

Les représentations des territoires dans le cadre de la refonte du projet régional de santé

L'exemple de la région Centre-Val de Loire

AUTEURS

Maxime THORIGNY, Victor DUCHESNE

RÉSUMÉ

Le territoire a une place prépondérante dans le système de santé tant dans son organisation que dans la définition de sa politique. Ainsi, en parallèle de la décentralisation avec la création des agences régionales de santé en 2009, une politique visant à prendre en compte les caractéristiques des territoires et les préoccupations des acteurs a été initiée. Cette décentralisation de la construction des politiques de santé fait apparaître des conflits dans la manière dont les différentes parties prenantes se représentent leur territoire. Pour les surmonter, l'État a mis en place pour 2018 une nouvelle génération de projets régionaux de santé (PRS). Dans le cadre de l'analyse de la situation en région Centre-Val de Loire, une étude qualitative a été lancée pour l'écriture du nouveau PRS par ses usagers. Nous pouvons constater que les attentes en matière de santé sont fortement ancrées dans les territoires. Ce résultat complexifie la planification régionale à travers le PRS malgré la volonté de co-construction.

MOTS CLÉS

Territoire, système de santé, projet régional de santé, démocratie sanitaire, représentations

ABSTRACT

The scale of local territory now has a prominent place in the health system both in its organisation and in the definition of its policy. As a result, a policy which takes into account the characteristics of the territories and the concerns of local stakeholders has been put in place parallel to the creation of Regional Health Agencies in 2009. This decentralisation of the construction of health policies reveals conflicts in the ways the different stakeholders represent their territory. In order to overcome them, the State has set up a new generation of Regional Health Projects in 2018. As part of the analysis of the situation in the Centre-Val de Loire region, a questionnaire was prepared for users to write the new PRS. We can see that health expectations are deeply rooted in the territories. This results in complex regional planning through the PRS despite an institutional drive for co-construction.

KEYWORDS

Territories, Health system, Regional Health project, Health democracy, Representation

INTRODUCTION

La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 instaure la deuxième génération des projets régionaux de santé (PRS). Dans la continuité de la première génération, ces nouveaux PRS ont pour objectif d'adapter à chaque contexte régional la stratégie nationale de santé (SNS). En revanche, ils doivent tenter de pallier au manque de coopération/coordination entre les acteurs en charge de leur écriture (médecins, patients, élus, etc.) qui caractérisait la première génération des PRS. Cette réforme s'inscrit dans la stratégie, adoptée depuis les années 90, de remise en cause de l'organisation hiérarchique et compartimentée du système de santé français par le double mouvement de renforcement du territoire

et de participation des acteurs ou « démocratie sanitaire ».

Pour y parvenir, la loi de 2016 renforce le rôle d'animation des agences régionales de santé (ARS) dans l'écriture des PRS. Il s'agit pour les ARS d'établir les conditions de l'émergence à la fois d'un constat partagé par l'ensemble des acteurs des différentes problématiques régionales de santé et de solutions communes pour y répondre. Au-delà des instances de concertation existantes, cette stratégie repose sur la prise en compte des préoccupations de santé de chacun des acteurs tout au long du processus de construction grâce à des groupes de travail, des consultations directes, etc.

À partir de l'étude du cas de la région Centre-Val de Loire nous cherchons à comprendre comment les territoires sont représentés dans le cadre de cette nouvelle définition de la politique de santé par la tutelle régionale à travers le PRS. Le choix de cette région est motivé par la démarche innovante qu'a choisi d'adopter l'ARS dans la construction du PRS, son rôle pilote au sein des ARS et sa stabilité géographique suite à la redéfinition des régions en 2015. En effet, en parallèle des instances de démocratie sanitaire, l'ARS a fait le choix de consulter très largement les citoyens de la région afin de recueillir leurs préoccupations en matière de santé pour les 10 prochaines années. L'étude que nous présentons ici fait partie d'un programme de recherches plus large qui a pour ambition de comprendre d'un point de vue dynamique les liens unissant les territoires et le déploiement d'une politique régionale de santé : des anciens PRS à la mise en application des PRS nouvelle génération.

Nous retenons deux niveaux de « représentations » complémentaires. Le premier correspond à la manière dont les territoires sont représentés institutionnellement dans le cadre de la refonte du PRS ; nous entendons par là les instances et lieux de démocratie sanitaire ainsi que les motivations qui ont poussé l'ARS Centre-Val de Loire à réaliser une enquête large auprès des citoyens. Le second renvoie aux représentations que se font les citoyens de leur territoire en matière de santé, comment ces représentations étaient déjà présentes dans le PRS précédent et quelles sont les suites données par l'ARS dans la construction du PRS.

Pour saisir ces deux niveaux de « représentations » nous réaliserons dans un premier temps une analyse du fonctionnement institutionnel de la co-construction des politiques de santé tant au niveau général que dans le cas de la région Centre-Val de Loire, à partir d'une revue des littératures académiques et administratives. Puis, dans un deuxième temps, nous analyserons les représentations que se font les citoyens de leur territoire en matière de santé à travers une enquête réalisée avec l'ARS et traitée lexicométriquement.

1. LE DÉVELOPPEMENT D'UNE DÉMOCRATIE SANITAIRE À LA RÉALITÉ INSTITUTIONNELLE CONTESTABLE

1.1. Le développement de la logique participative en santé

Au cours des années 90, sous l'effet des réformes liées au *New Public Management* et de la crise de confiance des citoyens dans les institutions publiques et politiques (Rosanvallon, 2002), l'État français va réaliser un important tournant vers la prise en compte de la parole des citoyens dans la construction des politiques publiques. Ce phénomène de renforcement du rôle des citoyens a fait l'objet de nombreuses analyses en des termes souvent proches de « démocratie administrative » (Aïdan, 2011), d'« *empowerment* » (Scolaro, 2006) ou plus généralement de logique participative et démocratie délibérative (Blondiaux, 2008).

De manière synthétique, la question de la participation repose sur l'idée qu'elle assurerait une meilleure efficacité de l'action publique en permettant une coordination entre l'ensemble des acteurs parties prenantes d'un système à travers des processus délibératifs. Cette logique s'oppose à la logique *top-down*, traditionnelle dans les organisations bureaucratiques publiques.

Ce tournant participatif de l'action publique trouve un écho particulier dans le secteur de la santé dans les années 90, alors face à la fois à une crise sanitaire majeure liée à la pandémie du SIDA et à un important mouvement de territorialisation de son organisation administrative. L'enjeu pour les pouvoirs publics est de rétablir la confiance entre la population et l'institution sanitaire. Pour y parvenir, la tutelle ministérielle va rapprocher institutionnellement et géographiquement les acteurs du système de santé, notamment les usagers, dans la prise de décisions et la détermination des politiques de santé. Au-delà de la création d'entités régionales comme les agences régionales d'hospitalisation, cette déconcentration est accompagnée par la mise en place d'outils de planification négociée (schémas, programmes, contrats). Il faut attendre la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé pour que le rôle central de la parole du patient et du dialogue entre les acteurs (médecins, élus, administration), sous le concept de démocratie sanitaire, soit consacré sur les plans législatifs et réglementaires comme principes fondamentaux d'organisation du système de santé français.

1.2. Une réalité paradoxale : entre existence et impuissance de la démocratie sanitaire

Cette décentralisation de la définition de la politique publique de santé a pour ambition de permettre l'expression des besoins spécifiques de chaque territoire en termes d'inégalités, d'accès aux soins, et d'innovations. Ainsi, les dialogues qui s'effectuent tant à l'intérieur du territoire qu'entre les territoires tendent à devenir structurants. Pourtant malgré cette effervescence institutionnelle et une volonté indéniable du législateur, on assiste plus au « sacre législatif du droit des malades » (Tabuteau, 2014) qu'à une réelle mise en œuvre institutionnelle de la démocratie sanitaire qui se heurte à deux problèmes inhérents au système de santé français : le maquis institutionnel ou la très grande diversité des acteurs, et le rôle prégnant de la tutelle ministérielle sur l'ensemble du processus de décision et de détermination des politiques de santé.

L'organisation du système de santé est donc aujourd'hui paradoxale. Alors que les instances de démocratie sanitaire se développent de manière vraisemblablement cohérente avec le reste du système de santé et à tous les échelons territoriaux, la prise de décision effective reste éloignée du territoire et de ses acteurs.

Dans ce contexte, les PRS de deuxième génération sont censés atténuer ce paradoxe avec le renforcement de la démarche participative. Pour y parvenir, les ARS adoptent des stratégies nouvelles afin de rétablir le dialogue, comme la consultation directe sur les attentes de la population. C'est dans cette optique que la région Centre-Val de Loire a lancé, au printemps 2017, une enquête sur l'avenir de la politique régionale de santé, dont nous livrons une première analyse dans la section suivante. La deuxième étape de notre étude sera de se concentrer sur la compréhension du fonctionnement institutionnel de la démocratie sanitaire spécifique à la région Centre-Val de Loire et aux stratégies adoptées par son ARS dans ce domaine.

La classe n° 1 représente 43,6 % du nuage de mots. Cette classe est représentative des professionnels de santé. L'étude met en avant des préoccupations qui portent avant tout sur « l'amélioration du parcours de soins », mais également « la diminution des démarches administratives » afin de limiter les retards dans la prise en charge des patients. Une autre préoccupation émerge : l'augmentation des effectifs, notamment pour les paramédicaux. Enfin, les professionnels de santé réclament une meilleure coordination entre les établissements hospitaliers et les autres professionnels afin d'améliorer la prise en charge.

La classe n° 2 représente 42 % du nuage de mots. Le discours est porté par des non-professionnels de santé, plutôt âgés (61-75 ans) et issus principalement de deux départements de la région : le Cher et l'Indre. L'étude des segments de phrase met clairement en évidence un double discours de lutte contre les « déserts médicaux » et de propositions. Face à cela, les personnes interrogées font également des propositions, comme le montre les segments de phrases significatifs : « augmenter le *numerus clausus* », « obliger les jeunes praticiens à s'installer en zones rurales », « refuser le conventionnement des praticiens s'installant en zones sur-dotées ».

La classe n° 3 représente 14,3 % du nuage de mots. Ce discours est également porté par des non-professionnels de santé ; il s'intéresse aux délais d'attente pour des consultations auprès de spécialistes.

2.2. Quelles représentations en fonction des territoires

L'analyse de la représentation que se font les citoyens de l'espace régional de santé révèle des spécificités en fonction du département de résidence des usagers interrogés. Remarquons que dans le cadre de la région Centre-Val de Loire, les départements ont la particularité de correspondre aux territoires de santé définis par l'ARS. Afin d'analyser les différentes manières dont est appréhendé la santé, nous avons répliqué cette analyse menée au niveau régional pour chaque département de la région Centre-Val de Loire (Indre, Indre-et-Loire, Loiret, Eure-et-Loir, Cher) en constituant un sous-corpus par département à partir du corpus général.

Les premiers résultats révèlent des différences notables de discours entre les départements, et ce de manière concordante avec l'offre de soin. Dans les départements les moins bien dotés (Indre, Cher), les préoccupations des usagers sont axées sur la démographie médicale, les moyens d'y remédier (hausse du *numerus clausus*, coordination des soins, expertise à distance, télé-médecine) et les aspects de déontologie. Les usagers des départements les mieux dotés (Indre-et-Loire, Loiret) insistent sur l'importance de la prévention et de la prise en charge des soins par l'assurance maladie et la reconnaissance des médecines « douces » et « alternatives », ainsi que sur l'importance des hôpitaux et des moyens qui leur sont consacrés pour garantir des soins de qualité. On peut ainsi identifier un mouvement dialectique entre le territoire et les individus – ici les usagers du système santé, qui l'occupent, le territoire étant entendu comme la surface sur laquelle l'individu se construit socialement par les interactions qu'il y produit ou subit (Hoyaux, 2002) – ici avec les services et professionnels de santé. L'espace que constitue le territoire entre en interaction avec les caractéristiques mêmes de l'individu qui sont à la base des moyens qu'il peut déployer pour vivre – ici accéder aux soins (trajets, dépassement d'honoraires, etc.). L'individu est pris comme un être déterminé socialement (classe sociale), matériellement et physiquement (âge, genre). Le territoire n'est pas seulement un lieu de vie, c'est aussi un espace politique que ces individus à la fois usagers et citoyens vont tenter de modifier par leurs actions quotidiennes. Dans le cas de notre étude,

il s'agit du discours des usagers qui, conditionné par leur(s) vécu(s), va influencer la politique régionale de santé pour les prochaines années. Cela nous renvoie donc dans la littérature géographique à la notion d'espace vécu au sens de Fremont dans son ouvrage de 1976. À partir du couple espace perçu–espace vécu appliqué au cas de la refonte de la politique de santé, nous nous intéresserons au débat entre « production de l'espace » (Lefebvre, 1974), qui implique une logique de standardisation, de domination de l'espace de la part de la tutelle, et « création de l'espace », qui implique une co-construction comme une œuvre à part entière.

CONCLUSION

L'objet de notre étude est de comprendre comment le territoire est le fruit d'une appropriation par les acteurs dans le cadre de la détermination d'une politique cherchant à prendre en compte les spécificités des acteurs ancrés dans leur territoire. Les premiers résultats nous permettent de constater que, malgré de nombreuses tentatives, l'administration sanitaire (ARS, ministère) ne réussit que très partiellement à intégrer le territoire à l'organisation actuelle de co-construction de la politique de santé alors même que le territoire se révèle structurant dans le comportement des acteurs qui y vivent (usagers, médecins). Ces résultats demanderont à être complétés par l'analyse des conclusions des groupes de travail thématique du PRS attendus pour l'automne, ainsi que le document final qui sera débattu en conférence régionale de la santé et de l'autonomie¹ en janvier 2018.

RÉFÉRENCES

- Aïdan G., 2011, « De la démocratie administrative à la démocratie sanitaire dans le secteur public de la santé », *Revue française d'administration publique*, n° 137-138, p. 139-153.
- Blondiaux L., « Démocratie délibérative vs démocratie agnostique ? Le statut du conflit dans les théories et les pratiques de participation contemporaines », *Raisons politiques*, n° 30, p. 131-147.
- Fremont A., 1976, *La région espace vécu*, Paris, PUF.
- Hoyaux A.-F., 2002, « Entre construction territoriale et constitution ontologique de l'habitant. Introduction épistémologique aux apports de la phénoménologie au concept d'habiter », *Cybergeo*, n° 216 [en ligne : journals.openedition.org/cybergeo/1824#citeidby].
- Lefebvre H., 1974, « La production de l'espace », *L'Homme et la société*, vol. 31, p. 15-32.
- Rosanvallon P., 2002, *Le peuple introuvable. Histoire de la représentation démocratique en France*, Paris, Gallimard.
- Scolaro J., 2006, « De la reconnaissance à l'influence ? Heurts et enjeux d'une tentative d'empowerment en France », *Géographie, économie, société*, vol. 8, p. 87-106.
- Tabuteau D., 2014, *Démocratie sanitaire. Les nouveaux défis de la politique de santé*, Paris, Odile Jacob.

LES AUTEURS

Maxime Thorigny

Université de Reims – REGARDS
maxime.thorigny@univ-reims.fr

Victor Duchesne

Université Paris 13/CNRS – CEPN
victor.duchesne@univ-paris13.fr

¹ La CRSA est un organe de démocratie participative, composé de représentant des collectivités territoriales, des usagers, des partenaires sociaux, des acteurs de la protection sociale, des acteurs de la prévention et des offreurs de services de santé.