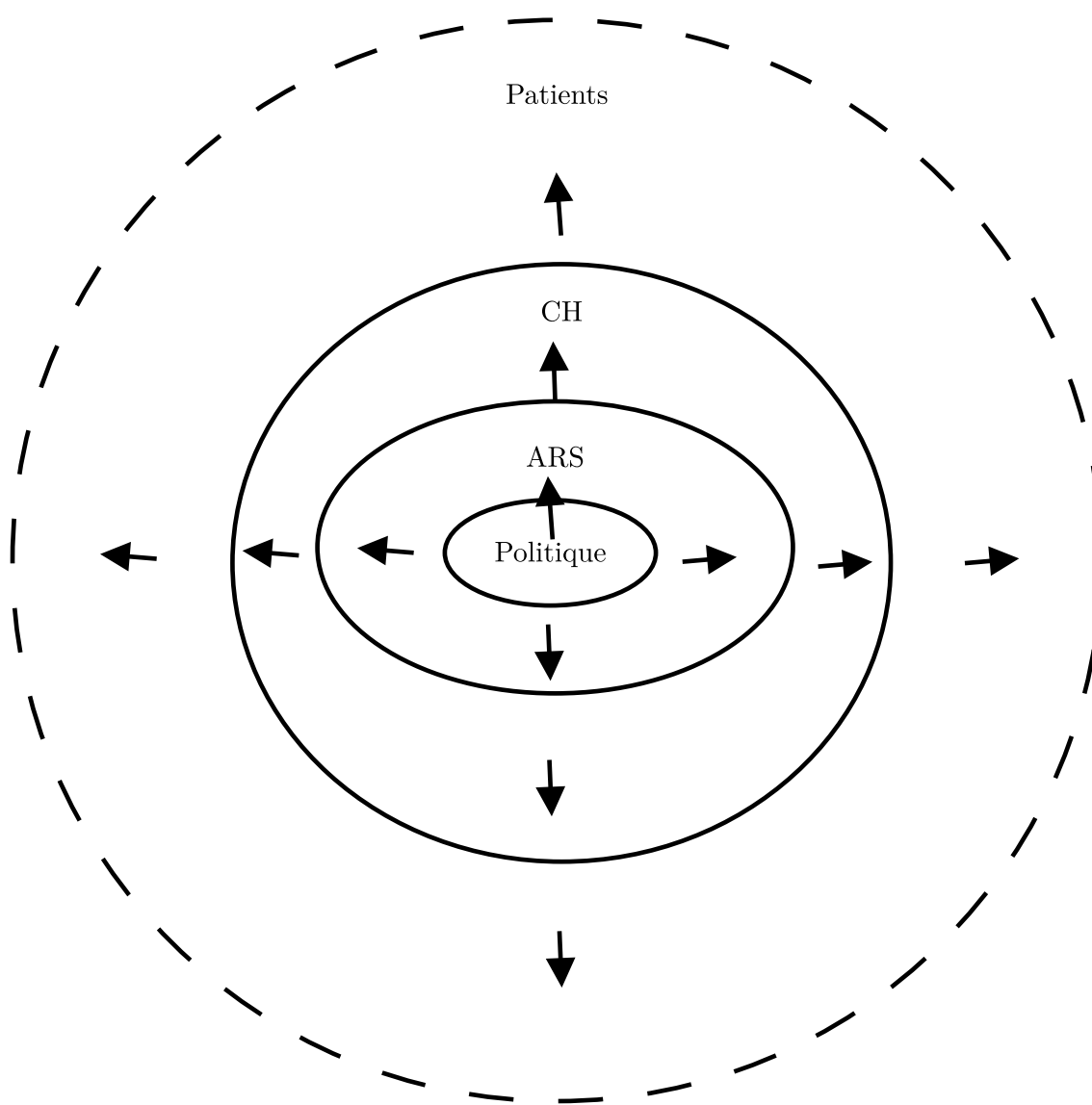
Dessin du système de santé 10: Démocratie sanitaire 2



Dessin du système de santé 11: Démocratie sanitaire 3 (usager)

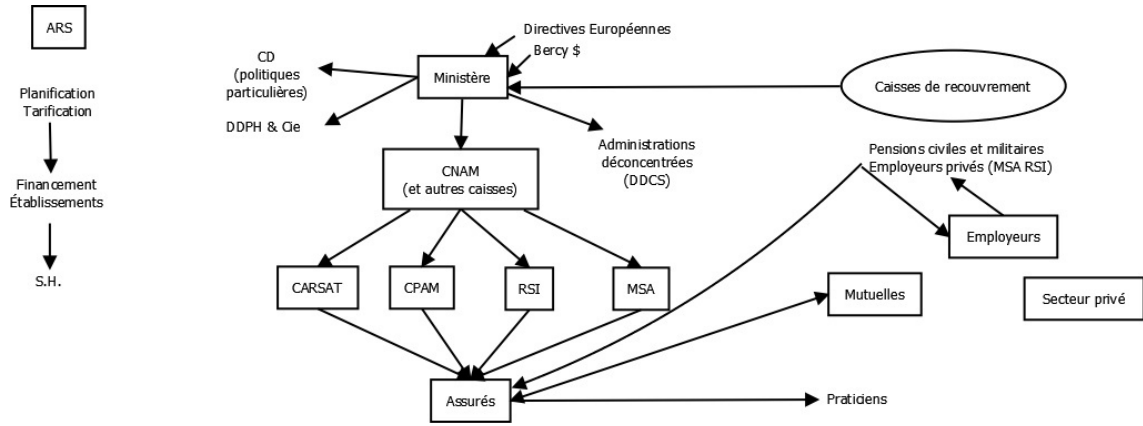


Dessin du système de santé 12: Usager hors démocratie sanitaire

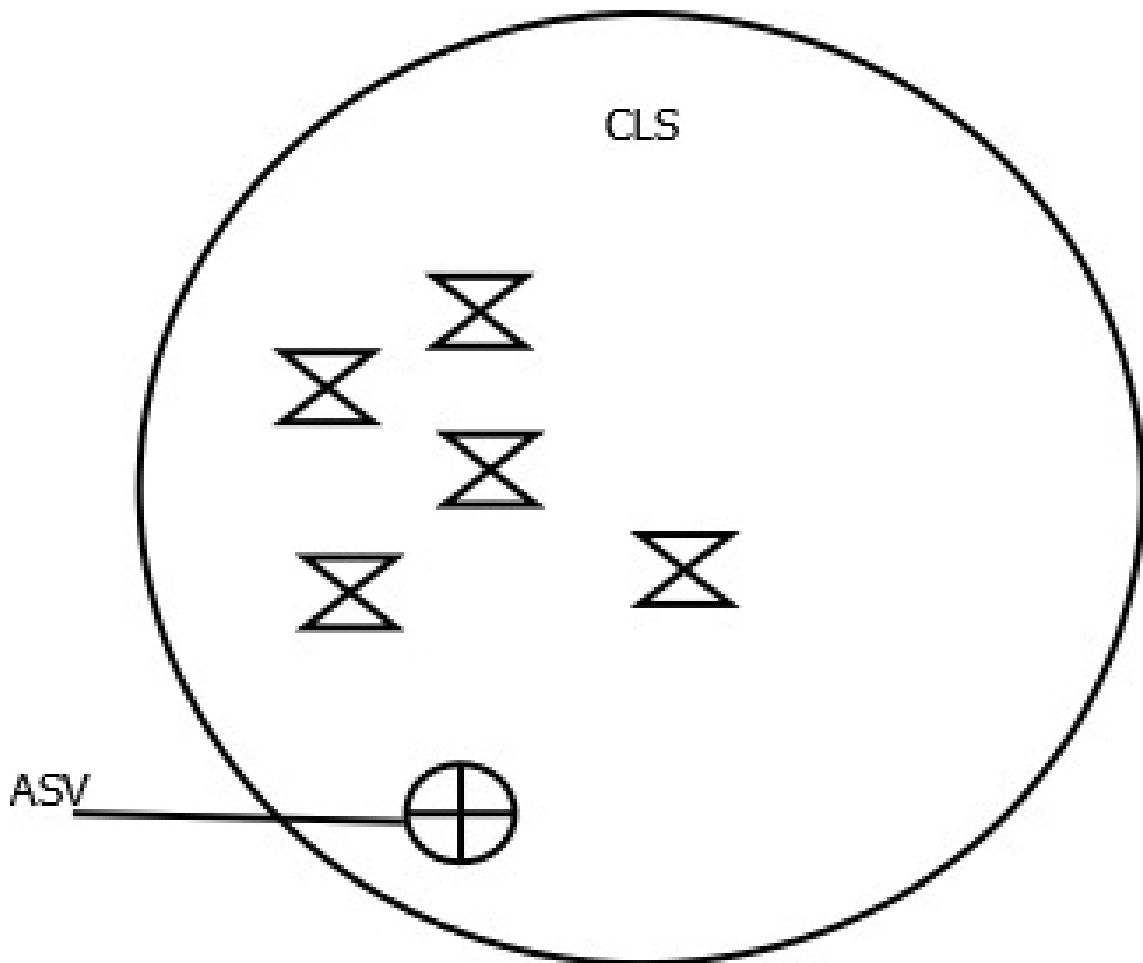


LES DESSINS DU SYSTÈME DE SANTÉ COLLECTÉS AU COURS DE LA THÈSE

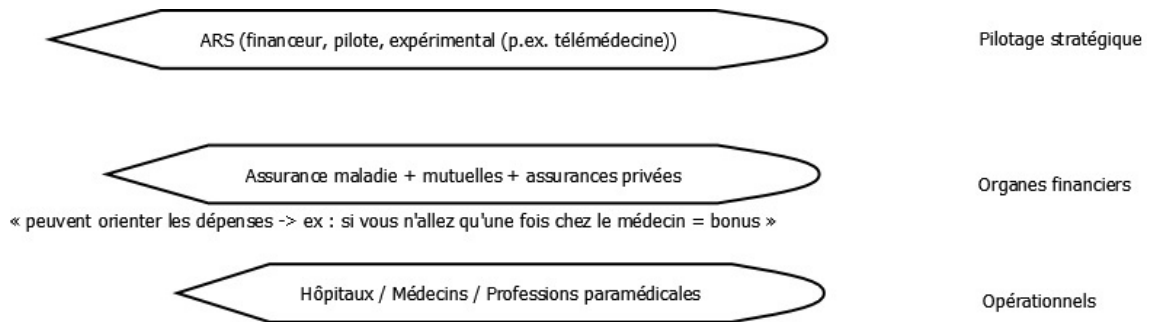
Dessin du système de santé 13: Service de l'État - 1



Dessin du système de santé 14: Service de l'État - 2

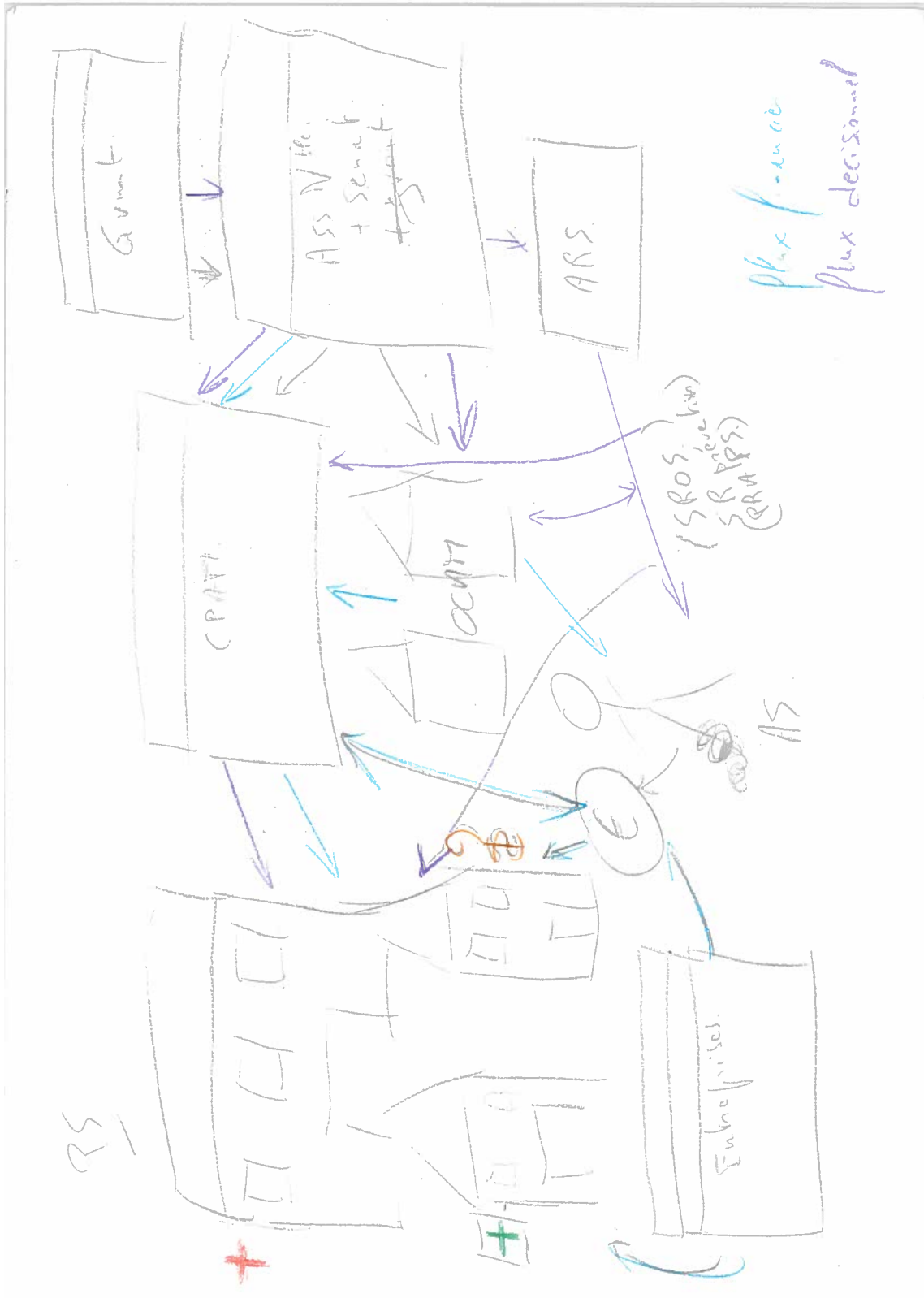


Dessin du système de santé 15: Service de l'État - 3

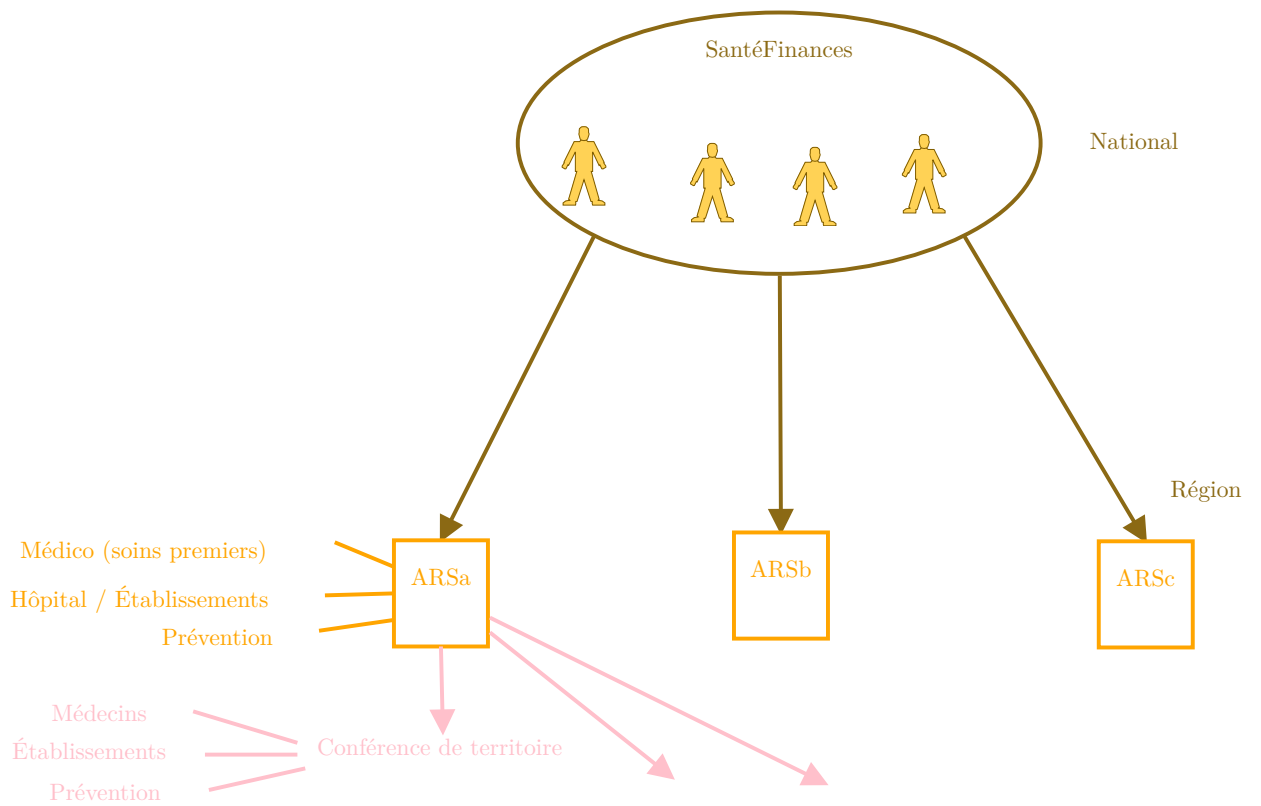


LES DESSINS DU SYSTÈME DE SANTÉ COLLECTÉS AU COURS DE LA THÈSE

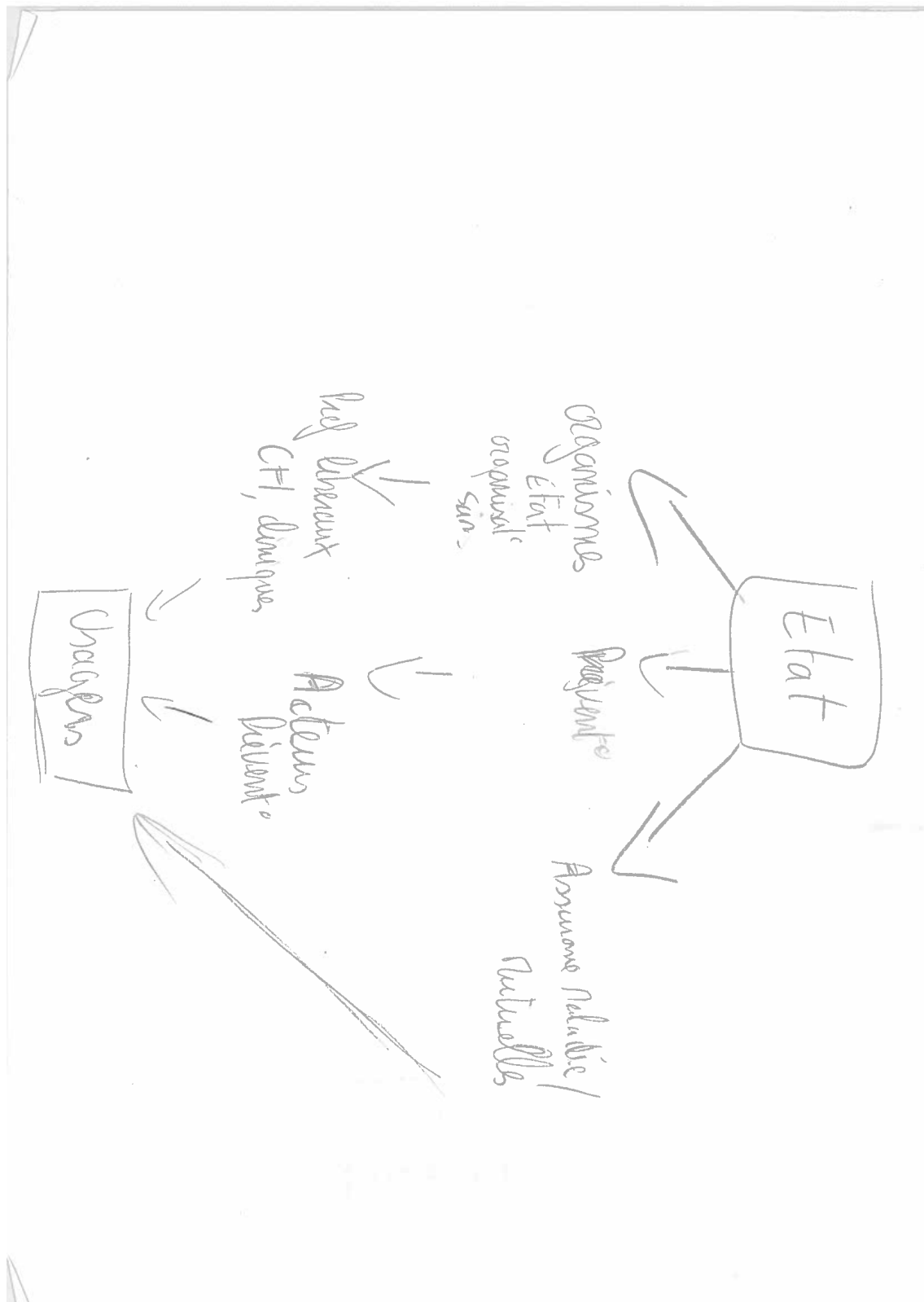
Dessin du système de santé 16: Opérateur 3



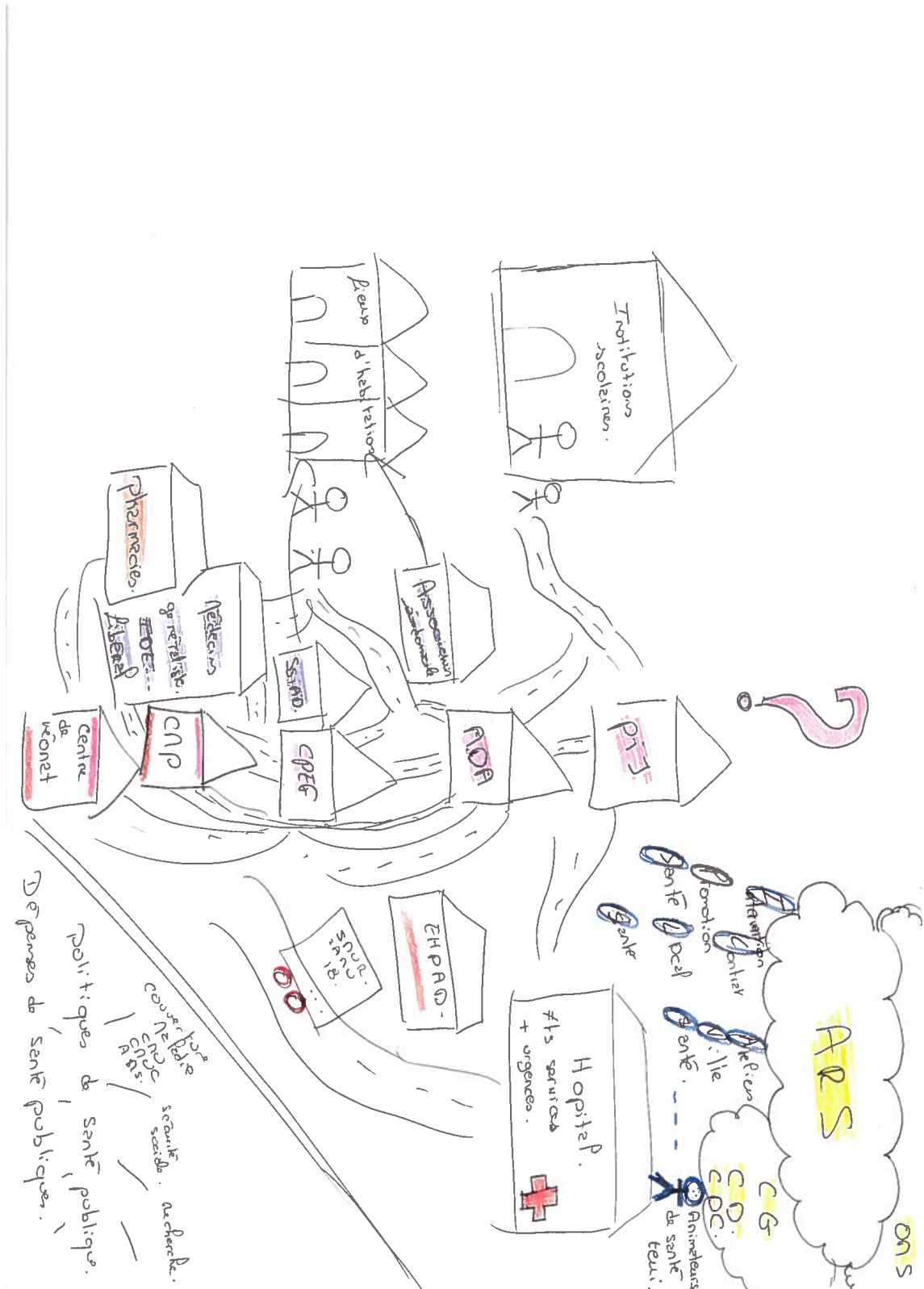
Dessin du système de santé 17: Opérateur 4



Dessin du système de santé 18: Opérateur 5



Dessin du système de santé 19: Opérateur 6



LES DESSINS DU SYSTÈME DE SANTÉ COLLECTÉS AU COURS DE LA THÈSE

Dessin du système de santé 20: Opérateur 7

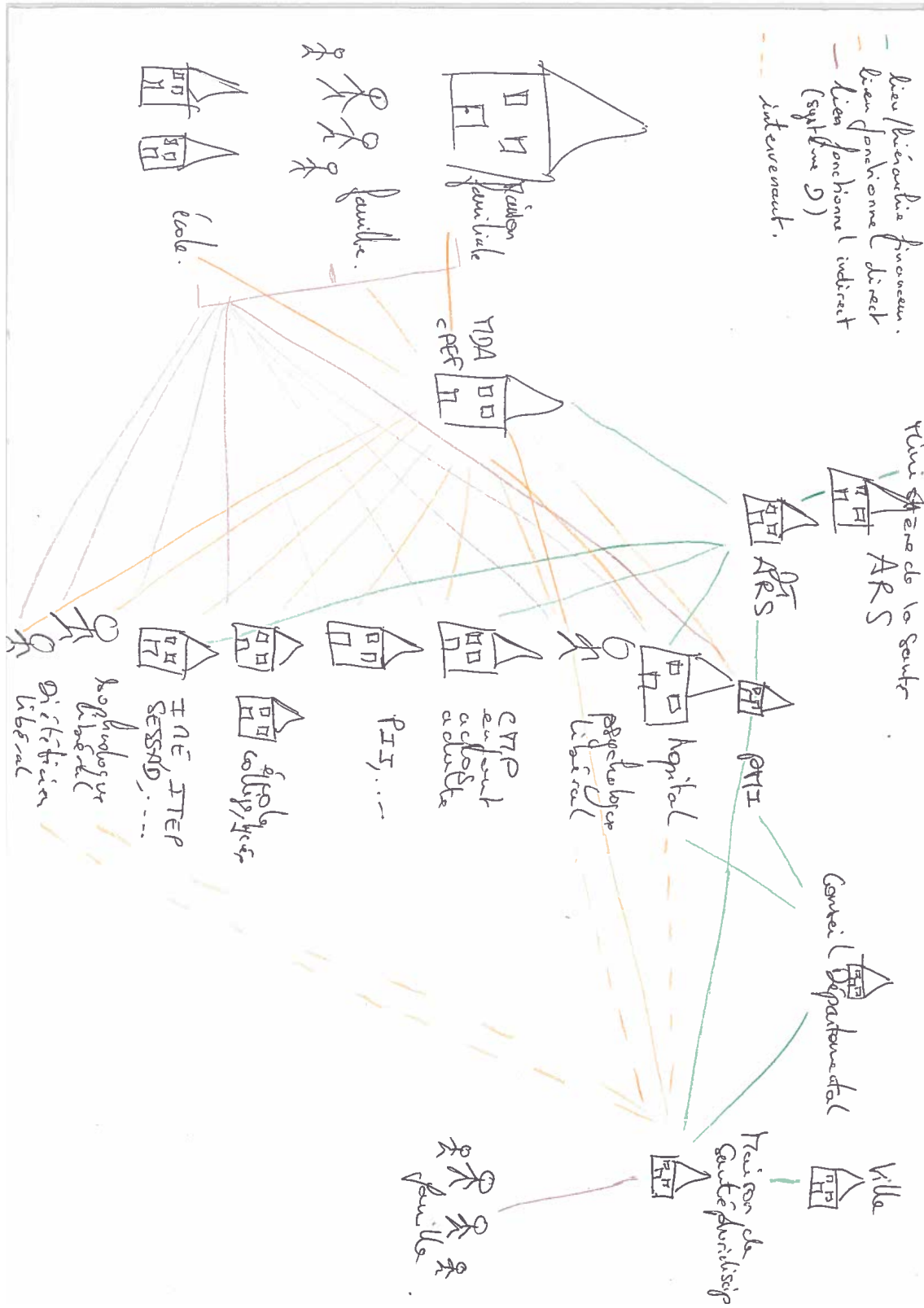


Table des matières

Remerciements	iii
Résumé	vii
Abstract	ix
Introduction générale	1
I Développer un regard critique sur le contrôle spatial inter-organisationnel	11
Introduction de la première partie	13
1 Espace et contrôle inter-organisationnel : envisager l'espace dans toutes ses dimensions	17
1.1 Contrôle inter-organisationnel et espace : un lien à construire	18
1.1.1 Une littérature essentiellement en comptabilité/contrôle déspatialisée	18
1.1.2 L'espace : une contrainte pouvant influencer d'autres organisations .	20
1.1.3 Qu'entend-on par espace?	21
1.2 Étudier l'espace en sciences de gestion : la nécessité de trouver une nouvelle approche	22
1.2.1 Des cadres économiques traditionnels limités	22

TABLE DES MATIÈRES

1.2.1.1	Espace métrique (et relatif) sans relationnel : l'économie spatiale	22
1.2.1.2	L'espace relationnel sans prendre en compte le métrique : l'économie industrielle et l'école de la proximité	23
1.2.2	Étudier le facteur spatial : une question à repenser	26
1.3	Penser l'espace avec Michel FOUCAULT : une perspective pertinente pour étudier les géographies du contrôle	28
1.3.1	La généalogie foucauldienne, une approche solide pour l'analyse des rapports inter-organisationnels	28
1.3.2	Foucault géographe ?	34
1.3.2.1	Un rencontre pas si ratée ? Ce que disait Foucault de la géographie	34
1.3.2.2	Foucault relu par la géographie	36
2	Le dispositif et son « épistémologie embarquée » comme cadre d'analyse	41
2.1	Le dispositif comme concept non-essentialiste	42
2.1.1	Trajectoire du dispositif en sciences de gestion	43
2.1.1.1	Une vision ingénierique du dispositif : l'approche du Centre de Gestion Scientifique	43
2.1.1.2	Quand le dispositif retrouve son origine critique	45
2.1.2	Deux éclairages sur le dispositif : discours et pratiques normatives	49
2.1.2.1	Un discours qui définit le bien	49
2.1.2.2	Les pratiques comme révélateur du bon comportement : l'apport d'une certaine stratégie comme pratique	52
2.2	Le choix de l'étude de cas	57
2.2.1	Face à la complexité du dispositif : la méthode des cas	57
2.2.2	L'étude de cas retenue : la gestion de la santé en région	59

3 Trois histoires : santé, étatisation et territoire, de ne rien faire à faire faire	67
3.1 L'invention du système de santé	67
3.1.1 Naissance et développement de la santé publique (1914-1970)	68
3.1.1.1 Les débuts difficiles	68
3.1.1.2 Après la Seconde Guerre Mondiale : la santé comme priorité de l'État	70
3.1.2 La fin des Trente Glorieuses et la quête de la maîtrise des dépenses de santé (1970-1990)	72
3.1.2.1 Réponses au « désert français »	72
3.1.2.2 Institution de la gestion et naissance de la gestion publique	73
3.1.3 En France, les premières poussées de « fièvres » de la (nouvelle?) gestion publique dans l'administration	75
3.1.3.1 Les débuts lors de la décentralisation	76
3.2 Le <i>New Public Management</i> ou l'abandon de toute alternative dans la construction des politiques publiques? (1990-)	82
3.2.1 La décennie 1990-2000 dans la santé, émergence rapide du NPM comme mode d'action	83
3.2.1.1 L'esprit de la loi du 31 juillet 1991	83
3.2.1.2 La mise en cohérence managériale par les ordonnances de 1996	85
3.2.2 De la LOLF à HPST : institutionnalisation du NPM (2001-)	86
3.2.2.1 Les logiques du NPM dans la pratique : LOLF et RGPP	86
3.2.2.2 La mise en place de la tarification à l'activité	89
3.2.2.3 La santé dans l'acte II de la décentralisation et la loi de 2004	91
3.3 L'achèvement de la territorialisation par HPST?	92
3.3.1 La loi et l'esprit de la loi	92

TABLE DES MATIÈRES

3.3.1.1	Modernisation des établissements de santé	92
3.3.1.2	Accès de tous à des soins de qualité	93
3.3.1.3	Prévention et santé publique	94
3.3.1.4	Organisation territoriale du système de santé	94
3.3.2	Premières recherches sur la mise en œuvre de la loi	95
3.3.2.1	Des problèmes dans la mise en place des ARS...	96
3.3.2.2	... Et dans les attributions des ARS	96
3.3.3	Loi de santé 2016	97
4	Une étude de cas permettant d'étudier les tensions du dispositif inter- organisationnel	101
4.1	La collecte d'un corpus riche correspondant aux attendus de l'étude de cas .	101
4.1.1	Une collecte de données primaires par allers-retours sur le terrain . .	102
4.1.1.1	Une première année d'immersion dans le cas	102
4.1.1.2	Une seconde année de collecte intensive et une troisième année de fin de recueil	105
4.1.2	La collecte de données secondaires : plus qu'une simple triangulation	108
4.1.2.1	Des documents secondaires	109
4.1.2.2	Des bases de données spatiales	109
4.2	Une analyse triangulée	112
4.2.1	Une analyse de contenu en trois temps	114
4.2.1.1	Une phase préalable d'examen et d'analyse phénoméno- logique des données...	114
4.2.1.2	... suivie par une phase d'application raisonnée de la grille thématique...	116
4.2.1.3	... avant la mise en lien du dispositif	117
4.2.1.4	Procédure pour éviter l'éloignement des données	118
4.2.2	Le système d'information géographique comme outil de questionnement	118

TABLE DES MATIÈRES

4.2.2.1	une question méthodologique : dispositif ou partie d'un dispositif?	119
4.2.2.2	Une question épistémologique : un outil essentiellement positiviste?	121
	Conclusion de la première partie	127
	II Un dispositif de contrôle spatial différencié	131
	Introduction de la seconde partie	133
5	Responsabiliser pour créer du réseau inter-organisationnel et une nouvelle gradation, la politique pour les établissements	135
5.1	Une fabrication de normes légitimée par un diagnostic « partagé »	136
5.1.1	Une démocratie sous contrôle	138
5.1.1.1	Une assemblée plénière face à un cadre contraint	138
5.1.1.2	Un cas de résistance utile à l'assemblée? la maternité du Blanc	141
5.1.1.3	Les commissions thématiques : un espace permettant le <i>lobbying</i> des établissements	144
5.1.1.4	Une concertation dont le résultat est admis comme légitime	146
5.1.2	Planifier pour mieux graduer	147
5.2	Contrôle spatial de l'activité et contractualisation	150
5.2.1	La contractualisation, un outil majeur de la planification métrique .	150
5.2.2	Une double inscription spatiale : contractualisation et appels à projets	153
5.2.3	Incitation à la contractualisation : le cas du médico-social	154
5.2.4	Les hôpitaux « responsables » de leur territoire avec les groupements hospitaliers de territoire	159
5.3	Décloisonner, l'espace relationnel comme objectif	161

TABLE DES MATIÈRES

5.3.1	Des mesures incitatives	162
5.3.1.1	Par la démocratie sanitaire et le dialogue forcé	162
5.3.1.2	Par le financement et la mise en valeur de structures réti- culaires	166
5.3.2	ou des normes coercitives non-spatiales?	169
5.3.2.1	Le point mort spatial : la sécurité et la T2A	170
5.3.2.2	Jouer avec la norme pour maintenir l'activité : une néces- saire mise en réseau	173
6	Répartir le libéral pour accompagner la regradation des établissements : un mirage ?	179
6.1	Pour une répartition des libéraux sur le territoire : des incitations métriques et financières	180
6.1.1	Un zonage incitatif et une étude de marché pour l'exercice individuel	180
6.1.2	Pour l'exercice regroupé : en plus des précédents, règles de répartition et marketing territorial	182
6.2	La place centrale du libéral dans le système de santé régional	191
7	Localiser, mettre en réseau, diffuser : actions en santé publique environ- nementale	201
7.1	Zonages incitatifs/repoussoirs pour les petits opérateurs	202
7.2	La contractualisation spatiale pour les grands opérateurs	209
7.3	Le contrat local de santé : instance de promotion, coordination et régulation	214
7.3.1	Un outil de déclinaison spatiale de la politique de l'ARS	215
7.3.2	Création de réseau et de parcours	218
7.3.3	Un outil de restructuration de l'offre de prévention	219
8	Contournements, jeu et autonomie du dispositif spatial	225
8.1	Des actions visant à contourner le dispositif	226

TABLE DES MATIÈRES

8.1.1	Une contestation récupérée par l'ARS	226
8.1.1.1	Une politique de la chaise vide n'entravant pas la politique de l'ARS	226
8.1.1.2	Une contestation respectueuse ?	228
8.1.1.3	Une alter-planification ?	230
8.1.2	Un contournement des règles perturbant le dispositif	232
8.1.2.1	Le non-respect de la planification par les établissements et l'ARS	232
8.1.2.2	L'utilisation de marges de manœuvre spatiale inhérentes au dispositif pour contourner la règle	233
8.2	Quand l'autonomie du dispositif perturbe le jeu spatial	235
8.2.1	La relégation des citoyens peu mobiles	236
8.2.2	Des effets d'opportunité des zonages incitatifs : déplacer le manque plutôt que le combler	238
8.2.3	La fragmentation zonale crée des ruptures de parcours	240
8.2.4	La création d'une concurrence inter-zones et d'espaces défavorisés . .	243
8.2.4.1	Réduction de l'offre et économie résidentielle : un cercle vicieux pour certains espaces	243
8.2.4.2	Le contrat local de santé, un zonage renforçant les inégalités	244
9	Discussion : Un dispositif de gestion spatial constituant un cadre d'action	247
9.1	Trois espaces en interaction pour construire un bon comportement organisationnel	248
9.1.1	Résultat 1 : un espace métrique signifiant pour comprendre le dispositif, mais qui prend son sens dans son interaction avec l'espace relatif et relationnel	252
9.1.2	Résultat 2 : une diffusion du dispositif via une chaîne d'organisations	253

TABLE DES MATIÈRES

9.1.3	Résultat 3 : un dispositif reposant sur une fausse liberté spatiale . . .	255
9.1.4	Résultat 4 : un dispositif dont la spatialité apparente n'est pas la seule force de contrôle spatial	257
9.2	Le mandant pris lui-même dans le dispositif	257
9.2.1	Résultat 5 : le mandant fait partie de la chaîne normative qu'il contribue à diffuser	258
9.2.2	Résultat 6 : le dispositif engendre des marges de manœuvre spatiales pour les acteurs	259
9.2.3	Résultat 7 : le dispositif spatial génère les causes qu'il est censé résoudre	260
Conclusion générale		265
III Annexes		277
Les dessins du système de santé collectés au cours de la thèse		279
Table des matières		297
Table des figures		305
Liste des tableaux		307
Liste des cartes		309
Liste des encadrés		311
Liste des dessins du système de santé		313
Bibliographie		315
Glossaire		343
Index		349

Table des figures

1.1	Les composantes logiques du diagnostic stratégique	20
1.2	le territoire dans un cadre économique, un réseau institutionnel d'organisation	25
2.1	Les différentes postures épistémologiques	46
2.2	Les pratiques dans le cadre de la pensée de BOURDIEU (1980, 2000)	54
3.1	Les différentes composantes du <i>New Public Management</i>	78
3.2	Les principaux déterminants de la santé	82
3.3	Chronologie de la construction du système de santé de 1914 à nos jours . . .	99
4.1	Une collecte de données primaires progressive	103
4.2	Collecte de données par acteurs (hors bases de données cartographiques) . .	106
4.3	Les données analysées pendant la thèse (hors bases de données cartographiques)	108
4.4	Capture d'écran de l'interface du logiciel QGIS	112
4.5	Différents niveaux d'inférence pour la formation des catégories	115
4.6	La double approche traditionnelle de définition des catégories conceptuelles	116
5.1	Les composants du PRS	137
5.2	La composition de la CRSA durant le PRS 2012-2017	138
5.3	Provenance des adolescents à la MDA de Dreux Vernouillet	168
5.4	Répartition des adolescents en Eure-et-Loire	168
6.1	Une étude de marché spatiale pour les libéraux	183

TABLE DES FIGURES

6.2	Marketing territorial et professionnels de santé : une approche touristique .	192
6.3	Des offres d'emploi pour attirer les libéraux	193
8.1	Mille-feuille administratif et zonages des acteurs	241

Liste des tableaux

1.1	Quelques questions de recherches traditionnelles des réseaux territoriaux d'organisation	26
1.2	Les trois grandes périodes foucaaldiennes et leur utilisation en sciences de gestion	30
1.3	Étude des rationalités spatiales et questions de recherche	38
2.1	Une recherche résolument critique	56
2.2	Questions et méthodes de recherche	58
2.3	Les questions fondamentales (et les réponses correspondantes) lors de la conduite d'une étude de cas	59
3.1	Une théorisation du <i>New Public Management</i>	77
3.2	Les questions préalables à toute réflexion stratégique	89
4.1	Bases de données WFS utilisées au cours de cette thèse	111
4.2	Triangulation des données et sources mobilisables pour réaliser une étude de cas	113
4.3	Les clichés associés à l'incompatibilité entre la vision « traditionnelle » du SIG et les discours positivistes	123
5.1	Démocratie sanitaire et avis de l'ARS	140

LISTE DES TABLEAUX

6.1	Exemple d'aides proposés aux libéraux pour l'installation : un zonage avant tout métrique	181
9.1	Effets de proximités sur le contrôle inter-organisationnel	249
9.2	Grille d'analyse foucaldienne et mécanisme du dispositif spatial	250
9.3	Les 10 normes communes de MACNEIL (1983) et leur définition	261

Liste des cartes

2.1	Périmètre du cas retenu : la région Centre	64
5.1	La maternité du Blanc, une des cristallisations des tensions du dispositif spatial	142
6.1	Respect d'une norme spatiale d'implantation chez les libéraux : les 20 km pour les MSP	186
6.2	Les MSP, une localisation privilégiée dans les bourgs-centres	188
6.3	Les MSP selon leur localisation en zone carencée ou non	189
6.4	MSP et télémédecine : une localisation efficace	190
6.5	Le pays, zonage privilégié des CLS	199
7.1	Les inégalités cantonales de santé, une norme spatiale pour orienter la politique de l'ARS en santé publique et environnementale	203
7.2	Opérations de subvention en nutrition et appels à projets de l'ARS : un lien déterminant ?	207
7.3	Les zonages prioritaires pour les opérations de prévention concernant les maladies transmissibles dans le Loir-et-Cher	208
7.4	Opérations de subvention en nutrition et contrats locaux de santé : un lien déterminant	223
8.1	Acteurs de prévention : une localisation dans des villes peuplées	235

LISTE DES CARTES

Liste des encadrés

1	Problématique de notre recherche	3
2	Thèse de cette recherche	5
1.1	Espace et territoire : une opposition plus politique que conceptuelle?	29
2.1	Problématique de notre recherche	57
2.2	Stratégie comme pratique, cas et entretiens : prétention dangereuse et risque de circularité	60
4.1	Citations et protection des sources	107
4.2	Exemple de tables attributaires disponibles dans les bases de données WFS	110
4.3	Constitution de la grille thématique pour le codage <i>a posteriori</i>	117
4.4	Un exemple d'analyse par aller-retour à l'aide du SIG	124
4.5	Encadré : Problématique de notre recherche	127
5.1	La T2A, instrument de regroupement sanitaire	171
6.1	Mode d'emploi de la carte 6.2	187
6.2	Un projet médical impliquant un réseau intra-organisationnel	190
6.3	Construction de la requête permettant de connaître le nombre de MSP qui se sont ouvertes dans un CLS après sa signature	194

LISTE DES ENCADRÉS

- 7.1 Les appels à projets en santé publique et environnementale : de la coordination inter-ministérielle 209
- 9.1 Des dessins pour étudier les représentations du système de santé 252

Liste des dessins du système de santé

9.1	Opérateur 1	254
9.2	Opérateur 2	256
9.3	Agent de l'ARS 1	259
9.4	Agent de l'ARS 2	263
1	Collectivité 1	279
2	Collectivité 2	280
3	Agent de l'ARS 3	281
4	Agent de l'ARS 4	282
5	Agent de l'ARS 5	283
6	Agent de l'ARS 6	283
7	Agent de l'ARS 7	284
8	Agent de l'ARS 8	285
9	Démocratie sanitaire 1	286
10	Démocratie sanitaire 2	287
11	Démocratie sanitaire 3 (usager)	288
12	Usager hors démocratie sanitaire	289
13	Service de l'État - 1	290

LISTE DES DESSINS DU SYSTÈME DE SANTÉ

14	Service de l'État - 2	290
15	Service de l'État - 3	291
16	Opérateur 3	292
17	Opérateur 4	293
18	Opérateur 5	294
19	Opérateur 6	295
20	Opérateur 7	296

Bibliographie

- ACHABAL, D. D., GORR, W. L. & MAHAJAN, V., (1982), MULTILOC : A Multiple Store Location Decision Model, *Journal of Retailing*, 58(2), 5–25.
- AGAMBEN, G., (2007), *Qu'est-ce qu'un dispositif?* (M. RUEFF, Trad.), Paris, France : Éd. Payot & Rivages.
- AGGERI, F., (2014), Qu'est-ce qu'un dispositif stratégique ? Éléments théoriques, méthodologiques et empiriques, *Le Libellio d'Aegis*, 10(1), 47–64.
- AGGERI, F., (2015, septembre 16), Les phénomènes gestionnaires à l'épreuve de la pensée économique standard, Managerial phenomena to the test of standard economic thinking. Another perspective on Jean Tirole's works, *Revue française de gestion*, (250), 65–85.
- AGGERI, F. & LABATUT, J., (2010), La gestion au prisme de ses instruments. Une analyse généalogique des approches théoriques fondées sur les instruments de gestion, *Finance - Contrôle - Stratégie*, 13(3), 5–37.
- AGULHON, M., CASTAN, N., DUPRAT, C., EWALD, F., FARGE, A., FONTANA, A., ...
REVEL, J., (1980), Table ronde du 20 mai 1978, in M. PERROT (Dir.), *L'impossible prison : recherches sur le système pénitentiaire au XIXe siècle* (p. 40–55), Paris, France : Éd. du Seuil.
- ALLARD-POESI, F., (2003), Coder les données, in Y. GIORDANO (Dir.), *Conduire un projet de recherche, une perspective qualitative* (p. 245–290), Caen : EMS.
- ALLARD-POESI, F., (2015), Des méthodes qualitatives dans la recherche en management : Voies principales, tournants et chemins de traverse, in J.-L. MORICEAU & R. SOPARNOT (Dir.), *Pratiques des méthodes Qualitatives*, Livre non paru à ce jour (article mis en ligne sur HAL), EMS.

-
- ALLARD-POESI, F. & LOILIER, T., (2009), *Études critiques en management*, Économies et Société - Série « Économie de l'entreprise », Paris : ISMEA.
- ALLARD-POESI, F. & PERRET, V., (2014), Fondements épistémologiques de la recherche, in R.-A. THIÉTART (Dir.), *Méthodes de recherche en management* (4^e éd., p. 14–46), Dunod.
- ALLIÈS, P., (1980), *L'Invention du territoire*, Critique du droit (Paris. 1978), Grenoble : Presses universitaires de Grenoble.
- AMAT-ROZE, J.-M., (2011), La territorialisation de la santé : quand le territoire fait débat, *Hérodote*, 143(4), 13–32.
- ARMSTRONG, P., (1994), The Influence of Michel Foucault on Accounting Research, *Critical Perspectives on Accounting*, 5(1), 25–55.
- BARAD, K., (2003), Posthumanist Performativity : Toward an Understanding of How Matter Comes to Matter, *Signs*, 28(3), 801–831.
- BARBIER, J.-C., (2010), Éléments pour une sociologie de l'évaluation des politiques publiques en France, *Revue française des affaires sociales*, 1-2(1), 25–49.
- BARDIN, L., (2013), *L'analyse de contenu*, Version disponible sur la plate-forme Cairn.info., Paris (6, avenue Reille 75685), France : P.U.F.
- BARDON, T. & JOSSERAND, E., (2012), Penser les pratiques organisationnelles comme des morales avec Michel Foucault, in O. GERMAIN & N. BRUNSSON (Dir.), *Les grands inspireurs de la théorie des organisations* (p. 63–75), Cormelles-le-Royal, France : Ed. EMS, Management & société, DL 2012.
- BARILARI, A. & BOUVIER, M., (2010), *La LOLF et la nouvelle gouvernance financière de l'État* (3^e édition), Systèmes, Paris : LGDJ.
- BARNES, T. J., (1998, février), A History of Regression : Actors, Networks, Machines, and Numbers, *Environment and Planning A*, 30(2), 203–223.
- BARNES, T. J., (2001, août), Lives Lived and Lives Told : Biographies of Geography's Quantitative Revolution, *Environment and Planning D : Society and Space*, 19(4), 409–429.
- BARNES, T. J., (2003, février), The place of locational analysis : a selective and interpretive history, *Progress in Human Geography*, 27(1), 69–95.

-
- BAUMARD, P., (2012), *Le vide stratégique* (), éd., impr. 2015 (poche), Paris, France : CNRS - Biblis.
- BEAUD, S. & WEBER, F., (2010), *Guide de l'enquête de terrain : produire et analyser des données ethnographiques*, Paris, France : La Découverte, DL 2010.
- BELL, D., (1991), Insignificant Others : Lesbian and Gay Geographies, *Area*, 23(4), 323–329.
- BELL, D. & VALENTINE, G. (Dir.). (1995), *Mapping desire : geographies of sexualities*, London, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, Etats-Unis d'Amérique.
- BELORGEY, N., (2011), « Réduire le temps d'attente et de passage aux urgences », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 189(4), 16–33.
- BEN KAHLA, K., (2002), De l'utilité de la recherche en sciences de gestion, in N. MOURGUES, F. ALLARD-POESI, A. AMINE, S. CHARREIRE & J. LE GOFF (Dir.), *Questions de méthodes en sciences de gestion* (p. 339–386), EMS.
- BERNARD, C., (1865), *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*, Paris, France : Les classiques de sciences sociales.
- BERRY, M., (1983), Une technologie invisible - L'impact des instruments de gestion sur l'évolution des systèmes humains, *CRG - Cahier du laboratoire*, (1133).
- BERTAUX, D., (2016), *Le récit de vie* (4e édition) (F. D. SINGLY, Dir.), 128, Paris : Armand Colin.
- BERTEN, A., (1999), Dispositif, médiation, créativité : petite généalogie, *Hermès, une revue de l'Institut des sciences de communication du CNRS (ISCC)*, 3(25), 33–48.
- BEUSCART, J.-S. & PEERBAYE, A., (2006), Histoires de dispositifs, *Terrains & travaux*, 11(2), 3–15.
- BEZES, P., (2002), Aux origines des politiques de réforme administrative sous la Vème République : la construction du « souci de soi de l'État », *Revue française d'administration publique*, 102(2), 307–325.
- BEZES, P., (2011), Morphologie de la RGPP, *Revue française d'administration publique*, 136(4), 775–802.
- BEZES, P., (2012a), Chapitre 9. Les politiques de réforme de l'État sous Sarkozy - Rhétorique de rupture, réformes de structures et désorganisations, in J. DE MAILLARD & Y. SUREL (Dir.), *Politiques Publiques 3* (p. 211–235), Presses de Sciences-Po.

-
- BEZES, P., (2012b), État, experts et savoirs néo-managériaux, *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 193(3), 16–37.
- BILLARD, J.-C., (2010), La réforme des services déconcentrés de l'État. L'exemple de l'Inspection du travail, in L. BONELLI & W. PELLETIER (Dir.), *L'État démantelé - Enquête sur une révolution silencieuse* (p. 200–210), La Découverte.
- BLANC, A., DRUCKER-GODARD, C. & EHLINGER, S., (2014), Exploitation de données textuelles, in R.-A. THIÉTART (Dir.), *Méthodes de recherche en management* (4^e éd., p. 550–573), Dunod.
- BLOOMFIELD, L., (1935), *Language*, London, Royaume-Uni : G. Allen & Unwin.
- BOLTANSKI, L., (2008), *Rendre la réalité inacceptable, à propos de l'idéologie dominante*, Demopolis.
- BOLTANSKI, L., (2009), *De la critique : précis de sociologie de l'émancipation*, Paris, France : Gallimard.
- BOLTANSKI, L. & CHIAPELLO, È., (1999), *Le Nouvel Esprit du Capitalisme*, Gallimard.
- BOLTANSKI, L. & THÉVENOT, L., (1991), *De la justification, les économies de la grandeur*, NRF Essais, Gallimard.
- BONELLI, L. & PELLETIER, W., (2010), Introduction, in L. BONELLI & W. PELLETIER (Dir.), *L'État démantelé - Enquête sur une révolution silencieuse* (p. 13–25), La Découverte.
- BONTRON, J.-C., (2012), Les aides à l'installation au secours de la désertification médicale ?, *Pour*, (214), 83–98.
- BOSCHMA, R., (2005, février), Proximity and Innovation : A Critical Assessment, *Regional Studies*, 39(1), 61–74.
- BOURDIEU, P., (1980), *Le sens pratique*, Le sens commun, Paris : les Éd. de Minuit.
- BOURDIEU, P., (1982), *Ce que parler veut dire - l'économie des échanges linguistiques*, Fayard.
- BOURDIEU, P., (1997), *Les usages sociaux de la science - Pour une sociologie clinique du champ scientifique*, Sciences en questions, Éditions Quæ.
- BOURDIEU, P., (2000), *Esquisse d'une théorie de la pratique précédé de Trois études d'ethnologie kabyle*, Points, Texte original publié en 1972, Paris : Ed. du Seuil.

-
- BOUSSARD, V., (2008), *Sociologie de la gestion : les faiseurs de performance*, Perspectives sociologiques, Paris : Belin.
- BOWORNWATHANA, B., (2004), Putting new public management to good use - Autonomous public organizations in Thailand, in C. POLLITT & C. TALBOT (Dir.), *Unbundled Government - A critical analysis of the global trend to agencies, quangos and contractualisation* (p. 247–263), Routledge.
- BRABET, J. & BOURNOIS, F., (1993), Les connaissances en gestion des ressources humaines - Réflexion sur leurs modes de production et sur leurs caractéristiques essentielles, in J. BRABET (Dir.), *Repenser la gestion des ressources humaines ?* (p. 15–38), Collection Gestion. Série Politique générale, finance et marketing, Paris : Economica.
- BRAS, P.-L., (2009), Décentralisation et politique de santé. in *Traité d'économie et de gestion de la santé* (p. 393–399), Presses de Sciences-Po.
- BRAS, P.-L. & TABUTEAU, D., (2010), “Santé 2010”, un rapport de référence pour les politiques de santé, *Les Tribunes de la santé*, 25(4), 79–93.
- BRUNET, R., (1980), Préface, in C. RAFFESTIN (Dir.), *Pour une géographie du pouvoir* (p. I–X), Paris, France : Librairies techniques.
- BURRELL, G., (1988), Modernism, Post Modernism and Organizational Analysis 2 : The Contribution of Michel Foucault, *Organization Studies*, 9(2), 221–235.
- BUTLER, J., (2006), *Trouble dans le genre : le féminisme et la subversion de l'identité* (É. FASSIN, Dir. & C. KRAUS, Trad.), Paris, France : la Découverte.
- CAGLIO, A. & DITILLO, A., (2008), A review and discussion of management control in inter-firm relationships : Achievements and future directions, *Accounting, Organizations and Society*, 33(7), 865–898.
- CANNAC, Y., (2003), La loi organique relative aux lois de finances : une chance et un défi, *Revue Française de Finances Publiques*, (82), 9–11.
- CANTILLON, R., (1755), *Essai sur la nature du commerce en général* (Reproduction en fac-similé), Classiques de l'économie et de la population, Date de l'édition utilisée : 1997, Paris : Institut national d'études démographiques.
- CAVAILLÉ, F., (2009), Quelle interdisciplinarité entre la géographie et le droit ? Vers une géographie juridique ?, in P. FOREST (Dir.), *Géographie du droit : épistémologie*,

-
- développement et perspectives* (p. 45–67), Dikè, Québec : Presses universitaires de Laval.
- CÉPRÉ, L., (2011), Rivalités, territoire et santé : enjeux et constats pour une vraie démocratie sanitaire, *Hérodote*, 143(4), 65–88.
- CHABAULT, D., (2016), Dynamiques territoriales et clusterisation de la gastronomie française, *Gestion 2000*, 33(2), 115–140.
- CHIAPELLO, È., GILBERT, P., BAUD, C., BRIVOT, M. & CHEMIN-BOUZIR, C., (2013), *Sociologie des outils de gestion : introduction à l'analyse sociale de l'instrumentation de gestion*, Grands repères, Paris : la Découverte.
- CHIVALLON, C., (2003), Une vision de la géographie sociale et culturelle en France / A vision of social and cultural geography in France, *Annales de Géographie*, 112(634), 646–657.
- CLEGG, S. & KORNBERGER, M. (Dir.). (2006), *Space, organizations and management theory*, Malmö, Suède, Danemark : Liber.
- CLIQUET, G. (Dir.). (2002a), *IGAT, Série Aménagement et gestion du territoire. - Paris : Hermès science publications, 2001-. Le géomarketing*, Paris, France : Lavoisier : Hermès science, impr. 2002.
- CLIQUET, G., (2002b), Le marketing spatial, in G. CLIQUET (Dir.), *IGAT, Série Aménagement et gestion du territoire. - Paris : Hermès science publications, 2001-. Le géomarketing* (p. 17–33), Paris, France : Lavoisier : Hermès science, impr. 2002.
- COASE, R. H., (1937, novembre), The Nature of the Firm, *Economica*, 4(16), 386–405.
- COLLINSON, D. L. & COLLINSON, M., (1997), 'Delaying Managers' : Time-Space Surveillance and its Gendered Effects, *Organization*, 4(3), 375–407.
- COLLIS, D. J. & RUKSTAD, M. G., (2008), Can You Say What Your Strategy Is?, *Harvard Business Review*, 86(4), 82–90.
- CONSEIL NATIONAL DE LA RÉSISTANCE, (1944), *Le programme du Conseil national de la Résistance, 15 mars 1944* (S. HESSEL, Dir.), Le Bouscat, France : l'Esprit du temps.
- CONVERSE, P., D., (1949), New Laws of Retail Gravitation, *Journal of Marketing*, 14(3), 379–384.
- COSSETTE, P., (2003), *Cartes cognitives et organisations*, Les éditions de l'ADREG.

-
- COURPASSON, D., (2000), *L'action contrainte : organisations libérales et domination*, Paris, France : Presses universitaires de France.
- COUTY, É., (2009), Les restructurations dans le secteur hospitalier. *in Traité d'économie et de gestion de la santé* (p. 247–254).
- COUTY, É., KOUCHNER, C., LAUDE, A., TABUTEAU, D. et al., (2009), *La loi HPST - Regards sur la réforme du système de santé*, Presses de l'école des hautes études en santé publique (EHESP).
- CRAMPTON, J. W., (2010), *Mapping : a critical introduction to cartography and GIS*, Critical introductions to geography, Malden, Mass : Wiley-Blackwell.
- CRANE, A., KNIGHTS, D. & STARKEY, K., (2008), The Conditions of Our Freedom : Foucault, Organization, and Ethics, *Business Ethics Quarterly*, 18(3), 299–320.
- CROZET, M. & LAFOURCADE, M., (2009), *La nouvelle économie géographique*, Repères, Paris : la Découverte.
- CROZIER, M., (1979), *On ne change pas la société par décret*, Paris : B. Grasset.
- CROZIER, M. & FRIEDBERG, E., (1977), *L'acteur et le système - contraintes de l'action collective*, Seuil.
- CUSSET, F., (2003), *French theory : Foucault, Derrida, Deleuze & Cie et les mutations de la vie intellectuelle aux États-Unis*, Paris : La Découverte.
- DAHLGREN, G. & WHITEHEAD, M., (1991), *Policies and strategies to promote social equity in health - Background document to WHO - Strategy paper for Europe*.
- DALE, K., (2005, septembre 1), Building a Social Materiality : Spatial and Embodied Politics in Organizational Control, *Organization*, 12(5), 649–678.
- DANY, F., (2009), Recherche critique en GRH et critique de la recherche : un voyage au cœur de la littérature qui met à mal certaines idées reçues, *in D. GOLSORKHI, I. HUAULT & B. LECA (Dir.), Les études critiques en management : une perspective française* (p. 307–328), Sciences de l'administration, Laval : Les Presses de l'université Laval.
- DE BLOMAC, F. & GAL, R., (1995), Les systèmes d'information géographique : des outils au service de la démocratie, *Hérodote*, (76), 148–184.

-
- DE BLOMAC, F., GAL, R., HUBERT, M., RICHARD, D. & TOURET, C., (1994), *Arc-Info : concepts et applications en géomatique*, Paris, France : Hermès.
- DE KERVASDOUÉ, J., HARTMANN, L., MACÉ, J.-M., OKMA, K. G. H. & CANIARD, É., (2014), *Le revenu des professions de santé : carnet de santé de la France* (J. DE KERVASDOUÉ, Dir.), Paris, France : Economica : Mutualité française.
- DE POUVOURVILLE, G., (2009), Le financement des hôpitaux. *in Traité d'économie et de gestion de la santé* (p. 269–274), Presses de Sciences-Po.
- DE VAUJANY, F.-X., (2005a), *De la conception à l'usage : vers un management de l'appropriation des outils de gestion*, Questions de société, Colombelles : EMS.
- DE VAUJANY, F.-X., (2005b), De la pertinence d'une réflexion sur le management de l'appropriation, *in F.-X. DE VAUJANY (Dir.), De la conception à l'usage : vers un management de l'appropriation des outils de gestion* (p. 21–34), Questions de société, Colombelles : EMS.
- DE VAUJANY, F.-X., HUSSENOT, A. & CHANLAT, J.-F. (Dir.). (2016), *Théories des organisations : nouveaux tournants*, Paris, France : Economica, DL 2016.
- DEAN, M., (1994), "A Social Structure of Many Souls" : Moral Regulation, Government, and Self-Formation, *Canadian Journal of Sociology / Cahiers canadiens de sociologie*, 19(2), 145.
- DELAS, A., (2011), L'hôpital public, un nouvel acteur territorial entre aménagement sanitaire et rivalités stratégiques, *Hérodote*, 143(4), 89–89.
- DELAS, A., (2014), *L'Hôpital public, un nouvel acteur territorial entre aménagement sanitaire et rivalités stratégiques Le cas de la Haute-Normandie* (Thèse de doctorat, Paris VIII, Saint-Denis).
- DELEUZE, G., (1989), Qu'est-ce qu'un dispositif?, *in ASSOCIATION POUR LE CENTRE MICHEL FOUCAULT (Dir.), Michel Foucault philosophe : rencontre internationale, Paris, 9, 10, 11 janvier 1988* (p. 185–196), Des Travaux, Paris : Edition du Seuil.
- DEMAZIÈRE, D., BROSSAUD, C., TRABAL, P. & VAN METER, K. M. (Dir.). (2006), *Analyses textuelles en sociologie : logiciels, méthodes, usages*, Rennes : Presses universitaires de Rennes, Didact Méthodes.

-
- DENIS, J.-L. & VALETTE, A., (2000), Changement de structure de régulation et performance du mandat : examen des enjeux à travers la création des Agences Régionales de l'Hospitalisation, *Finance - Contrôle - Stratégie*, 3(2), 57–79.
- DEPEYRE, C., (2009), *De l'observable au non observable : les stratégies d'identification, d'adaptation, de création d'une capacité de la firme. Dynamiques de l'industrie américaine de défense (1990-2007)* (Thèse de doctorat, Paris 10, Paris).
- DI MÉO, G., (2001), *Géographie sociale et territoires* (J.-R. PITTE, Dir.), Paris, France : Nathan Université.
- DREYFUS, H. L. & RABINOW, P., (1983), *Michel Foucault : Beyond Structuralism and Hermeneutics* (2^e éd.), The University of Chicago Press.
- DREYFUS, H. L., RABINOW, P. & FOUCAULT, M., (1992), *Michel Foucault : un parcours philosophique* (F. DURAND-BOGAERT, Trad.), Paris, France : Gallimard.
- DUCHESNE, S., (2000), Pratique de l'entretien dit 'non-directif'. in *Les méthodes au concret. Démarches, formes de l'expérience et terrains d'investigation en science politique* (p. 9–30), CURAPP (Centre de recherches administratives et politiques de Picardie) : PUF.
- DUCKHAM, M., GOODCHILD, M. F. & WORBOYS, M. F. (Dir.). (2003), *Foundations of geographic information science*, London : Taylor & Francis, OCLC : 834303576.
- DUEKER, K. J. & KJERNE, D., (1989), *Multipurpose Cadastre : Terms and Definitions*, American Society for Photogrammetry et al.
- DUMEZ, H., (2009), Qu'est-ce qu'un dispositif?* Agamben, Foucault et Irénée de Lyon dans leurs rapports avec la gestion, *Le Libellio d'Aegis*, 5(3), 34–39.
- DUMEZ, H., (2013), Qu'est-ce qu'un cas, et que peut-on attendre d'une étude de cas?, *Le Libellio d'Aegis*, 9(2), 13–26.
- DUMICHEL, A., (1970), *Vers le self-service public*, Chroniques, Dalloz.
- DUMONT, M., (2011), Aux origines d'une géopolitique de l'action spatiale : Michel Foucault dans les géographies françaises, *L'Espace Politique. Revue en ligne de géographie politique et de géopolitique*, (12).
- DUVAL, J., (2002), Une réforme symbolique de la sécurité sociale, *Actes de la recherche en sciences sociales*, n^o 143(3), 53–67.

-
- EGGRICKX, A., (2016), Dynamiser la filière bois par le développement durable : Le cas d'un Pôle d'Excellence Rurale Bois Bio-ressources, *Gestion 2000*, 33(2), 95–114.
- EPSTEIN, R., (2005), Gouverner à distance. Quand l'État se retire des territoires, *Esprit*, (319), 96–111.
- ESTÈBE, P., (2015), *L'égalité des territoires : une passion française*, La ville en débat, Paris : Presses universitaires de France.
- EVIN, C. & FAUGÈRE, M., (2012), Verbatim de la conférence, *Revue Générale de Droit Médical*, (45), 4–36.
- EYRAUD, C., (2013a), *Le capitalisme au coeur de l'État : comptabilité privée et action publique*, Bellecombe-en-Bauges (Rhône-Alpes), France : Éd. du Croquant, impr. 2013.
- EYRAUD, C., (2013b), Mesurer l'action publique par des indicateurs. Systèmes de valeurs et jeux de pouvoir. *in Sociologie des outils de gestion : introduction à l'analyse sociale de l'instrumentation de gestion* (T. 1), Paris, France : la Découverte, impr. 2013.
- FABIANI, J.-L., (2011), 3. Les règles du champ, *in* B. LAHIRE (Dir.), *Le travail sociologique de Pierre Bourdieu* (p. 75–91), La Découverte.
- FAIRCLOUGH, N., (1989), *Language and Power*, Longman.
- FALS-BORDA, O. & RAHMAN, M. A., (1991), *Action and Knowledge : Breaking the Monopoly With Participatory Action Research*, Apex Press.
- FARGEON, V., MINVIELLE, É., VALETTE, A. & DENIS, J.-L., (2002), Les agences régionales de l'hospitalisation ont 5 ans : Bouleversement ou aménagement d'un dispositif de régulation, *Politiques et management public*, 20(20).
- FASSIN, D., (2008), *Faire de la santé publique* (2e), Édition EHESP.
- FOUCAULT, M., (1961), *Folie et déraison : histoire de la folie à l'âge classique*, Paris, France : Plon.
- FOUCAULT, M., (1970), L'ordre du discours, *in* F. GROS, P. CHEVALLIER, D. DEFERT, B. E. HARCOURT, M. RUEFF, P. SABOT & M. SENELLART (Dir.), *Œuvres T. II* (608, p. 225–259), Bibliothèque de la Pléiade, Leçon inaugurale prononcée au Collège de France le 2 décembre 1970, Paris : Gallimard, [2015].

-
- FOUCAULT, M., (1975), Surveiller et punir, in F. GROS, J.-F. BERT, D. DEFERT, F. DELAPORTE & P. SABOT (Dir.), *Œuvres T.I* (607, p. 261–613), Bibliothèque de la Pléiade, Gallimard, [2015].
- FOUCAULT, M., (1976), *Histoire de la sexualité*, Bibliothèque des histoires, Paris : Gallimard.
- FOUCAULT, M., (1980), La poussière et le nuage, in M. PERROT (Dir.), *L'impossible prison : recherches sur le système pénitentiaire au XIXe siècle* (p. 29–39), Paris, France : Éd. du Seuil.
- FOUCAULT, M., (1984), Des espaces autres, hétéropies, *Architectures, Mouvement, Continuité*, (5), 46–49.
- FOUCAULT, M., (1994), Le jeu de Michel Foucault (entretien avec D. Colas, A. Grosrichard, G. Le Gaufrey, J. Livi, G. Miller, J. Miller, J-A Miller, C. Millot, G. Wajeman), *Ornicar ?*, Bulletin périodique du champ freudien, n°10, juillet 1977, p. 62-93, in D. DEFERT, F. EWALD & J. LAGRANGE (Dir.), *Dits et écrits* (T. III, p. 298–329), Texte numéro 206, Paris, France : Gallimard.
- FOUCAULT, M., (2004), *Sécurité, territoire, population : cours au Collège de France (1977-1978)* (F. EWALD, A. FONTANA & M. SENELLART, Dir.), Hautes études, Paris : Gallimard Seuil.
- FOUGÈRE, M. & MOULETTES, A., (2007), The Construction of the Modern West and the Backward Rest : Studying the Discourse of Hofstede's Culture's Consequences, *Journal of Multicultural Discourses*, 2(1), 1–19.
- FOURNIER, V. & GREY, C., (2000), At the Critical Moment : Conditions and Prospects for Critical Management Studies, *Human Relations*, 53(1), 7–32.
- FRÉMONT, A., CHEVALIER, J., HÉRIN, R. & RENARD, J., (1984), *Géographie sociale*, Paris New York Barcelone : Masson.
- FUKUYAMA, F., (1992), *La Fin de l'histoire et le dernier homme* (D.-A. CANAL, Trad.), Paris : Flammarion.
- GANDIA, R., GARDET, É. & GUALLINO, G., (2016), Quelles stratégies pour gérer les asymétries d'interdépendance ?, *Revue française de gestion*, (256), 103–123.
- GARCIER, R., (2009), Le droit et la fabrique de l'espace : aperçus méthodologiques sur l'usage des sources juridiques en géographie, in P. FOREST (Dir.), *Géographie du*

-
- droit : épistémologie, développement et perspectives* (p. 69–90), Dikè, Québec : Presses universitaires de Laval.
- GAUDILLIÈRE, J.-P., (2006), *La médecine et les sciences : XIXe-XXe siècles*, Paris, France : La Découverte.
- GERMAIN, O. & BRUNSSON, N. (Dir.). (2012), *Les grands inspirateurs de la théorie des organisations. Tome 1*, Cormelles-le-Royal, France : Ed. EMS, Management & société, DL 2012.
- GHOSHAL, S. & MORAN, P., (1996, janvier), Bad for Practice : A Critique of the Transaction Cost Theory, *The Academy of Management Review*, 21(1), 13.
- GIBERT, P., (1983), *Management de la puissance publique* (Thèse de doctorat, Paris II).
- GIBLIN-DELVALLET, B., (1971), *Élisée Reclus, géographe* (Thèse de 3e cycle, Paris VIII, France).
- GIDDENS, A., (1980), *La constitution de la société : éléments de la théorie de la structuration* (M. AUDET, Trad.), Paris, France : Presses Universitaires de France, impr. 2012.
- GIORDANO, F., LE GOFF, J. & MALHERBE, D., (2015), L'éthique mutualiste est-elle soluble dans le New Public Management ?, *Revue Française de Gestion*, 2(247), 119–135.
- GIRIN, J., (1989, mars 10), L'opportunisme méthodique dans les recherches sur la gestion des organisations., Journées d'Etude sur La Recherche-Action en action et en question, École Centrale, Paris.
- GIRIN, J., (1990), Problèmes du langage dans les organisations, in J.-F. CHANLAT (Dir.), *L'individu dans l'organisation : les dimensions oubliées* (p. 37–77), Presses universitaires de Laval (Québec), collection "Sciences Administratives", Paris : ESKA.
- GLASER, B. G. & STRAUSS, A. L., (1967), *La découverte de la théorie ancrée : stratégies pour la recherche qualitative* (K. OEUVRAY & M.-H. SOULET, Trad.), Individu et société, date de la traduction : 2010, Paris : A. Colin.
- GOLSORKHI, D., (2006), *La fabrique de la stratégie : une perspective multidimensionnelle*, Paris : Vuibert.
- GOLSORKHI, D., (2016), Habitus et stratégie : vers une théorie dispositionnelle, in F.-X. DE VAUJANY, A. HUSSENOT & J.-F. CHANLAT (Dir.), *Théories des organisations : nouveaux tournants* (p. 43–68), Paris, France : Economica, DL 2016.

-
- GOLSORKHI, D. & HUAULT, I., (2006), Pierre Bourdieu : critique et réflexivité comme attitude analytique, *Revue française de gestion*, 165(6), 15–34.
- GOLSORKHI, D., HUAULT, I. & LECA, B., (2009), *Les études critiques en management : une perspective française*, Sciences de l'administration, Laval : Les Presses de l'université Laval.
- GOMBAULT, A., (2005), Chapitre 2. La méthode des cas, in P. ROUSSEL & F. WACHEUX (Dir.), *Management des ressources humaines - méthodes de recherche en sciences humaines et sociales* (p. 31–64), De Boeck.
- GRAVIER, J.-F., (1947), *Paris et le désert français : décentralisation, équipement, population* (), Paris, France : Le Portulan, cop. 1947.
- GRIMALDI, A., (2010), L'hôpital malade de la rentabilité, in L. BONELLI & W. PELLETIER (Dir.), *L'État démantelé - Enquête sur une révolution silencieuse* (p. 118–128), La Découverte.
- GROENEWEGEN, P., (2007), *Alfred Marshall - Economist 1842-1924*, Great Thinkers in Economics, Palgrave Macmillan.
- GROS, F., (2010), *Michel Foucault* (4^e éd.), Que sais-je ?, Paris : Presses universitaires de France.
- GUÉDEZ, M., (2002), Territoires et jeux d'échelle, in C. CALENGE & Y. JEAN (Dir.), *Lire les territoires* (3, p. 297–300), Collection perspectives "Villes et territoires", Tours : Maison des sciences de l'homme "Villes et territoires".
- GUELFAND, G., (2013), *Les études qualitatives : fondamentaux, méthodes, analyse, techniques*, Societing, Cormelles-le-Royal : Editions EMS, Management & société.
- GUEx, S., (2003), La politique des caisses vides [État, finances publiques et mondialisation], *Actes de la recherche en sciences sociales*, 146(1), 51–61.
- HARDY, J., (2004), Les transformations du contrat médical. in *Normes et valeurs dans le champ de la santé*, ENSP.
- HARLEY, J. B., (1995), Déconstruire la carte, in P. GOULD & A. S. BAILLY (Dir.), *Le pouvoir des cartes : Brian Harley et la cartographie* (p. 61–85), Géographie, Traduction de "Deconstructing the map" parue en 1989 dans le numéro 2 du volume 26 de Carto-

-
- graphica : The International Journal for Geographic Information and Geovisualization, Paris : Anthropos.
- HARVEY, D., (1973), *Social justice and the city*, London, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord : E. Arnold.
- HARVEY, D., (2010a), L'espace comme mot-clé (R. KEUCHEYAN, Trad.). *in, Géographie et capital : vers un matérialisme historico-géographique* (p. 53–82), Mille marxismes, Paris : Éditions Syllepse.
- HARVEY, D., (2010b), Sur la situation de la géographie, hier et aujourd'hui : un manifeste matérialiste historique (T. LABICA, Trad.). *in, Géographie et capital : vers un matérialisme historico-géographique* (p. 35–52), Mille marxismes, Extrait de *The Professional Geographer*, 1984, republié in David Harvey, *Spaces of Capital. Towards a Critical Geography*, Edinburgh, Edinburgh University Press, 2001, Paris : Éditions Syllepse.
- HASSENTEUFEL, P., (1992), Représentation des médecins et redéfinition de l'action publique : la régulation des dépenses de médecine ambulatoire en France, en R.F.A. et en Autriche, *Politiques et management public*, 10(3), 31–60.
- HASSENTEUFEL, P., (1997), *Les médecins face à l'État : une comparaison européenne*, Paris, France : Presses de Sciences Po, impr. 1997.
- HASSENTEUFEL, P., (1998), Introduction au numéro spécial : -Think Social, Act Local - La territorialisation comme réponse à la crise de l'État providence, *Politiques et management public*, 16(3), 1–11.
- HASSENTEUFEL, P., (2008), Syndicalisme et médecine libérale : le poids de l'histoire, *Les Tribunes de la santé*, n° 18(1), 21–28.
- HATCHUEL, A. & MOLET, H., (1986, janvier), Rational modelling in understanding and aiding human decision-making : About two case studies, *European Journal of Operational Research*, OR and Microcomputers Miscellaneous OR Applications, 24(1), 178–186.
- HATCHUEL, A., PEZET, É. & STARKEY, K. (Dir.). (2005), *Gouvernement, organisation et gestion : l'héritage de Michel Foucault*, Saint-Nicolas (Québec), Canada : Presses de l'Université Laval, Colloque international "Organiser après Foucault".
- HÉRODOTE, (1976a), Des questions à Michel Foucault, *Hérodote*, (1), 71–85.

-
- HÉRODOTE, (1976b), Le sceptre du scientisme, *Hérodote*, (3), 155–159.
- HLADY-RISPAL, M., (2016), Une stratégie de recherche en gestion : l'étude de cas, *Revue française de gestion*, (253), 251–266, 1ère publication : 2000, numéro 127.
- HOOD, C., (1991), A public management for all seasons?, *Public Administration*, 69.
- HOPWOOD, A. G., (1996), Looking across rather than up and down : On the need to explore the lateral processing of information, *Accounting, Organizations and Society*, 21(6), 589–590.
- HOTELLING, H., (1929), Stability in Competition, *The Economic Journal*, 39(153), 41.
- HUAULT, I., PERRET, V. & SPICER, A., (2014), Beyond macro- and micro- emancipation : Rethinking emancipation in organization studies, *Organization*, 21(1), 22–49.
- HUBERMAN, A. M. & MILES, M. B., (1991), *Analyse des données qualitatives : recueil de nouvelles méthodes* (C. DE BACKER & V. LAMONGIE, Trad.), Pédagogies en développement, Bruxelles : De Boeck université.
- HUXLEY, M., (2006), Spatial rationalities : order, environment, evolution and government, *Social & Cultural Geography*, 7(5), 771–787.
- HUXLEY, M., (2007), Geographies of Governmentality, in J. W. CRAMPTON & S. ELDEN (Dir.), *Space, knowledge and power : Foucault and geography* (Paperback edition, p. 185–204), OCLC : 935899382, Farnham, Surrey Burlington, VT : Ashgate.
- HUXLEY, M., (2008), Space and Government : Governmentality and Geography, *Geography Compass*, 2(5), 1635–1658.
- IBERT, J., BAUMARD, P., DONADA, C. & XUERE, J.-M., (2014), La collecte des données et la gestion de leurs sources, in R.-A. THIÉTART (Dir.), *Méthodes de recherche en management* (4^e éd., p. 261–296), Paris : Dunod.
- JACQUOT, T., (1991, octobre), Discours stratégique et langage managérial : contenu, structure, et logiques d'expression, Clermont-Ferrand : Actes des Xèmes Journées Nationales des I.A.E.
- JEAN, Y., (2002), De l'État aménageur aux nouveaux territoires d'action publique, in C. CALENGE & Y. JEAN (Dir.), *Lire les territoires* (3, p. 27–63), Collection perspectives "Villes et territoires", Tours : Maison des sciences de l'homme "Villes et territoires".

-
- JENSEN, M. C. & MECKLING, W. H., (1976, octobre), Theory of the firm : Managerial behavior, agency costs and ownership structure, *Journal of Financial Economics*, 3(4), 305–360.
- JOBERT, B., (1994), Introduction - le retour du politique, in B. JOBERT (Dir.), *Le tournant néo-libéral en Europe* (p. 9–20), L'Harmattan.
- JOBERT, B., (1995), Rhétorique politique, controverses et construction des normes institutionnelles : esquisse d'un parcours de recherche., in A. FAURE, G. POLLET & P. WARIN (Dir.), *La construction du sens dans les politiques publiques : débats autour de la notion de référentiel* (29), Collection Logiques politiques, Paris : Éd. l'Harmattan.
- JOBERT, B. & THÉRET, B., (1994), France : la consécration républicaine du néo-libéralisme, in B. JOBERT (Dir.), *Le tournant néo-libéral en Europe* (p. 21–86), L'Harmattan.
- JOHNSON, G., LANGLEY, A., MELIN, L. & WHITTINGTON, R., (2007), Practical theories. in *Strategy as Practice*, Cambridge University Press.
- JOHNSON, G., WHITTINGTON, R., SCHOLÉS, K., ANGWIN, D., REGNÉR, P. & FRÉRY, F., (2014), *Stratégie* (10e édition [6e édition française]), Montreuil : Pearson.
- JOLIVEAU, T., (1996), Gérer l'environnement avec des S.I.G. Mais qu'est-ce qu'un S.I.G. ? / Managing environment with G.I.S. But what is a G.I.S. ?, *Revue de géographie de Lyon*, 71(2), 101–110.
- JOLIVEAU, T., (2004), *Géomatique et gestion environnementale du territoire. Recherches sur un usage géographique des SIG* (Document d'Habilitation à Diriger des Recherches, Rouen, Rouen).
- KNIGGE, L. & COPE, M., (2006), Grounded Visualization : Integrating the Analysis of Qualitative and Quantitative Data through Grounded Theory and Visualization, *Environment and Planning A*, 38(11), 2021–2037.
- KNIGHTS, D. & COLLINSON, D., (1987), Disciplining the shopfloor : A comparison of the disciplinary effects of managerial psychology and financial accounting, *Accounting, Organizations and Society*, 12(5), 457–477.
- KNIGHTS, D. & MORGAN, G., (1991), Corporate Strategy, Organizations, and Subjectivity : A Critique, *Organization Studies*, 12(2), 251–273.

-
- LACOSTE, Y., (1976a), Enquête sur le bombardement des digues du fleuve Rouge (Viêt-nam, été 1972), *Hérodote*, (1), 86–117.
- LACOSTE, Y., (1976b), *La Géographie, ça sert, d'abord, à faire la guerre*, Maspero, Paris : F. Maspero.
- LACOSTE, Y., (1976c), Pourquoi Hérodote ?, *Hérodote*, (1), 8–70.
- LACOUETTE-FOUGÈRE, C. & LASCOUMES, P., (2014), L'évaluation : un marronnier de l'action gouvernementale ?, *Revue française d'administration publique*, 148(4), 859–875.
- LAHIRE, B., (2011), 1. Champ, hors-champ, contrechamp, in B. LAHIRE (Dir.), *Le travail sociologique de Pierre Bourdieu* (p. 23–57), La Découverte.
- LALONDE, M., (1974), *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens : un document de travail*, Gouvernement du Canada.
- LASCOUMES, P., (2005), De l'État à la Gouvernamentalité : une nouvelle perspective sur l'organisation politique, in A. HATCHUEL, É. PEZET & K. STARKEY (Dir.), *Gouvernement, organisation et gestion : l'héritage de Michel Foucault* (p. 341–361), Colloque international "Organiser après Foucault", Saint-Nicolas (Québec), Canada : Presses de l'Université Laval.
- LAUFER, R. & BURLAUD, A., (1980), *Management public gestion et légitimité*, Dalloz.
- LE BOULCH, G., (2002), De l'environnement territorialisé au territoire : évolution des structures d'action de l'organisation. (p. 26), XIÈME Conférence de l'Association Internationale de Management Stratégique (AIMS), Paris.
- LE GOFF, J., (2002), Vertus problématiques de l'étude de cas, in N. MOURGUES, F. ALLARD-POESI, A. AMINE, S. CHARREIRE & J. LE GOFF (Dir.), *Questions de méthodes en sciences de gestion* (p. 193–212), EMS.
- LE MOIGNE, J.-L., (2012), *Les épistémologies constructivistes* (4^e éd.), PUF.
- LEFEBVRE, H., (2000), *La production de l'espace* (4^e éd.) (), 1^{re} édition : 1984, Paris, France : Anthropos.
- LEJEUNE, C., (2017), Analyser les contenus, les discours ou les vécus ? À chaque méthode ses logiciels !, in M. SANTAGIO-DELEFOSSE & M. DEL RIO CARRAL (Dir.), *Les méthodes qualitatives en psychologie et sciences humaines de la santé* (p. 203–224), Psycho Sup, Malakoff, France : Dunod.

-
- LELOUP, F., MOYART, L. & PECQUEUR, B., (2005), La gouvernance territoriale comme nouveau mode de coordination territoriale ?, *Géographie, économie, société*, Vol. 7(4), 321–332.
- LEMAIRE, C., (2013), *Le processus de construction d'un outil de contrôle de gestion inter-organisationnel : le cas de l'expérimentation d'un outil de pilotage de la performance dans le secteur médico-social* (Thèse de doctorat, Université de Strasbourg, Strasbourg).
- LEMOYNE DE FORGES, J.-M., (2012), Les agences régionales de santé au milieu du gué, *Revue Générale de Droit Médical*, (45), 45–47.
- LENAY, O. & MOISDON, J.-C., (2003), Du système d'information médicalisée à la tarification à l'activité Trajectoire d'un instrument de gestion du système hospitalier, *Revue française de gestion*, n° 146(5), 131–141.
- LEROY, M., (2010), Fondements critiques de l'analyse de la performance environnementale des dispositifs de développement durable, in F. PALPACUER, M. LEROY & G. NARO (Dir.), *Management, mondialisation, écologie : regards critiques en sciences de gestion* (p. 281–304), Paris, France : Hermès science publications : Lavoisier.
- LÉVY, J., (1975), Pour une géographie scientifique, *Espaces Temps*, 1(1), 53–65.
- LÉVY, J., (1976a), Héro-anti-dote ?, *Espaces Temps*, 4(1), 52–57.
- LÉVY, J., (1976b), Polémiques en géographie - la géographie est un château hanté, *Hérodote*, (4), 151–156.
- LÉVY, J., (1999), *Le tournant géographique : penser l'espace pour lire le monde*, Paris : Belin.
- LÉVY, J., DEBARBIEUX, B. & FERRIER, J.-P., (2013), *Territoire*, in J. LÉVY & M. LUSSAULT (Dir.), *Dictionnaire de la géographie et de l'espace des sociétés* (p. 995–1005), Paris, France : Belin.
- LIARTE, S., (2007), Mutualisme, prédation et parasitisme : la proximité géographique vis-à-vis des concurrents comme stratégie de localisation., *Finance - Contrôle - Stratégie*, 10(2), 157–186.
- LORENZO, P., (2004), Le bruissement d'une aile de papillon, *Santé Publique*, 16(4), 687–693.
- LOZEAU, D., LANGLEY, A. & DENIS, J.-L., (2002), The Corruption of Managerial Techniques by Organizations, *Human Relations*, 55(5), 537–564.

-
- LUSSAULT, M., (1998), L'instrument sanitaire, *in* D. FASSIN (Dir.), *Les figures urbaines de la santé publique* (p. 174–202), Recherches, la Découverte.
- MACNEIL, I. R., (1980), *The new social contract : an inquiry into modern contractual relations*, États-Unis d'Amérique : New Haven ; London : Yale University Press.
- MACNEIL, I. R., (1983), Values in contracts : internal and external, *Northwestern University Law Review*, 78(2), 340–418.
- MALHERBE, D., (2014), De la responsabilisation du système de santé selon la réforme HPST : la loi, le discours et l'éthique, *Vie & sciences de l'entreprise*, 195-196(3), 117–143.
- MANDARD, M., (2013), Théorie du contrat relationnel et gouvernance des relations inter-entreprises, *Annales des Mines - Gérer et comprendre*, (109), 13–22.
- MARROT, B., (1995), *L'administration de la santé en France*, Paris : L'Harmattan.
- MARSHALL, A., (1890), *Principles of economics*, London, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord : Macmillan.
- MARTIN LACROUX, C., (2015, octobre 16), *L'appréciation des compétences orthographiques en phase de présélection des dossiers de candidature : pratiques, perceptions et implications pour la GRH* (Thèse de doctorat, Toulon).
- MARTINET, A.-C., (1997), Pensée stratégique et rationalités : un examen épistémologique, *Management International*, 2(1), 67–75.
- MARTY, F., (2011, novembre), Le nouveau management public et la transformation des compétences dans la sphère publique, *in* L. SOLIS-POTVIN (Dir.), *Vers un modèle européen de fonction publique ?* (p. 193–222), Neuvièmes journées d'études du Pôle européen Jean Monnet, Bruxelles.
- MATYJASIK, N., (2014), Des évaluations de politiques publiques et des consultants. Émergence d'un champ professionnel et segmentation des rôles, *Revue française d'administration publique*, N° 148(4), 907–921.
- MAUGERI, S., (2006), *Au nom du client : management néo-libéral et dispositifs de gestion*, Paris, France : l'Harmattan.
- MBANI, J., (2014), *Processus de détermination d'une entité comme partie prenante*. (Thèse de doctorat, Paris, CNAM).

-
- MENDEZ, A. & MERCIER, D., (2006), Compétences-clés de territoires, *Revue française de gestion*, 164(5), 253–275.
- MEYSSONNIER, F., (1997), Nature et outils du management public, in R. LE DUFF & J.-J. RIGAL (Dir.), *Premières rencontres ville-management : Le maire entrepreneur* (p. 617–627), Publications de l'Université de Pau et des Pays de l'Adour.
- MINVIELLE, É., (2009), Management en santé : recherches actuelles et enjeux de demain. in *Traité d'économie et de gestion de la santé* (p. 35–42), Presses de Sciences Po.
- MOISDON, J.-C. (Dir.). (1997a), *Du mode d'existence des outils de gestion*, Paris, France : Seli Arslan.
- MOISDON, J.-C., (1997b), Introduction Générale, in J.-C. MOISDON (Dir.), *Du mode d'existence des outils de gestion* (p. 7–44), Paris, France : Seli Arslan.
- MOISDON, J.-C., (2010, janvier), L'évaluation du changement organisationnel par l'approche de la recherche intervention. L'exemple des impacts de la T2A, *Revue française des affaires sociales*, (1), p. 213–226.
- MOISDON, J.-C. & TONNEAU, D., (1996), L'hôpital public et sa tutelle : la concurrence sous administration, *Revue Française de Gestion*, (109), 80–91.
- MONMONIER, M. S., (2004), *Rhumb lines and map wars : a social history of the Mercator projection*, Chicago, Etats-Unis d'Amérique : University of Chicago Press.
- MOQUET-ANGER, M.-L., (2012), La réalité de la démocratie sanitaire, in C. CASTAING (Dir.), *La territorialisation des politiques de santé : actes de la journée d'étude organisée le 22 novembre 2011* (p. 173–189), Centre d'étude et de recherche sur le droit administratif et la réforme de l'État, Bordeaux, France : les Études hospitalières, impr. 2012.
- MORELLE, M. & RIPOLL, F., (2010), Les chercheur-es face aux injustices : l'enquête de terrain comme épreuve éthique, *Annales de géographie*, (665), 157–168.
- MOULIN, A.-M., (2004), Ordres et désordres dans le champ de la santé. in *Normes et valeurs dans le champ de la santé* (p. 19–35), ENSP.
- MUBI BRIGHENTI, A., (2009), Pour une territorialologie du droit, in P. FOREST (Dir.), *Géographie du droit : épistémologie, développement et perspectives* (p. 239–260), Dikè, Québec : Presses universitaires de Laval.

-
- NAY, O., (2001), Négocier le partenariat, *Revue française de science politique*, 51(3), 459–481.
- NIZET, J. & PICHAULT, F., (2015), *Les critiques de la gestion*, Repères, Paris : La Découverte.
- NOGATCHEWSKY, G., (2009), *Contrôle inter-organisationnel*, in B. COLASSE (Dir.), *Encyclopédie de comptabilité, contrôle de gestion et audit* (2e édition, p. 625–634), Les numéros de page correspondent à la version publiée sur HAL, Paris : Economica.
- OLLITRAULT, S., (2015), Les interactions en entretien - trajectoire professionnelle, trajectoire d'acteurs : jeux de position, in C. GUIONNET & S. RÉTIF (Dir.), *Exploiter les difficultés méthodologiques : une ressource pour l'analyse en sciences sociales* (p. 83–99), Des sociétés, Rennes : Presses universitaires de Rennes.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, (1986), *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, 1986*.
- ORLIKOWSKI, W. J., (1992), The Duality of Technology : Rethinking the Concept of Technology in Organizations, *Organization Science*, 3(3), 398–427.
- OSBORNE, S. P., (2006), The New Public Governance ?, *Public Management Review*, 8(3), 377–387.
- PAILLÉ, P. & MUCCHIELLI, A., (2012), *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (3e édition), Collection U, Paris : Armand Colin.
- PALPACUER, F. & BALAS, N., (2010), Comment penser l'entreprise dans la mondialisation ?, *Revue française de gestion*, (201), 89–102.
- PALPACUER, F. & BALAS, N., (2014), *Les chaînes globales de valeur*, in F. TANNERY, J.-P. DENIS, T. HAFSI & A.-C. MARTINET (Dir.), *Encyclopédie de la Stratégie* (p. 55–66), Vuibert.
- PARIGOT, J., (2015), Quels sont les rôles de l'espace en situation de luttes ? Le cas des Fabriques de culture. (p. 22), XXIVe conférence de l'AIMS, Paris.
- PASCALE, R. T., (1996), The Honda Effect, *California Management Review*, 38(4), 80–91.
- PASQUIER, R., SIMOULIN, V., WEISBEIN, J. & LE GALÈS, P., (2013), *La gouvernance territoriale : pratiques, discours et théories*, Paris, France : LGDJ, DL 2013.

-
- PAVLOVSKAYA, M., (2002, septembre), Mapping Urban Change and Changing GIS : Other views of economic restructuring, *Gender, Place & Culture*, 9(3), 281–289.
- PAVLOVSKAYA, M., (2006), Theorizing with GIS : A Tool for Critical Geographies ?, *Environment and Planning A*, 38(11), 2003–2020.
- PECQUEUR, B. & ZIMMERMANN, J.-B., (2004), *Économie de proximités*, Paris : Hermes science publications Lavoisier.
- PETTIGREW, A., (1997, septembre), Andrew Pettigrew : Le new public management conduit à un nouveau modèle hybride public-privé, *Revue Française de Gestion*, (115), 113–120.
- PEZET, É., (2012), De quoi Foucault est-il le nom en théorie des organisations ?, in O. GERMAIN & N. BRUNSSON (Dir.), *Les grands inspireurs de la théorie des organisations* (p. 79–96), Cormelles-le-Royal, France : Ed. EMS, Management & société, DL 2012.
- PFEFFER, J. & SALANCIK, G. R., (2003), *The external control of organizations : a resource dependence perspective*, 1re édition : 1978, Stanford, Ca, Etats-Unis d'Amérique : Stanford Business Books.
- PIERRU, F., (2008, juin), Un instrument de gestion controversé : la tarification à l'activité à l'hôpital, *Regards sur l'actualité*, La Documentation Française, (352), 32–46.
- PIERRU, F., (2012a), La santé en fusions : l'accouchement des agences régionales de santé au forceps institutionnel, in C. CASTAING (Dir.), *La territorialisation des politiques de santé : actes de la journée d'étude organisée le 22 novembre 2011* (p. 77–108), Centre d'étude et de recherche sur le droit administratif et la réforme de l'État, Bordeaux, France : les Études hospitalières, impr. 2012.
- PIERRU, F., (2012b), Le mandarin, le gestionnaire, le consultant, Le tournant néolibéral de la politique hospitalière, *Actes de la recherche en sciences sociales*, (194), 32–51.
- PIERRU, F. & ROLLAND, C., (2012), Napoléon au pays du New Public Management Les ARS : agences ou administration deconcentrées de l'État, *Revue Générale de Droit Médical*, (45), 39–45.
- PLANEL, S., (2015), Structurations scalaires et exercice de domination en Éthiopie, in A. CLERVAL, A. FLEURY, J. REBOTIER & S. WEBER (Dir.), *Espace et rapports de*

-
- domination : [colloque, 20-21 septembre 2012 (p. 99–109), Rennes, France : Presses universitaires de Rennes.*
- POPPER, K. R., (1973), *La logique de la découverte scientifique* (N. THYSSEN-RUTTEN, P. DEVAUX & J. MONOD, Trad.), Bibliothèque scientifique Payot, Traduction en 1973, réédition en 2007, Paris : Payot.
- PORNON, H., (2015), *SIG : la dimension géographique du système d'information* (2e édition), InfoPro, Paris : Dunod.
- PORTER, M., (1982), *Choix stratégiques et concurrence : techniques d'analyse des secteurs et de la concurrence dans l'industrie* (P. D. LAVERGNE, Trad.), Paris : Economica.
- PORTER, M. E., (1998), Clusters and the New Economics of Competition, *Harvard Business Review*, 76(6), 77–90.
- PORTER, M. E., (2000, février), Location, Competition, and Economic Development : Local Clusters in a Global Economy, *Economic Development Quarterly*, 14(1), 15–34.
- POSNER, R. A., (2001), *Public intellectuals : a study of decline*, Cambridge, Mass., Etats-Unis d'Amérique : Harvard university press.
- QUODVERTE, P., (2003), *Système d'information géographique*, in J. LÉVY & M. LUSSAULT (Dir.), *Dictionnaire de la géographie et de l'espace des sociétés* (1^{re} éd., p. 886–888), Belin.
- RAFFESTIN, C., (1980), *Pour une géographie du pouvoir* (), Paris, France : Librairies techniques.
- RAFFNSØE, S., GUDMAND-HØYER, M. & THANING, M. S., (2014), Foucault's dispositive : The perspicacity of dispositive analytics in organizational research, *Organization*.
- RATZEL, F., (1987), *La Géographie politique : les concepts fondamentaux* (M. KORINMAN, Dir. & F. EWALD, Trad.), Géopolitiques et stratégies, Choix de textes extr. de " Politische Geographie ", 3e éd., Munich, 1923, Paris : Fayard.
- RAULET-CROSET, N., (2008), La dimension territoriale des situations de gestion, *Revue française de gestion*, 184(4), 137–150.
- REILLY, W. J., (1937), *The law of retail gravitation*, Knickerbocker Press.
- RICHARD, J. & CYTERMANN, L., (2012), *Rapport public 2012 du Conseil d'Etat - Volume 2 - Les agences : une nouvelle gestion publique ?*

-
- RIPOLL, F., (2013), Du « rôle de l'espace » aux théories de « l'acteur » (aller-retour) : la géographie à l'épreuve des mouvements sociaux, *in* R. SÉCHET & V. VESCHAMBRE (Dir.), *Penser et faire la géographie sociale : Contribution à une épistémologie de la géographie sociale* (p. 193–210), Géographie sociale, Rennes : Presses universitaires de Rennes.
- RIPOLL, F. & VESCHAMBRE, V., (2002), Face à l'hégémonie du territoire : éléments pour une réflexion critique, *in* C. CALENGE & Y. JEAN (Dir.), *Lire les territoires* (3, p. 261–288), Collection perspectives "Villes et territoires", Tours : Maison des sciences de l'homme "Villes et territoires".
- RIVIÈRE, M., LAFFITTE, J.-D., GAYRAL, J.-C., CHAVENTRÉ, F., BRACHET, D., RAMALHO, O. & JEANNEL, D., (2012), Syndrome collectif inexplicable dans un bâtiment administratif, Eure-et-Loire, France, *Epidemiology and Public Health / Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 60(2), S69.
- ROLLAND, C. & PIERRU, F., (2013), Les Agences Régionales de Santé deux ans après : une autonomie de façade, *Santé Publique*, Vol. 25(4), 411–419.
- ROLLAND, J.-M. & MILON, A., (2009), *Rapport fait au nom de la commission mixte paritaire chargée de proposer un texte sur les dispositions restant en discussion du projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires*, (Rapport parlementaire N° 1739), Assemblée Nationale, Paris.
- ROMAINS, J., (1924), *Knock ou le Triomphe de la médecine : trois actes*, Folio, Date de l'impression : 1972, Paris : Gallimard.
- ROSA, H., (2010), *Accélération : une critique sociale du temps* (D. RENAULT, Trad.), Théorie critique, Paris : La Découverte.
- ROWE, F., (2009), Diversité des approches critiques en Systèmes d'Information : de la sociologie de la domination à l'éthique de l'émancipation, *Études critiques en management*, Économies et Société - Série « Économie de l'entreprise », 12, 2081–2114.
- SACK, R. D., (1986), *Human territoriality : its theory and history*, Cambridge, Royaume-Uni.
- SAID, E. W., (2005), *L'orientalisme : l'Orient créé par l'Occident*, 1ère édition : 1978 (traduction 1980), Seuil.

-
- SAINT-MARTIN, A., (2013), *La sociologie de Robert K. Merton*, Paris, France : la Découverte, impr. 2013.
- SAIVES, A.-L., (2002), *Territoire et compétitivité de l'entreprise : territorialisation des entreprises industrielles agroalimentaires des Pays de la Loire*, Paris, France.
- SAUVAYRE, R., (2013), *Les méthodes de l'entretien en sciences sociales*, Psycho Sup, Paris : Dunod.
- SAVOIE-ZAJC, L., (2003), Les critères de rigueur de la recherche qualitative/interprétative : du discours à la pratique, *ARQ*.
- SAVOIE-ZAJC, L., (2009), Acceptation interne (critère de), in A. MUCCHIELLI (Dir.), *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales* (3e édition mise à jour et augmentée, p. 1–2), Dictionnaire, Paris : A. Colin.
- SCHURMAN, N., (2009a), *Critical GIS*, in R. KITCHIN & N. J. THRIFT (Dir.), *International encyclopedia of human geography* (First edition, T. 2, T. 12), Amsterdam : Elsevier.
- SCHURMAN, N., (2009b), Critical GIScience in Canada in the new millenium, *The Canadian Geographer / Le Géographe Canadien*, 53(2), 139–144.
- SÉCHET, R., (2009, mars 19), La prostitution, enjeu de géographie morale dans la ville entrepreneuriale. Lectures par les géographes anglophones, Abstract, *L'Espace géographique*, 38(1), 59–72.
- SÉGAS, S., (2013), L' élu animateur : savoirs de la "bonne gouvernance" territoriale et légitimation d'un nouvel ordre politique local, in R. PASQUIER, V. SIMOULIN, J. WEISBEIN & P. LE GALÈS (Dir.), *La gouvernance territoriale : pratiques, discours et théories* (T. 1, p. 223–246), Paris, France : LGDJ, DL 2013.
- SENEILLART, M., (2004), Situation des cours, in F. EWALD, A. FONTANA & M. SENEILLART (Dir.), *Sécurité, territoire, population : cours au Collège de France (1977-1978)* (1977-1978, p. 379–411), Hautes études, Paris : Gallimard Seuil.
- SERRÉ, M., (2002), De l'économie médicale à l'économie de la santé, *Actes de la recherche en sciences sociales*, 143(3), 68–79.
- SHRIVASTAVA, P., (1986), Is Strategic Management Ideological?, *Journal of Management*, 12(3), 363–377.
- SNOEK, A., (2010), Agamben's Foucault : An overview, *Foucault Studies*, (10), 44–67.

-
- SOJA, E. W., (1989), *Postmodern geographies : the reassertion of space in critical social theory*, London, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, Etats-Unis d'Amérique.
- STARBUCK, W. H., (1981), A trip to view the elephants and the rattlesnakes in the garden of Aston, in A. VAN DE VEN & W. F. JOYCE (Dir.), *Perspective on Organization Design and Behavior*, Wiley Interscience.
- STOCK, M., (2010), 6. Théorie de l'habiter. Questionnements, in T. PAQUOT, M. LUSSAULT & C. YOUNÈS (Dir.), *Habiter, le propre de l'humain — Villes, territoires et philosophie* (p. 103–125), La Découverte.
- STRAUSS, A. L. & CORBIN, J., (1990), *Basics of qualitative research : grounded theory procedures and techniques*, Newbury Park, Etats-Unis d'Amérique.
- TABUTEAU, D., (2013), *Démocratie sanitaire : les nouveaux défis de la politique de santé* (), Paris, France : O. Jacob, impr. 2013.
- TALBOT, D., (2015), Faut-il être proche pour contrôler ? Effets des proximités sur le contrôle inter-organisationnel. in *Actes de la XXIVe Conférence Internationale de Management Stratégique, Paris* (p. 1–26).
- THRANE, S., (2007), The complexity of management accounting change : Bifurcation and oscillation in schizophrenic inter-organisational systems, *Management Accounting Research*, Management Accounting Change : Second Special Issue, 18(2), 248–272.
- TOWNLEY, B., (1993), Foucault, Power/Knowledge, and Its Relevance for Human Resource Management, *The Academy of Management Review*, 18(3), 518–545.
- TRÉPEAU, M., (2005), La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, *Regards sur l'actualité*, La Documentation Française, (308), 79–92.
- VAESKEN, P., (1996), L'environnement territorialisé : un nouveau concept de structuration de l'environnement dans la stratégie de l'entreprise. in *Actes de la Ve conférence internationale de management stratégique (AIMS)* (p. 24), Lille.
- VAESKEN, P., (1999), *La prise en compte du territoire dans l'analyse stratégique : le cas de l'industrie du tapis dans le sud de la Flandre occidentale* (Thèse de doctorat, Lille 1, Lille).

-
- VANECLOO, P., (1993), L'écriture de projets dans les hôpitaux : Loi du 31 juillet 1991, *Études de communication. langages, information, médiations*, 105–109.
- VICENTE, J., (2016), *Économie des clusters*, Repères, Paris : la Découverte.
- VIDAL DE LA BLACHE, P., (1903), *Tableau de la géographie de la France*, Paris : La Table ronde.
- VON THÜNEN, J. H., (1826), *Der isolirte Staat in Beziehung auf Landwirthschaft und Nationalökonomie : oder Untersuchungen über den Einfluss, den die Getreidepreise, der Reichthum des Bodens und die Abgaben auf den Ackerbau ausüben*, Hamburg, Allemagne : Perthes.
- WEBER, A., (1957), *Theory of the location of industries* (C. J. FRIEDRICH, Dir.), 1ère traduction anglaise : 1929 (publication originale en allemand en 1909), Chicago, Etats-Unis d'Amérique : University of Chicago Press, 1957.
- WEBER, M., (2014), *Le savant et le politique* (J.-M. TREMBLAY, Dir.), Texte issu de deux conférences prononcées en 1917 et 1919 à l'université de Munich, Université de Québec à Chicoutimi : Les classiques de sciences sociales.
- WEICK, K. E., (1993), The Collapse of Sensemaking in Organizations : The Mann Gulch Disaster, *Administrative Science Quarterly*, 38(4), 628–652.
- WHITTINGTON, R., (1996, octobre), Strategy as practice, *Long Range Planning*, 29(5), 731–735.
- WHITTINGTON, R., (2006), Completing the Practice Turn in Strategy Research, *Organization Studies*, 27(5), 613–634.
- WILKINSON, R. G., MARMOT, M. G. & ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. BUREAU RÉGIONAL DE L'EUROPE (Dir.). (2004), *Les déterminants sociaux de la santé : les faits*, Copenhague, Danemark : Organisation mondiale de la santé.
- WILLEMEZ, L., SURDEZ, M., PAVIS, F. & CHAMBOREDON, H., (1994), S'imposer aux imposants. À propos de quelques obstacles rencontrés par des sociologues débutants dans la pratique et l'usage de l'entretien, *Genèses*, 16(1), 114–132.
- WILLIAMSON, O. E., (1981), The Economics of Organization : The transaction cost approach, *The American Journal of Sociology*, 87(3), 548–577.

-
- WILSON, M. W. & POORE, B. S., (2009, mars), Theory, Practice, and History in Critical GIS : Reports on an AAG Panel Session, *Cartographica : The International Journal for Geographic Information and Geovisualization*, 44(1), 5–16.
- YIN, R. K., (2014), *Case study research : design and methods* (5e édition), Applied social research methods series, Los Angeles London New Delhi [etc.] : Sage.

Glossaire

ANAP Agence nationale d'appui à la performance. Organisation indépendante du ministère de la santé chargée d'élaborer et de diffuser des outils pour améliorer le système de santé, notamment à destination des ARS mais aussi des établissements

ARS Agence régionale de santé, organisation régionale regroupant (notamment) les anciennes DDASS, DRASS, GRSP, ARH, certaines composantes de l'assurance maladie et ayant pour but de mettre en place la politique de santé dans la région. Miroir du ministère de la santé en région (s'inscrit dans la RÉATE).

ASV Atelier Santé Ville, dans le cadre d'un quartier reconnu comme relevant de la politique de la ville, volet santé du contrat de ville. Exemple de quartier : le Sanitas à Tours ou la Source à Orléans.

CAARUD Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues

CLS Contrat local de santé, zonage prévu par la loi HPST en infra-régional.

CPER Contrat pluri-annuel État-Région. Il comporte un volet santé dont se sert la région pour notamment financer les maisons de santé pluridisciplinaire.

CPOM Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens. Instrument créé en 1991 dans le secteur de la santé par la loi Évin-Durieux portant réforme hospitalière instaurant la contractualisation entre l'autorité régulatrice des soins et l'établissement. L'inscription théorique des CPOM provient des doctrines du *New Public Management* et par extension des théories contractualistes de l'entreprise (WILLIAMSON, 1981)

CRSA Commission Régionale de la Santé et de l'Autonomie, instance de démocratie sanitaire créée par la loi HPST. Elle participe aux travaux visant à élaborer le PRS

et rend un avis sur celui-ci. Elle est composée de différents collèges organisation des soins, prévention, médico-social, usagers dont la composition est régie par le code de la santé publique.

CSAPA Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

DDCS(PP) Direction départementale de la cohésion sociale (et parfois protection des populations incluant par exemple les services vétérinaires, sinon coexiste dans le département une DDPP), anciens services rattachés au DDASS formant un service déconcentré de l'État sous l'autorité du préfet de département.

DGOS Direction générale de l'organisation des soins (service du ministère de la santé)

DRJSCS Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale. Miroir du ministère des affaires sociales en région. Travaille avec les DDCS(PP) et sans avoir de lien hiérarchique avec elles.

DT Délégation territoriale de l'ARS. Représentation de l'ARS sur un espace plus petit (en général le département, certaines ARS n'ont toutefois pas de DT). Le responsable de cette unité est le délégué territorial. En Région Centre Val de Loire, l'organisation des DT est en miroir des services centraux de l'ARS. En 2017, après la fin de la collecte du matériau empirique pour cette thèse, les délégations territoriales sont renommées délégations départementales.

ÉPCI Établissement public de coopération intercommunale, soit un regroupement de communes dans le but d'exercer des compétences communes. Souvent des communautés d'agglomération (dites COMA) ou communauté des communes (dites COMCOM)

ÉSAT Établissement et services d'aide par le travail, soit une structure médico-sociale dont le but est de favoriser la réinsertion des personnes handicapées par le travail.

FIR Fonds d'intervention régional. Somme d'argent directement mobilisable par les ARS pour financer des projets et investissements (à l'inverse des crédits assurance maladie qui sont « fléchés » pour certaines missions).

GHT Groupement hospitalier de territoire, oblige les établissements publics à se regrouper pour proposer un projet médical commun entre établissements. En région

Centre, l'échelle retenue pour le GHT est le département. Ces GHT ont été instaurés par la loi de Santé de Marisol Touraine.

HAD Hospitalisation à domicile.

HAS Haute autorité de santé (ex : ANDEM et ANAES), organisation indépendante dont le but est de promouvoir la qualité de la santé par le biais de recommandations.

HPST Hôpital Patient Santé Territoire, dite aussi Loi Bachelot. Votée en 2009, elle crée notamment les ARS et supprime la notion de service public hospitalier la remplaçant par la mission de service public pouvant être effectuée de manière indifférenciée par les opérateurs du secteur public ou privé.

IME Institut médico-éducatif, établissements médico-sociaux pour enfants et adolescents handicapés atteints de déficiences intellectuelles.

LOLF Loi organique relative aux lois de finance votée en 2001. Elle « a conduit à transformer la vision des politiques publiques en une série de missions (composées de programmes et d'actions) axées autour d'objectifs et devant produire des résultats mesurés à l'aide d'un petit nombre d'indicateurs ». (LACOUETTE-FOUGÈRE & LASCOUMES, 2014)

MDA Maison des adolescents.

MSP Maison de santé pluridisciplinaire (ou pluri-professionnelle). Pour les MSP d'une envergure plus grande, on parle de PSP (pôle de santé pluridisciplinaire, ou pluri-professionnel)

ONDAM Objectif national de dépense d'assurance maladie, plafond annuel de dépense de l'assurance maladie. Sert à calculer la T2A.

OSMS Offre de soins et médico-social

Pays Zonage administratif qui regroupe les ÉPCI pour exercer des compétences communes. En région Centre, le Pays bénéficie d'un financement pour certaines actions via le contrat de pays signé avec la région et éventuellement de subventions européennes. Souvent le Pays dispose de chargés de missions (économie, tourisme, etc.)

PLFSS Projet de loi de financement de la sécurité sociale. Fixe (notamment) l'ONDAM.

PMSI Programme médicalisé des systèmes d'information. Créé en 1984 sous l'impulsion de Jean de Kervasdoué, il connaîtra plusieurs évolutions successives en fonction des progrès informatiques et de son acceptabilité dans le corps médical. Aujourd'hui, le PMSI permet de savoir précisément qui va dans quel établissement pour se faire soigner et à quel coût. C'est à partir de cet instrument que naîtra la T2A en 2004.

PNR Parc Naturel Régional.

PPS Prévention et promotion de la santé, le versant santé publique de SPE.

PRS Projet régional de santé (autrefois seulement SROS, schéma régional d'organisation des soins, inclue désormais la prévention, le médico-social, la télémédecine, etc.), déclinaison régionale de la politique nationale de santé établie en concertation avec des acteurs locaux de santé selon les thématiques fixées nationalement. Il sert de guide à l'action de l'ARS.

PTS Projet territorial de santé, déclinaison du PTS dans les DT puis dans les futurs territoires de santé créés par la loi Touraine. Ils sont co-élaborés par la délégation territoriale et la conférence de territoire (sous-déclinaison de la CRSA). En 2016, les conférences de territoire sont renommées conseils territoriaux de santé.

RÉATE Réforme de l'administration territoriale (ou réforme des services déconcentrés de l'État), mise en œuvre suite à la RGPP au 1er janvier 2010. Elle regroupe les services de l'État en région en huit grandes délégations qui seront en miroir les grands ministères.

RGPP Révision générale des politiques publiques, lancée un mois après l'élection de Nicolas Sarkozy en 2007, elle consiste à interroger profondément la mise en œuvre de l'action publique à l'aide de prestataires extérieurs, souvent des cabinets de conseil (exemples de questionnements : que faisons-nous ? qui doit le faire ? qui doit payer ?)

SIG Système d'information géographique (*cf* : 4.2.2 pour une définition plus complète du terme et une description de son rôle dans notre travail de thèse.)

SMUR Service mobile d'urgence et de réanimation qui sont gérés par un centre SAMU (service d'aide médicale d'urgence) qui en assure la régulation. Ils doivent

être accessibles à moins de 30 minutes pour la population et sont en général des automobiles, parfois des hélicoptères (15 hélistations en région Centre).

SPE Santé publique et environnementale. Schématiquement, tout ce qui relève des déterminants de santé et qui est exclus du soin. (*cf* : 3.2 page 82)

SROS Schéma régional d'organisation des soins (autrement volet sanitaire du PRS).

SSIAD Service de soins infirmiers à domicile.

T2A Tarification à l'activité, méthode comptable permettant de fixer la somme remboursée par l'assurance maladie à chaque acte. Certains domaines de la santé ne relèvent pas de la T2A comme la psychiatrie.

URPS Union Régionale des Professionnels de Santé

Florent GIORDANO



**La géographie (dés)organisante :
savoirs, pouvoirs, normes
analyse interprétative du dispositif de gestion
de la santé en région Centre-Val de Loire**

Résumé

La question principale de cette thèse peut être formulée ainsi : Comment les discours, normes et pratiques spatiales peuvent, dans le cadre d'une relation inter-organisationnelle, produire un bon comportement spatial des agents dans une relation de délégation ? Ancré en management stratégique, notre cadre théorique mobilise des approches issues de la géographie et le concept foucauldien de dispositif.

La méthodologie de recherche déployée repose sur une étude de cas unique portant sur la gestion de la santé en région Centre-Val-de-Loire.

L'analyse du matériau empirique fait ressortir la création d'une chaîne d'auto-régulation inter-organisationnelle permettant de propager ce dispositif reposant sur trois types d'espace, absolu, relatif et relationnel en donnant l'illusion à chacun des maillons qu'il est responsable de ses actions. Nous mettons aussi en évidence le caractère autonome du dispositif qui produit à la fois des marges de manœuvres pour les acteurs et des résultats parfois contre-productifs vis-à-vis de la politique initialement portée par le mandant.

Mots-clefs : Espace, approche foucauldienne, contrôle inter-organisationnel, système de santé, études critiques en sciences de gestion.

Résumé en anglais

The main question of this thesis can be formulated as follows: How can discourses, norms and spatial practices, in the context of inter-organisational relations, produce good spatial conduct of agents in a relation of delegation? Rooted in strategic management, our theoretical framework mobilise approaches from the domain of geography and the Foucauldian notion of dispositif.

The methodology we used is based on a unique case study: the health system in the region of Centre-Val-de-Loire.

The analysis of the empirical material shows the creation of an inter-organisational self-regulation chain, enabling the dissemination of this dispositif based on three types of space (absolute, relative and relational) by giving the illusion to each one of these links that he is responsible for his actions. We also highlight the independent nature of the dispositif that can create room for manoeuvre for actors as well as results that are sometimes counter-productive with regard to the original policies of the mandator.

Keywords: Space, Foucauldian approach, Inter-organisational control, Health System, Critical Management Studies.