

Analyse des formations discursives du champ médico-social et de leur configuration dans les politiques régionales de santé

Alain Jourdain

▶ **To cite this version:**

Alain Jourdain. Analyse des formations discursives du champ médico-social et de leur configuration dans les politiques régionales de santé. 2020. hal-02492822

HAL Id: hal-02492822
https://hal.science/hal-02492822

Preprint submitted on 27 Feb 2020

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.

Analyse des formations discursives du champ médico-social et de leur configuration dans les politiques régionales de santé.
Trois régions en France.

Alain Jourdain
Univ Rennes, EHESP, CNRS, ARENES – UMR 6051, F-35000 Rennes, France

Chapitre d'ouvrage, version provisoire.

1. Introduction

La construction des politiques de santé s'est progressivement intéressée après les années 90 aux préoccupations des populations locales, après une période de centralisme bureaucratique (1). La déconcentration de l'Etat s'est accompagnée d'une recherche sur les besoins de santé de la population, menée essentiellement sous forme quantitative, par les systèmes d'information, où la définition de nomenclature, l'usage de questionnaires et le recours aux méthodes de statistiques descriptives se sont imposés(2). Plus rares ont été les analyses systématiques des discours des parties prenantes, usagers, professionnels, élus, associations. Or, « tout ce à quoi une communauté est confrontée est immédiatement mis en signification et fait l'objet d'une interprétation insérée dans un récit social, une narration historique, la formation discursive étant l'ensemble des discours à travers lesquels les acteurs apposent du sens à tout objet et sujet et leur confèrent ainsi une existence sociale » (3).

Pour combler ce déficit d'approche qualitative nous nous sommes intéressés aux énoncés, un mot, une phrase ou image, qui expriment l'idée d'un acteur standard placé dans une position définie. Par des entretiens réalisés durant la période 2010-2017 (n=69) nous avons tenté de catégoriser les formations discursives du champ médico-social avec l'usage de la textometrie (4). La méthode d'analyse consiste à interpréter les différentes positions symboliques (sous catégories) d'acteurs impliqués dans les politiques issues de la transition démographique et épidémiologique du 20 e siècle.

Dans cette recherche nous souhaitons partir des pratiques sociales et des productions affichées par les acteurs du secteur médico-social sur un territoire. Un secteur qui a pour mission « d'apporter un accompagnement et une prise en charge aux publics dits « fragiles », en situation de précarité, d'exclusion, de handicap ou de dépendance. (5).

« Créé par la loi du 30 juin 1975, entièrement refondé par la loi du 2 janvier 2002 et complété par une nouvelle gouvernance introduite par la loi du 21 juillet 2009, il est, selon JF Bauduret, nécessaire d'approfondir la carte de visite de ce secteur, pour au moins trois raisons : une organisation complexe, une architecture mal appréhendée par les acteurs sociaux et médico-sociaux eux-mêmes, une palette de prestations diversifiées largement méconnue des établissements et professionnels du champ sanitaire.

En effet, au regard de l'organisation hospitalière, le champ des établissements et services sociaux et médico-sociaux n'est pas simple à comprendre : plus de 30 000 structures, environ 2,4 millions de places, de nombreux organismes gestionnaires (publics, associatifs, commerciaux), une nomenclature vaste et diversifiée de catégories d'établissements et de services en milieu ouvert, des tarifications multiples, des sources de financement nombreuses (budgets de l'état, de l'Assurance maladie et de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie – CNSA, des départements, sans compter l'importante participation des usagers eux-mêmes en gérontologie), une gouvernance régionale et départementale comportant plusieurs décideurs (préfets, directeurs généraux d'Agences régionales de santé, présidents de conseils généraux...), des outils de pilotages nombreux (PRS, SROMS, PRIAC, SDOSMS, appels à projets, CPOM...(6) ».

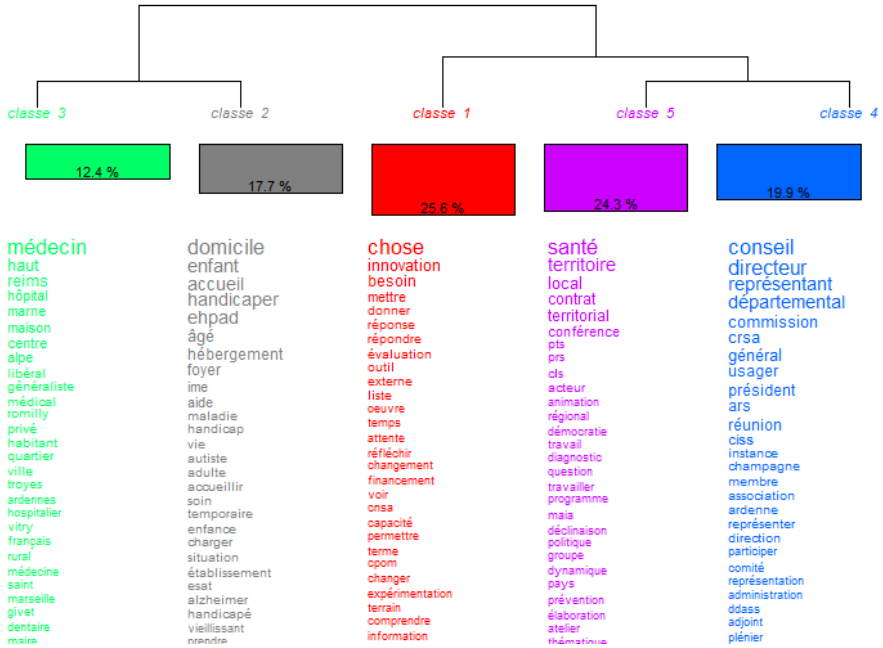
Nous présenterons les résultats empiriques de l'analyse des énoncés de ces catégories d'acteurs de la politique médico-sociale par l'étude de la délimitation des formations discursives issues des entretiens, des acteurs les ont portées et de leurs stratégies dans la réalisation du projet régional de

santé. Puis nous décrirons comment les trois régions étudiées on organisé leurs représentations sociales du secteur médico-social pour élaborer leur Projet régional de santé (Prs).

2. Les formations discursives

2.1. Groupes empiriques

Par une CAH ascendante appliquée au contenu des entretiens réalisés dans les trois régions, les formations discursives les plus originales peuvent être classées dans cinq groupes empiriques L'administration publique classique (classe 5) et la nouvelle gouvernance publique (classe4), centralisées, expriment un intérêt commun pour les politiques territoriales engagées par l'Etat, les formations discursives des acteurs territoriaux du soin social et de la santé (classes 2 et 3) ont en commun leur position périphérique et leur expertise du terrain, enfin les formations du nouveau management public (classe 1), se présentent comme forces intégratives du secteur médico-social. (cf encadré)



Dans la suite, nous présenterons une interprétation de chacun de ces cinq discours en décrivant leur périmètre à l'aide des mots qui les délimitent, puis nous soumettrons ces formations discursives pratiques aux concepts de la sociologie politique (7). Enfin, nous citerons le contenu d'entretien d'un acteur représentatif de chacune de ces formations discursives. [1]

Dans un second temps, nous discuterons de la contribution de ces formations discursives à la genèse des politiques menées dans les trois régions étudiées..

2.2. Administration publique classique

2.2.1. Périmètre

Les mots clés de cette classe sont territoire et santé. Ces formations discursives décrivent la forme actuelle de l'administration territoriale de santé par déclinaison de la politique nationale. Les directives nationales sont discutées en « conférence » de territoire pour mettre en œuvre un « projet » local élaboré à l'aide d' un processus standard par un « groupe » de travail, à la suite d'un diagnostic. Les phrases le plus souvent entendues dans les entretiens sont contrat local de santé mentale et atelier

[1] Dans l' archéologie du savoir, Foucault propose d'analyser les discours et les écrits en s'intéressant à la formation des objets, (surface d'émergence du sujet, instances de délimitation, grilles de spécification), la formation des modalités énonciatives (qui parle, d'où), la formation des concepts (ordonnance, coexistence, procédures d'intervention) et la formation des stratégies (points de diffraction des discours incompatibilités, fonctions dans champ de pratiques).

santé ville, qui sont les formes historiques de cette administration publique dont l'agence régionale est la cheville ouvrière. Les acteurs sont les délégués de territoire, anciens inspecteurs des Ddass, les présidents et chargés de mission des Conférences de territoire, ou un élu ou encore un collectif inter association expert auprès des Ars ou un directeur de la stratégie acteur de la synthèse entre le national et le local. On notera le caractère pluri institutionnel de l'administration du médico-social social, ainsi que la technicité du processus d'élaboration du projet local par les acteurs publics.

2.2.2. Concepts

L'administration publique classique s'inspire du modèle Weberien d'égalité et impartialité dans la mise en œuvre de décisions prises par le gouvernement démocratiquement élu. Pour cela, les fonctionnaires se conforment aux règles et aux ordres de leurs supérieurs en adoptant la meilleure expertise professionnelle disponible. Ils sont porteurs de l'interprétation des textes de la doctrine étatique :

dans sa structure : « Les pts étaient plutôt raccordés aux conférences de territoire c'était un outil supplémentaire, il devait y avoir un contrat local de santé qui devaient s'inscrire dans les pts qui eux-mêmes s'inscrivent et dans les prs » (directeur de la solidarité d'un conseil départemental)

dans son esprit : « aujourd'hui manifestement le contrat local de santé apparaît comme la déclinaison des travaux qui sont menés au niveau de la conférence de territoire (président de conférence de territoire)

dans sa légitimité « lorsqu'on lit le texte de la loi hpst, la conférence de territoire, réglementairement, n'a qu'à donner un avis avant la signature des contrats locaux de santé. Mais sur le prs, elle devait être consultée » (délégué territorial)

dans ses méthodes « un diagnostic un vrai diagnostic territorial a été fait sur le territoire nord avec une vraie méthode, on définit les zones prioritaires et à partir de cela on fait un contrat local de santé (association du secteur sanitaire et social).

ou encore dans son processus : « cela partait avec l'idée de faire une ou deux réunions à notre initiative et de satisfaire aux exigences réglementaires de l'ars en sollicitant ces conférences de territoire pour entériner les projets qui n'ont été que des contrats locaux de santé (président de conférence de territoire).

Les formations discursives de l'administration classique traitent abondamment de la dimension territoriale des politiques de santé. Si la loi introduit cette question, elle laisse ouvert le mode opératoire, laissant de fait une forte autonomie aux acteurs sur le terrain. La surface couverte par les énoncés de cette catégorie comprend la conférence de territoire, instance réglementaire instituée par l'ars, présidée par un professionnel de santé ou un élu, chargée de donner un avis sur le projet régional de santé. Une telle instance peut se limiter à ce rôle mais elle peut aussi s'ériger en forum permanent de diagnostic local de construction de projet voire de lieu intermédiaire de contractualisation entre les professions de santé et l'agence régionale. De fait certaines régions ont constitué un véritable système territorial de santé comme le proposent les géographes.

2.2.3. Les stratégies de l'administration classique

Les formations discursives de l'administration classique légitiment les orientations de la politique nationale. Ce Président de conférence de territoire, maire d'une ville moyenne, aboutit, après un temps de mise à l'épreuve, au sentiment que « le contrat local de santé apparaît comme la déclinaison des travaux qui sont menés au niveau de la conférence de territoire ». Il lui a fallu un temps d'apprentissage pour comprendre l'organisation du système de santé, constitué d'institutions très différentes mais qu'il déclare comme complémentaires. C'est en abordant des sujets transversaux choisis localement que les mécanismes de la coordination se sont mis en mouvement : santé bucco-dentaire des personnes handicapées, aidants des personnes âgées. Si sa fonction est, en partie, de décliner les objectifs régionaux, les questions locales ont pu remonter et infléchir le projet régional de santé. Des lors il devient possible au maire de faire avancer la place de l'hôpital local de sa commune, et de mettre en œuvre en pratique la conception Ars apriori abstraite d'une « conférence de territoire, d'un projet de territoire et d'un contrat local de santé », en l'associant à la notion de Pays, de la réforme Voynet, encore vivante dans sa région avec ses animateurs territoriaux de santé.

Cette déléguée territoriale, ancienne Ddass, se sent aussi dépositaire de la stratégie de l'Etat sur le territoire. Elle exprime ses difficultés dans l'interprétation des textes. Initialement, la réalisation d'un projet territorial de santé était la suite logique des travaux de la conférence de territoire. Actuellement les conseils territoriaux de santé sont les seuls légitimes à donner un avis mais ne sont pas associés à d'éventuels projets territoriaux. Seul le projet territorial de santé mentale est retenu officiellement sur les territoires et donner lieu à des financements du fir, sur le thème des addictions par exemple. D'où le dilemme actuel du conseil territorial : outil de démocratie sanitaire ou d'animation territoriale ? S'il s'agit de croiser les priorités régionales avec celle de l'échelon local, l'expérience montre qu'il ne fonctionnent que quand il y a eu au préalable des mobilisations locales. Un chargé de mission est un atout du succès, il construit la base statistique, rencontre les professionnels, anime les débats et synthétise l'ensemble. Par exemple, la question du vieillissement est moins spontanément évoquée par les élus qui attendent l'ars sur le soin médical.

Ces deux acteurs témoignent des formations discursives du groupe « administration », constitué de délégués territoriaux de l'Ars, de directeurs régionaux adjoints, de présidents et chargés de mission de conférence territorial, ainsi que de directeurs du médico-social du conseil départemental, ou d'associations assurant un conseil technique. Ils adaptent et appliquent dans le monde réel les directives, élaborent les processus aptes à mettre en place ces actions, et finalement qui doivent répondre aux retour évaluations de la population. Le pouvoir de ce que l'on peut rapprocher de l'administration classique tient dans ces mots : adapter les directives au terrain, élaborer des processus, être attentif au retour fait par l'es usagers . L'administration étant acquise à la méthodologie de projets va adapter celle-ci en l'organisant sur des territoires qu'elle a définis et contrôlés par la nomination de conseils ou conférences, pour finalement contractualiser avec les acteurs susceptibles d'impulser ce projet, voire le financer. L'administration régionale est bien le bras de l'administration centrale incarnée par la Cnsa.

2.3. La nouvelle gouvernance publique.

Proche de l'administration classique dans la classification ascendante hierarchique des formations discursives du médico-social, la nouvelle gouvernance publique est émise par le centre et revendique une légitimité citoyenne.

2.3.1. La classe de formations discursives de la nouvelle gouvernance publique évoque la « coordination des politiques publiques », sous la responsabilité du « directeur » général de l'Ars et du président de la « Crsa », de la Commission de « coordination des politiques publiques », de « l'action sanitaire et sociale », le président du conseil Départemental, la « commission médico-sociale » de la Crsa, la commission de « l'offre ». Ce sont les acteurs du politique, responsable de la démocratie en santé, du Conseil départemental, ou pilote de la Conférence régionale de la santé et l'autonomie, ou un Collectif inter association en santé, la fédération hospitalière de France, la Fegapei.

La formation discursive de la nouvelle gouvernance publique organise une coopération la plus large possible entre acteurs d'horizons différents :

Conseils départementaux et Ars « Le directeur de l'ars a animé un groupe de travail avec les représentants des 4 conseils départementaux et par obligation au regard de la loi ils ont arrêté une programmation pour 5 ans de Contrat pluriannuels d'objectifs et de moyens à venir (délégué territorial)

Associations de professionnels et Ars « Dans ce cadre là je fais aussi partie du conseil d administration national de la Fédération, à ce titre je représente aussi l'association et les directeurs d établissements dans les conférences de territoire et au niveau de la crsa » (fédération de directeurs d'Ehpad).

Délégation territoriale et instances de concertation « Il y a aussi les instances de concertation officielles qui sont les commissions spécialisées, soit de la Crsa, soit des commissions de coordination des politiques publiques auprès du directeur général de Ars.

Entre associations : « On a eu de très nombreuses réunions de travail parce que le groupe des associations avait désigné un petit comité de pilotage, de ce groupe de travail a émané le conseil d administration et le bureau du Cissx et tout naturellement michel a été élu président. (Membre actif d'un collectif inter associations).

Ou encore, dans une commission chargée de la régulation d'une démarche de projet par l'Etat « Après cette lettre recommandée il y a eu une réunion de la commission de l'offre de soins, le directeur adjoint de l'Ars a commencé à présenter le projet de révision et puis le président et les autres disent qu'ils ne peuvent pas décider aujourd'hui n'ayant pas les infos. » (président de Crsa).

2.3.2. Concepts

La nouvelle gouvernance publique revendique la participation des parties prenantes qui peut aller jusqu'à la coproduction des politiques et des services. L'attention est portée sur les processus participatifs, coopératifs, de coordination qui contribuent à l'amélioration de la fabrication des politiques et à l'offre de services publics à travers les connaissances, idées et de ressources apportées par les parties prenantes, dont les capacités à agir (empowerment) sont renforcées. Cette formation discursive montre une volonté de démocratisation et de pluralisme (pluralisme des acteurs interdépendants engagés dans la construction des politiques à différents niveaux de gouvernement et pluralisme des acteurs engagés dans la mise en œuvre).

L'objectif de la participation n'est pas simplement de faciliter l' « auto-gouvernement » des citoyens au sein de la société civile. Il s'agit également de mobiliser les ressources privées, les énergies et idées de la société civile dans la coproduction de la gouvernance publique pour accroître la légitimité des demandes adressées au système, tout aussi bien que celle de ses produits et résultats. La gouvernance participative est fondée sur la notion d'une citoyenneté active, qui combine droits et obligations octroyés aux citoyens par la communauté à laquelle ils appartiennent. Les processus politico-administratif sont fondés sur la collaboration plutôt que sur la concurrence, de manière à traiter la complexité et l'enchevêtrement des problèmes et à surmonter les blocages. La transversalité est recherchée par le biais du renforcement de la négociation entre autorités publiques opérant à différents niveaux.

Le terme de nouvelle gouvernance publique peut être appliqué à toutes les techniques qui visent à renforcer les capacités d'agir et la responsabilité des acteurs économiques et sociaux. Toutefois, les instruments de la nouvelle gouvernance publique visent également à s'assurer que les interactions entre les acteurs évoqués s'inscrivent dans un cadre normatif.(Hudebine).

2.3.3. Stratégies de la nouvelle gouvernance publique

Les personnes significatives de cette formation discursive déclarent écouter les problèmes des personnes pour en faire la synthèse, en essayant de l'intégrer dans l'organisation politico juridique du secteur. Une représentante d'une fédération de professionnels d'établissements comprenant plusieurs milliers de structures «cherche quels sont les établissements concernés en région, recense les problématiques et va les porter auprès de l'Ars pour rechercher une solution ». Typiquement, il s'agit de documenter et d'informer pour traiter les problèmes avec le décideur, faire porter la voix des établissements auprès des pouvoirs publics. Cela suppose un contact quotidien avec les établissements, l'observation de pratiques innovantes dans le traitement des problèmes, la participation à tous les groupes de travail . Le retour vers les adhérents est une autre fonction essentielle. Mais il s'agit d'une fonction collective, il ne peut être question d'accompagnement individualisé des établissements qui sont plusieurs centaines. Sans pouvoir de décision réel, la formation discursive de la nouvelle gouvernance publique consiste à participer à l'élaboration des projets collectifs, au Prs, à des commissions d'appel d'offre, groupe de travail ministériel, notamment pour faire que le point de vue de chaque région soit pris en compte dans les recommandations.

Une présidente d'un collectif de 170 représentants dans la commission des usagers dans des établissements joue un rôle important de remontée des informations auprès de l'Ars et de pédagogie sur l'organisation du système de santé auprès des associations de malades. Son rôle est de former des usagers à la bonne pratique des relations avec les acteurs de l'administration publique et de son fonctionnement. Ce collectif comprend des représentants des départements et région, ses membres proviennent du secteur de la participation sociale, Udaf par exemple. La présidence du collectif consiste à assurer le recrutement des membres pour participer aux commissions, veiller à la réalisation des décisions prises en réunion, par exemple faire que les recommandations émises en conseil

d'établissement en Ehpad soient respectées. A cette présence de proximité, s'ajoute une représentation plus officielles dans des réunions présidées par des notables, maires de grande ville. Une autre action décrite dans la nouvelle gouvernance publiques est la vulgarisation d'un domaine très technique et jargonnant.

Dans ces deux incarnations de la nouvelle gouvernance, le travail de démocratie en santé consiste à faire circuler l'information entre le haut et le bas du système de santé par la pédagogie et le plaidoyer, mais aussi entre les différents acteurs de la démocratie pour tenter d'unifier les arguments. Dans ce rôle, la formation discursive de la nouvelle gouvernance peut faire alliance avec l'administration publique classique qui gagne en légitimité territoriale face aux élus des collectivités.

2.4. Les énoncés de la classe du soin social

A ces deux formations discursives de la politique médico-sociale s'ajoutent deux autre formations relevant des institutions locales, œuvrant pour les soins sociaux ou de santé, acteurs du soin aux personnes handicapées et âgées ; et médecins et des professionnels de santé.

2.4.1. Ses mots clés sont « accueil, domicile, enfant, handicapé ». Ses acteur parlent de « prise en charge des personnes en situation de handicap » notamment les enfants et « d'aide à domicile », de « protection de l'enfance », de « perte d'autonomie et de services » les acteurs visés par ces discours sont les vices-présidents de la Crsa, ainsi que des responsables de la tarification et de la planification en Ars engagés dans l'évolution de l'offre de services

Il s'agit d'acteurs de Conseils départementaux, notamment d'élus vices-présidents aux personnes âgées et handicapées, confrontés aux demandes en recours des parents. Le défi de ce groupe est de poser un diagnostic local et trouver un établissement ou service susceptible de traiter le problème identifié sur la personne handicapée ou âgée dans le respect des normes juridiques en vigueur.

2.4.2. Les formations discursives de ce groupe se réfèrent à :

la connaissance des règles et de l'organisation du monde médico-social.« Les ime sont financement sécurité sociale ce sont des établissements de soins donc les enfants sont pris en charge de leur domicile à l établissement et de l établissement à leur domicile » (directeur association secteur social). Aux nombreuses formes de maintien à domicile et d'accompagnement des enfants handicapés. « Une palette de services qui ne sont pas nécessairement présents dans tous les Ehpad de manière simultanée accueil de jour hébergement temporaire Pasa et la prochaine étape est le foyer de vie pour personnes adultes handicapées » (directeur d'Ehpad). « Ils ont mis en place une équipe mobile de nuit qui ramenait systématiquement la personne âgée à son domicile donc une vraie équipe spécialisée qui prenait en charge la personne âgée aux urgences et les ramenait à son domicile » (fédération professionnels).

2.4.3. Stratégie

Les deux personnes choisies pour illustrer ce groupe sont une responsable de la tarification des établissements en Ars et une directrice adjointe aux personnes âgées dans un conseil départemental, elles déclarent se consacrer à la mise en œuvre de solutions.

Pour la première, sa fonction est d'établir un lien rationnel entre la demande de services et l'esprit d'une réglementation très stricte dans la gestion des services, notamment au plan budgétaire. La méthode qu'elle déploie prend en compte les populations prioritaires, généralement définies par les plans nationaux (enfants autistes) ou les priorités régionales des plans régionaux et départementaux, et leurs caractéristiques. Ce sont des adulte de plus de 20 ans en Ime, en attente de place en établissement d'aide par le travail, polyhandicapés, enfants trisomique sans-papiers solution d'accueil… «Pour donner une idée, il y a 400 personnes en attente de place dans le secteur adulte. A ces populations il faut confronter les places disponibles et les caractéristiques des services offerts. Les dilemmes portent souvent sur les possibilités de substitution d'un service très demandé par un service proche et plus disponible. Par exemple, substituer l'entrée en Ime par une intégration au système

scolaire ordinaire avec aide médico-pédagogique. Ou l'accueil de personne handicapée vieillissante en établissement pour personnes âgées. » Acteurs centraux du système de régulation des offres et des demandes de services, ces acteurs doivent parfois élargir les conditions d'accueil définies par la réglementation. Ce qui demande une culture du service, les solutions venant bien souvent de la capacité à dialoguer avec les Conseils départementaux, les directions régionales de l'emploi, le ministère de l'éducation. Cela demande aussi une expertise financière pour ajuster le tarif accordé aux établissements pour leur prestations avec la nature de cette prestation, quitte à faire varier les prix de journée d'un service à un autre. »

Cette fonction de régulation entre l'offre et la demande de services existe également dans le secteur des personnes âgées que nous illustrons par une seconde personne ressource. Dans sa position d'élue, cette personne qui assure une fonction de gestion publique doit rechercher parmi les dispositifs légaux, ceux qui répondent au mieux aux besoins exprimés par les personnes et les familles dans une stratégie de coopération entre acteurs d'état et des collectivités, entre offres du public et du privé. Par exemple, les aidants, généralement des femmes de 60 ans dont les parents ont 90 et les enfants 30 ans et s'installent dans la vie, ont des petits enfants. Il s'agit de trouver des solutions de répit, places à la journée pour accueillir temporairement la personne âgée, appartements adaptés, accompagner le retour à domicile tout en appliquant l'Apaxx.

2.5. Formation discursive du soin de santé.

2.5.1. Le second groupe de formations discursives proche des populations porte sur le soin de santé, ses mots clés sont « médecin », « centre de santé », il évoque des lieux géographiques précis, tels que « ville, département, région ». Ses acteurs parlent de « maisons de santé pluridisciplinaires », comme solution à des problèmes rencontrés par « les usagers du système de soins », ils pensent que le système ne fonctionne pas bien, « qu'il va à vau-l'eau » que les médecins « ne se prennent pas assez en charge » dans leur organisation matérielle. Ces acteurs sont impliqués dans des contrats locaux de santé, sont affiliés à des organisations régionales du secteur social (l'Uriopss) ou des fédérations professionnelles ou sont dans les délégations territoriales de l'Ars.

2.5.2. Ce groupe de formations discursives, évoque la santé de première ligne, les problèmes sont identifiés sur un territoire, des amorces de solutions sont présentées par ces acteurs au contact quotidien avec public confronté à l'accès aux soins. En conclusion ce groupe fait une synthèse entre les logiques définies de manière centralisée entre l'administration et la nouvelle gouvernance.

Le discours sur les maisons médicales est central. « A Rs ils ont fait une maison médicale avec 5 médecins généralistes 14 infirmières 5 sage-femmes 3 chirurgiens-dentistes ».

2.5.3. Stratégies

Les personnes qui symbolisent ce groupe sont une déléguée territoriale, ancienne assistant sociale qui travaille dans un département montagneux et un chargé de mission dans une intercommunalité , dans cette zone frontalière géographiquement isolée dans une vallée, et durement touchée par la crise industrielle. ». chargé du développement économique qui a été l'élément moteur d'un cls récemment signé dont le souci premier est « on travaille toujours avec cette idée de se dire quand on habite au fin fond d'une vallée, comment la personne va t elle avoir une égalité. On ne peut pas faire un truc dans chaque village mais il faut que ce soit le plus proche possible ». « Ces situations locales sont mal décrites par les critères de la planification centralisée : problème des transports, vieillissement, suréquipement dû aux anciens Ssr (soins de suite et de réadaptation) accueillant principalement des personnes résonnes de l'extérieur. Plus qu'offre de soins ils sont source de revenus pour les professionnels locaux. D'autant que les cahiers des charges des équipements nationaux ne sont pas adéquats pour le local, par exemple le modèle des maisons des adolescents. Une des raisons est le faible nombre de personnes pour animer des dispositifs nationaux chronophage, une instabilité sur les postes de travail tels que coordinateurs de programme financé par les collectivités. La médecine générale suit le même jeu de contraintes, auquel s'ajoute le problème des variations saisonnières dans une région touristique ». Du fait de cet enclavement, les gens ne sortent pas de la vallée, ils vivent un peu reclus, ils ont cette vision de la vie, les soins doivent être de proximité absolument ». L'espoir principal réside dans l'accompagnement de projets de création de maisons médicales pour assurer les soins primaires.

Dans cette vallée enclavée la question des réseaux de transport est centrale, que ce soit pour l'emploi ou les soins. L'offre de soins médicaux est assurée par un équilibre fragile entre maisons médicales, urgences dans les hôpitaux locaux, maintien des médecins les plus vieux assurant des horaires extensible à l'infini pour gérer les files d'attente. Quant à la collectivité elle est endettée et peine à retenir les plus jeunes ».
Dans les deux cas, le propos est local. Chaque argument est entré sur un territoire précis, généralement trop exigu pour avoir son autonomie complète. Ces deux formations discursives relèvent de ce qu'il convient d'appeler l'aménagement du territoire. La question principale est l'égalité d'accès aux soins et à la prévention, le maillage territorial.

2.6. Le nouveau management public

Venant après le regroupement des formations de l'administration/gouvernance et du soin social/médical, la formation discursive du nouveau management public se raccroche d'abord aux premiers dans le pilotage du système médico-social, ainsi qu'aux seconds par la composante du soin aux personnes. Cette formation est la plus éloignée de ce secteur et en même temps celle qui devrait permettre l'intégration du médico-social.

2.6.1. Formation discursive

Les énoncés caractéristiques au groupe neomanagérial dans notre typologie sont « Innovation et besoins [2], planification, expérimentation, évaluation, changement, financement » ; typiques des sciences de gestion. Les préoccupations les plus souvent exprimées font référence à l'actualité : une « feuille de route » présentée lors de la Conférence Nationale du Handicap met en œuvre des solutions aux rupture de parcours de soin de personnes en situation de handicap (nom du rapport). Il s'agit de mieux maitriser «l'évolution de l'offre » pour « répondre à de nouveaux besoins ».

Ces acteurs du groupe néo-gestionnaire sont détenteurs du pouvoir de classement des usagers dans des catégories définies par des grilles de mesure de l'incapacité et de l'autonomie (agir et geva) ; ils sont en charge de la gestion des populations. Directeurs de maisons départementales du handicap, ils instruisent les demandes de compensation du handicap, directeurs adjoints d' Agence régionale de santé, ils décident la politique régionale médico-sociale, aidés par les conseillers techniques du centre régional d'étude du handicap et de l'inadaptation et les directeurs d'association de parents d'enfants inadaptés gestionnaires de services. Dans les énoncés de ce groupe apparaissent les concepts clés du handicap définis par l'OMS, limitation d'activité et restriction de participation sociale.

2.6.2. Concepts

Dans ses principes theoriques, le nouveau management public admet l'hypothèse que les gens sont rationnels, animés par la recherche de la satisfaction de leur intérêt et croient dans les vertus de la concurrence entre les producteurs et la liberté de choix des usagers. Mais mais ces principes s'appliquent dans un système médico-social réglementé. « En fonction de ce plan local de santé, on avait différents outils pour le mettre en œuvre, cela pouvait peut-être de passer par un simple Cpom avec un établissement médico-social ou un établissement de santé, quelque chose à développer avec le directeur de l hôpital (délégué territorial) ». Les demandes de soutien de la part de la population en perte d'autonomie, sont traduits en termes de besoins sociaux et confrontes aux Neo -managers du système de soins qui les examine à l'aune des critères de coût et d'efficacité. Les établissements et services sont soumis à une pression concurrentielle dans des quasi-marchés, qui donnent lieu à la passation de contrats de prestation internes ou externes et de systèmes élaborés de management de la performance. «Il y a des outils utilisés au niveau des structures médico-sociales ou sanitaires (les

[2] le mot « chose » très utilisé dans ce groupe apparaît comme un tic de langage des gestionnaires.

appels à projet, ndr) pour qu'elles répondent aux nouveaux besoins et transforment leur activité pour répondre aux besoins des personnes, en plus du Contrat local de santé (ResponsableDémosanté).« Avec les Cpom on peut trouver des ressources pour faire évoluer les services qui sont apportés ou répondre à de nouveaux besoins (délégué territorial). »

2.6.3. Stratégie

Les directeurs de Mdph peuvent être considérés comme de véritables mangers publics, dirigeant une organisation de plusieurs dizaine de personnes, assurant l'instruction de demandes d'allocations ou de services par les personnes handicapées, et orientant ces demandes vers l'offre de services financés par les conseils départementaux et les Ars.

Ce directeur de Mdph se présente comme le trait d'union entre différentes institutions. « Au départ il y a les projets « de vie » des personnes, qui font l'objet d'une décision par des membres de la Mdph dont l'issue dépendra des plans et schémas, de l'allocation des ressources et des contrats qui les régulent. Les files d'attente étant actuellement l'outil très imparfait de la mesure des besoins non satisfaits, il s'agit alors de donner les outils pour que la Mdph, tour de contrôle du traffic, puisse assurer sa fonction, en suivant au plus près les parcours des usagers. Nous sommes loins d'une régulation pure et parfaite par le marché. Les efforts se dirigent actuellement vers un suivi des usagers après la notification par la Mdph car il n'existe pour le moment aucune trace entre ce moment et la suite du parcours des usagers. Cette information est pourtant cruciale quand il faut rédiger l'appel à projet qui définira la part des besoins qu'il faut satisfaire pour que le système soit en équilibre. »

En pratique, ce n'est pas la logique de concurrence qui fonctionne, mais la complémentarité des acteurs, recherchée au cours de réunions inter institutionnelles où des fiches actions des offreurs de service peuvent trouver acquéreur.

Cet autre directeur pose comme condition de la régulation, une totale indépendance entre entre celui qui évalue (Mdph) et celui qui décide (Cdph). « Dans l'idéal l'évaluateur se fonde sur l'état actuel de la personne et le projet de vie qui lui est adapté. Celui qui décide choisit les réponses les meilleures, au regard de leur coût. Mais que faire quand une assistance a 100% d'un handicapé lourd va coûter 20000 euros ? Alors que la contrainte de budget est d'optimiser la réponse aux 30000 demandes par an, dont une partie est jugée inutile, dans la réalité seules 100 personnes devraient être suivies qualitativement ? ».

3. les stratégies régionales, des expérimentations variables

Nous avons présenté dans la première partie un modèle « pur » des formations discursives du médico-social, élaboré à partir d'une typologie de l'ensemble des entretiens réalisés dans notre enquête de terrain. Le champ médico-social révélé par ce modèle (figure 1) est constitué de trois formations discursives qui recoupent les grandes étapes de l'histoire des formes de régulation du médico-social : étatique, managériale, gouvernance publique. Deux autres formations discursives reflètent les deux cultures professionnelles des terrains propres au secteur (santé et soin social).

L'objet de cette seconde partie est de décrire comment les discours (formations discursives) des représentants des trois régions étudiées se sont articulés dans la production du projet régional de santé. Il y a en effet de nombreuses manières de mettre en résonance un discours administratif ou managérial avec la santé des territoires par exemple. C'est ce que nous allons présenter maintenant.

Une première configuration, que l'on trouve dans les régions A et C, privilégie dans la construction de leur Prs, les rapports centre régional/territoires périphériques (délimités par le trait rouge sur le graphe). L'autre région, B à surtout tenté de concilier l'action médico-sociale et sa régulation dans l'ARS avec une démocratie en santé principalement préoccupée de santé des territoires et des soins (délimité en noir sur la figure 1).

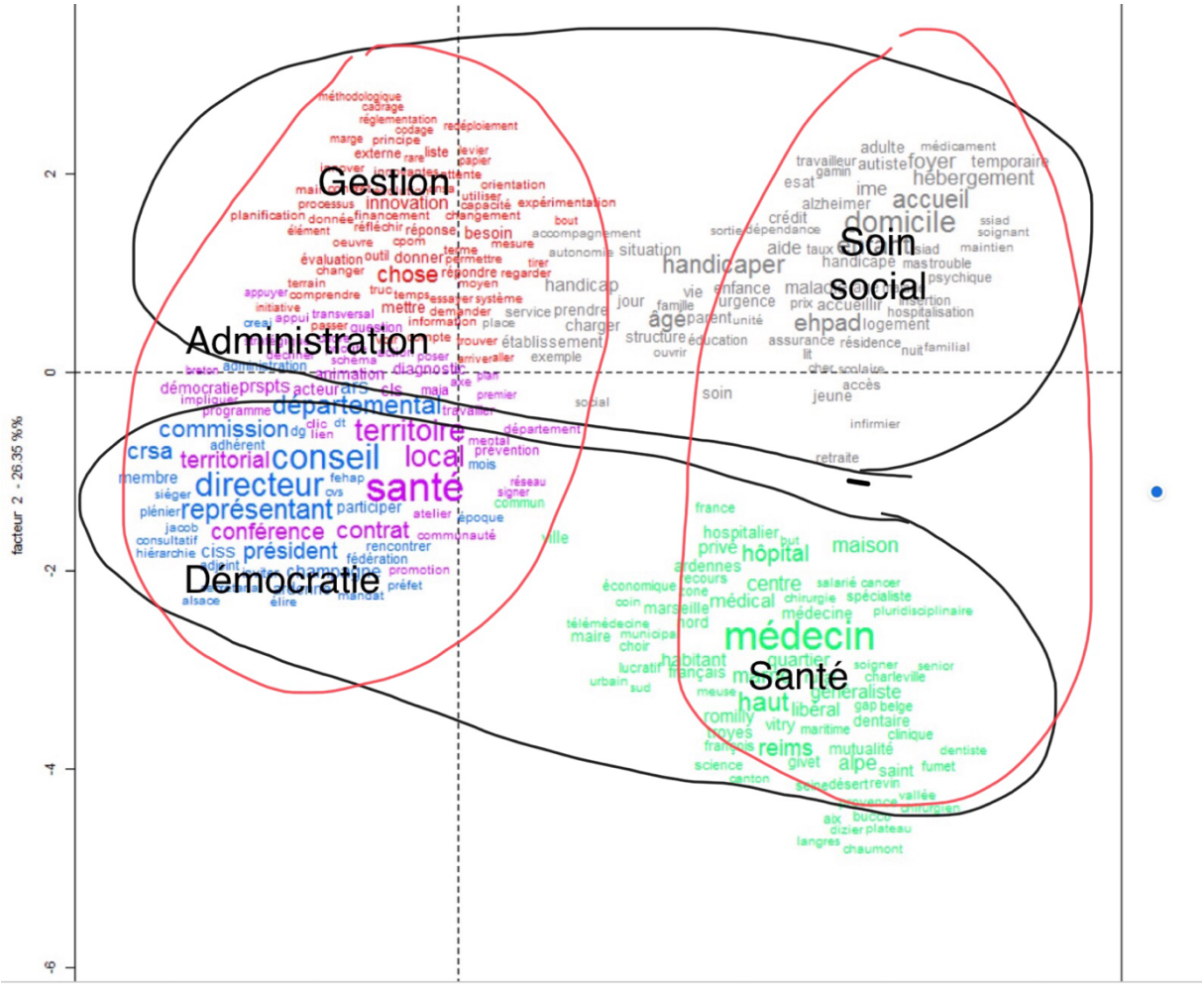


Figure 1 : analyse factorielle des correspondances sur un tableau de contingence qui croise les formes actives (mots) et les variables (individus).

4.1. Région A

La région A est proche de la configuration nationale des formations discursives du médico-social délimitées par le trait noir. La structure générale des discours dans cette région comprend (figure 2) : d'un côté les représentations du soin social territorial, tenues par un directeur d' ehpad et un directeur du médico-social en Ars (mots associés : ehpad, domicile, moyens), et des représentations de la santé dans les territoires de représentants de l'ordre médical (interviewés Fhp et délégués territoriaux copilote Cls ; mots associés : médecin, maison, centre hôpital) ;

de l'autre côté les représentations de la démocratie en santé portées par le comite inter-associatif en santé Ciss (conférence, crsa, conseil départemental) et les membres de l'administration-gestion (Dgars et les animateurs de projets de territoire ; mots associés : gens, connaître, discussion, agora) mais aussi, en vert dans le graphe, un directeur de mdph et de CREAI (mots associés : outils, expérimentation, mise en œuvre).

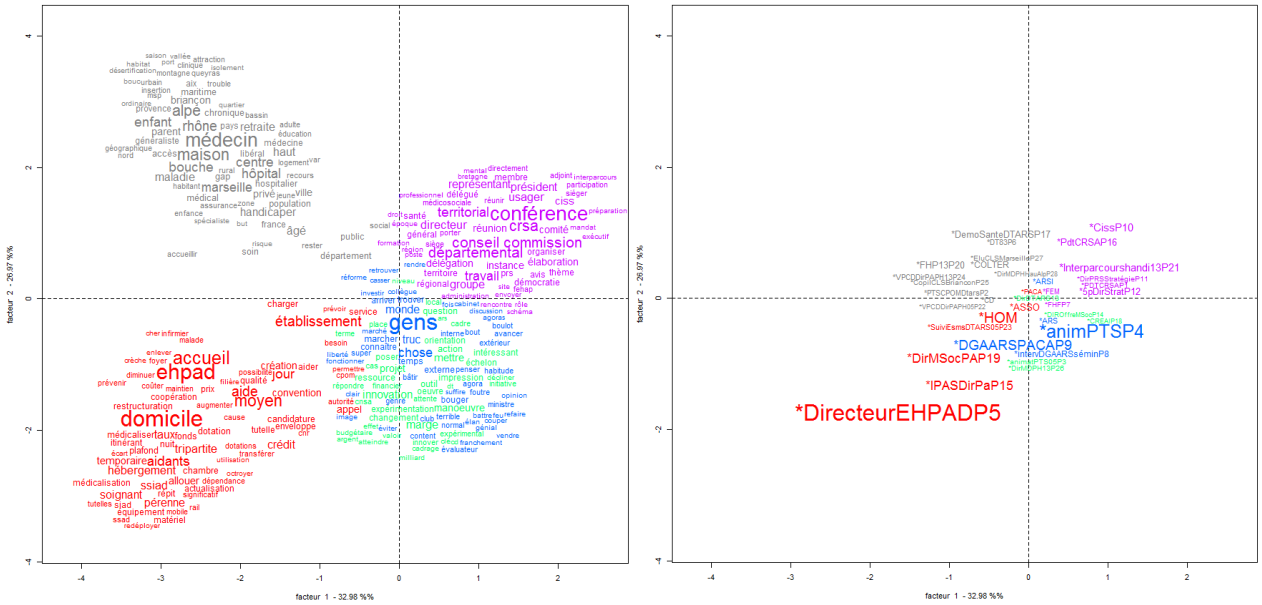
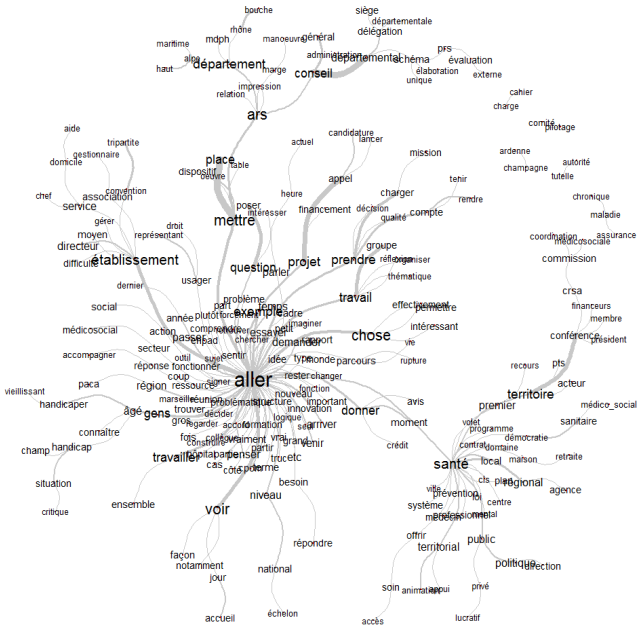


Figure 2 : analyses factorielles des correspondances des formes actives de la région A.

La construction du Prs semble être une confrontation entre le discours du soin social et de santé dans les territoires, avec l'administration-gouvernance. Secondairement, il s'agit de gérer le partage entre démocratie des territoires et administration-gestion des services médico-sociaux.

Comment ces mots s'enchaînent ils dans pour construire un discours sur le projet régional ? Le graphe des associations de mots (similitudes) figure 3, mesurées par l'épaisseur du trait qui les relie, montre l'importance accordée à l'action. Le verbe aller (lemmatisation de « on va ») est au centre de la figure. Ce n'est pas surprenant s'agissant d'un projet régional censé générer des projets d'action. Les sujets de l'action sont Ars et Conseil départemental associés au terme « mettre » et (en) « place ». L'objet



de l'action décrite par les mots est : les gens, les problèmes, l'observation du handicap et du vieillissement.
Figure 3 : Graphe des associations de mots (similitudes) de la région A.

Ce discours centré sur la politique régionale n'entre pas, ou très peu en phase avec les formations discursives issues de la santé, des territoires et leur coordination et leur pilotage formel par les autorités, car les associations autour du mot santé constituent un nuage de mots à part.
Les phrases de cinq mots les plus fréquentes en région A sont « la mise en œuvre (en place) des Ars…à partir du moment où…je n'en ai pas….on ne fait pas de …de mon point de vue…je pense qu'il y…je trouve que c'est ». Elles confirment l'idée d'une représentation du Prs orienté vers l'action et soumis aux conditions locales et individuelles de sa production.
Un rapport d'évaluation réalisé pour l'Ars confirme les thèmes retenus, ce sont la contribution des usagers, la coordination, la territorialisation et la réduction des inégalités de santé (8), mais il ne mentionne pas le processus réellement suivi.

En conclusion, quatre formations discursives du Prs sont présentes dans les représentations des acteurs, à savoir gestion-administration, démocratie, santé et soin social des territoires. Mais la dimension territoriale de la santé est une question absente du discours des acteurs institutionnels, ce qui a représenté pendant la période étudiée un facteur potentiel de tensions.

4.2. Région C.
Dans la Région C la formation discursive territoriale (mots associés : médecin, maison, hôpital, domicile) apparaît plus structurante qu'en région A (figure 4). Elle est animée par les chargés de mission des collectivités territoriales qui ont en charge un contrat local de santé. En second lieu les représentations sociales de l'administration-gestion des Conseils départementaux et maisons départementales des personnes handicapées Mdph (mots associés : domicile, accueil, ehpad) se distinguent de l'Ars et du Ciss (mots associés : conférence, démocratie, territoire) associés à la contractualisation locale.

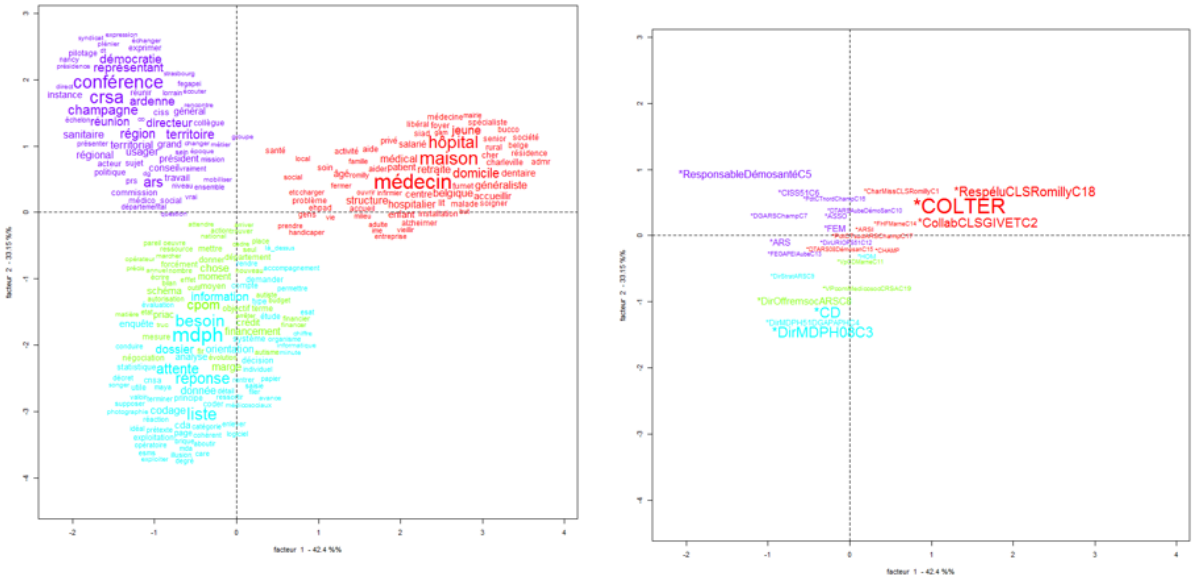


Figure 4 : analyses factorielles des correspondances des formes actives de la région C

Dans le graphe des similitudes, le mot territoire apparaît plus fréquemment associé qu'en région A à la problématique de santé et d'action (mot associé :aller). En revanche, si l'Ars et les Conseils

départementaux se rattachent à l'action, ils apparaissent en bout de ligne des associations de mots du graphe, cela signifie qu' ils ne font pas du tout le lien avec la formation discursive santé (figure 5). Autrement dit, en C la question territoriale est aussi structurante que dans la région A, elle semble même mieux intégrée au discours sur l'action. Les institutions de santé et du soin social restent néanmoins très éloignées de ce processus.

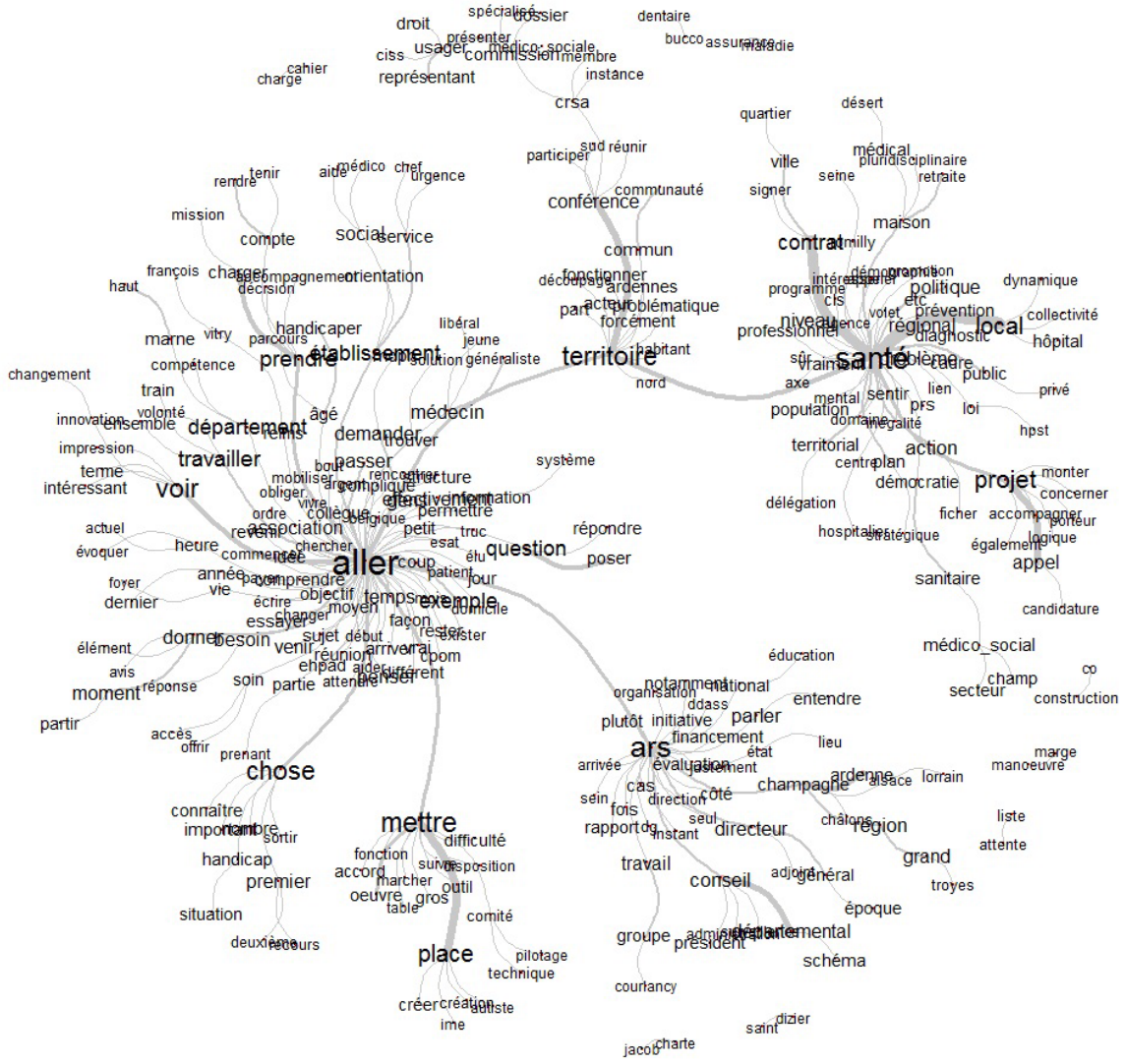


Figure 5 : Graphe des associations de mots (similitudes) de la région C.

Les phrases les plus significatives évoquent les contraintes de la négociation en cours « à partir du moment où…un certain nombre de contraintes…les membres de la cda…hors contrainte de l'offre…il y a un certain nombre ». Cela est le signe de la place périphérique des institutions dans les formations discursives de ces régions.

4.3. Région B.

La région B reprend aussi les composantes du modèle national des formations discursives du Prs. Mais la distinction entre les formations discursives de l'administration-gestion, du soin social, de la santé

et de la démocratie y est plus nette (figure 6). Une double structure de l'ARS apparaît alors . Au niveau des autorités, une formation discursive de l'administration-gestion, s'exprime avec le responsable de la tarification et le responsable planification de l'Ars (mots associés : appel à projet, cahier des charges, financement), étroitement associée au soin social (vice président personnes âgées et personnes handicapées et directeur adjoint paph, (mots associés : situation, foyer, logement, domicile). Cette formation discursive des autorités est confrontée au discours des délégués territoriaux de l'Ars (mots associés : contrat, local, santé, acteurs) associés aux acteurs de la démocratie en santé, président de Conférence régionale de santé, collectif inter associatif en santé (mots associés : conférence, conseil, président représentant). On note que les présidents de conférence de territoire et chargés de mission sont proche de l'un ou de l'autre de ces blocs, ils constituent un lieu intéressant pour la négociation du prs. Au second plan se profile l'opposition entre le discours de l'Ars, au centre et à la périphérie, avec celui des autres acteurs associés au prs.

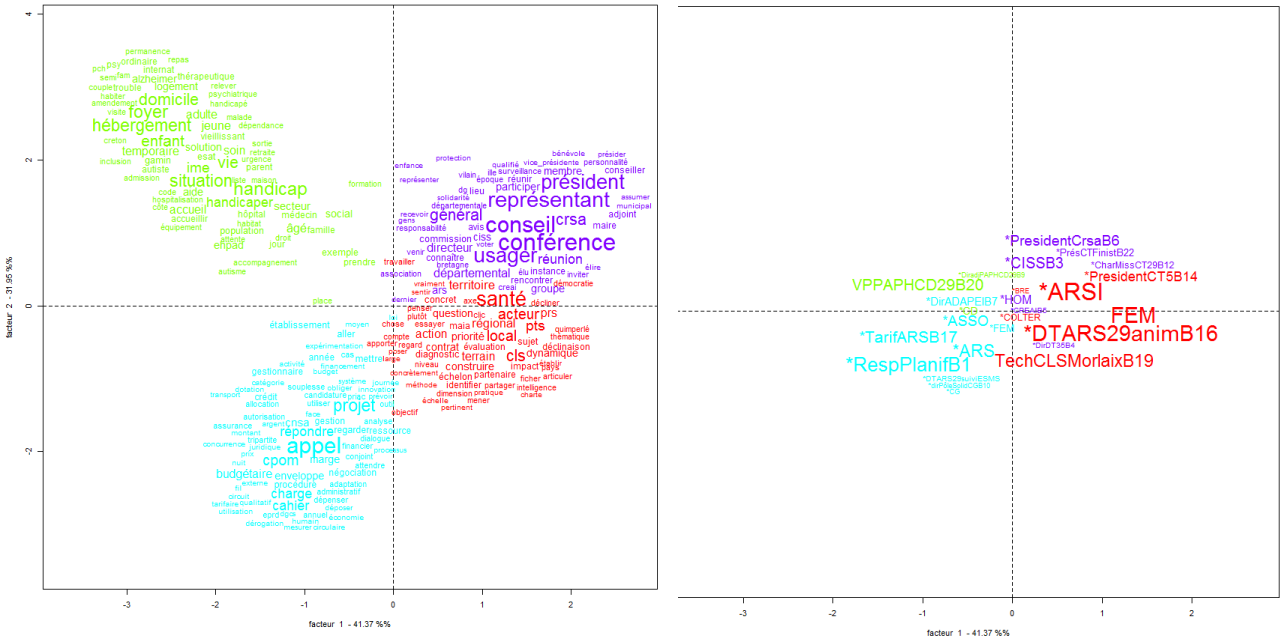


Figure 6 : analyses factorielles des correspondances des formes actives de la région B

Dans l'analyse des proximités l'Ars B occupe une position centrale dans le graphe, entre un discours sur l'action (mots associés : aller, mettre, place, projets) et un discours sur les territoires (mots associés : travailler, territoire, conférence, politique, santé) (figure 7). Autrement dit, dans une telle configuration des formations discursives, une politique de santé, constituée à partir des idées et moyens d'un territoire pourra être plus facilement pensée en cohérence entre une Ars et des conseils départementaux.



Figure 7 : Graphe des associations de mots (similitudes) de la région B.

Les phrases significatives traduisent les deux formations discursive des Ars, entre l'action , « de l'appel à projet…dans le cadre du cpom…la réforme de la tarification… » et
« La fonction de déclinaison des politiques nationales », « c'est la cnsa qui…il y a quelques années….on n'a pas de… ».

4.Discussion

4.1. Comment ces formations discursives se combinent elles ?

Un enchevêtrement des institutions et des compétences. Les énoncés des personnes interrogées sur le médico-social peuvent peuvent être regroupés en cinq formations discursives qui se réfèrent aux principales compétences ou fonctions ? dans le champ médico-social.

Les acteurs de différentes institutions peuvent contribuer à différentes compétences. Ainsi, les compétences relatives à l'administration publique sont énoncées par une déléguée territoriale, un maire de ville moyenne président du conseil territorial et sa chargée de mission. La nouvelle gouvernance publique associe une chargée de mission de fédération de gestionnaires d'établissements avec une chargée de mission de Ciss et sa présidente. La formation discursive sur le soin médico-social associe la responsable de la tarification des établissements en Ars et une directrice adjointe aux personnes âgées dans un conseil départemental. Le soin de santé est représenté par une déléguée territoriale, ancienne assistante sociale qui travaille dans un département montagneux et un chargé de mission dans une intercommunalité chargé du développement économique. Enfin, la formation discursive du nouveau management public comprend deux directeurs de Mdph par ailleurs délégué à l'action sociale en Conseil départemental ou coordonateur de Mdph.

Réciproquement, chaque institution contribue aux différentes formations discursives. Un CD peut ainsi contribuer à la formation discursive du soin médico-social et au nouveau management public, une Arh contribue à la formation discursive d'administration classique et aux soins médico-social et de santé, pour ne reprendre que les personnes illustratrices précédentes.

Le secteur médico-social est souvent qualifié de peu visible car il est généralement étudié sous l'angle institutionnel, alors que son organisation réelle répond à des logiques fonctionnelles qui mobilisent des compétences particulières : administrer la politique, gouverner les acteurs, gérer l'offre et la demande, prendre soin de la santé et de la perte d'autonomie.

4.2. L'élaboration de concepts communs et de stratégies

L'unité du secteur et son périmètre sont au prix de l'agrégation de ces différentes composantes. L'administration de la politique peut assez facilement se rapprocher de la nouvelle gouvernance des acteurs quand les savoirs et les outils d'action publique y contribuent par les conférence régionale de santé et autonomie, ou conférence des décideurs et financeurs. Les acteurs du soin de la santé et du médico-social social peuvent se rapprocher dans les conférences de territoire ou les contrats locaux de santé. Mais ces convergences ne résolvent pas le problème de l'intégration entre le centre régional et ses territoires. L'idée est de rassembler aux deux échelles les tendances différentes.

Dans un second temps, le nouveau management public peut offrir au champ médico-social des outils communs de gestion tout en tentant d'intégrer le centre et la périphérie premièrement a l'aide d'outils de dialogue gestionnaire de connaissance de l'offre et la demande de services, au-delà des listes d'attente, afin de faciliter la contractualisation, et la création de quasi marchés régulés. Deuxièmement par les outils de territorialisation et contractualisation locale associés à la participation des usagers, etc.

Diverses stratégies ont été développées pas les régions. B favorisé les outils de gestion pour ensuite se recentrer sur la territorialisation puis l'intégration du centre. A a facilité le rapprochement et l'intégration, au centre de la région, des représentations administrative, démocratique et gestionnaire.

Le directeur adjoint de l' Ars, le président de conférence de territoire et sa chargée de mission constituent le groupe de base de l'administration, ils doivent se rapprocher des fédérations d'établissement et de fédérations d'usagers pour couvrir l'ensemble des questions propres à un Prs. Cette difficile alliance ne peut fonctionner que si des instances de régulation telles que les conférences de territoires sont opérationnelles.

Dans le même temps, les acteurs du soin, médico-social dans les départements et tarification dans l'ars doivent s'entendre avec les acteurs de santé publique, aménageurs du territoire et référent des programmes sociaux de précarité. L'enjeu est de choisir les services les plus coût efficaces.

La rencontre entre ces deux entités se font sur la base d'outils et de concepts appliqués à des individus, classes répertories et traduits en indicateurs quantitatifs de besoins pour une allocation équitable des ressources. Cette rencontre est la confrontation entre l'étude sociologique politique d'une population et l'étude des cas individuels confrontés à un environnement normé.

L'alliance entre administration classique et nouvelle gouvernance publique est une stratégie promue par les différentes réformes de la santé depuis la création des conférences régionales de santé.

Vis-à-vis des caractéristiques de la nouvelle gestion publique, le secteur médico-social apparaît en retrait, la mise en concurrence des acteurs ainsi que l'appel au secteur privé restent encore limités, bien qu'en développement rapide. Des approche financières nouvelles sont susceptibles, d'après les acteurs interrogés de favoriser ce mouvement. Par exemple, la méthode « séraphin » se donne pour ambition d'allouer les ressources strictement sur la base de la capacité d'autonomie des usagers et non en fonction des caractéristiques des établissements.

4.3.Les différences régionales

D'après la Cah, quatre conditions principales sont à remplir pour organiser le secteur médico-social. La première porte sur les énoncés qui veulent ériger une démocratie participative formelle autour du décideur régional qu'est l'ars, tout en agissant et construisant des réponses au niveau local pour des personnes bien réelles. La seconde concerne les énoncés évoquant la souplesse des activités novatrices des acteurs de terrain et la rigidité des contraintes physiques d'une offre médico-sociale réglementée par l'administration centrale, la troisième porte sur la nécessaire concertation et la diversité des situations locales, la quatrième met en relation les énoncés sur la construction d'arrangements locaux aussi bien à la base qu'au sommet de la hiérarchie du secteur médico-social.

L'analyse comparée montre que dans les régions considérées, pendant la période étudiée, les discours sur le Prs ont été fortement influencés pas la logique centralisatrice de l'Etat sanitaire en France. Trois cas de figure se dégagent de l'observation, en région A une scission entre les soins de première ligne et les autres composantes du secteur médico-social, en C un isolement relatif des institutions

publiques de santé qui se trouvent en bout de ligne des représentations sociales du médico-social, en B un positionnement central de l'Ars dans les représentations, entre réflexion et action.

Références

Benoît, C., & Coron, G. Les « mises en marché » du risque santé en France : une pluralité de logiques et de séquences de changement. https://iode.univ-rennes1.fr/anr-projet-

Eugénie Terrier L'observation socio-territoriale par les acteurs du secteur social : catégories d'analyse et choix méthodologiques.. ERES « Espaces et sociétés » 2019/1 n° 176-177 | pages 15 à 32Article disponible en ligne https://www.cairn.info/revue-espaces-et-societes-2019-1-page-15.htm3

Erwan Sommerer L'école d'Essex et la théorie politique du discours : une lecture « post-marxiste » de Foucault Presses de Sciences Po « Raisons politiques » 2005/3 no 19 pages 193 à 209

Pincemin B, Heiden S. Qu'est-ce que la textométrie ? 2008, Site du projet Textométrie , http://textometrie.ens-lyon.fr/spip.php?rubrique80 (https://www.cairn.info/revue-espaces-et-societes-2019-1-page-15.htm).

[1] https://solidarites-sante.gouv.fr/espaces,770/personnes-agees,776/rubrique-technique,798/espaces,770/personnes-agees,776/informations-pratiques,1329/les-etablissements-et-services,853/

https://www.google.com/url?sa=t&source=web&cd=19&ved=2ahUKEwjaluCQzcbnAhUEyIUKHcJOCb0QFjASegQICxAB&url=https%3A%2F%2Fwww.cnsa.fr%2Fdocumentation%2Fguide-secteur-ms-web.pdf&usg=AOvVaw1fg84WZwBTK9oH8-fzQ6ka

Hervé Hudebine L'hybridation des modes de gouvernance des politiques médico-sociales : une analyse comparée dans trois régions françaises

Evaluation intermédiaire du Projet Régional de Santé de la Région Provence-Alpes-Côte d'Azur Rapport final. Septembre 2015. 30, rue de Fleurus - 75006 Paris – Tél. : 01 80 05 16 05 –contact@planetepublique.fr www.planetepublique.fr