



HAL
open science

L'agir sanitaire. Processus et formes d'expression à travers le cas aquitain

Lise Monneraud

► **To cite this version:**

Lise Monneraud. L'agir sanitaire. Processus et formes d'expression à travers le cas aquitain. Histoire, Philosophie et Sociologie des sciences. Université Montesquieu - Bordeaux IV; Institut d'études politiques de Bordeaux, 2009. Français. NNT: . tel-00441948

HAL Id: tel-00441948

<https://theses.hal.science/tel-00441948>

Submitted on 17 Dec 2009

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'agir sanitaire. Processus et formes d'expressions à travers le cas aquitain

Lise Monneraud

Sous la direction de Claude Sorbets
Directeur de recherche CNRS

Remerciements

Ce travail n'aurait pu être mené à bien sans de nombreuses personnes dont je souhaite ici saluer le soutien.

Je remercie avant tout l'ensemble de l'équipe de recherche de Spirit qui a contribué à stimuler mes questionnements et à enrichir mes réflexions, ainsi que mes professeurs, dont les encouragements comme les apports académiques ont permis l'accomplissement de mon projet. Parmi eux, je tiens tout particulièrement à exprimer ma reconnaissance à Claude Sorbets qui a suivi mon cheminement de recherche depuis ses prémisses et s'est montré disponible à chacune de ses étapes. Je remercie également les membres du jury qui ont accepté d'évaluer ce travail et de marquer par leur appréciation le passage à un temps nouveau de mes recherches.

Lors de sa dernière venue à l'IEP de Bordeaux, Bastien François décrivait aux participants du Séminaire général de Spirit l'intérêt d'une démarche de recherche fondée sur l'« empathie avec les indigènes » et confiait à cet égard avec humour, « Si je travaillais sur les médecins, je lirais la presse médicale, je ferais des études de médecine ! J'aurais une petite amie étudiante en faculté de médecine ! » Je ne peux qu'attester de la richesse trouvée dans pareille immersion, vécue plus que délibérée. Mes pensées vont alors à Nicolas qui, à sa manière, m'a soutenue au fil des années dans mon projet, ainsi qu'à certains de ses confrères qui ont été autant d'entrées singulières et amicales dans le « monde » médical. Je tiens également à exprimer ma gratitude à l'ensemble des professionnels qui par la richesse de leurs témoignages ont été la pierre angulaire de ce travail.

Merci à Clarissa Dri, Rodophe Guin, Isabelle et David Méreuze pour leurs regards précieux sur mes écrits, ainsi qu'à Edouard Joussellin, Simon Péneau, et bien d'autres, pour leur soutien moral mais aussi « logistique ».

Ce travail se devait, enfin, d'être tout spécialement dédié à mes parents : merci d'être là et d'être ce que vous êtes.

Résumé – mots clés

Résumé :

La santé, objet d'action publique, objet politique – parfois politisé – se donne à voir comme un construit complexe. Les configurations observées en France et plus particulièrement dans un espace régional témoignent d'un constant processus de reconstruction du champ de l'intervention en matière sanitaire, donc du concept même de santé dans son extensionnalité comme dans son intentionnalité, ainsi que des formes légitimes d'engagement.

La santé déborde des frontières de l'intervention – et partant de l'analyse – en des termes sectoriels. Saisir non pas tant ce qu'elle est mais ce qu'elle devient appelle une approche de type descriptif au sens latourien. Une telle démarche sert à révéler des dynamiques de reconstruction cognitive et normative et d'engagement multiples de la part d'acteurs hétérogènes qui ne peuvent être réduits aux professionnels de santé, ni à l'administration des Affaires sociales. Au-delà de la stricte analyse d'une politique publique, il s'agit de déployer la trame des acteurs, des objets et des représentations qui, par leurs connexions, forment un agir collectif en matière sanitaire.

L'analyse permet de mettre au jour la construction d'un agir non pas sous forme d'un réseau structuré, d'un projet systémique élaboré de manière cohérente et collectivement poursuivi, mais selon un processus fondamental d'ajustement : ajustement entre acteurs, ajustement des missions aux évolutions des cadres de la légitimité et aux contraintes situationnelles perçues, ajustement du modèle français d'intervention publique en matière de santé. Ce sont donc des dynamiques d'actualisation plus que de réforme des modalités d'engagement qui émergent de l'observation locale. Ainsi les acteurs entrent-ils en résonance et en cohérence selon un processus kaléidoscopique d'adaptation sans fin : sans fin parce que sans terminaison située dans l'espace et le temps, et parce que les interventions ne participent pas de la réalisation d'un but explicitement formulé et unanimement reconnu comme la visée politique légitime pour l'ensemble des formes d'intervention qui, donc, constituerait un principe de gouvernance en matière sanitaire.

Abstract:

Health, as an object of public action, as a political and sometimes as a politicized object, appears to be a complex construction. Configurations observed in a French regional space reveal a constant reconstruction process has taken place, linked to the scope of health intervention – and thus to the concept of health concerning its extension and its intension – as well as to the legitimate forms of political engagement in this field. Thus, health overflows the boundaries of sectoral interventions – and analysis.

Tackling what it is becoming, rather than what it is, requires a descriptive approach in the Latourian sense. Such an approach reveals cognitive and normative dynamics and multiple commitments of heterogeneous actors who must not be reduced to either health care professionals or health administrations. Beyond public policy analysis, we aim to uncover the grid of actors, objects and representations that form collective action in health, through the connexions they form.

This analysis highlights the construction of an action that does not take the form of a structured network, or a systemic project developed in a consistent manner and collectively pursued, but through a fundamental adjustment process: adjustment between actors, adjustment of missions to the changing framework of legitimacy and perceived situational constraints, adjustment of the French model of health public intervention.

Observation of local policies in this field shows that dynamics of updating rather than reform of the patterns of engagement are at work. Thus actors take on their resonance and consistency through a kaleidoscopic process of endless adaptation: endless because without any situated end in time and space, but also because interventions do not contribute to the achievement of a purpose that is collectively formulated and unanimously recognized as the political legitimate reference for all types of engagement, and that constitutes a principle of governance in health.

Mots clés :

Agir sanitaire ; Santé ; Action publique ; Territoire ; Expression ; Actualisation ;
Gouvernance

Key words:

Health; Public Policy; Territory; Expression; Actualization; Updating; Governance

Sommaire

REMERCIEMENTS	3
RESUME – MOTS CLES	5
INTRODUCTION	11
DE L'OBJET SANTE A L'AGIR SANITAIRE.....	26
DISCOURS ET CONSTRUCTION DE L'ACTION	37
UN QUESTIONNEMENT SUR LE SENS DE L'ACTION : LA DOUBLE PROBLEMATIQUE DE LA SIGNIFICATION ET DE LA DIRECTION.....	45
ÉLÉMENTS METHODOLOGIQUES	55
PARTIE 1. L'AGIR SANITAIRE : RECOMPOSITION DE L'OBJET SANTE ET DES MODES D'ACTION PUBLIQUE	63
CHAPITRE 1. IMPOSITION DES ENJEUX DE SANTE DANS UN CADRE COGNITIF EVOLUTIF	67
<i>Section 1. Un renforcement de la prégnance des enjeux sanitaires dans l'espace public à la faveur d'un bouleversement des frontières</i>	69
1. La santé enjeu politique polymorphe	70
1.1 L'irruption de la santé dans le politique	71
1.2 Le politique imprime sa marque dans la santé, ses arbitrages et ses rapports entre acteurs.....	80
2. Une politisation renforcée par les paradigmes de la santé globale et de la santé publique	88
2.1 De l'action de soin à l'action en santé : la santé au cœur de la vie de la cité	89
2.2 Sécurité sanitaire, précaution : de nouveaux enjeux pour une réaffirmation de la santé publique dans l'espace public.....	105
<i>Section 2. Des mouvements cognitifs de fond qui structurent l'action publique</i>	116
1. L'irruption de nouvelles normes	117
1.1 L'invocation du décroisement des missions et des prises en charge	117
1.2 Le rapprochement physique et symbolique avec l'utilisateur : territorialisation et démocratisation.....	121
2. L'ombre portée de la logique financière	140
2.1 L'action publique de la santé sous contrainte économique	140
2.2 L'intervention en santé prend des allures de politique économique.....	151

CHAPITRE 2. ENRICHISSEMENT ET COMPLEXIFICATION DES REPERTOIRES D’ACTION DONC DU CORPUS DES PARTIES PRENANTES	161
<i>Section 1. Des réajustements de l’objet santé donc des activités des acteurs.....</i>	<i>163</i>
1. Dynamique ambiguë d’interaction entre soin, santé et santé publique	164
1.1 Le flou définitionnel : un flottement des catégorisations exprimées par les acteurs	164
1.2 Action/rétroaction entre soin et santé publique : de l’influence réciproque au transcodage	171
2. Évolution des missions des acteurs historiques : le chantier permanent.....	186
2.1 Des représentations en termes de changement : évolution des missions, expectative voire défiance	187
2.2 La complexité ressentie	199
<i>Section 2. Le processus élargi de transcodage : des stratégies diverses d’investissement de l’agir sanitaire</i>	<i>209</i>
1. Aménager l’espace : la santé comme dimension essentielle de l’action sur l’environnement de vie	211
1.1 Le détour par des compétences sur les milieux	212
1.2 La santé abordée au travers de politiques transversales de développement territorial	223
2. Ménager les administrés : le bien-être comme leitmotiv de l’action publique locale	241
2.1 L’investissement sanitaire au titre de la compétence générale sur un territoire	243
2.2 La « nouvelle question sociale », entrée clef dans l’agir sanitaire	249
PARTIE 2. L’AGIR SANITAIRE : MODALITES RELATIONNELLES ET PRINCIPES CYBERNETIQUES PROBLEMATIQUES.....	263
CHAPITRE 1. LES PARADOXES DE LA REGULATION	267
<i>Section 1. Les formes problématiques du leadership.....</i>	<i>269</i>
1. Un champ d’action sur-administré et sous-piloté.....	270
1.1 Autonomie locale versus étatisation : un système sur-administré	271
1.2 Un agir sanitaire en mal de pilotage	282
2. Une action transitionnelle : l’hésitation entre le territorial et le territorialisé	293
2.1 Un jacobinisme étouffant ou nécessaire ?	296
2.2 Entre reproduction territorialisée et création territoriale	313
<i>Section 2. La faible portée du processus de réforme sociale dans l’agir sanitaire</i>	<i>327</i>
1. L’agir sanitaire marqué par des processus de reproduction.....	329

1.1 Des dynamiques de perpétuation des cloisonnements entre catégories d'acteurs	332
1.2 Une reproduction des rapports de force établis	343
2. Des processus avant tout bureaucratiques.....	356
2.1 L'action publique comme production bureaucratique plutôt que production d'intervention sociale	357
2.2 L'autonomisation des processus bureaucratiques.....	368
CHAPITRE 2. L'AJUSTEMENT COMME MODALITE DU DEVENIR DE L'AGIR SANITAIRE	385
<i>Section 1. La santé : un agir sans « politique publique »</i>	387
1. Un traitement multi niveaux ou de multiples actions à divers niveaux ? La dynamique kaléidoscopique, ou l'absence de vraie gouvernance locale	389
1.1 Des actions partagées entre différents échelons institutionnels et territoriaux mais qui ne permettent pas d'identifier des « niveaux » d'action publique	392
1.2 Plusieurs font de concert mais ne font pas véritablement à plusieurs : une mise en cohérence limitée des représentations et des interventions	403
2. Le caractère « personnel » de la production des coopérations situées	416
2.1 L'agir sanitaire repose sur des arrangements interindividuels.....	417
2.2 Des dynamiques d'engagement sacerdotales.....	428
<i>Section 2. La reproduction des hiérarchies historiques</i>	445
1. Une évolution incrémentale des constructions sanitaires qui passe par les acteurs historiques du soin : les promoteurs.....	446
1.1 L'approche par la mutualisation et la globalisation des prises en charge.....	453
1.2 La reconsidération des pratiques sous l'angle territorial	458
2. Les acteurs marginaux se posent eux-mêmes en béquilles du droit commun curatif : les facilitateurs	472
2.1 Les facilitateurs ont intégré le modèle curatif et entendent aider à sa réalisation	473
2.2 La posture de latéralité comme choix stratégique des acteurs.....	485
CONCLUSION	493
BIBLIOGRAPHIE.....	505
LISTE DES ACRONYMES	557

Introduction

L'originalité de la santé en tant qu'objet d'analyse – plus largement d'intérêt ou de commentaires – réside dans sa singulière capacité à faire sens, pour tous les individus, par-delà les groupes, les hiérarchies sociales et les aires géographiques ou civilisationnelles.

Au fondement de la vie et de la mort, aux confins de l'intime, elle se déploie aussi sur les scènes publiques à travers les croyances et préceptes religieux, à la faveur de l'institutionnalisation des savoir-faire des marabouts, des guérisseurs et des médecins, ou des tentatives des pouvoirs publics d'apporter des cadres organisationnels et régulateurs à ces pratiques ou de lutter contre des maux individuels et collectifs dont l'étiologie est plurielle. Les problèmes liés à la santé sont « à la fois universels et uniques » nous dit Desforges¹.

La santé touche tout individu et tout groupe social stabilisé. Tous les peuples connaissent et ont connu des maux, des catastrophes et fléaux sanitaires, des maladies, et partant, des coutumes, recettes, techniques et habitudes de vies censées préserver ou guérir les maux, que ces outils soient religieux ou magiques, moraux, politiques ou médicaux, coercitifs ou éducatifs, individuels ou collectivement mis en œuvre. Chacun a eu à faire face à des questionnements en ses termes, chacun en perçoit certains enjeux. En bref, s'agissant de santé, chacun voit – ou croit voir - de quoi il retourne, du moins chacun a un avis, une idée de ce qui est à l'œuvre.

Pourtant malgré ce savoir spontané généralisé, quiconque est bien en peine de définir la santé, comme si la force de l'évidence rendait la formulation du sens ou la détermination d'une essence superflues.

Individuellement, qu'est-ce qu' « avoir la santé », ou être « en bonne santé » ? Ne pas être « malade » ? Se « sentir bien » ? Être « heureux » ? Ne pas fumer, ou manger cinq fruits et légumes par jour ? Ces questions d'apparence simple n'appellent pas de réponse univoque.

¹ F. Desforges, « Histoire et philosophie : une analyse de la notion de santé », *Histoire, économie et société*, vol. 20, n° 20-3, 2001, pp. 291 – 301, ici p. 291

L'entrée privilégiée dépendra du positionnement de l'individu, du moment même où l'interrogation est explicitement posée, en d'autres termes d'une situation politique, sociale, personnelle et représentationnelle. La notion de santé paraît, alors, « ne connaître aucune forme fixe, mais des limites mobiles et fluctuantes : selon les époques, selon les lieux, selon les approches »².

Mais nous ne pouvons nous arrêter à cette sorte d'insaisissabilité, ou plutôt nous devons la considérer en termes d'invisibilité, encore une fois expliquée par l'évidence. Gadamer souligne le caractère « caché » de la santé, sa latence, dans la mesure où la bonne santé n'est jamais ressentie comme telle³ ; de même pour Fassin, la santé « ne parle pas », elle ne va pas de soi, contrairement à la maladie qui elle, fait sens comme événement⁴.

Cette difficulté à donner de la santé une définition positive conduit souvent, dans les sociétés occidentales, à un recours spontané à la science médicale « qui seule, permet une objectivation de la santé à travers des indicateurs »⁵, produisant une définition en creux de la santé comme absence de maladie.

Cependant, cette approche fondée sur une logique biologique et naturaliste appuyée par le développement de la médecine moderne et l'autorité sociale des médecins et marquant fortement l'organisation actuelle des services de santé français, peut être dépassée – ce qui ne signifie pas niée – par une dimension existentielle. Gadamer conçoit la santé comme une expérience dynamique qui revient à un « équilibre » relevant clairement du ressenti. De nombreux autres auteurs reviennent sur cette conception ou s'y appuient. Desforges considère par exemple la santé comme un équilibre personnel, mental, moral, mais également à forte dimension sociétale : « parce qu'elle relève de la mise en ordre de soi, du lieu habité, et par extension, de l'oekoumène et de la cité, elle s'appuie [...] sur l'économique et le politique »⁶. Ainsi doit être pensée la définition promue par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en termes de « complet bien-être physique, psychique et social »⁷ qui fait de la santé un processus, définissant finalement un capital

² *Ibid.* 292

³ H. G. Gadamer, *Philosophie de la santé*, Paris, Grasset, 1998

⁴ D. Fassin, *L'espace politique de la santé. Essai de généalogie*, Paris, Presses Universitaires de France, 1996

⁵ F. Desforges, « Histoire et philosophie : une analyse de la notion de santé », *op. cit.* p. 292

⁶ *Ibid.*

⁷ Cette définition est donnée en 1948, dans la constitution de l'organisation internationale.

sans cesse renouvelé de l'individu et plus largement du corps social tout entier. Avec cette définition fortement englobante, c'est toute la vie de la cité qui est reconsidérée à travers le prisme de la santé. Certes, doivent être garantis des soins de qualité, mais plus fondamentalement ce sont les conditions même d'existence, sociales, économiques, environnementales, donc politiques, qui doivent favoriser la santé. Cela implique une démarche de large portée incluant l'ensemble des déterminants de santé, mais surtout replaçant l'individu dans la collectivité et dans les milieux au sein desquels il construit son existence sociale, à savoir son habitat, les espaces publics et les modes de transports qui les innervent, l'école, ou encore le lieu de travail⁸.

L'approche existentielle et sociétale de la santé conduit à valoriser sa dimension fondamentalement collective, d'autant que la puissance publique entend prendre en charge les problèmes qui en relèvent, à travers l'institutionnalisation de services spécialisés, la réglementation des pratiques professionnelles et plus largement l'intervention en matière sociale, urbaine, ou environnementale.

Néanmoins cette conception collective ne permet pas de résoudre la question définitionnelle de la santé telle qu'elle se donne à voir dans l'espace public.

La santé fait l'objet d'interventions des gouvernants, de « politiques publiques » qui sont autant d'appareillages sophistiqués et de dispositifs techniques, du moins dans les pays industrialisés. Elle serait un espace en perpétuelle expansion, à en juger par les budgets mobilisés, le nombre de structures de professionnels, ou les occurrences médiatiques⁹. Cependant – ou de ce fait – qu'est-ce que la « politique de santé » ? La politique hospitalière, les campagnes de vaccination, l'organisation de la formation médicale, la négociation conventionnelle, ou le financement de la Sécurité sociale ? L'action du ministère de la Santé, l'engagement d'un maire ou bien les projets de prévention associatifs ? Ici encore, du point de vue de l'action publique, la santé semble ne pouvoir se donner à voir qu'à travers une énumération de champs, de domaines, entremêlés mais fondamentalement divers. Telle qu'elle est traitée par la puissance publique et telle qu'elle est envisagée dans l'expression spontanée comme dans l'ordre juridique, la santé n'est

⁸ Nous renvoyons sur ce dernier point à P. D. Mullen et alii, « Settings as an important dimension in health education/promotion policy, programs and research », *Health Education and Behavior*, vol. 22, n° 3, 1995, pp. 329 – 345

⁹ D. Fassin, *L'espace politique de la santé*, op. cit.

jamais définie tout à fait, mais toujours « associée à d'autres notions : "santé publique", "santé mentale", "système de santé", "économie de la santé", "personnels de santé", etc. » quand elle n'est pas identifiée à des pathologies particulières¹⁰.

Ainsi la santé est définie soit en creux, soit de manière syncrétique. Seule demeure comme invariant une sorte de force consensuelle autour des questions de santé, donc aussi de la construction des problèmes en des termes sanitaires : chacun est favorable à ce qui relève, de manière vague, de « plus de santé », de la possibilité d'être en meilleure santé, et *in fine* de l'accès à de meilleurs déterminants ou services de santé. Contrairement à d'autres domaines d'action publique avec lesquels, pourtant, elle partage des caractéristiques comme la technicité de certains enjeux, ou la politisation des débats, la santé paraît empreinte d'une dimension fondamentalement positive, où les affects, la vertu et la morale se mêlent au progrès scientifique, ne laissant pas place à l'opposition. À nouveau, une santé qui n'a pas ses détracteurs ne peut être conçue simplement comme un secteur technique clairement circonscrit de politique publique, bien que l'organisation professionnelle, administrative et juridique, continue de reposer sur des segments sectoriels qui sont une base d'identification de catégories d'acteurs et d'action publique.

D'aucuns pourraient s'interroger sur l'incongruité de traiter d'un objet dont on ne parvient pas à cerner *a priori* les contours, dont on ne peut donner une claire définition au départ. Pourtant, l'attrait des sciences sociales pour les questionnements sur et en termes de santé n'est qu'un révélateur supplémentaire de la prégnance de cette « santé », à la fois tellement connue mais non identifiée, dans les processus de construction identitaire et sociale.

Les sciences sociales se sont emparées de la santé en empruntant le chemin tracé par ses perceptions spontanées : elles ont cherché à en comprendre les ressorts, les processus de construction, le plus souvent en se fondant sur les classifications issues des sciences médicales et des structures institutionnelles¹¹.

¹⁰ F. Desforges, « Histoire et philosophie : une analyse de la notion de santé », *op. cit.* p. 293

¹¹ Pour une analyse critique de cette « inféodation » des sciences sociales aux catégories échafaudées par la science médicale, voir M.-N. Schurmans, M. Charmillot, « Les sciences sociales face au paradigme médical : approche critique », *Sociologie Santé*, n° 26, juin 2007, pp. 317 – 335. Voir également E. Corin, « Les détours de la raison. Repères sémiologiques pour une anthropologie de la folie », *Anthropologie et sociétés*, vol. 17, n°1 – 2, 1993, pp. 5 – 20

L'anthropologie s'est traditionnellement tournée vers « l'étude des systèmes nosologiques et étiologiques » à l'œuvre dans les sociétés humaines, articulés avec leurs systèmes de croyances, donc vers l'analyse de l'articulation entre les représentations de la santé et de la maladie et « l'organisation sociale et le système symbolique global »¹². Ces approches mettent au jour la part fondamentalement représentationnelle de la santé, en fonction des systèmes de valeur à l'œuvre dans un groupe social donné. Elles la donnent à voir comme le miroir d'une société, problème social mais surtout révélateur de problèmes sociétaux et des modes de gestion privilégiés de ces problèmes. La santé cristallise les enjeux à l'œuvre dans une société et rend compte de la manière dont cette dernière se construit, comment elle conçoit ses propres modes de régulation et ses processus de normalisation sociale¹³.

L'approche sociologique a adopté, peut-être plus clairement encore, le point de vue de la maladie¹⁴. De manière significative, Herzlich définit son champ comme « l'étude des définitions sociales de la maladie, des pratiques qui s'y rapportent et des institutions qui la prennent en charge, du statut social et des comportements du malade. »¹⁵ De fait, l'approche sociologique en matière de santé a la plupart du temps été une sociologie de la médecine, de la profession médicale, ou des institutions sanitaires¹⁶. Dans le cadre de cette « sociologie médicale », de manière restrictive et peu distanciée vis-à-vis des catégorisations biomédicales, « L'objet générique, ou la catégorie considérée, représentent alors un préconstruit qui ne se voit pas réinterrogé : l'objet est défini *en amont*, c'est-à-dire en référence à un discours médical préexistant. La sociologie médicale porte dès lors, de façon

¹² F. Desforges, « Histoire et philosophie : une analyse de la notion de santé », *op. cit.* p. 295

¹³ Nous renvoyons notamment à l'ouvrage de D. Fassin, *L'espace politique de la santé*, *op. cit.*

¹⁴ Cf. F. Steudler, *Sociologie médicale*, Paris, Armand Colin, 1972 ; P. Adam, C. Herzlich, *Sociologie de la maladie et de la médecine*, Paris, Nathan, 2004, (1^{ère} édition 1994) ; M. Augé, C. Herzlich, *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Paris, Archives contemporaines, 1984 ; R. Bastide, *Sociologie des maladies mentales*, Paris, Flammarion, 1965. Pour un retour sur l'histoire de la sociologie de la santé, depuis les premières études sur l'hôpital jusqu'aux questionnements plus récents en termes d'action collective, ou d'innovations techniques, voir D. Carricaburu, M. Ménoret, *Sociologie de la santé. Institutions, professions et maladies*, Paris, Armand Colin, 2004.

¹⁵ C. Herzlich, *Médecine, maladie et société. Recueil de textes présentés et commentés*, Paris, La Haye, Mouton, 1970, p. 7

¹⁶ Voir par exemple E. Freidson, *La profession médicale*, Paris, Payot, 1984 ; I. Goffman, *Asiles*, Paris, Éditions de Minuit, 1968

prioritaire, sur la façon dont les espèces de maladies – telles que la médecine les définit et les classe – se distribuent dans différents environnements socioculturels, sur l'accès différentiel aux soins et à l'information, ou sur les différents obstacles qui interviennent dans la diffusion des messages de prévention. »¹⁷

De la même manière, la psychologie sociale s'est essentiellement intéressée aux représentations sociales de la maladie, impliquant des savoirs, des croyances et des pratiques spécifiques selon le groupe social considéré¹⁸. Un grand nombre d'analyses s'attache notamment à l'épidémie de sida, ou aux maladies mentales¹⁹ ; d'autres étudient les savoirs propres à la catégorie des « patients » ou des « malades » relatifs à leur affection et aux thérapeutiques²⁰.

La science politique a peu ou prou suivi le chemin tracé par les sociologues. D'abord des analyses se sont centrées sur la sociologie politique d'un groupe, notamment les médecins, saisi dans ses rapports avec les autorités publiques ou d'autres catégories de professionnels²¹. Ici se situent également l'étude des usagers, des patients et de leurs rôles techniques et sociaux, ainsi que les analyses d'autres professions, comme les infirmières. Nous pouvons aussi mentionner les approches institutionnelles, consacrées à des organisations, souvent l'hôpital ou l'administration de la santé, ou à la trajectoire d'une maladie en termes scientifiques, politiques et sociaux²². L'autre approche phare des

¹⁷ M.-N. Schurmans, M. Charmillot, « Les sciences sociales face au paradigme médical : approche critique », *op. cit.* p. 318

¹⁸ Sur les apports de la psychologie sociale aux sciences sociales de la santé, voir également M.-F. Bacqué, « L'anthropologie médicale, au carrefour des représentations individuelles et collectives de la maladie et de la santé », in R. Zittoun, B.-M. Dupont, *Penser la médecine. Essais philosophiques*, Paris, Ellipses, 2002, pp. 223 – 238

¹⁹ D. Jodelet, *Foibles et représentations sociales*, Paris, Presses Universitaires de France, 1989

²⁰ C. Herzlich, *Santé et maladie. Analyse d'une représentation sociale*, Paris-La Haye, Mouton, 1969 ; C. Herzlich, J. Pierret, *Malades d'hier et d'aujourd'hui : de la mort collective au devoir de guérison*, Paris, Payot, 1984

²¹ Parmi les ouvrages les plus emblématiques, citons A. Strauss, ed., *Social Organization of Medical Work*, Chicago, University of Chicago Press, 1985; D. Wilsford, *Doctors and the State. The Politics of Health Care in France and the United States*, Durham, NC' Duke University Press, 1991; P. Hassenteufel, *Les médecins face à l'État. Une comparaison européenne*, Paris, Presses de Sciences po, 1997

²² Le Sida notamment, a donné lieu à une importante littérature : M. Setbon, *Pouvoirs contre le sida. De la transfusion sanguine au dépistage : décisions et pratiques en France, Grande-Bretagne et Suède*, Paris, Le

politologues est bien évidemment celle des politiques publiques, centrée sur les processus décisionnels, les échelles de décision, les pouvoirs à l'œuvre menant à une direction particulière dans les choix politiques en santé, ou à l'imposition d'un instrument technique, dans le cadre d'un « système de santé », d'une « politique de santé » ou de diverses politiques sectorielles²³.

Ce qui est frappant dans l'ensemble de ces démarches de recherche est que la santé n'y est pas clairement définie, même si les auteurs s'appliquent à circonscrire le groupe, l'institution, la politique dont ils traitent. Elle n'apparaît pas comme l'objet du propos ; elle est traitée comme un permanent sous-entendu ou bien inexorablement tronquée pour les besoins de la compréhension d'une de ses parties. Une analyse politique de la santé ne semble pouvoir être trouvée que dans l'addition de ces dimensions multiples.

Notre objectif est de tirer profit de ces diverses approches (étude des processus décisionnels, des pouvoirs à l'œuvre, des catégories d'acteurs et d'activités et de leur entrée en cohérence), tout en cherchant à produire une vue plus systématique de l'objet santé lui-même, tel qu'il est construit par des acteurs sociaux. Ceux-ci participent de la mise en œuvre de politiques publiques, tissent des rapports de pouvoirs autour des questions sanitaires et leur traitement sur la scène publique, sont perpétuellement connectés dans des réseaux professionnels, territoriaux, institutionnels et affectifs. Par là même, ils engagent en permanence des représentations qui forment et réforment l'objet santé lui-même. En ce sens nous nous rapprochons de la perspective de « la construction sociale de la réalité » consistant en une déconstruction des objets et en une attention particulière portée aux représentations²⁴. Une telle approche doit permettre « de questionner les fondements normatifs qui connotent les catégories de la pensée et l'orientation de l'action, et qui

Seuil, 1993 ; N. Dodier, *Leçons politiques sur l'épidémie de sida*, Paris, Éditions de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales, 2003

²³ Nous faisons ici référence à H. Jamous, *Sociologie de la décision. La réforme des études médicales et des structures hospitalières*, Paris, Les Éditions du CNRS, 1969 ; B. Palier, *Gouverner la sécurité sociale*, Paris, Presses Universitaires de France, 2005 ; G. Cresson, M. Drulhe, F. X. Schweyer, dir., *Coopérations, conflits et concurrences dans le système de santé*, Rennes, Éditions de l'École Nationale de la Santé Publique, 2003

²⁴ Nous nous fondons ici sur le constructivisme social de Berger et Luckman. P. Berger, T. Luckman, *La construction sociale de la réalité. Un traité de sociologie de la connaissance*, Paris, Méridiens Klincksiek, 1986 (1^{ère} édition 1966)

renvoient à la fois à la structuration des espaces sociaux et aux enjeux de pouvoir traversant ces espaces. »²⁵

La présente analyse de la santé se veut donc politique mais également pragmatique, représentationnelle et discursive, selon une perspective processuelle, inspirée des questionnements généraux de l'anthropologie. Il s'agit en définitive de viser une démarche de « description » au sens de Latour, c'est-à-dire de rendre compte des divers processus de connexion entre acteurs, des assemblages qu'ils construisent et se représentent, en d'autres termes, des multiples traces qu'ils laissent. Ces assemblages seront considérés non pas comme une politique de santé mais comme un monde commun désordonné²⁶. Nous ne cherchons pas à faire émerger les causes de ce que nous observons, ni à produire une théorie générale de la santé comme forme politique et comme champ d'action publique, mais plutôt (seulement) à mener un travail de « déploiement » des controverses qui se jouent dans la santé et des formes d'existence, les expériences multiples qui lui donnent corps²⁷.

Il ne s'agit pas de définir la santé en soi, ou pour de bon, en cherchant une objectivité que n'auraient pas les acteurs, mais bien d'analyser les dynamiques, les activités, représentations et prises de position, autrement dit les connexions auxquelles la santé se rapporte, ou plutôt qui se rapportent à la santé, et qui lui donnent sens. Cela revient à poser deux questions simples : quels acteurs se trouvent en présence et en connexion s'agissant de santé ? De quelle manière cohabitent-ils ?²⁸ Notre objectif n'est pas tant de résoudre le problème posé par la polymorphie de la santé ou de l'atténuer, mais au contraire de montrer comment elle est construite et à quelles constructions politiques, à quelles formes d'expériences elle donne lieu, en termes pratiques et représentationnels.

²⁵ M.-N. Schurmans, M. Charmillot, « Les sciences sociales face au paradigme médical : approche critique », *op. cit.* p. 333

²⁶ B. Latour, *Changer de société, refaire de la sociologie*, Paris, La Découverte, 2006

²⁷ Le vocabulaire est emprunté à Latour. Ainsi l'auteur nous dit-il que le modeste compte-rendu du sociologue peut offrir « une mise en scène provisoire des connexions qu'il est parvenu à déployer ». B. Latour, *Changer de société, refaire de la sociologie*, *op. cit.* p. 202

²⁸ Nous nous inspirons ici des deux mécanismes que le chercheur doit rendre visibles selon Latour : « qui sommes nous ? [...] pouvons-nous cohabiter ? ». Nous considérerons ainsi avec l'auteur que certes, « ce n'est peut-être pas beaucoup, mais demander plus signifie souvent qu'on se contentera de moins », pointant par là un projet qui se veut un compte-rendu des processus de (re)composition d'un monde commun, mais pas l'initiateur d'une théorie générale, d'une « puissante explication ». B. Latour, *ibid.*

Notre approche se veut résolument dynamique et pragmatique : dynamique d'abord dans la mesure où les activités sont conçues comme produites au fur et à mesure de processus, saisies dans leur déroulement, comme un ordre perpétuellement (dé)construit ; pragmatique ensuite parce que nous nous fondons sur les expériences vécues interprétées et mises en discours. Il s'agit de rendre compte des opérations de qualification, de classification, d'adaptation, par lesquelles les acteurs perçoivent et se situent dans leur environnement, et des procédés de cohabitation qu'ils établissent, en somme des processus d'ajustement avec les autres et le monde²⁹.

Cette approche requiert certaines spécifications, dans un souci de clarification des outils méthodologique utilisés.

Les approches dites pragmatiques se centrent sur les manières de faire, en situation, donc sur le déploiement des multiples ajustements entre acteurs³⁰. Elles placent l'action au cœur de l'analyse. Cependant, bien d'autres courants font de même, notamment issus de la théorie du choix rationnel ou plus largement de l'individualisme méthodologique, ce qui nous amène à préciser notre positionnement.

Nous souhaitons replacer fondamentalement l'action dans les situations de son accomplissement qui font varier les états et les formes d'engagement des individus considérés, et qui sont le siège de la formation de collectifs, à partir de ces multiples engagements³¹. En ce sens, nous ne pouvons nous satisfaire d'une approche purement et

²⁹ Nous nous inspirons ici des mots de Dodier, N. Dodier, « Les appuis conventionnels de l'action. Eléments de pragmatique sociologique », *Réseaux. Communication, Technologie, Société*, vol. 11, n° 62, 1993, p. 63 – 85, notamment p. 65 et 67. Pour un éclairage sur la sociologie pragmatique, voir notamment M. Nachi, *Introduction à la sociologie pragmatique, Vers un nouveau style sociologique ?*, Paris, Armand Colin, 2006 ; P. Corcuff, *Les nouvelles sociologies*, Paris, Nathan, 1995 ; B. Conein, N. Dodier, L. Thévenot, dir., *Les objets dans l'action. De la maison au laboratoire*, Paris, Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales, 1993

³⁰ Notons que ces approches ne forment pas un courant cohérent. Elles procèdent de différentes disciplines (philosophie, linguistique, sociologie) et regroupent des auteurs extrêmement divers, tels que Thévenot, Latour, Dodier, ou Chateauraynaud, qui s'inscrivent en faux par rapport à certains modèles explicatifs traditionnels sans pour autant former un programme de recherche unifié.

³¹ Voir notamment L. Thévenot, *L'Action au pluriel. Sociologie des régimes d'engagement*, Paris, La Découverte, 2006

inexorablement rationnelle, calculatrice d'un individu qui serait adossé à un régime unique de justification et détaché de toute dynamique de construction de mondes communs.

De la même manière, l'intérêt pour les savoirs, pour les compétences des acteurs, qu'ils mobilisent pour évaluer et construire les situations et former des collectifs, ne signifie pas une focalisation sur ces capacités cognitives pour elles-mêmes, en tant qu'entités stables et autonomes : ces dernières doivent être conçues comme fondamentalement ancrées dans – et remodelées par – les conditions de leurs déploiement. Nous nous éloignons ainsi d'une approche purement cognitiviste de l'action.

Il apparaît bien à ce niveau que ce que nous souhaitons fondamentalement poursuivre est un projet théorique visant à dépasser, ou déplacer, la séparation traditionnelle entre l'individu et le collectif. L'étude du premier doit s'insérer dans celle du second, en tant qu'il s'agit de deux processus conjoints et interdépendants, pensés comme inscrits « dans une conception dialectique qui met en tension les dimensions historico-sociales et les dimensions interactionnistes »³².

Nous nous attachons aux situations d' « épreuves », aux processus d'association, d'entrée en cohérence entre des entités individuelles diverses, et non pas strictement à l'analyse de ces entités prises pour elles-mêmes, détachées du monde³³. Les individus sont conçus comme ancrés dans ces situations mais également comme des acteurs de leur construction, une telle circularité ne pouvant être saisie de manière satisfaisante en se basant sur une séparation ontologique irréductible entre l'individu et la société.

Il est à noter cependant que l'intérêt pour la construction des collectifs ne revient pas à considérer *a priori* les dynamiques d'association comme stratégiquement organisées. Nous traitons plutôt de connexions aléatoires qui peuvent, parfois, conduire à des constructions institutionnalisées, mais sans que ces dernières ne soient considérées comme la règle, ni prises comme base de l'analyse. Si nous cherchons à rendre compte de la manière dont des

³² M.-N. Schurmans, M. Charmillot, « Les sciences sociales face au paradigme médical : approche critique », *op. cit.* p. 332

³³ Sur la notion d'épreuve, voir notamment B. Latour, *L'Espoir de Pandore. Pour une version réaliste de l'activité scientifique*, Paris, La Découverte, 2001 ; L. Boltanski, L. Thévenot, *De la justification. Les économies de la grandeur*, Paris, Gallimard, 1991. Le terme d' « association » est ici utilisé dans le sens neutre que lui donne Latour, donc comme assemblage, connexion entre des choses et/ou des acteurs. Cf. B. Latour, *Changer de société, refaire de la sociologie*, *op. cit.*

collectifs se forment, nous n'entreprenons pas une étude de certains collectifs organisés au sein d'un champ donné de problématique. Notre démarche se détache à ce titre, nous aurons l'occasion d'y revenir, d'une approche par les mouvements sociaux ou d'une pure analyse cognitive de politiques publiques centrée sur les démarches stratégiques de certains groupes en vue d'influencer le processus décisionnel public, conçu comme relevant *in fine* d'une autorité gouvernementale. Les collectifs que nous étudions, même s'ils peuvent être considérés comme des communautés de croyances ou de valeurs, ne sont pas à proprement parler des réseaux, ou des *advocacy coalitions* telles qu'elles sont analysées par Sabatier et Jenkins-Smith³⁴. L'apport de ces auteurs à une vision linéaire et séquentielle des politiques publiques est indéniable puisque le changement dans l'action gouvernementale est conçu comme résultant de la compétition entre des coalitions plaidantes composées d'acteurs divers et cherchant à influencer les autorités politiques et administratives. Notre démarche se veut cependant plus large que celle d'une analyse de politiques publiques telle que celle de Sabatier et Jenkins-Smith. Les acteurs se connectent, s'ajustent, mais pas pour peser stratégiquement sur un processus décisionnel extérieur à leurs mobilisations, piloté par une autorité gouvernementale considérée comme en interaction avec des acteurs publics et privés multiples. Par conséquent nous nous plaçons plutôt à l'intérieur des processus de construction d'un monde commun, processus qui peuvent s'ancrer dans des régimes divers d'engagement. Nous ne pouvons ordonner ce monde commun *a priori*, en partant de coalitions stratégiques qui s'engagent dans le processus décisionnel public gouverné par des institutions d'un autre niveau : nous nous priverions peut-être de certains acteurs, de certains sens, en réduisant arbitrairement la diversité des formes d'engagement pour ne garder que celle de la stratégie d'influence d'un décideur public en vue de réaliser des objectifs. Nous ne pouvons nous fonder sur un modèle unique de stratégie de mise en cohérence. De telles coalitions émergent, nous le verrons plus loin, mais nous ne pouvons les considérer comme fondement systématique des démarches de construction de sens. Si nous refusons, avec la pragmatique, de considérer des individualités pour elles-mêmes, comme seulement porteuses d'un intérêt ou siège d'une cognition, nous souhaitons tout autant nous déprendre d'un déterminisme qui serait imposé, à l'inverse, par des structures plus ou moins cachées à l'acteur.

³⁴ P. Sabatier, H. C. Jenkins-Smith, *Policy change and learning. An Advocacy Coalition Approach (theoretical lenses on public policy)*, Boulder, Westview press, 1993

Des classes, des rôles sociaux tels qu'ils apparaissent notamment dans l'approche bourdieusienne, qui sont autant de cadres structurant l'interaction, ne peuvent à eux seuls rendre compte de la diversité des motifs et des modes d'engagement. Assurément l'espace social est fondamentalement relationnel et parcouru de luttes symboliques, mais ces dernières ne sont pas réductibles à des luttes de classes. Aussi ne cherchons-nous pas à mettre au jour des déterminations supérieures conduisant les acteurs à agir ou à qualifier le monde de telle ou telle manière : les constructions de sens se font au cours des situations, les acteurs disposant d'une part de créativité doublée d'un relatif savoir sur le monde dans lequel ils évoluent. Alors que le structuralisme bourdieusien cherche à expliquer pourquoi un sens domine et comment des hiérarchies sont reproduites dans la durée, nous souhaitons avant tout rendre compte de la manière dont se manifestent les processus de construction collective de sens. Nous ne nous situons pas dans un « champ » organisé et structuré d'enjeux et de positions sociales³⁵, mais dans un réseau d'accomplissements sociaux³⁶, non déterminé *a priori*.

Les situations ne sont pas non plus étudiées à travers un prisme institutionnaliste, dans la mesure où « la circulation est première, tandis que le paysage “dans lequel” circulent les agents et les modèles de toutes sortes viennent après »³⁷. Certes nous attachons une importance particulière à la construction de communautés de sens qui peuvent se maintenir dans le temps. Comme l'institutionnalisme historique, nous n'étudions pas des états de choses réifiés mais des processus de construction de systèmes normatifs³⁸. Mais nous

³⁵ Pour un éclairage sur l'analyse en termes de « champs », voir notamment P. Bourdieu, *La Distinction. Critique sociale du jugement*, Paris, Éditions de Minuit, 1979 ; P. Bourdieu, *Homo academicus*, Paris, Éditions de Minuit, 1984 ; P. Bourdieu, *Questions de sociologie*, Paris, Éditions de Minuit, 2002

³⁶ Le réseau doit ici être compris au sens de la théorie de l'acteur-réseau. Voir notamment B. Latour, *Changer de société, refaire de la sociologie*, *op. cit.*

³⁷ B. Latour, *Changer de société, refaire de la sociologie*, *op. cit.*, p. 287

³⁸ Pour un éclairage sur le courant institutionnalisme historique, voir notamment P. A. Hall, R. Taylor, « La science politique et les trios néo-institutionnalismes », *Revue Française de Science Politique*, vol. 47, n° 3-4, 1997, pp. 469 – 496 ; S. Steinmo et alii., eds., *Structuring Politics. Historical Institutionalism in Comparative Analysis*, New York, Cambridge University Press, 1992. Pour une analyse de l'influence de la structure institutionnelle du système politique sur les attentes de groupements de médecins, donc sur leur réaction vis-à-vis d'une réforme du système de soins, nous renvoyons à E. Immergut, *Health Politics. Interests and Institutions in Western Europe*, New York, Cambridge University Press, 1992

considérons ces derniers comme perpétuellement remaniés et redéfinis au cours des actions des acteurs qui toutes, impliquent une activité de représentation et de reconstruction des règles. Si les institutions structurent les interactions, leur propre structuration est également ré envisagée et constamment réévaluée à l' « épreuve » des situations. Les acteurs ne font pas que « réaliser une potentialité » qui serait issue des constructions institutionnelles, ils ne sont pas seulement « porteurs de forces qui passent à travers eux »³⁹, mais de manière fondamentalement active ils « actualisent des virtualités »⁴⁰, selon un rapport créatif, compétent pourrions-nous dire, au monde.

L'approche par les institutions aurait d'ailleurs été largement compromise par l'aspect très évolutif des cadres organisationnels dans le cas français. Une détermination de la cartographie des acteurs clefs à un moment de notre observation aurait perdu toute pertinence en cas de nouvelle création organisationnelle. Il paraît plus judicieux de s'attacher aux processus d'action, aux tendances sous-jacentes, plutôt qu'aux formes finies relevant des organigrammes, des instances décentralisées et déconcentrées.

Les acteurs ne sont donc ni des individualités déconnectées de tout contexte de sens social et politique, ni des agents déterminés, mais des actants fondamentalement connectés à d'autres et ancrés dans des situations qu'ils contribuent à construire⁴¹. Ces situations sont conçues comme des processus de « convergence relationnelle – ce qui ne signifie pas consensuelle – d'individus »⁴².

Dans une telle approche, l'apport théorique et épistémologique de l'ethnométhodologie est fondamental, dans la mesure où elle pose les faits sociaux non comme des objets stables mais comme le produit des activités des acteurs. Plus exactement la réalité sociale serait créée à partir des accomplissements pratiques à travers lesquels ils mettent en œuvre des

³⁹ B. Latour, *Changer de société, refaire de la sociologie*, op. cit., p. 222

⁴⁰ *Ibid.* p. 226

⁴¹ La notion d'actant, unité d'analyse fondamentale de la théorie de l'acteur-réseau est empruntée à Greimas. Elle désigne, sans distinction ontologique, toute entité, humaine ou non-humaine (objet, organisation, figure métaphysique) ayant une capacité à agir. Cf. A. J. Greimas, *Sémantique structurale*, Paris, Presses Universitaires de France, 1986 (1^{ère} édition 1966) ; B. Latour, *Changer de société, refaire de la sociologie*, op. cit.

⁴² M. Lussault, « L'instrument sanitaire. Rôles et valeurs de la santé publique », in D. Fassin, *Les figures urbaines de la santé publique*, op. cit. pp. 174 – 202, ici p. 176

savoirs et des capacités d'interprétation sur le monde et leur propre positionnement dans ce monde⁴³.

Nous souhaitons nous appuyer sur cette conception interactionnelle du monde mais en replaçant nos observations dans des processus potentiellement plus globaux, de plus longue durée. C'est ce que suggère Latour dans sa distinction entre ce qu'il nomme le « social n° 3 » composé des seules interactions de face-à-face, fragiles et provisoires, et le « social n° 2 » qu'il propose d'étudier, qui se rapporte à des formes d'association plus stables, durables, et qui sont « faites de quelque chose d'autre »⁴⁴. C'est également la position de Chateauraynaud qui cherche à aller au-delà de la fragmentation des situations, en replaçant les accomplissements des acteurs au cours des épreuves dans des processus de plus large portée, selon une approche configurationnelle⁴⁵.

Ce permanent va-et-vient entre l'individuel et le collectif, entre les interactions locales et des processus d'assemblage au long cours, est d'ailleurs déjà bien présent dans la théorie de la structuration de Giddens, articulée autour du concept de réflexivité⁴⁶. Chez cet auteur, une relation duale unit action et structure : le « structurel » qui permet à des pratiques de se maintenir et donne aux acteurs un horizon des possibles est conçu comme « à la fois le médium et le résultat non intentionnel des pratiques sociales » à travers lesquelles il est en permanence actualisé⁴⁷.

Notre questionnement a une double portée : quelles sont, d'une part, les formes publiques prises par l'objet santé telles qu'elles se déploient dans un espace local (**Partie I**) ? Par quels processus, d'autre part, des arrangements (stratégiques, politiques, techniques, matériels, cognitifs, discursifs...) plus ou moins stables sont trouvés entre ces formes et les acteurs qui en sont porteurs, formant un « agir sanitaire » (**Partie II**) ? Il s'agit de

⁴³ Voir notamment H. Garfinkel, *Studies in ethnomethodology*, Malden MA, Polity Press, 1984 (1^{ère} édition 1967)

⁴⁴ B. Latour, *Changer de société, refaire de la sociologie*, op. cit. p. 95

⁴⁵ F. Chateauraynaud, *La faute professionnelle. Une sociologie des conflits de responsabilité*, Paris, Métailié, 1991 ; F. Chateauraynaud, D. Torny, *Les sombres précurseurs. Une sociologie de l'alerte et du risque*, Paris, Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales, 1999

⁴⁶ A. Giddens, *La constitution de la société. Éléments de la théorie de la structuration*, Paris, Presses Universitaires de France, 1987 (1^{ère} édition 1984)

⁴⁷ *Ibid.* p. 85

s'interroger sur la manière dont est construite la santé, en tant qu'objet politique et objet d'action publique, et dont elle est produite à travers des processus évolutifs et plus ou moins stabilisés d'association d'acteurs multiples mais tous porteurs de légitimité.

Nous ne pouvons, pour cette démarche, nous contenter d'un éclairage sur l'activité de l'administration de la santé, ni des seuls professionnels de santé. Pour que la démarche descriptive soit complète, nous devons prendre en compte le large corpus d'acteurs qui s'associent à et dans cet agir collectif que nous proposons d'étudier, y compris ceux qui ne sont pas explicitement désignés comme des acteurs de santé ou menant une « politique de santé ». Nous ne travaillons pas sur les institutions, sur les professionnels, ni sur les élus pour eux-mêmes, mais plutôt sur des processus à travers lesquels s'associent ces acteurs. De même nous n'établissons pas une stricte analyse de politique publique, dans la mesure où nous cherchons à rendre compte du sens même de l'objet santé en retraçant le réseau des actions qui s'y rapportent. Nous nous situons finalement au niveau de la construction mutuelle entre l'objet, les politiques et les acteurs.

Dans une telle optique, la santé *n'est* pas, en tant que secteur objectivé d'action publique ou comme activité réifiée se donnant à voir à travers des dispositifs techniques connus *a priori* et qu'il s'agirait d'expliquer. Il est plus adéquat de dire qu'elle *devient*, au gré des connexions, des « concaténations » et ajustements entre acteurs hétérogènes⁴⁸.

Pour le dire simplement, l'agir sanitaire sera abordé en termes de « comment ça marche ? », par le prisme de trois questionnements, sur *l'être en devenir, le dire et le faire*. Ces trois pôles de la construction de l'agir sanitaire sont autant de dimensions complémentaires d'un seul et même processus d'action collective. Nous ne cherchons pas à percer à jour la vérité de la santé, donc à la définir pour elle-même, mais plutôt à rendre compte de ses effets de réalité et de sens, en se penchant sur les mobilisations sociales auxquelles ses définitions donnent lieu. C'est une démarche de désubstantialisation que nous proposons, pour accéder aux dynamiques de construction de pratiques et de significations.

⁴⁸ Le terme de « concaténation » est emprunté à Latour. S'agissant des acteurs hétérogènes que nous mentionnons, il est important de garder à l'esprit que les connexions se font entre des hommes mais aussi entre eux et des institutions, entre des hommes et des règles de droits, entre des dispositifs institutionnels et ces règles de droit etc. Même si dans la suite du propos « acteur » signifiera la plupart du temps un individu humain, les acteurs connectés doivent être conçus comme des « actants » aussi bien humains que non-humains, comme selon l'optique de la théorie de l'acteur-réseau.

De l'objet santé à l'agir sanitaire

Nous l'avons dit, notre analyse se veut porter à la fois sur l'objet santé et sur l'action publique qui s'y rapporte, ce double questionnement menant à l'utilisation d'un syntagme analytique propre, « l'agir sanitaire »⁴⁹.

L'agir sanitaire peut être conçu comme une catégorie critique incluant l'ensemble des activités relevant de la santé et l'ensemble des sens qui en sont au fondement ou découlent de ces actions. Les différents sens échafaudés en situation peuvent se compléter, se recouper, se contredire, voire entrer en concurrence. Mais tous participent d'un processus de construction d'action publique et de représentations, qui produit la structure d'un agir collectif, non ordonné *a priori* mais néanmoins commun. L'agir sanitaire doit fondamentalement se comprendre comme un devenir, comme la mise en forme(s) permanente de ce qui est considéré comme d'ordre sanitaire et de ce qui fait problème en santé dans la société française.

Il s'agit de mener une analyse critique de la manière dont les acteurs entrent en cohérence autour de l'objet santé dont ils participent à la (re)définition. Il serait alors possible de cerner l'agir sanitaire, en tant qu'action collective autour et sur un même objet santé à la fois partagé et disputé, mais jamais définitivement stabilisé.

L'agir sanitaire n'est pas réductible à une série de dispositifs techniques formant l'armature d'une politique publique et l'objectivation de normes législatives ou administratives. Il possède assurément une dimension instrumentale dans la mesure où les acteurs recherchent la réalisation de fins, en mobilisant des ressources et des savoir-faire. Il a également une forte dimension politique puisque c'est au travers de cet agir en devenir que sont définis et redéfinis les problèmes publics, de même qu'il cristallise des formes politiques de légitimité, de leadership. Enfin, il recèle une dimension fondamentalement représentationnelle et discursive : il prend forme et se renouvelle à travers les multiples

⁴⁹ Cette notion d'agir a notamment été utilisée par Weber, ce qui appelle une précision importante. Dans *Économie et société*, l'agir social désigne ce qui détermine le sens d'une action humaine, envers ou impliquant autrui. Il n'est conçu comme significatif que s'il est pleinement conscient. Notre conception de l'agir diffère en ce qu'elle n'établit pas de séparation entre des actions qui seraient proprement sociales et celle dont l'essence serait différente. Nous considérons des interventions plurielles, donnant lieu à des formes hétérogènes de connexions et d'ajustements, sans distinction ontologique *a priori*.

données expressives des acteurs et leurs mises en relation, de même qu'il structure ces démarches communicationnelles d'entrée en cohérence, de justification ou de construction rhétorique.

L'agir sanitaire est constitué des formes prises par les représentations de la santé et les actions entreprises en son nom, fondées sur les arrangements multiples construits par les acteurs et suscitant à leur tour de nouveaux arrangements. Il englobe, pour reprendre les termes de Fassin, la « construction politique de la santé », à savoir les catégories et instruments « à travers lesquels la santé est appréhendée », mais aussi sa « production », qui revient aux « réponses intentionnelles ou non que la société apporte aux problèmes identifiés comme relevant de la santé »⁵⁰. Nous pouvons y ajouter une dimension qui serait le leadership politique de la santé, autrement dit les jeux de pouvoirs et arrangements plus ou moins stratégiques que trouvent les acteurs pour coexister.

➤ **La santé, objet hybride et fondamentalement construit**

Analyser l'objet agir sanitaire, nécessite de revenir sur celui que constitue la santé, dans une perspective de clarification.

Les discours spontanés révèlent une extrême familiarité avec cet objet pourtant insaisissable, familiarité qui ne s'accompagne pas d'une unification des représentations et des cadres de référence, notamment parce que le problème est en partie conçu comme relevant de l'intime. Ici réside tout l'intérêt de la santé, manifestement publique, puisqu'elle donne lieu à des interventions légitimes des gouvernants et plus fondamentalement découle des conditions de vie en société, mais en même temps excessivement privée. Certains peuvent y voir « un bien collectif consommé individuellement »⁵¹, d'autant qu'en la matière, des missions pouvant être considérées comme relevant d'un service public sont en partie assurées par des acteurs privés. À l'inverse la perspective peut être renversée, pour appréhender la santé comme un bien individuel mais qui serait largement dépendant de l'expérience, des situations de vie collective, comprenant les déterminants de santé, les choix des autorités publiques, ou le fonctionnement du système de soins.

⁵⁰ D. Fassin, *L'espace politique de la santé*, op. cit. p. 12

⁵¹ *Hospitalis*, entretiens avec Michel Naiditch et Pierre Aïach, printemps 2007 n° 2, pp. 3 – 5, ici p. 4

Si l'objet santé est particulièrement difficile à saisir, c'est parce qu'il est fondé sur une profonde imbrication entre nature et culture, parce qu'il a trait à la fois au corps physique et au corps social et aux rapports qu'ils entretiennent, impliquant « la matérialité de l'anatomie, de la physiologie, de la biologie, et ses traductions dans l'espace moral, intellectuel et symbolique »⁵². Sa définition comme son traitement relèvent du politique, de l'intervention publique visant la régulation de la cité (**Partie I chapitre 1**) ; néanmoins il est impossible de penser la santé sans prendre également en considération les déterminations génétiques, les mécanismes physiques, biologiques et chimiques de développement des virus, d'évolution des cellules, ou de réponse des corps. L'activité scientifique en la matière révèle d'ailleurs fortement cette intrication entre politique et nature : la santé est un domaine fortement technique, fondé sur l'étude des déterminations naturelles, mais elle apparaît tout particulièrement inscrite dans la société puisqu'elle fait évoluer la communauté scientifique mais aussi les croyances à l'œuvre, les conditions d'existence des individus et les outils d'intervention des gouvernants. De manière significative, la médecine fondée sur un savoir scientifique en permanente évolution procède aussi d'un art, socialement ancré, d'un savoir-faire socialement reconnu, d'où découle une influence politique.

Nous en revenons aux réflexions de Latour sur l'invention de la pompe à air par Boyle : « Autour du travail de la pompe se reforment un nouveau Boyle, une nouvelle nature, une nouvelle théologie des miracles, une nouvelle sociabilité savante, une nouvelle société qui inclura dorénavant le vide, les savants et le laboratoire. »⁵³ Ainsi, « La nature va sortir altérée du laboratoire de Boyle », mais « la société anglaise également », de même que le scientifique lui-même et les théoriciens politiques⁵⁴.

La santé se donne donc à voir comme un « imbroglio sociotechnique », un « hybride », pour reprendre la terminologie de Latour, requérant une analyse symétrique prenant en compte la

⁵² D. Fassin, *Les enjeux politiques de la santé. Etudes sénégalaises, équatoriennes et françaises*, Paris, Karthala, 2000, p. 11

⁵³ B. Latour, *Nous n'avons jamais été modernes. Essai d'anthropologie symétrique*, Paris, La Découverte, 1991, ici p. 110 – 111

⁵⁴ *Ibid.* p. 111

nature et la culture, ou la science et la politique, à la fois les éléments conçus comme réels, sociaux et narrés⁵⁵.

Dans ces conditions, la santé ne peut apparaître que comme un construit social, établi au cours des connexions actives entre acteurs et au gré des controverses à l'œuvre dans l'espace politique. Elle n'est pas un donné qui *serait* indépendamment des opérations de reconstruction et redéfinition issues de l'expérience des acteurs. Comme le souligne Fassin, elle « n'existe pas en soi mais dans le processus par lequel elle se réalise », elle se constitue « par et dans » les interventions visant à solutionner des problèmes⁵⁶. En ce sens avec cet auteur, « Aux lectures réifiantes de la santé, qui en livre une définition *a priori*, on préférera donc une approche relationnelle qui en fait un objet construit *a posteriori*, au terme de concurrences et de luttes entre les agents, tant pour énoncer ce qu'elle est que pour en faire prévaloir les modèles. »⁵⁷

C'est bien la santé en action qu'il s'agit de saisir, constituée à partir de processus constants de construction de représentations et d'activités.

➤ **La définition problématique d'une *politique* de santé : l'analyse des politiques publiques comme cadre lacunaire pour penser l'action publique de la santé**

Nous l'avons dit, la santé a souvent été étudiée par les sciences sociales à travers le prisme des politiques publiques. Elle a pu être abordée par une approche sectorielle de l'intervention publique, puis par une approche plus processuelle et horizontale en termes d'« action publique », fondée sur les notions de « système d'action » ou de « réseau de politiques publiques »⁵⁸. Pourtant la santé nous apparaît déborder le cadre sectoriel et quelque peu malmener l'approche systémique de l'analyse de l'action publique.

⁵⁵ B. Latour, *Nous n'avons jamais été modernes*, op. cit. p. 15. la santé doit donc faire l'objet, si l'on suit l'analyse de auteur, d'un regard non moderne ou « amoderne » porté sur des collectifs qui se déploient entre la nature et la culture.

⁵⁶ D. Fassin, « Politique des corps et gouvernement des villes », in D. Fassin, dir., *Les figures urbaines de la santé publique. Enquête sur des expériences locales*, Paris, La Découverte, 1998, pp. 7 – 46, ici p. 13 et p. 14

⁵⁷ D. Fassin, *Les enjeux politiques de la santé*, op. cit. p. 10

⁵⁸ Voir notamment Y. Mény, J.-C. Thoenig, *Politiques Publiques*, Paris, Presses Universitaires de France, 1989, ainsi que P. Le Galès, M. Thatcher, dir., *Les réseaux de politiques publiques. Débat autour de la notion de policy networks*, Paris, L'Harmattan, 2000

Une politique publique a été définie par Mény et Thoenig comme un « programme d'action gouvernementale dans un secteur de la société ou dans un espace géographique »⁵⁹. Selon cette conception, elle correspond avant tout aux activités pratiques ou normatives d'autorités publiques. Un secteur de politique publique revient quant à lui à un assemblage de rôles sociaux structurés selon une logique verticale et des mécanismes de reproduction autonomes. Il constitue un ensemble cohérent, regroupant essentiellement ceux qui travaillent dans un champ déterminé de la société et les agents administratifs chargés de la régulation de cette profession et de ses activités⁶⁰.

Or cette approche s'avère aujourd'hui largement insuffisante pour traiter de la santé et de l'action collective qui s'y rapporte. L'observation de terrain comme les stratégies explicites des acteurs révèlent en effet divers processus de débordement du cadre sectoriel⁶¹, que nous qualifierons en termes de polysectorialité, multisectorialité et transectorialité.

La santé apparaît d'abord comme polysectorielle dans la mesure où, telle qu'elle est traitée par les pouvoirs publics et telle qu'elle ressort des représentations des acteurs, elle se compose de plusieurs secteurs (**Partie I chapitre 2**)⁶².

Sans entrer dans le détail du véritable dédale institutionnel traitant de santé, nous pouvons observer un secteur du soin d'une part, un secteur de la santé publique d'autre part. S'ils sont conçus comme complémentaires, voir comme deux dimensions d'une même action publique, ils n'en restent pas moins gérés séparément : à l'échelle régionale par exemple, le premier appartient essentiellement à l'Agence régionale d'hospitalisation (ARH) et aux organismes d'Assurance maladie, tandis que la seconde est du ressort du Groupement régional de santé publique. Certes, ce groupement est composé d'acteurs représentant les administrations en charge du soin, mais il demeure tout de même une institution distincte, chargée de la distribution de fonds spécifiquement dédiés.

⁵⁹ Y. Mény, J.-C. Thoenig, *Politiques Publiques*, op. cit. p. 130

⁶⁰ Voir notamment, B Jobert, P. Muller, *L'Etat en action. Politiques publiques et corporatismes*, Paris, Presses Universitaires de France, 1987

⁶¹ Le terme de débordement a déjà été utilisé notamment par O. Mériaux, « Le débordement territorial des politiques sectorielles », in A. Faure, A.-C. Douillet, dir., *L'action publique et la question territoriale*, Grenoble, Presses Universitaires de Grenoble, 2005, pp. 27 – 32

⁶² Du moins jusqu'à aujourd'hui, avant la mise en place effective, prévue pour 2010, des futures Agences régionales de santé censées assurer un pilotage de la politique de santé (voir *infra*).

Par ailleurs, au sein même du soin, les activités hospitalière et libérale peuvent être considérées comme deux champs cloisonnés. Cette séparation va bien au-delà des discours spontanés faisant état d'un « secteur hospitalier » et d'une « médecine de ville » comme deux objets de politique et de réflexion distincts : leur régulation passe effectivement par des autorités et des canaux de financement différents, tandis que, nous aurons l'occasion d'y revenir, leurs philosophies d'action divergent parfois jusqu'à l'opposition.

Du point de vue organisationnel, l'ARH est, depuis 1996, l'instance chargée de planifier et de mettre en œuvre la politique de santé à l'échelon régional. Cependant sa compétence se limite au financement des établissements hospitaliers. Elle ne peut organiser une politique régionale globale, en transférant notamment certaines activités de l'hôpital vers la médecine de ville, cette dernière restant de la compétence exclusive de l'Assurance maladie. Elle n'a pas non plus la main sur le versant médico-social, qui inclut notamment les maisons de retraite, dont la création est du ressort des communes et Conseils généraux.

Quant aux modes de financement, qui sont structurants et représentent une dimension clef dans la compréhension des rapports de force à l'œuvre, l'unité sectorielle n'apparaît pas non plus. L'Objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam) voté chaque année par le Parlement est divisé en enveloppes correspondant à des objectifs par « secteur », à savoir « les soins de ville qui comprennent les honoraires de tous les professionnels exerçant à titre libéral [...] les prescriptions délivrées en ville, les indemnités financières versées en cas d'arrêt de travail », puis les établissements sanitaires publics et assimilés, les cliniques privées et enfin le « secteur médico-social » qui comprend les structures et les services dédiés aux personnes âgées ou handicapées⁶³. Les priorités pour chaque « secteur » sont, de fait, évaluées séparément par les pouvoirs publics.

Si la répartition et la gestion des financements hospitaliers reviennent à l'ARH, le secteur ambulatoire est spécifiquement financé par l'Assurance maladie, selon une tarification à l'acte qui est fixée par des conventions négociées avec les syndicats représentatifs de professionnels de santé, qui définissent les conditions d'exercice et les modalités de remboursement des actes des praticiens.

Ces modes d'organisation et de financement séparés tendent à matérialiser un clivage entre l'hôpital et la pratique de ville qui se retrouve dans les représentations mêmes des acteurs de

⁶³ Haut Comité de la santé publique, *La santé en France*, Paris, La Documentation française, 2002, p. 267

terrain qui conçoivent deux types de pratiques, d'identité professionnelle et de valeur bien distincts.

Les structures de référence des praticiens, et avec eux les régimes de responsabilité, diffèrent, avec d'une part des membres de la fonction publique bénéficiant de garanties statutaires et salariales et de l'autre des professionnels libéraux payés à l'acte et gérant une clientèle de patients. Si les hospitalo-universitaires constituent une élite professionnelle et intellectuelle, ils n'ont pas imposé tout à fait leur pratique et leur image sociale de la médecine. Ils n'exercent pas de leadership de la représentation, ni au sens d'image sociale ni au sens de représentation politique de l'ensemble de leurs pairs dans la négociation avec les pouvoirs publics. Le rapport de force est d'ailleurs latent avec les praticiens libéraux qui entretiennent leurs référentiels propres. En ce sens, l'une des « clefs » des politiques sectorielles identifiées par Jobert et Muller, à savoir l'émergence d'un leadership professionnel assurant le modelage et la direction du secteur, n'apparaît pas véritablement à l'œuvre⁶⁴.

La santé transgresse ensuite le cadre sectoriel parce qu'elle apparaît fondamentalement multisectorielle (**Partie I chapitre 2**).

La persistance voire l'aggravation des inégalités de santé, territoriales ou sociales⁶⁵, la prise de conscience de la nécessité de démarches préventives précoces au sein et avec les milieux de vie, ou encore les défis représentés par l'évolution des prises en charge du fait du vieillissement de la population ou du développement des maladies chroniques sont autant de problématiques qui mettent en exergue les liens étroits entre des questionnements en termes de santé et divers domaines d'action publique, eux-mêmes plus ou moins sectorisés. La frontière tenue entre prise en charge sociale et intervention en santé notamment, a donné lieu à une importante littérature en sciences sociales mais aussi à des ouvrages spécialisés de formation et d'information professionnelle. Les personnes âgées nécessitent par exemple

⁶⁴ B Jobert, P. Muller, *L'Etat en action, op. cit.* pp. 60 – 61. L'établissement d'un leadership administratif est, pour les auteurs, une autre clef des politiques sectorielles. Ce versant paraît également incertain, dans la mesure où en matière de santé, n'existe pas de grand corps qui exercerait un monopole sur l'expertise, comme peuvent le faire les ingénieurs des Mines ou des Ponts et chaussées auxquels se réfèrent Jobert et Muller. Par ailleurs, interfèrent avec les stratégies des administrations spécifiquement en charge des affaires sanitaires, les compétences – et conceptions – d'autres segments administratifs, par exemple en charge de la politique de la Ville, ou de l'aménagement du territoire, sans compter l'administration de l'Assurance maladie.

⁶⁵ Voir notamment A. Leclerc, dir., *Les inégalités sociales de santé*, Paris, La Découverte, 2000

des prestations qui brouillent les clivages entre aide à domicile et soins infirmiers, ou entre soins à domicile et hospitalisation. De même les dispositifs d'aide à des catégories de population considérées comme fragiles, telles que les jeunes ou les personnes en situation de précarité, allient des démarches de soutien social dont les objectifs sont la restauration de l'estime de soi, l'accompagnement vers le soin et l'éducation à la santé, à des démarches de soin visant à restaurer les capacités d'intégration sociale. La dynamique d'intégration s'avère double entre les outils d'intervention en matière sociale et en matière sanitaire, chaque domaine apparaissant indispensable à la réalisation des objectifs de l'autre, au point que l'étiologie des problèmes ne peut manifestement être définie en des termes exclusivement sociaux ou de santé.

Cependant d'autres domaines d'intervention, appartenant à des cadres professionnels ou administratifs pourtant spécialisés constituent de multiples facettes – et de multiples représentations – de la santé qui, donc, n'apparaît pas comme un secteur mais bien comme un champ composite, comprenant de multiples secteurs. Pour n'en citer que quelques-uns, les missions de l'école telles qu'elles figurent dans le Code de l'Éducation, les politiques d'insertion, comme les projets de rénovation urbaine, ou encore les campagnes de protection de l'environnement représentent des secteurs distincts de l'intervention publique mais sont aussi autant de voies pour traiter de santé : « il entre dans les missions de l'école de promouvoir la santé des élèves et de développer leurs compétences afin qu'ils puissent eux-mêmes adopter des comportements favorables à leur santé »⁶⁶ ; l'insertion sociale passe, nous l'avons dit, par une restauration de l'estime de soi et l'amélioration de l'état de santé, par exemple pour le retour à l'employabilité ; la rénovation de l'habitat peut inclure un volet de lutte contre le saturnisme, tout comme les combats environnementaux, notamment en milieu urbain, impliquent une dimension de prévention des allergies ou des pathologies respiratoires en lien avec la qualité de l'air, les expositions aux substances chimiques ou à divers agents cancérigènes.

La santé apparaît bien innover diverses politiques publiques, son extension ne pouvant être réduite à la définition qu'en donne l'une d'entre elles. Elle est un domaine constitué des problématiques soulevées et des directions privilégiées par et dans divers secteurs.

⁶⁶ Site du ministère de l'Éducation nationale, www.education.gouv.fr, rubrique « la santé des élèves » [page consultée le 11 juin 2008]

Sur la base de ces deux sources de diversité, se développent des conceptions explicitement transversales de la santé, conçue comme un objectif, voire comme une valeur, à vocation transectorielle (**Partie I chapitre 1**).

La définition de la santé promue par l'OMS développe une définition de la santé comme problème public transversal, central dans la gestion des sociétés. L'améliorer ou la restaurer nécessiterait de s'attaquer à tous facteurs qui se conjuguent dans l'espace social, à savoir les conditions de vie, c'est-à-dire de logement, d'alimentation ou de transport, les conditions de travail, la qualité de l'environnement, mais encore les relations sociales, l'instruction ou l'accès à la culture. La santé devient en définitive « la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et, d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne [...]. Ainsi donc, la promotion de la santé ne relève pas seulement du secteur sanitaire : elle dépasse les modes de vie sains pour viser le bien-être. »⁶⁷

En découlent des questionnements en termes de « santé globale » qui produisent une évolution des démarches curatives classiques elles-mêmes. Le soin doit être envisagé dans une gestion conjointe avec la situation familiale ou professionnelle de la personne considérée. Des dispositifs comme les Ateliers santé ville sur lesquels nous reviendrons vont plus loin et tendent à faire de la santé un objectif politique général, un fondement commun à l'ensemble des problématiques sectorielles telles que par exemple les transports, l'environnement, ou l'insertion sociale.

Si la santé ne cadre pas avec l'analyse sectorielle des politiques, elle n'entre pas non plus sans difficulté dans une approche plus systémique de l'action publique (**Partie II chapitre 2**).

Dans la suite de leur ouvrage, Mény et Thoenig montrent qu'une politique publique peut être conçue comme un « système d'action publique », structuré par les relations multiples que l'autorité gouvernementale entretient avec d'autres acteurs, au-delà de ceux qui exercent une fonction formelle dans le processus décisionnel public⁶⁸. Apparaît une conception beaucoup plus ouverte de « l'action publique », non plus centrée sur la seule

⁶⁷ www.euro.who.int/AboutWHO [page consultée le 15 mars 2008]

⁶⁸ Y. Mény, J.-C. Thoenig, *Politiques Publiques*, op. cit. p. 150

autorité de gouvernement, ou sur l'activité d'une administration, mais comme un ensemble complexe d'interventions d'acteurs publics et privés⁶⁹. Cependant dans cette approche encore, le système d'action considéré est analysé dans l'optique d'une action collective, comme une configuration de multiples intervenants aboutissant à une réforme, à la réalisation d'un objectif.

Or la santé ne peut être conçue comme donnant lieu à une intervention coordonnée et cohérente d'un système en tant que cadre d'action unifié et clairement observable. Les limites du secteur comme cadre d'analyse que nous venons de montrer impliquent en effet l'absence d'une unicité *a priori* dans les objectifs comme dans les résultats des interventions touchant à la santé.

Jobert et Muller définissaient également une politique publique comme « une image sociale c'est-à-dire une représentation du système sur lequel on veut intervenir » et « un ensemble de moyens »⁷⁰. C'est justement cette unité d'objet – en termes pratiques comme représentationnels – qui ne peut être considérée comme donnée. Il n'y a pas une action publique de la santé mais des actions non ordonnées *a priori* qui produisent ce que nous appellerons un agir sanitaire incluant, nous l'avons dit, des processus multiples et non concordants de construction d'activités et de sens.

➤ **De la santé à l'agir sanitaire : une nécessaire approche par les processus de construction d'image et d'associations des acteurs**

Puisque la santé n'est pas, ni en tant qu'objet dont la substance serait définie, ni en tant que domaine d'action sectoriel, ni même en tant que système d'action unifié, il nous faut la considérer et l'étudier comme une dynamique processuelle ou, comme l'aurait dit Prigogine, en passant « de l'être au devenir »⁷¹.

En ce sens, il ne s'agit pas pour nous d'étudier des acteurs, individus ou institutions, pour eux-mêmes, à travers leur état ou leurs stratégies propres, mais de les considérer comme les parties prenantes de dynamiques collectives de construction de la réalité. Selon une représentation que nous pourrions qualifier, avec Stengers, de « whiteheadienne », les

⁶⁹ Voir notamment à cet égard P. Duran, *Penser l'action publique*, Paris, LGDJ, 1999

⁷⁰ B Jobert, P. Muller, *L'Etat en action*, op. cit. p. 51

⁷¹ I Prigogine, *From being to becoming. Time and complexity in the physical sciences*, San Francisco, W. H. Freeman and Compagny, 1980

acteurs sont conçus comme donnant vie à un processus qui lui-même est constitutif de leur existence⁷². Les unités étudiées ne sont pas autonomes, ni même seulement en interaction ; leur existence est « définie par le devenir auquel elles participent »⁷³. Partant, la santé ne peut être comprise tout à fait en procédant à une addition d'acteurs, de dispositifs, ou encore de politiques qu'il serait possible d'étudier séparément puis de considérer *ensuite* comme les parties d'un tout. Chacune des entités considérées doit être constamment rattachée aux autres et au monde commun.

Ici émerge le lien fondamental avec la perspective « amoderne » de la santé que nous souhaitons développer. Comme le souligne Latour, « Lorsque nous abandonnons le monde moderne, nous ne tombons pas sur quelqu'un ou sur quelque chose, nous ne tombons pas sur une essence, mais sur un processus, sur un mouvement, un passage, littéralement, une passe, au sens de ce mot dans les jeux de balle. Nous partons d'une existence continuée et risquée – continuée parce qu'elle est risquée – et non pas d'une essence ; nous partons de la mise en présence et non pas de la permanence. Nous partons du *vinculum* lui-même, du passage, de la relation »⁷⁴.

L'agir sanitaire doit alors être compris comme un processus né des multiples manières dont des acteurs s'associent, s'ajustent, donc se transforment et forment des collectifs dynamiques (**Partie II**).

Dans ces conditions, si nous recherchons une vue globale de cet agir processuel, nous n'entendons pas en produire une représentation définitive. Justement parce qu'il naît de l'entrée en cohérence continue de perspectives diverses, l'agir sanitaire observé ne doit pas être envisagé comme un système fermé. Il n'est ni défini ni définitif parce qu'aucun cadrage discriminant ne permet d'affirmer que de nouvelles connexions ne pourront apparaître, ou que certains acteurs ne sortiront pas de la scène.

Comme nous ne pouvons donner une définition essentialiste de la santé ni fournir un cadrage définitif de l'action collective en la matière, l'agir sanitaire est analysé comme une nébuleuse sans noyau prédéterminé. Cela ne signifie pourtant pas à une célébration du

⁷² I. Prigogine, I. Stengers, *La nouvelle alliance. Métamorphose de la science*, Paris, Gallimard, 1986, p. 376. Rappelons que la pensée de Whitehead identifie la réalité à un processus constant de flux et de changement, une dynamique sans trajectoire prédéfinie.

⁷³ *Ibid.*

⁷⁴ B. Latour, *Nous n'avons jamais été modernes*, op. cit. p. 176

désordre : toutes les activités ne sont pas nécessairement aléatoires ; pour autant, si ordre il y a, il ne constitue pas un donné mais un construit des acteurs, livré par ces derniers. Par conséquent, plutôt que de choisir une voie, un sens bien spécifié de la santé, pour ensuite chercher à comprendre comment les acteurs y évoluent, nous entendons renverser la logique et prendre acte « des liens entre des cadres de références instables et changeants »⁷⁵, en rendant compte des multiples connexions entre les acteurs qui elles, seront constitutives du processus de construction de la santé. Il s'agit, comme le suggèrent les théoriciens de l'acteur-réseau de « trouver de l'ordre *après* avoir laissé les acteurs déployer toute la gamme des controverses dans lesquelles ils se trouvent plongés. [...] la tâche de définition et de mise en ordre du social doit être laissée aux acteurs eux-mêmes, au lieu d'être accaparée par l'enquêteur. C'est pourquoi, si l'on veut retrouver un certain sens de l'ordre, la meilleure solution consiste à tracer des connexions *entre* les controverses elles-mêmes plutôt que d'essayer de décider comment résoudre une controverse donnée. »⁷⁶

Or les connexions s'établissent entre des pratiques, mais aussi entre des représentations de la santé et des activités entreprises, d'où, aussi, entre des démarches de légitimation. Elles doivent également être considérées comme fondamentalement discursives : la communication, les façons de dire sont autant de façons de reconstruire le monde commun, par des dynamiques de réflexivité, d'élaboration de justification, de confrontation des perspectives et d'intégration des points de vue. Le *dire* sera pour nous une autre dimension analytique pour décrire le faire des acteurs, donc le devenir de l'agir sanitaire.

Discours et construction de l'action

Le discours est au centre d'une analyse processuelle et interactionnelle de la santé. Nous le concevons ici comme la construction d'un énoncé et comme le porteur d'une énonciation particulière, d'une intentionnalité. Il décrit les actions, donne à voir la position des acteurs, mais il est aussi une forme d'action sur autrui et le monde. Nous le considérons dans ses manifestations individuelles, à travers les récits des acteurs, mais aussi dans ses formes plus officielles, tel qu'il apparaît dans les productions écrites publiques que sont les rapports, les

⁷⁵ B. Latour, *Changer de société, refaire de la sociologie*, op. cit. p. 37

⁷⁶ *Ibid.* p. 36

textes de loi ou les règlements administratifs. Lorsque nous aborderons les normes juridiques ou législatives à l'œuvre en matière de santé, nous ne nous attacherons pas à un contexte législatif pour ensuite en étudier la réception et les mises en discours par les acteurs, mais bien à deux formes distinctes, deux niveaux de discours qu'il faudra confronter.

En ce sens, nous devons envisager le discours à travers trois dimensions : il donne accès à l'expérience vécue des acteurs ; il révèle des activités constantes de définition, de catégorisation de leur part ; il participe de la permanente redéfinition de l'action collective, dans ses représentations et ses objectifs. Il a un rôle pour soi et dans la relation à autrui, et il est constitutif de l'action publique.

L'agir sanitaire doit être compris comme un agir de type « communicationnel »⁷⁷. Pour Habermas les relations de communication ne sont pas seulement un mode d'interaction verbale permettant d'échanger des informations. Elles sont véritablement structurantes et signifiantes pour l'action : toute activité dans le monde ne peut exister qu'au travers des propositions que les acteurs échangent sur ce monde, au travers de toute une série d'actes de langage qui permettent *in fine* les actions immédiates mais surtout les actions stratégiques.

Notons que nous n'entendons pas procéder à une analyse systématique de l'agir sanitaire en tant qu'« agir communicationnel » tel qu'il est décrit par Habermas, comme fondement d'un accord démocratique au sein d'une société conçue comme un monde vécu mais également comme un système. L'auteur pose le débat et la négociation libre comme des manières de construire un consensus éthique et politique : l'agir communicationnel, qui permet un relatif décentrage de chacun par rapport à ses propres intérêts, est posé comme la base de construction d'un système politique démocratique fondé sur la renégociation des situations.

Nous nous attachons pour notre part à une analyse des mondes vécus en train de se faire, plutôt qu'à une théorie de la société. Aussi retenons-nous simplement de la théorie habermasienne l'idée d'un agir collectif construit sur – et révélé par – des rapports communicationnels centraux dans la définition des situations. C'est dans la communication, c'est-à-dire dans la construction discursive qui peut être à la fois explicative, argumentative, rhétorique ou revendicative, que se construisent les objets d'action et les formes de cette

⁷⁷ J. Habermas, *Théorie de l'agir communicationnel*, Paris, Fayard, 1987

action. Les pratiques discursives permettent tout à la fois une interprétation de ce qui se passe, une élaboration de règles pour vivre collectivement et une contribution permanente à la structuration du monde social. Elles représentent fondamentalement ce qui permet de s'entendre, selon les deux acceptions du terme, à savoir se comprendre et construire un monde commun.

Notre démarche se base sur une conception signifiante et réflexive des discours qui à la fois décrivent et constituent un cadre social⁷⁸. Les descriptions du social deviennent des parties intégrantes du monde social qu'elles donnent à voir, l'activité de description d'une situation étant tout autant une activité de constitution⁷⁹. Le discours devient un médiateur du vécu, à un double titre : d'une part dans sa dimension de véhicule, d'intermédiaire, il donne à voir des vécus ; d'autre part il est doté d'une capacité active de traduction et de redéfinition, il donne forme et transforme ces vécus⁸⁰.

Dans la mesure où nous considérons un agir sanitaire en permanente construction à travers les connexions des acteurs, il s'agit de cerner ce que disent les acteurs lorsqu'ils font, et sur ce qu'ils font, donc comment ils rendent compte de ces connexions. Ce sont ces comptes rendus qui donneront le sens de la santé et de l'agir sanitaire en révélant un état de choses concret pour les acteurs⁸¹. Ce que nous proposons revient à une étude de la santé « à travers les expressions et les représentations qu'elle livre d'elle-même »⁸², pour saisir un agir sanitaire en situation, ou plutôt en situations.

⁷⁸ Voir notamment, sur la notion de réflexivité, A. Giddens, *La constitution de la société*, Paris, Presses Universitaires de France, 1987 ; A. Giddens, *New Rules of Sociological Method. A positive critique of interpretative sociologies*, New York, Basic Book Publishers, 1976. Voir aussi L. Boltanski, L. Thévenot, *De la justification : les économies de la grandeur*, Paris, Gallimard, 1991 : le chercheur doit développer « pragmatique de la réflexion » en considérant la compétence réflexive des acteurs dans la construction de leur action (p. 425)

⁷⁹ Ainsi, selon la logique proposée par Austin, dire c'est déjà faire. J. L. Austin, *Quand dire c'est faire*, Paris, Le Seuil, 1991 (1^{ère} édition 1962)

⁸⁰ Ce second sens fort inclut dans la notion de « médiateur » nous est donné par Latour, justement en opposition à la passivité et la fidélité du simple « intermédiaire ». Cf. B. Latour, *Nous n'avons jamais été modernes*, *op. cit.*

⁸¹ Nous nous référons ici aux *accounts* mis en lumière par Garfinkel. H. Garfinkel, *Studies in ethnomethodology*, *op. cit.*

⁸² D. Fassin, « Politique des corps et gouvernement des villes », *op. cit.* p. 11

Une telle approche pourrait être taxée de relativisme, mais elle nous apparaît au contraire suspendre cette critique par une démarche qui se veut volontairement perspectiviste. Prendre en considération la multiplicité des perspectives sur et dans un objet ne signifie pas que chaque acteur possède *sa* vérité, mais plutôt que tout point de vue est une condition de manifestation du réel. Nous ne procédons pas à une énumération de points de vue subjectifs qui seraient dénués de réalité, par opposition à une vérité objective, générale, donnée : plusieurs perspectives existent et s'expriment sur un objet qui justement nous donnent accès à l'objet tel qu'il fait sens dans l'action. Une nouvelle fois, le commun n'est pas donné mais bien construit dans la relation pratique et discursive.

Nous ne pouvons d'ailleurs établir de distinction ontologique entre discours et pratique. À titre d'exemple, la territorialisation de l'action publique ou la santé globale sur lesquelles nous reviendrons sont des discours, des mises en formes et en sens de ce qui doit être ; mais elles correspondent également à des pratiques, à la mise en œuvre de dispositifs et au déploiement de rapports de pouvoirs, par exemple à travers la décentralisation ou la mise en place de protocoles de prise en charge pluridisciplinaires.

Les discours des acteurs sont porteurs de représentations de ce qui est ou de ce qui doit être, donnent forme à ces représentations qui, elles-mêmes, produisent des effets de réalité⁸³. Finalement, en rendant compte des pratiques, des institutions, les acteurs nous éclairent sur ce qu'elles sont. Étudier les données expressives fournies par les acteurs permet de comprendre ce qui fait sens pour eux, et par là même d'avoir accès au sens de l'agir sanitaire.

➤ **Le discours comme révélateur des vécus significatifs**

Notre analyse de l'agir sanitaire passe par un déploiement des vécus, issus de l'expérience des acteurs, en restituant les façons de dire ces vécus. Il s'agissait durant notre enquête de faire parler les acteurs sur leurs propres pratiques, de les amener à raconter ce qui leur semblait important, significatif, à exprimer ce qui pour eux, faisait sens. Ce corpus discursif – tout comme d'ailleurs celui qu'il est possible d'extraire du discours officiel,

⁸³ W. I. Thomas, D. Thomas, *The Child in America: Behavior Problems and Programs*, New York, Knopf, 1928

juridique ou législatif – donne à voir ce qui est à l’œuvre et ce qui fait problème en matière de santé.

Les acteurs sont capables de rendre compte de leurs propres actions, comprises dans des situations particulières. Ils parlent facilement de leurs propres accomplissements pratiques, maîtrisent le langage pour traiter de cette action et plus largement de la situation dans laquelle ils vivent. Cela revient à ce que Giddens a qualifié de « pénétration discursive » de la réalité sociale par les acteurs. Cette capacité discursive doit être entendue aussi comme une capacité de compréhension. Les acteurs sont *knowledgeable*, c’est-à-dire qu’ils savent reconnaître les systèmes de règles qui ont cours dans leur communauté et les utiliser dans des situations données⁸⁴. Ils tirent de la construction de leurs actions un savoir sur ces actions et celles des autres, autant que sur leurs circonstances de construction. Ce savoir est aussi celui des sources de leur action, qu’ils sont capables de décrire : les acteurs savent fort bien pourquoi ils agissent de telle ou telle manière et peuvent en rendre compte.

Cependant la réflexivité n’est pas synonyme d’une réflexion théorique des acteurs sur leurs pratiques. Ils ne replacent pas ces dernières dans un système global et cohérent de manière systématique. Nous ne considérons donc pas que qu’ils expriment une « vérité » sur l’agir sanitaire, qu’ils détiendraient une interprétation adéquate de ce qui est produit. Ce que nous recherchons n’est pas cette introuvable bonne interprétation, une *global theory*, mais bien le sens tel qu’il est construit en situation. Pour reprendre la terminologie boudonnienne, nous sommes à la recherche des « bonnes raisons » exprimées par les acteurs, mais pas des bonnes réponses que certains pourraient apporter à un questionnement sur leur monde social⁸⁵. Comme le souligne Latour en effet, « s’il est arrogant de penser que nous [...] connaissons la réponse dissimulée aux acteurs, il serait stupide de croire que eux, les fameux “zacteurs-zeux-mêmes”, la connaissent. Le fait est que *personne* n’a les réponses »⁸⁶. Les processus de construction sociale ne peuvent, de ce fait, être approchés qu’à travers la manière dont ils sont mis en scène et en pratique, stabilisés dans des activités et des discours.

⁸⁴ Sur cette notion de *knowledgeability*, voir A. Giddens, *La constitution de la société*, *op. cit.*, ainsi que T. R. Burns, H. Flam, *The Shaping of Social Organization. Social Rule System Theory with Applications*, London, Sage Publications, 1987

⁸⁵ R. Boudon, *Raison, bonnes raisons*, Paris, Presses Universitaires de France, 2003

⁸⁶ B. Latour, *Changer de société, refaire de la sociologie*, *op. cit.* p. 201

Ce qui est interrogé, et ce sur quoi aussi nous interrogeons les acteurs, est la manière dont ils se saisissent des problématiques de santé, comment ils en construisent les enjeux. Nous ne cherchons pas à déceler, derrière leur discours, ce qui les pousse à agir et à dire dans un sens ou dans un autre, ce qui reviendrait à trouver des raisons aux raisons des acteurs. Nous ne souhaitons pas attribuer des causes aux pratiques mais bien rendre compte de leur sens tel qu'il est exprimé. De même nous ne nous demandons pas, à propos d'un acteur particulier, s'il traite *réellement* de santé, si c'est bien de santé dont il parle, par exemple lorsqu'il l'aborde en termes de lutte contre l'exclusion ou d'aménagement du territoire : au contraire nous considérons que si des acteurs *disent* en termes de santé, c'est qu'ils en font bel et bien et participent, par leurs perspectives spécifiques à la constitution de l'agir sanitaire.

➤ **Formuler, reformuler, réformer : quand dire c'est faire la santé**

Les comptes-rendus d'expériences ne sont pas de simples descriptions de la réalité mais des accomplissements, à travers lesquels les acteurs fabriquent le monde, reconstituent en permanence l'ordre social. Ils ont un effet à la fois structurant et informant sur la situation d'énonciation⁸⁷.

Cet aspect performatif des pratiques discursives et représentationnelles des acteurs doit être souligné⁸⁸. En s'exprimant sur ce qu'ils font, les acteurs de terrain (re)construisent d'autant leur action, tout en produisant de la justification. Leur discours devient une clef de compréhension des enjeux et des processus d'action publique : il est révélateur de l'intégration de certains cadres cognitifs, en donnant la mesure de leur intériorisation et de leur utilisation sur le terrain ; mais il est également un vecteur de construction et de déploiement au quotidien des normes d'action.

Le discours a une certaine portée rhétorique puisque les acteurs développent des discours de justification, d'expression de leurs intérêts. Ils cherchent aussi à convaincre et à se convaincre de la légitimité de leurs démarches, ou de leur propre inclusion dans des

⁸⁷ Voir notamment, H. Garfinkel, *Studies in Ethnomethodology*, op. cit.

⁸⁸ J. L. Austin, *Quand dire c'est faire*, op. cit. Voir également M. Callon, « What does it mean to say that economics is performative? », in D. Mackenzie et alii, eds., *Do Economics Make Markets? On the Performativity of Economics*, Princeton, Princeton University Press, 2007, pp. 311 – 357

processus généraux d'action publique. Ils parlent de ce qui est mais aussi de ce qui doit être, en fonction des catégorisations qu'ils échafaudent et de ce qu'ils perçoivent des évolutions, des tendances du moment.

Mais plus fondamentalement, par leurs actes de langage, les acteurs font bien quelque chose, à savoir réformer le système de sens et d'action dans lequel ils évoluent. En énonçant des controverses, ils participent, plus ou moins consciemment au développement de ces controverses. Reformuler se rapproche manifestement de réformer, puisqu'à travers les pratiques langagières des acteurs, ce sont les frontières de l'agir sanitaire qui se déplacent et ses enjeux qui se transforment, en bref, son sens qui se (re)construit. Notre analyse de l'agir sanitaire rejoint à cet égard celle de Fassin d'une santé comme « réalité construite », qui « se fait en se disant »⁸⁹.

Dans ces conditions, un éclairage sur la manière dont nous envisageons les rapports entre les acteurs et les situations, ou entre les acteurs et les contextes d'énonciations, apparaît nécessaire.

Nous l'avons dit, les acteurs sont dotés d'une « connaissance situationnelle », sur les systèmes de règles à l'œuvre qui structurent les échanges sociaux⁹⁰. Ils agissent dans un contexte historique, spatial et normatif qui participe de la construction du sens particulier donné aux pratiques. Le discours ne peut être conçu que comme indexical, en ce qu'il est perpétuellement indexé à une situation d'échange, immergé dans un contexte de production qui lui donne son sens.

Cependant nous ne saurions concevoir ce contexte comme une structure cachée, qui serait surplombante, exogène aux connexions multiples des acteurs. Au contraire, nous considérons le contexte à l'intérieur des relations sociales, construit par les « traces » laissées par les acteurs au cours de leurs processus d'association⁹¹.

Burns et Flam ont bien montré que les systèmes de règles ne sont pas des entités autonomes ; ils sont « reproduits, élaborés et transférés à travers les transactions sociales entre acteurs »⁹², ces derniers étant des agents « formateurs, porteurs et transformateurs des

⁸⁹ D. Fassin, « Politique des corps et gouvernement des villes », *op. cit.* p. 12

⁹⁰ T. R. Burns, H. Flam, *The Shaping of Social Organization*, *op. cit.*

⁹¹ B. Latour, *Changer de société, refaire de la sociologie*, *op. cit.*

⁹² T. R. Burns, H. Flam, *The Shaping of Social Organization*, *op. cit.* p. 9

systèmes de règles »⁹³. C'est aussi ce qu'entend Joas lorsqu'il propose un rapport « quasi-dialogique » entre action et situation⁹⁴, soulignant un lien constitutif et non pas seulement contingent entre agir humain et contexte. Les situations ne sont pas muettes, elles ne constituent pas une zone neutre où se déploieraient des intentions conçues hors contexte. Elles ne déterminent pas nos actes mais ne sont pas non plus le simple arrière-plan dans lequel nous réalisons nos intentions.

Par leur expression sur et dans des systèmes de règles, les acteurs procèdent à la transformation de ces systèmes qui, de ce fait, ne peuvent représenter des données de l'analyse. Cette dynamique vaut, bien sûr, tant pour les systèmes explicites de règles que pour les systèmes représentationnels, les référentiels de l'action publique, définis comme les cadres cognitifs et normatifs qui structurent son image sociale et sa place dans la société⁹⁵. Ces référentiels sont « à la fois l'expression des contraintes structurelles et le résultat du travail sur le sens effectué par les acteurs »⁹⁶. La situation pratique et symbolique d'action doit être comprise comme un concept dynamique dans la mesure où les acteurs agissent à la fois dans et sur elle, la font évoluer en la définissant⁹⁷.

Il serait vain de tracer une stricte séparation entre une interaction « locale » et un contexte qui, lui, serait général. Les contextes sont toujours « collectés, additionnés et mis en scènes » dans des connexions pratiques⁹⁸, tandis que toute interaction dite locale possède une dimension de globalité puisqu'elle « est en réalité l'assemblage de toutes les autres

⁹³ *Ibid.* p. 8

⁹⁴ H. Joas, *La créativité de l'agir*, Paris, Les Éditions du Cerf, 1999 (1^{ère} édition 1992), p. 171

⁹⁵ Nous utilisons le terme de référentiel au sens de Jobert, soit comme un dispositif à la fois cognitif, normatif et instrumental qui sert à penser et comprendre le réel, mais aussi à le construire. Il définit des valeurs devant être respectées dans le traitement des problèmes, et des principes d'action. B. Jobert, « Représentations sociales, controverses et débats dans la conduite des politiques publiques », *Revue Française de Science Politique*, vol. 42, n° 2, 1992, pp. 219 – 234

⁹⁶ P. Muller, « Esquisse d'une théorie du changement dans l'action publique. Structures acteurs et cadres cognitifs », *Revue Française de Science Politique*, vol. 55, n° 1, 2005, pp. 155 – 187, ici p. 158

⁹⁷ Une approche identique se retrouve chez Sloterdijk qui donne à voir une ontologie identique entre l'homme et l'action qu'il produit, à travers l'image de la bulle de savon que l'homme a créé par son souffle et qui existe alors hors de lui et par lui (tandis que l'homme prolonge son existence dans cette bulle). P. Sloterdijk, *Bulles. Sphères I*, Paris, Pauvert, 2002.

⁹⁸ B. Latour, *Changer de société, refaire de la sociologie*, *op. cit.* p. 279

interactions locales distribuées ailleurs dans le temps et dans l'espace, interactions qui font sentir leur influence sur la scène »⁹⁹.

Un questionnement sur le sens de l'action : la double problématique de la signification et de la direction

Nous l'avons dit, nous souhaitons, pour éclairer le sens de l'agir sanitaire, aller au-delà des interactions de face-à-face pour saisir des mécanismes de stabilisation, de mise en cohérence de plus large portée.

Les acteurs dont nous révélons le discours appartiennent à un monde commun et doivent être analysés comme tels, à savoir reliés entre eux et reliés à ce monde. Les évolutions de controverses et de rapports de pouvoir, les mécanismes de construction de sens, donc de catégorisation ou de légitimation, s'ils ne sont pas déterminés, ne sont pas conçus comme tout à fait aléatoires. Un discours, une relation, un conflit ou un compromis doivent être replacés dans un espace de signification, par rapport à d'autres interactions, d'autres éléments matériels, d'autres processus de mise en cohérence.

Sur ces fondements, le « sens » doit être envisagé dans la double perspective qu'offre ce terme. Nous entendons, avec lui, aborder des mécanismes individuels et collectifs de construction et d'attribution de signification. Mais il s'agit aussi de décrire la direction qu'empruntent les actions. Notre démarche ne se limite pas à une approche cognitiviste ; elle doit également servir à valoriser la dimension pratique des constructions de sens, et décrire comment les acteurs essaient de faire. Cela revient à poser la question de l'horizon d'action des acteurs, de leur compréhension des programmes d'action affichés, mais également à s'interroger sur les arrangements trouvés pour faire, sur les mécanismes déployés pour s'entendre, c'est-à-dire à la fois se comprendre et se mettre d'accord.

Nous ne cherchons pas à mettre au jour une trajectoire continue de changement, visant un équilibre des pratiques et des pouvoirs, mais plutôt à décrire une multitude d'équilibres potentiels, non définitifs, qui se déploient certes dans un espace de signification global mais au gré des accomplissements des acteurs.

⁹⁹ *Ibid.* p. 284

Les « référentiels » ne sont pas conçus comme des cadres normatifs stables à repérer, donnant ensuite la clef de compréhension des activités, mais comme des ordres de représentation en permanente construction, stabilisateurs de sens mais aussi productions de sens au cours des actions, selon un « processus permanent de réinterprétation du monde, d'infléchissement des rhétoriques politiques et de reconstruction des normes institutionnelles »¹⁰⁰.

Le questionnement sur les processus de construction référentielle est indissociable d'une réflexion sur le pouvoir, puisque les stabilisations périodiques de sens sont autant de compromis pratiques trouvés par des acteurs aux ressources inégales. Ce sont aussi des phénomènes de leadership que nous cherchons à éclairer, en nous intéressant aux luttes de sens à l'œuvre dans l'agir sanitaire, qui sont autant de luttes de pouvoir.

➤ **La santé dans l'espace public : un éclairage sur les référentiels d'action**

L'agir sanitaire comme réseau d'action¹⁰¹ s'articule sur des images sociales de l'action légitime, images qui correspondent aussi à des pratiques de la part de l'ensemble des acteurs parties prenantes (**Partie I**).

Nous cherchons à rendre compte de ces référentiels, cadres cognitifs et normatifs qui regroupent les représentations de la réalité sur laquelle les acteurs entendent intervenir, de ce qu'est – et de ce que doit être – l'action en matière de santé et qui constituent le fond d'horizon commun de l'agir sanitaire¹⁰². Par référentiels nous entendons l'ensemble des normes et des images servant de référence aux actions, un véritable espace de sens empreint de normes et de valeurs, en d'autres termes, ce sur quoi et par quoi on arrive à s'entendre.

¹⁰⁰ B. Jobert, « Rhétorique politique, controverses scientifiques 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*, Paris, L'Harmattan, 1995, pp. 13 – 24, ici pp. 23 – 24

¹⁰¹ Nous rappelons que nous employons ici le terme de réseau dans le sens que lui donne Latour, dans le cadre de la théorie de l'acteur-réseau.

¹⁰² Sur la notion de référentiel, voir notamment, B. Jobert, P. Muller, *L'État en action*, *op. cit.* ; P. Muller, « Esquisse d'une théorie du changement dans l'action publique », *op. cit.* ; A. Faure, G. Pollet, P. Warin, dir., *La construction du sens dans les politiques publiques*, *op. cit.*

Si nous cherchons à mettre en évidence ces images sociales et les pratiques qui en relèvent mais qui, aussi, leur donnent forme, ce n'est pas pour déterminer l'émergence d'une trajectoire donnée du changement pour montrer comment les acteurs de terrain la comprennent et l'appliquent dans des échanges situés. Il s'agit plutôt de rendre compte des mécanismes pluriels de construction des référentiels. Ces derniers n'apparaissent pas comme le fruit de la mise en œuvre d'images construites par une figure tutélaire du pouvoir, qui pourrait notamment s'incarner dans l'État central ou dans l'administration de la santé. Le sens de l'agir sanitaire ne se construit pas selon un processus linéaire vertical reliant une autorité énonciatrice à des acteurs locaux applicateurs. Il est construit en situation, à travers des controverses publiques et des débats professionnels ou territoriaux plus ou moins explicites portant sur les manières de faire. Il est le fruit de réflexions théoriques ou techniques de large portée mais aussi d'« opérations intellectuelles plus modestes, moins visibles » ancrées dans les savoir-faire des acteurs et qui participent tout autant des orientations pratiques de l'agir sanitaire¹⁰³.

Le sens s'inscrit aussi dans des cadres institutionnalisés, fortement ancrés politiquement et symboliquement, notamment l'excellence médicale incarnée dans les professionnels de santé, l'importance de la figure de l'État dans les représentations du pouvoir, ou la coopération/opposition entre les deux. Cependant l'agir sanitaire apparaît également déployé à partir d'autres référentiels d'action : la logique de territorialisation, les dynamiques de transversalité des interventions professionnelles et administratives, l'approche économique, ou encore la gestion concertée des problèmes publics constituent d'autres ordres de justification potentiellement concurrentiels ; de même, la définition de la santé comme complet bien-être tend, nous l'avons dit, à recomposer le paysage de l'action légitime, par l'introduction de nouveaux modes de faire. À l'approche médicale viennent s'ajouter des dynamiques d'intervention plus explicitement adossées aux « territoires », tandis que l'image du soin s'enrichit de celle de l'intervention pluridisciplinaire. Nous nous interrogeons sur ces processus de confrontation des images de l'agir sanitaire, sur les mécanismes de mise en cohérence des diverses représentations de l'action légitime, ainsi que sur l'éventuelle substitution d'un paradigme d'intervention à un autre.

¹⁰³ B. Jobert, « Rhétorique politique, controverses scientifiques et construction des normes institutionnelles : esquisse d'un parcours de recherche », *op. cit.* p. 18

L'agir sanitaire doit aussi, dans cette optique, être conçu comme une des « figures » de la gestion publique contemporaine¹⁰⁴. Les référentiels à l'œuvre se retrouvent dans d'autres domaines d'action publique : la territorialisation liée à une conception de l'action publique plurielle et à la redéfinition du rôle de l'État ; la démocratisation, la contractualisation ou la négociation participative comme modalités de confrontation des intérêts et de rapport avec les citoyens ; l'approche en termes d'efficacité et de réduction des dépenses nécessaire en période de creusement des déficits. Les représentations de l'action légitime qui marquent l'agir sanitaire contemporain s'insèrent dans des processus plus généraux de modernisation de l'intervention publique ou de rénovation des pratiques professionnelles, dans un contexte de raréfaction des ressources. Nous replaçons par conséquent l'analyse de l'agir sanitaire aussi bien dans le « chantier général des transformations de l'action publique »¹⁰⁵ que dans les processus historiques de recomposition des valeurs et intérêts propres aux controverses sanitaires.

➤ **Question problématique du leadership et de la direction donnée à l'action**

En lien direct avec la polymorphie de l'objet santé et la pluralité des représentations qui s'y rapportent, le « comment faire » n'apparaît pas stabilisé. Il ne fait pas l'objet d'un consensus général, dans la mesure où aucun discours ne s'impose comme hégémonique en la matière : ni celui de l'administration d'État, ni celui de l'Assurance maladie, pas plus que ceux des médecins ou des élus locaux ne parviennent à englober l'hétérogénéité des problématiques, ni à solutionner efficacement l'ensemble des controverses. Émerge alors la question de la direction donnée à l'action collective, de qui est en position d'infléchir cette direction, ce qui revient à une interrogation sur le leadership (**Partie II**).

Les comptes-rendus des acteurs témoignent d'une extrême fragmentation des activités comme des ordres de légitimation. Fassin a pu, à cet égard, qualifier la santé publique locale de véritable « capharnaüm », composé d'« opérations de nature et d'ampleur étonnamment

¹⁰⁴ B. Héroult, « Villes, santé et système politique local », in J.-C. Guyot, B. Héroult, dir., *La santé publique. Un enjeu de politique municipale*, op. cit. pp. 27 – 69, ici p. 31. Voir également D. Fassin *Les enjeux politiques de la santé*, op. cit., D. Fassin, « Politique des corps et gouvernement des villes », op. cit.

¹⁰⁵ P. Valarié, « Gouverner l'archipel urbain. Actions et réseaux de santé à Béziers », in D. Fassin, dir., *Les figures urbaines de la santé publique*, op. cit. pp. 47 – 83, ici p. 82

diverses »¹⁰⁶. Cependant, cela ne signifie pas un total éparpillement des dispositifs, ni des interactions anomiques : des canaux d'interdépendances tendent à stabiliser les connexions, à les faire tenir ensemble dans un même univers de sens. Ce sont ces canaux qu'il s'agit de mettre au jour, puisque ce sont eux qui forment ce commun de l'agir sanitaire, sa relative unité dans la diversité.

Le fond commun ne provient d'une catégorie ou d'un acteur hégémonique qui édicterait l'action légitime, qui donnerait la direction à suivre à l'ensemble des parties prenantes. Des régimes d'action demeurent, côte à côte, sans pour autant conduire à des conflits ouverts ou à la totale dislocation des engagements.

Ce qui émerge de l'observation des pratiques et des discours est un agir sanitaire dans lequel, schématiquement, personne n'affirme « je sais comment ça marche », mais dit plutôt « de mon point de vue... » Les acteurs ne revendiquent pas une vision, ni une connaissance d'un tout coordonné et cohérent auquel ils participent. Tout se passe comme si chacun savait qu'il maîtrise seulement une partie du scénario, qu'il possède une parcelle d'autorité qui est aussi une légitimité spécifique à parler. Dans cet espace où les perspectives différentes et la connaissance parcellaire sont la règle, et même sont revendiquées, le commun apparaît en creux : il réside dans cette absence généralisée de maîtrise de l'ensemble. Nous pourrions dire en définitive que chacun sait qu'il ne sait pas tout dans et sur l'agir sanitaire et que les autres ne savent pas non plus.

Dès lors, ce qui unit les acteurs est aussi une conscience de l'impossibilité d'agir sans les autres catégories : le commun émerge de la perception partagée de la nécessité de faire vivre un espace de problématiques de l'intérieur, en lui donnant vie à travers des formes situées qui servent à la résolution de problèmes situés. L'agir sanitaire se donne à voir comme un réseau d'interventions isolées, pas forcément reproductibles parce que fondées sur des individualités et localement mises en valeur. Non pas une politique publique, ni un système d'action, l'agir sanitaire est un agir polymorphe, construit par une intrication de données institutionnelles fortes et de dynamiques personnalisées indispensables qui forment des espaces d'action et de sens nécessairement partiels et dont la forme, évoluant avec les ajustements des acteurs, n'est pas un donné.

¹⁰⁶ D. Fassin, « Politique des corps et gouvernement des villes », *op. cit.* p. 32

En ce sens, l'agir sanitaire apparaît suivre un processus d'adaptation sans fin selon les deux sens que recèle ce terme de finalité : son devenir se fonde sur une constante adaptation des pratiques et des représentations en situation ; mais surtout aucune fin collective stable n'est édictée par une figure de leadership, de sorte que les ajustements ne constituent pas des réponses à une perspective réformatrice permettant de tracer la direction univoque.

Toutefois, l'agir sanitaire n'est en aucun cas conçu à travers le prisme post-moderniste, célébrant un atomisme absolu. Le fond d'horizon commun de la légitimité de plusieurs acteurs à agir de manière hétérogène est fortement ancré. Aucun acteur n'affiche une volonté hégémonique de changement général d'un système, un objectif révolutionnaire de *tabula rasa*. Chacun a besoin de l'autre pour continuer d'exister et d'agir, ce qui produit une certaine acceptation d'un ordre désordonné où chacun fait, par des ajustements nécessairement partiels. Les acteurs témoignent d'intérêts divergents, peuvent émettre des critiques sur le réseau de connexions dans lequel ils évoluent, mais aucun positionnement idéologique politique ou expert n'est en mesure de proposer un modèle fondamentalement meilleur. Des oppositions catégorielles apparaissent fortement institutionnalisées, mais elles ne se cristallisent pas nécessairement dans des conflits ouverts, justement parce que chacun joue sa partie, parfois même dans une ignorance assumée de ce que fait l'autre. L'homogénéité émerge du discours des acteurs centré sur les arrangements organisationnels ou interindividuels, sur les ajustements pratiques et cognitifs construits, non pas sur des valeurs générales. Ce sont ces arrangements qui sont questionnés, sujets à controverses, donc mis en discours.

Selon une sorte de sagesse stoïcienne, les acteurs continuent de s'impliquer dans un agir collectif non pas parce qu'il va de soi et fait système, mais parce qu'il va de soi qu'il n'est pas changeable dans sa globalité. Aucun acteur individuel ou collectif n'est en mesure d'exercer un leadership général, par manque d'une légitimité globale doublée d'une incapacité matérielle dont les acteurs sont conscients. Ainsi ne cherche-t-on pas à faire système mais à créer des ententes situées et limitées, au niveau d'un horizon personnel, territorial ou thématique spécifique, pour essayer d'agir sur une réalité perçue comme problématique. La dimension d'irréductible fatalité liée à la santé, l'urgence potentielle à intervenir, tendent à accentuer cette manière de faire.

L'unité de l'agir sanitaire dont le devenir est fondé sur l'alliance entre une forte technicité et une profonde incertitude réside paradoxalement dans cet éparpillement des connaissances et des activités.

Un agir dans lequel des interventions fondées sur des logiques et des buts hétérogènes n'est pas pour autant construit autour d'une « idéologie molle » telle que la définit Jobert, soit une construction idéologique ambiguë et polysémique permettant aisément l'élaboration d'un consensus¹⁰⁷. Dans notre cas, l'entrée en cohérence d'acteurs divers ne se fait pas à la faveur de la construction d'un compromis de sens général. Les acteurs ne s'ajustent pas grâce à l'ambiguïté d'un référentiel unique mais créent des arrangements à la marge, en profitant des frontières ténues et des glissements de sens entre domaines d'activités.

Par conséquent il paraît pertinent de parler d'un « espace », dans lequel les enjeux comme les régimes d'action ne seraient ni toujours coordonnés ni même compatibles¹⁰⁸. Nous pouvons même considérer *des* espaces : si l'utilisation du terme « espace » permet de souligner le manque de la cohérence d'ensemble caractéristique d'un système, le pluriel rend compte des divergences touchant à la nature de l'objet même de l'action et à la direction donnée aux interventions, telles qu'elles transparaissent dans le discours des acteurs.

➤ **To change *and* not to change : un agir construit par ajustement(s)**¹⁰⁹

L'agir sanitaire tel qu'il se déploie dans l'espace aquitain apparaissant comme un processus en devenir, interroger le sens de l'action doit permettre de poser la question du changement. Le discours politique sur la santé est en effet marqué par un affichage de fort volontarisme qui se traduit par un rythme soutenu de réformes réglementaires et législatives **(Partie I)**.

¹⁰⁷ B. Jobert, « Les politiques sociales et sanitaires », in M. Grawitz, J. Leca, dir., *Traité de science politique*, tome 4, Paris, Presses Universitaires de France, 1985, p. 310 ; B. Jobert, « Représentations sociales, controverses et débats dans la conduite des politiques publiques », *op. cit.* pp. 223 – 224

¹⁰⁸ D. Fassin, *L'espace politique de la santé*, *op. cit.*

¹⁰⁹ Nous faisons ici allusion à l'ouvrage dirigé par Fontaine et Hassenteufel qui pose la question de « To change or not to change » dans le cas de l'action publique locale. J. Fontaine, P. Hassenteufel, dir., *To change or not to change. Les changements de l'action publique à l'épreuve du terrain* Rennes, Presses Universitaires de Rennes, 2002

La succession des réformes et la confrontation des référentiels, soit l'évolution même des représentations du juste en matière de santé provoquent chez les parties prenantes une forte injonction adaptative dont ils font spontanément état et dont ils tirent les conséquences en cherchant de nouveaux modes de mise en relation et de construction d'entente. Les acteurs créent en permanence des dispositifs, qui sont autant de mises en formes concrètes des images de ce qu'est l'intervention légitime. Le changement est fortement présent dans le discours, qu'il s'agisse de la rhétorique politique ou des expressions spontanées des acteurs de terrain.

Nous ne pouvons cependant assimiler cette mise en discours du changement à un processus de changement. Les pratiques des acteurs telles qu'ils en rendent compte ne signifient pas une dynamique permanente d'évolution, de création de nouveauté, impliquant une remise en cause voire un remplacement des modes de faire anciens (**Partie II**).

Les connexions et les formes d'entente apparaissent en mouvement, « des dynamiques de circulation de mots, d'idées » se donnent à voir¹¹⁰, empêchant de considérer l'agir sanitaire seulement en termes d'inertie des représentations et des pratiques. Mais le mouvement observé ne peut être conçu tout à fait comme un processus de rénovation des façons de penser et de faire. Les acteurs rendent compte de pesanteurs institutionnelles, liées au fonctionnement des organisations comme aux modèles professionnels traditionnels de reconnaissance et d'interaction. De même, la rhétorique de modernisation qui sous-tend l'édiction des réformes successives ne peut se déprendre d'une logique économique sous-jacente dans la gestion des problèmes de santé. Contrairement à l'affirmation d'une dynamique en termes de « fin de l'État »¹¹¹, ou d'une célébration de la territorialisation légitime de l'action publique, le discours des acteurs donne encore à voir une certaine ambiguïté relative à l'État, autorité tutélaire contraignante mais également figure protectrice et facilitante.

En ce sens, ce que nous décrivons « est plutôt de l'ordre du glissement que de la mutation », pour reprendre les termes de Prigogine et Stengers traitant de leur dynamique des

¹¹⁰ J. Fontaine, P. Hassenteufel, « Quelle sociologie du changement dans l'action publique ? Retour au terrain et "refroidissement" théorique », *op. cit.* p. 17

¹¹¹ Voir notamment J.-C. Gaudin, *Gouverner par contrat. L'action publique en question*, Paris, Presses de Sciences Po, 1999 ; P. Duran *Penser l'action publique*, *op. cit.*

processus¹¹². Un processus d'actualisation conservatoire se donne à voir, par lequel les acteurs fabriquent des connexions sans cesse renouvelées et sont en mesure de concrétiser des formes inédites d'engagement, sans pour autant procéder à un bouleversement de certaines hiérarchies, de certaines images sociales structurantes¹¹³.

L'actualisation conservatoire se fonde sur le mécanisme de l'ajustement, central dans le devenir de l'agir sanitaire, qui doit être entendu dans sa double dimension. À un premier niveau les acteurs entrent en cohérence par des ajustements de leurs représentations et de pratiques, pour constituer des ententes situées sans pour autant procéder à une totale mise en conformité des valeurs et des objectifs présidant à leurs interventions. À un second niveau, l'ajustement doit être conçu, plus globalement, comme celui de l'agir sanitaire : au cours de son devenir, ce dernier s'enrichit de nouvelles images – et partant de nouvelles formes d'intervention – tout en étant marqué par le maintien de thèmes, de catégorisations, de formes de légitimité historiquement constituées¹¹⁴. Ce que nous observons, avec Fontaine et Hassenteufel, est une dynamique hybride « qui se traduit par des combinaisons multiples d'héritages du passé et d'éléments innovants »¹¹⁵, d'ailleurs considérée par ces auteurs comme un phénomène récurrent dans le cas français.

Nous en revenons à la préférence déjà évoquée pour une analyse en termes de processus plutôt que de trajectoire. Le devenir de l'agir sanitaire ne peut être conçu comme un mouvement continu d'évolution d'un paradigme vers un autre, comme une dynamique de changement menant à l'avènement d'un modèle nouveau qui se substituerait à un système ancien que nous aurions repéré. Il se donne plutôt à voir comme un assemblage continu d'accomplissements donnant lieu à des glissements de sens, à des amendements dans les façons de faire. Il procède d'une actualisation permanente des ordres de légitimité par ajustements.

¹¹² I. Prigogine, I. Stengers, *La nouvelle alliance*, *op. cit.* p. 380

¹¹³ Nous remercions Claude Sorbets pour l'inspiration de cette notion d'actualisation.

¹¹⁴ Notons que la notion de « thème » peut être comprise dans son sens générique mais aussi dans le sens que lui donne Holton, soit une « préconception fondamentale » servant de base à l'action (voir *infra*). G. Holton, *L'invention scientifique. Thématiques et interprétation*, Paris, Presses Universitaires de France, 1982 (1^{ère} édition 1973), notamment p. 22.

¹¹⁵ J. Fontaine, P. Hassenteufel, « Quelle sociologie du changement dans l'action publique ? Retour au terrain et "refroidissement" théorique », *op. cit.* p. 11

Inexorabilité et créativité se mêlent dans le discours des acteurs, révélant une tension permanente entre des dynamiques favorables au changement et des dynamiques réactionnaires¹¹⁶. Nous ne pouvons pas circonscrire tout à fait les deux rhétoriques réactionnaire et progressiste dans des espaces, des catégories ou des situations qui leur seraient propres, où elles s'exprimeraient exclusivement. Les deux ordres de justification ne s'institutionnalisent pas dans des formes spécifiques dont certaines médiatiseraient le changement tandis que d'autres favoriseraient l'inertie : ils sont présents de concert et trouvent des arrangements changeants en situation. Nous en revenons à notre position même vis-à-vis de notre objet, à savoir le refus de prendre comme point de départ de l'analyse des institutions, dans le sens d'organisations ou de catégories d'acteurs structurées. Une telle approche aurait pu conduire à identifier lesquelles de ces institutions favorisaient ou au contraire freinaient le changement. Or de toute évidence, dans notre cas, les deux dynamiques ne peuvent pas être strictement séparées, le devenir de l'agir sanitaire étant justement fondé sur leur association complexe, traduite par le processus d'actualisation conservatoire.

Notre démarche ne nous interdit cependant pas un questionnement sur l'institution, ou sur le processus d'institutionnalisation¹¹⁷.

Nous l'avons dit, des représentations ou des formes de pratiques sont fortement institutionnalisées ; elles sont reconduites au cours même des processus visant explicitement à faire évoluer les manières de faire. Nous ne pouvons pas ignorer la présence d'institutions dont la force signifiante et structurante apparaît dans le discours des acteurs. Par exemple, l'institution qu'incarne le soin médical, en tant qu'activité centrale du monde de la santé, demeure de manière explicite dans le discours de certains acteurs cherchant à définir la santé. Mais elle transparaît également en creux, s'affirmant peut-être avec plus de force, lorsque des acteurs non médecins situent leurs propres activités comme subsidiaires par rapport à l'activité médicale, tendent à se définir comme de simples aidants ou facilitateurs d'un droit commun de la santé ne pouvant être centré que sur la médecine.

¹¹⁶ Nous renvoyons, pour cette dernière notion, à l'ouvrage célèbre, A. O. Hirschman, *Deux siècles de rhétorique réactionnaire*, Paris, Fayard, 1991

¹¹⁷ Sur cette notion d'institutionnalisation, entendue comme typification réciproque, c'est-à-dire comme une habitude pertinente pour plusieurs acteurs, voir notamment P. L. Berger, T. Luckman, *La construction sociale de la réalité*, op. cit.

À l'inverse, dans un contexte marqué par une relative reproduction des formes de socialisation et d'action, les impulsions réformatrices, la concrétisation des préconisations abstraites exposées comme autant de valeurs telles que la modernisation, la territorialisation, la négociation démocratique ou encore la pluridisciplinarité dépendent largement de la variable personnelle : c'est la qualité des rapports interpersonnels qui détermine les conditions et l'issue des connexions interinstitutionnelles ; ce sont des personnes, c'est-à-dire des individualités clefs, qui portent les démarches collectives et les dispositifs situés. Cela amène à poser la question de la possibilité même d'institutionnalisation. Car des dispositifs conçus comme nouveaux, se succédant parfois à un rythme rapide dans la législation, limitent l'activité de typification des acteurs et plus encore celle de typification réciproque caractéristique du processus institutionnel. De même, l'importance du facteur interpersonnel implique une dimension aléatoire à l'existence et à la durabilité des connexions, fragilisant à nouveau l'institutionnalisation. Dans ces conditions, rendre compte du devenir de notre objet nécessite de s'interroger sur ce qui s'institutionnalise et ce qui demeure de l'ordre de l'épisodique ou de la rhétorique politique.

Éléments méthodologiques

Nous portons un double regard sur la « chose sanitaire »¹¹⁸ : elle est un objet d'action publique et suscite l'implication d'acteurs divers autour de la résolution de problèmes conçus comme d'ordre sanitaire ; elle est aussi un objet d'analyse en elle-même, l'investissement des acteurs dans l'action modifiant le concept même de « santé » et la manière dont la collectivité est à même de le prendre en charge. Notre questionnement, en tant que démarche de « retour à l'objet »¹¹⁹, se construit sur deux dimensions : que fait-on lorsque l'on agit en matière de santé et comment fait-on ?

Dans la mesure où, nous l'avons dit, la santé ne peut être saisie *a priori* dans sa globalité, il est apparu impossible d'analyser l'agir sanitaire seulement en établissant la trajectoire des

¹¹⁸ D. Fassin, « Politique des corps et gouvernement de villes », *op. cit.* p. 8

¹¹⁹ B. Latour, *Changer de société, refaire de la sociologie*, *op. cit.* p. 212. Cette expression se rapproche du « retour aux choses » prôné par Husserl. E. Husserl, *Recherches logiques*, Paris, Presses Universitaires de France, 1961 (1^{ère} édition 1900)

mobilisations des acteurs. Nous ne connaissons pas tout à fait les conditions initiales, l'origine, des phénomènes observés, nous ne pouvons déterminer l'essence de ce dont il était question, activités pourtant nécessaire à la définition d'une trajectoire au sens de la dynamique classique, en tant que mouvement de transformation de la matière d'un état à un autre¹²⁰.

Une démarche inductive visant à mettre au jour le sens à la fois de la santé et de l'action qui s'y rapporte pour les acteurs est alors apparue pertinente, non pas en opposition à la méthode hypothético-déductive, mais selon une logique de complémentarité des deux approches. Il s'est agi de partir de l'observation des faits, sans catégorisation *a priori*, pour être en mesure de formuler des constats sur les processus à l'œuvre. Ce sont les récits d'expériences concrètes qui ont permis de dégager des principes d'action comme des catégories d'analyse.

Cependant un cadrage hypothétique général a servi de fondement à l'observation de terrain. S'agissant de l'objet santé, ce dernier était pensé comme hétérogène et non stabilisé, l'action en son nom devant être produite par des acteurs hétérogènes. Nous supposons néanmoins l'existence d'une chaîne de sens tissant, plus ou moins explicitement, un lien logique entre l'ensemble des activités des acteurs. Or, nous le verrons, cette unité de signification et de direction n'est pas apparue, de manière à créer un ensemble systémique. Ce sont plutôt des chaînes multiples qui se sont imposées, donnant lieu à des ajustements partiels.

Nous postulons par ailleurs que les acteurs de terrain ne se contentaient pas d'appliquer un discours réglementaire uniforme, ou de mettre en œuvre des préconisations édictées par les autorités publiques centrales : ils devaient être producteurs de l'agir. Cette conception fondamentalement active de l'ensemble des acteurs considérés ne devait pourtant pas signifier seulement leur potentiel de créativité : elle sous-entendait tout autant leur capacité à reproduire des catégorisations institutionnelles ou professionnelles établies, ou à s'opposer à des dynamiques de changement. Les acteurs de terrain dont nous analysons le discours étaient conçus comme capables de forte mobilisation réformatrice mais aussi comme porteurs d'inertie.

¹²⁰ I. Prigogine, I. Stengers, *La nouvelle alliance*, *op. cit.*, notamment p. 269

Notre objectif n'est pas de juger de l'impact d'un programme d'action publique, ni de ses effets épidémiologiques. Nous nous situons en amont de l'analyse des formes de mise en œuvre et de l'évaluation des politiques publiques, pour envisager les processus de production d'une action collective et de construction d'alliances ou de catégories. Il s'agit de rendre compte des contours de l'agir sanitaire, tels qu'ils apparaissent dans les représentations des acteurs, ou, comme l'a dit Fassin, de s'interroger sur comment ça marche plutôt que de chercher à savoir si cela marche¹²¹.

Nous ne cherchons nous pas à découvrir si ce que font les acteurs se rapporte *vraiment* à la santé ou si le but poursuivi est *véritablement* d'ordre sanitaire. Nous étudions les formes que prend l'action qualifiée de « santé », mise en œuvre et représentée comme telle. L'instrumentalisation stratégique des problématiques sanitaires par les élus locaux notamment, à des fins électoralistes ou de pacification des conflits sociaux n'est pas l'objet de notre propos, encore une fois parce que nous ne cherchons pas à dévoiler une vérité cachée mais plutôt à déployer la réalité des engagements¹²².

➤ Dispositif d'enquête

Notre analyse de l'agir sanitaire s'ancre dans une enquête de terrain menée dans la région Aquitaine auprès d'acteurs qui tous ont été repérés, avant ou pendant l'enquête, comme parties prenantes de l'agir sanitaire.

Une série de quatre-vingt entretiens semi-directifs a été menée, entre le début de l'année 2007 et mai 2008, auprès d'acteurs considérés comme porteurs du discours d'actants hétérogènes, individus ou organisations. Nous concevons ces entretiens comme une ressource à un double titre : ils permettent de « reconstituer les processus d'action publique dans leur historicité » et « ouvre[nt] la voie à l'analyse des pratiques quotidiennes des acteurs [...] et des représentations qui les orientent »¹²³.

¹²¹ D. Fassin, « Politique des corps et gouvernement de villes », *op. cit.*

¹²² Pour une analyse de cette dimension, voir notamment B. Héroult, « Villes, santé et système politique local », *op. cit.*

¹²³ Nous empruntons ces définitions à Pinson et Sala Pala qui distinguent ainsi un usage informatif/narratif d'un usage compréhensif de l'entretien. G. Pinson, V. Sala Pala, « Peut-on vraiment se passer de l'entretien en sociologie de l'action publique », *Revue Française de Science Politique*, vol. 57, n° 5, 2007, pp. 555 – 597, ici p. 555

L'enquête a été complétée par l'observation de divers espaces plus ou moins institutionnalisés de réflexion ou de décision : nous nous sommes rendus à des réunions ou groupes de travail au sein de l'administration des affaires sanitaires et sociales ou des collectivités locales, sur invitation de personnels rencontrés ou sur demande de notre part ; nous avons aussi assisté à des journées d'échange professionnel sur des thèmes scientifiques et organisationnels.

Nous avons assigné à l'investigation de terrain deux séries d'objectifs, semblables à ceux dégagés par Guyot et Hérault dans leur analyse du niveau municipal : il s'agissait de « comprendre comment les différentes catégories d'acteurs se saisissent ou non de l'objet santé, comment et pourquoi elles le construisent en termes politiques » ; de « décrire, analyser et expliquer le fonctionnement même des acteurs, leurs stratégies et leurs logiques d'action », en retraçant « les rapprochements et les alliances ou, inversement, les tensions et les conflits »¹²⁴.

Nous avons rencontré lors de notre enquête des médecins, libéraux ou salariés, généralistes ou spécialistes, syndiqués ou non, exerçant ou non des responsabilités administratives. Ont également été sollicités des agents de l'administration déconcentrée des affaires sanitaires et sociales, et des directeurs et présidents de caisses d'Assurance maladie. Des élus en charge des problématiques sanitaires et sociales, au sein des trois échelons de collectivités territoriales, et des agents de divers services techniques, explicitement désignés par les organigrammes ou cités par leurs homologues, ont enfin constitué d'autres acteurs ressources. Cela a d'ailleurs permis de constater combien l'agir sanitaire dépassait les frontières des services et délégations en charge de la « santé », voire même qu'il pouvait se déployer de manière privilégiée hors de ces cadrages organisationnels. L'enquête a enfin été enrichie par le discours de directeurs d'hôpitaux, de coordinateurs administratifs de réseaux de santé et de responsables associatifs.

Une fois listés ces acteurs interrogés, certains choix méthodologiques restent à éclaircir. Dans le cadre d'une période d'enquête nécessairement restreinte, l'approche des acteurs professionnels de santé a été essentiellement limitée aux médecins¹²⁵. Ces derniers

¹²⁴ J.-C. Guyot, B. Hérault, « L'initiative municipale dans le champ de la santé », in J.-C. Guyot, B. Hérault, *La santé publique. Un enjeu de politique municipale*, op. cit. pp. 11 – 25, ici p. 22

¹²⁵ Les acteurs interrogés dans le cadre de réseaux de santé peuvent cependant être des infirmiers, des diplômés en management de la santé, ou des attachés de recherche clinique.

constituent en effet la catégorie de sens commun historiquement au centre des démarches individuelles ou publiques de santé ; ils sont systématiquement présents dans les débats et controverses dans et sur l'agir sanitaire, conviés et écoutés par les autres parties prenantes ; ils prescrivent une grande part des actions d'autres intervenants (personnels hospitaliers paramédicaux, infirmiers libéraux, ou kinésithérapeutes). Cependant d'autres professionnels entrent en jeu dans le devenir de l'agir sanitaire, dont le discours paraît d'emblée intéressant, notamment les autres professionnels de santé ou paramédicaux, voire les secrétaires médicales participant activement à la gestion quotidienne des cabinets libéraux.

De même, parmi les organismes financeurs de la santé, nous avons centré nos entretiens sur les organismes de l'Assurance maladie qui prennent en charge la plus large part de la population française, laissant de côté les autres institutions de protection sociale que sont la Mutualité sociale agricole ou le Régime des travailleurs indépendants.

Enfin, l'enquête n'a pu saisir directement le discours des « usagers », tant cette catégorie est difficile à circonscrire. Une véritable approche de ces usagers, pierre angulaire de l'agir sanitaire public mais dont l'expérience a une dimension privée problématique, ne paraît possible que par une enquête qui leur serait spécifiquement dédiée, afin d'éviter une focalisation sur les usagers les plus visibles¹²⁶.

Notre enquête porte sur l'agir sanitaire tel qu'il se déploie localement, dans un espace régional d'étude. Par conséquent nous n'avons pas interrogé de responsables ministériels ou d'agents à l'échelon national de l'administration de la santé ou de l'Assurance maladie.

Le local tel que nous l'entendons revient à un espace de relative proximité, qui ne correspond pas au périmètre d'action d'un échelon de collectivité territoriale. En étudiant des processus conçus comme locaux, nous souhaitons avant tout signifier une prise de

¹²⁶ Nous renvoyons ici à la littérature traitant des pratiques participatives et notamment des difficultés de mobilisation de l'utilisateur. Voir notamment M. Callon, P. Lascoumes, Y. Barthe, *Agir dans un monde incertain. Essai sur la démocratie technique*, Paris, Le Seuil, 2001 ; C. Blatrix, « Devoir débattre. Les effets de l'institutionnalisation de la participation sur les formes de l'action collective », *Politix*, vol. 15, n° 57, 2002, pp. 79 – 102 ; P. Loncle, A. Rouyer, « La participation des usagers : un enjeu de l'action publique locale », *Revue Française des Affaires Sociales*, n° 4, 2004, pp. 133 – 154 ; L. Blondiaux, Y. Sintomer, « L'impératif délibératif », *Politix*, vol. 15, n° 57, 2002, pp. 17 – 35 ; J. Donzelot, R. Epstein, « Démocratie et participation : l'exemple de la rénovation urbaine », *Esprit*, juillet 2006, pp. 5 – 34

distance vis-à-vis de l'édiction normative, législative et réglementaire, des autorités étatiques centrales. Nous considérons les textes officiels, en tant qu'éléments des situations vécues, mais nous souhaitons focaliser notre attention sur les activités des acteurs de terrain qui font la santé au quotidien. Nous n'enquêtons pas auprès de ceux qui légifèrent ou produisent le cadre général de l'action publique française, mais auprès de ceux dont les accomplissements situés, conformément ou parfois parallèlement à la politique officielle, travaillent à résoudre des problèmes locaux, posés à une collectivité professionnelle ou territoriale.

Un éclairage paraît nécessaire, à ce stade, concernant le cadre choisi de notre enquête, donc l'objet de l'analyse. Nous avons étudié le cas de la région Aquitaine, ce qui suppose deux choix de délimitation de l'objet, à savoir l'échelle régionale et le cas aquitain.

Le choix de l'espace régional représente d'une certaine façon une mise en abyme du travail de recherche. En effet cette échelle est privilégiée dans les textes et récits de politiques publiques. Il s'agissait donc de s'approprier le choix des acteurs français et de tester la réalité de son existence comme niveau d'action publique. Cet échelon, qui correspond à celui mis en avant par les pouvoirs publics pour la gestion de la santé, sert de révélateur de certains processus administratifs, professionnels et politiques. Notons d'ailleurs qu'au regard des nombreuses études traitant principalement des échelons municipaux et départementaux, la littérature est relativement lacunaire s'agissant d'un espace qui, paradoxalement, est privilégié dans les réformes successives en matière d'organisation de la santé.

De même l'échelle régionale est la seule qui soit visible depuis Bruxelles, nous permettant de limiter le risque d'une analyse par trop localiste.

Quant au cas aquitain, il est apparu intéressant en creux, dans la mesure où la région ne se distingue pas véritablement par une spécificité épidémiologique, ni par une configuration d'acteurs exceptionnelle.

Il ne s'agissait pas pour nous de produire une monographie d'un cas conçu *a priori* comme hors du commun, mais plutôt de mener une analyse dont certains aspects sont généralisables au cas français, si ce n'est plus largement encore. Par ailleurs, l'Aquitaine est un terrain pour analyser ce qui *peut* se passer, non pas un simple « exemple » de ce qui

existerait de manière systématique à d'autres échelles¹²⁷. Elle n'est pas conçue comme une délimitation réifiée, intéressante seulement pour elle-même, mais comme siège de processus sociaux fondamentaux qui affectent le monde de la santé, à divers niveaux territoriaux. L'objectif n'est pas de révéler un « système » régional de la santé, mais de contribuer à une analyse de l'action publique sur un plan cognitif et organisationnel, l'enquête de terrain ne prétendant pas à l'exhaustivité.

Notre propos s'articule en deux volets. En premier lieu nous souhaitons retracer les processus de construction de la santé en tant qu'objet politique et objet d'action publique. Ces processus traduisent un monde en recomposition, à la croisée de cadrages institutionnels, de mouvements cognitifs dépassant la configuration nationale et la stricte régulation de l'activité médicale, et de formes d'engagement procédant à une déconstruction/reconstruction des enjeux (**Partie I**). Le second temps de l'analyse doit permettre d'éclairer la manière dont les acteurs entrent en cohérence, c'est-à-dire de décrire les arrangements situés plus ou moins stabilisés qu'ils déploient pour cohabiter, au cours de leurs engagements dans et à propos de la santé. Il s'agit de saisir la manière dont une action publique de la santé est produite, à travers des formes institutionnelles, des dispositifs, mais également des rapports de pouvoir et des dynamiques de légitimation qui sont autant de connexions hétérogènes dont les « traces » donnent à voir un agir sanitaire¹²⁸ (**Partie II**).

¹²⁷ B. Latour, *Changer de société, refaire de la sociologie*, op. cit. p. 209

¹²⁸ *Ibid.* notamment p. 218

Partie 1. L'agir sanitaire : recomposition de l'objet santé et des modes d'action publique

Notre intention est, dans cette partie, d'étudier les évolutions cognitives et normatives qui modifient les ordres de légitimité et le corpus des acteurs parties prenantes de l'agir sanitaire.

Certains auteurs affichent leur pessimisme quant à la place des controverses sur la santé dans l'espace politique. Kervasdoué considère notamment « qu'à quelques exceptions notables ce thème n'a jamais vraiment donné lieu à des débats politiques »¹²⁹. Ainsi « par hypocrisie, la société transfère aux médecins – le plus souvent –, aux directeurs d'hôpitaux – quelquefois –, la charge de dire le possible sinon le juste »¹³⁰, « l'équation médecine = santé est la seule considérée par la classe politique et les faiseurs d'opinions »¹³¹.

La relative absence de la santé dans le débat public doublée d'une ignorance de la population quant à ses enjeux ne résument cependant pas les formes multiples de manifestation de la santé dans l'espace politique. Affirmer ces deux tendances n'éclaire pas non plus sur les mécanismes fondamentalement politiques de construction de l'objet sanitaire, qui vont bien au-delà de l'édiction formelle d'une politique de santé ou des activités médicales.

D'autres auteurs posent d'ailleurs, à l'inverse, la nécessité pour les gouvernants de manifester leur préoccupation pour des questions de santé qui certes sont techniques mais touchent tout autant à l'intimité de chaque individu, et à ce titre suscitent l'intérêt voire

¹²⁹ J. de Kervasdoué, *La santé intouchable. Enquête sur une crise et ses remèdes*, Paris, J. C. Lattès, 1996 p. 42. Une idée similaire se retrouve chez D. Tabuteau, « La santé en quête de politique », *Sève*, n° 14, printemps 2007, p. 29 – 44

¹³⁰ *Ibid.* p. 45

¹³¹ *Ibid.* pp. 47 – 48

l'émotion des administrés¹³². Sur ce sujet, dans le cadre de la compétition politique contemporaine – notamment à l'échelle locale – « on ne peut pas ne rien faire, ou, plus exactement, on ne peut pas faire comme si l'on ne faisait rien »¹³³. La santé tend à s'imposer comme valeur, pilier des droits garantis dans la société démocratique : enjeu politique, elle devient un enjeu pour les politiques, et de ce fait dans la politique, l'autorité publique ayant à répondre des moyens mis en œuvre pour préserver les corps individuels et *in fine* le corps social.

Partant de ces observations paradoxales, il s'agit pour nous d'approfondir le questionnement sur les formes diverses d'interférence entre santé et politique et les processus pluriels de politisation de la santé, entendus à la fois comme des processus « de mise en débat public, de mobilisation d'acteurs et de définition d'actions collectives »¹³⁴. La dimension politique de la santé doit être comprise non seulement en termes de débats et affrontements politiques, mais au-delà, en termes de dynamiques collectives de construction de sens et de controverses liées aux représentations et aux pratiques légitimes.

L'interrogation sur l'agir sanitaire en tant qu'action publique en devenir requiert de cerner le sens évolutif de l'objet santé dans l'espace politique, entendu comme espace d'action publique, comme espace de débat et de controverses politiques, mais aussi comme espace perçu et matériel de vie collective, comme *res publica*, afin de mettre au jour les termes et les conditions dans lesquels il est posé comme problème public.

Rendre compte des enjeux de la santé nécessite une approche symétrique de l'objet, hybride entre nature et culture, donc aussi entre la science et le politique, ce positionnement de la santé dans ce que Latour nomme « l'Empire du Milieu » devant être compris comme fondamentalement dynamique¹³⁵. Des désordres du corps, dont les manifestations et les causes relèvent de processus physiologiques sont autant de questions politiques, dans la mesure où l'étiologie des maux est ancrée dans les modes de vie en société, où leur sens est socialement construit et se traduit par des catégorisations sociales, et où leur traitement

¹³² Voir notamment, J.-C. Guyot, B. Hérault, *La santé publique. Un enjeu de politique municipale*, *op. cit.* ; D. Fassin, dir., *Les figures urbaines de la santé publique*, *op. cit.*

¹³³ D. Fassin, « Politique des corps et gouvernement des villes », *op. cit.* p. 18

¹³⁴ P. Lascoumes, « L'usager dans le système de santé : réformateur social ou fiction utile ? », *Politiques et Management Public*, vol. 25, n° 2, juin 2007, pp. 129 – 144, ici p. 135

¹³⁵ B. Latour, *Nous n'avons jamais été moderne*, *op. cit.*

appelle une réponse politique. L'intrication se fait plus étroite encore, si l'on considère que c'est le progrès même des sciences du vivant, notamment avec les recherches sur l'étiologie des maladies, qui a permis de mettre en évidence les causes sociales de certains maux, liées par exemple aux types d'habitats, ou aux conditions de travail. Dans un double rapport, des maux issus de la nature font l'objet d'un traitement politique, tandis que la science apporte des réponses à des maux nés dans la culture.

Traiter de la santé dans le cadre d'une analyse politique de l'action publique nécessite de cerner les processus permanent de renouvellement du sens de la santé dans et pour l'espace politique – y compris d'ailleurs pour la communauté scientifique et médicale insérée dans la vie de la cité et politiquement régulée. L'analyse de l'agir sanitaire doit s'adosser à une réflexion sur l'objet même qu'est la santé en le replaçant dans des dynamiques globales de fonctionnement de l'espace politique.

La santé est un enjeu qui s'incarne de manières multiples dans la vie de la cité, selon que des questions sont définies ou non comme de l'ordre de la maladie, comme de l'ordre de la pratique sociale dite normale ou au contraire de la déviance, mais aussi selon le degré de prégnance qui lui est politiquement accordé. Ainsi est-elle aussi un objet dans lequel s'incarnent de multiples enjeux politiques. Elle devient une voie pour solutionner des problèmes publics divers, mais plus fondamentalement, véritable « miroir » de la société, elle cristallise et révèle des enjeux politiques plus globaux, relevant de la construction du rapport entre l'individu et le corps social¹³⁶. Comme l'ont montré Feroni et Lovell, les formes prises par l'action publique touchant à la santé seraient « l'expression des façons dont une société traite les questions de gouvernementalité et d'ordre social »¹³⁷.

En ce sens, l'analyse de l'action publique est aussi celle des processus de construction de sens et de façons de faire qui participent aux recompositions des cadres permettant de penser la santé.

L'agir sanitaire est investi ou réinvesti de manières multiples, sous les traits d'engagements d'acteurs hétérogènes, bien sûr des acteurs traditionnellement centraux dans le traitement des problèmes sanitaires (médecins, administration de la santé), auxquels s'adjoignent des acteurs non spécialisés (élus de divers niveaux, personnels éducatifs, techniciens du

¹³⁶ D. Fassin, « Politique des corps et gouvernement des villes », *op. cit.*

¹³⁷ I. Feroni, A. Lovell, « Prévention du VIH et toxicomanie à Marseille. Esquisse pour une santé publique locale », *Les annales de la recherche urbaine*, n° 73, décembre 96, Ville et santé publique p. 23 – 32, ici p. 23

développement local ou de l'insertion sociale) qui témoignent et participent de l'enrichissement de l'intervention en santé, et par là même de l'approfondissement de son innervation de l'espace public. Nous ne définissons donc pas la santé *a priori*, mais en fonction de ce qu'en disent les acteurs, plus exactement à partir de ce qu'ils disent de ce qu'ils font. Nous ne la considérons pas comme un champs clos d'action publique mais comme une pluralité de configurations.

Les contours et la place de la santé dans l'espace politique doivent d'abord être analysés (**Chapitre 1**), afin ensuite de cerner la manière dont elle est construite par les représentations et les formes d'intervention d'acteurs hétérogènes (**Chapitre 2**). À cet égard, apparaît un autre niveau d'hybridité de la santé : les évolutions normatives à l'œuvre ne se limitent pas au domaine sanitaire. De nombreux champs d'action publique connaissent des redéfinitions qui sont autant d'occasions de reconsidérer la place de la santé dans l'espace public et de ce fait, de reformuler l'agir sanitaire. La politique de la Ville ou les programmes de lutte contre l'exclusion, les questionnements environnementaux, les politiques éducatives interviennent dans la reconstruction du sens de la santé, en légitimant de nouvelles formes d'intervention.

Comprendre le sens de l'agir sanitaire repose donc sur un double intérêt pour les processus de politisation et d'extension de la santé dans l'espace politique. Ce type d'interrogation sur le devenir de l'agir sanitaire implique une réflexion sur le changement : changement dans les pratiques se voulant intervenir dans la résolution de problèmes de santé et changement dans la distribution des rôles légitimes.

Chapitre 1. Imposition des enjeux de santé dans un cadre cognitif évolutif

Comprendre les ressorts de l’agir sanitaire implique un éclairage sur les articulations complexes de l’objet santé avec l’espace politique.

La santé apparaît comme un objet politique dans la mesure où elle est politiquement construite et constitue une forme clef d’épreuve politique¹³⁸. Ce qui est défini comme relevant des problèmes sanitaires dans une communauté politique de même que ce qui fait problème tient de choix politiques. Le champ de l’intervention sanitaire n’existe pas en soi, mais en fonction des engagements pris en la matière par la collectivité.

Nous observons, dans la période contemporaine, une extension du domaine de l’agir sanitaire : extension d’abord de la discipline médicale vers des prises en charge plus globales dans une optique de bien-être de la personne, extension également du soin vers divers domaines d’intervention publique contribuant tous, à divers degrés, à l’état de santé des populations. La santé, soit en tant que valeur fondamentale soit en tant qu’outil efficace d’intervention, devient pivot dans des formes multiples d’engagement. Son extension revient à un enrichissement de l’objet santé lui-même, au-delà de l’élargissement des domaines d’implication.

Cette intrication des enjeux qui produit un développement de l’agir sanitaire bien au-delà des frontières traditionnelles du soin doit être comprise comme incluse dans une évolution générale de l’action publique, que traduit le renouvellement du cadre d’analyse des politiques publiques. Si ces dernières ont pu être définies comme résultat des activités d’autorités publiques¹³⁹, la compétence apparaît aujourd’hui distribuée entre différentes autorités légitimes, tout comme les réalisations sont tributaires de l’engagement d’acteurs hétérogènes. En ce sens l’État perd de sa centralité, dans ce qui est à présent conçu comme l’« action publique » : il ne représente plus à lui seul l’espace public, espace au sein duquel il doit désormais composer avec des autorités supra et infra nationales. L’action publique

¹³⁸ D. Fassin, *Les enjeux politiques de la santé*, op. cit.

¹³⁹ Nous devons faire référence notamment à l’ouvrage de Y. Mény et J.-C. Thoenig, *Politiques publiques*, Paris, Presses Universitaires de France, 1989

apparaît perpétuellement négociée, résultat d'interventions sociales multiples, bien au-delà de la vision strictement institutionnaliste qui la limiterait à celle des gouvernants¹⁴⁰. La mise en discussion des enjeux devient essentielle puisque le corpus des acteurs, experts comme profanes, publics comme privés, est élargi. Ce processus est rendu nécessaire par la complexité de la réalité sur laquelle l'intervention publique entend agir, les problèmes publics n'ayant pas de causalité unique.

Sur cette base, une grammaire générale de l'action publique contemporaine se trouve traduite dans l'agir sanitaire¹⁴¹ : la nécessité d'un décloisonnement des interventions dans un but de rationalisation et d'efficacité, les dynamiques de négociation et de territorialisation¹⁴², les approches participatives de la décision, mais aussi le souci croissant de bon usage des deniers publics sont autant de cadres thématiques et de légitimation des bonnes pratiques structurants pour l'agir sanitaire. Ils président à l'activité réformatrice, selon une approche de rénovation/modernisation de l'intervention des acteurs professionnels comme des autorités publiques.

Le processus de recomposition de l'objet santé, et de l'agir sanitaire qui en représente la mise en actes et en discours, se fait selon une double direction. D'une part, une grammaire politique générale influe sur les manières de penser et de faire la santé, dans le sens de la transversalité et de la négociation de l'action publique. Elle constitue notamment un élément déterminant dans l'évolution des référentiels de l'agir sanitaire de la médecine vers la prise en charge multidisciplinaire, ou du soin individuel vers la santé globale. D'autre part de tels mouvements de croisement des problématiques et des missions et de partage de l'autorité légitime favorisent, à l'inverse, un changement même dans les représentations de la place de la santé dans l'espace politique. Elle a vocation, en tant que valeur ou but ultime à forte valeur ajoutée, à constituer une base de détermination des objectifs de politiques sociales, éducatives, environnementales, d'aménagement ou de sécurité. Ainsi ce ne sont pas seulement les interventions en matière de santé qui doivent être conçues comme transversales et négociées : c'est la santé elle-même qui devient une base de la négociation et un pivot de la transversalité de l'action publique.

¹⁴⁰ P. Duran, *Penser l'action publique*, *op. cit.* p. 11

¹⁴¹ Sur cette notion de grammaire, voir T. R. Burns, H. Flam, *The Shaping of Social Organization*, *op. cit.*

¹⁴² J.-P. Gaudin, *L'action publique. Sociologie et politique*, Paris, Presses de Sciences Po - Dalloz, 2004

Afin de mieux cerner les évolutions cognitives et normatives qui modifient la place de l'objet santé dans l'espace politique et forment la base du devenir de l'agir sanitaire en définissant les formes de l'action publique légitime, nous souhaitons d'abord analyser le glissement d'une approche médicale à une conception globale de la santé, qui revient à un approfondissement de la politisation des enjeux (**Section 1**), pour ensuite appréhender les référentiels cognitifs et normatifs formant la base de l'action sanitaire légitime (**Section 2**).

Section 1. Un renforcement de la prégnance des enjeux sanitaires dans l'espace public à la faveur d'un bouleversement des frontières

« De toutes les fonctions humaines, celle qui consiste à gouverner ses semblables, encore que la plus enviée, est la plus décevante, car elle n'a jamais de fin, et ne permet à l'esprit aucun repos. [...] À peine une difficulté politique paraît-elle aplanie qu'une autre, qui se formait justement pendant qu'on réglait la première, exige une attention immédiate. [...]

L'exercice du pouvoir n'est guère comparable qu'à celui de la médecine, qui connaît également cet enchaînement sans trêve, cette primauté des urgences, cette constante surveillance des troubles bénins parce qu'ils peuvent être symptômes de lésions graves, enfin ce perpétuel engagement de la responsabilité en des domaines où la sanction dépend de circonstances futures. L'équilibre des sociétés, comme la santé des individus, n'a jamais un caractère définitif, et ne peut représenter un labeur achevé. »¹⁴³

Maurice Druon ouvrait par ces mots un chapitre de son célèbre ouvrage consacré au destin des rois de France, signifiant la proximité entre les fonctions de gouvernement et l'action sur la santé des hommes qui partagent un caractère intrinsèquement évolutif et non stabilisé, une dimension d'irréductible incertitude. En ce sens, le prisme de l'analyse politique paraît pouvoir aider à la compréhension de ce qui se joue en matière de santé, tandis que l'étude de l'action en santé procure un éclairage sur les ressorts de l'espace politique.

¹⁴³ M. Druon, *Les rois maudits. Tome III, Les poisons de la couronne. 1315-1316*, Paris, Del Duca, 1956, pp. 105 – 106

Analyser l'agir sanitaire est une manière de traiter à la fois de santé et de rapports politiques, mais surtout des relations existant entre ces deux objets : la santé doit être comprise dans sa dimension d'épreuve politique¹⁴⁴ mais aussi comme construction politique. La santé signifie le rapport qu'une société construit et expérimente entre le corps individuel et le corps social. Par conséquent, elle se donne à voir comme un objet essentiel dans la compréhension des rapports de force et de la construction des légitimités que la science politique ne peut négliger.

Il s'agit donc, pour débiter l'analyse de l'agir sanitaire, de comprendre ce qui se joue dans la société lorsqu'il est question de santé. Nous souhaitons poser certains cadres de compréhension de l'irruption de la santé dans l'espace politique et de la marque laissée par le politique sur la santé (**Paragraphe 1**), pour ensuite montrer la manière dont une évolution des enjeux sanitaires signifie une renégociation de la place de la santé dans l'espace politique (**Paragraphe 2**). Notre objectif est de souligner l'intérêt d'une analyse politique de la santé, à travers ce que nous nommons l'agir sanitaire, en montrant qu'un objet par nature politique voit sa politisation renforcée à la faveur de l'affirmation de nouvelles définitions, procédant d'une extension des problématiques.

1. La santé enjeu politique polymorphe

Les acteurs de terrain interrogés sur ce point, qu'ils soient élus, agents administratifs ou praticiens de santé, ont la plupart du temps affirmé avec force le lien perçu entre santé et politique. La santé et les décisions qui s'y rapportent seraient « forcément », « clairement », « éminemment », « essentiellement » politiques, sans toutefois que les acteurs arrivent toujours à définir pourquoi ni dans quelle mesure.

Un de nos objectifs est d'éclaircir ce rapport entre santé et politique. La santé apparaît de manière récurrente dans les débats et dans la compétition politique moderne (*politics*). Cependant, dans les discours individuels comme dans la littérature, elle se donne à voir comme un problème politique au sens de préoccupation ancrée dans la vie de la cité, relevant d'un choix collectif de société et chargé d'une force symbolique. La réponse apportée par les pouvoirs publics est présentée comme essentielle au vivre ensemble. Par là

¹⁴⁴ D. Fassin, *Les enjeux politiques de la santé*, op. cit.

même, la santé devient un objet de politiques publiques (*policies*), ces dernières étant les traductions des arbitrages et choix politiques faits en la matière.

Mais la santé apparaît plus fondamentalement comme un objet politique, catégorie qui fait appel et fait l'objet de représentations sociales multiples et de définitions institutionnelles changeantes, mais qui chaque fois traduisent une reformulation des enjeux. Aux représentations de sens commun, centrées sur l'individu et sa condition physique et psychique, se mêlent des représentations politiques centrées sur la dimension sociale, collective de la santé, cette dernière ayant alors trait à la fois à l'angoisse existentielle de chacun et aux nécessités de la préservation du corps social.

Dans ces conditions, la définition donnée par Duhamel d'un « objet politique identifiable » s'avère particulièrement bien adaptée à l'objet santé¹⁴⁵. Un tel objet serait reconnaissable par l'« usage politique » qui en est fait, par sa « nature politique », voire même par sa « vocation politique ». Si la santé est en effet clairement repérable dans les luttes et argumentaires de légitimation sur la scène politique, elle met en jeu, de manière plus fondamentale les rapports entre le corps individuel et le corps social. Elle réside au centre du pacte social et témoigne des relations de domination légitimes existant entre les membres d'une société.

Dans ces conditions, nous devons analyser l'étroite relation que la santé, en tant qu'objet d'analyse, valeur et enjeu d'action publique, entretient avec le politique, les politiques publiques et enfin la politique. Il apparaît que la santé s'inscrit, dans nos sociétés modernes, dans le politique, fait partie des enjeux qu'il doit traiter, tandis que le politique s'insinue et s'incarne dans l'objet santé. Nous rejoignons la démarche de Fassin qui cherche à « saisir le double mouvement dans lequel la santé est en jeu dans l'espace du politique dont elle contribue par là même à révéler les enjeux »¹⁴⁶.

1.1 L'irruption de la santé dans le politique

La santé met en jeu la capacité des pouvoirs publics à assurer à l'ensemble des citoyens un égal accès à des services visant à lutter contre les maladies et les infirmités, ou à les

¹⁴⁵ A. Duhamel, « Rugby, objet politique identifiable », *Libération*, mercredi 12 septembre 2007, en ligne [page consultée le 3 mars 2008]. Disponible sur www.liberation.fr

¹⁴⁶ D. Fassin, *Les enjeux politiques de la santé*, op. cit. p. 10

prévenir. Le préambule de la Constitution de 1946 repris par le texte de 1958 pose la protection de la santé comme une garantie constitutionnelle, ce qui représente en soi un acte politique, la santé se trouvant consacrée parmi les valeurs fondamentales pour lesquelles la nation doit apporter des réponses.

L'enquête de terrain met clairement en lumière un lien organique formulé entre la santé et le champ politique. Les acteurs donnent à voir la santé comme un enjeu politique et de politiques en se fondant sur l'idée qu'elle est la base même de l'organisation sociale, concerne tous les pans de la vie collective et de l'action publique. Un médecin aquitain explique par exemple que la santé est éminemment politique car « tout découle de là », un autre en faisant « une question sociétale ».

En ce sens, le personnel politique se doit d'intervenir dans une matière qui conditionne d'autres champs sociaux. Un médecin libéral explique que « c'est très important. C'est quand même le bien-être de la population. Pour les hommes politiques, c'est quelque chose de primordial, aussi bien pour faire marcher au niveau économique, ou pour tout. [...] C'est vrai que c'est important d'avoir des hommes bien portants, qui soient bien soignés, bien traités, pris en charge. C'est dans le cadre du développement global de la personnalité ». Un de ses homologues hospitaliers souligne pour sa part, que l'enjeu est politique dans la mesure où « la santé d'un pays est capitale. Ça a forcément des retombées économiques, ça a un coût et en même temps c'est une priorité fondamentale de se préoccuper de la santé des citoyens. C'est à la fois une question économique importante et en même temps c'est une question humaine fondamentale ».

Cette représentation domine chez les praticiens, qui souvent ne font qu'affirmer fortement la dimension politique de la santé mais sans parvenir à l'explicitier, l'idée ayant à leurs yeux la force de l'évidence. Cette position se retrouve chez les agents des services de l'État ou de l'Assurance maladie, comme en témoignent les termes d'un représentant syndical président d'une caisse primaire d'Assurance maladie (CPAM) : « Pourquoi c'est un problème politique ? Tout simplement parce que, quand je parle santé, je parle de droit au travail, d'intérêt au travail, de conditions de travail, de stress au travail. C'est en ça que c'est un vrai problème politique d'avoir une législation compréhensible, accessible, protectrice de la personne au travail. Ensuite le logement, la qualité du logement : ce sont bien des problèmes sur lesquels les politiques, c'est-à-dire la représentation populaire organisée, a la responsabilité de donner les moyens, de répondre à ces questions là. Donc le droit du

travail, le logement, la qualité de l'environnement... je n'ai pas une seconde d'hésitation sur le fait que c'est très politique. »

Bien que les acteurs locaux relaient spontanément l'idée qu'un domaine qui touche à tous les pans de la vie collective est politique par nature, le traitement légitime voire moralement nécessaire de la santé par le politique ne va pas de soi. Il est historiquement daté.

L'irruption de la santé dans le champ politique correspond à la fin de son confinement dans la sphère privée et à son affirmation comme champ social différencié. Elle procède d'une évolution spécifique dans l'histoire des sociétés modernes. Comme le souligne Fassin, toutes les sociétés produisent des représentations et expérimentent des pratiques visant à éviter les malheurs collectifs, du moins à y faire face¹⁴⁷. Cependant dans les sociétés traditionnelles, la gestion collective de la maladie est une activité peu différenciée : liée au mystique et à la superstition elle prend place de manière diffuse au sein des rapports sociaux. Dans les sociétés modernes en revanche, l'auteur constate une « double rupture » dans cette gestion collective du malheur : elle occupe désormais un espace différencié et « le pouvoir politique s'empare de cette prérogative » au nom de son rôle de maintien de l'ordre public et pour asseoir sa légitimité¹⁴⁸. Cela donne lieu au développement d'un « domaine spécifique d'activité »¹⁴⁹, dans lequel se mettent en place « les normes et les institutions qui régissent le rapport du corps physique et du corps social »¹⁵⁰.

La gestion collective de la santé a donc fait l'objet d'une transformation historique. Elle n'est devenue politique qu'avec le développement, d'une part d'une activité médicale distincte des croyances magiques et d'autre part de formes institutionnalisées de gouvernement, notamment avec l'émergence de structures étatiques.

Le détour par ces transformations historiques permet d'analyser l'irruption de la santé dans le champ politique non pas comme un donné, mais comme un construit social. Il permet de mieux comprendre les dynamiques par lesquelles la santé est progressivement apparue comme un objet de débat et d'action politique, comme un problème politique.

La santé peut d'abord constituer une mise à l'épreuve du politique lors de l'apparition de crises ponctuelles qui marquent la société par l'ampleur de leurs retombées humaines,

¹⁴⁷ D. Fassin, *L'espace politique de la santé*, *op. cit.*

¹⁴⁸ *Ibid.* p. 46

¹⁴⁹ *Ibid.* p. 204

¹⁵⁰ *Ibid.* p. 205

sociales et économiques. Les épidémies et crises sanitaires font entrer la santé dans le politique dans la mesure où elles déstabilisent les institutions et le corps social tout entier. Parallèlement à des retombées démographiques parfois dramatiques, elles déclenchent des peurs qui supposent des mesures urgentes et collectives. Elles menacent donc les pouvoirs publics par les accusations d'incompétence qu'elles sont susceptibles d'amener et les obligent à agir¹⁵¹. Selon Tabuteau, l'épidémie de choléra de 1849 a mené à la loi sur les logements insalubres, puis la grippe espagnole apparue en 1918 aurait été à l'origine de la création du premier ministère de la Santé en 1920¹⁵². Plus récemment, le sida, la crise de la vache folle ou celle du poulet à la dioxine et, dans le cas français, « l'affaire » du sang contaminé, ont représenté de nouvelles mises en cause des pouvoirs publics.

Le politique peut aussi se trouver déstabilisé au niveau local par ces crises sanitaires : la fermeture d'un hôpital entraîne des mobilisations sociales, le décès d'un enfant décidera un maire à lancer une campagne contre le saturnisme et donc un programme de réhabilitation des logements, une équipe municipale peut se déchirer au sujet de l'opportunité et des lieux d'implantation des distributeurs de seringues neuves destinées aux usagers de drogues.

La figure de la crise apparaît donc essentielle dans l'irruption de la santé dans le politique, d'autant que les médias contribuent à donner aux questions de santé « les formes politiques du scandale »¹⁵³, comme en témoignent la couverture des cas d'infections nosocomiales ou de défaillances dans les procédures de prise en charge d'urgence. Elle s'impose comme un mode privilégié de représentation des questions de santé, parmi les journalistes, les professionnels et les dirigeants : certains mentionnent une crise du système de soins, ou celle du modèle de financement socialisé ; pour d'autres c'est l'hôpital qui serait en crise, ou bien les professions de santé. Malgré leur dimension subjective, la généralisation des discours en termes de « crise » témoigne de la forte dimension émotionnelle d'enjeux dont la gestion constitue « une des missions cardinales du pouvoir politique »¹⁵⁴.

Au-delà de ces irruptions brutales dans le champ politique, la santé s'est progressivement imposée comme une des composantes de l'action politique légitime. Une fois encore, il est

¹⁵¹ D. Fassin, *Les enjeux politiques de la santé*, *op. cit.*

¹⁵² D. Tabuteau « La santé en quête de politique », *op. cit.*

¹⁵³ A. Garrigou, « Penser la santé », in A. Garrigou, dir., *La santé dans tous ses états*, Paris, Atlantica, 2000, pp. 7 – 16, ici p. 15

¹⁵⁴ D. Tabuteau « La santé en quête de politique », *op. cit.* p. 38

nécessaire de prendre en compte un processus historique de politisation, le cheminement par lequel les pouvoirs publics français ont admis les questions sanitaires comme relevant du domaine de l'intervention du politique.

La santé est longtemps restée une affaire privée, fondée sur le colloque singulier. Si les hospices, Hôtels-Dieu et hôpitaux de l'Ancien régime font l'objet de réglementations et d'interventions des autorités publiques, ils sont d'abord conçus comme des lieux d'accueil des déshérités et des infirmes¹⁵⁵. La médecine reste « à l'écart de l'action publique » jusqu'à la fin XVIII^{ème} siècle pour n'entrer véritablement dans le champ du politique que quand la santé devient « un phénomène social, objet d'observation et d'action publique »¹⁵⁶.

Ce n'est qu'au XIX^{ème} siècle que les hygiénistes provoquent les premiers débats publics modernes de grande ampleur sur la gestion collective de la santé. Même s'ils ne parviennent pas à imposer totalement leurs doctrines et si la grande loi de 1902 ne reste que partiellement appliquée, leur mouvement représente une nouvelle étape dans l'irruption de la santé dans le politique¹⁵⁷. La santé sort définitivement de la sphère privée et l'hygiène, en tant que discipline scientifique, se trouve investie d'une mission politique, fondée sur le postulat idéologique qu'une meilleure gestion de la santé permettrait d'améliorer la durée et la qualité de vie pour l'ensemble du corps social. Les hygiénistes, qui se fondent sur un raisonnement épidémiologique, au niveau de la collectivité, font de la santé publique un savoir scientifique qui ne se confond plus avec la science médicale, mais utilise la science de gouvernement¹⁵⁸.

L'État a donc progressivement entrepris de prendre en charge différents pans du monde sanitaire, les nécessités pratiques d'une régulation politique apparaissant largement imbriquées avec des raisons symboliques. Sans revenir sur les multiples textes législatifs et réglementaires encadrant les pratiques professionnelles, ni sur l'abondante législation régissant l'univers hospitalier ou encore le modèle de sécurité sociale, il est aisément

¹⁵⁵ V.-P. Comiti, *Histoire du droit sanitaire français*, Paris, Presses Universitaires de France, 1994. Parallèlement, la protection de la salubrité publique est confiée au pouvoir municipal par le décret du 14 septembre 1789 et les lois des 16 et 24 août 1790, de sorte que l'intervention de l'État a longtemps été vue comme subsidiaire, ce qui a représenté un frein à l'affirmation de la santé au sein des débats politiques.

¹⁵⁶ D. Tabuteau, « La santé en quête de politique », *op. cit.* p. 31 – 32

¹⁵⁷ D. Fassin, *L'espace politique de la santé*, *op. cit.*

¹⁵⁸ *Ibid.*

décelable que certains problèmes contemporains vont dans le sens d'une nécessaire affirmation des questions de santé dans le politique.

Le statut de la santé comme bien public et bien individuel qu'il s'agit de préserver tend à être renforcé dans la société occidentale actuelle, qui bénéficie d'une médecine performante et de techniques innovantes pour faire face à la maladie mais qui doit composer avec le vieillissement de la population et une perdurance des décès dit prématurés¹⁵⁹. Dans une société qui affirme une volonté de vivre longtemps et en bonne santé, dénonce la douleur et où la mort est perçue comme un échec des thérapeutiques, la santé prend plus que jamais l'aspect d'une vertu essentielle, d'une valeur autour de laquelle se forme un consensus. La dimension affective des enjeux sanitaires ne peut que donner lieu à un renforcement de la saillance de l'enjeu politique, la puissance publique et notamment les élus se devant de répondre, par leurs choix, à cet impératif moral. Comme le souligne un directeur d'hôpital, « la santé est la première préoccupation des Français. Donc comment les élus pourraient ne pas faire leur ce sujet ? » La santé apparaît de plus en plus revendiquée comme un droit, dont la garantie s'impose comme une des obligations morales du politique, comme le montre par exemple la création de la Couverture Médicale Universelle (CMU) en 1999.

Par ailleurs, le positionnement de la santé entre sphère privée et sphère publique rend la régulation politique nécessaire pour que l'édifice institutionnel puisse perdurer, dans un contexte de ressources limitées où l'État doit garantir l'égal accès de tous à des services de qualité.

La santé est un bien collectif mais qui est consommé individuellement, de même qu'il s'agit d'un service public mais qui repose en partie sur des professionnels libéraux. Les évolutions démographiques et sociologiques de la population dans son ensemble et de la population des professionnels de santé obligent le politique à aborder les questions sanitaires, sous un angle à la fois territorial, financier et éthique, au-delà de la seule réglementation générale des professions ou de la régulation financière. Comme le souligne Tabuteau « certaines évolutions récentes du système de santé pourraient au cours des prochaines années faire surgir sur le devant de la scène des problèmes politiques qui étaient jusqu'alors restés en sourdine »¹⁶⁰.

¹⁵⁹ Les décès considérés comme prématurés sont ceux survenus avant 65 ans.

¹⁶⁰ D. Tabuteau, « La santé en quête de politique », *op. cit.* p. 42

Parmi les plus saillants, la démographie médicale alliée aux évolutions des modes de travail des professionnels libéraux, pose la question de l'organisation territoriale des soins au nom de l'égalité d'accès. La féminisation du monde médical, mais plus largement l'évolution des rythmes de travail et le refus des nouvelles générations de professionnels du sacerdoce vécu par leurs aînés entraîne une menace de « pénurie partielle »¹⁶¹, voire de désertification. Une transformation des pratiques catégorielles tend en l'occurrence à s'imposer comme problème politique, d'autant que la population vieillit, ce qui ne fait qu'accroître les besoins en soins de proximité. L'enjeu politique est d'ailleurs à la fois national et local, car s'il revient à l'État de fixer des règles garantissant l'accès, les élus locaux sont touchés de plein fouet, notamment en zones rurales, par le délaissement de leurs territoires par des professionnels qui représentent une garantie d'attractivité et de maintien des services.

Le changement des modes d'exercice devient ainsi un facteur de politisation de l'enjeu sanitaire : quand les médecins généralistes assuraient un service quasi continu, les pouvoirs publics n'avaient pas à se soucier de l'organisation des praticiens. Ce n'est qu'à partir du moment où ils ont refusé de remplir cette mission dans les mêmes conditions que le problème de la permanence des soins a surgi pour le politique. La garantie de l'accès aux soins qui se réalisait autrefois naturellement – du moins pour ce qui est de sa dimension territoriale – doit aujourd'hui passer par une intervention politique, pour pallier les lacunes d'un système où la régulation libre des professionnels ne permet plus d'accomplir, seule, ses exigences éthiques. Il en va de même pour les dépassements d'honoraires qui se multiplient, remettant de nouveau en cause l'accès aux soins, cette fois d'un point de vue économique et social.

Un tel positionnement de la santé dans le politique conduit inévitablement à une évolution de la nature des rapports de pouvoir qui se jouent autour de la médecine. Si l'activité thérapeutique n'est pas en soi politique, car elle relève du domaine privé, elle s'inscrit dans le politique à partir du moment où la santé devient un problème pour la collectivité et où la puissance publique lui impose une réglementation. Le « pouvoir de guérir », conçu comme le processus de légitimation des thérapeutes, est en ce sens pour Fassin une dimension clef de « l'espace politique de la santé » qu'il définit¹⁶². Le pouvoir médical devient politique dès lors que les prérogatives et les prescriptions du thérapeute donnent lieu à un contrôle

¹⁶¹ *Ibid.*

¹⁶² D. Fassin, *L'espace politique de la santé*, *op. cit.*

des autorités publiques, que « ses compétences lui font jouer un rôle dans la maîtrise d'un problème sanitaire collectif » et qu'il « intervient dans la production de normes individuelles »¹⁶³.

Des évolutions structurelles tendent donc à ouvrir de nouvelles entrées aux questions de santé dans la sphère du politique, avec en toile de fond les inquiétudes au sujet de la durabilité d'un système auquel les Français sont attachés.

Dans ces conditions, l'objet politique qu'est la santé entre logiquement dans « la politique » (*politics*), avec toute sa force symbolique et comme ressource de légitimation du pouvoir. Cet aspect de la santé comme problème et instrument dans les luttes stratégiques pour le pouvoir n'est pas l'objet de notre rencontre avec les élus et ne représente pas le cœur de ce que nous souhaitons mettre en lumière. Il ne s'agit pas, dans le cadre de notre étude, de traiter directement de l'usage proprement politique des enjeux sanitaires par les élus, donc d'évaluer la portée réelle de leur investissement en faveur de la santé, au regard de leurs stratégies d'affichage. Pourtant la portée symbolique de cette problématique oblige à un détour par la place de la santé dans la politique. Elle représente une toile de fond qu'il faut garder à l'esprit lors de notre analyse de terrain, notamment pour ne pas surestimer le volontarisme des acteurs.

Nous l'avons dit, la santé n'est pas un domaine de politique publique comme les autres. En touchant à ce qu'il y a de plus intime chez l'individu au-delà du fonctionnement interne de ses organes, à l'intégrité physique ou à la souffrance psychique, finalement à la question fondamentale de la mort, elle recèle une forte dimension émotionnelle et symbolique qui sous-tend toutes les actions entreprises en son nom. La santé a une place spéciale dans la société, une « légitimité particulière » empreinte de consensualité¹⁶⁴. Elle représente à ce titre un domaine à haute valeur ajoutée pour le politique, y compris en termes de retombées médiatiques.

Collovald met bien en lumière, avec le cas du verre de lait de Pierre Mendès-France, les mécanismes par lequel l'homme politique instrumentalise l'intervention relative à la santé et la communication qui l'entoure pour asseoir son « style » de gouvernement tout en

¹⁶³ *Ibid.* p. 25

¹⁶⁴ *Ibid.* p. 17

cherchant à résoudre des enjeux éloignés des seuls bénéfiques de santé publique¹⁶⁵. Le verre de lait que le Président du Conseil préconisait de consommer dans les écoles primaires est resté dans les mémoires comme symbole de sa lutte contre l'alcoolisme et la malnutrition. Or, « bien plus qu'un verre de lait », ce verre de lait illustre pour les mendésistes la « méthode PMF », valorisant sa prétention à briser les pressions de groupes particularistes¹⁶⁶. Au-delà de la promotion d'un produit sain, il « porte une morale du progrès »¹⁶⁷.

Cependant Collovald souligne qu'un détail est souvent oublié dans l'image symbolique donnée à cette réforme : le verre promu est un verre de lait sucré. La motivation première de la politique de santé publique serait donc tout autre, à savoir les relations avec les agriculteurs, notamment les betteraviers.

Ce type d'enjeu est particulièrement prégnant au niveau local, tant la proximité matérielle et symbolique avec les citoyens incite l' élu à manifester, au-delà de ses prérogatives légales, une certaine préoccupation pour l'état de santé de ses administrés¹⁶⁸. Il apparaît enjoint d'intervenir, notamment pour le maintien des services de santé sur son territoire, mais en même temps enclin à intervenir, du fait de l'attrait que peut représenter la santé en termes de communication et de légitimation politique. En définitive au plan local « que ce soit par des actions réelles ou symboliques, qu'il faudra de toute façon rendre visibles, il s'agit de démontrer la préoccupation de l'on manifeste à l'égard de ces problèmes »¹⁶⁹, donc d'une certaine manière d'occuper ce terrain. En témoigne la bruyante mobilisation de certains élus ruraux contre la fermeture de structures ou de services hospitaliers. Ainsi c'est en tant que porte-parole des administrés que l' élu se fait entendre sur des questions hospitalières, et non pas au Conseil d'administration qu'il préside. Cette fonction apparaît largement honorifique et n'est que peu investie par les élus. En tant que non spécialiste des questions de soins et du fait des contraintes techniques et budgétaires qui pèsent sur les établissements, l'homme politique n'est pas en mesure d'influer sur la gestion effective et les choix stratégiques de

¹⁶⁵ A. Collovald, « Le verre de lait de Pierre Mendès-France ou l'oubli des origines politiques », in A. Garrigou, dir., *La santé dans tous ses états*, op. cit. pp. 35 – 54

¹⁶⁶ *Ibid.* p. 38

¹⁶⁷ *Ibid.* p. 39

¹⁶⁸ D. Fassin, « Politique des corps et gouvernement des villes », op. cit.

¹⁶⁹ *Ibid.* p. 18

l'hôpital. Il devient plutôt véritablement acteur lors des situations de crise, au nom du maintien d'un service public nécessaire à la vitalisation d'une circonscription. À l'inverse, le rayonnement d'une structure de soins peut être réinvesti et valorisé par l'élu local, notamment suite aux classements des établissements de soins qui paraissent périodiquement dans les médias destinés au grand public.

De manière générale, l'existence d'un service, d'une structure de santé sur un territoire représente une ressource communicationnelle dans la vie politique locale.

Les acteurs locaux parties prenantes dans les dispositifs sanitaires locaux ont clairement souligné cette vocation de la santé à innover le discours de valorisation politique. Dans le cas par exemple du dispositif Atelier santé ville initié par la politique de la Ville, un coordinateur indique que pour les maires « il y a aussi une envie d'être un peu à la pointe. Je veux dire, comme ça a démarré ailleurs... c'est aussi une envie d'avoir son projet santé et de communiquer là-dessus ». De même, l'inclusion d'une commune dans le réseau des Villes Santé de l'OMS s'inscrit, aux dires d'un agent municipal, « dans ce schéma de valorisation, de légitimation, de reconnaissance ». Pour la mairie de Bordeaux enfin, l'existence d'un Conseil local de santé directement inclus dans l'organigramme municipal, mais autonome par rapport au Service communal d'hygiène et de santé (SCHS) qui lui existe dans les autres villes françaises, a une forte portée symbolique.

Si la santé fait irruption dans le champ politique, il semble nécessaire d'aller plus loin dans l'explicitation des rapports complexes entre santé et politique. Car à l'inverse, le politique en tant que rapport spécifique de pouvoir et mode de définition de la vie collective, influe sur les formes sociales qui sont reconnues aux questions sanitaires, et s'insinue dans les choix établis en la matière comme dans les rapports entre les acteurs impliqués.

1.2 Le politique imprime sa marque dans la santé, ses arbitrages et ses rapports entre acteurs

Le politique s'inscrit dans la santé à plusieurs niveaux, au-delà des seules « politiques de santé » qui constituent les réponses explicites aux problèmes que la société considère comme ayant trait à la santé. Les questions sanitaires ne sont pas toutes politisées, de même qu'elles ne le sont pas toutes au même degré. La définition de ce qui relève du sanitaire, la

gamme des choix légitimes, ou encore les rapports de force qui se nouent entre acteurs sont proprement politiques : « *la politique de la santé* se découvre alors à travers une multitude de faits et de signes » qu'il s'agit à présent d'identifier¹⁷⁰.

Les modes d'organisation de l'offre de services et d'allocation des ressources sont le fruit d'arbitrages politiques, qui correspondent à des choix gestionnaires mais aussi et surtout à des choix de société. Les acteurs rencontrés ont unanimement souligné la dimension politique qu'ils assignaient aux décisions publiques se rapportant à la santé. Pour les médecins « le politique, il prévoit, il organise et il paie. Et il contrôle aussi » ; « ce sont les politiques qui décident. Qui décident d'abord du budget, et ils décident des options et des choix » ; « l'organisation de la santé dépend de la volonté politique de mettre en place les structures et les moyens ». De même, les acteurs administratifs rappellent que l'organisation sanitaire ne va pas de soi mais diffère d'un État à un autre, voire d'une mandature à une autre, donc « c'est bien dû à la politique qui est en place ».

Cet aspect transparait également au niveau des collectivités territoriales. Des agents de Conseil général soulignent qu'un engagement en matière d'action de santé est un choix purement politique, dans le cadre du budget fermé dédié à la Solidarité ou au Social. Les coordinateurs d'Ateliers santé ville mentionnent également que l'existence de ce dispositif est le fruit d'une « volonté politique » au sens de choix des élus. De même, l'extension des missions du SCHS de Bordeaux à des actions d'éducation à la santé est présentée comme « une volonté de la part de la ville, depuis une douzaine d'années », période qui correspond au changement d'exécutif municipal.

Les dispositifs organisationnels comme les moyens financiers alloués ne peuvent manifestement se réduire à des questions techniques ou de l'ordre de la régulation professionnelle, mais correspondent à des prises de position du politique. Nous nous rapprochons ici de la thèse développée par Le Galès et Lascoumes selon laquelle les « instruments » de l'action publique reposent sur une théorie politique implicite et constituent de véritables institutions au sens sociologique du terme¹⁷¹. L'instrument est un dispositif normatif, qui combine des éléments techniques et sociaux. Porteur d'une conception concrète des rapports politiques, il est toujours sous-tendu par une forme de régulation, révélant une relation entre gouvernants et gouvernés. Le choix d'un instrument

¹⁷⁰ D. Fassin, *Les enjeux politiques de la santé*, op. cit. p. 13. C'est l'auteur qui souligne.

¹⁷¹ P. Le Galès, P. Lascoumes, *Gouverner par les instruments*, Paris, Les Presses de Sciences Po, 2004

inclut par conséquent un choix de valeur, donc un choix politique. Les instruments sont bien plus que de simples catégories et outils mobilisables à tout moment par les décideurs, la « dépolitisation » qui leur est souvent prêtée, adossée à des arguments techniques en termes d'efficacité, n'étant qu'apparente.

Comme le souligne Bergeron, « Décider [...] c'est désigner des experts, choisir des professionnels, favoriser une discipline ou des institutions, redistribuer des moyens et des ressources d'un segment de la société à un autre, c'est confier un mandat à certains professionnels et en subordonner d'autres, etc., bref autant d'opérations au caractère proprement politique. »¹⁷². Or si la décision publique est toujours un acte politique, un choix entre des valeurs et intérêts divergents, elle l'est tout particulièrement en ce qui concerne la santé, car derrière le choix réside une vision des devoirs de la société envers ses membres, donc de ce que doit être la chose publique. Les arbitrages aujourd'hui nécessaires pour faire face à des problèmes structurels, notamment en matière de financement et d'égalité d'accès, procèdent en fin de compte de l'orientation donnée au modèle social. Comme le dit Tabuteau, la santé appartient pleinement au champ politique « parce que les choix de la politique de santé déclinent inévitablement et très concrètement les valeurs cardinales qu'une société se reconnaît et engage son avenir. »¹⁷³

Chaque thème de santé doit être examiné à la fois sous ses aspects scientifiques – médicaux et épidémiologiques –, économiques et bien sûr éthiques. Différents ordres de valeurs entrent en jeu pour définir l'action sanitaire légitime, notamment l'humanisme et la philosophie politique autour de la question d'égalité, ainsi que la politique sociale, l'aménagement du territoire, tout récemment la défense des consommateurs ou la bioéthique. Ces angles divers amènent des recommandations différentes, donc la nécessité d'un arbitrage politique. En d'autres termes, il revient au politique de trouver ce qu'il

¹⁷² H. Bergeron, « Des décisions qui ont une histoire : l'exemple de l'alcool », Intervention au colloque Décision en santé publique : obligation, négociation, participation ? , Montpellier, 22, 23 et 24 novembre 2007, en ligne, [page consultée le 8 juillet 2008]. Disponible sur : http://www.cso.edu/upload/pdf_actualites/CSO-Bergeron-Colloque%20SFSP1.pdf

¹⁷³ D. Tabuteau, « Introduction », *Revue Française d'Administration Publique*, n° 113, 2005, pp. 7 – 12, ici p. 10

convient de faire, en d'autres termes la solution socialement acceptable et économiquement soutenable¹⁷⁴.

Les enjeux économiques contemporains sont clairement révélateurs de la dimension politique des choix en santé, dans la mesure où l'édifice sanitaire est basé sur un financement socialisé de la santé, aujourd'hui fragilisé par le déficit de l'Assurance maladie, sur le plan de la soutenabilité comme de la légitimité. Des médecins, gestionnaires de l'Assurance maladie ou agents administratifs rencontrés ont mentionné le caractère politique du choix du système de protection sociale. En période de déficit de la Sécurité sociale allié au vieillissement de la population, l'arbitrage entre financement socialisé ou individuel a été maintes fois souligné. « Si l'on veut, dans l'avenir, financer, il va bien falloir changer les règles, et c'est les politiques qui les changeront » souligne un médecin. Pour un de ses confrères, « le problème du financement et de prise en charge de la dépense devient un enjeu politique. Dans le sens où, est-ce qu'on va pouvoir continuer à faire une prise en charge de la santé solidaire, avec un égal accès aux soins pour tout le monde, ou est-ce qu'on va se diriger, comme c'est le cas actuellement, vers un peu de chacun pour soi, avec des dépassements d'honoraires, des choses qui ne sont pas prises en charge, des mutuelles qui augmentent de plus en plus, etc. ? On sort un peu de ce système solidaire. Dans ce sens là on peut dire que c'est politique, parce que c'est des choix de société ».

En effet, soit le politique choisit de maintenir le taux de prise en charge par la Sécurité Sociale, ce qui sous-entend d'augmenter les prélèvements obligatoires, soit il réduit les prestations ou laisse les ménages assurer le financement de leur santé, notamment par des assurances complémentaires, ce qui pose la question de l'égalité devant le soin. L'option financière correspond au choix d'un modèle social et dépend du sens que la collectivité entend donner à l'égalité. Il peut s'agir de l'égalité d'accès aux soins quelles que soient les ressources financières, ou de l'égalité des moyens disponibles quelle que soit la zone géographique, principe présidant à la planification sanitaire ; il peut également s'agir de l'égalité des résultats sanitaires indépendamment de la classe sociale de l'individu, ce qui signifie, en filigrane, donner à chacun selon ses besoins, dans une logique de rattrapage. L'arbitrage entre ces différentes représentations de l'égalité est bien politique, puisqu'elles

¹⁷⁴ F. Blais, « Choix et limites de l'allocation des ressources en santé. Pourquoi est-ce nécessaire ? Pourquoi est-ce difficile ? », *Ethique publique. Revue internationale d'éthique sociétale et gouvernementale*, printemps 2003, vol. 5, n° 1, pp. 9 – 14

sont toutes porteuses d'une légitimité sociale, aucune ne pouvant être définitivement écartée, ni techniquement ni éthiquement.

Parallèlement aux choix d'allocation et d'organisation des moyens, la fixation des priorités de santé elles-mêmes, c'est-à-dire l'arbitrage entre les multiples thématiques conçues comme des problèmes publics, est aussi le résultat d'une démarche politique et non d'une claire hiérarchisation entre des données statistiques et épidémiologiques, ni même comptables.

La complexité du champ sanitaire et son importance pour la collectivité font que la définition stricte de priorités s'avère difficile, en tout cas impossible hors d'un choix politique qui permette de trancher entre des problèmes d'une utilité sociale comparable. Un professeur de santé publique aquitain a particulièrement bien résumé les enjeux soulevés par l'édiction de priorités : « La notion de priorité n'est pas simple. Parce que d'une part, définir des priorités dans des situations où les ressources ne sont pas infinies, c'est une manière polie de définir ce dont on ne s'occupera pas. La deuxième chose c'est que ce n'est pas du tout facile de définir une priorité, dans la mesure où tout est considéré comme étant susceptible d'être prioritaire. Il y a des indicateurs objectifs, qui sont des indicateurs épidémiologiques qui peuvent définir des priorités, bien que même avec ça ce ne soit pas toujours simple. Parce qu'entre une maladie très fortement prévalente, c'est-à-dire fréquente – et qui donc va tuer beaucoup parce qu'il y a beaucoup de cas – et une maladie qui est peu présente mais qui est extrêmement grave et qui tue tous ceux qui l'ont, on aura des mortalités voisines. [...] Par contre si on se passe de tous ces indicateurs, on tombe dans la subjectivité. Quelle est cette subjectivité qui vient s'associer à des indicateurs objectifs ? C'est d'abord la demande sociale, qui est souvent importante et pas toujours raisonnable. Elle est absolument aléatoire [...]. Ce côté irraisonnable d'une opinion publique, en plus, est très souvent relayé ou impulsé soit par les médias soit par les lobbies. En plus de la demande sociale il y a aussi la demande politique. Vous pouvez être sûre que dès qu'il y a une situation de crise, dès qu'il y a un ministère de la Santé qui se trouve en position d'être accusé s'il ne fait rien, c'est évidemment la priorité des priorités ! »¹⁷⁵

¹⁷⁵ L'exemple de la grippe aviaire est pour lui significatif : bien qu'il s'agisse d'une maladie aigüe et non chronique, dont la violence fait que les décès seront inévitables en cas d'épidémie, « on en fait un cinéma ! Et là, c'est le politique qui a la décision. Et s'il décide que c'est une priorité c'est une priorité. Il est facile de convaincre les médias, de convaincre les gens ».

Le recoupement permanent entre nécessités sanitaires, sociales et médiatiques va bien dans le sens d'une définition forcément politique des problèmes publics de santé qui ne peuvent être tout à fait scientifiquement ni éthiquement hiérarchisés. Le nombre considérable d'individus potentiellement ou effectivement concernés, induit une diversité des intérêts qui pose des difficultés au partage équitable des ressources rares. Les desiderata sont variés, voire opposés, s'exprimant en termes d'espérance de vie, de diminution des souffrances, ou encore de qualité de vie, nécessitant par là même « toujours une réponse par défaut »¹⁷⁶. Dans une société pluraliste, cette réponse, ce choix entre des options toutes techniquement réalisables et socialement acceptables, ne peut être que politique. Au cours de sa carrière en tant que problème public, une maladie peut d'ailleurs s'imposer dans l'agenda médiatique comme dans les choix budgétaires sous l'impulsion du politique. En témoigne l'impact de l'engagement du Président Chirac en faveur de la lutte contre le cancer en termes de développement des possibilités de recherche et de prise en charge.

À un troisième niveau, au-delà même des choix organisationnels ou de la détermination des objectifs prioritaires, c'est la représentation même de la santé qui apparaît empreinte d'une forte dimension politique. La conception de ce qui est de l'ordre des problèmes publics de santé tout comme la vision de la manière dont il faut traiter la santé dans le débat public, correspondent à un arbitrage politique temporellement situé.

Tout problème de santé publique n'est pas, nous rappelle Bergeron, un problème public au sens de la sociologie. Il parle de « problème public de santé publique » lorsque, pour une question de santé, est reconnue « la légitimité d'une responsabilité sociale et la nécessité d'une intervention publique »¹⁷⁷.

Ce qui est considéré comme un problème sanitaire, dans une société et à un moment donné est le fruit d'une construction politique. Fassin définit la « construction politique de la santé » comme « des catégories et des instruments à travers lesquels la santé est appréhendée », déterminant ce qu'on choisit de nommer, de mesurer ou non, mais aussi la manière dont on nomme, mesure et interprète les données¹⁷⁸. La santé serait, en d'autres

¹⁷⁶ J. de Kervasdoué, *La santé intouchable*, *op. cit.* p. 57

¹⁷⁷ H. Bergeron, « Des décisions qui ont une histoire : l'exemple de l'alcool », *op. cit.*

¹⁷⁸ D. Fassin, *Les enjeux politiques de la santé*, *op. cit.* p. 12

termes, un « objet construit a posteriori, au terme de concurrences et de luttes entre les agents, tant pour énoncer ce qu'elle est que pour en faire prévaloir les modèles. »¹⁷⁹

Un état de fait peut devenir un problème sanitaire comme par exemple la question des inégalités face à la santé. L'idée même d'inégalité procède d'une préoccupation politique historiquement datée, qui résulte d'une conscience progressive de l'inégalité comme socialement inacceptable, surtout lorsqu'il s'agit d'une matière touchant à la vie même des membres d'une société. Une pratique sociale peut également devenir un « comportement à risque » comme le montre l'évolution de la perception du tabac et de l'alcool. C'est donc bien la société qui détermine « ce qui entre dans le champ sémantique, et donc politique, de la santé »¹⁸⁰.

Le cas de la toxicomanie est tout à fait révélateur de la dimension politique des choix sanitaires. Morelle décrit particulièrement bien comment les conditions dans lesquelles ce problème est envisagé comme sanitaire et la manière dont il est traité par la puissance publique résultent de représentations et d'arbitrages politiques situés¹⁸¹. L'usage de drogue a été, en tout premier lieu, considéré comme un délit. La seringue servant à l'accomplissement de ce délit lui était assimilée, et partant, considérée comme un objet à proscrire. La vente de seringue a ainsi longtemps été soumise à prescription médicale. Or sur le plan sanitaire, le libre accès aux seringues est un facteur clef de prévention des infections transmissibles par le sang : car plus la seringue est un objet rare, plus elle s'échange et devient vecteur de dissémination, notamment du virus du sida. Une contradiction entre l'intérêt de police et l'objectif sanitaire apparaît, justifiant aujourd'hui le traitement interministériel de la problématique de la toxicomanie, alliant prévention, répression, soin et information, avec la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les toxicomanies (Mildt). La vente libre des seringues date seulement de 1987 : elle est « courageusement autorisée par le ministre de la Santé »¹⁸², le choix politique permettant finalement de trancher entre deux perceptions du problème.

De même, la question du statut juridique des substances de substitution comme la méthadone a nécessité un autre choix politique, non moins courageux, afin de résoudre le

¹⁷⁹ *Ibid.* p. 10

¹⁸⁰ *Ibid.*

¹⁸¹ A. Morelle, *La défaite de la santé publique, op. cit.*

¹⁸² *Ibid.* p. 146

dilemme de la société française entre la réduction des risques infectieux et ce que d'aucuns dénonçaient comme une « connivence avec les drogués »¹⁸³. Cette expression du « courage politique » est d'ailleurs largement reprise par les acteurs interrogés, lorsqu'ils envisagent les réformes du système de santé, notamment celles qui représentent une remise en cause de certains acquis catégoriels. L'aménagement du paiement à l'acte des professionnels de santé libéraux a notamment été cité à plusieurs reprises.

Le rapport même à certaines questions sanitaires apparaît à présent purement politique, inscrit dans le pacte politique français : non seulement l'arbitrage fait lors de décisions courageuses mais la représentation même des problèmes, en termes sanitaires ou sécuritaires par exemple, sont de nature politique.

Notons cependant que la conception de la santé comme construction n'est pas pour autant une approche purement relativiste qui tendrait à la considérer comme une « invention sociale, sorte de chimère indépendante de toute réalité matérielle du corps, de la maladie, de la mort »¹⁸⁴. Nous concevons la santé, avec Fassin, comme une « épreuve de vérité » pour le politique : nous nous intéressons à « ses traductions dans l'espace moral, intellectuel et symbolique », mais sans nier « la matérialité de l'anatomie, de la physiologie »¹⁸⁵.

Il apparaît bien à présent que l'objet santé est un enjeu pour le politique autant qu'un révélateur des enjeux politiques parcourant la société. Cependant, il connaît aujourd'hui une évolution de son extension comme de son intension : les représentations de ce qu'est ou de ce que doit être la santé, de ses modes de prise en charge légitimes, connaissent de profonds remaniements. Le modèle historique français centré sur l'approche biomédicale individuelle doit composer avec des conceptions nouvelles, fondées sur une remise en lumière de la santé publique, en tant que philosophie d'action et méthode légitime. Elles s'expriment en termes de « santé globale », dans la lignée des recommandations de l'OMS, ou prennent

¹⁸³ *Ibid.* p. 150. La méthadone est utilisée sous forme orale et non pas en intraveineuse, donc permet elle aussi de réduire les risques de transmission des maladies par le sang. Nous renvoyons également à la thèse de Ehrenberg sur la doctrine française de lutte contre la toxicomanie, fondée sur une représentation du toxicomane comme individu reniant les rapports sociaux donc mettant en cause le pacte social. A. Ehrenberg, *L'individu incertain*, Paris, Calmann-Lévy, 1995

¹⁸⁴ D. Fassin, *Les enjeux politiques de la santé*, *op. cit.* p. 11

¹⁸⁵ *Ibid.* p. 10

la forme de nouveaux impératifs de sécurité sanitaire. Ces mouvements à la fois cognitifs et normatifs de recomposition de l'objet santé sont autant de canaux d'une nouvelle politisation.

2. Une politisation renforcée par les paradigmes de la santé globale et de la santé publique

Malgré un certain succès, les thèses hygiénistes ont rapidement été mises en cause en France, avec le développement d'une médecine experte tournée vers le curatif, et la construction d'un système largement hospitalo-centré. La conception collective et intégrée de la santé, alliant prévention et soins, a été négligée, si ce n'est décriée¹⁸⁶.

Cependant une évolution des référentiels de ce que doit être la santé est à l'œuvre aujourd'hui, sous l'effet d'une relative mise en crise du mode historique de représentation et de gestion de la santé, alliée à des pressions cognitives d'envergure internationale. Dans la mesure où le modèle biomédical individuel paraît avoir atteint certaines limites, sur un plan pratique mais également moral, il s'agit de poser la question de l'émergence d'un nouveau référentiel de la santé, fondé sur une conception globale et sociétale.

Les acteurs prennent conscience des évolutions sociales à l'œuvre et des insuffisances à rectifier en matière d'intervention sanitaire. Ils adoptent un discours en termes d'évolution des représentations, visant à replacer la démarche curative dans un parcours de santé et un parcours de vie, autrement dit à passer du soin à la « santé » globale. Le mouvement en faveur de l'approche globale, touchant à la fois aux valeurs et aux nécessités managériales, tend à réhabiliter la santé publique en tant que discipline et conception politique de la santé. L'intérêt pour la prévention est renouvelé, notamment face à la persistance des inégalités de santé ou de la mortalité dite évitable, mais aussi parce qu'elle suscite des coûts moins élevés que les soins curatifs. L'approche de santé publique apparaît de nouveau pertinente, dans une logique d'économie du système global et de meilleure prise en charge des individus. Par ailleurs, avec la montée en puissance des impératifs de sécurité sanitaire suite à des chocs à la fois sanitaires, médiatiques et politiques qui ont touché non seulement la France,

¹⁸⁶ Voir notamment M. Brémond, « Peut-on parler d'une politique de soins ? », *Actualité et dossiers en santé publique*, n° 33, décembre 2000, pp. 21-22

mais l'Union européenne et l'ensemble de la communauté internationale, la santé se trouve replacée au cœur de l'action régaliennne du politique.

La nouvelle montée en puissance de la santé publique, à travers la santé globale et la sécurité sanitaire, devient un facteur d'approfondissement du caractère politique de la santé.

2.1 De l'action de soin à l'action en santé : la santé au cœur de la vie de la cité

Le modèle de la santé historiquement centré sur le versant curatif individuel a été mis en crise par des évolutions cognitives et normatives qui l'ont rendu scientifiquement et politiquement insuffisant. Au travers de l'avènement de la santé globale, l'approche intégrée et collective de la santé a peu à peu été réinvestie en tant que représentation et stratégie d'action légitime.

Comprendre les transformations avec lesquels les acteurs de l'agir sanitaire doivent aujourd'hui composer et qu'ils contribuent à relayer nécessite un retour sur la tradition française centrée sur le colloque singulier fondamentalement déséquilibré entre le malade et son soignant.

L'organisation de la formation et de la pratique médicale tend à traiter la maladie essentiellement comme une déviance biologique, ce qui conduit la profession médicale à organiser son activité thérapeutique en se concentrant sur ce dysfonctionnement organique. Le regard clinique est avant tout un regard technique sur les corps, aux dépens de la personne qui perd son statut indivisible, de sujet social¹⁸⁷. Les praticiens apparaissent comme les principaux constructeurs de la tendance à l'objectivation et à la classification thérapeutique des malades, qui leur a permis d'asseoir leur pouvoir professionnel et social. Ainsi, le « colloque singulier » sur lequel est historiquement basée la pratique médicale instaure entre un soignant prescripteur et un soigné plus ou moins passif un rapport largement inégalitaire : le médecin est seul détenteur de la connaissance clinique, tandis que le malade est maintenu dans une position de dépendance voire de soumission.

¹⁸⁷ Pour une analyse critique de cette tendance à la désincarnation de l'individu, nous renvoyons à M. Brémont, « Les syndicats de médecins contre l'organisation de la protection sociale, tout contre », *Pouvoirs*, n° 89, 1999, pp. 119 – 134 ; B. Hours, dir., *Systèmes et politiques de santé. De la santé publique à l'anthropologie*, Paris, Éditions Karthala, 2001 ; I. Illich, *Némésis médicale. L'expropriation de la santé*, Paris, Le Seuil, 1975.

Cette conception est cependant remise en question aujourd'hui, en particulier depuis les années 1990, par des dynamiques endogènes mais également supranationales.

Une première limite réside dans les nécessités même de l'activité de soin. Certaines pathologies ont révélé l'impuissance du modèle thérapeutique classique, contribuant à le délégitimer comme seul capable de garantir la santé des individus.

Nous devons mentionner le sida, qui, outre le fait de représenter une nouvelle épidémie, donc de raviver les anciennes peurs dues aux grands fléaux des siècles précédents, a souligné les lacunes de l'appareil médical, notamment hospitalier, en termes d'accompagnement de la mort ou de soutien psychologique. Les professionnels ont été brutalement confrontés, dans les années quatre-vingt, à un nombre important de malades venant mourir à l'hôpital, mais également à des demandes d'aide active à la fin de vie. En ce sens, le développement des soins palliatifs au sein de l'hôpital ou à domicile doit beaucoup à l'émergence du sida, tout comme les avancées dans le traitement de la douleur physique et psychologique. La maladie a également constitué une nouvelle remise en question de l'autorité de la science médicale, tant cette dernière a tardé à réagir face à l'épidémie¹⁸⁸.

De fait, le sida constitue un véritable déclencheur pour une nouvelle logique d'action en santé. Il a en partie remis en cause les capacités médicales et mis à mal les catégorisations sanitaires traditionnelles définissant ce qui relève de l'hospitalisation et de la convalescence, du soin strict et du soutien psychologique, et ce faisant, a permis – ou obligé à – l'élaboration de nouveaux modes de prise en charge. Le manque de spécialisation des premiers services a constitué une fenêtre d'opportunité pour que les malades fassent entendre leur propre forme de savoir concernant leurs besoins. De plus, les patients font des séjours à l'hôpital, mais peuvent également vivre de longues périodes à leur domicile, ce qui mène les soignants à leur reconnaître une certaine responsabilité et capacité à gérer leurs traitements.

Plus largement, le progrès des connaissances médicales ont, paradoxalement, permis le développement des maladies chroniques. Elles représentent un nouveau défi sanitaire et social, impliquant de revoir les formes de prise en charge, mais aussi les relations entre médecins et malades, ou entre professionnels médicaux et paramédicaux. Des pathologies et

¹⁸⁸ A. Morelle, *La défaite de la santé publique*, op. cit.

des infections mal connues ont fait l'objet de découvertes successives qui permettent aujourd'hui une relative maîtrise de l'évolution des symptômes, sans pour autant que la médecine propose de traitement curatif efficace. Les cas du diabète, de la polyarthrite ou encore de certaines maladies psychiatriques sont particulièrement significatifs. Ces maladies chroniques qui durent aussi longtemps que la vie de la personne sans nécessairement représenter une menace létale prennent une importance majeure aujourd'hui, dans une société où l'espérance de vie ne cesse de croître et où la maîtrise des coûts devient un enjeu capital. Elles tendent à bouleverser la perception de la médecine, l'incapacité des soignants à tout guérir diminuant considérablement leur autorité sociale. Face à ces pathologies, la médecine doit abandonner son objectif initial qui est de guérir, ou du moins de traiter l'aigu, pour s'orienter vers la gestion d'une maladie au quotidien et l'accompagnement de la personne afin de lui permettre de vivre avec sa maladie.

Une nouvelle place du malade s'est historiquement construite à travers le traitement de ces pathologies. L'idée émerge peu à peu qu'il peut être considéré comme un spécialiste de sa maladie. La mise en valeur du rôle premier de son expérience lui permet de conquérir une relative autonomie vis-à-vis de l'autorité médicale et de faire valoir son discours de profane. Le patient s'impose aujourd'hui un acteur incontournable dans une prise en charge mêlant l'humain et le social au thérapeutique strict, précisément parce qu'il n'est pas traité sous l'œil permanent du soignant. La définition de l'expertise paraît prendre une nouvelle dimension, le malade étant lui aussi détenteur d'une forme de connaissance experte dont l'écoute peut renforcer l'efficacité de sa prise en charge. Le soin prend désormais l'aspect d'une véritable collaboration¹⁸⁹. L'Ordre des médecins parle de « révolution culturelle » à l'oeuvre notamment depuis 2002, sur laquelle nous aurons l'occasion de revenir, fondée sur un « le passage de la forme passive à la forme active du patient devenant davantage acteur et cogestionnaire de sa santé »¹⁹⁰.

Dans la continuité de cette perspective, il est aujourd'hui reconnu qu'il ne s'agit plus seulement de s'attaquer à annihiler des défaillances organiques, mais de gérer la souffrance

¹⁸⁹ Voir à cet égard P. Bruckner, *L'euphorie perpétuelle. Essai sur le devoir de bonheur*, Paris, Grasset, 2000, p. 230, encadré « Médecins et patients ».

¹⁹⁰ M. Ducloux, « Des devoirs et des responsabilités du patient », *Le Bulletin de l'ordre des médecins*, n° 3, mars 2004, en ligne [page consultée le 9 juin 2006]. Disponible sur : www.bulletin.conseil-national.medecin.fr

d'une personne. Cela implique d'abord que son expérience subjective doit être prise en compte, tant pour conserver son individualité et sa dignité que pour faciliter le travail du médecin, car nombre de problèmes de santé trouvent leur source dans la situation sociale de l'individu. Cette démarche est d'ailleurs présentée comme éthiquement nécessaire et médicalement efficace, dans la mesure où elle améliore l'observance puisque les prescriptions tendent à coller aux conditions d'existence et aux dispositions psychologiques du patient. Le traitement de la maladie doit donc être replacé dans son contexte psychologique et social donc dans la trajectoire personnelle globale de l'individu.

Parallèlement, des études approfondies dans notre pays mais également à l'échelle internationale tendent à montrer que les inégalités sociales et l'état de santé connaissent des évolutions parallèles, rendant nécessaire de replacer le soin dans une démarche plus intégrée de prise en charge. Les acteurs interrogés, soulignent que la France est un des pays développés où l'espérance de vie est la plus longue, mais où les inégalités face à la santé et le niveau de mortalité prématurée restent très élevés. Certains experts parlent à cet égard de « paradoxe français » : ni la performance ni la technicité de notre système curatif ne sont remises en cause, mais il s'avère que cette offre de qualité ne parvient pas à garantir la santé de tous. Or la mortalité prématurée peut être réduite en accentuant l'effort en matière de dépistage, d'information et de prévention sur les risques liés aux comportements, donc en traitant les déterminants des maladies en amont.

Les inégalités de santé, identifiables par les différences en termes de mortalité ou d'espérance de vie, de fréquence des troubles mentaux ou des handicaps moteurs, sont aussi des inégalités sociales qui dépassent le champ d'action strictement sanitaire. De nombreux auteurs ont montré comment les inégalités produites par la société s'inscrivent dans et sur les corps¹⁹¹. Le « capital santé » de chacun serait déterminé non seulement par des données biologiques mais aussi par le déroulement de la vie sociale¹⁹².

¹⁹¹ A. Leclerc, dir., *Les inégalités sociales de santé*, Paris, La Découverte, 2000. Nous renvoyons aussi à D. Fassin, *L'espace politique de la santé*, op. cit. L'auteur trace les contours de ce qu'il nomme l'« incorporation de l'inégalité » en mettant en lumière des « médiations qui convertissent le social en biologique » (p. 44). Voir aussi T. Dezalay, A. Gueissaz C. Maillet, « Réalité et perception des dimensions spatiales et socio-culturelles de l'accessibilité des services collectifs », *EspacesTemps.net* [Textuel 2 février 2007]. Disponible sur : <http://espacestemp.net/document2621.html>.

¹⁹² P. Aïach, « De la mesure des inégalités : enjeux sociopolitiques et théoriques », in A. Leclerc, dir., *Les inégalités sociales de santé*, op. cit., pp. 83 – 91

Déjà dans les années soixante-dix, Boltanski pointait cette corrélation entre le positionnement sur l'échelle sociale et l'état de santé des individus, en introduisant la notion d' « usure physique »¹⁹³. La seule analyse quantitative de la consommation médicale ne suffit pas pour établir avec justesse son lien avec les disparités de revenu, car en fonction de la catégorie sociale d'appartenance, les individus n'ont pas la même vision de leur santé, ni la même appréciation de leur besoin de soins. Une variable plus pertinente serait le « degré d'usure » qui varie fortement selon les classes sociales et permet de mettre en lumière des comportements sanitaires très différents. Boltanski constate que l'écart entre le « risque sanitaire » et les soins médicaux consommés augmente quand on passe des cadres supérieurs, catégories aisées, aux employés, puis enfin aux ouvriers agricoles. De même Boltanski identifie une « culture somatique » inégalement développée selon la place occupée dans la hiérarchie sociale, la perception des sensations morbides comme la capacité de verbalisation des sensations corporelles différant selon les catégories sociales¹⁹⁴.

Les acteurs interrogés rapportent bel et bien différents « usages sociaux des corps » selon la condition sociale. Une pédiatre spécialisée dans le traitement de l'obésité chez l'enfant souligne par exemple que « les problèmes de poids sont très liés au niveau social », « il y a un lien très fort soit avec les catégories socioprofessionnelles, soit avec les zones d'éducation prioritaire. De fait dans cette pathologie là, on se retrouve avec des enfants plus souvent issus de milieux défavorisés. Et on sait que la prise en charge est plus difficile dans les familles défavorisées, parce que c'est plus difficile de changer un comportement, de changer la perception, que dans une famille qui a moins de difficultés ».

La disponibilité de structures et de services de soins n'équivaut donc pas à son utilisation adéquate et suffisante par les populations les moins aisées. Ces dernières ne se rendent pas, ou peu, chez le médecin, excepté pour des soins d'urgence, quelle que soit la densité de l'offre curative proche de chez elles. Elles prêtent peu d'attention à leurs éventuels

¹⁹³ L. Boltanski, « Les usages sociaux du corps », *Les Annales*, vol. 26, n° 1, 1971, pp. 205 – 233

¹⁹⁴ Plus l'individu est amené à user ses fonctions corporelles dans sa vie professionnelle ou quotidienne, moins il développe un intérêt pour son corps et moins il fait appel à la médicalisation à symptômes égaux avec des catégories plus privilégiées. Notons qu'il faut aujourd'hui revoir quelque peu les catégories identifiées par Boltanski et tempérer le facteur de la pénibilité physique du travail, tant notre société a connu des transformations dans le secteur de l'emploi : le contexte de développement des services et du temps partiel, comme l'apparition des travailleurs pauvres, témoignent de l'émergence de nouvelles formes de pénibilité et d'usure.

symptômes et souffrent avant tout d'un manque d'information sanitaire, tant sur l'offre que sur les risques liés à leurs comportements quotidiens. L'instauration de la CMU n'a pas changé la donne, ce qui va dans le sens des conclusions de Boltanski. Même un accès gratuit aux soins ne permet pas d'affirmer que les personnes en grande difficulté sociale font plus facilement appel au système de santé.

Par conséquent, c'est en amont que les problèmes de ces personnes doivent être envisagés, au niveau de leur insertion dans le tissu social, ou de leur accès à une information générale sur leurs droits, et sur les structures susceptibles de leur venir en aide. Ici réside une insuffisance fondamentale d'un modèle basé sur le curatif, dans la mesure où nombreux sont ceux qui restent à sa marge.

Les pouvoirs publics comme les professionnels prennent conscience de l'importance de démarches de sensibilisation et de prévention collectives sur les questions de santé. Cette sensibilité nouvelle transparaît clairement lors des entretiens menés en Aquitaine.

Plusieurs professionnels de santé insistent sur l'imbrication des champs social et sanitaire et sur la nécessité d'une prise en charge dite « globale ». Les médecins généralistes notamment, considèrent que la prise en charge globale est justement le cœur de leur métier : « c'est ce qu'on fait. On fait ça depuis toujours » ; « on le fait au quotidien ! Ce n'est pas écrit comme ça sur nos plaques mais on prend en charge des gens, et on les prend en charge dans leur quotidien. On sait où ils travaillent, comment ça se passe avec le conjoint, s'ils sont au chômage... » ; « on est impliqué à cent pour cent là dedans. Quand on nous dit que la personne ce n'est pas juste un organe, on le sait depuis longtemps. Effectivement, la définition de la santé par l'OMS c'est le bien-être physique, psychique, etc. mais c'est la définition de la santé en général dans un cabinet de médecine générale ! C'est notre quotidien, pour nous ça semble évident ! »

Les hospitaliers traduisent une même sensibilité. L'un d'eux mentionne une « nouvelle philosophie de soin » relevant du « bon sens médical qu'il y a dans le serment d'Hippocrate » : « il va de soi qu'on traite. Mais quand même il y a autre chose à prendre en charge. Il faut une prise en charge globale de la personne ».

« Si je ne prends pas en compte tous ces éléments familiaux, psychologiques, je ne vais pas trouver les éléments pour savoir sur quoi agir, explique un de ses confrères. C'est la même chose pour toutes les maladies chroniques. C'est vraiment prendre en compte l'environnement dans lequel la famille évolue. [...] Il faut comprendre le patient, ce qu'il

pense, ce qu'il est, ce qu'il veut, ce qu'il a compris ». « On ne peut pas découper les gens en tranches, explique encore un praticien. La personne a toute cette dimension un peu plus large. [...] Regardez en cancérologie : avant, et bien on traitait le cancer. Et puis que qu'il y avait autour du cancer on s'en contrefichait un petit peu. Maintenant, on parle de qualité de vie, d'évaluation de la personne etc. Autrement dit, est-ce que après s'être focalisé sur le soin, est-ce qu'on est en train de glisser sur la prévention et la qualité de vie ? Moi je crois. »¹⁹⁵

Ces différents mouvements de transformation de l'objet santé amènent à réenvisager la santé publique comme stratégie légitime. Les acteurs la pensent aujourd'hui de manière renouvelée, hors des polémiques anciennes autour du contrôle social ou du « biopouvoir »¹⁹⁶. Plusieurs auteurs s'accordent d'ailleurs sur l'« extension » de la santé publique, au niveau de son champ d'action et de ses acteurs parties prenantes¹⁹⁷.

La santé publique apparaît comme un moyen d'assurer la protection de la santé des personnes et de la collectivité dans son ensemble, en passant tant par le soin que par des dispositifs plus généraux touchant aux déterminants de la santé en amont. San Martin la définit comme une « discipline multi et interdisciplinaire bien plus vaste que la médecine »,

¹⁹⁵ De façon symbolique, un numéro entier de la Revue hospitalière de France, parution phare sur la politique des établissements, est consacré à cette réflexion sur le « prendre soin » global. Dans l'introduction du numéro, N. Brun, chargé de mission à l'Union nationale des associations familiales et membre du comité inter associatif sur la santé souligne que la fonction essentielle des hôpitaux ne peut se résumer à la prise en charge technique et administrative : les aspects préventifs, éducatifs mais aussi relationnels doivent être valorisés aux côtés du regard purement clinique. N. Brun, « Ce que “prendre soin” veut dire », *Revue hospitalière de France*, n° 506, septembre - octobre 2005, p. 1

¹⁹⁶ Cette notion initiée par Michel Foucault a été reprise notamment dans la littérature critique dédiée aux processus de contrôle social et de mise en conformité des comportements.

¹⁹⁷ D. Fassin, *L'espace politique de la santé*, *op. cit.* ; J.-C. Guyot et B. Hérault, *La santé publique. Un enjeu de politique municipale*, *op. cit.* ; D. Tabuteau, *Les contes de Ségur*, *op. cit.* Nous pourrions dire, à cet égard, qu'à une perspective en termes de biopouvoir, pouvoir sur les corps et sur la vie, se substitue une analyse de la « biolégitimité », « pouvoir de la vie », qui revient à « la reconnaissance que la société accorde à la question du corps souffrant ou malade » et s'impose comme un ordre de valeurs dans la société contemporaine. D. Fassin, « Le sens de la santé. Anthropologie des politiques de la vie », in F. Saillant, S. Genest, dir., *Anthropologie médicale. Avantages locaux, défis globaux*, Paris, Anthropos, 2005, pp. 383 – 399, ici p. 389 ; D. Fassin, « Politique des corps et gouvernement des villes », *op. cit.*

qui « s’occupe de la santé globale et de la maladie des populations sous tous les aspects concernés »¹⁹⁸. Il résume bien ce que peut apporter la santé publique à notre système largement curatif : elle ne nie pas l’aspect individuel de la santé, ni la nécessité de soigner la maladie, mais tend à y ajouter des éléments complémentaires. Par ailleurs, elle permet, à travers les investissements en matière de prévention, de meilleurs résultats épidémiologiques de long terme pour des coûts financiers moindres.

Beaucoup d’acteurs, professionnels de santé ou administratifs mentionnent cette revalorisation de la santé publique dans les mentalités : « c’est en train de bouger » ; il y aurait une « évolution claire des idées », une « marche en avant » sur le terrain de la prévention précoce. Un médecin de PMI affirme que « ce sont des idées, maintenant, qui se sont développées, qui sont acquises pour beaucoup ». Selon un praticien hospitalier également, « on sent, dans certains domaines, des orientations de santé publique. [...] ils ont compris que la prévention pouvait apporter des choses et qu’elle est nécessaire. Il y a une prise de conscience, légère, mais non négligeable, du fait que maintenant il y a des problèmes de santé qui peuvent être appréhendés du point de vue collectif. [...] Donc c’est passé un peu dans les mœurs.»

Avec l’approche de santé publique portant une définition élargie de la santé, ce sont des pans multiples de la vie en société qui se trouvent investis de nouvelles ambitions. La santé devient plus profondément politique dans la mesure où elle déborde le champ médical technique pour entrer dans l’ensemble des activités des individus, à savoir les pratiques alimentaires ou sportives, le monde du travail ou celui de l’école, l’usage des transports et plus généralement des espaces urbains, ou encore la construction d’un réseau social¹⁹⁹.

Cette évolution des représentations apparaît nettement impulsée et renforcée par un mouvement cognitif et normatif supranational. Au-delà de la publicisation de modèles

¹⁹⁸ H. San Martin, *Santé publique et médecine préventive*, Paris Masson, 1987, p. 7

¹⁹⁹ Cet aspect multidimensionnel est clairement visible dans l’organisation du Comité Inter associatif de la Santé aquitain (Cis). De manière caractéristique, il est composé de quatre collèges, représentant finalement « quatre notions de la santé », selon un dirigeant associatif aquitain : associations de personnes handicapées, associations de malades, mais aussi associations de familles et associations de consommateurs. La santé apparaît à travers cette composition comme un problème médical, mais aussi d’insertion du handicap dans la société, comme un problème relationnel, mais aussi de consommation ; d’où la nécessité d’arbitrages politiques tels que nous les avons précédemment soulignés.

étrangers, une certaine influence internationale tend à ouvrir de nouvelles opportunités d'action en même temps qu'elle représente de nouvelles contraintes pour les acteurs français.

L'OMS tout d'abord, procède à un recadrage du champ de la santé et diffuse de nouveaux labels. Elle a donné en 1948 une définition extrêmement large de la santé, « état de complet bien-être physique, mental et social » qui « ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité »²⁰⁰. Parfois critiquée pour ses aspects idéalistes, cette conception a indéniablement le mérite d'introduire explicitement l'environnement social. La définition de la santé devient alors positive : elle est un problème public transversal, dont l'amélioration nécessite de s'attaquer à des facteurs qui se conjuguent dans l'espace social.

La charte d'Ottawa, élaborée au cours de la première conférence internationale pour la promotion de la santé organisée dans le cadre du programme « Santé pour tous » de l'OMS et signée le 21 novembre 1986, définit pour les pays signataires vingt-et-un buts s'intéressant à tout ce qui a trait au cadre de vie des individus et conditionne leur état de santé mental et physique. Par cette attention aux conditions générales de vie au sein de la société, ce sont toutes les facettes de l'individu qui sont questionnées au regard de la valeur santé, au travers d'une approche dite de « socio-écologie »²⁰¹. Dans cette optique, l'OMS a lancé au début des années quatre-vingt-dix le programme des *Healthy cities*, mettant en avant l'importance de l'environnement, notamment urbain, dans les problématiques sanitaires. Cette initiative a donné naissance à un réseau des Villes Santé, comprenant différents réseaux nationaux. Selon une logique de *benchmarking* devant favoriser les dynamiques locales, les villes adhérentes doivent témoigner d'une bonne coordination de leurs services sanitaires et sociaux, et de la mise en œuvre de programmes d'éducation pour la santé, de nutrition, d'information, ou de dépistage.

De manière générale les acteurs de terrain témoignent d'un appui permanent sur la définition de l'OMS qu'ils tentent souvent de citer : « on en vient complètement à la définition de l'OMS, du bien-être psychologique, social et physique » ; « c'est en fait donner les moyens aux habitants de bien se sentir. C'est une définition qui prend en compte l'environnement en général des habitants, l'accès aux droits, l'hygiène, l'entretien du capital

²⁰⁰ D. Carricaburu, M. Ménoret, *Sociologie de la santé. Institutions, professions et maladies*, op. cit. p. 139

²⁰¹ www.villes-sante.com, [page consultée le 17 mars 2008]. Notons à cet égard que le Grenelle de l'environnement tenu en octobre 2007 comprenait un volet santé.

santé... » ; « la santé n'est pas la maladie [...]. Il faut travailler sur les déterminants de la santé, c'est-à-dire le logement, l'alimentation, les transports, puisque l'on sait aujourd'hui – et l'OMS a fait un très gros travail là-dessus – que plus on est riche ou plus on a une condition sociale aisée, meilleure est notre santé. Dans une Europe qui veut accéder à un haut niveau de santé, non seulement il faudra des soins techniques de qualité et performants, mais il faudra surtout penser à revoir les fondements des déterminants de la santé, pour que les populations aient accès à un haut niveau de qualité de vie pour avoir un bon niveau de santé. [...] Et qu'encore une fois on regarde la santé comme n'étant pas simplement la lutte contre la maladie mais vraiment le “ rester en santé”, le “bien vieillir”, l'accès aux soins de premier recours. »

L'approche dynamique de la santé en tant que promotion des ressources individuelles et sociales va dans le sens d'un approfondissement de la dimension politique. Dans la mesure où l'intégrité de l'individu mais également la qualité des rapports sociaux et des milieux de vie sont recherchées de concert, c'est toute la chose publique qui est incluse dans la démarche en faveur de la santé. L'OMS souligne en effet, que « les facteurs politiques, économiques, sociaux, culturels, environnementaux, comportementaux et biologiques peuvent tous intervenir en faveur ou au détriment de la santé »²⁰². Ainsi la démarche de promotion de la santé « inscrit la santé à l'ordre du jour des responsables politiques des divers secteurs en les éclairant sur les conséquences que leurs décisions peuvent avoir sur la santé, et en leur faisant admettre leur responsabilité à cet égard »²⁰³. L'injonction faite au politique de traiter de santé s'en trouve renforcée : cette dernière représente la valeur fondamentale devant guider la décision, tandis que toute politique publique peut présenter un impact sur la santé individuelle et collective.

Parallèlement à ce processus de sensibilisation de la part de l'organisation internationale, l'Union européenne (UE) apparaît comme un autre promoteur de la conception globale de la santé, tant par les programmes spécifiques qu'elle met en œuvre que par les modèles cognitifs qu'elle diffuse.

L'Union opère un premier cadrage des politiques nationales de santé par le biais du pacte de stabilité européen qui enserme les finances publiques, ou sa politique de libre circulation des personnes qui permet la circulation des malades et des soignants entre différents États

²⁰² www.euro.who.int/AboutWHO [page consultée le 15 mars 2008].

²⁰³ *Ibid.*

membres. Au-delà de cette contrainte normative générale, elle a vu les bases de son intervention en matière de santé publique progressivement renforcées, avec les traités de Maastricht et d'Amsterdam, conformément au but affiché de donner un contenu social à la construction européenne.

Cette compétence demeurant du ressort des États membres, l'UE a principalement pour mission d'encourager les coopérations supranationales, conformément au principe de subsidiarité. Mais elle intervient directement sur la base de programmes thématiques, notamment pour promouvoir les bonnes pratiques.

Un premier programme de santé publique a été adopté en septembre 2002, par le Conseil et le Parlement. Il est venu remplacer les huit programmes thématiques mis en œuvre entre 1993 et 2002²⁰⁴. Ce programme complète les dispositifs nationaux par le financement de projets transeuropéens annuels ou pluriannuels, consacrés à l'information, aux menaces et aux déterminants de santé. Il soutient aussi des conférences européennes de consensus, en partenariat avec la présidence du Conseil et donne lieu à des recommandations sur des thèmes comme l'obésité, l'abus d'alcool, ou les maladies mentales. Ce programme « Santé Publique », dont le pilotage est assuré par la Commission, est censé donner un cadre unique à l'intervention de l'UE pour une stratégie sanitaire cohérente.

En avril 2005, la Commission a adopté une proposition de décision établissant un nouveau programme d'action communautaire dans le domaine de la santé. Une décision du Parlement européen et du Conseil le 23 octobre 2007 établit ce deuxième programme d'action pour la période 2008-2013. L'innovation réside ici dans l'approche combinée entre santé et protection des consommateurs, dans un but de gain d'efficacité des actions dans ces deux domaines en s'appuyant sur leurs synergies, dans la mesure où leurs objectifs sont similaires²⁰⁵.

²⁰⁴ Le premier document pour une stratégie européenne en matière de santé a vu le jour en 1993. Il a donné lieu à huit programmes d'action européens (promotion de la santé, cancer, toxicomanies, Sida et autres maladies transmissibles, surveillance de la santé, maladies rares, accidents et blessures, maladies liées à la pollution).

²⁰⁵ Notons que l'organisation même de l'administration européenne de la santé illustre déjà ce rapprochement : depuis 1999, au sein de la Commission, la Direction Générale (DG) « Sanco » regroupe santé, protection des consommateurs et sécurité alimentaire. En février 2008, Mme Androula Vassiliou a été nommée pour reprendre le portefeuille santé de la Commission, jusque là détenu par le Commissaire Markos Kyprianou.

Cependant l'UE entend adopter une approche cohérente des questions de santé au sein de tous les domaines couverts par ses politiques. Sa stratégie globale s'appuie, parallèlement au programme d'action communautaire spécifiquement dédié, sur la réalisation d'une action « intégrée » en matière de santé.

L'article 152 du Traité de l'UE précise qu' « un niveau élevé de protection de la santé humaine est assuré dans la définition et la mise en œuvre de toutes les politiques et actions de la Communauté », autrement dit que tous ses domaines d'activité sont concernés par cet objectif général. Au-delà de la coopération entre États, c'est une coopération entre les différentes politiques communautaires qui apparaît primordiale pour garantir protection et promotion de la santé et *in fine* se rapprocher de l'objectif global d'amélioration de la qualité de vie. Ainsi la stratégie communautaire inclut-elle des mesures spécifiques d'intégration horizontale de la protection de la santé à l'ensemble des politiques de l'Union. La santé est présente dans les politiques agricoles (contrôles phytosanitaires), environnementales (gestion des nuisances sonores, qualité de l'eau), de concurrence (prix des médicaments, système de sécurité sociale), de formation (formation des professionnels de santé), de transports (prévention des accidents, sécurité), de développement (campagnes contre le sida), ou de protection des consommateurs (information, sécurité des produits).

L'Union oriente donc son action vers le traitement global de la santé : d'une part il serait nécessaire d'agir en amont, par les déterminants structurels à l'origine des conditions de santé ; d'autre part, au-delà des programmes spécifiquement dédiés, la santé devrait innover l'ensemble des politiques communautaires et nationales, dans une logique d'harmonisation des actions sectorielles autour d'un objectif sanitaire central.

Parallèlement, l'influence communautaire passe par d'autres canaux que ceux de la production normative.

Guigner propose notamment une analyse éclairante d'un processus d'eupéanisation cognitive de la santé²⁰⁶. Cet auteur met en exergue une eupéanisation non négligeable de

²⁰⁶ S. Guigner, *Vers une Europe cognitive : les mécanismes d'eupéanisation de la santé*, texte préparé pour les rencontres doctorales européennes, Institut d'Etudes Politiques de Paris, workshop European Public Policies and Public Policies in Europe, 11 juin 2004, en ligne [page consultée le 25 mars 2006]. Disponible sur : www.portedeurope.org/conferenze/doc_conf2004/Guigner_paper.doc; S. Guigner, « L'eupéanisation cognitive de la santé : entre imposition et persuasion », in O. Baisnée, R. Pasquier, dir., *L'Europe telle qu'elle*

l'action publique de la santé, à des niveaux nationaux et infranationaux, par la norme, mais surtout par les idées, parallèlement à l'existence de politiques publiques européennes. L'europeanisation cognitive s'appuie sur la diffusion de représentations et de pratiques au sein ou par le biais de l'espace politique communautaire.

Guigner distingue l'europeanisation cognitive à dominante rationnelle, caractérisant notamment les pratiques de *benchmarking* et la Méthode ouverte de coordination (MOC), d'une europeanisation cognitive à dominante constructiviste, qui elle passe par des processus de socialisation et de création de réseaux, en marge du *policy-making* de l'Union. Ces réseaux permettraient une europeanisation des pratiques non imposée par les politiques publiques, notamment grâce à la participation d'autorités locales ou de professionnels de la santé.

Nous pouvons mentionner à ce sujet l'implication de la région Aquitaine, dans le réseau Enrich, pour *European Network of Regions Improving Citizens' Health*. Ce réseau né à Florence le 30 novembre 2005, regroupe dix régions européennes, Aquitaine, Toscane et Ombrie (Italie), *East Midlands* (Grande Bretagne), Saxe-Anhalt (Allemagne), *Drama Xavala Xanthie* (Grèce), Andalousie (Espagne), Wallonie (Belgique), *Malopolska* (Pologne) et *Steiermark* (Autriche). Ces régions s'engagent à construire un modèle de « santé durable » et à réduire les inégalités de santé, par le partage d'expériences et de bonnes pratiques, et un travail concerté sur des projets communs. Elles entendent contribuer au débat européen sur la santé, en soulignant notamment l'apport des autorités locales, et assister la Commission dans l'élaboration de nouvelles politiques.

Cette structure de coopération représente un vecteur d'harmonisation des référentiels et des modes d'intervention, comme en témoigne les débats menés au cours d'une conférence internationale organisée dans le cadre d'Enrich par le Conseil régional d'Aquitaine²⁰⁷. Un représentant de la Commission européenne souligne que si l'Union ne souhaite pas avoir la compétence d'imposer aux États des politiques à mettre en place, son rôle est de « créer des

se fait. Europeanisation et sociétés politiques nationales, Paris, CNRS Editions, 2007. Cette europeanisation cognitive peut être rapprochée de ce qu'Hassenteufel nomme « europeanisation en douceur ».

²⁰⁷ Conférence européenne « La réduction des inégalités de santé en Europe : une approche régionale », Bordeaux, Conseil régional d'Aquitaine, 29 juin 2007

plateformes », des échanges de bonnes pratiques, fournir « des lieux de rencontre »²⁰⁸. L'élue régionale en charge de la santé pour l'Aquitaine reprend clairement au cours de cette journée la stratégie communautaire : « il doit y avoir une politique de santé intégrée aux autres politiques ». L'observation de terrain rejoint donc des recherches récentes abordant l'influence cognitive de l'Union sur l'élaboration ou l'évolution de l'action publique domestique, par la diffusion des idées, l'harmonisation des connaissances et des normes d'action.

Tout se passe comme si l'OMS et l'Union européenne devenaient de véritables « médiateurs » dans l'intervention sanitaire nationale au sens de Jobert et Muller, acteurs ayant pour rôle « de modifier et de légitimer une nouvelle hiérarchie des normes politiques »²⁰⁹. Ces deux institutions tendent à diffuser le référentiel de santé publique et plus largement de santé globale sur la scène supranationale, ce qui influence nécessairement la réflexion nationale en ce sens, dans un contexte de comparaison internationale des systèmes.

L'ensemble de ces évolutions, qu'elles soient propres à la configuration nationale ou impulsées par des échelons supérieurs, remet en question les conceptions traditionnelles de la santé, en donnant une place nouvelle à la santé publique comme stratégie d'action et comme référentiel légitime. Cela amène plusieurs auteurs à s'interroger sur l'avènement d'une « nouvelle santé publique », centrée sur la prise en compte de l'influence qu'ont sur la santé, d'une part divers secteurs d'intervention publique et d'autre part les styles et conditions de vie²¹⁰. Par le débordement permanent des frontières traditionnelles qu'elle opère pour traiter de sujets à large portée sociale, elle serait différente de « l'ancienne »

²⁰⁸ K. Freese « Développements sur la diffusion des indicateurs de santé dans la communauté européenne », Conférence européenne « La réduction des inégalités de santé en Europe : une approche régionale », Conférence internationale, La réduction des inégalités de santé en Europe : une approche régionale, Bordeaux, Conseil régional d'Aquitaine, 29 juin 2007

²⁰⁹ B. Jobert, P. Muller, *L'État en action*, op. cit. p. 73

²¹⁰ Voir notamment J. Ashton, H. Seymour, *The new public health*, Buckingham, Open University Press, 1988; P. Hassenteufel et alii., « L'émergence problématique d'une nouvelle santé publique. Forums d'action publique et coalitions de projets à Rennes et à Brest », in D. Fassin, *Les figures urbaines de la santé publique*, op. cit., pp. 84 – 109. Tabuteau évoque également à cet égard une politique de santé qui « s'est affranchie du système de santé » : D. Tabuteau, *Les contes de Ségur*, op. cit. p. 135

santé publique privilégiant l'orientation biologique, la prévention et le rôle d'une unique profession. L'intervention en santé publique viserait aujourd'hui, de manière englobante « la promotion des actions favorables à la santé comme à la réduction des risques la menaçant ». En ce sens, elle « relève d'une démarche collective, profondément politique, puisqu'elle doit innover l'ensemble de la société. »²¹¹.

L'État traduit ce mouvement des idées dans ses pratiques de production de normes et de programmation, comme le soulignent les acteurs de terrain qui reviennent largement sur des évolutions qu'ils notent à l'échelle nationale. Selon un médecin de PMI « le discours national a beaucoup changé. On parle beaucoup plus des campagnes de prévention, on met beaucoup plus l'accent sur tout ce qui est important au-delà du curatif [...]. On parle de plus en plus de prévention dès le plus jeune âge, par exemple avec le PNNS ». Une chargée de mission du Secrétariat général des affaires régionales (Sgar) considère également qu'« avec le plan cancer présidentiel, ou avec le plan santé environnement, on a fait vraiment un très, très gros travail ». Un professeur de santé publique voit dans la création de la Haute Autorité de Santé (HAS) et du Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) « des preuves de cette prise de conscience ».

Cette sorte de réhabilitation de la santé publique a récemment été consacrée par le législateur français, avec la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique qui constitue un apport essentiel, tant symbolique que substantiel au cadre normatif d'action des pouvoirs publics. Elle marque d'abord un revirement par rapport à la tradition de notre système curatif, la France n'ayant connu aucune loi sur la santé publique depuis la loi fondatrice de 1902. De fait, le versant curatif bénéficiait d'une organisation claire tandis que la santé publique pâtissait d'un certain flou quant à son champ d'action et à la répartition des compétences. Le texte de 2004 lui procure une assise et une meilleure visibilité, notamment en clarifiant les responsabilités dans le domaine de la prévention et en édictant cent objectifs quantifiés de santé publique, évalués tous les cinq ans. La loi crée également le HCSP avec des missions d'expertise, et un Comité national de santé publique chargé d'élaborer la politique du gouvernement en matière de sécurité sanitaire et de prévention et de coordonner l'action des départements ministériels.

²¹¹ D. Tabuteau, *Les contes de Ségur*, op. cit. p. 136

Dans ces conditions, « la politique de prévention a aujourd'hui un sens nouveau, parce qu'elle n'est plus un palliatif à l'impuissance médicale, mais s'appuie sur les perspectives très prometteuses ouvertes par les progrès thérapeutiques »²¹². La santé publique n'est plus, dans ces conditions, conçue comme une discipline de second rang : les progrès de la médecine doivent servir la prévention, en permettant des procédures thérapeutiques ou de dépistage précoce performantes.

Plusieurs acteurs aquitains saluent spontanément cette loi qui symbolise le retour explicite de la santé publique à l'agenda gouvernemental. Un directeur de caisse d'Assurance maladie assure par exemple que « la conception est très bonne. Ça a été un réel progrès. [...] Je ne suis pas sûr de l'ampleur des effets, mais l'armature conceptuelle est là en tout cas. » De même, le titre du dossier du Bulletin de l'Ordre des médecins dédié à ce texte, donnant la position officielle du corps médical, est sans appel : « Une loi de santé publique, enfin ! »²¹³ La rubrique « le point de vue de l'ordre » permet à l'institution de se poser explicitement en soutien et partenaire du projet.

L'action publique française a donc entamé un mouvement de dépassement d'une stricte approche biomédicale vers la santé globale. À mesure que la santé déborde les politiques et les pratiques de soins elle innervé des champs de plus en plus larges de la vie collective. En ce sens, elle ne peut que devenir plus profondément politique, puisqu'elle apparaît en filigrane derrière la plupart des champs sociaux et devient un ordre de valeur à prendre en compte dans la décision publique relative à d'autres matières.

Cependant, la santé publique prend aujourd'hui des formes nouvelles, au travers de la préoccupation politique grandissante de sécurité sanitaire.

Depuis le début des années quatre-vingt, différentes crises sanitaires assez rapprochées ont ébranlé les certitudes médicales et mis en cause la capacité du politique à protéger la collectivité contre des menaces de grande ampleur. Elles ont conduit à faire évoluer les référentiels de santé publique, au travers d'une approche sécuritaire. Les pouvoirs publics sont en effet apparus impuissants ou du moins insuffisamment structurés et réactifs pour

²¹² J.-F. Mattei, débat parlementaire du 2 octobre 2003, cité par M. Trépeau, « La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique », *Regards sur l'actualité*, n° 308, février 2005, p.79 – 92, ici p. 80.

²¹³ *Le Bulletin de l'ordre des médecins*, n° 18, octobre 2004, en ligne [page consultée le 9 juin 2006]. Disponible sur : www.bulletin.conseil-national.medecin.fr

faire face à ces crises sanitaires qui ont représenté autant de crises sociales et politiques. Les lacunes avérées du système de veille et d'alerte ont déstabilisé les plus hauts niveaux de gouvernement et l'architecture institutionnelle de traitement de la santé. Sous la pression des médias et d'une opinion publique de plus en plus sensible aux « risques » sanitaires combinée avec le « principe de précaution », le système de veille et de sécurité sanitaire a dû être profondément restructuré.

2.2 Sécurité sanitaire, précaution : de nouveaux enjeux pour une réaffirmation de la santé publique dans l'espace public

Le second axe de développement de la santé publique que nous souhaitons aborder est fondé sur la notion de « risque », qui peut être appréhendée du point de vue collectif ou individuel.

Les sociétés humaines ont toujours fait face à des dangers. Elles ont d'abord eu recours à des méthodes divinatoires, magiques, ou religieuses. Le danger était perçu comme le fruit de facteurs extérieurs incontrôlables et n'appelait qu'une gestion de ses conséquences. Mais les dangers ont désormais changé de nature. D'une part ce ne sont plus des puissances surnaturelles qui menacent, mais des virus, des substances toxiques ou encore des risques environnementaux : « le lieu de gestion de ces menaces à la santé est désormais l'institution de la santé publique » et non plus la sphère du divin²¹⁴. D'autre part le danger ne peut plus être considéré comme extérieur, il devient une composante de la société globale. Beck forge à cet égard le concept de « société du risque » pour rendre compte de l'attention exacerbée au risque qui va de pair avec sa localisation au sein même de nos sociétés, voire en nous-mêmes, notamment à cause des activités technologiques contraires à la nature²¹⁵. Les sources du danger seraient en quelque sorte intériorisées. Dans ces conditions, « l'émergence du risque implique un processus d'explication des causes du danger »²¹⁶, ce qui sous-entend une approche en termes de responsabilité individuelle et collective.

La construction du risque comme menace endogène dans les sociétés individualistes occidentales suggère que sa gestion par les personnes est un impératif. De manière

²¹⁴ R. Massé, « Le risque en santé publique : pistes pour un élargissement de la théorie sociale », *Sociologie et société*, vol. 39, n° 1, printemps 2007, pp. 13 – 27, ici p. 20

²¹⁵ U. Beck, *La Société du risque. Sur la voie d'une autre modernité*, Paris, Flammarion, 2003

²¹⁶ R. Massé, « Le risque en santé publique : pistes pour un élargissement de la théorie sociale », *op. cit.* p. 20

grandissante, « le citoyen moderne est convoqué par les institutions de santé publique à s’engager dans la lutte face aux risques environnementaux [...], mais surtout à modifier ses habitudes de vie (alimentation, activité physique, sexuelle, tabagisme) afin de limiter son exposition à ces risques *évitable*s. »²¹⁷

Ce dernier point de vue – par ailleurs largement polémique puisqu’il cherche à dénoncer de nouvelles formes de moralisation et de contrôle social – nous amène à mettre en exergue la distinction clef entre les dangers/risques « contrôlables par les individus » informés, parce qu’ils dépendent de leurs comportements, et « ceux qui leur échappent du fait de la nature de [leur] source », et appellent par conséquent « une responsabilité particulière, exclusive, du politique »²¹⁸. Dans cette catégorie se trouvent des produits, « médicaments, produits chimiques ou autres présents dans la consommation, rejetés dans l’environnement ou inclus par besoin ou par hasard dans l’alimentation », et certaines activités qui ont la caractéristique de « véhiculer un agent chimique, physique ou biologique susceptible de générer des effets indésirables pour la santé humaine »²¹⁹.

C’est à ce niveau de la gestion collective des risques que nous nous intéressons, la dimension individuelle relevant plus spécifiquement des démarches d’information et de promotion de la santé précédemment évoqués.

La problématique du risque sanitaire est aujourd’hui sur le devant de la scène médiatique et politique, sans compter son succès dans la littérature de sciences sociales. Bien que de plus en plus de dangers soient contrôlés, « les risques sont omniprésents sur la scène publique »²²⁰, liés à une relative perte de confiance dans les capacités de la science, de la médecine et de ceux qui en maîtrisent les savoirs à faire face aux grandes crises contemporaines. La garantie de sécurité sanitaire s’impose comme une mission centrale de l’autorité politique, face aux dangers dont les sources ne dépendent pas des seuls individus. Elle peut être définie comme « l’ensemble des décisions, programmes et actions visant à

²¹⁷ *Ibid.* p. 13. Voir également G. Paicheler, « Présentation », *Sociologie et société*, vol. 39, n° 1, printemps 2007, pp. 5 – 12

²¹⁸ Inspection générale des finances, Inspection générale des affaires sociales, Inspection générale de l’environnement, Comité permanent de coordination des inspections, *Evaluation de l’application de la loi du 1er juillet 1998 relative au renforcement de la veille et du contrôle sanitaires*, rapport 2004061, Paris, La documentation française, 2004, ici Tome II p. 9

²¹⁹ *Ibid.*

²²⁰ G. Paicheler, « Présentation », *op. cit.* p. 5

protéger la population contre tous les dangers et les risques considérés comme échappant au contrôle des individus et définis à ce titre comme relevant de la responsabilité des pouvoirs publics et de leur régulation »²²¹.

À ce titre, elle consiste en un « mode d'action spécifique » mais fait « partie d'un ensemble organisé autour d'un objectif final commun » de santé publique ; elle fait partie intégrante de la santé publique comme « approche collective de la santé visant à prévenir les pathologies en réduisant les risques auxquels sont confrontés les individus »²²², sans pour autant s'y superposer tout à fait. Un évènement ne devient pas systématiquement à la fois objet de santé publique et objet de sécurité sanitaire. « Un évènement faisant soupçonner un risque, entendu comme probabilité d'effet sanitaire néfaste assorti d'un niveau de gravité, peut donner lieu à une mesure de SS [sécurité sanitaire] sans pour autant devenir un objet de santé publique. Autrement dit, si le danger ou le risque n'a comme source que le produit ou l'activité qui le véhicule, sa régulation (interdiction, suspension ou modification) devrait, en théorie suffire à sa maîtrise. Ce modèle est adapté aux produits/activités dont le danger est un agent chimique ou physique »²²³. Cependant il n'en va pas nécessairement de même lorsqu'il s'agit d'un agent biologique « transmissible par d'autres voies que le produit/activité »²²⁴. Une distinction fondamentale est établie entre d'une part l'agent qui incarne un danger et d'autre part la « source du risque qui peut correspondre à différents usages sociaux dans lesquels est présent le danger », soit plutôt des activités²²⁵. L'enjeu de sécurité sanitaire correspond pleinement à un enjeu de santé publique lorsque le risque provient d'un agent mais également d'activités. La mise en œuvre effective de la sécurité sanitaire repose donc sur deux types de dispositifs : l'évaluation des dangers et des risques liés aux produits destinés à l'homme et la surveillance de la santé des populations en contact avec les produits à travers divers usages sociaux.

L'autre spécificité de la sécurité sanitaire réside dans ses objectifs : si la santé publique en général vise à réduire les risques à travers l'action préventive, la sécurité sanitaire est

²²¹ Inspection générale des finances et alii, *Evaluation de l'application de la loi du 1er juillet 1998 relative au renforcement de la veille et du contrôle sanitaires*, op. cit. Tome II p. 9

²²² *Ibid.*

²²³ *Ibid.* p. 10

²²⁴ *Ibid.*

²²⁵ *Ibid.*

centrée sur les dangers, parfois pour les annihiler, mais généralement pour « maintenir les risques qui leurs sont associés à des niveaux acceptables »²²⁶.

Ces précisions étant faites, il s'agit de comprendre comment cette dimension spécifique de la santé publique est devenue centrale dans la société française et pour le politique, notamment à la faveur plusieurs crises d'ampleur supranationale.

L'évolution du regard sur le médical et *in fine* sur la santé publique est due à plusieurs chocs qui ont déstabilisé la société française et mondiale. En tout premier lieu le sida a provoqué une mobilisation sans précédent de la part des acteurs sanitaires, médiatiques et politiques, comme des chercheurs en sciences sociales. Envisagé comme « peste gay »²²⁷ dans les années quatre-vingt, le sida a ensuite été conçu comme une maladie des populations « à risques » comme les héroïnomanes, pour enfin être considéré comme un fait macro social, susceptible de toucher tous les individus, par delà les catégories socioprofessionnelles, les générations ou les préférences sexuelles. C'est seulement lors de cette dernière phase que les pouvoirs publics et les médias se sont massivement mobilisés.

Face à la rapide avancée du virus et à l'impuissance de la médecine, les autorités françaises mettent en place des moyens exceptionnels en termes de dépistage et de campagnes d'information. De fait, le sida a bouleversé le traitement des maladies par les autorités, les certitudes largement répandues sur les pratiques sexuelles et plus largement l'image que la société a d'elle-même²²⁸.

Largement liée au sida, l'affaire du sang contaminé a aussi eu des effets durables sur la gestion des risques sanitaires, en révélant le manque de rigueur des pratiques de transfusion sanguine et les lacunes des connaissances sur les risques transmissibles. Avec cette crise, le politique entre dans le champ du pénal ce qui constitue un choc sans précédent dans l'histoire française. La mise en cause de deux ministres et d'un chef de gouvernement a montré qu'une mauvaise gestion d'un problème sanitaire pouvait ébranler les plus hautes

²²⁶ *Ibid.*

²²⁷ D. Carricaburu, M. Ménoret, *Sociologie de la santé. Institutions, professions et maladies*, op. cit. p. 121

²²⁸ N. Dodier, *Leçons politiques sur l'épidémie de sida*, Paris, Éditions de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales, 2003 ; M. Setbon, *Pouvoirs contre le sida. De la transfusion sanguine au dépistage : décisions et pratiques en France, Grande-Bretagne et Suède*, Paris, Le Seuil, 1993

autorités de l'État²²⁹. Cette crise sanitaire aurait donc représenté une « véritable initiation du monde politique français à l'exercice de la santé publique », dans un contexte où cette dernière avait été largement délaissée, du point de vue des choix budgétaires et des hiérarchies institutionnelles²³⁰.

Tabuteau souligne à ce sujet qu'en France, « la maladie a été le révélateur des carences de l'organisation de la santé publique »²³¹ qui a montré brutalement « ses insuffisances, ses compromissions et son manque de légitimité. »²³² Les succès médicaux avaient jusque là posé le soin comme objectif prioritaire du système, le mode de financement par l'Assurance maladie participant largement à l'établissement de ce « culte de l'efficacité thérapeutique »²³³. La crise de 1985, justement due aux traitements (par les dispositifs transfusionnels), a mis en crise cet équilibre traditionnel et révélé la nécessité de « réaffirmer une priorité sécuritaire »²³⁴.

La rupture dans l'histoire de l'action publique de la santé se situe en 1992. Le terme de « sécurité sanitaire » est forgé cette année là par les services ministériels qui s'attellent à la réforme de la santé publique et est utilisé pour la première fois lors de la discussion au Parlement du projet de loi qui aboutira au texte de 1993 sur la sécurité en matière de transfusion sanguine et de médicament. À cette date la sécurité sanitaire « fait irruption » dans la santé publique, dont elle bouscule les priorités, en imposant notamment celle de la réduction des risques et en plaçant l'épidémiologie au cœur des démarches²³⁵.

La notion de sécurité sanitaire va s'imposer les années suivantes, avec un élargissement de son champ. Élaborée à l'origine pour lutter contre les risques liés aux produits de santé et au fonctionnement du système (transfusion sanguine, usage des thérapeutiques, infections nosocomiales) elle prend une nouvelle ampleur avec la crise de la « vache folle ».

²²⁹ D. Fassin, *Les enjeux politiques de la santé*, op. cit.

²³⁰ *Ibid.*

²³¹ D. Tabuteau, *Les contes de Ségur*, op. cit. p. 14

²³² *Ibid.* p. 16

²³³ *Ibid.* p. 17

²³⁴ *Ibid.*

²³⁵ *Ibid.* p. 132

Depuis 1986 les cheptels bovins sont touchés par une nouvelle maladie, l'encéphalopathie spongiforme bovine (ESB). Cependant en mars 1996 est révélé le premier cas de transmission à l'homme par le ministre britannique de la Santé.

Avec la crise de l'ESB, le risque est imputable au fonctionnement même de la société industrielle : elle est la conséquence de l'industrialisation des méthodes de production des aliments pour animaux. Le risque est donc provoqué par l'homme qui a imaginé l'usage de farines carnées pour nourrir le bétail. Dans ces conditions, cette crise n'apparaît pas dans les médias comme les affaires traditionnelles d'intoxications alimentaires ; elle est plutôt identifiée aux drames transfusionnels de 1985.

L'ESB, en mettant au centre des débats européens et nationaux la question de la sécurité sanitaire des aliments, devient un problème public communautaire, à la fois sanitaire et institutionnel²³⁶. L'alerte de 1986 déclenche dans toute l'Europe des mesures de surveillance vétérinaire et de dépistage, d'abattage de troupeaux, et l'interdiction des farines carnées. Bien au-delà du retentissement médiatique, la crise est économique, mais également politique. La critique des méthodes de contrôle et d'évaluation des risques, et la mise en cause de la prise de décision de l'administration engendrent une refonte de l'organisation de l'expertise au niveau national et européen²³⁷.

Une nouvelle étape dans l'élargissement du champ de la sécurité sanitaire est franchie avec le développement de l'impératif de sécurité environnementale. Il s'agit encore une fois de considérer les risques sanitaires comme endogènes au fonctionnement de la société, les

²³⁶ Nous renvoyons à l'article de Barbier, qui considère que l'ESB joue le rôle de « précédent » dans la construction de la sécurité alimentaire comme problème public européen. M. Barbier, « Une interprétation de la constitution de l'ESB comme problème public européen », *Revue Internationale de Politique Comparée*, vol. 10, n° 2, 2003, pp. 233 – 246

²³⁷ La vache folle est la source de l'un des principaux épisodes de déstabilisation des institutions communautaires : elle tend à politiser la question de la sécurité alimentaire et à légitimer son traitement transversal au sein des institutions européennes. Avec la démission de la Commission européenne Santer en 1999, les services sont restructurés. La nouvelle Commission Prodi, adopte un nouvel organigramme permettant de relégitimer la Commission qui a paru trop favoriser les enjeux économiques face à la santé : une Direction santé publique est créée au sein d'une nouvelle DG Sanco. Elle regroupe divers services administratifs dédiés à la santé, jusque-là disséminés dans différentes DG. L'avancée est donc tant symbolique que matérielle. Elle ouvre la voie, avec la fin de la fragmentation des compétences, de la spécialisation de l'intervention sanitaire.

risques environnementaux résultant en général d'activités économiques. Dès le débat précédant l'adoption de la loi du 1^{er} juillet 1998, des parlementaires français soulèvent l'idée d'un dispositif de sécurité sanitaire « environnementale ». Cette préoccupation se traduit aujourd'hui par le Plan national Santé Environnement.

Au regard de ces bouleversements, auxquels il faut ajouter les crises de la dioxine, de l'amiante, ou encore récemment de la grippe aviaire et de la canicule de l'été 2003, il apparaît bien que le développement de la sécurité sanitaire comme cadre majeur de construction des problèmes publics va de pair avec une certaine déstabilisation des institutions de gouvernement, donc avec une politisation croissante des enjeux de santé. Au vu du fort retentissement qu'elle trouve dans l'opinion publique et les médias, la gestion des risques sanitaires tend à imposer un peu plus la santé publique dans le champ politique.

Plusieurs auteurs soulignent la nécessité pour les pouvoirs publics de prendre en charge la régulation de la santé publique, la garantie de la sécurité sanitaire s'imposant comme une de leurs attributions régaliennes. Pour Morelle par exemple, la santé publique serait « une affaire d'État »²³⁸ et la dimension de sécurité sanitaire une « responsabilité irréductible de l'État »²³⁹. Il appelle à un « retour du Léviathan », considérant que la santé publique constitue un impératif à la fois juridique et moral pour l'État, qui a en la matière une obligation de moyens et un devoir d'information. De même Tabuteau mentionne une « pression croissante qui s'exercera à l'avenir sur le système politique et qui ne pourra que renforcer le rôle des autorités publiques dans le champ de la santé »²⁴⁰. Il souligne que les crises du siècle dernier « ont dramatiquement rappelé que les pouvoirs publics avaient une responsabilité incessible de protection de la santé. La notion de sécurité sanitaire a symbolisé et provoqué le retour de l'État sur un champ qu'il avait déserté par faiblesse, négligence, aveuglement et avarice budgétaire. Or, la sécurité sanitaire comme les sécurités civile, publique ou nationale sont des compétences régaliennes par nature. »²⁴¹

Un pareil ancrage de la santé publique au cœur du politique s'illustre nécessairement dans l'architecture institutionnelle et normative française : la montée en puissance de la sécurité

²³⁸ A. Morelle, *La défaite de la santé publique*, *op. cit.* p. 382

²³⁹ *Ibid.* p. 303

²⁴⁰ D. Tabuteau « La santé en quête de politique », *op. cit.* p. 39

²⁴¹ *Ibid.*

sanitaire s'est traduite par une activité législative et réglementaire très importante renforçant les obligations des acteurs du soin et des agents économiques, de même que les moyens d'expertise et de contrôle de l'administration.

L'évolution de l'organisation des services déconcentrés de l'État est révélatrice de la place donnée à la sécurité sanitaire. L'impératif de sécurité sanitaire amène un profond changement des pratiques et habitudes de travail au sein des administrations locales. Un directeur de Ddass évoque un recentrage des missions « dans le sens de la préparation des urgences sanitaires ». Citant notamment les épisodes de la canicule de 2003 et du chicunguina il affirme qu' « on est souvent sur des alertes sanitaires », « on est souvent en alerte. [...] Ça fait partie des évolutions nouvelles de notre métier ». Dans la mesure où « la santé devient quelque chose dans laquelle la population est de plus en plus exigeante », « tout ce qui est urgent est de plus en plus sensible » et nécessite de mettre en place des mesures de prévention, des cellules de crises, des mesures « barrières » telles que le port de masques, sans compter la formation des professionnels de santé.

Cette évolution se produit dans le cadre d'un corpus normatif nouveau qui n'a cessé de s'étoffer depuis les années 1990, amenant de profonds changements institutionnels²⁴². En effet, « dans un contexte de forte demande sociétale, et parfois en réaction à des crises sanitaires à forte résonance médiatique et politique [...] le dispositif de veille et de sécurité sanitaires s'est développé par constructions successives »²⁴³. Suite à l'ampleur politique prise par la crise du sang contaminé, le gouvernement propose une nouvelle organisation institutionnelle de la transfusion sanguine, qui se traduit par la création de l'Agence française du sang par la loi du 4 janvier 1993. Par amendement parlementaire, le texte est enrichi d'une agence du médicament avec les mêmes compétences que l'actuelle l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps), compétente pour les médicaments et les réactifs de laboratoire²⁴⁴.

²⁴² Le Code de la Santé Publique s'est aussi considérablement enrichi en une dizaine d'année, alors qu'il avait très peu évolué entre la loi de 1902 et la fin des années 1980.

²⁴³ Inspection générale des finances et alii, *Evaluation de l'application de la loi du 1er juillet 1998 relative au renforcement de la veille et du contrôle sanitaires*, op. cit. Tome I p. 1/8.

²⁴⁴ Loi n° 93-5 du 4 janvier 1993 relative à la sécurité en matière de transfusion sanguine et de médicament

Mais ce sont les lois du 1^{er} juillet 1998 et du 9 mai 2001 qui donnent naissance à la construction institutionnelle que nous connaissons aujourd'hui²⁴⁵. Elles mettent en place des organismes indépendants et permanents, avec des missions de veille, d'analyse et d'alerte, parfois de contrôle : l'Institut de veille sanitaire (InVS), couvrant l'ensemble des risques sanitaires et chargé de surveiller l'état de santé de la population, l'Établissement français du sang, l'Afssaps, l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments (Afssa), enfin l'Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail (Afsset). Un Comité national de la sécurité sanitaire permet d'assurer la coordination entre les politiques des différents organismes parties prenantes de la sécurité sanitaire, mais aussi entre les agences et leurs ministères de tutelle et de manière générale entre services de l'État et établissements publics en matière de gestion des crises et de communication.

L'observation des dernières années permet de montrer que les crises sanitaires continuent de susciter des adaptations de l'organisation institutionnelle. La mauvaise gestion de la canicule de l'été 2003, notamment la perception tardive de ses implications sanitaires de grande ampleur, a conduit le gouvernement à prévoir des structures spécifiques d'intervention en prévision de nouvelles crises. Un Département des situations d'urgence sanitaire a notamment été mis en place au niveau du ministère de la Santé.

Les pouvoirs publics vont plus loin aujourd'hui puisqu'ils tendent à prendre en charge la gestion des problèmes sanitaires en amont de l'apparition des crises, ce qui constitue un nouveau resserrement des liens entre santé et choix politiques.

La France s'est engagée notamment dès 2004 dans la prévention d'une épidémie potentielle de grippe aviaire, avec l'élaboration d'un plan de lutte par le Secrétariat général de la défense nationale, réactualisé en 2006. En août 2005 a spécialement été mise en place une Délégation interministérielle à la lutte contre la grippe aviaire qui coordonne l'action de huit ministères, pour la lutte contre l'épizootie mais aussi la prévention d'une éventuelle pandémie.

²⁴⁵ Loi n° 98-535 du 1er juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle des produits destinés à l'homme et loi n° 2001-398 du 9 mai 2001 créant une Agence française de sécurité sanitaire environnementale

Cette dernière évolution de la sécurité sanitaire, à savoir l'intervention en amont, nous amène à considérer le principe de précaution, comme manière nouvelle d'envisager la santé mais aussi la décision politique au sens large.

Le principe de précaution est apparu au cours des années 1980, lors de débats internationaux relatifs à l'environnement, et a ensuite été plus systématiquement utilisé à partir de la Conférence de Rio de 1992. Il porte l'idée qu'avant de démarrer une activité ou de diffuser un produit il est nécessaire d'en évaluer les risques éventuels pour l'homme et l'environnement. Il s'agit avant tout de ne pas nuire, au-delà même de l'efficacité des produits ou des pratiques.

Ce principe est inclus dans la loi française depuis la loi Barnier de 1995²⁴⁶. Il apparaît également dans la Charte de l'environnement de 2004 aujourd'hui adossée au texte constitutionnel qui stipule que « lorsque la réalisation d'un dommage [...] pourrait affecter de manière grave et irréversible l'environnement, les autorités publiques veilleront, par application du principe de précaution, et dans leurs domaines d'attribution, à la mise en œuvre de procédures d'évaluation des risques et à l'adoption de mesures provisoires et proportionnées afin de parer à la réalisation du dommage. »

L'émergence du principe de précaution traduit un changement dans la perception sociale des risques. L'angoisse du public due à la perte de confiance dans la capacité des sciences à apporter des réponses aux crises sanitaires mène nécessairement à des attentes politiques en termes de prévention des catastrophes : « un des signes de cette sensibilité de la société au thème de la sécurité sanitaire est l'invocation croissante du "principe de précaution", au nom duquel une intervention publique peut être considérée comme justifiée en réponse à un risque hypothétique, donc non vérifiable ni quantifiable. »²⁴⁷

Le principe de précaution favorise une politisation grandissante du champ de la sécurité sanitaire, dans la mesure où l'expertise n'apparaît pas en mesure de produire des solutions systématiques pour prévenir des crises conçues comme inacceptables par les populations.

²⁴⁶ Loi n° 95-101 du 2 février 1995 relative au renforcement de la protection de l'environnement. Le texte stipule que « L'absence de certitudes, compte tenu des connaissances scientifiques et techniques du moment, ne doit pas retarder l'adoption de mesures effectives et proportionnées visant à prévenir un risque de dommages graves et irréversibles à l'environnement, à un coût économiquement acceptable ».

²⁴⁷ Inspection générale des finances et alii, *Evaluation de l'application de la loi du 1er juillet 1998 relative au renforcement de la veille et du contrôle sanitaires*, op. cit. Tome I p. 8

Nous assistons à une nouvelle forme de mise à l'épreuve du politique qui ne doit pas seulement répondre aux crises mais les prévenir, en situation d'incertitude. De fait, « moins les experts sont en mesure d'éclairer les décideurs, plus le champ du politique s'accroît. Qui d'autre que lui pourrait, sans usurpation, faire des choix déterminants pour la protection des personnes lorsque la science et les connaissances disponibles ne permettent pas d'identifier la meilleure solution, ou du moins celle qui minimisera les dommages ? La légitimité du politique est la seule, en démocratie et sous réserve de la transparence des débats, à pouvoir servir d'assise aux choix susceptibles d'avoir de graves conséquences sanitaires pour les populations. »²⁴⁸

Notons que l'utilisation même du principe de précaution s'avère largement politique, car ce principe ne conduit pas à considérer également tous les risques potentiels. Le personnel politique opère une sélection, souvent fondée sur leurs dimensions dramatiques, symboliques et sur les mobilisations qui s'opèrent à leur sujet. Les cadres d'interprétation des risques sont construits par différents groupes d'acteurs, ces cadrages étant déterminants pour les actions finalement mises en place²⁴⁹.

Il apparaît que le déploiement de la santé publique sur le nouveau front de la sécurité sanitaire contribue à faire évoluer les référentiels même de l'intervention publique. Dans la mesure où ce n'est plus la résolution de problèmes publics qui est recherchée, mais bien l'action avant même leur occurrence, le principe de précaution tend à devenir un « nouveau paradigme de la santé publique »²⁵⁰, mais aussi un nouveau paradigme pour l'action publique dans sa globalité qui serait né dans le champ de la santé. Son recours renforcé suite aux crises sanitaires dont l'impact dans la classe politique et pour l'opinion publique a été extrêmement fort a conduit à faire évoluer les règles d'intervention du politique pour l'ensemble des matières économiques et sociales²⁵¹.

Le champ de la santé publique apparaît à présent considérablement renforcé, parce que plus largement étendu et doté d'un poids politique supérieur. Il s'est également considérablement complexifié. Au travers des référentiels de la santé globale et de la

²⁴⁸ D. Tabuteau « La santé en quête de politique », *op. cit.* p. 39 – 40

²⁴⁹ G. Paicheler, « Présentation », *op. cit.*

²⁵⁰ *Ibid.* p. 69

²⁵¹ D. Tabuteau, « Introduction », *Revue Française d'Administration Publique*, n° 113, 2005, pp. 7 – 12

sécurité sanitaire la santé publique est (re)devenue un mode légitime d'intervention publique. Par ce double approfondissement, la santé comme problématique et comme valeur s'émancipe de la sphère individuelle pour légitimement entrer dans le débat public. Ce processus va de pair avec une accentuation évidente de sa dimension d'enjeu et d'épreuve politique.

Section 2. Des mouvements cognitifs de fond qui structurent l'action publique

L'évolution des représentations de l'objet santé dans l'espace politique s'accompagne d'un mouvement de redéfinition des formes de l'intervention publique, selon une grammaire qui, nous l'avons dit, n'est pas spécifique au monde de la santé.

La territorialisation, le décloisonnement, la démocratisation ou l'efficience se donnent à voir comme des cadres cognitifs et normatifs, fondés en termes de valeur et d'efficacité managériale, pour l'action des pouvoirs publics comme pour les activités des professionnels (**Paragraphe 1**). Ils sont explicitement présents dans la production de textes officiels et composent l'armature d'une stratégie de « modernisation » de la santé et notamment du système de soins ; ils sous-tendent aussi la production d'action et de justification de la part des acteurs de terrain.

Cependant l'agir sanitaire apparaît empreint d'un référentiel d'un autre type, celui de la logique financière (**Paragraphe 2**). S'il engage lui aussi des modes de justification fondés sur la recherche d'efficacité, sa mobilisation est plus implicite. Le plus souvent la dynamique économique innervant l'agir sanitaire ne donne pas lieu à un clair affichage permettant d'ancrer la légitimité d'une réforme ou d'une prise de position. Elle apparaît plutôt en filigrane, comme un arrière plan de l'engagement : elle représente une contrainte pour l'action et plus fondamentalement un véritable cadre de représentation, de mise en œuvre et d'évaluation des pratiques.

Nous ne cherchons pas à déterminer si ces cadres cognitifs et normatifs formant une grammaire générale de l'action sont invoqués de bonne foi ou seulement mobilisés à des fins rhétoriques ou d'affichage. Si nous posons l'économie comme un prisme central pour les mobilisations, ce n'est pas pour interroger la réalité des référentiels du premier type : il ne s'agit pas de déceler une logique économique qui serait sous-jacente au discours en termes de territorialisation ou de transversalité des pratiques. Nous souhaitons considérer

l'ensemble de ces référentiels en tant que données de cadrage qui apparaissent dans les textes officiels et dans le discours des acteurs. Certes ces derniers mobilisent consciemment des référentiels présents dans la production normative gouvernementale, pour justifier la forme de leurs pratiques, pour se positionner dans l'air du temps. Mais au-delà, ils racontent leurs expériences, décrivent leurs choix, donnant forme aux référentiels de l'agir sanitaire, tout autant que les autorités législatives, réglementaires et politiques.

Cette réflexion sur les référentiels est également une interrogation sur l'institution, en tant que processus. Nous entendons rendre compte, dans cette section, de l'institutionnalisation de certaines représentations et formes d'action en matière de santé, fondement de l'engagement des acteurs.

1. L'irruption de nouvelles normes

La santé connaît aujourd'hui une rénovation des référentiels de l'action légitime, dans le cadre d'une évolution plus globale des modes d'action publique. Des idées forces collectivement admises apparaissent de manière explicite ou en filigrane, dans le discours de acteurs de terrain comme des législateurs et des analystes, manifestant un renouvellement des ordres de valeurs et de pratiques. L'enquête de terrain comme l'analyse de la littérature montrent combien le discours en termes de décloisonnement de l'action publique et la logique de rapprochement physique et symbolique avec l'utilisateur sont repris sans réelle mise en question, dans un objectif affiché de modernisation et celui, latent, de relégitimation des pratiques.

1.1 *L'invocation du décloisonnement des missions et des prises en charge*

La transversalité et la continuité des modes d'organisation et des prises en charge apparaissent comme la base des référentiels qui s'imposent aujourd'hui dans le monde de la santé. L'idée largement reprise par les acteurs de terrain est que « la thématique santé est vraiment quelque chose qui se fait à plusieurs »²⁵². Les dynamiques de décloisonnement sont favorisées, du moins constamment affichées comme professionnellement efficaces et

²⁵² Ces mots sont empruntés à une coordinatrice de réseau de santé

socialement légitimes, en vue de proposer des services adaptés aux situations sociales hétérogènes.

Les réseaux sont caractéristiques de cette nouvelle façon d'appréhender la santé, par delà les clivages entre l'hôpital et la consultation de ville, ou entre l'hôpital et le soin à domicile, mais également entre spécialités médicales et travail social. L'idée d'un traitement de la santé en réseau a vu le jour au début des années quatre-vingt-dix, parallèlement aux revendications des malades du sida. Sont ainsi créés les premiers réseaux « ville-hôpital » qui tendent à répondre aux besoins tant médicaux, que psychologiques ou sociaux d'une personne malade, par une action coordonnée des médecins hospitaliers avec les libéraux mais également les infirmiers, psychologues, aides ménagères, etc. Par la suite, des réseaux ville-hôpital voient le jour autour de pathologies spécifiques comme la toxicomanie ou l'alcoolisme, puis pour la prise en charge des personnes âgées. Il s'agit surtout de mieux connecter le pôle d'expertise thérapeutique et diagnostique qu'est l'hôpital avec des professionnels libéraux de première ligne.

Les ordonnances du 24 avril 1996 relatives à la réforme de l'hospitalisation publique et privée et à la maîtrise des dépenses de santé créent par la suite les « réseaux de soins ». Comme pour le premier type de réseaux, les procédures de création restent complexes et les expérimentations fortement normalisées.

Il faut attendre la loi du 4 mars 2002 relative au droit des malades et à la qualité du système de santé pour qu'une conception pragmatique des réseaux, avec une certaine plasticité des formes organisationnelles, s'impose, à travers les « réseaux de santé ». Ce texte abroge les dispositions antérieures et donne une définition légale unique au réseau, qu'il se constitue entre établissements de santé, entre professionnels de ville ou entre hospitaliers et libéraux²⁵³. C'est une double désectorisation qui est recherchée, entre spécialités de soin historiquement séparées et entre les multiples services offerts à la personne en souffrance, du lieu de soin à son domicile, du traitement de la pathologie à l'accompagnement.

²⁵³ Des médecins de santé publique, institutions à vocation sociale ou représentants des usagers peuvent également y participer. L'article 84 de la loi modifie l'article L. 6312-1 du Code de la santé publique et stipule que « les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. »

Plus largement, les professionnels de santé sont invités à se regrouper pour un exercice rationalisé de leurs missions, notamment par des mesures incitatives en faveur de l'exercice collectif et du regroupement de professionnels. Les dispositifs comme les maisons pluridisciplinaires ou d'autres structures associatives de coopération sont éligibles pour l'octroi d'enveloppes dans le cadre du Fonds national de prévention d'éducation et d'information sanitaire (FNPEIS) de l'Assurance maladie, et du Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) aujourd'hui intégré à un Fonds d'intervention pour la coordination et la qualité des soins (Ficqs) servant également au financement des réseaux.

De la même manière, au niveau des organisations de planification et de programmation, la mise en actes du référentiel de la transversalité des prises en charge et de l'horizontalité des relations passe par la mise en place de nouveaux espaces institutionnalisés de mise en cohérence. Les pouvoirs publics créent des instances collectives et pluri institutionnelles qui illustrent autant qu'elles véhiculent les nouveaux référentiels d'action à l'œuvre.

Cette logique est déjà présente dans les ordonnances de 1996, qui créent les Agences régionales de l'hospitalisation (ARH)²⁵⁴ et les Unions régionales des caisses d'Assurance maladie (Urcam)²⁵⁵, qui représentent un premier souci du législateur de regrouper les acteurs institutionnels au sein d'instances communes, lieux à la fois de prise de décision et d'interconnaissance entre des organismes aux cultures professionnelles affirmées. ARH et Urcam se voient aujourd'hui regroupées au sein des Missions régionales de santé (MRS) instaurées par la loi du 13 août 2004 relative à l'Assurance maladie et chargées « de préparer et d'exercer les compétences conjointes à ces deux institutions », notamment la répartition territoriale des professionnels de santé libéraux, ou la détermination des zones de recours aux soins ambulatoires.

Cette tendance s'affirme aujourd'hui, avec la création d'arènes dans lesquelles doivent se côtoyer des acteurs diversifiés, selon une logique de rationalisation et d'élargissement des

²⁵⁴ Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. Les ARH regroupent pour la première fois, au sein d'un groupement d'intérêt public, État et Assurance maladie, dans un but de rationalisation et de coordination des actions menées dans le domaine de la planification sanitaire et des politiques hospitalières.

²⁵⁵ Ordonnance n°96-344 du 24 avril 1996 portant mesures relatives à l'organisation de la sécurité sociale. Les Urcam sont les premières structures inter-régimes qui coordonnent l'action des caisses au niveau régional. Elles sont notamment chargées d'établir les programmes régionaux de gestion des risques et de mettre en œuvre les dispositifs de régulation de l'offre de ville à l'échelon régional.

assiettes de financements. La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique crée des instances consultatives et décisionnelles réunissant des acteurs hétérogènes, publics et privés, afin de simplifier et d'institutionnaliser la coopération. Elle instaure les Conférences nationales et régionales de santé et les Groupements régionaux de santé publique (GRSP).

La Conférence nationale, organe consultatif placé auprès du ministre en charge de la santé, assure la représentation de l'ensemble des acteurs, malades et usagers, professionnels de santé et établissements de soins ou de prévention, industries pharmaceutiques, organismes d'assurance maladie obligatoire et complémentaire, et organismes de recherche. Elle est sollicitée par le gouvernement pour la préparation du projet de loi définissant les objectifs de la politique de santé publique et élabore un rapport annuel sur le respect des droits des usagers du système de santé.

La réplique régionale de cette instance, la Conférence régionale de santé (CRS), installée en Aquitaine le 1er mars 2006, « a pour mission de contribuer à la définition et à l'évaluation des objectifs régionaux de santé publique. Lors de l'élaboration du plan régional de santé publique, elle est consultée par le représentant de l'État et formule des avis et propositions sur les programmes qui le composent. » Elle évalue également le respect des droits des personnes et des usagers du système de soins.

Le GRSP chargé de mettre en œuvre le plan régional de santé publique complète l'architecture institutionnelle en reliant l'ensemble des acteurs chargés de la conception et de l'application de la programmation régionale²⁵⁶. Les documents de présentation du GRSP aquitain sont révélateurs de sa vocation à assurer une intervention concertée : « ce GIP s'attachera à conforter la coopération et le partenariat en veillant notamment à l'articulation du PRSP avec le Sros et le Programme régional commun de l'Assurance maladie »²⁵⁷ ; la

²⁵⁶ Le Conseil d'administration des GRSP réunit ainsi le préfet et les services de l'État, l'ARH, l'Assurance maladie, des établissements publics (InVS, Inpes), des personnes qualifiées, et des représentants des collectivités territoriales sur la base du volontariat.

²⁵⁷ DRASS Aquitaine, *Plan Régional de Santé Publique 2005-2008*, Avant-propos, mars 2005, en ligne [page consultée le 17 juin 2009]. Disponible sur http://aquitaine.sante.gouv.fr/download/avant_propos.pdf, 1 p.

plaquette de communication du dispositif mentionne « un processus décisionnel reposant sur une concertation volontairement large »²⁵⁸.

Cet attrait pour les structures partenariales regroupant divers niveaux institutionnels et professionnels se retrouve au niveau local, même si les dispositifs ne sont pas rendus obligatoires par la loi. Ainsi la Délégation interministérielle à la ville (Div) propose depuis 2001 aux acteurs locaux l'Atelier santé ville (ASV), outil spécifique consacré à mise en œuvre du volet santé de la politique de la Ville. L'ASV, qui doit servir à décliner les Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins dans des quartiers dits prioritaires et favoriser la naissance de projets locaux de santé publique, n'est pas véritablement présenté comme un dispositif mais plutôt comme une « démarche », un processus de rapprochement des acteurs institutionnels, professionnels et associatifs, afin qu'ils se connaissent et se reconnaissent, et mutualisent leurs ressources. « L'ASV ce n'est pas une action, c'est un lieu. C'est une table ronde où l'on réunit toutes les personnes concernées de près ou de loin par la santé », explique le coordinateur aquitain de ces ateliers. Les coordinateurs d'ASV installés dans plusieurs municipalités aquitaines soulignent unanimement que cet outil consiste avant tout à « (se) réunir ».

Nous pouvons également mentionner divers dispositifs mis en place à l'échelon municipal et qui s'inscrivent dans le mouvement plus large de développement de forums participatifs, conçus comme des gages d'efficacité et de légitimité. Une Commission extra municipale Santé est par exemple instaurée dans certaines municipalités, où siègent, aux côtés des élus, des représentants associatifs, des professionnels comme les médecins scolaires ou des travailleurs sociaux, et des habitants. De même à Bordeaux, la santé fait l'objet de la création d'un Conseil local co-animé par la mairie et des partenaires institutionnels extérieurs. Ce Conseil local de santé (CLS) est un organe partenarial consultatif, travaillant en commissions thématiques qui réunissent acteurs professionnels, institutionnels et simples citoyens, et émettant des propositions d'actions de santé publique à l'échelle de la ville.

1.2 Le rapprochement physique et symbolique avec l'utilisateur : territorialisation et démocratisation

²⁵⁸ GRSP Aquitaine, document de communication, en ligne [page consultée le 8 avril 2008]. Disponible sur : www.grsp-aquitaine.fr/pdf/communication2007_2008.pdf

1.2.1 L'affirmation du principe de territorialisation des interventions

Admettant l'inévitable chevauchement des secteurs, et partant, les « limites du traitement sectoriel des problèmes de la société », Jobert et Muller soulignent la nécessité d'une « reterritorialisation » de la réflexion et des interventions publiques²⁵⁹. Face à des situations marquées par l'incertitude concernant la totalité des effets produits par la décision, un nouvel ordre de régulation paraît devoir être trouvé, à travers une logique horizontale d'action publique, plus proche des enjeux locaux concrets.

Nous n'entrerons pas ici dans la controverse au sujet des enjeux sous-jacents à ce référentiel territorial qui signifie pour certains un désengagement de l'État, qui permettrait pour d'autres de satisfaire certaines revendications des pouvoirs locaux²⁶⁰. Il s'agit plutôt pour nous de souligner l'importance prise par cette dimension territoriale dans les pratiques discursives des acteurs nationaux comme locaux, donc dans l'évolution des référentiels de l'action publique en matière de santé, et d'en comprendre les ressorts.

Nous devons cependant prendre avec précaution la présentation par les pouvoirs publics de la territorialisation comme référentiel tout à fait nouveau, destiné à s'adapter à des évolutions contemporaines. Les ouvrages de Rosanvallon montrent combien l'État jacobin a toujours admis la présence de groupes intermédiaires concourant à l'accomplissement de ses missions. Dans cette optique, les échelons territoriaux n'ont jamais été absents de l'action publique, le niveau central se servant de leur évidente proximité²⁶¹. Plus spécifiquement en matière sanitaire et sociale, le partenariat entre échelons national et locaux existe en effet dès la fondation d'un État centralisé. Pollet analyse par exemple comment la construction de « l'État social à la française » ne s'est pas fondée sur la substitution d'une autorité nationale à des compétences locales, mais par une sédimentation

²⁵⁹ B. Jobert, P. Muller, *L'État en action*, *op. cit.* p. 137

²⁶⁰ De même Desage et Godard voient dans la valorisation des actions localisées une stratégie rhétorique, une « mise en récit *ex post* » des pratiques. F. Desage, J. Godard, « Désenchantement idéologique et réenchantement mythique des politiques locales », *Revue Française de Science Politique*, vol. 55, n° 4, 2005, pp. 633 – 661

²⁶¹ P. Rosanvallon, *Le modèle politique français. La société civile contre le jacobinisme de 1789 à nos jours*, Paris, Le Seuil, 2004

et une complémentarité des deux dimensions²⁶². Cet héritage apparaît réactivé aujourd'hui, les modèles sectorisés et standardisés d'action publique ayant montré certaines limites.

Notons tout d'abord que si la territorialisation revient avec insistance dans le discours des pouvoirs publics comme des acteurs de terrains, le « territoire » auquel elle se rapporte n'est que très faiblement défini, si tant est par son opposition au national. Il correspond tantôt à la définition institutionnelle des territoires de représentation, donc aux circonscriptions des collectivités territoriales, tantôt à une espace pertinent de mise en œuvre d'un projet, aléatoire et changeant. Tout se passe comme si sa plus-value allait de soi, au point qu'il soit inutile d'en préciser systématiquement les contours²⁶³.

Dans ces conditions, la territorialisation de l'action publique correspond à plusieurs processus. Elle peut s'effectuer à la faveur de la décentralisation, mais également dans le cadre de politiques nationales « infléchies par le contexte local », ou de politiques « facultatives mises en œuvre par les collectivités territoriales »²⁶⁴. Elle apparaît comme le fruit de dynamiques aussi bien descendantes, donc d'une volonté des pouvoirs publics centraux, qu'ascendantes, émanant plus directement des acteurs locaux.

S'agissant de la logique descendante, l'État tend à faire évoluer ses modes de définition et de prise en charge des problèmes publics du fait d'une mutation de la nature même de ces derniers, l'entrée territoriale s'imposant comme un outil tant gestionnaire que symbolique. La territorialisation des réponses des pouvoirs publics est conçue, d'une part, comme une solution à la complexification de la demande sociale et à l'imbrication des domaines d'intervention : elle permettrait d'intégrer les activités de différents acteurs et de donner une cohérence l'action publique, par un quadrillage pertinent de l'espace, adapté aux enjeux locaux différenciés. Comme le soulignent Duran et Thoenig, il s'agit avant tout de « résoudre des problèmes plus diffus malaisément cernables dans des logiques techniques.

²⁶² G. Pollet, « La construction de l'État social à la française : entre national et local (XIX^{ème} et XX^{ème} siècles) », *Lien social et politiques*, n° 33, printemps 1995, pp. 115 – 131

²⁶³ Les cadres de la territorialisation sont d'ailleurs rendus plus complexes aujourd'hui par le fait que le droit français a institutionnalisé les « territoires de projets », créant ainsi une sorte de catégorie hybride de territoires, légalement encadrés mais en même temps évolutifs et adaptés aux situations vécues et aux ambitions des acteurs locaux.

²⁶⁴ V. Viet, « Le local dans tous ces états », *Revue Française des Affaires Sociales*, n° 4, octobre-décembre 2004, « Acteurs locaux et décentralisation », pp. 7 – 15

[...] Les mérites d'une gestion publique plus intégrée sont dictés par les nécessités mêmes de l'action. »²⁶⁵

Mais la territorialisation se donne également à voir comme une vertu politique, dans le sens où elle permettrait de rapprocher la décision des citoyens, donc de renouveler la démocratie. Elle répond à ce titre à une double exigence de contextualisation et d'évaluation de l'intervention publique : rapprochant les solutions des besoins des populations locales elle tend à améliorer leur efficacité, mais dans le même temps à favoriser le contrôle politique des citoyens, voire leur participation au processus décisionnel.

Pour les pouvoirs publics, territorialiser constitue donc une sorte de label répondant à un souci de légitimation à un double niveau, managérial et démocratique. Elle représente à la fois une tendance observée et un principe revendiqué par les promoteurs de politiques publiques qui mettent en exergue l'idée que problèmes et solutions doivent être pensés localement²⁶⁶. Le territoire devient une sorte de mot magique, omniprésent dans le discours de l'État et de la société civile, bien que recouvrant des formes variables, dans un contexte de remise en cause des modes traditionnels d'action publique²⁶⁷.

Parallèlement, l'État tend à passer depuis les années 1980 d'une logique de production de biens publics à une dynamique constitutive, favorisant la mise en cohérence d'expérimentations locales²⁶⁸. Il « propose [...] des scènes d'action, il ouvre des “fenêtres d'opportunité” en définissant seulement des procédures : elles déterminent un contexte d'action mais la définition du problème et les modalités de son traitement institutionnel sont à construire »²⁶⁹. Cela nous amène à nous rapprocher de l'analyse proposée par Lascombes et Le Bourhis en termes de politiques « procédurales », définies comme des politiques à

²⁶⁵ P. Duran, J.-C. Thoenig, « L'État et la gestion publique territoriale », *Revue Française de Science Politique*, vol. 46, n° 4, 1996, pp. 580 – 623, ici p. 591

²⁶⁶ *Ibid.*

²⁶⁷ A. Germain, P. Estèbe, « Le territoire comme instrument providentiel de l'État social », *Lien social et politique*, n° 52, p. 5 – 10. Voir également F. Desage, J. Godard, « Désenchantement idéologique et réenchantement mythique des politiques locales », *op. cit.*

²⁶⁸ Dans la typologie proposée par Lowi les politiques constitutives sont des politiques qui édictent « des règles sur les règles » ou des procédures organisationnelles. T. Lowi, « American Business, Public Policy, Case Studies and Political Theory », *World Politics*, vol. 16, n° 4, 1964, pp. 677 – 715

²⁶⁹ S. Clément, M. Drulhe, J. Mantovani, M. Membrado, « La santé et la question sociale à l'épreuve de la ville. Mobilisation urbaine et précarité à Toulouse », in D. Fassin, dir., *Les figures urbaines de la santé publique*, *op. cit.*, pp. 110 – 142, ici p. 119

travers lesquelles l'État laisse aux collectivités locales toute latitude pour définir leurs objectifs propres. Les politiques procédurales ne font qu'énoncer certains principes organisationnels et les ressources mobilisables, mettent en place des « instruments de connaissance, de délibération et de décision », mais sans proposer de contenu prédéterminé à l'action²⁷⁰.

À l'inverse, des logiques ascendantes, procédant de prise de position des acteurs locaux, participent aussi du processus de territorialisation. Des initiatives politiques sont observables qui ne s'inscrivent plus dans le cadre des traditionnels arrangements croisés inscrits dans des rapports de tutelle. La définition des projets impliquent des acteurs hétérogènes, associatifs ou socioprofessionnels, de sorte que les territoires locaux deviennent des espaces de négociation donc de construction de l'action publique et non plus seulement des ressources politiques contrôlées par les notables élus²⁷¹.

Ainsi, comme le souligne Viet, l'intervention locale « apparaît bien davantage comme l'expression d'une alchimie territorialisée – dont l'État est souvent partie prenante – qu'une conséquence mécanique de mesures décentralisatrices »²⁷². La territorialisation représente bien plus qu'un changement d'échelle pour penser et déployer l'intervention publique. Le contenu même de cette dernière est modifié par cette décentralisation de la focale servant à penser les problèmes publics. Au-delà d'un zonage, le territoire recèle des statuts multiples, à la fois catégorie d'intervention publique, espace d'élaboration des programmes et enjeu même de l'action. Il est conçu comme une façon de construire un problème, et comme un outil pour sa résolution. Parfois instrument institutionnel, à d'autres occasions espace identitaire, le territoire imprime de toute façon sa marque sur les processus d'élaboration et de mise en œuvre de l'action publique²⁷³.

²⁷⁰ P. Lascoumes, J.-P. Le Bourhis, « Le bien commun comme construit territorial. Identités d'action et procédures », *Politix*, n° 42, 1998, pp. 37 – 66, ici p. 39. Voir également P. Lascoumes, *L'Écopouvoir : environnements et politiques*, Paris, La Découverte, 1994

²⁷¹ J.-P. Gaudin, *L'action publique*, *op. cit.*

²⁷² V. Viet, « Le local dans tous ses états », *Revue Française des Affaires Sociales*, n° 4, octobre - décembre 2004, pp. 7 – 15, ici p. 12

²⁷³ L. Davezies, « De la question sociale à la question spatiale », *Lien social et politiques*, n° 52, automne 2004, pp.47 – 53

L'agir sanitaire s'inscrit particulièrement dans ce processus d'affichage d'un principe de territorialisation et d'évolution normative en ce sens.

Dans les discours publics, en matière sanitaire et sociale, la territorialisation permettrait de satisfaire de manière optimale tant les revendications des usagers que la nécessité de rationaliser l'utilisation des deniers publics. Elle apparaît comme le fruit d'impératifs de santé publique, de nécessités sociales, et d'une volonté de maîtrise des dépenses.

Elle favorise une prise en compte des dimensions multiples de la santé, au-delà de la répartition spatiale des soins. Un processus décisionnel rapproché des usagers permet parallèlement d'accéder à des demandes sociales comme celles des populations marginalisées, qui ne s'expriment pas toujours directement mais passent par la médiation des associations, ou des travailleurs sociaux.

Plus fondamentalement, l'approche par les territoires est d'autant plus importante dans le cas de la santé que les espaces de vie et les contextes locaux influent directement sur l'état de santé des populations qui ne dépend pas uniquement de l'offre de soins disponible. Pour reprendre Twohig, « le lieu compte pour les services de santé et les résultats en matière de santé », parce que « le poids de la maladie n'est ni uniformément distribué, ni équitablement partagé. Le lieu, donc, compte non seulement dans l'organisation et l'offre de soins, mais aussi en termes de résultats sanitaires »²⁷⁴. Des inégalités de santé, des variations épidémiologiques sont clairement identifiées, au niveau mondial, mais également entre régions, voire même entre une ville et sa périphérie, de sorte que les liens entre santé et territoire apparaissent structurels : la morphologie des territoires constitue un déterminant indéniable de la santé ; les infrastructures de santé, notamment hospitalières, structurent l'espace géographique depuis longtemps ; les déplacements vers le soin engendrent des flux qui polarisent les quartiers, les villes, ou les régions.

²⁷⁴ P. L. Twohig, « Introduction. Written on the Landscape: Health and Region in Canada », *Journal of Canadian studies*, vol. 41, n° 3, automne 2007, pp. 5 – 17, ici pp. 5 – 6. Voir également A. Corvez, R. Sambuc, « Santé et territoires : les enjeux du futur à l'horizon 2020 », *Territoires 2020*, n° 3, 1^{er} semestre 2001, pp. 87 – 99 ; E. Vigneron et alii., *Santé et territoire, une nouvelle donne*, Paris, Éditions de l'Aube, Paris, 2003 ; C. Dooley, « Reflections on “Region” in Recent Writings on the History of Health and Medicine in Canada », *Journal of Canadian studies*, vol. 41, n° 3, automne 2007, pp. 166 – 184

Dans ces conditions, l'analyse de l'action publique se doit de reconsidérer sa focale pour envisager l'étude de la santé avec sa composante territoriale²⁷⁵. Il s'agit notamment pour Twohig de « contextualiser » les débats sur la santé en analysant de concert le lieu, le pouvoir, le politique et l'action publique. L'auteur emprunte son jeu de mot à Moon qui pointe la nécessité de « re-placer » à la fois la santé et la recherche sur l'action en matière sanitaire. Moon parle de « (Re)placing Research on Health and Health Care », *place* significant « lieu » en anglais²⁷⁶.

Une telle mise en exergue de la territorialisation à la fois comme phénomène et comme valeur de l'action publique entraîne une évolution de la production normative en matière sanitaire. Les textes récents de planification tendent à affirmer ce principe, donnant une reconnaissance législative ou réglementaire à ce référentiel, donc participant à sa diffusion. La circulaire interministérielle du 16 avril 2003, relative à « l'expérimentation de démarches locales partagées de santé et d'action sociale et médico-sociale dans le cadre des projets territoriaux de développement » consacre l'alliance qui doit être trouvée entre territoire et santé, à travers la logique de projet²⁷⁷. Le texte reprend le champ sémantique du « territoire » de manière quasi redondante, perpétuellement associé au thème de la nouveauté d'une part, de la coopération, du partage et de la coordination entre acteurs hétérogènes d'autre part. La rhétorique de l'adaptation locale des actions ressort clairement de ce texte pour une intervention pertinente et en cohérence avec les contextes locaux de besoins et d'offre. L'entrée territoriale est également présentée comme un gage de responsabilisation des professionnels et des usagers.

La production normative récente en matière sanitaire vient conforter cette logique. L'ordonnance du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé introduit la notion de « territoires de santé » à géométrie variable. La carte sanitaire instaurée en 1970 disparaît, tout comme les secteurs

²⁷⁵ P. L. Twohig, « Introduction. Written on the Landscape: Health and Region in Canada », *op. cit.* p. 12

²⁷⁶ G. Moon, « (Re)placing Research on Health and Health Care », *Health and Place*, vol. 1, n° 1, 1995, pp. 1 – 4

²⁷⁷ Circulaire du 16 avril 2003, conjointe au ministère des Affaires Sociales, du Travail et de la Solidarité, au ministère de la Santé, de la famille et des Personnes handicapées, au ministère de la Fonction publique, de la Réforme de l'État et de l'Aménagement du territoire et à la Datar.

sanitaires remplacé par des « territoires de santé »²⁷⁸. Ces derniers sont définis à partir des « territoires administratifs », mais aussi des « territoires vécus », c'est-à-dire les pratiques de recours à l'hôpital et les habitudes de vie de la population²⁷⁹.

Les derniers projets de réforme de l'organisation des soins sont de nouveau marqués par la référence territoriale. En décembre 2007, dans les premières conclusions de la commission de concertation relative aux missions de l'hôpital qu'il préside, Gérard Larcher souligne par exemple que « se dégage aujourd'hui une notion de territoire hospitalier organisé autour d'un établissement de référence, agrégation de plusieurs bassins de vie dans lesquels s'organisent des services de proximité »²⁸⁰. En ce sens, « l'organisation institutionnelle doit être repensée et notamment l'organisation des structures hospitalières au niveau des territoires »²⁸¹. Le rapport final de la commission remis au Président de la République le 10 avril 2008 met en exergue les notions de « projet de santé de territoire » qui doit permettre une réflexion commune à tous les acteurs publics et privés pour articuler les différents champs dont ils ont la charge, et de « communautés hospitalières de territoire », conçues comme base d'une nouvelle organisation de l'offre de soins²⁸². Sur cette base est forgé le dernier projet de loi significativement nommé « Hôpital, patients, santé et territoire », visant une refonte d'envergure de la gestion de la santé²⁸³. Il prévoit notamment la création de ces communautés hospitalières de territoire et des Agences régionales de santé (ARS), nouveaux groupements d'intérêt public devant permettre « un pilotage unifié et

²⁷⁸ La carte sanitaire est remplacée par une nouvelle annexe du Schéma régional d'organisation sanitaire (Sros) dit « de troisième génération », lequel devient l'outil unique de planification. Ce nouveau Sros a été adopté pour l'Aquitaine le 31 mars 2006.

²⁷⁹ Datar, *Territoires de l'hôpital et territoires de projets de santé*, Paris, La Documentation française, 2004, p. 10

²⁸⁰ Commission de concertation relative aux missions de l'hôpital, *État des lieux réalisé par la commission de concertation relative aux missions de l'hôpital, présidée par M. Gérard Larcher*, 14 décembre 2007, p. 5

²⁸¹ *Ibid.* p. 9

²⁸² Il s'agit de renforcer le lien entre établissements proches, sous l'égide d'un hôpital important, afin de tendre vers une taille critique censée améliorer le management et la constitution d'équipes médicales.

²⁸³ Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative, *Projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires*, 2008. Ce projet a été adopté par la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

responsabilisé du système territorial de santé » par une gestion coordonnée du médico-social et des soins hospitaliers et de ville²⁸⁴.

Parallèlement à ces cadres normatifs relatifs à la planification des soins, la loi du 9 août 2004 consacre également la dimension territoriale de l'intervention en santé publique. Dans l'esprit du législateur, il ne s'agissait pas, avec la création des CRS et les GRSP, « simplement de choisir une circonscription administrative au sein de laquelle s'appliquerait un plan défini nationalement, mais bien de permettre une adaptation aux situations locales, en fonction des éléments déterminés dans le cadre régional »²⁸⁵. Cette territorialisation du processus décisionnel permettrait de répondre plus efficacement aux problèmes d'inégalités spatiales, en cernant mieux la spécificité des besoins.

L'entrée territoriale paraît particulièrement pertinente en santé publique, essentiellement pour les programmes de prévention et d'éducation pour la santé, pour deux séries de raisons. D'une part les crédits ministériels y sont bien plus faibles que pour la planification des soins médicaux proprement dits, ce qui nécessite des financements croisés et des programmes organisés par différents niveaux de gouvernement sur un même territoire. D'autre part la santé publique, nous l'avons dit, touche en définitive à la problématique globale des conditions de vie, dont les enjeux ne peuvent être réellement mesurés que par l'observation fine et l'écoute des revendications des acteurs locaux.

Comme le souligne par exemple un coordinateur d'ASV, « dès qu'on parle des pratiques on parle du cadre de vie ; et dès qu'on parle du cadre de vie on parle du territoire ». La réponse de cet acteur à la question de la pertinence de l'entrée territoriale pour des projets de santé publique est d'ailleurs tout à fait explicite : « Parce que c'est la plus légitime pour les habitants, les collectivités, les communes. [...] Je crois que l'entrée territoriale est essentielle tout simplement parce que la santé ça n'est pas tributaire que des dispositifs de santé. Elle est tributaire de plein de choses. L'entrée par les compétences ne marche pas seule. Moi je crois que l'entrée territoriale c'est une des meilleures entrées... [...] Quand on est en promotion ou en prévention, c'est l'entrée du cadre de vie, des pratiques. » La

²⁸⁴ P. Ritter, P., *Rapport sur la création des Agences Régionales de Santé*, janvier 2008, présenté par R. Bachelot-Narquin, ministre de la Santé, de la Jeunesse et des Sports

²⁸⁵ M. Trépeau, « La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique », *Regards sur l'actualité*, n° 308, février 2005, p.79 – 92, ici p. 86

logique de territorialisation paraît ici entrer en cohérence avec celle de la transversalité et de la continuité des prises en charge que nous avons précédemment soulignée.

1.2.2. Le rapprochement avec l'utilisateur adossé au référentiel démocratique

En lien avec la démarche de rénovation des pratiques professionnelles et concomitamment aux évolutions du statut de la personne malade, le thème démocratique apparaît de manière récurrente dans le discours sur l'action publique légitime en matière sanitaire. Il est censé présider à la gestion des établissements hospitaliers et au-delà, imprégner le système de santé dans sa globalité.

Ce mouvement s'incarne dans la notion de « démocratie sanitaire » explicitement consacrée par la loi en 2002. Elle relève d'une double intention, à savoir réaffirmer explicitement les droits des malades et plus largement des citoyens, mais aussi leur reconnaître des canaux de participation effectifs dans les procédures de soin et à divers niveaux du processus décisionnel public²⁸⁶. Cette participation se veut à la fois un gage de défense des usagers et un vecteur de renforcement de la qualité des soins.

Parallèlement au bouleversement du colloque singulier, apparaît dans le soin la notion de « risque » qui conduit à la reconnaissance juridique de la responsabilité du médecin et à une consécration parallèle des droits du patient²⁸⁷. Cependant, l'étendue de ces droits et leurs conditions de mise en œuvre résidaient jusqu'à récemment dans des textes épars, parmi lesquels les lois de bioéthique du 29 juillet 1994, la loi du 27 juin 1990 relative aux personnes hospitalisées pour des troubles mentaux, celle du 9 juin 1999 visant à garantir l'accès aux soins palliatifs. D'autres textes réglementaires venaient conforter ce mouvement

²⁸⁶ Conseil Économique et Social, *L'hôpital public en France : bilan et perspectives*, *op. cit.* Cette étude donne une définition très complète de la démocratie sanitaire : « La démocratie sanitaire désigne la participation conjointe des professionnels, des usagers et des élus à la définition d'une politique de santé publique afin d'améliorer le fonctionnement et l'efficacité du système de santé. Il s'agit de décliner, à côté d'une démocratie représentative parfaitement établie, une démocratie participative qui rende les usagers et les organisations dont ils se dotent à même de débattre et de décider avec d'autres des orientations à prendre en matière de santé publique. L'organisation du débat doit se faire au niveau où le citoyen s'approprie le mieux les enjeux de santé et d'environnement, à savoir au niveau local. » (p. 148)

²⁸⁷ A. Laude, « Les médecins et les malades face au droit », *Revue française d'administration publique*, n° 113, septembre 2005, pp. 113 – 120

de protection des destinataires de soins et des citoyens dans leur ensemble, notamment le Code de déontologie médicale et les codes professionnels, auxquels il faut y ajouter la charte du patient hospitalisé²⁸⁸.

Dans un tel contexte, « une réécriture cohérente des droits positifs reconnus à la personne malade » est apparue nécessaire, ce qui a été fait avec la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé qui réaffirme les droits individuels des malades et reconnaît, nous le verrons, des droits collectifs aux usagers²⁸⁹.

Les droits des malades sont désormais inscrits dans les premiers articles du Code de la santé publique, parmi lesquels le droit à la dignité, le principe de non-discrimination dans la prévention et l'accès aux soins, le respect de la vie privée du malade, le droit à bénéficier de l'innovation médicale, ou encore le droit à une vie digne jusqu'à la mort. La loi du 4 mars 2002 renouvelle également les principes du droit des malades à l'information médicale, sur l'acte thérapeutique et les risques normalement prévisibles, ainsi que l'obligation de consentement aux soins²⁹⁰. Ces deux aspects sont intimement liés, le consentement n'ayant aucune signification si le patient n'est pas préalablement et correctement informé. Le principe du consentement est assez ancien, mais c'est celui du consentement éclairé, plus récent, qui est réaffirmé ici. L'information donnée au patient est en effet une condition nécessaire pour qu'il soit en mesure d'exercer une certaine responsabilité en donnant son accord au médecin. Il faut d'ailleurs noter en ce sens que les sénateurs ont obtenu que soient explicitement reconnues dans la loi du 4 mars 2002 des « responsabilités » aux usagers, ce qui leur confère des obligations mais affirme en même temps leur statut d'individu actif. Correctement informé, le malade serait dans une relation contractuelle avec les praticiens.

²⁸⁸ Cette charte est annexée à la circulaire ministérielle n° 95-22 du 6 mai 1995 dont le but est de faire appliquer concrètement dans les établissements de santé les droits des patients. Remise à chaque patient à son entrée à l'hôpital, elle stipule que les hôpitaux doivent veiller au respect des droits de l'homme et du citoyen et des principes généraux du droit, notamment concernant l'accès au service public hospitalier, les soins proprement dits et l'information du patient et de ses proches.

²⁸⁹ Conseil Économique et Social, *L'hôpital public en France : bilan et perspectives*, op. cit. p. 140

²⁹⁰ La Cour de Cassation dans un arrêt du 21 février 1961 avait déjà posé une définition de ce que devait être l'information au malade, information non pas nécessairement exhaustive et hautement technique, mais « simple, approximative, intelligible et loyale ». De même, le code de déontologie mentionne « une information loyale claire et appropriée » (article 35 du Code de déontologie médicale et article R. 4127-35 du Code de la santé publique).

Le consentement éclairé et les droits consacrés par la loi de mars 2002 posent les conditions d'une évolution des rôles dans la relation de soins.

Les professionnels rencontrés soulignent la tendance lourde d'évolution de la relation entre personnes soignées d'une part et acteurs soignants, individuels ou collectifs, tout en saluant son impact sur les pratiques²⁹¹. Selon un praticien mentionne « en termes d'annonce et d'explication du diagnostic il y a des progrès énormes qui ont été faits. Ça c'est positif. » Un de ses confrères impliqué dans un réseau explique qu' « il y a régulièrement des réunions avec les associations de patients. On fait tous les ans une grande réunion d'information et puis régulièrement on va les rencontrer. De ces discussions, il est venu une évolution des pratiques ». De même pour une directrice d'hôpital, « il y a de grandes évolutions, elles sont perceptibles. Depuis que je travaille dans les hôpitaux j'ai vu évoluer la relation, à travers les informations qu'on donne, à travers le feed-back, à travers aussi l'interpellation que l'on a ».

Dans la majorité des cas, le ressenti d'une évolution des rapports entre professionnels/experts et usagers est relié au développement de l'information, dû à la fois à un effort d'explicitation de la part des professionnels et à l'accessibilité grandissante pour les citoyens de sources d'information parallèles.

Selon un directeur d'hôpital, « les gens sont en capacité de mieux comprendre ce que dit le médecin, ou au moins de lui apporter de la controverse, en tout cas de demander les explications que spontanément il n'aura pas donné. Ça exige des médecins qu'ils soient plus transparents, plus clairs, plus argumentés. Je pense que c'est ça qui change, c'est l'information, l'accès à l'information par le patient lui-même. Cette relation médecin-malade au quotidien, elle est changée fondamentalement par cet accès à l'information. [...] ça améliore la relation médecin-malade, ça améliore l'observance des traitements... c'est ça qui est restructurant dans les prises en charge. C'est ce qui a le plus changé dans les dix ou quinze dernières années. » De même, un généraliste de ville considère que le facteur central de l'évolution de la relation entre soignant et soigné est que les patients « sont plus informés. Maintenant les gens ils ont tous lu quelque chose sur Internet. Je ne sais pas si

²⁹¹ Il est à noter ici que dans la mesure où nous considérons les acteurs collectifs du soin, à savoir les établissements, les rapports que les usagers entretiennent avec les « professionnels » doivent être compris comme des rapports avec des soignants certes, mais également avec d'autres professionnels de ces structures, notamment les directeurs.

c'est la communication, les journaux ou Internet, qui apportent beaucoup de choses, mais les patients sont beaucoup plus demandeurs maintenant. Ça n'a rien à voir. Moi j'ai passé ma thèse en 1982, la relation n'était pas du tout la même. Le truc c'est la communication du médecin. D'écouter ses patients et surtout de leur expliquer quand ils nous demandent des explications. Je crois que les patients sont énormément demandeurs. [...] avec Internet ils arrivent à savoir beaucoup de choses, même des fois plus de choses que nous. Enfin ils ont une connaissance. » Pour un spécialiste libéral également « la demande d'explication est plus importante, et puis les gens cherchent aussi. Les gens viennent en ayant déjà regardé sur Internet ce qu'ils pouvaient avoir. Parfois il arrivent avec trois diagnostics au choix, en disant "qu'est ce que vous en pensez Docteur" ! » Cette tendance que certains qualifient de « phénomène Internet » est très largement reprise par l'ensemble des praticiens interrogés, mais également, dans une moindre mesure, par les agents de services déconcentrés ou les directeurs d'établissement.

Inversement, cette construction d'expertise de la part des usagers entraîne, pour les professionnels, un relatif affaiblissement de leur position de prestige incontesté. « Notre système basé sur un médecin tout puissant est en train de disparaître », considère un praticien hospitalier, tandis qu'un autre estime que « les médecins doivent descendre de leur piédestal ». Des médecins, notamment parmi les plus âgés, regrettent cependant la perte d'une certaine aura, soulignant la différence des relations avec leurs malades par rapport à celles vécues au début de leur carrière. Dans ces conditions, c'est l'expertise même des professionnels qui est questionnée, donc la conception qu'ils ont de leur position vis-à-vis des usagers. Leur discours tend à révéler leur pleine conscience des limites potentielles de leurs compétences et partant, du fait que le succès de leurs actions dépend en partie de la compréhension et de la coopération des usagers. « Si on veut améliorer l'observance thérapeutique et le succès des traitements, explique par exemple un praticien hospitalier, c'est notre intérêt que le patient comprenne. C'est normal que l'on explique pourquoi on choisit tel traitement plutôt qu'un autre. [...] Le patient doit bien comprendre non seulement son traitement mais aussi ses risques thérapeutiques. Ça veut dire que le médecin lui-même doit aussi envisager son échec. On n'est pas tout puissant ! »

La conception du patient comme sujet connaissant mène à une évolution de la manière de considérer son rôle dans l'action publique. La parole des usagers, malades ou non, tend à

être affirmée, au sein de l'institution hospitalière, centre névralgique de l'activité de soin, mais également, au niveau de la décision publique de planification et de programmation sanitaire nationale comme locale.

Un rôle est tout d'abord reconnu progressivement aux usagers pour intervenir dans la gestion quotidienne des établissements de soins.

Malgré un mouvement associatif assez ancien en matière de santé, la reconnaissance de l'intervention directe des usagers dans le fonctionnement hospitalier est relativement récente²⁹². Ce n'est qu'avec la loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière que le législateur donne la possibilité aux représentants des familles de malades hospitalisés en long séjour de siéger au Conseil d'administration des établissements publics de santé, seulement à titre consultatif. Avec l'ordonnance du 24 avril 1996, deux représentants des usagers font leur entrée dans les conseils d'administration des établissements publics²⁹³. Cette avancée reste limitée, car ces représentants sont choisis par les Préfets qui font souvent appel à des personnalités proches des établissements, notables ou leaders associatifs.

La loi du 4 mars 2002 vient compléter ce dispositif, en reconnaissant plus largement l'intervention des usagers à travers les associations qui les représentent. Les associations d'usagers désignent directement leurs représentants dans les conseils d'administration des hôpitaux, dans des instances dédiées à la qualité, telles que le Comité de lutte contre les infections nosocomiales (Clin), et dans les « commissions des relations avec les usagers ». Plusieurs directeurs d'établissement soulignent l'impact de cette seule présence des usagers au sein des instances décisionnelles de l'hôpital. Elle tend à éviter que le discours expert ne s'éloigne trop des besoins sociaux, tout en initiant une logique dans laquelle l'expert doit rendre des comptes : « on n'est plus, au Conseil d'administration, simplement entre soi,

²⁹² Les bénévoles associatifs sont présents à l'hôpital depuis le XIX^{ème}, mais sont longtemps restés cantonnés à des actions caritatives, notamment le soutien des malades les plus isolés et défavorisés. Un premier changement intervient dans les années soixante-dix lorsque des médecins créent et dirigent des associations dans le but d'améliorer leur pratique, mais selon une logique avant tout professionnelle. Le véritable bouleversement émerge avec les associations consacrées au sida, centrées sur les malades eux-mêmes et leurs proches et instaurant une participation véritablement active des usagers au sein de l'hôpital.

²⁹³ Ordonnance 96-346 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. Les usagers peuvent par ailleurs constituer une commission de conciliation chargée dans chaque établissement d'orienter les usagers afin qu'ils puissent faire valoir leurs droits.

c'est-à-dire les élus, les directeurs, les représentants des médecins et du CTE » ; les représentants des usagers « mettent un peu d'oxygène dans ces instances, ça nous rappelle pour qui on travaille ! » ; « les associations de patients sont entrées dans les instances, ça c'est bien. Ça nous a obligé à beaucoup plus de transparence. Ça a changé considérablement les pratiques. Les bunkers médicaux, où certains détiennent le savoir et les autres n'ont aucune information, on est très loin de ça aujourd'hui » ; « quand on est entre professionnels on ne parle pas de la même façon que quand il y a un usager. D'abord on fait un effort pédagogique. Ça oblige à simplifier son langage, à se mettre à la portée d'autrui ».

Parallèlement, l'entrée des usagers permettrait un enrichissement des débats par des points de vue d'un autre type : « on a des représentants des usagers... c'est extraordinaire le retour que ces personnes peuvent nous donner » ; « avoir un interlocuteur usager, je trouve que c'est bien parce que, pour les professionnels ça renvoie à des choses, on n'a pas le même discours quand on a un usager, c'est bien parce que ça stimule un peu les choses. J'y suis très très favorable, ça fait évoluer les choses » ; « la présence d'usagers amène d'abord à avoir des débats, lors de certaines assemblées où ils participent, où la technocratie n'est pas dominante ».

De manière plus globale, au-delà des établissements de soins, un mouvement de prise en compte explicite de la parole des usagers par les décideurs publics est perceptible, au travers de l'aménagement d'espaces spécifiques de négociation, à l'échelle nationale et locale.

Les États généraux des personnes atteintes du sida, puis du diabète et du cancer organisés dans les années 1990, ainsi que les États généraux de la santé qui se sont tenus entre octobre 1998 et mars 1999, sont l'occasion pour les patients de témoigner de leur expérience singulière. Ces manifestations incarnent la fin de la complète domination du point de vue des experts et l'association des malades et des citoyens à l'orientation des politiques. Elles s'inscrivent dans une tendance générale de valorisation des usagers du service public comme interlocuteurs des pouvoirs publics, ces derniers cherchant à avoir des informations sur les situations concrètes, donc une meilleure intelligence des problèmes. C'est d'abord dans une optique fonctionnelle de bonne gestion que l'État prône l'échange et la concertation plus ou moins formalisée avec les usagers comme base de l'action publique.

Dans ces conditions, la réalisation de la démocratie sanitaire passe aujourd'hui par une inclusion des usagers dans la discussion des problèmes publics, par l'intermédiaire d'associations agréées, en particulier depuis la loi du 4 mars 2002.

Au niveau national, leur participation est prévue dans le cadre de la Conférence nationale de santé, du Haut conseil de santé publique et de l'Inpes dans lesquels ils sont représentés. À l'échelon régional, les usagers sont présents au sein de la Conférence régionale de santé et dans le comité régional l'organisation sanitaire qui a pour mission de « contribuer à la définition et à la mise en oeuvre de la politique régionale d'organisation de l'offre de soins »²⁹⁴.

Des agents de services déconcentrés mettent en avant l'intérêt de faire entrer des usagers dans ce type d'instances institutionnelles, l'intervention de leurs représentants permettant d'améliorer la concordance entre les documents de programmation et les besoins, mais aussi la qualité même de ces documents : « un point de vue extérieur amène des questions qui sont parfois un peu innocentes, mais qui ne sont pas inintéressantes. Ça montre que certains points de sont pas compréhensibles, donc on essaie de les rectifier, d'être plus clairs ».

La préoccupation démocratique se retrouve à des niveaux de forte proximité. Elle est à la base de l'élaboration des ASV, ou de dispositifs comme le Conseil local de santé de Bordeaux, mais elle émerge également à l'initiative du corps médical, au travers de réunions de concertation, ou de groupes de travail autour de pathologies spécifiques. Un spécialiste libéral mentionne par exemple le dialogue avec les usagers et les familles dans le cadre de réunions thématiques : « il y a des endroits où on a été très étonnés de découvrir leur mécontentement. [...] Il y a des avis auxquels on n'aurait vraiment pas pensé, donc ça peut être intéressant. [...] On essaie de les faire participer, de prendre en compte. Parce qu'ils ont quelquefois des idées qui sont intéressantes. Ils nous disent un peu le vécu de l'autre côté du truc, comment ils ont ressenti certaines choses et comment on peut essayer d'améliorer ça ». Dans une logique similaire, un médecin inspecteur de Ddass décrit une

²⁹⁴ Ordonnance n° 2003-850 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation. Ce comité composé de représentants des collectivités, des professionnels et établissements, des organismes d'Assurances maladies et des usagers, est notamment consulté pour avis par le directeur de l'ARH avant édicton du Sros.

démarche « d'évaluation et de prospective » mise en place dans son département, fondée sur des groupes de travail incluant des usagers. Cette approche illustre, pour lui, ce que doit être la mise en œuvre de la démocratie sanitaire : « il s'agissait d'associer des professionnels et la population à l'évaluation des projets en cours, de politiques publiques. Et les associer à l'élaboration de recommandations pour faire en sorte que ces politiques correspondent mieux aux attentes. [...] C'était basé sur un partage de culture commune au départ. C'est-à-dire que l'exigence c'était que tous ceux qui voulaient participer à ce processus devaient lire un document qu'on avait élaboré en interne [...]. Donc on avait dit, "la première étape c'est que vous prenez connaissance du document et on le critique et on le complète ensemble". Il y en a qui ont dit "attendez, là il manque ça", ou bien "il ne faudrait pas le mettre", et après on s'est mis d'accord. [...] La différence qu'on faisait avec les pratiques habituelles c'est qu'on remettait cet avis publiquement. Ce n'était pas un rapport qu'on remet à un directeur qui en fait ce qu'il veut. »

Ces différentes instances collectives alliant politiques, professionnels et usagers s'inscrivent dans la dynamique décrite par Callon, Lascoumes et Barthe dans leur analyse d'une « démocratie technique » indispensable aujourd'hui, face à des situations complexes²⁹⁵. Pour ces auteurs, des problèmes largement empreints d'incertitude et suscitant des réactions vives de la part des citoyens requièrent une intervention différente de celle des autorités politiques et des experts. C'est ainsi qu'apparaissent des « forums hybrides » basés sur une conception pluraliste et processuelle de l'expertise. Le forum hybride est défini comme un « réseau de connaissance et d'action produisant une expertise collective dont la décision publique semble avoir tout à gagner en termes de légitimité »²⁹⁶. Il s'appuie en effet sur des dynamiques de reformulation des problèmes publics, grâce au processus de controverse permettant un enrichissement des débats, par une « exploration » de tous les enjeux d'un problème, des groupes concernés, et de l'ensemble des solutions envisageables. Mais elle permet aussi un apprentissage basé sur la négociation et le compromis entre tous les acteurs qui peuvent prendre tour à tour la parole. Au-delà de l'échange, l'apport de la controverse vient du fait qu'elle fait entrer en confrontation, de façon inhabituelle, des profanes et des spécialistes, dont le contact permet un enrichissement mutuel et un

²⁹⁵ M. Callon, P. Lascoumes, Y. Barthe, *Agir dans un monde incertain. Essai sur la démocratie technique*, Paris, Le Seuil, 2001

²⁹⁶ D. Carricaburu, M. Ménoret, *Sociologie de la santé*, op. cit. p. 176

élargissement des perspectives, par le dépassement d'oppositions et de catégorisations élémentaires. L'action publique à travers les forums hybrides permettrait donc une redéfinition des rôles mais aussi des identités des acteurs en présence, pouvant déboucher sur des alliances et des compromis inenvisageables quand experts et profanes restent fortement cloisonnés.

La question de l'apprentissage apparaît alors centrale dans la mise en œuvre du référentiel démocratique dans l'agir sanitaire. Les directeurs d'hôpitaux mentionnent à cet égard l'importance des formations fournies aux représentants des usagers siégeant dans les instances des établissements. De même l'élue président le CLS de Bordeaux insiste sur les formations proposées aux citoyens, touchant à la santé publique ou à la prise de parole en réunion, indispensables à une participation effective, au-delà de la simple présence.

Mais plus fondamentalement, les acteurs aquitains s'attachent à montrer, comme Callon, Lascoumes et Barthe, combien, par leur intégration même dans des instances où ils côtoient des professionnels, les usagers se familiarisent peu à peu avec les données techniques et le vocabulaire des experts, ce qui leur permet d'entrer dans le débat, c'est-à-dire d'en comprendre les termes, de se forger une connaissance et une position propre, voire d'interpeller les professionnels. Comme l'explique par exemple une directrice d'hôpital, « au début ils étaient un peu là comme des potiches, comme des individus prétextes. Au début, ceux qui étaient là ne savaient pas très bien pourquoi. Et petit à petit ils ont pris leur place, ils posent des questions ».

Leur intégration permet également aux usagers de prendre la mesure des difficultés de gestion des établissements ou de la prise de décision médicale, ce qui représente un facteur clef d'intercompréhension avec les acteurs de la planification et les praticiens de santé. Pour ces derniers cette forme d'apprentissage des usagers leur permet d'oser exprimer leurs visions, tout en dépassant une position de dénonciation stérile. Selon un praticien hospitalier par exemple, « il y a une nécessité pédagogique, de compréhension. Je crois que la présence des usagers c'est une présence amenant à une formation, c'est-à-dire éduquer, faire revenir de l'information et faire comprendre l'organisation de l'institution. Moi je suis pour la présence des usagers. Il faut qu'ils comprennent les difficultés qu'il peut y avoir, et le seul moyen c'est de leur montrer. Il faut faire beaucoup de pédagogie ». De même, considère un médecin inspecteur, « quand vous avez un certain nombre d'usagers qui participent, ils se prennent au jeu, ils font la réflexion. Après finalement, il y a des choses qu'ils voient

différemment. Et je pense qu'un certain nombre de ces usagers ont modifié leur comportement par rapport à leur utilisation des services d'urgences, des choses comme ça, parce qu'ils ont été amenés à réfléchir sur l'aspect collectif. [...] Ils ont été associés à ce partage de culture, qui leur a permis de comprendre qu'il y a un certain nombre de réalités, de contraintes, et qu'il faut faire avec ». Une prise de position constructive des usagers doit donc impérativement se forger sur « la connaissance préalable d'un état des lieux », en d'autres termes « savoir qu'il y a un certain nombre de choses qui sont faites, qui existent déjà, et savoir aussi qu'il y a un certain nombre de contraintes. Les contraintes c'est aussi des directives dont on ne peut pas faire fi ».

L'acquisition de compétence, en termes de connaissance technique mais aussi de capacité sociale à construire une réflexion collective, augmente les possibilités d'engagement pour des acteurs qui *a priori* ne sont pas des spécialistes, en leur conférant une légitimité supérieure pour s'exprimer. Un dirigeant associatif souligne d'ailleurs cet enjeu du lien entre compétence et légitimité : « quand on a un siège d' élu, ou de représentant de la Ddass, on a cette légitimité. Est-ce qu'on est compétent, ce n'est pas forcément une évidence, mais en tout cas on a cette légitimité. Mais nous, on vient seulement d'arriver, avec cette réforme de la loi, donc ils nous regardent avec un drôle d'air. Il faut qu'on arrive à acquérir cette légitimité. Et ça, ça va passer par la compétence. »

En un mot donc, l'apprentissage des usagers est un élément clef de légitimation de leur participation, cette dernière n'ayant de sens que s'ils ont préalablement appris comment se prenaient effectivement les décisions et quels facteurs devaient être pris en compte.

Les pratiques discursives des professionnels témoignent d'opportunités pour les usagers de devenir de véritables acteurs dans la prise de décision. Les conditions de construction d'une compétence profane permettant de produire des savoirs et d'interpeller les pouvoirs publics apparaissent au cœur des référentiels actuels qui imprègnent l'agir sanitaire. Nous verrons cependant que cette relative intégration de la figure de l'utilisateur au sein des processus décisionnels, au niveau individuel comme collectif, ne mène pas à une remise en cause de l'autorité historique légitime des professionnels, administratifs ou soignants. Nous aurons l'occasion de revenir sur les limites dans l'application – voire l'applicabilité – du référentiel démocratique.

2. L'ombre portée de la logique financière

L'enquête de terrain fait nettement apparaître une survalorisation des données et des interprétations économiques dans les représentations des acteurs. Tous mentionnent l'aspect financier comme une dimension essentielle des changements des modes d'action publique qu'ils expérimentent ou avec lesquels ils doivent composer, voire comme l'enjeu même des réformes.

Cette tendance se retrouve d'ailleurs dans le relais médiatique des problèmes publics sanitaires qui se joue également sur le terrain économique, notamment à travers la problématique du « trou » de la Sécurité sociale, véritable serpent de mer des réformes et qui fait même office de « mythe » dans leur justification et leur mise en œuvre²⁹⁷. Ce ne sont pas tant les « contes de Ségur », d'après la rue accueillant le ministère de la Santé²⁹⁸, mais bien les « comptes » de Ségur qui ont la part belle dans les médias comme dans le discours des acteurs de terrain.

L'économie tend à s'imposer comme un prisme pour penser la santé et envisager l'agir sanitaire : elle est un but constamment invoqué pour la mise en place des réformes et un langage de légitimation des projets ; elle représente également en elle-même un paradigme de l'action. La logique financière est donc la pierre angulaire de la volonté réformatrice. Elle peut empêcher une réflexion politique de fond en santé publique ou la réorganisation profonde des soins.

2.1 L'action publique de la santé sous contrainte économique

Dans un contexte marqué par l'accroissement du déficit public et une volonté affichée de « modernisation » administrative, incarnée notamment par la Révision générale des politiques publiques (RGPP), lancée en juin 2007 avec un objectif de rationalisation, l'action publique contemporaine paraît marquée par une montée en puissance de logiques gestionnaires alliant efficacité des interventions et efficience dans l'emploi des ressources.

²⁹⁷ J. Duval, *Le mythe du « trou de la Sécu »*, Paris, Raisons d'Agir, 2007. Voir également T. Frinault, « La réforme française de l'allocation dépendance ou comment bricoler une politique publique », *Revue Française de Science Politique*, vol. 55, n° 4, 2005, p. 607 – 632

²⁹⁸ D. Tabuteau, *Les Contes de Ségur*, *op. cit.*

La loi organique relative aux lois de finances du 1^{er} août 2001 (Lolf) déterminant le cadre juridique des lois de finances incarne cette évolution de paradigme. Elle opère un renversement de la logique de moyens qui prévalait avec l'ancien cadre donné par l'ordonnance de 1959, en réorganisant la procédure budgétaire autour d'un objectif de performance. Auparavant le budget général de l'État était défini par ministère, autour de budgets limitatifs. La Lolf introduit au contraire une logique de résultat, fondée sur une responsabilisation à tous les niveaux de la hiérarchie administrative. Le budget est découpé en trente quatre missions et cent trente trois programmes. Ces programmes donnent lieu à des budgets opérationnels de programmes (Bop), qui déclinent sur un périmètre ou un territoire les actions, objectifs et indicateurs de chaque programme. Sur cette base, l'administration doit chaque année rendre des comptes sur des objectifs et une stratégie qui font l'objet d'une évaluation.

Cette nouvelle manière d'envisager la conduite de l'action publique touche bien évidemment la santé, les agents des services déconcentrés aquitains soulignant l'ampleur des modifications de leur fonctionnement quotidien. Un médecin inspecteur de santé publique souligne par exemple le profond changement des méthodes de son administration : « on travaille à la performance. C'est-à-dire qu'on travaille par objectifs et avec les moyens qui vont avec. Fini le temps où l'on avait des budgets pour du fonctionnement. Ça c'est quelque chose de très prégnant. [...] On travaille au projet. Et qui dit projet dit performance, est-ce qu'on a bien mis les moyens qu'il fallait pour atteindre les objectifs, est-ce que les objectifs sont atteints, est-ce que les indicateurs prévus sont satisfaisants ou pas... Ah oui ! Les gens de ma génération ont vu ce changement. C'est un aspect important. » Des agents administratifs, issus de la préfecture de région ou de la Drass, considèrent aussi que c'est la mise en œuvre de la Lolf qui constitue l'élément de cadrage le plus puissant de leurs actions et de leurs priorités, bien au-delà des objectifs fixés par la loi de santé publique de 2004.

De même une nouvelle orientation des missions est clairement décrite par les agents de l'Assurance maladie. Une directrice de caisse explique notamment que le principe central de son métier est aujourd'hui « de devenir moins payeur aveugle et de mieux réguler les dépenses et donc de contribuer à l'évolution des comportements », ce qui se traduit par la redéfinition des missions en termes de « gestion du risque » en particulier depuis 2004. La « régulation des dépenses de santé » fondée sur des objectifs précis de maîtrise médicalisée est qualifiée de « priorité absolue ». Pour le directeur de l'Urcam également « c'est

devenu vital, non seulement de continuer à solvabiliser les soins mais aussi d'optimiser la dépense ». Cette logique est d'ailleurs dénoncée par certains représentants des partenaires sociaux. Un président de caisse primaire mentionne par exemple la frilosité des directeurs pour investir dans des dispositifs innovants, tels que les réseaux de santé, dont le bénéfice est visible à long terme mais dont les résultats ne le sont pas nécessairement lors de l'évaluation annuelle des performances des caisses.

La centralité du facteur financier dans les représentations et la hiérarchisation des problèmes publics est clairement observable dans le discours des acteurs aquitains. Lorsqu'ils sont en situation de définir les enjeux majeurs auxquels leur propre structure ou le monde de la santé dans son ensemble doivent faire face, ils commencent la plupart du temps par souligner des préoccupations d'ordre économique, qu'il s'agisse du financement de l'Assurance maladie ou des nouvelles contraintes comptables pesant sur les établissements publics.

Selon un coordinateur administratif de réseau de santé, « la première problématique c'est l'argent », sa contrainte serait « au cœur des problématiques des réseaux ». De même pour un praticien hospitalier, « il y a un enjeu qui est quand même non négligeable et qui explique tout le reste, c'est un enjeu financier. À partir du moment où l'on n'a plus assez d'argent et que les gens vivent de plus en plus longtemps, que les médicaments coûtent chers, il y a tout un environnement économique extraordinairement important qui pousse, ou qui empêche ».

C'est tout particulièrement dans le monde hospitalier qu'affleure la préoccupation financière. Un directeur d'établissement affirme par exemple qu'« il y a un premier sujet qui est l'évolution préoccupante des dépenses de l'Assurance maladie. On entend dans la presse des perspectives de déficit à douze milliards pour 2008, qui laissent penser que l'enjeu de l'équilibre de l'Assurance maladie est un enjeu auquel l'hôpital va continuer de devoir être assujéti. Après il y a la question du comment. [...] Derrière ça il y a un autre enjeu très important qui est le mode de financement de l'hôpital public ». « Les difficultés sont essentiellement liées à des aspects financiers, ajoute un de ses homologues. C'est-à-dire que prendre en charge la santé des gens ça coûte de l'argent et on est dans une situation actuelle où, l'Assurance maladie n'étant pas dans une situation florissante sur le plan financier, il y a forcément des logiques d'économies ».

Un directeur d'établissement soutient même que le seul enjeu véritable « c'est la mise en place de la nouvelle gouvernance et de la réforme financière. Le reste c'est du pipeau. L'accréditation et l'évaluation de la qualité des soins c'est une thématique permanente qui va de plus en plus loin, mais qui est un peu le vernis coloré sur l'ensemble de la chose. Mais les véritables enjeux politiques ça va être la nouvelle gouvernance et la réforme budgétaire. » Dans ces conditions, c'est la hiérarchie organisationnelle même de l'hôpital qui évolue, dans la mesure où « dans le dispositif tel qu'il se met en place, le directeur des affaires financières est un homme qui prend une importance capitale ».

L'ensemble des gestionnaires d'établissement, à l'hôpital général comme au Centre hospitalier universitaire (CHU) exprime une profonde inquiétude quant aux retombées de cette « contrainte financière » généralisée pour l'organisation interne de leurs structures, notamment le maintien des missions propres au service public, socle de l'identité même de l'hôpital. Conscients de l'état des finances publiques, nombreux sont les ceux qui s'inquiètent des dérives potentielles d'une réflexion axée sur des résultats économiques dont l'horizon temporel ne correspond pas au temps long des résultats épidémiologiques ou des restructurations hospitalières.

Une directrice explique que l'emprise du questionnement financier constitue « la vraie difficulté ». « On est dans une logique où l'on est tarifé à la pathologie. Or la santé ne peut pas être un monde rentable, par définition, puisque les recettes de l'Assurance maladie étant limitées, on est forcément dans une enveloppe contrainte, qui s'appelle l'objectif national de dépense d'Assurance maladie et on doit jouer dans cette enveloppe. [...] On est un peu dans un dilemme financier qui pèse très, très fortement. Et aujourd'hui, quand je disais que l'enjeu c'est marier efficacité économique et qualité des soins, aujourd'hui on réfléchit surtout sur le premier item, très peu sur le second. Le prisme dominant c'est vraiment celui de l'analyse financière. »

Ses homologues soulignent surtout leur inquiétude au sujet du passage à un financement complet par la tarification à l'activité (T2A), concernant le devenir de certaines missions qui pour eux ne peuvent dépendre uniquement de critères de rentabilité économique : « c'est un gros sujet ce mode de financement de l'hôpital public, avec la question qui se pose du maintien des financements des missions d'intérêt général, qui restent un peu sa fierté, ses lettres de noblesse » ; « le CHU se distingue par sa Mission enseignement, recherche, recours, innovation. On va avoir un défi important, c'est que notre financement spécifique

pour ces missions va, lui aussi, ne plus être forfaitisé mais lié à des indicateurs de performances. Donc cette enveloppe Merri va être de plus en plus corrélée avec des indicateurs de performance. On va devoir entrer dans une culture de résultat, c'est-à-dire produire, évaluer, non seulement sur un plan scientifique et académique, mais aussi sur un plan de résultat rendu. Aujourd'hui on le fait de manière plus ou moins inconsciente, mais ce n'est pas pour nous une contrainte au quotidien, l'évaluation et l'optimisation ou la performance médico-économique. Demain ça le sera plus. »

Les représentations sont identiques chez un médecin inspecteur de santé publique qui souligne la difficulté de soumettre l'ensemble des activités des hôpitaux publics à des normes de rentabilité et de performance, normes qui à termes pourrait mettre en péril l'organisation de missions d'intérêt général : « il y a un certain nombre d'activités qui sont du ressort seulement de l'hôpital public et qui ne rapportent pas grand-chose. Et si ce n'est pas mieux valorisé par les instances qui doivent apporter des compléments, des financements annexes, ça va leur causer des difficultés. Parce qu'il faut bien le prendre en compte et en même temps ça ne rapporte rien, et ça coûte du personnel et des ressources. Comment concilier ça avec la logique économique ? Ça, à mon avis, ça pollue un peu le débat. »

La contrainte financière apparaît, dans ces conditions, comme une des préoccupations majeures de toutes les catégories d'acteurs, au sein de l'Assurance maladie bien sûr, mais aussi parmi les soignants et les agents administratifs qui considèrent l'enjeu économique comme la base même du déroulement de leur travail quotidien. Au-delà de l'imposition d'un cadre d'action ou d'évaluation, la dimension financière détermine la portée des réformes tout comme leur possibilité même. C'est sur cette dimension que se cristallisent les controverses. Elle tend même à constituer un facteur de perpétuation des cloisonnements entre acteurs et entre problèmes publics. Les acteurs aquitains expriment largement l'idée que le facteur financier empêche une réelle évolution des pratiques, donc limite la mise en application d'une réforme en profondeur de l'action publique.

Cadres administratifs ou praticiens de santé, ils soulignent que la supériorité persistante du soin dans le fonctionnement concret du système français serait en grande partie dû à l'environnement financier.

Le directeur régional des affaires sanitaires et sociales admet certaines évolutions des idées, ou « sur le papier », mais rappelle que les budgets dédiés à la santé publique restent très modestes comparés à ceux du soin, ce qui le fait douter d'une possible imposition de la première. Dans ces conditions, selon un praticien hospitalier les institutions qui ne gèrent pas le pan purement curatif de la santé auraient le sentiment qu'il ne leur « reste plus rien » : « si on n'a pas le soin et son financement, le reste c'est du cinéma ». Un ancien responsable du Comité aquitain d'éducation pour la santé confirme cette analyse. Il considère que la faiblesse et surtout le manque de pérennité des fonds dédiés à certains réseaux ou projets centrés sur la santé publique ont conduit à une persistance du « centralisme du soin ».

De même une chargée de mission du Sgar explique que si le GRSP traite de thématiques très importantes telles que le plan santé-environnement, « c'est epsilonien en matière budgétaire. Ce sont des petites actions, c'est de l'animation. C'est très intéressant, mais derrière, les grands enjeux financiers et stratégiques, c'est l'Agence de l'hospitalisation qui les a. » La création du GRSP est conçue comme une avancée positive en termes de réflexion commune et d'institutionnalisation des pratiques, « mais sans grand pouvoir, sans grand enjeu plus exactement. Ça se passe toujours mieux quand il n'y a pas d'enjeu énorme derrière, notamment l'enjeu financier. »

Les généralistes libéraux enfin, rappellent que la plupart des actes de prévention ne sont pas pris en charge par les caisses primaires d'Assurance maladie. Cela revient à en diminuer la portée, même si dans les faits les praticiens cotent ces actes comme des consultations classiques : « par exemple un certificat de sport, explique l'un d'eux. Quelqu'un qui vient à douze ans pour faire du football, si je fais correctement mon travail de médecin, je prends le temps de l'examiner, de poser des questions, plein de choses. Et bien, cet acte là, normalement, il n'est pas pris en charge. Ça veut dire en clair que la caisse dit "je ne rembourse que les actes curatifs, le préventif ce n'est pas important". Ça l'était et ça l'est encore. »

Les praticiens libéraux mentionnent d'ailleurs souvent le frein constitué par le paiement à l'acte pour la mise en œuvre réelle de consultations préventives, par exemple destinées aux patients douloureux chroniques, à l'accompagnement de pathologies lourdes, ou à l'évolution des pratiques alimentaires. Sur ces problématiques, des consultations longues sont nécessaires. Or pour les libéraux, « le paiement à l'acte fait qu'on a une pression importante pour pouvoir continuer à faire vivre nos boutiques, nos cabinets, donc on est un

petit peu coincé ». De la même manière, c'est leur mode de rémunération qui fait souvent hésiter les libéraux à s'engager dans une démarche de réflexion globale sur le système, de coopération avec des confrères, ou de montage de projets collectifs innovants. Comme l'explique l'un d'eux, « quand je suis jeune médecin et que je sors de mon cabinet pendant vingt-quatre heures pour organiser, pour faire des réunions, et bien je ne suis pas là, présent, pour accueillir, donc je vais perdre des patients. C'est un engrenage, donc il faut avoir le temps. Et le temps c'est la non concurrence. Or il y a de la concurrence entre nous ».

Pour un élu de MG France, principal syndicat de généralistes, ses confrères rémunérés à l'acte ne peuvent tout simplement pas utiliser leur temps pour discuter avec les administrations planificatrices ou même dans le cadre de rencontres organisées par les instances syndicales ou ordinaires : « avec leur boulot de présence et de défense de leur cabinet, de leur outil de travail économique, ils ne peuvent pas se permettre de dire “je vais me retirer, une fois par semaine, pour me réunir”. »

Les hospitaliers, soit qu'ils dénoncent cette dimension lucrative de l'activité libérale soit au contraire qu'ils cherchent à souligner les difficultés concrètes de leurs homologues libéraux, confortent largement cette idée. Ils reconnaissent les possibilités d'implication limitées de ces derniers dans les réflexions collectives ou des démarches véritablement préventives, dues à leur mode de rémunération : « dans le monde de la médecine libérale, il y a quand même des préoccupations matérielles qui rendent difficile la démarche purement créative et intellectuelle, concrètement dans l'organisation de leur emploi du temps » ; « vous imaginez bien que si le médecin ne fait que des consultations longues il ne va pas gagner sa croûte. Donc il est bien évident que pour certains patients lourds, compliqués, certains médecins libéraux tordent le nez. C'est vrai que ça serait bien qu'il y ait une reconnaissance financière pour ces consultations plus longues. Que ce soit reconnu à sa juste valeur. Ça commence à se faire... ».

Les remarques sont très proches parmi les agents de services déconcentrés, lorsqu'il s'agit d'expliquer la faible mise en application de la logique de santé publique dans les pratiques quotidiennes des libéraux. Un inspecteur de Drass souligne le fossé existant entre les idées et la mise en œuvre effective : « dans le discours c'est clair. Ils ont tous à l'esprit la préoccupation de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé. Mais dans la réalité, dès qu'on creuse, à peine ont-ils dit que la santé publique est leur priorité qu'ils regrettent déjà qu'on n'ait pas fixé de tarification spéciale pour un acte de prévention. Donc

derrière la bonne volonté annoncée, je n'ai pas le sentiment qu'on avance beaucoup. Mais il faut le redire, ça reste des budgets ridicules ».

Les directeurs d'établissements reviennent sur cette problématique de la rétribution qui handicape la prévention, pour leurs propres structures : « la T2A ne rémunère pas la prévention, explique une directrice. Ça veut dire que quand un médecin fait de la prévention, il peut le faire au détour d'une consultation, mais faire de la prévention pure, une politique de prévention, on n'est pas rétribué pour ça. Donc avec la T2A on n'est pas payé, donc qu'est-ce qu'on fait ? Là, il y a un biais dans le système. » Une nouvelle fois elle souligne son inquiétude quant aux missions d'intérêt général des hôpitaux publics qui jusqu'ici rémunèrent de manière forfaitaire « certaines activités non rétribuables à l'acte ». Leur éventuelle suppression tendrait à reproduire le problème existant en médecine libérale qui ne fait pas de prévention parce qu'elle n'est pas payée pour cet acte : « C'est le problème des rémunérations à l'acte : à partir du moment où vous n'avez pas un contrepois qui vient rétribuer d'une façon forfaitaire ces actions de prévention, vous tombez dans le même travers. La rémunération à l'acte ou à la prestation directe freine le développement d'actes de prévention, domaine dans lequel en France on n'est quand même pas excellents. »

Les acteurs expriment donc sous un nouvel angle l'enjeu de la contrainte financière et montrent que tant que la répartition budgétaire n'évolue pas, l'organisation générale ne peut que demeurer inchangée. La plupart d'entre eux soulignent par ailleurs que certains cloisonnements entre financements, entre enveloppes budgétaires, tendent à rigidifier l'action publique et les rapports entre catégories d'acteurs.

Certains projets transversaux, alliant prise en charge sociale et médicale, ou bien prise en charge hospitalière et suivi à domicile ne voient pas le jour ou périssent, non pas du fait des résistances des professionnels mais bien parce que, comme le souligne un agent de Conseil général, « les résistances sont financières ». Un directeur d'hôpital décrit des tentatives réussies de décloisonnement et de prise en charge coordonnée mais qui sont souvent freinées par des financements fortement sectorisés : « on arrive à s'organiser, mais c'est un peu compliqué parce que derrière il y a les problèmes de financement ». Un centre hospitalier spécialisé ne peut en effet financer que ce qui relève du sanitaire, tandis que les collectivités territoriales financent des prestations sociales ou médico-sociales, « donc c'est dans les frontières, la délimitation des frontières que c'est toujours un peu compliqué ».

Bien évidemment plusieurs acteurs dénoncent, sur ce point, la séparation entre l'ARH qui finance les hôpitaux et l'Assurance maladie en charge des dépenses de ville. Un praticien hospitalier notamment, retrace une expérience qu'il qualifie de « bizarre » : il explique qu'en tant que médecin hospitalier engagée dans un réseau, il est intervenu pour aider au montage d'un projet de réseau qui devait, lui, être porté par des libéraux, pour améliorer l'exercice en ville. Ce projet a donc fait l'objet d'une demande de financements au Fonds d'aide à la qualité des soins de ville. Cependant, « le projet que je portais il était pour faciliter la tâche des médecins généralistes. Et je me suis vu reprocher... enfin on m'a dit “vous l'hospitalier, qu'est-ce que vous venez manger dans notre assiette ?”. Et je me suis dit que là, quelque chose n'allait pas. » Revenant sur sa volonté d'apporter son expérience à un projet destiné à la pratique libérale, il souligne que « ce qu'on oublie trop c'est que le patient n'est pas à l'hôpital ou en ville. Il va sillonner entre les deux. Donc c'est vrai que quelquefois, le système d'enveloppes cloisonnées peut rajouter de la cloison à un endroit où on n'en a vraiment pas besoin ».

Parallèlement, les médecins reviennent sur une autre contrainte liée à ce cloisonnement des financements, à savoir la complexité de la recherche de budgets pour leurs projets. La plupart d'entre eux souligne la difficulté à trouver le juste interlocuteur, voire même à s'adapter à la définition de lignes budgétaires qui leurs paraissent peu claires et dont ils ne perçoivent pas toujours l'opportunité.

Les médecins engagés dans des réseaux mentionnent souvent le temps passé à chercher des financeurs, à monter des dossiers conformes aux procédures de différentes institutions. Ce faisant, ce n'est plus le cloisonnement budgétaire entre la ville et l'hôpital qu'ils dénoncent, mais celui qui existe entre les diverses institutions potentiellement financeurs et qui aboutit à ce que les professionnels décrivent comme un véritable « parcours du combattant ». Selon un praticien hospitalier notamment, « en termes de cloisonnement, c'est fou. C'est-à-dire que quelquefois, on a un budget qui vient de telle institution, qui dit “je ne peux plus vous le donner, allez donc voir telle institution”, qui elle, dit “non, ça ne dépend pas de nous”, donc il faut passer par telle autre. [...] Il y a des montages budgétaires dans certains réseaux qu'on n'imagine pas ! On avait fait une séance un après-midi sur le financement des réseaux : je me rappelle le schéma qu'un collègue dessinait – il faisait de la prévention auprès des jeunes – il avait une vingtaine de provenances de budgets ! [...] Un truc complètement fou. Et le temps passé par le coordonnateur pour aller vérifier, pour aller

chercher l'enveloppe de mille ou deux mille euros par an pour maintenir sa petite cassette c'est idiot ! Il y a une dépense d'énergie folle ».

De plus, la mise à disposition des enveloppes se fait souvent sans réelle publicité ou pour une période extrêmement courte, ce qui ne permet pas toujours aux professionnels d'en bénéficier, l'information sur ces budgets circulant d'ailleurs souvent par le bouche à oreille. Plusieurs praticiens hospitaliers soulignent l'opacité entourant les priorités des financeurs. L'un d'eux s'indigne : « je viens d'avoir au téléphone un médecin de la Ddass qui me dit "il y a de l'argent sur telle thématique, il faut que tu déposes un projet pour le 25 mai". Dans à peine trois semaines ! Donc on n'a aucune information de la part des autorités, elles ne communiquent pas du tout ! Ou bien l'appel à projets est envoyé à la direction de l'hôpital qui le garde sous le coude, et diffuse l'information au dernier moment. » De même, « l'organisation nous paraît assez peu projetée, regrette un de ses homologues d'une autre structure. C'est-à-dire que quelquefois on va nous dire, "là on a un budget mais c'est pour la fin du mois" [...] Donc on sert les boulons un peu partout et puis tout d'un coup, il y a une espèce de manne. C'est étonnant quelquefois. Alors vite, vite, vite, on écrit un truc pour la fin du mois, parce que c'est bête de laisser passer ça. Parfois on se dit que c'est un peu bizarre de travailler comme ça. »

Ce sentiment est accentué par la perception d'une diminution générale des fonds disponibles. Selon coordinateur administratif de réseau cela entraînerait au bout du compte une inversion de la logique de fonctionnement des réseaux : « avant, on avait un projet, on le présentait et on avait l'argent ou non », tandis qu'aujourd'hui, ce sont les tutelles qui disent « on a de l'argent, adaptez-vous, faites un projet ». Cet acteur explique que les structures se fondent sur l'enveloppe financière disponible pour une thématique donnée, pour ensuite savoir ce qu'elles peuvent faire avec, se poser en candidat potentiel pour son attribution « en bricolant ». Aussi considère-t-il que le « projet médical » primait autrefois pour les institutions financeurs, « on donnait les moyens de faire quelque chose de bien », tandis qu'aujourd'hui ce sont les réseaux qui cherchent à adapter leurs prestations aux enveloppes disponibles.

Tout se passe alors comme si les processus d'octroi des fonds poussaient les acteurs non à une logique de créativité mais à une logique de conformité. Un projet doit apparaître « finançable » pour ne pas en rester au stade d'évocation d'idées ; il peut perdre en chemin

son originalité, d'où une dépense d'énergie importante et un risque de démobilité des acteurs locaux.

Les problématiques budgétaires se donnent donc à voir, dans le discours des professionnels, comme l'un des principaux écueils dans la mise en place de projets et dans l'organisation pertinente de l'action collective. Les financements comme les financeurs leur apparaissent beaucoup trop cloisonnés, suivant des thématiques ou des catégories institutionnelles, pour que les professionnels puissent être véritablement réactifs et adaptables vis-à-vis des besoins. Les responsables de réseaux insistent tout particulièrement sur leur difficulté à gérer au quotidien cette prégnance de cadres financiers d'élaboration et d'évaluation pour leurs projets, soulignant régulièrement qu'ils ne sont « pas des comptables ». Certains mentionnent les difficultés engendrées par des procédures d'évaluation médico-économique, ou « des appareillages statistiques qui embolissent les projets ».

Nous devons tout de même noter, enfin, que la contrainte imposée par la logique économique peut être utilisée de manière stratégique par des acteurs qui surestiment ou surexposent cet argument. Le poids financier des démarches sanitaires peut s'avérer parfois une représentation voire un affichage d'élus ou, dans une moindre mesure, d'administratifs locaux qui associent systématiquement la problématique sanitaire à son poids économique. Plusieurs élus municipaux s'inquiètent par exemple de voir disparaître le financement de l'État dédié aux Ateliers santé ville, bien que ce dispositif de promotion de la santé coûte en fait très peu au budget des mairies. La responsable d'un de ces dispositifs de proximité souligne que « la prévention à l'échelle d'une commune, ce n'est pas vrai, il n'y a pas besoin d'argent ! » ; « l'ASV ça ne fait pas des routes, ça ne plante pas des massifs ! » donc il nécessite un budget de fonctionnement très faible. Elle rappelle que son action repose avant tout sur sa propre implication et l'intervention de partenaires bénévoles, la municipalité étant seulement mise à contribution pour la production d'affiches et de la reproduction, ce qui rend à ses yeux la plainte des élus illégitime.

Plus largement la chargée de mission du Sgar précédemment citée explique la difficulté des services de l'État à mobiliser les collectivités qui « ont extrêmement peur de venir sur des dépenses de santé qui ont la réputation d'être un gouffre sans fond ». C'est notamment l'argument mis en exergue par les responsables de la collectivité régionale, le directeur général des services rappelant l'impossibilité pour la Région de financer des équipements

ou des structures de soins, non pas par un manque de compétence ou parce que ce n'est pas de sa responsabilité réglementaire mais bien parce qu' « on a des moyens limités et on couine en permanence ».

L'agir sanitaire apparaît largement abordé au travers du prisme économique qui influe sur la manière d'envisager les problèmes publics, donc sur la formulation des réponses que les acteurs entendent y apporter. Dans ces conditions, nous pouvons même considérer que l'action publique prend des allures de politique économique : le paradigme financier fortement intériorisé tend à devenir une dimension fondamentale de l'action.

2.2 L'intervention en santé prend des allures de politique économique

Au-delà d'une simple contrainte, le facteur économique apparaît central dans l'évolution des référentiels. Il n'implique pas que des retombées techniques, mais fait véritablement évoluer le principe même du juste dans l'agir sanitaire.

Il est logique qu'en période de restrictions budgétaires, les acteurs cherchent à se réorganiser pour pouvoir générer des économies de long terme. Mais l'observation de la situation française, au travers des représentations locales comme des annonces et projets gouvernementaux, rend compte du fait que les outils d'intervention et les raisons même d'agir sont de type économique.

Comme l'affirme le directeur de l'Urcam, « ce qui va créer les réformes ça va être les réalités économiques. C'est ça qui pousse à prendre des décisions. »

Plusieurs acteurs aquitains expriment l'idée que les réformes proposées au niveau ministériel mais aussi localement seraient dictées d'abord par des perspectives de meilleure gestion économique de la santé, avant même une réflexion en termes de régulation coordonnée et unifiée pourtant souvent invoquée. Un praticien hospitalier considère par exemple que les GRSP sont destinés à « mettre autour de la table les gens intéressés par la santé publique, non pas pour discutiller, mais pour mettre de l'argent. Parce que quand on dit que l'argent est le nerf de la guerre, c'est plus que ça : c'est-à-dire que c'est le cerveau de la guerre. Donc il n'y a que ça qui intéresse les gens. » Pour un médecin libéral également, des préoccupations financières seraient à l'origine des questionnements sur la régionalisation ou la suppression de certaines spécialités de ville. La chargée de mission rencontrée au Sgar interprète aussi la création d'agences ou de groupements d'intérêt public

tels que les GRSP comme une manière de faire financer les actions par des partenaires multiples puisque le budget de l'État est « en grande souffrance ». Il s'agirait notamment d'« aller au maximum chercher les collectivités » bien qu'elles n'aient pas la compétence réglementaire.

Les représentations des acteurs aquitains rejoignent l'analyse de Fassin portant sur les premiers réseaux de soins français. Si ces derniers font partie d'un mouvement de remise en cause de l'ordre traditionnel prévalant dans le monde la santé en se démarquant à la fois de l'institution hospitalière et de la médecine libérale, leur institutionnalisation par l'État répond à un objectif de « rationnement des dépenses qui ne rencontre que très partiellement les buts poursuivis par les initiateurs des premiers réseaux »²⁹⁹.

Plus récemment, l'un des derniers grands rapports en vue de la réorganisation du système de régulation régionale de la santé, le rapport du Préfet Ritter présenté en janvier 2008 par la ministre de la Santé Roselyne Bachelot, est sous-tendu par une logique explicite de renforcement de l'efficacité économique. Les futures Agences régionales de santé y apparaissent notamment comme un outil de gestion financière tout autant qu'un instrument de régulation unifiée des politiques de santé³⁰⁰. Il s'agit notamment de renforcer « les outils de pilotage à la disposition des décideurs et notamment les outils de régulation de la dépense »³⁰¹.

De nombreux auteurs dénoncent d'ailleurs une politique publique actuelle dont les outils appartiendraient uniquement aux mécanismes économiques de réforme. Batifoulier et Gadreau citent l'instauration du ticket modérateur et les remboursements, ou encore la réforme du médecin traitant³⁰². Peuvent y être ajoutées l'instauration en 2008 des franchises médicales, ou l'annonce le 29 juillet 2008 par les ministres de la Santé et du Budget Roselyne Bachelot et Eric Woerth d'un transfert d'une partie des dépenses de santé vers les complémentaires, par la création d'une taxe sur leur chiffre d'affaire, afin de réduire le déficit de l'Assurance maladie.

²⁹⁹ D. Fassin, *Les enjeux politique de la santé*, op. cit. p. 114

³⁰⁰ P. Ritter, *Rapport sur la création des Agences Régionales de Santé*, op. cit.

³⁰¹ *Ibid.* p. 23

³⁰² P. Batifoulier, M. Gadreau, « Régulation et coordination du système de santé. Des institutions invisibles à la politique économique », in F. Eymard-Duvernay, dir., *L'économie des conventions. Méthodes et résultats. Tome II. Développements*, Paris, La Découverte, 2006, pp. 453 – 468

Cette prédominance du débat et des mesures d'ordre économique va cependant plus loin : au-delà des outils d'action publique, c'est la politique de santé tout entière qui apparaît se restreindre à une politique de régulation financière. En matière de santé, science de gouvernement et science économique connaissent un tel rapprochement que la première apparaît se résumer à la seconde.

De nombreuses analyses s'attachent à montrer la progression des référentiels financiers, voire marchands, dans les représentations des problèmes publics sanitaires et du type de réponses que la collectivité peut y apporter.

Morelle interprète notamment la difficulté d'imposition de la problématique de sécurité sanitaire en France par l'interposition du « prisme financier »³⁰³. En effet, avec l'avènement de l'État-providence, la santé n'a progressivement « plus été envisagée que comme un ensemble de prestations, en nature ou en espèces, à financer ; comme un marché. Sa dimension collective n'a plus été comprise que sous ce seul aspect de la question financière, qui a occulté toute autre vision et stérilisé tout débat. »³⁰⁴ Morelle souligne que « l'étau de la contrainte financière » finit par empêcher toute autre vision de la santé, décrivant notamment des réunions interministérielles dans lesquelles les objectifs et même les représentations de Bercy priment sur les stricts argumentaires de santé publique.

Cette « trajectoire marchande » dans les choix de gouvernance de l'Assurance maladie est également soulignée par Batifoulier, Domin et Gadreau comme résultant d'une stratégie des pouvoirs publics, sous la pression des institutions supranationales, notamment l'Union européenne et ses critères de convergences³⁰⁵. Les auteurs reviennent sur le rôle particulier joué par ce référentiel économique dans les politiques publiques mais plus fondamentalement dans les représentations des acteurs : « Ce référentiel sectoriel produit du sens en pointant les problèmes jugés importants, en délimitant l'espace des solutions, en indiquant aux acteurs les ressources pertinentes, en forgeant un régime des "bonnes idées", etc. [...] les ressources cognitives marchandes imprègnent la politique publique pour

³⁰³ A. Morelle, *La défaite de la santé publique*, op. cit. p. 297

³⁰⁴ *Ibid.* p. 298

³⁰⁵ P. Batifoulier, J.-P. Domin, M. Gadreau, « La crise de l'assurance maladie est-elle imputable à l'orientation marchande de l'État social ? », Colloque International « État et régulation sociale. Comment penser la cohérence de l'intervention publique ? », Paris 11-13 septembre 2006, en ligne [page consultée le 5 juin 2009]. Disponible sur : http://matisse.univ-paris1.fr/colloque-es/pdf/articles/batifoulier_domin_gadreau.pdf

devenir des critères locaux de “bonne gouvernance” de l’assurance maladie. »³⁰⁶ À la faveur de la diffusion de ce référentiel, la limitation des dépenses devient un objectif central, entraînant des réformes structurelles du système de santé qui représente un des postes majeurs des dépenses de protection sociale. En ce sens « L’argument financier va permettre de formater le problème à résoudre »³⁰⁷. Le système de santé se doit d’entrer en cohérence avec des impératifs de compétitivité, de concurrence ou encore de renforcement de la responsabilité individuelle.

Pour Batifoulier, Domin et Gadreau l’économie de la santé « productrice d’un langage » et les organismes internationaux « producteurs de chiffres » seraient les relais privilégiés de ce référentiel financier, travaillant à un cadrage de situation selon le prisme économique³⁰⁸. Il faut y ajouter les critères du « nouveau management public » qui tend à imprégner les politiques publiques par la diffusion d’outils issus de la gestion privée, notamment la concurrence conçue comme une source d’efficacité grâce à une logique de *benchmarking*³⁰⁹. Cette logique est à la base de la réforme de la T2A dans les hôpitaux publics, qui permet une comparaison de la performance des établissements sur la base d’indicateurs précis.

Le paradigme gestionnaire et financier imprime sa marque dans l’agir sanitaire tout particulièrement à la faveur d’un centrage des problèmes de santé sur la question de la situation des comptes sociaux et le désormais très fameux déficit de l’Assurance maladie.

Déjà en 1981, si Nicole Questiaux, ministre de la Solidarité nationale dans le premier gouvernement socialiste de Pierre Mauroy, déclarait qu’elle ne serait pas « le ministre des comptes », Pierre Bérégovoy lui succède dès juillet 1982 sous la pression de Matignon, « avec mission de compter »³¹⁰. Il affirme l’équilibre des comptes comme objectif central de son ministère, comme le feront ses successeurs, y compris à gauche de l’échiquier

³⁰⁶ *Ibid.* p. 2 – 3

³⁰⁷ *Ibid.* p. 4

³⁰⁸ *Ibid.* p. 5

³⁰⁹ Voir notamment C. Hood, « The ‘New Public Management’ in the 1980s: variations on a theme », *Accounting, Organizations and Society*, vol. 20, n° 2, 1995, pp. 93–109; M. Dent, « Post-New Public Management in public sector hospitals? The UK, Germany and Italy », *Policy & Politics*, vol. 33, n° 4, 2005, pp. 623 – 636

³¹⁰ H. Gibier, « On veut éviter d’accroître les charges sociales en gérant mieux la sécurité sociale », *L’Expansion*, 19 mai 1993, en ligne [page consultée le 15 juillet 2008]. Disponible sur : www.lexpansion.com

politique. Les réformes récentes ont donc toutes le même objectif d'assainissement financier de l'Assurance maladie, « sans parvenir à fixer d'autre cap que celui du redressement des comptes. »³¹¹

Tout se passe comme si l'outil devenait l'enjeu même de l'action publique, comme le dénonçait déjà Morelle en décrivant ce qu'il considérait comme une véritable « usurpation », l'Assurance maladie ayant « fini par incarner à elle seule la santé. Le moyen a fini par faire disparaître la fin, l'instrument a fini par dissoudre l'objectif. »³¹²

L'observation de la situation française fait écho à l'analyse de Tabuteau qui explique de quelle manière « la maîtrise des dépenses de santé s'est imposée comme une politique à part entière » au point qu'elle tend à incarner la politique de santé. Cette dernière subirait ainsi « l'ombre portée de cette politique de maîtrise des dépenses. [...] Si le public est bien en peine de distinguer les objectifs de la politique de santé, il garde souvent en mémoire les mesures spectaculaires des plans, diplomatiquement qualifiés de plans de rationalisation des dépenses d'assurance maladie. On se souvient plus du plan Seguin, des mesures Evin, du plan Juppé ou de la réforme Douste-Blazy/Bertrand que des tentatives de définition d'une politique de santé ! Comme si le réglage du débit du robinet était plus important que la qualité de l'eau qui y coule... »³¹³

Dans ces conditions, les acteurs interrogés décrivent souvent des logiques d'action publique qu'ils conçoivent comme d'ordre avant tout économique, auxquelles ils doivent se conformer dans leurs pratiques quotidiennes. Certains adoptent une posture de vive dénonciation de cet environnement, comme par exemple un praticien libéral qui évoque des décideurs politiques qui n'envisageraient la santé que « par le bout de l'économie », ou une administration occupée avant tout à « compter les petits pois » en négligeant les débats de fond. Plusieurs professionnels considèrent de la même façon que les gouvernements souhaitent avant tout « faire des économies », d'où une succession de réformes qui ne prendraient pas en compte la réalité de la pratique médicale. Un médecin libéral affirme que « aujourd'hui, ce n'est plus le travail de terrain qui compte, c'est la comptabilité ». « Le politique c'est le comptable. Le politique c'est Harpagon ! », s'emporte un de ses confrères. De même un médecin inspecteur de santé publique critique la manière dont les problèmes

³¹¹ D. Tabuteau, *Les contes de Ségur*, *op. cit.* p. 371

³¹² A. Morelle, *La défaite de la santé publique*, *op. cit.* p. 299

³¹³ D. Tabuteau, « La santé en quête de politique » *op. cit.* p. 36

d'ordre économique « sont mis en avant. Je ne dis pas qu'il n'y avait pas des choses à faire pour faire des économies. Mais à mon avis, on a une vision trop comptable. Plus comptable que médicale et rationnelle. »

D'autres décrivent un mouvement qui leur paraît inexorable et dans lequel il est nécessaire d'entrer pour mener à bien ses missions. Nombreux sont les acteurs qui paraissent avoir intériorisé le paradigme économique. Ils relaient des argumentaires conformes à ce paradigme qu'ils justifient par une approche des problèmes sanitaires qu'ils qualifient le plus souvent de « réaliste », voire « responsable ». Au micro niveau des activités quotidiennes, des acteurs utilisent des modes de justification, de réflexion et donc d'évaluation d'ordre économique pour vanter un dispositif ou légitimer leurs pratiques.

Un coordinateur administratif explique comment son réseau centré sur la réhabilitation respiratoire a fait évoluer son action vers des prestations « plus efficaces, voire efficaces ». Il justifie le choix de sa structure de « surfer sur la vague de l'éducation thérapeutique et du *disease management* » en soulignant que ces prestations allient une grande efficacité à un coût inférieur. Il axe très rapidement la description de ses activités sur un argumentaire d'ordre financier, expliquant notamment qu'un euro dépensé en réhabilitation respiratoire équivaldrait à cinq économisés. Il insiste sur l'intérêt d'un réseau certes coûteux mais qui représente un « investissement rentable à long terme ».

Le responsable d'un réseau de néphrologie insiste également sur sa plus-value en termes d'économie de santé. Il fonde ses arguments en faveur de la reconduite des financements sur une comparaison entre les coûts élevés de la dialyse en Aquitaine et ceux, très faibles, engendrés par un réseau qui, par ailleurs, apporterait des données épidémiologiques très complètes : « en face de cent millions d'euros, donner cent mille euros c'est rien. C'est deux ans de dialyse ! » ; « on peut faire marcher le réseau avec le coût d'un seul patient dialysé ! »

Enfin les praticiens investis dans le Centre d'éducation thérapeutique de Bordeaux (CETB) affichent au cours des entretiens une réflexion de type économique, que nous retrouvons dans une publication collective qui s'appuie sur l'exemple de ce dispositif et à laquelle certains ont participé. De manière significative, le regard évaluatif sur les pratiques d'éducation thérapeutique du patient se centre sur la question de savoir si cette dernière

« vaut le coût » dans le cadre du traitement de l’asthme³¹⁴. Sont notamment mises en avant les économies globales permises par le CETB, par une diminution des recours à l’offre de soins et une amélioration de l’usage des traitements par les patients formés. L’action d’éducation thérapeutique entraîne une transformation des comportements de consommation de soins ce qui représente une économie directe : « le coût moyen journalier de ces consommations de soins, pour les patients pris en charge par le CETB, est de 8,78 euros tandis qu’il est estimé à 9,66 euros sur l’échantillon témoin » composé de patients hors dispositif³¹⁵. Parallèlement, comme dans le cas du réseau de néphrologie précédemment cité, le coût journalier faible du CETB, « modéré au regard de l’ensemble des transformations observées »³¹⁶, est mis en avant. Ces résultats d’économie de la santé croisés avec les bénéfices pour les patients permettent de souligner que l’éducation thérapeutique vaut le coup en termes de progrès du traitement des maladies respiratoires, mais également vaut le « coût » additionnel consacré au fonctionnement des réseaux qui la mettent en œuvre.

Il apparaît donc clairement, au travers des argumentaires fournis par les acteurs pour légitimer leur action, que le paradigme économique tend à s’imposer comme cadre de justification et d’évaluation. Bien sûr la limitation des budgets représente une contrainte pour les acteurs, mais à un second niveau les projets et réformes sanitaires apparaissent fondés sur des instruments et des idées d’ordre économique.

Nous pouvons rejoindre Batifoulier et Gadreau qui considèrent que la politique économique ferait évoluer « l’éthique médicale » en tant que convention au sens wébérien, fixant l’ordre de ce qui est considéré comme juste dans le système de santé³¹⁷. Pour ces auteurs, l’action publique à orientation financière influence les représentations et par là même la définition des comportements considérés comme conformes à l’éthique³¹⁸. « L’accent mis sur la régulation comptable des dépenses de santé et sur la logique d’incitation contractuelle qui

³¹⁴ N. Sannino et alii, « L’éducation thérapeutique du patient asthmatique suivi en médecine de ville vaut-elle le coût ? », *Actualité et Dossiers en Santé Publique*, n° 59, juin 2007, pp. 9 – 14

³¹⁵ *Ibid.* p. 12

³¹⁶ *Ibid.*

³¹⁷ P. Batifoulier, M. Gadreau, « Régulation et coordination du système de santé. Des institutions invisibles à la politique économique », in F. Eymard-Duvernay, dir., *L’économie des conventions. Méthodes et résultats. Tome II. Développements*, Paris, La Découverte, 2006, p. 453 – 468

³¹⁸ *Ibid.* p. 463

l'accompagne, modèle la façon correcte de juger la pratique médicale en orientant l'interprétation des textes de l'éthique. »³¹⁹ C'est finalement le « modèle » de santé qui évolue, et avec lui la conception même de ce qu'est un comportement légitime.

Les acteurs interrogés, tout particulièrement dans le monde hospitalier, relaient clairement la force du paradigme économique qui au-delà de fournir de simples instruments de rénovation de l'offre de soins impose bel et bien un cadre cognitif. Pour un directeur d'établissement la T2A représente certes « un bouleversement des pratiques de financement », mais accompagné d' « une forte résonance culturelle ». Un de ses homologues parle quant à lui d'un « changement radical de paradigme », d'un « changement de modèle macro » : ce n'est pas seulement le mode d'obtention des ressources qui change, mais toute l'organisation interne de l'établissement et la manière même d'envisager les rapports de pouvoir au sein de l'hôpital. « Les changements de financement font exploser les modèles traditionnels », explique-t-il. Ils provoquent notamment une transformation de la place et de l'identité historique de l'hôpital public qui devra tendre vers une convergence tarifaire avec les établissements privés, la légitimité de ses missions donc de ses financements spécifiques étant par conséquent remise en cause. Pour un dernier directeur, cette convergence représenterait d'ailleurs bien plus qu'une contrainte budgétaire à intégrer, un « puissant outil de recomposition de l'offre de soins ».

La logique financière ne peut donc être ignorée dans une démarche d'analyse de l'agir sanitaire. Elle imprime durablement sa marque sur les représentations et les démarches des acteurs, constituant une contrainte matérielle d'action mais également un cadre normatif fort. La norme économique qui se trouve à la source des rapports de pouvoir et des positions plus ou moins favorables des acteurs apparaît à la fois comme un moteur de l'action et comme un frein à des bouleversements plus profonds des rapports de forces. Le manque d'argent oblige à réinterroger les pratiques organisationnelles et les modes de fonctionnement, il peut pousser à revoir les logiques d'action, soit par opportunité, soit par conviction – par exemple que l'accent sur la santé publique et la réorganisation des pratiques coûte moins cher au système global. Mais le cadre financier peut également empêcher les restructurations massives ou certaines innovations sur le terrain. Que l'on

³¹⁹ *Ibid.* p. 463 – 464

adopte l'une de ces deux lectures, qui toutes deux apparaissent dans le discours des acteurs aquitains, l'ombre portée de la logique financière se retrouve de toute façon au fondement des représentations et des configurations qui se déploient localement.

Chapitre 2. Enrichissement et complexification des répertoires d'action donc du corpus des parties prenantes

De premières données d'analyse ont permis de mettre au jour une recomposition des cadres cognitifs et normatifs à l'œuvre s'agissant de l'objet santé et de l'agir sanitaire. Reste à observer de plus près comment les acteurs de terrain composent avec ces évolutions, donc comment ils ordonnent leurs représentations, entre intérêts et impératifs légaux et professionnels, et ajustent leurs missions légitimes. Nous ne pouvons nous en tenir à la manière dont l'agir sanitaire s'inscrit dans l'espace politique et dans les référentiels contemporains de l'intervention publique. Encore faut-il rendre compte, à travers les accomplissements situés des acteurs, comment ces derniers s'y engagent sur le terrain.

La clarté du propos a nécessité d'isoler la réflexion sur des ajustements généraux affectant les objets d'analyse de l'étude des dynamiques d'ajustement quotidiennes des acteurs. Mais ces deux processus doivent être fondamentalement compris comme concomitants et co-constitutifs. La recomposition des référentiels ne peut être comprise comme procédant d'un mouvement univoque selon lequel l'édiction de normes produirait, ensuite, une adaptation des acteurs. L'activité quotidienne de ces derniers, leurs mises en actes et en mots, sont le véritable matériau des évolutions ou des permanences observables dans l'agir sanitaire. C'est précisément par l'interprétation qu'ils font des évolutions considérées comme effectivement à l'œuvre ou nécessaires, et par les formes données à leurs interventions, que les acteurs construisent les cadres dans lesquels l'agir sanitaire est pensé et produit, selon une dynamique largement performative.

Or, la complexité est particulièrement mise en relief dans les discours comme un schème central, et ce à un double niveau.

D'une part, les acteurs retracent la complexité d'un environnement normatif juridique et institutionnel changeant et relaient une impression de complexification, relative à la fois aux objets sur lesquels ils entendent intervenir, à leurs propres façons de faire et à la perception des missions d'autres parties prenantes. Il ne s'agit pas pour nous de poser une appréciation sur l'importance de cette complexité, d'en évaluer la véritable portée, mais d'en éclairer les ressorts : dans la mesure où elle affecte le discours des acteurs, leurs catégorisations et leurs

positionnements, elle devient un facteur structurant pour l'agir sanitaire, une donnée de cadrage, réelle dans ses effets parce qu'elle fait sens pour ces acteurs.

D'autre part, les acteurs, par leurs prises de position au sein et au sujet de l'agir sanitaire, sont eux-mêmes producteurs de complexité. Prenant appui sur le socle de légitimité plus ou moins explicite fourni par les problématiques de la santé globale ou le répertoire de la transversalité, ils procèdent à une constante activité de redéfinition de l'objet santé, qui revient à une reconstruction des enjeux et des frontières de l'agir sanitaire. Leurs choix divers de positionnement et leurs activités de catégorisation, fondés sur des arbitrages aussi bien stratégiques que moraux, produisent de la complexité parce qu'ils ne permettent pas de définir un sens stabilisé de l'objet santé donc une univocité de l'agir sanitaire.

En somme nous constatons une multiplicité des formes de la santé, c'est-à-dire des voies légitimes pour agir en la matière et des voix habilitées à se faire entendre. La dynamique de complexification émane à la fois des évolutions structurelles de l'agir sanitaire et des engagements réflexifs et stratégiques des acteurs de terrain.

Cette approche de la complexité permet de cerner les enjeux représentationnels mais aussi stratégiques de la construction de l'objet santé. Sans qu'une définition ne soit stabilisée ni systématiquement partagée, les acteurs donnent à cet objet des intensions changeantes, selon les valeurs qu'ils y investissent, mais également en fonction de leurs champs légitimes de compétence et de leurs opportunités. Le cadre élargi de l'action publique rend dès lors nécessaire de s'interroger sur les contours de l'agir sanitaire qui paraît déborder des cadrages sectoriels et brouiller les frontières traditionnelles, à la faveur de ce que nous avons identifié comme des processus de transcodage³²⁰, soit de traduction d'informations et de pratiques dans des registres et des champs d'action divers.

Nous proposons de mettre en évidence un double processus, d'abord de reconstruction des représentations de l'objet de santé et des missions qui s'y rapportent (**Section 1**), ensuite d'extension de l'agir sanitaire à des domaines hétérogènes de compétences et d'intervention publique (**Section 2**). Il s'agit d'en dégager certaines dynamiques communes mais aussi l'extrême hétérogénéité.

Dans la mesure où les définitions sont multiples et non systématiquement concordantes, les acteurs paraissent expérimenter une phase de création des outils et des formes

³²⁰ P. Lascoumes, *L'écopouvoir. Environnements et politiques*, Paris, La Découverte, 1994

d'engagement, d'appropriation des concepts, dont n'émerge ni une stabilisation des représentations ni une habitude des processus. À cet égard l'analyse de l'agir sanitaire ouvre aussi un questionnement sur les conditions voire les possibilités même d'institutionnalisation.

Section 1. Des réajustements de l'objet santé donc des activités des acteurs

La définition changeante de la santé et de l'intervention publique en la matière par les acteurs mêmes qui y prennent part ne peut que complexifier les configurations locales. Les divers « problèmes » sanitaires tout comme les manières de les aborder tendent à s'entremêler, brouillant les frontières de l'intervention légitime de chacun. Les images et les pratiques traditionnelles se mêlent à de nouveaux référentiels, formant autant de répertoires d'action, sans pour autant qu'un paradigme nouveau succède à un autre³²¹. Les acteurs donnent à voir des catégorisations qui persistent tout en étant revues, qui font toujours sens mais sont constamment mises en question. La définition même de la santé apparaît de ce fait extrêmement mouvante (**Paragraphe 1**). L'instabilité des représentations résulte autant qu'elle favorise un processus de transcoding des idées et des pratiques, donc une circulation/traduction par-delà les catégories et domaines de compétence traditionnels. Ce manque de stabilité des images sociales sur lesquelles se structure l'agir sanitaire s'accompagne de multiples dynamiques de mises en cohérence menées de manière plus ou moins explicite par les acteurs. Ces derniers donnent à voir une impression d'instabilité réglementaire et institutionnelle doublée d'une forte injonction adaptative (**Paragraphe 2**). Évolutions cognitives et bouleversements institutionnels à la fois représentés et formellement identifiés vont donc de concert, formant la base des processus de recomposition de l'agir sanitaire.

³²¹ Nous entendons le paradigme comme une conception théorique dominante, un cadre à l'intérieur duquel les acteurs raisonnent et déploient leurs activités. Cf. T. S. Kühn, *La structure des révolutions scientifiques*, Paris, Flammarion, 1983. Sur la notion de répertoire d'action, voir C. Tilly, *La France contestée de 1600 à nos jours*, Paris, Fayard, 1986

1. Dynamique ambiguë d'interaction entre soin, santé et santé publique

Dans le contexte actuel de renouvellement des cadres cognitifs généraux de l'action en matière de santé, les acteurs aquitains réorganisent à la fois leurs modes de penser et de faire. Conscients des injonctions morales, politiques et managériales à revoir les processus d'action publique, ils procèdent à une incorporation des nouveaux référentiels. Mais loin de représenter un total bouleversement des paradigmes d'action, cette incorporation n'est que relative, en fonction des expériences de terrain, de l'opportunité pour les acteurs, ou de leur positionnement dans l'agir sanitaire. Ainsi c'est la construction du sens de ce dernier qui est problématique : les acteurs expérimentent une période de flou dans la définition des termes de l'action, caractérisée à la fois par une certaine convergence des idées entre soin et santé publique, entre curatif et prévention, et par une persistance de séparations, au niveau cognitif comme institutionnel.

1.1 Le flou définitionnel : un flottement des catégorisations exprimées par les acteurs

Parallèlement à la réhabilitation de la santé publique comme mode de pensée et d'action légitime, à la promotion de la santé globale, et à la faveur de l'impératif d'efficacité qui sous-tend l'intervention, une convergence des idées entre « santé », « santé publique » et « soin », une volonté affichée de rapprochement des champs et thématiques d'action, paraissent à l'œuvre. Toutefois ces processus ne donnent pas lieu à, ni ne s'appuient sur une claire redéfinition des concepts. Analystes et acteurs de terrain expérimentent et relaient les évolutions nécessaires de l'action en santé mais ne mobilisent pas des référentiels stabilisés ni uniformes.

L'usage de la notion de « santé » se prête aux déplacements de sens, le jeu sur les nuances, sur la polysémie légitimée permettant de s'inscrire dans une action collective et collusive autour d'un même objet, tout en conservant des définitions changeantes voire personnelles du dit objet. Sous une même appellation peuvent graviter des visions diversifiées. Les acteurs donnent l'impression qu'ils parlent de la même chose, tandis qu'ils tendent plutôt à parler autour de la même chose. Ce processus tend à permettre aux acteurs de conserver un jeu ouvert à de nouveaux sens autant qu'à de nouveaux partenaires.

Les différentes dénominations que les acteurs emploient sont essentielles car c'est sur les nuances de sens que peut se construire une pensée collective. Tout le monde paraît pouvoir s'entendre, bien que chacun investisse des choses différentes dans la santé. C'est donc à partir de ces déplacements de sens – qui sont autant d'enrichissements de sens – que les acteurs peuvent à la fois construire leur action et la donner à voir.

Ce processus ne peut pourtant être réduit à une fabrication de consensus autour de définitions molles. L'usage permanent et plus ou moins consciemment stratégique de la polysémie de la santé ne fait pas disparaître les conflits ou les contradictions entre les visions en présence. S'il permet un agir collectif, c'est tout autant dans la confrontation des points de vue que dans l'accord. Il permet un maintien de l'interaction sans qu'un sens commun soit tout à fait stabilisé, ni qu'aucune définition n'apparaissent infiniment meilleure que les autres.

Il s'agit donc d'analyser précisément les contenus signifiants que peut prendre la santé, ces différents contenus formant le champ global de l'agir sanitaire. Sans tenter de montrer la réalité des effets de l'action mise en œuvre par les acteurs, ni de prouver dans quelle mesure il s'agit véritablement ou non de santé, nous cherchons plutôt à comprendre par quels processus cognitifs analystes et acteurs de terrain échafaudent des catégorisations qui tendent tout à la fois à afficher des différences et à créer une unité d'objet. Cette dynamique va permettre l'intégration de divers sens et la confrontation de vocabulaires traditionnellement.

Des multiples données expressives des acteurs nous tirons une catégorie critique dont il s'agit de comprendre les composantes et le devenir. L'agir sanitaire apparaît avoir une double dimension instrumentale – qui dans une relation technique au monde cherche la réalisation de fins – et communicationnelle – les relations de communication étant au fondement des activités humaines. Rappelons que nous faisons appel à l'approche communicationnelle habermasienne non pas dans sa dimension de projet d'analyse de la construction d'un consensus social de type démocratique mais bien en tant qu'elle considère les pratiques dialogiques par lesquelles les acteurs s'entendent, se confrontent, et par lesquels ils disent ce qu'ils font, comme fondement de l'action collective³²².

³²² J. Habermas, *Théorie de l'agir communicationnel*, op. cit.

Comme l'a souligné Habermas, c'est derrière des expressions apparemment plurielles, voire cacophoniques ou contradictoires que se cachent les rapports sociaux et la construction de l'action collective. Il s'agit donc de mener une analyse critique de la manière dont les acteurs entrent en cohérence autour de l'objet santé dont ils participent à la (re)définition par leur activité dialogique.

La tendance à échafauder des définitions proches dont les nuances peuvent aller jusqu'à la contradiction apparaît d'abord nettement dans les ouvrages d'analyse qui, s'ils s'attachent à discerner des domaines d'action publique, se heurtent à un perpétuel recouplement des problématiques.

Tessier, Andréys et Ribeiro tentent par exemple une typologie des différents champs d'intervention³²³ : ils distinguent dans un premier temps la santé curative visant la restauration de la santé, la santé préventive qui tend à protéger la santé, la promotion de la santé, regroupant toutes les actions pouvant avoir une influence sur la santé d'une population, la santé communautaire, approche locale impliquant la participation active de la population, et enfin la santé publique, conçue comme l'approche collective et administrative des problèmes de santé, sous ses aspects politiques, économiques, réglementaires et institutionnels. Cependant, ces auteurs entreprennent dans la suite de leur ouvrage de distinguer différents domaines de la santé publique, terme générique regroupant hygiène et environnement, surveillance de l'état de santé de la population, prophylaxie et prévention des grandes épidémies, dépistage, mais également organisation des soins. Une limite des typologies en ce qui concerne l'agir sanitaire apparaît ici, puisque des éléments de la classification de départ se retrouvent intégrés au sein d'une des catégories qui, partant, s'avère englobante. Les domaines d'action publique s'avèrent largement se recouper, échappant à une catégorisation stricte.

L'investigation de terrain ne permet pas non plus de poser de manière définitive les cadres clairs, tant les acteurs peinent à délimiter strictement les champs d'intervention. Ils font un usage important des termes « santé », « santé publique », « soin », mais sans bien en exprimer l'extension, rendant tout à fait relatives les oppositions comme les synonymies. Qu'ils se positionnent et s'auto réfèrent comme acteurs de la santé, ou plutôt de la santé

³²³ S. Tessier, J.-B. Andréys, M.-A. Ribeiro, *Santé publique, santé communautaire*, Paris, Maloine, 2004

publique, voire comme parties prenantes d'une autre politique sectorielle, ils expriment souvent fortement la différenciation entre les idées qu'ils se font de ces domaines d'action publique. Ils mettent en relief un lien à favoriser entre organisation des soins et objectifs de santé publique, entre action curative et préventive, mais dans le même temps, reproduisent la séparation entre ces volets, que ce soit pour en justifier le fondement et la pertinence, ou pour les dénoncer.

Beaucoup d'acteurs de terrain, appartenant notamment à des collectivités territoriales, ont clairement exprimé des catégories sans lesquelles il leur paraît impossible de penser l'action publique de la santé. Une élue régionale explique par exemple qu' « il faut regarder qui organise la santé et comment elle se découpe, dans l'organisation à la fois politique et territoriale. Donc aujourd'hui il y a des gens qui s'occupent spécifiquement de l'accès au soins, il y a des gens qui s'occupent spécifiquement de la couverture maladie pour tous, et puis il y a des gens qui doivent s'occuper de la santé selon la définition de la charte d'Ottawa. »

Consciente des défis contemporains, cette élue locale prône une vision globale, élargie de la santé, elle s'attache aussi à expliquer combien il est impossible de penser sans catégorisations, simplement pour « savoir de quoi on parle ».

Aussi les catégories continuent-elles de faire sens, organisant la pensée et permettant de structurer l'action. « Il y a plusieurs volets dans la santé, explique un médecin de PMI. Il y a le volet soins, il y a le volet prévention et il y a le volet financement ». Pour un chef de service départemental « il faut faire une distinction entre la prévention et le curatif ». Dans le même sens, une élue municipale girondine justifie l'absence d'hostilité des médecins face à son action en santé, par le fait qu'ils « trouvent ce que nous faisons complètement complémentaire, dans la mesure où on est sur le volet de l'amont. On est quand même dans prévention. Puisqu'on ne va pas se mettre sur le soin. ».

La même tendance à la catégorisation est manifeste chez les partenaires sociaux gérant l'Assurance maladie : un président de caisse primaire marque par exemple une nette distinction entre « l'accès aux soins », mission première de son institution, et un domaine pour lequel elle a des missions plus « modestes », à savoir le « bien-être, si je suis en bonne santé. Et c'est davantage du domaine de la santé publique ».

Indépendamment du rôle officiel des acteurs, les définitions varient considérablement de l'un à l'autre.

Selon une première construction de sens, « santé » signifie « soin », ce qui revient à une définition restrictive du terme, souvent par opposition à « santé publique ». Une conseillère municipale oppose « la santé en elle-même » qui relèverait plutôt de l'État, à la prévention, thématique dans laquelle les collectivités auraient plus de marges d'action. De la même manière, un agent du Comité régional aquitain d'éducation pour la santé (Craes) considère que l'Assurance maladie est financeur de la « santé ». Un agent de service déconcentré reprend un découpage identique en séparant explicitement d'une part la santé, relevant de l'organisation des soins et d'autre part la santé publique, domaine englobant, réunissant « beaucoup d'autres choses ».

Cependant, un second mode de construction des référentiels est à l'œuvre et contredit la logique du précédent. Chez d'autres acteurs en effet, parfois au sein de la même institution, voire chez les mêmes acteurs mais lors d'une séquence différente du discours, la « santé » signifie au contraire une problématique globale, par opposition à « soins ». Cette fois c'est au contraire une définition très élargie qui est exprimée. Un chef de service de Conseil général explique qu' « on voit, encore plus depuis la CMU, se différencier la question de l'accès aux soins et la question de l'accès à la santé. La CMU a résolu la question de l'accès aux soins, tout le monde peut avoir accès. Le problème, c'est que l'accès aux soins ne permet pas l'accès à la santé, parce qu'il y a toute une question d'éducation à la santé, toute une question d'amener les gens vers la santé, vers le fait de se prendre en charge, qui n'est pas qu'une question de gratuité des soins médicaux et de qualité de l'appareil sanitaire et social. » De la même manière, pour un coordinateur d'ASV, les médecins seraient des « professionnels de la maladie », par opposition au dispositif dont il s'occupe : « nous on travaille sur la santé, les médecins travaillent sur la maladie. C'est très différent ». Enfin, un inspecteur de la Drass explique que la « santé proprement dite » est traitée, dans son institution, par deux grands services, celui chargé de l'offre de soins, donc de planification et d'allocation des ressources, et celui s'occupant de santé publique.

Les acteurs cherchant véritablement à expliquer ce qu'ils font utilisent ces deux définitions, restrictive ou englobante, sans toujours en préciser le contenu et semblent en rester au niveau de la perception. Même s'ils récitent parfois littéralement la définition de la santé édictée par l'OMS, ils continuent d'établir des catégorisations qui sont elles-mêmes changeantes mais qui font sens pour eux et servent de base à leur démonstration.

Discours de transversalité et reproduction des catégorisations ne relèvent d'ailleurs pas toujours de la stratégie discursive des acteurs. Certains vont prôner l'action globale tout en l'illustrant par des catégories sectorielles assez hermétiques, tandis que d'autres vont reprendre le vocabulaire traditionnel et établir une nette différenciation entre soin et santé, ou soin et santé publique, sans toutefois être conscient du fait qu'ils expérimentent des dispositifs qui contredisent les catégories qu'ils s'étaient fixées au départ. De façon significative le coordinateur d'un ASV hésite lorsqu'il s'agit de qualifier son dispositif : il souligne en tout premier lieu que l'objet n'est pas de mener des actions directement axées sur le soin qui pourraient créer un conflit avec les professionnels de santé, mais plutôt d'informer la population ; mais il se ravise en évoquant la question du mal-être, donc notamment les permanences de psychiatres au centre social de sa commune, « ça c'est le soin finalement ». Au cours même de la séquence discursive, l'objet « soin » change de contours et ne paraît plus si opposé au champ d'action de l'ASV.

Un tel flou du vocabulaire utilisé par les acteurs paraît significatif de la phase de transition cognitive qu'ils vivent. Ils cherchent en permanence à adapter leur discours au contexte de leur intervention, les référentiels connaissant de perpétuels remaniements.

Un agir sanitaire construit au travers de l'activité expressive des acteurs apparaît comme le résultat de phénomènes communicationnels fondamentaux tels qu'identifiés par Goffman dans son étude des « Façons de parler »³²⁴. « L'enchâssement » notamment, est clairement repérable dans le cas de notre objet. Les expressions enchâssées correspondent à un discours dont les termes sont empruntés à d'autres parties prenantes et à d'autres situations. Ainsi les acteurs reprennent constamment des paroles, des catégories énoncées par d'autres. Par cette capacité à citer, ils donnent à voir l'appropriation qu'ils font de ces catégories – comme celles de l'OMS – et définissent leur posture au sein de l'agir sanitaire. Car selon les catégories auxquelles il est fait appel, ce sont des acteurs différents qui ressortent comme légitimes et même enjoins d'agir. Tout se passe en définitive comme si, pour exister et être intelligible dans l'agir sanitaire, il était nécessaire d'entrer dans des catégorisations pré-établies, donnant accès aux formes de la reconnaissance.

Cela conduit une nouvelle fois à un processus mis au jour par Goffman, à savoir la production d'un « cadre de participation » au cours des échanges discursifs : « Chaque fois

³²⁴ E. Goffman, *Façons de parler*, Paris, Éditions de minuit, 1987

qu'un mot est prononcé, tous ceux qui se trouvent à portée de l'évènement possèdent, par rapport à lui, un certain statut de participation »³²⁵. En ce sens, le fait de s'exprimer en termes de « santé », de « soin », de « santé publique », ou encore de « santé globale », représente pour les acteurs une manière de se positionner, de donner à voir leur statut plus ou moins central au sein de l'agir sanitaire. Chaque position donnant lieu à des codifications spécifiques, l'usage des catégories par les acteurs apparaît comme une manière de structurer les interventions, tout en justifiant son mode d'engagement.

Dans ces conditions, l'ambivalence du discours entre cloisonnements et convergence est en permanence réinvestie. La mise en avant et l'exploitation d'un discours en termes de globalité, de transversalité, restent en effet une position difficile à tenir. À un premier niveau, elle recèle pour les acteurs le danger d'une perspective du « tout est dans tout » donc d'un brouillage des compétences et des légitimités. Par ailleurs, de manière tout à fait stratégique, elle ne permet pas de s'inclure dans des réseaux de reconnaissance ou des flux de financements, ce qui reste malgré tout une étape obligatoire pour les différentes parties prenantes.

L'observation locale révèle finalement des acteurs en proie à une sorte d'injonction paradoxale : ils connaissent une interaction voire une intrication des champs et des définitions, ils expérimentent des projets qui se veulent globaux, mais en même temps, pour agir, il est nécessaire de rester dans des cadrages, de reproduire des séparations. Certes, il faut penser en termes transversaux, mais en même temps être crédible, rester dans son domaine de compétences et entrer dans des « cases » de financement, donc être en conformité avec des cadres normatifs et cognitifs existants.

Le discours d'un médecin inspecteur de la Drass est significatif de cette ambiguïté permanente, consistant en une recherche de décroisonnement mêlée à une nécessité de maintenir une certaine lisibilité : « Bien sûr qu'il y a des moments où il faut savoir faire des liens. Mais enfin moi je crois qu'il faut structurer quand même. Parce que sinon tout est dans tout et on ne sait pas trop où on va. C'est vrai que la santé on en a beaucoup élargi le champ et finalement... moi j'aime bien travailler dans le soin parce que c'est structuré. La prévention c'est intéressant mais ce n'est pas très structuré. C'est-à-dire que, il y a beaucoup de rhétorique mais des fois concrètement... ce n'est pas évident de rendre compte. [...]

³²⁵ *Ibid.* p. 9

C'est important la prévention. Il vaut mieux prévenir que guérir, ça c'est sûr. Mais en dehors de ça, je trouve qu'elle souffre du manque de structuration la prévention. Après il faut faire des liens bien sûr. Parce que c'est vrai que moi je vois bien en addictologie, on va travailler sur la prévention des consommations excessives d'alcool, là on est très en amont. Parce que les consommateurs excessifs ils ne se reconnaissent même pas comme consommateurs excessifs, donc il y a un travail d'information à faire, un travail de repérage, un travail avec les médecins généralistes pour les former à ce repérage puis orienter éventuellement si on est dans des cas de dépendance. [...] C'est intéressant d'avoir cette vision transversale ».

Dans ces conditions, l'implication dans l'agir sanitaire implique de procéder à une permanente reconstruction des domaines d'action légitimes, conformes à la fois à l'injonction de décloisonnement et aux catégories cognitives et administratives qui continuent de régir l'action.

Il apparaît donc, pour reprendre les termes de Fassin que la santé constitue un « signifiant flottant » qui ne se construit qu' « en se disant »³²⁶. Les catégories *a priori* ne semblent pas résister à l'épreuve de la mise en discours, ou sont tout au moins refaçonnées et revues dans leur intension comme dans leur extension. Avec ce flou définitionnel, ce sont bel et bien les frontières de l'agir sanitaire qui se déplacent, dans la perception même des acteurs parties prenantes. L'absence d'un sens stabilisé et partagé témoigne autant qu'il participe des rapports complexes qu'entretiennent les problématiques du soin et de la santé publique.

1.2 Action/rétroaction entre soin et santé publique : de l'influence réciproque au transcodage

Les deux domaines d'action du soin et de la santé publique, que l'on sépare ou dont on recherche expressément l'alliance, continuent d'exister, nous l'avons vu, dans les représentations des acteurs. Cependant, les recoupements se multiplient, au point qu'il est difficile de déterminer clairement lequel des deux englobe l'autre. L'approche « santé publique » est de plus en plus invoquée comme partie intégrante de l'organisation des soins,

³²⁶ D. Fassin, « Politique des corps et gouvernement des villes », *op. cit.* p. 12 – 13

tandis que cette dernière devient en elle-même un versant de l'intervention de santé publique. Cette convergence des idées est dictée à la fois par des impératifs d'efficacité de l'action et de légitimité pour les intervenants.

Cette relation réciproque entre les deux ordres de référentiels suit autant qu'elle renforce la définition non stabilisée de la santé. Cependant, une fois admise la nécessité d'allier soin et santé publique, deux positionnements sont possibles, qui manifestent deux niveaux dans le processus de rapprochement entre les deux champs. Soit, comme le ministre Mattei³²⁷, on les considère comme les « deux jambes » d'un système qui ne peut marcher qu'avec les deux – et il s'agit de deux versants à développer de front et en cohérence ; soit ils peuvent être vus comme organiquement, intrinsèquement liés, soin et santé publique ne faisant qu'un, à un stade supérieur d'intégration. Encore une fois c'est par des glissements de sens et le jeu sur la polysémie que les acteurs parviennent à tisser des chaînes de significations.

Les rapports de proximité entretenus par les problématiques du soin et la perspective de santé publique sont soulignés dans certains textes officiels, tout comme par les acteurs de terrains. Ainsi la prévention se donne à voir comme une dimension essentielle de l'organisation et des activités de soin.

Une perspective aujourd'hui individualisée de la santé publique, au-delà de l'approche prophylactique et populationnelle classique, permet une intégration de la prévention dans l'acte même de soin. La « prévention » peut être conçue comme l'ensemble des actions mises en place pour éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies ou des accidents. Elle consiste à anticiper les phénomènes risquant d'entraîner ces derniers ou de les aggraver. En premier lieu, un lien matériel est admis entre soin et prévention dans le cadre du modèle médical traditionnel de la santé. Peuvent en effet être distingués trois stades de prévention, complémentaires mais qui ne recèlent pas les mêmes enjeux : la prévention primaire, secondaire et tertiaire. Dans son rapport dédié à ce thème, l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) souligne que « cette distinction universellement admise emporte une conséquence : la prévention fait partie intégrante du soin, qui ne se réduit pas au soin

³²⁷ Interview menée par le Bulletin de l'ordre des médecins, n° 18, octobre 2003, en ligne [page consultée le 9 juin 2006]. Disponible sur : www.bulletin.conseil-national.medecin.fr

curatif »³²⁸. Si la prévention dite primaire consiste à lutter contre des risques individuels ou sociétaux avant l'apparition de tout problème de santé, donc en amont de tout acte curatif, les stades secondaire et tertiaire de prévention ne peuvent exister sans l'activité de soin. La prévention secondaire vise une baisse de la prévalence d'une pathologie³²⁹, par le dépistage, le diagnostic précoce et un traitement rapide. La prévention tertiaire vise quant à elle, une fois l'affection déclarée, une diminution de l'impact des complications, soit des invalidités fonctionnelles consécutives. Ces deux stades de prévention nécessitent logiquement la contribution des professionnels du soin, sans qui l'activité diagnostique et thérapeutique est impossible.

Cependant, un approfondissement de ce lien entre action curative et préventive émerge aujourd'hui, dans la mesure où la prévention primaire elle-même est reconnue au sein des activités de soin. Certaines pathologies ou problèmes de sociétés ont favorisé ce processus de convergence, dans le sens où ils ont représenté et représentent encore des défis à la fois médicaux et sociétaux. Les acteurs rencontrés travaillant sur des problématiques telles que le cancer, le sida, les maladies chroniques ou la prise en charge des addictions, soit à l'hôpital soit au sein des administrations, soulignent combien un volet dit de « santé publique » doit être présent quand il s'agit d'organiser les soins.

C'est d'ailleurs dans le cadre de ces pathologies au long cours que le développement des réseaux de santé est le plus significatif, les soignants ayant très tôt pris conscience des limites de leur action sans l'appui d'autres professionnels, pour envisager le patient dans les murs de l'hôpital mais également à son domicile ou sur son lieu de travail, pour allier au plus près traitement médical et prise en charge sociale. Les réseaux sont d'ailleurs clairement présentés comme une démarche de santé publique, même si les acteurs du soin en sont à l'origine ou représentent le centre de leur activité. Un praticien hospitalier y voit des outils permettant de « glisser vers la prévention ». Une représentation similaire transparaît chez un président de caisse primaire qui prône le renforcement des financements des réseaux de gérontologie : « c'est de la santé publique. Ce n'est plus de l'assurance maladie, c'est de la santé publique ! », puisque les gains de long terme, à la fois pour l'ensemble des usagers et pour le système de financement socialisé, lui semblent évidents.

³²⁸ Igas, *Santé, pour une politique de prévention durable. Rapport annuel 2003*, Paris, La Documentation française, 2003, p. 72

³²⁹ Nombre total des cas

De manière générale, l'ensemble des grands plans thématiques lancés par l'État central, notamment le Plan périnatalité 2005-2007 ou le Plan cancer, est présenté par les acteurs de terrain comme des programmes fondés sur ce souci d'inclusion de dynamiques préventives ou d'éducation pour la santé dans la programmation des soins, en réponse à la nécessité d'une approche plus globale que nous avons déjà eu l'occasion d'explicitier. L'évolution des textes de planification hospitalière est également révélatrice de la volonté des pouvoirs publics, au niveau national et régional, d'y faire entrer l'approche dite de santé publique. D'après l'ordonnance du 4 septembre 2003 notamment, les Sros, instrument principal de planification, ont pour objet de « prévoir et susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins préventifs, curatifs et palliatifs afin de répondre aux besoins de santé physique et mentale »³³⁰. Cette ordonnance témoigne d'un champ d'action élargi bien au-delà de la stricte répartition et gestion de l'offre médicale.

La circulaire relative à l'élaboration de ces Sros dits « de troisième génération » pose également comme deuxième objectif de « veiller à ce que cette organisation des soins réponde aux objectifs de santé publique et plans stratégiques prévus par le projet de loi d'orientation en santé publique et à leurs déclinaisons régionales figurant dans les programmes régionaux de santé publique, s'ils sont définis avant l'adoption des Sros. La prise en compte des “soins préventifs, curatifs et palliatifs” à partir des “besoins de santé de la population”, par l'ordonnance du 4 septembre, permet au Sros de placer la dimension de santé publique comme principe fondateur de son action. »³³¹

La version aquitaine de ce « Sros 3 » reprend cette orientation en faisant figurer la prévention comme partie intégrante des activités curatives pour tous les établissements, notamment pour des problématiques comme le cancer, le diabète, l'insuffisance rénale, la lutte contre la douleur, ou encore l'amélioration de la prise en charge des patients gériatriques. Plusieurs recommandations tout au long du schéma aquitain font la part belle à la dimension préventive, dans le cadre d'une action partenariale : par exemple, « Il est souhaitable de développer des interventions de dépistage et de prévention au sein des établissements de santé. L'engagement dans ce domaine des établissements de santé,

³³⁰ Ordonnance n° 2003-850 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation

³³¹ Circulaire DHOS n° 2004-101 du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des Sros de troisième génération

notamment ceux dotés d'une activité cardiologique, devra figurer dans les contrats d'objectifs et des moyens. » ; « Les établissements de santé ont également vocation à contribuer à promouvoir des politiques de prévention, notamment en direction des patients âgés pour lesquels prévention et soins sont étroitement liés. »³³². Les établissements sont dans l'obligation de faire figurer, dans le cadre de leur démarche de contractualisation avec l'ARH, une annexe « santé publique » et doivent compter dans leur organigramme certaines instances comme le Comité sur les infections nosocomiales, ou les Comités de liaison sur l'alimentation nutrition, à vocation transversale.

Il apparaît donc que sous l'impulsion de la tutelle et du fait même de la nature des pathologies traitées à l'hôpital, « on commence à s'intéresser à la santé publique », comme le concède un chef d'établissement. Les directeurs d'hôpitaux ont d'ailleurs souligné le renforcement de cette tendance par le vote de la loi de santé publique de 2004, qui de manière significative fait partie des textes les plus cités par ses gestionnaires d'établissements de soins et qui « oblige à réfléchir à ces thématiques ». « La santé publique n'est pas l'affaire uniquement des médecins de santé publique », explique l'un d'eux. Il expose l'exemple de la mise en place d'une campagne de dépistage du cancer du sein, révélateur selon lui de cet élargissement nécessaire de la représentation des missions des offreurs de soins : « il faut que le gynécologue, le généraliste, les caisses d'Assurance maladie, l'hôpital, les services de médecine préventive ou de médecine du travail s'investissent au maximum, sinon la cible est ratée. C'est ça qui est compliqué, mais c'est aussi la noblesse de notre métier d'articuler tout ça de façon à ce que l'objectif soit atteint en matière de santé publique. L'objectif majeur d'un hôpital, comme d'un professionnel de santé, c'est non pas de guérir ou de soigner, c'est de prévenir le risque. C'est là qu'on est performant. C'est quand non seulement on soigne, mais après qu'on diminue le risque populationnel sur une pathologie donnée. [...] C'est ça l'objectif d'une politique de santé maîtrisée et réfléchie ».

Au-delà des structures, les soignants eux-mêmes apparaissent sensibilisés à ces démarches de santé publique.

Le discours maintenu par le Conseil de l'ordre des médecins ces dernières années témoigne de ce souci d'afficher les soignants comme des acteurs de premier plan de la prévention, de

³³² Ces citations sont respectivement tirées des pages 59 et 138 du schéma. ARH Aquitaine, *Schéma régional d'organisation sanitaire 2006 – 2011*, mars 2006

l'amont de leur mission diagnostique et thérapeutique. Dans plusieurs numéros du Bulletin de l'Ordre, la santé publique revient en filigrane dans les préoccupations des dossiers, dédiés notamment à la santé environnementale, au lien entre santé et précarité ou encore au défi du grand âge, donc à des approches populationnelles ou socio-sanitaires.

Ainsi la santé publique paraît devenir un référentiel et même un facteur de légitimation des démarches de soins, à l'hôpital tout comme chez les médecins libéraux. Plusieurs parmi ces derniers affirment avoir toujours été « très préventifs », même s'ils ne définissent pas nécessairement la signification de ce positionnement. Certains praticiens reprennent la définition élargie de la santé de l'OMS, et vont même jusqu'à dénoncer le discours sur la prétendue nouveauté des pratiques de santé publique. Les médecins généralistes affirment tout particulièrement « c'est ce qu'on fait. On fait ça depuis toujours », ou encore « nous on le fait au quotidien ! Ce n'est pas écrit comme ça sur nos plaques mais, on prend en charge des gens et on les prend en charge dans leur quotidien. On sait où ils travaillent, comment ça se passe avec le conjoint, avec les voisins, s'ils sont au chômage... Nous, on est impliqué à cent pour cent là-dedans. Donc quand on nous dit que la personne ce n'est pas juste un organe, on le sait depuis longtemps. Donc effectivement, la définition de la santé par l'OMS c'est le bien-être physique, psychique, mais c'est la définition de la santé en général dans un cabinet de médecine générale. C'est notre quotidien, pour nous ça semble évident ! »³³³

Ce discours est largement relayé par les représentants syndicaux : par exemple « il ne faut pas oublier que nous avons ça aussi dans notre convention : la dernière convention, l'avenant 23, on parle de prévention, c'est quand même quelque chose d'innovant [...]. Par exemple il y a des plans prévention contre l'obésité, ou même autour de l'enfant, il y a pas mal de plans, [...] on a déjà quand même quelque chose où les médecins participent à la prévention. »

Enfin, l'intégration progressive des logiques de santé publique dans l'organisation des soins est visible dans la politique menée par le financeur principal de ces soins, à savoir les organismes d'Assurance maladie. Leur mission de prévention est mentionnée dans le code

³³³ L'Igas estime ainsi qu'entre 17 et 25 % du temps des généralistes serait consacré à des actes de prévention (Igas, *Santé, pour une politique de prévention durable*, op. cit. p. 78). De même, 63 % des consultations enregistrées de la base Thalès pour 1999 comprennent au moins un diagnostic de prévention et « l'activité libérale de prévention des médecins généralistes aurait représenté en 1999 environ 15 % des dépenses de consultation » (p. 114)

de la Sécurité sociale depuis la loi du 5 janvier 1988 qui a servi de base juridique à la création du FNPEIS du régime général.

De fait, le nouveau référentiel d'action de l'Assurance maladie, de payeur à « gestionnaire du risque maladie » va dans le sens d'une profonde intégration des missions de santé publique au « métier » de l'Assurance maladie, comme cela est souligné par les acteurs rencontrés dans les caisses primaires, parmi les directeurs comme parmi les représentants des partenaires sociaux. La gestion du risque constitue en effet une mission englobante : bien au-delà du seul paiement des actes effectués, il s'agit de réguler l'offre de soins, en sensibilisant et en informant les prescripteurs et les usagers. Une directrice de caisse primaire définit la gestion du risque autour de trois grandes missions, à savoir veiller à ce qu'il n'y ait pas d'actes inutiles, éviter de payer des actes utiles mais « au mauvais prix » et enfin éviter tout bonnement que les actes eux-mêmes soient utiles, par une réduction de la survenance des pathologies. Dans ce cadre, « en matière de prévention on fait énormément de choses ». Si les deux premières missions s'apparentent à un contrôle des professionnels, de leurs cotations et facturations, elles comportent également une dimension d'information, notamment par les visites de délégués de l'Assurance maladie (Dam). Le troisième volet est quant à lui directement tourné vers l'activité de santé publique, « niveau le plus développement durable, celui qui prend les choses le plus en amont », comme l'explique une directrice de caisse primaire. L'Assurance maladie s'implique dans divers partenariats, notamment pour le cofinancement de campagnes de prévention. Elle met également en oeuvre des interventions propres : un centre d'examen de santé offre, au niveau des caisses primaires, des examens gratuits, notamment en direction des populations précaires ; l'Assurance maladie finance le dépistage du cancer du sein, avec double lecture des radiographies ; elle organise des déplacements sur le terrain, notamment en milieu scolaire ou carcéral, pour diffuser l'information sur des thématiques variées, notamment l'hygiène de vie ou la nutrition. Toutes ces contributions au meilleur état de santé de la population et à une meilleure efficacité de l'offre de soins, relèvent bien de la santé publique, que ce glissement des missions soit interprété comme le souci d'être un véritable assureur social complet ou, plus cyniquement, comme le « témoignage d'un réflexe de protection institutionnelle »³³⁴.

³³⁴ Igas, *Santé, pour une politique de prévention durable*, op. cit. p. 120

Il apparaît donc que des pratiques de santé publique, notamment préventives, sous l'angle individuel ou collectif innervent la planification comme la pratique du soin. La santé publique se donne à voir là où elle ne se dit pas, à travers la présence, dans l'expérience des soignants ou des planificateurs du soin, de référentiels qui lui sont associés.

Cependant, la convergence entre soin et santé publique suit, de manière concomitante, une voie inverse : si la santé publique devient un volet du soin, le soin apparaît en lui-même comme un impératif, un enjeu, de santé publique.

Nous avons déjà mentionné l'inclusion des activités thérapeutiques dans les problématiques de santé publique par le biais de la sécurité sanitaire. Comme le souligne Tabuteau, « comment imaginer que les soins ne constituent pas une composante essentielle de la santé publique, comment exclure la lutte contre la iatrogénèse, à savoir la sécurité sanitaire, du champ de la discipline ? »³³⁵ Dans la même veine, la publicisation des infections nosocomiales a relancé le débat sur la vigilance au cours des actes de soins. C'est donc le volet de la qualité des activités curatives qui devient un enjeu essentiel de l'intervention en santé publique.

Cependant, au-delà de cette approche centrée sur les risques sous-jacents aux activités de soin, un ancien dirigeant de structure aquitaine d'éducation pour la santé souligne combien pour les problèmes relevant de la prise en charge individuelle « les grilles d'analyse sont celles de la santé publique » aujourd'hui. Selon lui, « on a changé dans les façons de dire la santé, [...] on a changé de lecture ». Un cas de grippe aujourd'hui n'est plus, selon lui, seulement considéré comme la conséquence du virus de la grippe, mais d'une couverture vaccinale insuffisante. De même, l'obésité chez l'enfant n'est pas conçue comme due à la seule transmission d'un gène mais lié par exemple à la présence de distributeurs de sucreries dans les établissements scolaires. Ainsi, « toutes les situations individuelles ne sont que des manifestations d'une problématique plus large », « aujourd'hui il est flagrant pour tout le monde que ce type de problème est un problème collectif. Ce n'est que manifestation de la défaillance de la coordination des différents acteurs ». En ce sens, « on est, de fait, dans une logique de santé publique ».

³³⁵ D. Tabuteau, *Les contes de Ségur*, op. cit. p. 134

Les modes d'organisation des professionnels sur le territoire, les problématiques d'accès ou encore de qualité sont autant de thématiques aujourd'hui largement médiatisées et qui font l'objet de discours en termes de santé publique au sens d'enjeu sanitaire de société. Les préoccupations dites « de santé publique » tiennent souvent de l'argumentaire pour critiquer l'organisation des soins ou en justifier la réforme.

L'accès aux soins d'un point de vue à la fois qualitatif et quantitatif sur l'ensemble du territoire national s'impose comme un enjeu de santé publique. Il convient tout d'abord de rappeler le lien organique, simple mais essentiel, qu'ont établi les acteurs entre l'Assurance maladie financeur du soin et la santé publique, au-delà de la contribution de l'institution aux actions de prévention. Car à l'échelle de la nation et sur la longue période, rendre la majeure partie de la population solvable afin qu'elle puisse se soigner contribue à améliorer les conditions de vie et de santé de la collectivité : « par définition, rien que le fait d'exister et de rembourser des soins ça contribue à la santé publique. [...] par définition l'Assurance maladie est un acteur de la santé publique essentiel », souligne un directeur de caisse.

Parallèlement, la démographie médicale, en termes géographiques ou par spécialité, l'organisation de la formation des professionnels ou de leur temps de travail, loin de ne représenter que des enjeux catégoriels propres à la profession, deviennent des préoccupations majeures des pouvoirs publics. Cette logique sous-tend la rédaction du Programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins (Praps), créé par la loi du 29 juillet 1998 et aujourd'hui intégré dans le Programme régional de santé publique³³⁶. Les Praps témoignent de la prise de conscience que le soin, loin de n'être qu'une démarche individuelle, relevant du seul colloque singulier, doit au contraire être considéré comme un pilier de l'intégration à l'échelle du corps social, dans une optique globale de santé publique.

Les acteurs locaux abordent clairement la question de l'accès au soin sous l'angle de la santé publique. Certains insistent notamment sur l'accès de tous aux soins de qualité égale, indépendamment du milieu social, donc sur le problème des « freins à l'accès ». Parallèlement à cette approche socio-sanitaire, décideurs et professionnels semblent

³³⁶ Loi d'orientation n° 98-657 du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions. Il est intéressant de remarquer que l'accès aux soins pour tous est abordé dans une loi sociale, non pas dans une loi spécifiquement dédiée à l'organisation sanitaire.

aujourd'hui revenir sur le problème plus classique de l'accès aux soins dans le temps et dans l'espace.

Si de nombreux analystes soulignent que le nombre de médecins n'a jamais été aussi important en France, la question de la possibilité de consulter se fait plus problématique, si ce n'est polémique. Dans un système de santé fondé sur des soins primaires assurés par des médecins libéraux – bien que rémunérés par l'Assurance maladie – donc libres de s'installer quand et où ils le souhaitent et de gérer librement leur temps de travail, les pouvoirs publics ne peuvent réellement assurer la régulation globale de l'offre et son adéquation avec les besoins de soins de la population. Dans ces conditions, les thématiques de la démographie médicale et de la permanence des soins, c'est-à-dire la continuité et l'égal accès aux soins sur tout le territoire, notamment aux heures habituelles de fermeture des cabinets médicaux³³⁷, s'imposent comme des controverses dans le champ de la santé publique.

Les acteurs locaux inscrivent largement la permanence des soins parmi les « problèmes de santé publique », notamment du fait de sa gestion « paradoxale ». Le Préfet est en charge de son organisation mais depuis 2003, la participation à la permanence des soins n'est plus qu'une obligation déontologique, puisqu'elle s'effectue réglementairement sur la base du volontariat. Pour un président de caisse primaire, outre le coût représenté par la rémunération de cette permanence, c'est en termes de « santé publique » que les conséquences sont les plus inquiétantes, l'organisation actuelle sans véritable responsable constituant « un fiasco ». Malgré des incitations financières consenties aux praticiens s'impliquant dans la permanence des soins, « le retour est catastrophique ». Au-delà du seul enjeu de l'organisation des cabinets et du temps de travail pour les médecins, cette problématique paraît mettre en question les garanties offertes par le système français, puisque le manque de praticiens volontaires pourrait signifier une absence pure et simple de services de soins dans certains territoires, avec toutes les conséquences en termes sociaux et épidémiologiques que cela peut supposer.

Dans ce contexte, les pouvoirs publics ont eu recours à une nouvelle réforme réglementaire qui ne fait que souligner un peu plus la place de la permanence des soins dans les réflexions de santé publique. Avec la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007³³⁸, et le

³³⁷ La permanence des soins s'entend de 20 heures à 8 heures les jours ouvrés ainsi que les dimanches et les jours fériés (article R.6315-1 du code de la santé publique)

³³⁸ Loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006

décret n° 2006-1686 du 22 décembre 2006 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins, cette activité devient explicitement une « mission de service public ». Cette mesure répond certes à une proposition faite par le Conseil national de l'Ordre des médecins le 27 janvier 2006 au ministre de la Santé, dans le but de protéger juridiquement les praticiens, donc à une revendication catégorielle présentée comme la seule manière de développer le volontariat³³⁹. Il n'en demeure pas moins que concevoir l'accès à la médecine de premier recours en termes de « service public » en fait une problématique d'intérêt général, une nécessité pour l'ensemble de la population appelant une garantie nationale.

La problématique de la démographie médicale connaît des questionnements assez proches, posant, d'une autre manière encore le problème de l'accès aux soins. Les inégalités territoriales de santé étant avérées, les questionnements sur le nombre de praticiens présents sur un territoire, notamment en zones rurales, tendent à se situer à la croisée d'intérêts catégoriels et de l'intérêt général. Interroger la démographie médicale au niveau local revient à repenser les conditions d'exercice des médecins déjà en place en zones déficitaires ou rurales, tout en garantissant un accès matériel effectif aux soins pour les populations. En effet, un nombre insuffisant de praticiens sur un territoire entraîne des conditions très difficiles d'exercice pour les professionnels installés (surcharge de travail, distance à parcourir pour les visites, gardes fréquentes, donc difficulté à trouver un remplaçant ou un reprenneur de la clientèle), tandis que l'accès effectif aux soins ne semble pas garanti (temps de déplacement du médecin, désertification médicale, notamment avec le départ d'un praticien). Préoccupations professionnelles des soignants et santé publique apparaissent là comme les deux facettes d'un même problème public : garantir des conditions de travail acceptables dans les zones déficitaires ou désertifiées permet *in fine* d'assurer aux populations le maintien d'une offre de soins sur leur territoire, donc de rendre effectif leur droit à la protection de la santé. L'organisation territoriale des services de soin, au nom de la santé publique, rejoint les préoccupations des professionnels et de leurs instances ordinales.

³³⁹ Dr A. Deseur, Président de la Commission nationale de la permanence des soins et de l'aide médicale, « Une nouvelle organisation pour la permanence des soins », *Le Bulletin de l'ordre des médecins*, n° 2, février 2007, en ligne [page consultée le 28 novembre 2007]. Disponible sur : www.bulletin.conseil-national.medecin.fr

Dans ces conditions, c'est l'organisation même du travail des médecins qui fait irruption dans le champ de la santé publique, à l'inverse de la rhétorique libérale historique. Les évolutions des modalités de la pratique libérale sont tout à fait caractéristiques de cette convergence entre les revendications des praticiens et les préoccupations épidémiologiques et socio-sanitaires portées par les décideurs publics. Si les cabinets secondaires sont aujourd'hui autorisés, c'est bel et bien pour répondre à une revendication ordinale, mais aussi pour permettre à des soignants installés en ville d'exercer à temps partiel dans des zones moins bien dotées en services de santé ; si l'exercice de groupe est largement soutenu par les pouvoirs publics, c'est tant pour alléger la gestion quotidienne des cabinets, notamment au niveau des charges administratives et des coûts, que pour favoriser des implantations pluridisciplinaires en zones rurales ; si les généralistes voient leur activité revalorisée, notamment par l'obtention du statut de spécialiste, c'est aussi pour redonner de l'attractivité à la profession qui assure les soins primaires. Comme le souligne un professeur de médecine, « quand on parle de la médecine de proximité, de la médecine de famille, c'est de la santé publique, mais elle a disparu en France malheureusement ; mais si on revient à une véritable logique de médecine de proximité, pour les zones rurales, c'est de la médecine préventive. C'est le médecin de famille, avec toutes les problématiques où la maladie est là de temps en temps mais où il n'y a pas que la maladie. »

Dans ce contexte, les représentants des professionnels du soin tendent à adapter leur discours : conscients de cette convergence des enjeux, ils font pleinement usage de l'argumentaire en termes de santé publique, comme pour dramatiser les débats sur leur propre organisation.

Nous nous contenterons de deux exemples significatifs, tirés du discours ordinal national. Dans l'éditorial qu'il signe dans le Bulletin de l'Ordre des médecins, son président, nouvellement élu en 2007, tend à donner aux contraintes professionnelles des allures de menaces pour les conditions sanitaires de la population. Il souligne l'importance de ces contraintes qui s'accumulent et réduisent d'autant la part de temps consacrée au patient, donc la nécessité d'une « veille » à exercer concernant les conditions de travail des médecins. Pour lui, cette préoccupation s'impose pour l'ordre « dès lors que l'on se fixe pour but primordial la santé publique »³⁴⁰.

³⁴⁰ M. Legmann, éditorial, « Le médecin doit pouvoir être heureux dans son travail », *Le Bulletin de l'ordre des médecins*, n° 7, septembre 2007, p. 3

Dans un autre éditorial du mensuel, le président tire la sonnette d'alarme à propos de la démographie médicale, cette fois par spécialité³⁴¹. Depuis le décret du 19 mars 2004 en effet, ce ne sont plus des « compétences » mais seulement des « qualifications » à usage exclusif qui sont délivrées aux médecins. Cela signifie par exemple qu'un spécialiste d'organe ne peut désormais plus exercer comme oncologue, mais doit choisir l'une des deux disciplines. Cette décision peut entraîner une pénurie dans certains secteurs, d'où une dénonciation des praticiens, cancérologues notamment, qui disent ne plus pouvoir faire face, seuls, aux besoins. Dans ces conditions, l'Ordre propose au ministère de réhabiliter la délivrance de compétences, et ce même si ces compétences ne seront pas « exportables », car non reconnues au niveau européen. La conclusion de cet éditorial est tout à fait explicite quant au lien que fait l'instance ordinale entre ses missions de défense des professionnels et ses préoccupations épidémiologiques et sociétales affichées : « rien ne nous interdit d'organiser la profession pour pourvoir à nos besoins internes, tant qu'il s'agit de faire œuvre utile pour la santé publique : cela fait partie de nos missions »³⁴².

Dans ces conditions, la démographie médicale devient de fait, comme l'ont expliqué Saint André et Richard, « une question de société » : « il apparaît clairement qu'aucune proposition concernant les flux de formation des professions de santé ne devrait être faite sans une réflexion approfondie sur les besoins de soins de la population, sur les objectifs de santé publique mais aussi sur les souhaits (voire les revendications) des professionnels en matière de conditions de travail et de modalités d'exercice de leur métier »³⁴³. Traiter de la démographie des praticiens en ces termes revient bien à en faire un problème non plus tant d'organisation des soins mais bien, plus largement, de santé publique, au sens d'un questionnement sur l'état de santé à l'échelle de la population française dans son ensemble.

Les acteurs parties prenantes de l'agir sanitaire expérimentent donc aujourd'hui des configurations dans lesquelles soin et santé publique en tant que domaines mais également référentiels d'action publique sont liés dans un mouvement d'influence et d'inclusion

³⁴¹ M. Legmann, éditorial, « Réhabilitons les compétences », *Le Bulletin de l'ordre des médecins*, n° 9, novembre 2007, en ligne [page consultée le 28 novembre 2007]. Disponible sur : www.bulletin.conseil-national.medecin.fr

³⁴² *Ibid.*

³⁴³ J.-P. Saint-André, I. Richard, « La crise de la démographie médicale : une illusion ? », *Esprit*, n° 1, 2007, *L'Hôpital en mouvement*, pp. 65 – 75, ici p. 65

réciproque. Cette double relation permet d'aller plus loin, en posant la question d'une véritable réunification. Le soin et la santé publique peuvent être conçus, malgré des catégorisations persistantes dans le discours des acteurs, comme ne faisant qu'un, comme les deux facettes d'un même agir qui se déploierait en fait à travers les deux registres.

Nous l'avons vu, un système historiquement fondé sur la logique biomédicale individuelle est aujourd'hui en proie à des évolutions ou au moins à des pressions en ce sens. Or ce processus apparaît incrémental, par opposition à un changement des référentiels de manière *ad hoc*. L'agir sanitaire illustre ainsi la dynamique décrite par Lascoumes, selon laquelle aucun projet d'action publique n'est « édifié sur un terrain vierge », l'espace politique et social étant organisé selon des programmes passés sur lesquels les nouveaux se superposent, « réorientant en partie des catégories de pensée, d'action et de jugement, déplaçant ou reformulant des enjeux »³⁴⁴. Dans notre cas, les mêmes activités peuvent être catégorisées spontanément par les acteurs soit dans le soin soit dans la santé publique, et s'intègrent à la fois dans les deux ordres de référentiels. Nous pouvons considérer en ce sens que les acteurs parties prenantes de l'agir sanitaire s'adonnent à des activités de « transcodage », traduisant sans cesse des informations dans des registres aux logiques différentes.

Dans les théories de la communication ou de la linguistique, le transcodage est l'opération qui permet de passer de la représentation d'une information exprimée dans un certain code à la représentation de cette même information exprimée dans un autre code. Il s'agit de convertir des données pour passer d'un système de codage à un autre. Cependant, le cas de l'agir sanitaire nous incite à adopter la notion de transcodage dans le sens que lui donne Lascoumes : au cours de ces « activités de regroupement et de traduction d'informations et de pratiques dans un code différent », puis de diffusion à l'intérieur et à l'extérieur d'un champ social, le signifié lui-même évolue³⁴⁵.

³⁴⁴ P. Lascoumes, « Rendre gouvernable : de la "traduction" au "transcodage". Analyse des processus de changement dans les réseaux d'action publique, in J. Chevalier, dir., *La gouvernabilité*, Paris, Presses Universitaires de France, 1996, pp. 325 – 338, ici p. 334

³⁴⁵ P. Lascoumes, *L'écopouvoir*, *op. cit.* p. 22. Nous renvoyons également à l'apport de la sociologie de la traduction développée par Callon et Latour, notamment M. Callon, « Éléments pour une sociologie de la traduction. La domestication des coquilles Saint-Jacques et des marins pêcheurs dans la baie de Saint-Brieuc », *L'année sociologique*, n° 36, 1996, pp. 169 – 208

Avec cette approche par le transcodage, Lascoumes s'inscrit dans une vision dynamique de l'action publique, construite par des d'activités plus que par des rôles bien définis. Il prend une certaine distance avec la construction des référentiels en termes de « médiation », telle que l'analysent Jobert et Muller³⁴⁶. Chez Lascoumes, les opérateurs du transcodage sont « beaucoup plus diffus, bien moins structurés et ont des statuts hétérogènes »³⁴⁷. L'observation de terrain permet d'appliquer cette analyse à l'agir sanitaire, tant l'évolution des référentiels et l'action/rétroaction que connaissent le soin et la santé publique sont portées par des catégories diverses d'acteurs, tant professionnels soignants que spécialistes de santé publique ou encore agents administratifs, tous dotés d'un certain « pouvoir de requalification, de mise en relation d'éléments épars de jugement »³⁴⁸. Par conséquent, le transcodage n'est pas le résultat de l'action d'un groupe d'acteurs déterminé, mais plutôt des activités définitionnelles combinées d'acteurs divers exerçant une certaine autorité sociale.

Comme l'a noté Lascoumes pour l'action environnementale, les matériaux comme les opérateurs sont multiples, les activités de traduction n'étant pas sous-tendues par une rationalité claire et continue. Le transcodage, en tant que processus de construction de sens, court alors en amont et en aval de la mise sur agenda. Il en est un préalable puisque les opérations de transcodage « créent le cadre cognitif de construction des problèmes, profilent des projets d'action et légitiment ainsi les entreprises », mais assurent également un « cadre de réception, d'interprétation et d'adaptation » pour les idées et les actions entreprises en leur nom³⁴⁹.

Les acteurs rencontrés paraissent travailler, consciemment ou non, à ce processus de recyclage et de réorganisation des idées qu'ils se font de la santé, faisant se rencontrer légitimement le soin et la santé publique. Nous l'avons vu, ils continuent souvent de catégoriser, de raisonner en termes sectoriels, mais les définitions non stabilisées qu'ils donnent montrent finalement que nous ne sommes pas en présence de secteurs strictement définis mais plutôt de compromis changeants. Les acteurs mêmes qui tentent de définir clairement le soin, la santé publique ou la santé, sont les mêmes qui, par leur discours, font

³⁴⁶ B. Jobert, P. Muller, *L'État en action*, op. cit.

³⁴⁷ P. Lascoumes, *L'écopouvoir*, op. cit. p. 23

³⁴⁸ *Ibid.*

³⁴⁹ *Ibid.* p. 23

s'entremêler les problématiques et enrichissent les référentiels de l'action publique, indépendamment de leur rôle professionnel.

À travers le discours des acteurs, c'est donc un lien quasi organique entre le soin et la santé publique qui se fait jour, sur la base d'un brouillage et d'un réagencement des catégories. Ce processus tend à favoriser, nous le verrons, l'inclusion dans la construction de l'agir sanitaire, d'objectifs nouveaux et d'outils d'intervention pluriels, issus d'autres secteurs de l'action publique, selon une dynamique élargie de transcodage.

2. Évolution des missions des acteurs historiques : le chantier permanent

L'ensemble des évolutions normatives portant à la fois sur ce qu'est la santé et ce que doit être sa gestion s'accompagne d'une constante et rapide production réglementaire. La santé apparaît « en chantier » permanent³⁵⁰, au niveau de ses organisations et de ses structures, mais également de ses financements, donc au niveau même des missions que doivent légalement et légitimement assumer les acteurs historiques. Ces derniers reviennent très largement sur ce contexte de réforme permanente avec lequel ils doivent composer et expriment une sorte de prise de conscience partagée que leurs pratiques doivent évoluer pour y être conformes. Nous traitons ici d'acteurs que nous qualifions d'historiques puisqu'ils représentent des catégories qui se sont imposées comme centrales dans la structuration du monde de la santé, notamment depuis son irruption dans la sphère publique : il s'agit bien évidemment des médecins, mais également des agents des administrations déconcentrées et de l'Assurance maladie, auxquels nous ajoutons les gestionnaires des hôpitaux, structures phares du système de santé français.

Les représentations qui jalonnent le discours des acteurs historiques de la santé sont avant tout celles de la complexité des configurations dans lesquels ils évoluent, parfois doublée d'une mise en cause de la cohérence voire de la légitimité des réformes. Notre enquête révèle des acteurs aquitains soumis à une sorte d'injonction à investir des changements normatifs sans toutefois en intégrer systématiquement la plus-value.

³⁵⁰ J. P. Claveranne, M. Brémond, A. Teil, introduction du dossier « Organisation, décision et financement des systèmes de soins », *Actualité et dossier en santé publique*, n° 33 décembre 2000, pp. 19 – 20

2.1 Des représentations en termes de changement : évolution des missions, expectative voire défiance

Il n'est pas possible de reprendre en intégralité le contenu des multiples réformes relatives à la planification des soins, à la programmation de santé publique, ou encore à la pratique des professionnels de santé qui se sont succédées, jusqu'à aujourd'hui. La seule évocation des rapports et des textes législatifs et réglementaires produits ou entrés en application durant la période de notre enquête, donc entre la fin 2006 et l'été 2008, donne une criante illustration du chantier permanent à l'œuvre en matière de santé. Au fil des entretiens les acteurs aquitains ont très largement évoqué plusieurs évolutions en cours à l'échelon national, affectant effectivement ou potentiellement les missions et les manières de faire.

C'est tout d'abord à la « nouvelle gouvernance » mise en œuvre à l'hôpital comme au sein du réseau de l'Assurance maladie qu'il est fait référence de manière quasi systématique. Le plan Hôpital 2007 annoncé par le ministre Mattei en novembre 2002, tout comme le rapport Larcher de décembre 2007 que nous avons déjà eu l'occasion de mentionner, préfigurant une nouvelle évolution de l'organisation hospitalière³⁵¹, sont décrits comme autant d'étapes supplémentaires dans ce qui apparaît aux acteurs comme une « réforme hospitalière permanente »³⁵². « On est sous un rythme de réforme assez continu » explique un directeur d'établissement, une de ses homologues parlant elle d' « un mécanisme permanent de réforme à intégrer ». Ces représentations spontanées retrouvent largement les nombreuses analyses traitant des réformes hospitalières : Tabuteau parle par exemple de « cycles de réformes » poursuivis depuis les années 1980, tandis que Vincent insiste sur « le nombre et la fréquence des réformes en matière hospitalière depuis trente ans » dans des domaines

³⁵¹ Commission de concertation relative aux missions de l'hôpital, « État des lieux réalisé par la commission de concertation relative aux missions de l'hôpital, présidée par M. Gérard Larcher », 14 décembre 2007. Le plan Hôpital 2007 se concrétise notamment avec l'ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé et l'ordonnance n° 2005-1112 du 1^{er} septembre 2005, portant diverses dispositions relatives aux établissements de santé et à certains personnels de la fonction publique hospitalière.

³⁵² Ces mots sont empruntés à une directrice d'hôpital public.

aussi divers que le financement, l'organisation interne, la sécurité sanitaire ou les droits des usagers³⁵³.

Au-delà des réformes hospitalières, c'est l'ensemble du monde social de la santé qui fait l'objet de réflexions et de transformations successives. La loi du 13 août 2004 relative à l'Assurance maladie instaure une nouvelle organisation du réseau des caisses et entérine, nous l'avons dit, une réorientation de leurs missions. Les acteurs composent également avec une refonte des enveloppes dédiées aux projets de soins en 2007 : conformément à la loi de financement de la Sécurité sociale, le Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) est intégré à un nouveau Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (Fiqs) qui regroupe le FAQSV et la Dotation nationale des réseaux, pour un décloisonnement des financements destinés à la ville et à l'hôpital³⁵⁴.

Les rapports parus en 2007 et 2008, au cœur de notre période d'enquête, marquent particulièrement le discours des acteurs aquitains. Ils participent de cette représentation d'évolution permanente des cadres d'action, même s'ils n'ont pas force de loi, dans la mesure où ils préfigurent la (nouvelle) grande réforme annoncée par Roselyne Bachelot, avec le projet de loi « Hôpital, patients, santé et territoires ». Ce projet aux ambitions très larges de modernisation du système de santé se fonde sur quatre missions, envers lesquelles les acteurs aquitains ont manifesté une profonde attention, mêlée parfois d'une certaine inquiétude. En plus de la mission Larcher dédiée à la modernisation de l'hôpital, la mission Berland-Podeur a été chargée d'organiser les États généraux de l'organisation des soins (Egos) en début d'année 2008, centrés sur les soins de premiers recours. Par ailleurs, la mission Flajolet a remis le 28 avril à la ministre de la Santé un rapport sur les « disparités territoriales du résultat des politiques de prévention sanitaire », tandis que la mission Ritter a donné lieu à un rapport sur la création des ARS rendu en janvier 2008³⁵⁵. Ajoutons le

³⁵³ D. Tabuteau, *Les contes de Ségur*, op. cit. p. 315 ; G. Vincent, « Les réformes hospitalières », *Revue Française d'Administration Publique*, n° 113, 2005, pp.49 – 64, ici p. 50

³⁵⁴ Ce fonds est destiné aux réseaux, aux projets promouvant de nouveaux modes d'exercice et les structures de permanence des soins, les actions de maintien d'activités en zones déficitaires, ou l'exercice pluridisciplinaire et regroupé.

³⁵⁵ A. Flajolet, *Peut-on réduire les disparités de santé ? Rapport sur les disparités territoriales du résultat des politiques de prévention sanitaire*, Paris, La Documentation française, 2008 ; P. Ritter, *Rapport sur la création des Agences Régionales de Santé*, janvier 2008

rapport Grall rendu public en août 2007, qui pose les bases d'une réforme de la permanence des soins qualifiée de « peu fiable, fragile et coûteuse »³⁵⁶.

La succession des réformes implique de multiples amendements des missions dont les acteurs historiques apparaissent pleinement conscients. Tous affirment que les structures et les pratiques ont dû et doivent encore évoluer pour se mettre en conformité avec les cadres changeants. Les représentations des acteurs aquitains témoignent d'une idée généralisée de changement, alimentée par une constante mise en discours. Elles sont empreintes d'une certaine intériorisation de la contrainte induite par la constante évolution normative. Elles renvoient à une sorte d'injonction à reconnaître un contexte de changement, même si les contours ou la portée de ce dit changement ne sont pas toujours clairement définis.

Le discours relayant le champ lexical du changement, de l'évolution, se rapporte tout d'abord au monde de la santé dans sa globalité. « Bien sûr, sur le moyen et le long terme, on voit beaucoup de choses changer », affirme le directeur de l'Urcam. Le responsable d'une association régionale considère que « quand on regarde les vingt dernières années, le monde de la santé a beaucoup changé ». De même pour un chef d'établissement « en vingt ans les choses ont énormément changé, la politique de santé a été largement modifiée ». Une coordinatrice de réseau constate de la même manière qu' « il y a eu une énorme évolution dans les représentations. [...] Il y a une évolution dans les textes, qui fait que, de toute manière, nous, dans notre pratique, on doit se mettre en conformité avec les textes ».

L'impression de mouvement se rapporte souvent aussi, plus particulièrement, aux thématiques de la prise en charge globale et de la santé publique, « je trouve que de plus en plus il me semble qu'on avance » confie un praticien hospitalier ; un médecin de PMI insiste sur « une marche en avant », « maintenant on en parle plus, je crois que, oui, c'est quelque chose qui se dit, qui se pense, s'écrit ».

Par ailleurs c'est à l'égard de leurs missions respectives que les acteurs aquitains notent une dynamique de changement, indépendamment de leurs structures d'origine ou de leurs modes d'exercice. Le responsable du Service communal d'hygiène et de santé de la ville de Bordeaux mentionne par exemple une « évolution terrible » des missions du service qu'il dirige. De même que selon un de médecin inspecteur, l'administration déconcentrée serait

³⁵⁶ J.-Y. Grall, Rapport « Mission de médiation et propositions d'adaptation de la permanence des soins », août 2007, ici p. 3

« en plein dans une période d'évolution ». Une directrice d'hôpital évoque la « grande capacité de changement » dont doivent faire preuve les établissements, l'enjeu majeur étant « d'abord, s'adapter ».

Les acteurs rencontrés au sein du réseau régional de l'Assurance maladie sont parmi ceux qui expriment avec le plus de force le bouleversement de leurs missions. « Notre rôle aujourd'hui ce n'est plus de travailler comme on travaillait il y a trente ans ou comme on travaillait en 45 », explique un président de caisse ; « Ça a changé. Aujourd'hui on n'est plus des liquidateurs de prestations. C'est étonnant dans le volume d'activité. Donc ça veut dire que toutes ces ressources humaines qui autrefois travaillaient sur la production, les prestations, etc. doivent se réaffecter pour avoir une qualité de service autre... et puis essayer de penser autrement ». Le directeur de l'Urcam explique également que « le service public s'est beaucoup modernisé, s'est professionnalisé, on ne travaille plus de la même manière qu'il y a dix ans ». Il expose longuement dans quelle mesure les nouvelles responsabilités de l'Assurance maladie gestionnaire du risque, notamment l'information des patients sur la qualité des services ou la diffusion de référentiels auprès des professionnels, représentent « un enrichissement de la première mission » des caisses, étant donné que « au fur et à mesure du temps les textes successifs ont donné de plus en plus de compétences là-dessus. »

Sur la base de missions amendées, ce sont des relations qui se transforment progressivement que les acteurs cherchent à mettre en relief. Pour ce qui est des rapports entre les services de l'État et de l'Assurance maladie, « on a tous les jours dans la pratique des exemples de collaborations, des choses qui marchent très bien, qui auraient été inimaginables il y a dix ans, affirme le directeur de l'Urcam. Il faut voir ça sur le long terme. Au total, les choses changent beaucoup ».

De même, entre les soignants et l'équipe de direction dans les hôpitaux, « on est de plus en plus dans une culture de partage, affirme un chef d'établissement. Les médecins ne peuvent pas se désintéresser de la gestion et les gestionnaires doivent intégrer les difficultés, les contraintes des médecins dans leur exercice. Il y a des interactions qui sont permanentes et qui doivent être prises en compte. [...] Ça a beaucoup changé en vingt ans dans ce domaine : les relations sont passées d'un mode conflictuel à un mode de recherche d'alliance », face aux difficultés imposées par l'environnement de l'hôpital. Un médecin chef de service met aussi en avant les évolutions des relations entre les praticiens et les

agents institutionnels : « ça a beaucoup changé. Parce qu'il fût une époque, pas très lointaine, où il y avait d'un côté l'administration qui par définition est ennuyeuse, tatillonne et irresponsable, et il y avait de l'autre côté ceux qui étaient sur le terrain, qui travaillaient, etc. Deux mondes à part qui ne s'aimaient pas, l'un étant considéré comme ennuyant l'autre. Ça a beaucoup évolué. Ça a beaucoup évolué d'abord parce que les médecins eux-mêmes se sont impliqués de plus en plus sur des actions administratives, en termes d'économie de santé, en termes de compréhension de ce que coûte une décision médicale, sur l'organisation, la gestion des personnels, sur l'optimisation des moyens. [...] il y a un rapprochement, très clair, depuis quelques temps, entre l'administration et les professions médicales et paramédicales. Et ça s'est traduit par l'évolution de la gouvernance.»

L'expression d'un changement affectant toutes les sphères relationnelles et de responsabilités est donc particulièrement forte dans le discours des acteurs rencontrés. Cependant, s'ils cherchent souvent à saluer des évolutions considérées comme des avancées, cette conscience des multiples réformes et des évolutions normatives et cognitives qui les accompagnent entraîne un certain malaise chez les acteurs aquitains. Aux incertitudes qui caractérisent l'objet santé lui-même nous l'avons vu, mais aussi la survenue même des maladies et l'état de santé des populations, vient s'ajouter un autre type d'incertitude, d'ordre juridique et normatif cette fois, produit par le mouvement incessant des cadres réglementaires et légaux.

Un directeur adjoint des affaires sanitaires et sociales souligne la complexification de son contexte d'action, parlant de « secteur où on est dans l'inflation de normes [...] c'est un peu difficile à vivre ». Un chef d'établissement décrit aussi une « mécanique infernale », se traduisant par « une avalanche de normes » édictées dans un temps très court. Un de ses collègues mentionne pour sa part « l'état parfois calamiteux de la production des réformes, [...] le caractère inflationniste des normes juridiques, la baisse de qualité des textes, l'insécurité juridique qui en découle. » Une autre directrice d'hôpital revient spontanément sur ce permanent changement de règles, cette « espèce de frénésie permanente », source d'une « instabilité juridique qui est très grande ». Ainsi « on change les règles du jeu très souvent », poursuit-elle, « et c'est un des points sur lesquels aujourd'hui le monde de la santé est le plus pénalisé ». En effet, « on a à peine le temps d'intégrer un certain nombre de règles du jeu qu'elles ont déjà changé. Ça c'est difficile à intégrer pour tout le monde. En

termes de gestion c'est d'autant plus lourd à porter, parce que ce qu'on peut considérer comme acquis pour un certain nombre d'années peut être remis en cause le lendemain ». « On gagnerait à avoir une certaine stabilité pour poser dans le temps un certain nombre de choses » conclut un de ses homologues.

C'est donc le rapport au temps qui paraît problématique dans les réformes sanitaires, du moins dans les représentations des acteurs qui soulignent, outre la succession des changements, un processus décisionnel dicté par l'urgence, en opposition avec les temps longs qui caractérisent l'épidémiologie ou l'institutionnalisation de nouvelles instances. Un chef d'établissement évoque par exemple de manière significative une « société post canicule » qui nécessiterait un affichage permanent d'une action politique rapide.

Plusieurs acteurs soulignent par exemple que le GRSP aquitain n'a un fonctionnement effectif que depuis 2006 : sa refonte éventuelle dans une ARS signifierait donc sa disparition seulement deux ans après la mise en œuvre de la réforme de santé publique précédente, sans que l'on n'ait pu évaluer les apports de ce dispositif. De même en 2007 les hôpitaux aquitains viennent tout juste de mettre en place les nouvelles instances prévues dans le cadre de la « nouvelle gouvernance », notamment les pôles et les Conseils exécutifs, tandis que la T2A n'est encore appliquée que de manière partielle : directeurs et praticiens s'inquiètent donc que les nouvelles réformes annoncées pour l'automne 2008 ne les obligent encore une fois à revoir leur organisation interne. « En général, aucune des réformes n'arrive à son terme avant qu'une autre réforme ne modifie les règles du jeu », explique un directeur d'hôpital. Il rappelle qu' « en 1991 on attendait encore des décrets d'application de la loi de 70 ! »

Dans ces conditions, les acteurs aquitains adoptent bien souvent une attitude d'expectative face à ce que l'on pourrait qualifier de flottement des configurations. La production juridique et les cadres de l'action publique ne sont pas stabilisés dans l'esprit même des acteurs qui, de ce fait attendent les changements réglementaires et institutionnels annoncés, sans véritablement parvenir à construire de certitudes sur leur situation future. Les fonctionnaires des services déconcentrés notamment, expriment des inquiétudes sur le devenir de leurs missions, tout particulièrement dans les Ddass, qui ont déjà vu leurs champs de compétences restreints et ne qui correspondent pas au niveau territorial privilégié qu'est la région.

Mais le projet de création des ARS, véritable serpent de mer dans les débats sur les réformes sanitaires des années 2000 et « une des grandes priorités politiques annoncées du moment »³⁵⁷, est sans doute celui qui marque le plus profondément le discours des acteurs aquitains puisque les prérogatives de ces nouvelles organisations ne sont pas encore stabilisées au moment de notre enquête et suscitent à la fois interrogations, attentes et craintes.

Les entretiens ont été menés dans un contexte d'incertitude quant au périmètre des ARS. Il s'agit selon certains, avec ces instances, de tendre vers une régulation plus cohérente des soins en mettant fin au système dual opposant une hospitalisation gérée par les ARH et une médecine ambulatoire restée dans le giron de l'Assurance maladie ; cependant d'autres souhaitent aller plus loin et appellent à une régulation globale de la santé par le regroupement dans une même structure du soin et des missions relatives à la santé publique, voire au médico-social. Il s'agit dans ce second cas de mettre en question les GRSP instaurés en 2004 et de renégocier les rapports avec les institutions responsables du champ médico-social, notamment les Conseils généraux.

Plusieurs acteurs aquitains expriment à cet égard la crainte que dans une telle configuration les prises en charges préventives ou médico-sociales ne soient directement menacées par une suprématie du soin, ce dernier happant la quasi-totalité des budgets et des énergies déployées : pour un agent de Ddass « si on met tout dans le même ensemble c'est le médico-social qui va trinquer ! Tout va aller à l'hôpital ! ».

Les acteurs relaient donc ces deux versions de la réforme à venir, avec plus ou moins de précision selon la date de leur entretien. Si la parution des rapports Ritter et Bur a clarifié certains points, elle n'a pas permis de lever toutes les interrogations des acteurs³⁵⁸.

Ces rapports formulent une même dénonciation d'un système en tuyaux d'orgue dans lequel les interventions demeurent cloisonnées et les enveloppes non fongibles. Ils prônent un pilotage unifié de la santé au niveau régional confié à des ARS au périmètre large, allant de la gestion de l'hôpital, à la médecine libérale, en passant par le secteur médico-social (personnes âgées, handicap) et celui de la santé publique (prévention, sécurité sanitaire).

³⁵⁷ Cette citation est empruntée à un directeur de service déconcentré

³⁵⁸ P. Ritter, *Rapport sur la création des Agences Régionales de Santé*, op. cit. ; Y. Bur, *Rapport d'information en conclusion des travaux de la mission sur les Agences régionales de santé*, présenté à l'Assemblée Nationale le 6 février 2008

Néanmoins, deux scénarii de réforme très différents sont envisagés par MM. Ritter et Bur. Pour le Préfet Ritter, ces ARS pourraient cumuler les fonctions d'organisation de l'offre de soins et de régulation des dépenses de santé. L'Assurance maladie verrait alors son champ d'action se réduire à la facilitation de l'accès aux droits, la liquidation et le contrôle des prestations, l'action sanitaire et sociale, le contentieux, et la lutte contre les fraudes. Selon une seconde option, préférée par Yves Bur, « les fonctions d'organisation du système de santé et celles de régulation des dépenses sont séparées, confiées pour les premières aux ARS, sous la responsabilité du ministère de la Santé, et pour les secondes à l'Assurance maladie ». Le député privilégie donc un schéma qui dissocie l'organisation de l'offre de soins (permanence des soins, carte sanitaire, planification et recomposition hospitalière, formation, évolutions des modes de rémunération...) gérée par les ARS et la gestion du risque pilotée par l'Assurance maladie. C'est donc dans cette gestion du risque que réside la grande différence entre ces deux scénarii : pour Philippe Ritter elle revient aux ARS, l'Assurance maladie n'ayant plus que le rôle de payeur, tandis que pour Yves Bur elle reste une mission de l'Assurance maladie, puisque une séparation perdure entre la mission d'organisateur du système et celle d'assureur, de régulateur des dépenses. Dans le premier cas, le pilotage national devra être assuré par une Agence nationale de santé, ce qui pose la question du rôle du ministère, mais aussi du devenir des agents de l'administration déconcentrée et des caisses, sans compter celle de l'acceptabilité par l'Assurance maladie vu qu'une telle agence serait présidée par l'État. Dans le scénario conservant deux missions distinctes, une simple restructuration de la gestion du risque serait nécessaire, accompagnée d'une clarification des compétences entre État et Assurance maladie.

Dans ce contexte non stabilisé, les acteurs expriment à la fois une certaine inéluctabilité de cette réforme annoncée et une forte incertitude sur sa forme finale. Leur discours véhicule avant tout une expectative généralisée, jusque dans les services de l'État et de l'Assurance maladie, au premier plan des remaniements.

« Ça tâtonne [...] tout ça peut complètement changer », considère-t-on au Sgar, tandis que selon le directeur de l'Urcam « certainement qu'on n'a jamais été aussi près d'une évolution. Mais enfin les ARS on en entend parler depuis longtemps. Ça va être intéressant de voir si c'est mûr et si on veut vraiment, si on a la maturité politique, la maturité pour poser un véritable acte de réforme. Et le conduire aussi. [...] Je pense qu'on n'a peut-être jamais été aussi près, mais quand même je crains beaucoup qu'il y ait une certaine inertie ».

« J'espère que ça va être intéressant, ce débat, poursuit-il un peu plus tard dans l'entretien. Mais bon, je ne suis pas sûr que le Saint Esprit tombe sur nous d'ici là, aussi subitement ! »

Ce dernier ressenti est révélateur de l'ambivalence des représentations au sujet des ARS, de fortes attentes étant doublées de la crainte d'une réforme qui en fin de compte n'en soit pas une : « En théorie, c'est séduisant » considère une directrice d'hôpital, mais « ça dépendra des modalités de mise en œuvre » ; de même pour un coordinateur de réseau « ils veulent simplifier avec les ARS, mais j'attends de voir... ». Une directrice de caisse affirme que « le but de l'ARS, c'était déjà le but de l'Urcam, de l'ARH, c'est-à-dire essayer de coordonner la supervision du système de soins ambulatoire et du système de soins hospitalier. [...] Après, si c'est pour créer une institution... enfin, il faut être pragmatique. Ce qu'il faut c'est des institutions qui fonctionnent. Donc les ARS ça dépendra vraiment de ce qu'on en fait, de qui les dirige et de comment ça se passe ». Pour un de ses homologues également « l'Agence régionale de santé sera ce que la décision au-dessus la fera. C'est-à-dire, est-ce que ce sera vraiment une prise en compte de fond, de ce problème d'incohérence, ou est-ce qu'on fera une fois de plus semblant. [...] Si, ce qui est très vraisemblable, ça se cantonne à faire pleuvoir des décrets et à croire que ça y est, la réforme est faite, c'est sûr, il va y avoir un échec. Si – ce que j'espère mais j'ai des raisons d'en douter un peu – derrière on se dit qu'une réforme c'est aussi travailler avec les personnels, les accompagner sur des choses très concrètes, des formations, etc. ça peut marcher. Si c'est “qui va être le chef ?” ça ne marchera pas. »

Cette conscience de la permanence des changements de règles du jeu doublée d'une certaine incertitude quant au devenir des cadres de l'action collective tend à limiter l'appropriation des réformes par les acteurs régionaux. Ces derniers doutent de l'intérêt personnel, institutionnel et même structurel à investir pleinement des réformes qui seront de toute façon suivies par d'autres avant même qu'il soit possible d'évaluer les effets des premières. Ils mettent ainsi souvent en question la plus-value du processus réformateur permanent et de la rapidité des changements qui ne permettent pas aux réformes successives de porter leurs fruits ou au contraire de révéler leurs lacunes.

Un directeur d'hôpital souhaite attirer notre attention, de manière spontanée, en tout début d'entretien sur le fait qu'énormément de directives ne sont pas appliquées dans les hôpitaux : « si les usagers le savaient ça leur ferait peur ! » Il estime néanmoins qu' « on ne

soigne pas moins bien que d'autres, et peut-être pour moins cher », ce qui signifie peut-être que « l'avalanche » de textes symptomatique du contexte actuel n'est pas nécessaire. De même à propos de la Conférence régionale de santé dont il est membre, un praticien hospitalier explique le manque d'appropriation de cette instance par les agents des institutions de tutelle de la manière suivante : « comme on est dans l'incertitude sur le devenir du système, faut-il s'investir dans ces choses là ? ». Un de ses confrères critique un législateur qui « fait tout en même temps » : « on est capable de faire deux cents réformes en un an ! Or comment voulez-vous qu'une personne qui travaille depuis trente ans change tout ? »

Dans ces conditions, au-delà de la critique de la succession des réformes, c'est leur pertinence même, donc leur légitimité, qui sont mises en cause.

L'impression de « mécanique infernale » produit chez les acteurs une sorte de défiance à l'égard des changements affectant directement à leurs missions quotidiennes. Ils mettent en avant leur incompréhension des décisions prises au niveau national dont « la logique n'est pas toujours perceptible », selon un chef de service hospitalier. « Beaucoup de textes arrivent » explique par exemple un directeur d'hôpital, textes que les établissements peinent à mettre en œuvre au point « qu'on se demande parfois qui a bien pu faire ça ».

Un praticien exerçant dans une clinique participant au service public hospitalier (PSPH) met également en avant l'aspect « irréaliste » de certains dispositifs de gestion hospitalière auxquels les médecins doivent se plier : « C'est irréaliste. Si on faisait tout ce qui nous est demandé par les organismes d'accréditation, il faudrait des journées de quarante huit heures ! On passe notre journée à remplir des paperasses ! C'est-à-dire qu'en fait ce n'est plus la peine d'aller voir les gens. Donc à la fin le système se meurt : parce que si on n'a plus le temps de voir de gens, ce n'est plus la peine de remplir des paperasses ! » Ce praticien considère au bout du compte que « bientôt on va nous demander tellement qu'on ne pourra plus rien faire. [...] Ça ne veut pas dire qu'il ne faut pas que le système évolue, je ne suis pas du tout contre l'évolution, au contraire. Mais il ne faut pas pousser trop loin le bouchon, parce qu'à la fin on ne s'en sort plus. Donc c'est en permanence une demande, une demande, des exigences, des obligations. » Il met aussi en doute le bien fondé de certaines réglementations, relatives notamment à la mise en œuvre de l'évaluation des pratiques professionnelles ou au contrôle des établissements : « C'est quand même impressionnant ! C'est "comment compliquer le système ?" ! »

Même son de cloche chez un de ses homologues du CHU qui exprime avec la même force l'aspect « inapplicable », « ingérable » de multiples réglementations qu'il assimile à un « carcan administratif ». Il assure que dans le cas français de manière générale « on est très malade », l'édiction de normes nouvelles ou la création institutionnelle ne servant qu'à cacher le désordre, voire une certaine irrationalité : « les réformes vont à contresens. Et pour masquer tout ça, on a mis des règles ! » De ce fait, si certaines lois récentes ont selon lui un « bon esprit », leur efficacité est compromise par « l'amalgame et la multiplicité ».

Mais ce sont les nouveaux modes d'organisation interne des établissements qui sont le plus mentionnés par les personnels hospitaliers, médicaux et de direction.

La nouvelle gouvernance hospitalière implique un redécoupage interne, au travers de « pôles », censés favoriser, par un regroupement thématique et stratégique des services, une meilleure circulation de l'information et faciliter la coopération par l'intégration des activités, donc une utilisation optimale des ressources. Or ironise un directeur, « ça fait des choses qui se rajoutent et vont beaucoup compliquer les tâches de tous... et tout ça c'est au nom de la simplification administrative ! »

C'est le Conseil exécutif qui déclenche le plus de méfiance, voire de ressentiment chez les directeurs d'établissements. Avant 2005, le Conseil d'administration et le directeur général de l'hôpital représentant le pouvoir exécutif dans l'établissement étaient assistés de deux organismes consultatifs, la Commission médicale d'établissement (CME) et le Comité technique d'établissement (CTE). Cependant la nouvelle gouvernance tend à favoriser une médicalisation de la gestion, c'est-à-dire une association supérieure du corps médical aux décisions managériales. En ce sens les nouvelles règles hospitalières repositionnent le Conseil d'administration sur un rôle stratégique et élargissent ses compétences d'évaluation et de contrôle. Elles établissent dans le même temps de nouvelles entités, les pôles et le Conseil exécutif. Ce dernier doit permettre d'associer des représentants du personnel médical au management de l'hôpital. Selon un mode paritaire, la moitié de ses membres appartient à l'équipe de direction – dont le directeur général qui a voix prépondérante – l'autre moitié étant composée du personnel soignant. Ce nouvel organe doit préparer l'ensemble des délibérations du Conseil d'administration et de manière générale, assister le directeur dans sa prise de décision.

Les acteurs hospitaliers manifestent souvent une vision négative de ce Conseil exécutif, jusque dans son appellation même : un directeur estime que cette instance n'a d'exécutif

que le nom, puisque la responsabilité demeure *in fine* dans les seules mains du Directeur général. Mais surtout ce Conseil est assimilé à une « instance supplémentaire », jugée non nécessaire dans la mesure où des canaux plus ou moins formels de coordination entre Conseil d'administration et équipes médicales existaient déjà auparavant. La plupart des directeurs soulignent qu'une « cogestion » avec les médecins est une évidence pour faire fonctionner un hôpital. Plusieurs d'entre eux expliquent que dans les établissements où les rapports entre directeurs et praticiens étaient déjà de bonne qualité, le Conseil exécutif et toute la charge organisationnelle correspondante n'étaient pas nécessaires, tandis que dans le cas contraire, l'imposition d'une instance formelle est vaine et ne pourra signifier la fin instantanée de la discorde, les rapports dépendant avant tout de relations interpersonnelles. Le Conseil exécutif ne crée pas mécaniquement du consensus, mais systématiquement du travail supplémentaire qui ne permet pas de fluidifier le fonctionnement hospitalier.

Les praticiens, censés gagner en responsabilité dans une telle réforme partagent d'ailleurs certains doutes quant à l'effectivité, donc à l'intérêt de cette « gestion médicalisée » qui doit s'exercer à travers le Conseil exécutif mais aussi les pôles. Selon une logique de contractualisation interne, chaque pôle passe contrat avec l'hôpital et obtient une délégation de gestion, du directeur d'établissement à un chef de pôle. Ce dernier doit définir le projet stratégique du pôle et déterminer l'orientation de ses activités. Il a aussi en charge la mise en œuvre de la politique générale de l'établissement au sein de son pôle.

Or, explique un chef de service hospitalier les contraintes administratives « se surajoutent les unes à la suite des autres, elles se superposent, et c'est systématiquement, au bout du compte, moins de temps de pratique médicale pour les médecins ». En ce sens, la gestion médicalisée telle qu'elle est mise en œuvre actuellement dans les hôpitaux est vécue comme « une aberration complète » : certes il apparaît utile d'impliquer les médecins dans la gestion quotidienne des établissements, mais à condition qu'ils conservent leur mission première auprès des malades. Or pour ce médecin « il y a un point d'équilibre qui est complètement dépassé actuellement. Ou bien on répond à tout ce qui nous est demandé et on ne fait plus notre travail clinique, ou alors, il y a toute une partie de la gestion qu'on fait semblant de vouloir nous donner qu'on ne peut pas assumer. »

Les expressions locales illustrent la critique émise par Vincent envers le système hospitalier français : si l'on considère qu'une réforme peut être définie dans le dictionnaire comme un « changement profond apporté dans la forme d'une institution afin de l'améliorer, d'en

obtenir de meilleurs résultats », « il semble que le sens même du terme ait été quelque peu oublié par les réformateurs successifs. »³⁵⁹ En conséquence, la mise en œuvre des réformes « s'est heurtée à l'inapplication d'un grand nombre de mesures adoptées »³⁶⁰ au point que « la réalité vécue s'éloigne de plus en plus des dispositions législatives et réglementaires »³⁶¹. Plusieurs analyses rejoignent ce constat d'une faible appropriation des changements, bien que ces derniers aient une place de choix dans le discours. Aussi notons-nous un relatif détournement des dispositifs pour les faire entrer en cohérence avec les habitudes de pratiques et les intérêts professionnels, voire leur contournement, légitimé par l'importance et la lourdeur des missions quotidiennes dont le cœur de métier ne peut être entamé³⁶².

2.2 La complexité ressentie

L'ensemble des acteurs interrogés relève la complexité, le manque de clarté, du système auquel ils prennent part, à divers niveaux, fortement entretenus d'ailleurs par la multiplicité et l'instabilité des réglementations. Comme l'indique de manière significative le directeur de l'Urcam, « il y a une production normative qui est absolument énorme. Il y a un phénomène de complexité, de gestion de la complexité. »

Une telle unanimité constitue une donnée clef du cadrage de situation, dans la mesure où cette complexité devient un aspect structurant des représentations. Prophétie auto-réalisatrice, elle produit des effets sur les manières de faire des acteurs. L'important n'est

³⁵⁹ G. Vincent, « Les réformes hospitalières », *Revue Française d'Administration Publique*, op. cit. p. 49

³⁶⁰ *Ibid.* p. 54

³⁶¹ *Ibid.* citation du rapport de la mission d'information sur l'organisation interne de l'hôpital, Assemblée Nationale, mars 2003

³⁶² Nous renvoyons à G. Dechamp et C. Romeyer, « Trajectoires d'appropriation des principes de nouvelle gouvernance hospitalière par les médecins », XV^{ème} conférence internationale de management stratégique, Annecy/ Genève, 13-16 juin 2006, en ligne [page consultée le 8 juin 2009]. Disponible sur : <http://www.strategie-aims.com/aims06/www.irege.univ-savoie.fr/aims/Programme/pdf/SI1%20DECHAMP.pdf>. Ils soulignent la faiblesse de l'appropriation du nouvel outil de gestion qu'est la nouvelle gouvernance par les médecins d'un Centre Hospitalier Universitaire, du moins dans son esprit initial. Voir également P. Bate, « Changing the culture of a hospital : from hierarchy to network community », *Public Administration*, vol. 78, 1, pp. 465 – 512 ; J. Peneff, *La France malade de ses médecins*, Paris, Les empêcheurs de tourner en rond, 2005.

pas tant une complexité objective que l'observateur extérieur met en lumière, mais bien les représentations en termes de complexité, le fort ressenti de désordre, partagés, de fait, par tous les acteurs. Comme l'a souligné Thomas en effet, toute idée, toute représentation, même si elle apparaît erronée a des effets de réalité : « Si les hommes définissent leurs situations comme réelles, elles sont réelles aussi dans leurs conséquences »³⁶³.

Ce contexte peut apparaître assez paradoxal, dans la mesure où la production normative récente affiche une volonté de « simplification » des structures, des relations et du cadre légal qui les régit. Le cas des hôpitaux est le plus révélateur de cet affichage de simplification combiné à une inflation normative et une incertitude des acteurs de terrain. Un directeur souligne que si, depuis les années 1970 la thématique centrale était celle de la « réforme hospitalière », les textes des années 2000 s'attachent surtout à la « simplification »³⁶⁴. Simplification qui, semble-t-il n'en a que le nom, si nous nous référons au contenu des textes en question : l'ordonnance de simplification administrative du système de santé du 4 septembre 2003 d'abord, est un texte très dense, qui combine des dispositions sur la permanence des soins et les systèmes d'information, l'évolution des compétences des directeurs d'ARH, la simplification des mécanismes de planification, la réforme de la coopération sanitaire³⁶⁵ ; puis vient la loi d'habilitation du 9 décembre 2004 de simplification du droit et enfin l'ordonnance du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé qui prolongent le plan Hôpital 2007³⁶⁶. Cette dernière ordonnance se décompose en dix-neuf articles, abordant pêle-mêle la réforme des règles d'organisation et de fonctionnement des établissements publics de santé, l'organisation hospitalo-universitaire, les Centres de lutte contre le cancer, la fonction

³⁶³ Ce théorème est énoncé dans W. I. Thomas, D. Thomas, *The Child in America: Behavior Problems and Programs*, op. cit. Il est notamment repris par E. Goffman, *Les cadres de l'expérience*, Paris, Les Éditions de Minuit, 1991

³⁶⁴ Nous remercions M. Jean, Directeur d'hôpital, Chargé d'enseignement à l'Université de Pau et des Pays de l'Adour en Droit Hospitalier et à l'Université des Sciences Sociales de Toulouse I en Droit de la fonction publique hospitalière, de nous avoir donné accès à son cours de droit hospitalier, notamment son prologue.

³⁶⁵ Ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation.

³⁶⁶ Loi n°2004-1343 du 9 décembre 2004 de simplification du droit ; ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé

publique hospitalière, ou encore des dispositions d'ordre financier. Au total ce ne sont pas moins de soixante et onze modifications qui sont introduites dans le Code de la santé publique³⁶⁷.

Les acteurs rencontrés éprouvent dans ces conditions d'extrêmes difficultés à définir les missions, même s'il s'agit des leurs propres, ils ne connaissent pas toujours les nouvelles instances ni certains sigles, même lorsqu'ils sont amenés à les utiliser. Chacun paraît connaître un fragment du système, mais sans parvenir à (s') expliquer sa position dans un ensemble global, ni même l'étendue exacte de ses prérogatives.

De manière généralisée dans les entretiens, le répertoire de la complexité est prédominant, sans que nos interlocuteurs ne précisent toujours à quoi ils font référence en particulier. Les acteurs aquitains s'appliquent à montrer, le plus souvent de manière spontanée, la complexité de ce qu'ils nomment « le système de santé », ou de manière métonymique, « la santé », exprimant plus un ressenti que le résultat d'une analyse objective.

Les mêmes termes reviennent inlassablement quelle que soit la catégorie d'acteurs : par exemple « la santé c'est vaste. C'est compliqué, très compliqué. Trop compliqué » insiste un Directeur départemental des affaires sanitaires et sociales, tandis qu'un agent de l'ARH parle d'un « système de santé qui n'est pas très lisible ». Un directeur d'hôpital mentionne aussi un « schéma systémique complexe », un président de caisse primaire utilisant le terme de « nœud avec un tas de fils ».

Les médecins également, indifféremment selon leur mode d'exercice, reprennent cette idée. « Je crois que globalement le premier problème c'est la complexité du système de santé. Vraiment notre système de santé est d'une complexité effarante », estime un praticien hospitalier, « c'est à marcher sur la tête ». « Á la limite, quand je vois ça je me dis "j'en reviens à ça" », ajoute-t-il en indiquant un article en cours de rédaction pour une revue de neurologie : « c'est compliqué le cerveau, presque autant que le système de santé. Mais au moins là, je sais où je vais ! »

Pour un de ses confrères « c'est un vaste foutoir », un de ses collègues dénonçant « le désordre total et absolu » et une santé « compliquée, incohérente, non rationnelle ». Un spécialiste libéral considère lui que « c'est tellement complexe qu'on perd un peu de la

³⁶⁷ Trente et un articles sont réécrits dans leur intégralité, dix-neuf sont modifiés, dix-huit nouveaux articles sont insérés dans le code et trois sont abrogés.

pertinence. » Un médecin de PMI mentionne enfin, à l'unisson, un « fonctionnement français qui est d'une effroyable complexité »

Dans ce contexte, les acteurs partagent l'idée qu'il est impossible de construire un schéma cognitif clair du monde dans lequel ils évoluent, qui résiste aux tentatives de délimitation et de définition. « Personne ne peut avoir une vision globale » affirme par exemple un spécialiste de ville, tandis qu'un agent de l'Assurance maladie considère que « c'est même tellement riche et tellement compliqué qu'on peut s'y perdre ». « Globalement, il n'y a pas de construction claire, estime un président de caisse primaire. Il n'y a pas véritablement de système bien construit, rationnel. Chacun a fait son... enfin ça va dans tous les sens ». Un agent de l'ARH s'exclame enfin, « C'est un maquis ! C'est fou ! ».

De manière significative, beaucoup d'acteurs, notamment des agents des services de l'État, essaient d'ailleurs de dessiner, en même temps qu'ils parlent, un schéma regroupant l'ensemble des acteurs ou des canaux de décisions avec lesquels ils doivent composer, mais finissent souvent par abandonner ou par construire plusieurs schémas partiels. « Excusez moi, c'est compliqué », regrette un agent de Ddass devant un résultat rendu illisible par des ajouts successifs, « mais bon, je ne peux pas vous présenter un schéma simple ».

Comme le montre cette dernière intervention, le manque généralisé de clarté est lié, dans le discours des acteurs, à la multiplicité des intervenants.

Un président de caisse primaire mentionne notamment le « nombre infini » des partenaires, « parce que la santé on peut la prendre par tous les bouts : les jeunes, les vieux, la femme enceinte, le cancer, le cardiaque, le handicapé... c'est une encyclopédie ! » De même un médecin de Conseil général aborde « le millefeuille que représente le dispositif de santé » et « le nombre que nous sommes, et d'appartenances distinctes ». Un chef d'établissement regrette une situation française dans laquelle, à cause de segmentations multiples, « on perd plus de temps à savoir qui fait quoi qu'à s'occuper des patients ».

Plusieurs acteurs reviennent sur la création des agences qui ont considérablement complexifié le paysage institutionnel national : un inspecteur de Ddass parle de « constellation d'agences », tandis qu'un directeur d'hôpital dénonce la lourdeur de « tout l'encadrement réglementaire avec les différentes agences qui ont été créées de tous les côtés. Il y en a un paquet ! ». Viennent s'y ajouter d'autres instances partenariales, comme l'ARH, le GRSP, ou encore la Maison départementale des personnes handicapées créées en

2005, à propos desquelles ironise un directeur départemental des affaires sanitaires et sociales : « on aime beaucoup ça dans notre ministère, les GIP ! » Il revient à plusieurs reprises sur un « éclatement des compétences », une « dispersion des compétences qui rend notre travail difficile ».

Un directeur d'hôpital considère qu' « on ne nous simplifie pas la vie », notamment à cause de « l'éclatement » entre les financeurs et la multiplication des organismes intervenant dans le contrôle des hôpitaux : « on a à la fois deux donneurs d'ordres principaux que sont l'État et l'Assurance maladie, une problématique de multiplicité de financeurs qui forment une jungle, donc ce n'est pas bon globalement... Et je n'ai pas parlé de la tutelle budgétaire ! Chambre régionale des comptes, Cour de discipline budgétaire... des corps d'inspection, avec l'Inspection générale des affaires sanitaires et sociales, l'Inspection générale des finances de temps en temps, donc ça fait beaucoup ». Plusieurs médecins inspecteurs regrettent également que la Drass elle-même ait « des donneurs d'ordres très différents » en fonction des thématiques. Par exemple, concernant l'action interministérielle de lutte contre les drogues et la toxicomanie, « c'est à la fois auprès du Préfet de région, parce que c'est le Préfet de région qui fait vivre l'inter ministérialité dans la région, mais c'est aussi auprès de la Mildt au niveau gouvernemental. Par exemple pour l'addictologie s'il s'agit de mettre en place des centres de post cure ou tels soins d'addictologie, là, ça va être le directeur de l'Agence régionale d'hospitalisation... et avec lui la DHOS. Sur la prévention, ça peut relever du GRSP, mais aussi de la DGS, la direction générale de la santé, aussi du Préfet. Vous voyez tout ça c'est des donneurs d'ordres pour nous. [...] Après, il n'y a pas que des donneurs d'ordres mais il y a aussi d'autres opérateurs, par exemple l'Inpes. On a un tableau d'agences comme ça. Quand ces agences se mettent en place elles ont peu de personnel, donc elles sollicitent les personnels d'État. Et puis petit à petit elles se font leur personnel. Mais elles sollicitent toujours quand même l'État parce que finalement on est un peu au centre de tout ça quoi. Donc c'est ça qui est un peu... pour moi le poids c'est ça. C'est que on va avoir des demandes qui se succèdent, qui sont presque les mêmes mais qui sont pas tout à fait les mêmes. Et on y perd un peu. »

Les praticiens hospitaliers comme libéraux reprennent largement cette complexité due au nombre des intervenants, certains parlant de « jungle d'organismes », de « forêt d'associations ». « Ce n'est pas évident d'avoir une bonne visibilité de tout ce qui se fait, admet un praticien hospitalier, Et c'est dommage parce que si on n'a pas une bonne

visibilité on ne va pas bien l'utiliser ». De même, rappelle un spécialiste de ville, « on ne l'apprend pas, tout ce système. On est perdu. C'est une véritable jungle. Il y a des associations dans tous les coins, des choses dans tous les coins. Et les gens ne savent pas ce que c'est. Ils connaissent la Sécurité sociale, la CPAM et puis c'est tout. Ça s'arrête là. »

À ce constat général, voire cette dénonciation, vient s'ajouter la critique d'une situation jugée typique du contexte français, à savoir la tendance à sédimenter les structures et les dispositifs sans jamais en supprimer. « C'est les réformes à la française, ironise un médecin inspecteur. On change tout mais on garde tout. On ne peut faire de peine à personne ! » Comme le souligne un professeur de médecine, « pour l'instant, on empile, il n'y a aucune cohérence. »

Lors de la création des ARH notamment, les services déconcentrés existants n'ont pas été supprimés, les Agences venant simplement s'ajouter aux Ddass et aux Drass. Cette réforme a constitué un premier facteur de complexification, les ARH ne se voyant transférer qu'une partie des prérogatives des anciennes directions, les services devant en permanence se coordonner. Un directeur d'hôpital explique que l'ARH a changé le système en dessaisissant les Ddass, « mais dans l'ambiguïté ». Il dénonce le « flou de positionnement » des services déconcentrés qui en résulte : « quand ça les arrange ils sont l'Agence et sinon, ils ne sont plus l'Agence ».

Les agents de l'État eux-mêmes soulignent ne pas toujours savoir clairement s'ils exercent leurs missions au nom de leur propre structure ou pour le compte de l'ARH. Cette dernière, qui n'a qu'une équipe de pilotage restreinte, fonctionne en effet par la mise à disposition de personnels des services déconcentrés qui partagent leur temps entre leur structure d'origine et l'ARH. Un médecin inspecteur de Ddass décrit par exemple un partage du temps source de grande complexité : « Même en termes de temps de travail...ça ne simplifie pas les choses. Non seulement ça ne les simplifie pas, mais ça fait que dans un certain nombre de cas on fait le double de travail. Par exemple moi quand je fais un travail auprès de l'hôpital, que ce soit le conseil en santé publique pour l'élaboration d'un plan blanc ou bien d'un projet d'établissement, ou bien une inspection de conformité d'une installation ou d'un service, je suis au titre ARH. En termes de temps. Donc dans mon équivalent temps plein, j'ai zéro virgule quelque chose qui est dédié à l'ARH, ça a été fait comme ça au début. Bon par contre quand je travaille sur les actions de santé, tout ce qui est politique régionale de santé publique, donc en rapport avec les associations, des choses comme ça, ça c'est un

temps Ddass, purement Ddass. Voilà ! [...] Il suffit de savoir être schizophrène sans en être malheureux ! »

Un directeur d'établissement élargit ce problème d'addition institutionnelle à l'Assurance maladie : « C'est un syndrome national le millefeuille. On a créé les ARH mais on a gardé et les Ddass et les Drass et les CPAM, sans parler de l'échelon médical de l'Assurance maladie. Parce que l'Assurance maladie c'est joli aussi ! Donc, Cnam, Cram, CPAM, sachant qu'entre CPAM et Cram les attributions ne sont pas forcément les mêmes, c'est-à-dire que la Cram n'est pas la cheftaine des CPAM. Et l'échelon médical vit sa vie à côté : tant au niveau des caisses primaires que de la caisse régionale, il est indépendant de la direction. [...] Donc c'est déjà le bazar mais on a conservé tout ça dans les ARH. »

Enfin le GRSP, créé la même année, suscite un jugement identique : pour un coordinateur administratif de réseau par exemple, « le problème, c'est qu'ils mettent en place de nouvelles structures, mais ils laissent en place les anciennes. Ils veulent simplifier, alors qu'en fait ils alourdissent. »

Si la multiplicité des intervenants est créatrice de complexité pour les acteurs, c'est qu'elle est accompagnée par un flou persistant sur leurs compétences respectives, ou par ce qu'un médecin de la Maison départementale de la santé de la Gironde voit comme des « effets de méconnaissance entre les uns et les autres, qui sont graves. »

Ce sont bien sûr les professionnels de santé qui expriment avec le plus de force la complexité du tissu institutionnel et des prérogatives de ses diverses composantes.

« Le médecin de base, en dehors de la Sécurité sociale, des médecins de caisse, il ne connaît pas la Drass, la Ddass, souligne un généraliste libéral, Il connaît le nom mais à quoi ça sert, ça il ne faut pas le lui demander ! » Un spécialiste libéral partage cette vision d'un système où les prérogatives des partenaires sont largement méconnues : « la HAS commence à faire parler d'elle, la plupart commence à savoir que l'Anaes n'existe plus... mais ce n'est que des sigles de toute façon. Ça ne veut rien dire. La Drass, la Ddass, on ne sait plus ce qu'elles ont à faire avec nous ». Cette méconnaissance irait d'ailleurs jusqu'à l'Union régionale des médecins libéraux d'Aquitaine (Urmla), qui pourtant est une instance de représentation professionnelle intersyndicale : « un médecin sur deux ne sait pas à quoi servent les Unions » affirme un autre généraliste, tandis qu'un spécialiste de ville considère même que « les Unions, vous les fermez demain, les médecins ne s'en rendront pas compte ».

Les praticiens hospitaliers manifeste un ressenti similaire : « Je trouve que c'est particulièrement compliqué pour les médecins coordonnateurs de réseaux de comprendre quels sont les enjeux, de comprendre qui fait quoi », regrette l'un d'entre eux. Un de ses homologues explique également que les compétences des uns et des autres restent méconnues parce que « tout le monde a la tête dans le guidon. Pour regarder chez les autres il faut prendre le temps de lever la tête », ce qui « devient de plus en plus difficile » compte tenu de la charge de travail.

Ainsi « beaucoup de professionnels ne comprennent rien à la répartition entre les services de l'État, la Drass, la Ddass, l'ARH, explique un professeur de médecine. Ce n'est pas très clair. En plus ça change et ça évolue. Donc c'est vrai qu'il y a un manque de lisibilité. Encore nous, les hospitaliers, les hospitalo-universitaires, on est assez fréquemment amenés à les rencontrer, mais c'est sûr que les collègues libéraux sont perdus. » Dans ces conditions, lorsque les responsables de réseaux recherchent une aide stratégique ou financière « on ne sait pas trop vers qui se tourner ! Je sais que la caisse d'Assurance maladie peut nous aider sur certaines choses, mais je ne sais pas lesquelles. La Ddass et la Drass, on peut les solliciter, mais je ne sais pas trop ce qu'elles font. Le Conseil général, on peut le solliciter sur la dépendance. Pareil, le Conseil régional, on peut faire appel à eux autour de la démedicalisation. Mais quand même, ce n'est pas très clair, c'est même très flou. »

Cependant, l'impression de complexité due au manque de connaissance sur les compétences respectives n'est pas l'apanage des praticiens. Un spécialiste libéral explique que les responsables institutionnels ne sauraient « pas plus » qui fait quoi : « Ils ne connaissent pas les mêmes structures en fait. Il y a des choses qu'ils connaissent, le début de la chaîne de leur côté mais pas la fin de la chaîne côté santé. Nous on connaît le début de la chaîne côté santé mais pas la fin de la chaîne côté administration. Voilà, chacun connaît sa petite partie ».

De fait, les acteurs qui sont souvent qualifiés d' « institutionnels », parce qu'ils appartiennent aux services de l'État ou de l'Assurance maladie, admettent ne pas maîtriser eux-mêmes le système de répartition des compétences. « Les institutions se connaissent, c'est évident, mais les compétences claires des uns et des autres, non » affirme un président de CPAM.

La réaction d'un médecin inspecteur de la Drass lorsque nous lui disons vouloir connaître les rôles des divers intervenants, est assez significative : « là vous êtes sur les fondamentaux ! On se les pose encore ! Je suis sûre qu'on ne sait pas répondre à tout ! Au-delà de l'organisation institutionnelle qui a des mandats spécifiques, après, quand on descend dans la mise en œuvre opérationnelle et concrète, c'est là qu'on commence à toucher du doigt un peu la difficulté ». Un inspecteur de Ddass s'exclame également, à l'égard du montage de projets locaux de santé publique, « ça devient très compliqué ! Parce que, que finance la commune ? Que finance l'Assurance maladie ? Que finance spécifiquement l'État ? Bon enfin... on y arrive... »

Les fonctionnaires des services déconcentrés vont plus loin, en manifestant certaines difficultés à délimiter clairement leurs propres attributions. Un agent de la Drass interrogé sur les missions de son institution admet que « ce n'est pas facile cette question. Parce que ça a évolué ». Un de ses homologues lui fait écho : « c'est sans aucun doute la principale question du moment ». « En gros, poursuit-il, le constat qui fait l'unanimité parmi les acteurs de santé aujourd'hui en France, c'est que l'empilement, la diversité, l'enchevêtrement, des acteurs et des compétences, sont tels qu'il n'y a plus de réponse à votre question. Que fait la Drass, donc que font les services déconcentrés de l'État ? Dans le champ de la santé publique, personne ne sait y répondre. »

D'autres agents tentent cependant de donner une définition claire des attributions de leurs services. Il s'en suit une explication souvent longue, peu structurée, au cours de laquelle sont faits des retours en arrière, des rectifications, qui reflètent à nouveau la complexité des attributions à gérer au quotidien. Considérons par exemple l'essai de définition d'un médecin inspecteur de Ddass : « je suis en difficulté parce que ça a énormément changé. Tout récemment en particulier avec la deuxième vague de décentralisation... Et puis avec la recentralisation plutôt régionale. La Ddass, avant c'était elle qui attribuait les budgets, qui assurait ce qu'on appelle la tutelle. Maintenant c'est vraiment l'ARH qui est la vraie tutelle. Donc la Ddass maintenant est plus une instance qui sert à faire appliquer les politiques, et disons aussi à contrôler l'application de ses politiques sur place, à travers un certain nombre d'inspections, et puis aussi à travers un certain nombre de procédures... La Ddass va avoir aussi une position par exemple avec tous les plans sécuritaires qu'on développe maintenant, qui prennent une part importante de temps. Là la Ddass a plus un rôle... Celui dont je viens de parler c'était plus par rapport à l'ARH, qui vise à faire appliquer les politiques de santé

qui sont définies maintenant par l'Agence régionale voire directement par le ministère, la DGS, etc. Dans le domaine sécuritaire c'est plus une expertise de la Ddass auprès du Préfet. Mais aussi dans un montage entre Préfet de département et Préfet zonal. Tout à l'heure, ARH c'était aussi Préfet de région. Là le sécuritaire c'est Préfet du département et Préfet zonal, avec plusieurs régions, selon la zone de défense dans laquelle on est. Et puis tout ce qui concerne les aspects sécurité proprement dits dans les établissements, continue à relever directement du Préfet. Donc qui dit Préfet et qui dit santé, dit Ddass. C'est-à-dire que le Ddass a délégation en général des pouvoirs du Préfet. Mais il doit en même temps lui rendre compte... Donc voilà, ce sont des relations multiples et qui ne sont pas toujours simples ».

Un dernier aspect de la complexité ressentie doit être mentionné, qui s'ajoute aux précédents autant qu'il en découle. Il s'agit du chevauchement des compétences, de l'impression généralisée dans les entretiens que les missions se croisent ou se superposent partiellement. Au-delà de l'échec de la décentralisation à établir des blocs de compétences clairs, les acteurs soulignent le manque de clarté des attributions au sein du réseau de l'Assurance maladie ou des services de l'État, mais aussi entre ces deux institutions et les collectivités territoriales.

Un président de caisse primaire revient à plusieurs reprises sur le « manque de clarification des compétences des uns et des autres » : « c'est tellement touffu qu'il faudrait essayer d'avoir quelques boussoles ! » Il aborde la répartition « imprécise » des compétences au niveau régional de l'Assurance maladie : en particulier entre l'échelon régional et les consignes émanant directement de la Cnam, « ça patine un peu et ça se marche sur les pieds », tout comme entre les compétences de l'ARH et de la Cnam qui détient certaines attributions en matière de tarifs hospitaliers, « aujourd'hui ça se mélange. Alors il y a très souvent la pagaille ». Il en va de même entre les programmes de santé publique élaborés respectivement par les services de l'État, l'Assurance maladie, ou certaines collectivités territoriales : « tout ça s'imbrique », « les choses se recourent ».

De la même manière, pour un directeur d'hôpital, « on ne sait plus ! La Sécurité sociale a une antenne prévention. Pour moi au départ c'était un payeur mais j'ai appris en travaillant qu'elle avait aussi une mission de prévention. Mais nous aussi ! L'hôpital aussi ! Les pharmaciens aussi ! Les médecins de ville aussi ! Mais quelle est la répartition exacte des

compétences ? Il y a des moments où j'ai l'impression que tout le monde s'occupe de tout. »

Un ressenti identique est affiché au sein des services déconcentrés qui doivent en permanence gérer l'imbrication de leurs propres attributions avec celles des services centraux, des caisses d'Assurance maladie, sans compter les collectivités territoriales. Un agent de la Drass mentionne un « entrelacs de la PMI et de la politique de la ville » au sujet des actions de santé publique ; de même, la certification des auxiliaires de vie peut être assurée, concomitamment – donc parfois concurremment – par les Ddass et les Conseils généraux

Le Directeur régional des affaires sanitaires et sociales donne à ce sujet l'exemple particulièrement parlant de la démographie des professions de santé : « on n'est pas fichu aujourd'hui de dire qui est responsable de quoi. C'est la Sécurité sociale qui rembourse les médecins et qui signe les conventions, c'est plutôt les Régions qui se sentent responsables de l'aménagement du territoire, c'est plutôt l'État qu'on incrimine si ça se passe mal, c'est de toute façon l'ARH qui programme les établissements de soins et notamment les services d'urgences qui servent un petit peu de contrepartie à l'absence éventuelle de médecins de ville... Enfin, on ne sait plus qui fait quoi en matière de démographie médicale ». Face à ces constats qui mènent à une relative impuissance, ou au moins à un sentiment de permanent bricolage pour composer avec la complexité, cet acteur considère au bout du compte que « l'écartèlement des compétences entre les uns et les autres, et à coup sûr entre le Préfet, l'ARH et la Sécurité sociale, c'est incroyablement contreproductif. Après on peut polémiquer sur ce qu'il conviendrait de faire. Mais sur le constat très critique, là il y a unanimité. »

L'agir sanitaire apparaît à présent marqué par une ambiguïté des catégories et des missions, autant que par une instabilité fortement ressentie des cadres normatifs et relationnels. Ce phénomène se trouve prolongé et accentué par l'entrée dans l'agir sanitaire d'acteurs hétérogènes qui apportent avec eux leurs modes de faire et leurs représentations, procédant de nouveaux réajustements de l'objet santé.

Section 2. Le processus élargi de transcodage : des stratégies diverses d'investissement de l'agir sanitaire

La « chose sanitaire »³⁶⁸ apparaît localement comme un enjeu croissant que les acteurs, notamment les collectivités territoriales, cherchent à intégrer à l'action publique dont ils ont légalement ou symboliquement la charge. Comme l'a observé Lascoumes, un « ravaudage de notions et de programmes en place » est ainsi à l'œuvre, pour que la santé apparaisse comme un problème « traitable » par des acteurs locaux non spécialisés³⁶⁹.

Les frontières de l'agir sanitaire changeant en permanence, il en va de même pour les acteurs qui en sont légitimement parties prenantes. Il ne s'agit pas ici de déterminer si leur intervention a des conséquences effectives sur la santé des populations aquitaines, mais bien de comprendre ce que font les acteurs quand ils se disent agir en santé et surtout comment ils y parviennent. Des entrées diverses servent à investir l'agir sanitaire, qui chaque fois appellent des registres de légitimation, donc des répertoires d'action différents.

L'autoréférence à la santé peut englober un foisonnement d'actions qui ne paraissent pas nécessairement faire appel à un registre commun. Les acteurs entreprennent une déconstruction/reconstruction de l'objet santé pour le mettre en conformité avec leurs capacités d'action publique, c'est-à-dire avec leurs prérogatives légitimes. Pour certains la santé se présente comme une voie spécifique, un moyen pour réaliser une autre compétence, tandis que chez d'autres l'investissement dans l'agir sanitaire correspond à un souci volontairement transversal pour le bien-être des populations locales. Les acteurs apparaissent faire usage de l'instrument sanitaire pour atteindre d'autres buts, ou au contraire considérer l'objet santé comme une fin pour l'action publique, les deux stratégies donnant lieu à des ordres distincts de justification. De ce fait, l'agir sanitaire se trouve fabriqué à partir d'autres compétences que les acteurs locaux réaménagent. Le mouvement de convergence entre intervention publique locale et santé emprunte une double logique : les nouvelles frontières de la santé permettent aux échelons locaux de s'y engouffrer, tandis que cet angle d'attaque s'avère être une manière de traiter localement des problèmes sociaux. Les acteurs locaux investissent donc les référentiels sanitaires dans le cadre de leurs opérations de « gestion des situations », la santé transcodée faisant office d'un « surplus de signification que la société apporte non seulement pour donner sens à des réalités complexes, mais aussi pour agir sur les problèmes concrets qu'elles lui posent »³⁷⁰.

³⁶⁸ D. Fassin, « Politique des corps et gouvernement de villes », *op. cit.* p. 8

³⁶⁹ P. Lascoumes *L'Écopouvoir*, *op. cit.* p. 24

³⁷⁰ D. Fassin, « Politique des corps et gouvernement des villes », *op. cit.* p. 13

Deux registres permettent de transcoder les enjeux sanitaires, qui représentent des sens possibles de la santé déployés localement³⁷¹ : d'une part la santé se donne à voir comme un volet essentiel d'interventions visant à améliorer l'espace de vie, donc l'environnement des populations dans son acception large (**Paragraphe 1**) ; d'autre part, les acteurs visent une protection de l'individu, l'agir sanitaire étant abordé au nom d'une sorte de compétence générale exercée sur un territoire, ou comme réponse aux défis sociaux contemporains (**Paragraphe 2**).

1. Aménager l'espace : la santé comme dimension essentielle de l'action sur l'environnement de vie

Conformément à la rhétorique de l'OMS qui axe clairement sa définition de la santé sur les déterminants touchant à l'environnement matériel et social, les collectivités territoriales comme les services déconcentrés abordent l'agir sanitaire à travers des politiques ayant trait à l'espace de vie des populations. Diverses thématiques, correspondant à des compétences décentralisées ou déconcentrées, servent de base à un transcodage de la santé qui devient un volet au sein d'actions sectorielles ou transversales. Comme pour le cas de l'environnement analysé par Lascoumes, les représentations de la santé tout comme les projets mis en œuvre pour sa protection apparaissent hétérogènes, selon les catégories d'acteurs concernés et les contextes dans lesquels ils perçoivent les situations comme problématiques. L'agir sanitaire semble n'être « l'exclusivité de personne »³⁷² et s'incarne dans des dimensions internes à d'autres politiques, par « intégration d'objectifs qualitatifs nouveaux dans des politiques préexistantes. »³⁷³ C'est en effet « en fonction des actions qui leurs sont accessibles que les acteurs affichent leur compétence et mettent en exergue certaines causes qu'ils se proposent de traiter. »³⁷⁴

³⁷¹ Borraz et Loncle-Moriceau parlent aussi d'un transcodage de la lutte contre le Sida dans d'autres registres d'intervention, comme par exemple la prévention de la délinquance. O. Borraz, P. Loncle-Moriceau, « Permanences et recompositions du secteur sanitaire », *Revue Française de Sociologie*, vol. 41, n° 1, janvier - mars 2000, p. 37 – 70, notamment pp. 50 – 51

³⁷² P. Lascoumes, *L'Écopouvoir*, op. cit. p. 15

³⁷³ *Ibid.* p. 16

³⁷⁴ *Ibid.* p. 14

1.1 Le détour par des compétences sur les milieux³⁷⁵

Les acteurs locaux s'adonnent tout d'abord à des activités de « conversion-adaptation » de compétences sectorielles historiquement acquises. La santé apparaît comme une problématique incontournable pour en définitive faire autre chose, pour approfondir l'action et *in fine* la rendre plus efficace, ou pour lui donner une dimension symbolique supérieure. Elle se donne donc à voir comme un moyen d'accomplir une mission confiée par la loi. L'intervention en la matière s'appuie sur une légitimité déjà donnée dans un autre domaine, à savoir les milieux de vie en collectivité. Elle ne s'apparente pas à une nouvelle politique, mais à un recyclage du « déjà là »³⁷⁶.

Une certaine « dénotation sanitaire »³⁷⁷ apparaît dans l'intervention de divers services déconcentrés de l'État, faisant se rencontrer des prérogatives sectorielles avec une action de santé publique³⁷⁸. À cet égard, l'énumération de ses « partenaires » institutionnels par un médecin inspecteur de la Drass chargé de la lutte contre les conduites addictives est significative : il mentionne l'Éducation nationale, car « la promotion de la santé c'est beaucoup d'actions en collèges, auprès des jeunes », la Justice, « par exemple pour la mise

³⁷⁵ Nous faisons ici écho aux analyses préconisant une approche par les « milieux », l'école, la prison, l'entreprise, ou encore l'espace urbain, pour mettre en place des démarches de promotion de la santé. Ces milieux représentant à la fois un horizon pour les publics bénéficiaires, un cadre de mise en œuvre des projets, des canaux de financement et des personnels spécifiques, constitueraient des ressources pour le succès des démarches. Voir notamment P. D. Mullen et alii, « Settings as an important dimension in health education/promotion policy, programs and research », *Health Education and Behaviour*, vol. 22, n° 3, 1995, pp. 329 – 345

³⁷⁶ *Ibid.* p. 23

³⁷⁷ M. Lussault, « L'instrument sanitaire. Rôles et valeurs de la santé publique dans les politiques territoriales à Tours », in D. Fassin, dir., *Les figures urbaines de la santé publique*, *op. cit.* p. 174 – 202, ici p. 180

³⁷⁸ L'action publique explicitement interministérielle est aussi logiquement un terrain privilégié de transcodage. Ainsi en va-t-il de la Sécurité routière, problématique qui dépasse le champ policier ou sécuritaire et donne lieu à une délégation interministérielle spécifique. Les problématiques sanitaires font partie intégrante du champ d'intervention du « risque routier », dans ses dimensions de prévention des conduites addictives ou d'organisation de la prise en charge médicale des urgences. Le transcodage rend d'ailleurs le problème de la Sécurité routière plus aisément « traitable », donnant à l'action des pouvoirs publics action une dimension nouvelle, axée sur l'aspect préventif, au-delà du seul volet répressif.

en œuvre des injonctions thérapeutiques pour les toxicomanes », ou encore l'Agriculture « parce qu'on a des programmes dans des lycées agricoles ».

Car si l'état de santé des publics cibles de ces services ne dépend pas de leur mission centrale, il représente une condition nécessaire à son accomplissement. Il apparaît clairement dans les entretiens qu'une politique de formation, de maintien dans l'emploi ou d'intégration à l'école ne peut être menée efficacement sans prendre en considération l'état de santé des bénéficiaires. Par l'investissement de l'agir sanitaire, des services sectoriels techniques souhaitent parallèlement mettre en exergue la dimension symbolique de leur action, tournée avant tout vers l'amélioration des conditions de vie en milieu carcéral, scolaire, ou dans l'entreprise, donc une sorte de devoir moral des autorités publiques à veiller à ce que les milieux qu'elles contrôlent participent d'un environnement sain.

Le cas de l'Éducation nationale est exemplaire de ce possible transcodage de la santé par des services de l'État au sein de leurs missions. Pour le ministère, « santé et scolarité sont indissociables », dans la mesure où « il entre dans les missions de l'école de promouvoir la santé des élèves et de développer leurs compétences afin qu'ils puissent eux-mêmes adopter des comportements favorables à leur santé »³⁷⁹. Cette « mission » sanitaire de l'école est posée par la circulaire du 12 janvier 2001 fixant les « orientations générales pour la politique de santé en faveur des élèves », qui s'applique à tous les élèves scolarisés dans les écoles et établissements publics locaux d'enseignement et privés sous contrat³⁸⁰.

Les « responsabilités » de l'École en matière de santé des jeunes, figurant notamment dans les dispositions générales du Code de l'éducation, sont à la fois présentées comme intégrées dans le processus éducatif et participant « à la politique générale du pays en matière de santé publique en particulier dans le domaine de la promotion et de l'éducation pour la santé ». L'intervention de l'Éducation nationale touche à plusieurs domaines, définis nationalement et déclinés au niveau académique puis départemental, en adéquation avec les priorités du Plan national de santé publique : l'éducation à la sexualité, la prévention des

³⁷⁹ Site du ministère, www.education.gouv.fr, rubrique « la santé des élèves » [page consultée le 15 décembre 2007].

³⁸⁰ Ministère de l'Éducation nationale, *Circulaire n° 2001-012 relative aux orientations générales pour la politique de santé en faveur des élèves*, 12 janvier 2001, en ligne [page consultée le 4 août 2009]. Disponible sur : www.education.gouv.fr/bo/2001/special1/texte.htm

risques et des conduites addictives et enfin l'action sur l'alimentation³⁸¹. Au niveau aquitain, l'Académie de Bordeaux décline ces objectifs dans son projet académique « Objectif 2010 »³⁸². Parmi les trois ambitions que se donne le Recteur, la première vise à « Mettre en place les conditions pour la réussite de tous les élèves », avec parmi ses orientations, « Définir une véritable politique de santé et d'accueil des élèves atteints de handicap ». L'administration déconcentrée de l'Éducation s'impose alors comme un partenaire pour tous les projets de santé tournés vers publics jeunes. De manière tout à fait symbolique, la rencontre régionale du programme nutrition, prévention et santé des enfants et adolescents aquitains qui s'est tenue le 27 septembre 2007 a été ouverte par le Recteur d'Académie et non par les représentants de l'Urcam ou de la Drass, présents à cette manifestation. La problématique de la santé des jeunes paraît légitimement appartenir au champ de l'école, premier lieu public de vie et d'accueil de cette population, avant même l'intervention des administrations sanitaires.

L'intervention en milieu scolaire représente un terrain privilégié pour que les collectivités locales puissent se saisir à leur tour de la problématique santé. Les municipalités notamment, mais également le Conseil régional abordent la santé comme un volet de leur action en faveur des jeunes scolarisés, faisant donc appel à leur compétence décentralisée de gestion des établissements.

Une conseillère municipale de la ville de Talence indique par exemple que si une mairie ne détient pas la compétence santé, elle peut largement s'impliquer dans le domaine de la prévention en organisant des campagnes et des manifestations dans les écoles primaires dont elle est responsable : la municipalité organise notamment des ateliers de prévention, notamment en lien avec l'alimentation, domaine légitime d'intervention dans la mesure où elle gère les cantines scolaires. Les conduites addictives ou l'information sur le « capital santé » sont également un domaine privilégié.

Ces actions sont l'occasion pour la ville d'élargir sa compétence sur l'école à une compétence qui intègre l'ensemble des « jeunes », les ateliers étant reproduits dans les établissements d'enseignement secondaire. De même un agent de la ville d'Eysines décrit

³⁸¹ L'entreprise de recyclage des référentiels et de déclinaison de la problématique santé au sein des missions de l'école paraît facilitée par une proximité des vocabulaires : des actions d'éducation à la santé, ou d'éducation à la sexualité paraissent découler logiquement des missions globales d' « éducation ».

³⁸² Site de l'académie de Bordeaux, www.ac-bordeaux.fr [page consultée le 15 décembre 2007].

l'intervention de sa municipalité sur le terrain de la santé à travers le prisme scolaire : elle organise diverses manifestations, en partenariat avec la Croix rouge, notamment un petit déjeuner équilibré ouvert par une présentation de l'intérêt de ce repas par un intervenant, ou des activités ludiques autour d'un programme « Mieux manger mieux vivre » centré sur l'équilibre alimentaire et l'activité sportive.

Le Conseil régional d'Aquitaine emprunte une voie similaire, en tant que gestionnaire des lycées et des Centres de formation d'apprentis (CFA), à la faveur du glissement qui peut s'opérer d'une thématique à l'autre, véritable fenêtre d'opportunité pour les collectivités qui ne possèdent pas en propre la compétence sanitaire. Une responsable de la mission Jeunesse-Solidarité souligne que « nous, au niveau du Conseil régional, effectivement, on n'a pas la compétence en matière de santé. Par contre, le Conseil régional depuis quelques années a souhaité avoir certaines dispositions en matière de santé. On a des partenaires avec lesquels on travaille, dont la Drass. Depuis maintenant quatre ans avec la Drass, on mène des projets en direction des établissements dont on a la compétence ». Ces « dispositions » en faveur de la santé, nées au sein de la thématique « jeunesse et sports », s'exercent en partage avec le service Éducation qui gère le fonctionnement des lycées et en partenariat avec les services déconcentrés, sur des thématiques prioritaires, notamment la prévention autour des conduites addictives, ou des infections sexuellement transmissibles (IST).

Les acteurs de l'institution régionale insistent sur l'importance de ne pas être seulement le « financeur » chargé de l'entretien des murs, « le plombier des lycées », mais d'apporter une marque qualitative à la vie en milieu scolaire : « on est là pour fabriquer les lycées, les réparer... tout ce qui est matériel. Donc petit à petit la Région essaie aussi d'apporter quelque chose dans d'autres domaines... Elle n'a pas la compétence éducative, mais enfin essayer de jouer un petit peu là dessus... et la santé c'est une des approches » ; « C'est important que les lycées sachent que la Région, en dehors de son rôle d'entretien du lycée, peut mener et peut soutenir des projets qui concernent au quotidien l'ensemble des élèves. C'est important, c'est bien ressenti par les établissements en fait, que la Région se mobilise, cherche des partenaires, pour soutenir des projets de santé qui sont propres aux lycées. C'est l'entrée lycées quoi, la plus-value. C'est l'entrée lycée, mais qui va au-delà de son rôle premier, basique, de fonctionnement, de soutien des lycées... là on s'engage un peu plus. » Cependant les agents soulignent clairement qu'il ne s'agit pas pour leur collectivité de créer de toute pièce une politique, ni de chercher à se doter d'une compétence nouvelle. La santé

est au contraire investie « dans le cadre des différentes politiques sectorielles qui sont menées par la Région », comme le souligne la chargée de mission santé, nouvellement recrutée au Conseil régional. Pour elle, « la politique de santé, même si elle n'a pas un affichage forcément super visible, elle se fait via les compétences qui sont en place. Et ce n'est pas de notre ressort de pouvoir intégrer une nouvelle compétence au même titre que l'État et l'Assurance maladie. Ce n'est pas comme ça que ça se fait. C'est vraiment en appui des différentes politiques qui sont menées, lorsqu'il y a un besoin qui apparaît et auquel il faut répondre ». Cet agent explique comment la santé est abordée également dans le cadre du festival des lycéens, de la politique sectorielle de la formation, de la politique de la recherche, et enfin potentiellement dans la politique de l'environnement. L'entrée sectorielle serait donc « la règle pour le moment. On a des politiques qui sont menées, et dans ce cadre là on peut avoir des aspects santé qui émergent. »³⁸³ Un conseiller régional lui fait écho « ce n'est pas parce qu'on n'a pas une compétence dans ce domaine là qu'on ne doit pas imprégner cet aspect de santé, de protection de la personne, au niveau des différentes compétences de la Région ».

Nous ne nous trouvons donc pas dans le cas d'une « politique régionale de santé affichée sur la jeunesse », mais clairement « plutôt, dans le cadre de la politique jeunesse, un axe santé qui est développé pour venir en appui aux projets qui sont proposés par les établissements. »³⁸⁴

L'irruption dans l'agir sanitaire permet néanmoins à l'institution régionale d'élargir le champ d'action que lui confère sa compétence décentralisée. Le Conseil régional développe, parallèlement aux aides accordées aux établissements autour de projets santé, une politique de soutien aux associations d'envergure régionale pouvant intervenir dans la santé des publics « jeunes », sans distinction selon leur trajectoire scolaire. Comme le souligne un agent de la mission Jeunesse-Solidarité, « le prisme ici ce sera les jeunes, les

³⁸³ Le site officiel de l'institution procure à cet égard une justification explicite du souci de santé que ses services doivent conserver : « Certes, les questions de solidarité et de santé ne sont pas inscrites dans les compétences habituelles de la collectivité régionale. Néanmoins, ces questions interfèrent avec des domaines au cœur de nos responsabilités ». Il s'agit notamment de soutenir « des initiatives qui adoptent une démarche globale de santé publique et qui interviennent dans la durée, afin de faire en sorte que les publics intègrent les messages de santé et soient à leur tour acteurs de prévention. » www.region.aquitaine.fr/politiques-regionales/sante-solidarite/sante-solidarite.html, onglet santé-solidarité, [page consultée le 16 décembre 2007]

³⁸⁴ Nous citons ici une nouvelle fois la chargée de mission santé

15-25 ans », « la compétence, on l'a au travers de la jeunesse ». Une action centrée sur les élèves glisse donc vers une politique tournée vers « les jeunes », donc d'une politique sur le milieu scolaire à une action sur l'environnement social dans sa globalité, ce qui élargit d'autant le public touché par la collectivité régionale.

L'action publique en faveur des jeunes par le biais de structures régionales comme Aide Aquitaine, Sida info service, Médecins du monde, ou le Craes est d'ailleurs présentée, paradoxalement, comme appartenant spécifiquement à la collectivité territoriale, comme « une politique un peu plus propre », contrairement aux financements concédés aux lycées, qui sont construits sur des priorités élaborées avec les services déconcentrés. Les acteurs rencontrés insistent sur la logique de « proximité » au cœur de ce partenariat avec les structures associatives : en contraste avec ce que les acteurs municipaux ou départementaux peuvent exprimer sur cet échelon, les acteurs du Conseil régional le présentent comme « une grosse institution de proximité » et mettent en avant une action qui se veut en phase avec les « particularismes » des situations ou des structures aidées.

C'est dans une même logique que sont organisées depuis 2005 des Conférences santé thématiques, réunissant deux fois par an des acteurs de la communauté éducative au Conseil régional³⁸⁵. Ces manifestations sont ouvertes par l'élue déléguée à la Jeunesse et à la Vie étudiante – et non par l'élue directement en charge de la santé et des services publics – qui souligne la vocation de son institution à aborder sa compétence légale de manière englobante : « la Région n'a pas de compétence sur la santé. Pour autant la santé se retrouve au quotidien partout et dans toutes nos compétences. La volonté que nous avons eu d'organiser une Conférence santé, avec une approche de promotion de la santé et avec un public jeune, est pour nous quelque chose de très important puisque nous avons, vous le savez, compétence notamment sur les lycées et sur l'apprentissage, mais nous travaillons également en très grande continuité avec les missions locales et les étudiants. Donc nous avons souhaité, le Président a souhaité, ne pas avoir une approche restrictive de l'éducation, mais bien penser les jeunes dans la société, avec la dimension santé »³⁸⁶.

³⁸⁵ Elles se tiennent d'ailleurs le mercredi après-midi, lorsque les personnels scolaires ne sont pas dans leurs structures. La violence à l'école, et la sexualité et le Sida ont été les thèmes choisis en 2007, tandis que l'édition de mai 2008 aborde la promotion de la santé des jeunes et la souffrance psychique.

³⁸⁶ Conférence Santé du 23 mai 2007, « Promotion de la santé des jeunes : contre les violences et les discriminations, développer l'écoute et le respect »

La Conférence santé reprend chaque fois la même formule, avec une allocution introductive assurée par un universitaire, présenté comme « expert », suivie d'ateliers thématiques animés par les professionnels et associatifs de la région, la clôture étant assurée, en séance plénière, par l'élue déléguée à la Jeunesse et à la Vie étudiante. Cette dernière définit, lors de son discours d'ouverture, l'objectif de la manifestation comme « avoir des témoignages, des expériences, des actions, qui ont été menées ici ou là, par vous, et de les présenter à d'autres pour que, sur un sujet précis, on puisse reproduire les expériences qui ont réussi ou trouver des petites solutions originales sur des problèmes malheureusement parfois assez complexes. Sur des sujets complexes, comment peut-on, à notre niveau, à notre échelle, là où on est, dans notre établissement scolaire ou ailleurs, trouver une réponse et la trouver conjointement avec les jeunes ? »³⁸⁷ La compétence sur la « jeunesse » est donc clairement affichée, tout comme le caractère localisé de la démarche, qui entend s'appuyer sur les initiatives des acteurs régionaux.

Cette présentation ne permet cependant pas de mesurer l'importance de l'empreinte de la collectivité dans l'agir sanitaire. L'observation des débats en ateliers et des séances plénières donne sur ce point un éclairage assez surprenant. Si c'est moins le cas pour la seconde Conférence santé de 2007, directement axée sur la prévention autour de la sexualité des jeunes, donc sur des thématiques de santé publique comme les infections sexuellement transmissibles (IST), ou l'usage des contraceptifs, la Conférence consacrée aux violences en milieu scolaire tout comme celle sur la souffrance psychosociale témoignent de l'ambivalence du processus de transcodage de la santé dans l'intervention publique de l'institution régionale. Car on parle finalement peu de « santé » lors de la demie journée. Le terme n'est pas prononcé par le conférencier chargé de l'introduction, excepté à une occasion, quand est souligné l'impact des violences physiques ou verbales exercées à l'école sur l'équilibre, donc la santé mentale des élèves. La même observation peut être faite à l'égard de l'atelier thématique auquel nous avons assisté lors de la Conférence dédiée à la violence : les participants n'apparaissent pas présents pour parler strictement de la santé des élèves ou des jeunes, mais bien de leur vie en société. Le premier intervenant présente un passeport citoyen mis en place dans une école primaire pour privilégier les pratiques citoyennes le respect entre les élèves et vis-à-vis du corps enseignant ; la seconde aborde

³⁸⁷ Conférence Santé du 23 mai 2007

une expérience de soutien aux jeunes en zones rurales confrontés à des problèmes de désinsertion sociale.

La santé n'est donc abordée qu'indirectement, à travers des thèmes annexes comme le lien social ou la citoyenneté. Elle se donne à voir comme une problématique englobante et consensuelle, fortement chargée symboliquement, servant avant tout à réunir les acteurs locaux travaillant auprès des jeunes, autour d'un thème *a priori* fédérateur, la promotion de la santé des jeunes.

Dans le cadre de sa Conférence santé, le Conseil régional apparaît donc rester dans le champ de sa compétence légale, certes élargie au public des « jeunes » au-delà de la vie en lycées, mais sans chercher à s'adresser en premier lieu aux acteurs locaux de la santé, ni à se positionner lui-même comme acteur sanitaire. Il procède avant tout à une adaptation de ses prérogatives légitimes, pour accentuer leur dimension symbolique et élargir le champ de leur application. Des membres de la mission Jeunesse-Solidarité mentionnent des « compétences que la Région se crée petit à petit, parce qu'elle est en train de prendre de l'ampleur. On est dans ce type de compétences... qui ne sont peut être pas au départ les plus importantes » ; « on a mis le petit doigt dans quelque chose », mais « on chemine doucement ».

Un autre champ d'action touchant directement au milieu de vie des citoyens donne lieu au transcodage de la santé, à savoir la compétence historique des municipalités en matière de tranquillité publique et d'urbanisme, problématiques aujourd'hui intimement associées à la préoccupation environnementale. Dans ce domaine, le processus de transcodage de la santé n'est pas entièrement nouveau, dans le sens où les collectivités territoriales s'appuient sur des compétences exercées dans les siècles précédents.

L'agir sanitaire apparaît d'abord intrinsèquement lié à la compétence urbanistique, dans le sens où l'acceptation de la santé comme un problème public, non confiné à la sphère privée, n'a été possible qu'au moment où ont été pris en considération les effets de l'environnement sur l'état de santé des populations. La reconnaissance des lieux de vie donc de l'habitat comme déterminant de santé a tout simplement rendu possible l'action préventive et curative à large échelle et la diffusion de normes d'hygiène fondamentale. Comme l'explique un agent du Craes, « à l'origine, la santé publique c'est né de l'urbanisme. Au XIX^{ème} siècle, on a assaini les rues des grandes villes. C'était les épidémies, c'était la

salubrité, les eaux usées, c'était l'éclairage public. À la suite de tout ça il y a eu un grand travail d'aménagement, d'urbanisme et d'hygiène. Donc une démarche hygiéniste. Et c'est là que la santé publique, les grandes démarches de vaccination, ces choses là, sont nées. Donc à l'origine c'était très lié à l'aménagement, donc à la commune. »

S'il ne s'agit plus de lutter contre les grands fléaux, la prérogative habitat retrouve une certaine prégnance dans le discours local, notamment à la faveur de l'imposition des problématiques environnementales, au-delà de la compétence sur l'hygiène publique³⁸⁸. Les municipalités deviennent des acteurs de premier plan dans le cadre de problèmes tels que le bruit, la pollution de l'air notamment liée à la circulation routière, ou encore les matériaux entrant dans la construction des habitations. Elles investissent le champ de la santé par l'univers « sécant » qu'est l'urbanisme³⁸⁹ au sens de construction globale des espaces de vie. « On met en place des observatoires pour les nuisances sonores, note un agent municipal. [...] On travaille sur les espaces verts, sur l'incidence de la lumière, sur les fractures de la hanche chez les personnes âgées, donc les trottoirs, l'accessibilité pour les personnes handicapées ». Toutes ces thématiques permettent aux municipalités d'élargir leur action purement technique sur l'aménagement des rues et des espaces publics et de dépasser leur stricte compétence sur l'hygiène, en s'alliant à des réseaux d'action consacré plus globalement à la santé publique. Une réflexion concertée avec des associations de personnes handicapées, ou souffrant de maladies respiratoires peut ainsi être à la base d'une réalisation d'urbanisme³⁹⁰.

De la même manière, l'échelon communal est en mesure d'aborder l'agir sanitaire à travers sa compétence historique sur la tranquillité publique.

Plusieurs analyses diachroniques ont révélé que les acteurs politiques locaux avaient investi le champ sanitaire, notamment à partir du XVIII^{ème} siècle, selon un prisme double : il s'agissait à la fois de lutter contre l'indigence et l'insécurité sociale mais également de

³⁸⁸ Cette compétence sur l'hygiène publique regroupe les prérogatives concernant le traitement des eaux propres et usées, la gestion des déchets ou la gestion des risques chimiques.

³⁸⁹ Le terme est emprunté à P. Valarié, « Gouverner l'archipel urbain. Actions et réseaux de santé publique à Béziers », in D. Fassin, *Les figures urbaines de la santé publique*, op. cit. pp. 47 – 83

³⁹⁰ Cette dynamique est d'ailleurs soutenue par le discours en termes de « développement durable », notion aux contours changeants, qui convient tout à fait à des processus de traduction et de déplacements de problèmes publics. Par cette perspective, c'est l'ensemble des projets municipaux qui se peuvent se prêter à une perspective de santé.

protéger les administrés, soit contre les grands fléaux et les facteurs infectieux, soit même contre des individus susceptibles de troubler l'ordre public³⁹¹. La prérogative des conseillers généraux et des maires était à la fois d'ordre hygiéniste et sécuritaire.

Sans toutefois reprendre les accents moraux entourant l'intervention de l'époque, les municipalités entreprennent encore aujourd'hui de donner à leur compétence de garant de la tranquillité publique une dimension sanitaire. Comme le montre notamment Lussault, une double dynamique peut se créer entre les problématiques sanitaires et sécuritaires, surtout concernant les conduites addictives³⁹². D'une part l'entrée de la tranquillité publique permet au maire d'investir un domaine qui émeut ses administrés mais pour lequel il peut apparaître relativement impuissant, tandis que l'entrée sanitaire lui permet de s'attaquer aux toxicomanies au-delà de la seule démarche répressive, donc d'élargir et de rendre symboliquement plus acceptable sa mobilisation. Comme l'explique un agent municipal, en tant que « thématique porteuse vis-à-vis des habitants » la santé est considérée comme « une bonne porte d'entrée pour après, pouvoir mener d'autres choses », auprès de publics larges. La question de la consommation d'alcool sur la voie publique témoigne clairement de ce double discours des municipalités. Les arrêtés municipaux relatifs à la limitation de la vente d'alcool à certaines heures, ou à la fermeture des bars et boîtes de nuit, s'ils répondent à des demandes des riverains soucieux de préserver la tranquillité de leur quartier, sont largement sous-tendus par des argumentaires sanitaires. La politique municipale classique se trouve complétée, et par la même relégitimée, par un volet préventif et éducatif, de protection contre l'alcoolisme, notamment en direction des jeunes. Les déclarations d'intention et documents prévisionnels réalisés par les municipalités aquitaines, tels que les contrats de ville ou les contrats locaux de sécurité, révèlent aisément ce lien, puisque la prévention des toxicomanies y apparaît quasi systématiquement.

De façon significative, la coordinatrice d'un réseau de santé girondin dédié à la lutte contre les addictions souligne que sa structure entretient des contacts avec la ville de Bordeaux

³⁹¹ Nous renvoyons notamment à G. Aubin, B. Gallinato, dir., *Les espaces locaux de la protection sociale. Études offertes au Professeur Pierre Guillaume, colloque de Bordeaux février 2003*, Paris, Comité aquitain d'histoire de la Sécurité Sociale, 2004 ; G. Pollet, « La construction de l'Etat social à la française : entre national et local (XIX^{ème} et XX^{ème} siècles) », *op. cit.*

³⁹² M. Lussault, « L'instrument sanitaire. Rôles et valeurs de la santé publique dans les politiques territoriales à Tours », in D. Fassin, dir., *Les figures urbaines de la santé publique, op. cit.* pp. 174 – 202

aussi bien à travers son Conseil local de santé qu'à travers le Conseil local sécurité et prévention de la délinquance (CLSPD). Pour elle, « des collectivités qui théoriquement n'ont pas vraiment de compétence santé s'y mettent », l'approche par l'ordre public pouvant croiser la logique préventive.

De manière générale, les acteurs ont souligné à plusieurs reprises le lien entre santé des administrés et tranquillité publique, présentant le maire comme acteur de la santé des habitants en sa qualité de garant du maintien d'une sorte de paix sociale. La tranquillité publique et les compétences de police peuvent représenter une entrée pour que les maires investissent le champ des conduites addictives, champ qui peut par la suite être élargi assez facilement à une préoccupation plus globale de santé publique.

Fassin parle à cet égard d'une « sanitarisaiton du social » qui serait à l'œuvre aujourd'hui. Les pouvoirs publics apparaissent en effet se trouver dans des impasses, s'agissant de certains thèmes politiquement difficiles, comme la consommation de drogue ou les étrangers en situation irrégulière. Sous la pression médiatique, les décideurs hésitent entre des politiques répressives censées garantir l'ordre et la sécurité publics et des positions plus permissives, au nom de valeurs comme la tolérance ou la liberté. La santé publique apparaît dans ce contexte comme le « dernier langage du social »³⁹³, c'est-à-dire « le *seul langage* dans lequel il est encore possible de traiter du social »³⁹⁴. Fassin prend l'exemple des toxicomanes, perçus comme une menace pour l'ordre public et souvent au centre de tensions avec les autres habitants. L'entrée sanitaire permettrait d'apaiser le débat : par le biais d'un traitement sanitaire, le fléau social qu'est la drogue devient « dicible »³⁹⁵, le toxicomane passant du statut de délinquant à celui de patient.³⁹⁶

Toutes ces compétences relatives à l'environnement à la fois matériel et social, aux différents espaces de vie collective, sont autant de voies de « conversion-adaptation » de la

³⁹³ D. Fassin, « Politique des corps et gouvernement des villes », *op. cit.*, pp. 7 – 46

³⁹⁴ *Ibid.* p. 40

³⁹⁵ *Ibid.*

³⁹⁶ Nous renvoyons également à l'analyse de terrain de Feroni et Lovell qui renseigne sur l'évolution des politiques de lutte contre la toxicomanie au niveau municipal, procédant d'un glissement de l'approche sécuritaire vers une dynamique plurielle alliant prévention, lutte contre l'exclusion sociale, ou développement social urbain. Feroni, A. Lovell, « Prévention du VIH et toxicomanie à Marseille. Esquisse pour une santé publique locale », *Les annales de la recherche urbaine*, n° 73, décembre 1996, p. 23 – 32.

santé³⁹⁷, pour des acteurs qui trouvent dans ce processus des façons de s'inclure légitimement dans le traitement de cette problématique.

Plusieurs d'entre eux soulignent d'ailleurs le lien entre ce processus de transcodage et la montée en puissance des problématiques environnementales. Comme l'a bien souligné Lascoumes, l'environnement représente également une compétence qui n'appartient en propre à personne, ce qui permet à des acteurs hétérogènes de s'y engouffrer³⁹⁸. La notion de « santé environnementale » apparaît symptomatique de ce mouvement de rapprochement de l'agir sanitaire avec l'action sur l'environnement des personnes au sens large qui induit un élargissement et une incorporation des thématiques. Par exemple, selon un élu local par ailleurs médecin, « on n'a jamais autant parlé de santé que depuis qu'on parle d'environnement ! La logique de protéger l'environnement c'est pour protéger l'individu. Donc les gens ont pris conscience que c'était la santé publique, voilà. Ce qui fait qu'aujourd'hui, si vous regardez les débats des écologistes, ils parlent de santé publique ». La santé tend donc à s'insinuer dans des pans divers de l'intervention locale, les services déconcentrés comme les collectivités territoriales l'intégrant comme enjeux et comme outils à leurs interventions sur les espaces de vie en collectivité.

1.2 La santé abordée au travers de politiques transversales de développement territorial

Aux côtés des compétences des collectivités territoriales sur les milieux de vie, l'agir sanitaire se déploie aussi par un transcodage au sein de politiques dites territoriales visant à une action transversale sur un espace. C'est notamment le cas du Développement, de l'Aménagement, et de certains aspects de la Politique de la Ville.

Ces trois termes de « développement », d'« aménagement » et la « ville » correspondent à des processus syncrétiques qui s'incarnent dans les territoires locaux avec la vocation de dépasser les logiques sectorielles d'intervention. Ils donnent lieu à un type de politiques déjà mentionné, des politiques dites « procédurales », qui, pour Lascoumes et Le Bourhis opèrent « par la mise en place territoriale d'instruments de connaissance, de délibération et

³⁹⁷ P. Lascoumes, *L'Écopouvoir*, op. cit. p. 23

³⁹⁸ *Ibid.*

de décision peu finalisés *a priori* »³⁹⁹. Ces politiques procédurales constituent une forme particulière de politiques « constitutives » telles qu’elles apparaissent dans la typologie de Lowi : elles n’énoncent pas directement des normes à appliquer mais plutôt des procédures organisationnelles spécifiques, fournissant des « règles sur les règles »⁴⁰⁰. De fait, les politiques de développement ou d’aménagement territorial ne donnent pas directement des méthodes de résolution des problèmes mais bien des règles sur la manière dont les acteurs peuvent s’organiser localement pour définir et trouver des solutions localisées à ce qui fait problème⁴⁰¹.

L’aménagement ou le développement se veulent des démarches transversales, l’approche par les territoires correspondant à une double logique. Elle apparaît d’abord comme une « tendance à une définition plus localisée des problèmes publics et des moyens de prise en charge de ces problèmes »⁴⁰², sous-tendue par un discours sur les vertus de la proximité, mais elle incarne aussi une « montée en puissance du territoire comme catégorie d’intervention publique »⁴⁰³, le territoire devenant non seulement un espace de mise en œuvre de l’action publique mais véritablement un objet d’intervention, au même titre que les secteurs ou les populations cibles. Aménagement et développement, qu’il s’agisse de territoires ruraux ou urbains, se veulent donc sortir des cadres sectoriels traditionnels pour une action publique multifactorielle localement adaptée. Les problématiques sanitaires trouvent donc assez aisément une insertion dans ce type d’intervention, offrant aux acteurs locaux de nouvelles opportunités de transcodage de la santé⁴⁰⁴.

³⁹⁹ P. Lascoumes, J.-P. Le Bourhis, « Le bien commun comme construit territorial. Identités d’action et procédures », *Politix*, 1998, 42, pp. 37 – 66, ici p. 39

⁴⁰⁰ T. Lowi, « American business, public policy, case studies and political theory » *World politics*, vol.16, n°4, 1964 ; T. Lowi, « The State in Politics », in R. G. Noll, ed., *Regulatory Policy and the Social Sciences*, Berkeley, University of California, 1985, pp. 67 – 110

⁴⁰¹ J. De Maillard, *La politique de la ville : une institutionnalisation inachevée*, Thèse de doctorat de science politique, Bordeaux, CERVL, 2000

⁴⁰² A.-C. Douillet, « Les élus ruraux face à la territorialisation de l’action publique », *Revue Française de Sciences Politiques*, vol. 53, n° 4, août 2003, p. 583 – 606, ici p. 586

⁴⁰³ *Ibid.* p. 588

⁴⁰⁴ Notons ici que les acteurs locaux font appel en la matière à des stratégies argumentatives différentes, en recourant soit au registre de la proximité soit à celui de la compétence, dans les deux acceptions que peut avoir ce terme, à savoir une connaissance, une aptitude spécifique qui permet d’agir, ou une capacité légale à signer un acte, donc à décider dans une matière donnée.

D'après les lois de décentralisation, la Région est chargée du devenir à long terme des territoires et se voit confier les compétences de planification économique, de programmation des équipements, ayant trait au développement territorial. C'est dans le cadre de cette compétence que le Conseil régional d'Aquitaine entre une nouvelle fois dans l'agir sanitaire, procédant à une opération de transcodage de la santé dans ses compétences transversales.

L'institution s'est saisie des questions de santé au travers d'une action publique significativement intitulée « Santé et territoire », en faveur de la démographie médicale en milieu rural et d'un soutien à la réorganisation des professionnels de santé au sein des territoires infrarégionaux. Face à la menace d'une pénurie de professionnels de santé et donc d'une rupture de la continuité de l'offre de soins de premier recours dans les territoires ruraux à l'horizon 2015, des médecins généralistes et des élus aquitains ont alerté le Conseil régional, de sorte que « l'élu ne peut pas rester les bras ballants et dire "ce n'est pas de ma compétence" »⁴⁰⁵. Bien que l'Aquitaine soit relativement privilégiée du fait son attractivité générale, des disparités entre territoires existent d'ores et déjà, certains cantons ruraux subissant un déficit de services infirmiers et médicaux. Ainsi « d'ici 2015, si rien n'était fait, c'est plus d'une centaine de cantons qui pourrait ne plus avoir de médecin, d'infirmière ou les deux à la fois »⁴⁰⁶, tandis que les besoins ne cessent de croître.

Deux phénomènes concomitants sont soulignés au niveau national et se retrouvent en Aquitaine pour expliquer cette diminution des professionnels tant en valeurs relatives qu'en valeur absolue. D'une part la population globale augmente et vieillit, notamment en zones rurales. Quant aux professionnels, la menace de pénurie découle, nous l'avons dit, de leur propre vieillissement – beaucoup d'entre eux devant prendre leur retraite au cours de la prochaine décennie –, mais au-delà, d'évolutions sociologiques. Beaucoup de médecins fuient l'installation en zones rurales, synonyme d'isolement et de pénibilité. Une approche qualitative de la désertification doit être privilégiée pour préparer en amont des conditions territoriales attractives, favorables à l'exercice.

⁴⁰⁵ Propos de l'élue régionale déléguée à la santé. Intervention lors du Quinzième Colloque National de démographie, Démographie et Santé, Cudep, Bordeaux 21-24 mai 2007

⁴⁰⁶ *Ibid.*

L'intervention du Conseil régional se situe au niveau des pays, dans le cadre de sa politique contractuelle d'aide au développement territorial. la pénurie de professionnels de santé est présentée comme un « véritable enjeu d'aménagement du territoire »⁴⁰⁷, ce dernier étant entendu comme une construction d'espaces de vie socialement et économiquement attractifs. Comme le souligne l'élue déléguée à la santé, « le Conseil régional a une compétence en aménagement du territoire. Donc imaginer la construction de nouveaux axes de communication, voir des élus se mobiliser pour construire des écoles et toutes sortes d'aménagements culturels qui sont installés dans les zones rurales, et voir une prospective à dix ans de fermetures de cabinets médicaux et paramédicaux ce n'est pas pensable. [...] Donc pour agir contre la désertification médicale nous nous plaçons sous l'angle de l'aménagement du territoire. Pour maintenir l'attractivité des territoires, il faut maintenir l'activité des médecins, des infirmiers et pharmaciens. Pour inciter les professionnels à venir s'installer ou à rester, les pratiques incontournables seront d'assurer de bonnes conditions d'accueil et de vie sur le territoire, il faut créer du lien entre les élus et les professionnels, et entre les professionnels entre eux, et entre les agents de développement territoriaux et une meilleure organisation de l'offre de soins dans les territoires. Il faut inciter évidemment à l'exercice groupé, à la pluridisciplinarité, en favorisant le dialogue par une ingénierie appropriée. C'est le dispositif mis en place par le Conseil régional. »

Cette approche s'insère clairement dans la logique promue à l'échelle nationale, en faveur d'une convergence entre les problématiques d'aménagement du territoire et de santé. Une conception plus ouverte de l'aménagement du territoire est affirmée, incluant la prise en compte des services concourant à la qualité de vie, au cadre de vie ou à l'action économique. Les services de santé trouvent leur place dans cette définition englobante, notamment à travers les dispositions de la loi Voynet de 1999 qui érige explicitement les politiques de santé au rang de composantes de l'aménagement du territoire et du développement durable⁴⁰⁸. Ce texte place la santé parmi les politiques visant « la cohésion des territoires » et une réponse adaptée aux besoins des usagers.

⁴⁰⁷ *Ibid.*

⁴⁰⁸ Loi d'orientation pour l'aménagement et le développement durable du territoire du 25 juin 1999, LOADDT, portant modification de la loi du 4 février 1995 d'orientation pour l'aménagement et le développement du territoire. Ce texte a donné lieu à la définition de Schémas de services collectifs (SSC). Ces schémas « sont élaborés par l'État dans une perspective à vingt ans en prenant en compte les projets d'aménagement de

Le transcodage de la santé dans les problématiques d'aménagement global légitime d'ailleurs une implication de l'administration chargée de l'aménagement du territoire dans l'agir sanitaire.

Réuni pour la première fois le 13 décembre 2002, le Comité interministériel à l'aménagement du territoire (CIADT) a lancé un appel à projets de démarches partenariales, sur des problématiques sanitaires et sociales dans les territoires de projet⁴⁰⁹. L'objectif clairement formulé est d'inscrire la santé, dans son sens le plus large, dans les démarches de développement local, grâce à une mobilisation confortée des acteurs de terrain. Les modalités de cette démarche ont ensuite été précisées par la circulaire interministérielle du 16 avril 2003, relative à « l'expérimentation de démarches locales partagées de santé et d'action sociale et médico-sociale dans le cadre des projets territoriaux de développement » qui consacre l'alliance entre territoire et santé autour d'une logique de projet.

Plusieurs autres textes récents contribuent également à constituer un socle normatif pour l'investissement des collectivités territoriales dans l'agir sanitaire, en lien avec les problématiques de développement territorial, et sont autant de fenêtres d'opportunité pour l'intervention régionale : les lois des 9 et 13 août 2004, et celle du 23 février 2005 confient à l'ensemble des collectivités territoriales de nouvelles prérogatives dans l'élaboration et la mise en œuvre de projets⁴¹⁰. En effet celles dont le territoire connaît un déficit de l'offre de soins peuvent dorénavant attribuer des aides destinées à favoriser l'installation ou le maintien de professionnels de santé. Elles peuvent aussi construire, acquérir ou rénover des

l'espace communautaire européen », et concernent des politiques jugées structurantes, telles que l'enseignement supérieur et la recherche, la culture, les télécommunications, l'énergie, les transports, l'environnement, et donc la santé. Adoptés par décret, « leur élaboration donne lieu à une concertation associant les collectivités territoriales, les organismes socioprofessionnels, les associations et les autres organismes qui concourent à l'aménagement du territoire ».

⁴⁰⁹ L'appel à projet est conjoint, entre la Datar, la Direction générale de la santé, la Direction Générale de l'action sociale et la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins. Il est significatif que cette démarche ait été lancée par une instance interministérielle, dans le cadre d'une discussion générale sur l'aménagement du territoire. La réorganisation de la santé ne semble ainsi plus seulement passer par son administration spécialisée selon une logique sectorielle mais bien par une mobilisation collégiale, sous-tendue par une recherche de modernisation des modalités d'action publique.

⁴¹⁰ Loi 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, loi 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales, et loi 2005-157 du 23 février 2005 relative au développement des territoires ruraux.

bâtiments destinés à être mis à la disposition d'un établissement public de santé ou d'une structure de coopération sanitaire⁴¹¹. Les collectivités peuvent enfin participer au financement d'équipements hospitaliers ou médico-sociaux par le biais des sociétés d'économie mixte locales. L'élue régionale déléguée aux services publics et à la santé souligne que ce corpus de texte « nous autorise à nous intéresser de près à la répartition territoriale et donc à intervenir ».

Les agents des services techniques de la Région mettent bien en exergue une démarche de déconstruction des enjeux afin de pouvoir faire coïncider compétence en aménagement du territoire et agir sanitaire. Pour un directeur, la santé est traitée dans « le cadre du développement local », « comme une des problématiques qui touchent le développement territorial, en particulier en milieu rural », à travers le prisme du maintien des services. Pour lui, l'approche par la démographie des professionnels « a justifié le fait qu'on puisse aborder cette question sur le plan de l'aménagement du territoire ». Un volet « services » existait déjà dans les politiques de développement et aménagement du territoire ; or « la santé fait partie intégrante de cette question services, et elle n'était pas traitée avant ». Les acteurs aquitains se rapprochent donc clairement des processus relevés par Lascoumes, de « recyclage d'idées et de pratiques antérieures en des formes neuves qui constituent des contenants pour la réception, l'expression d'enjeu et la recherche de réponses organisées. »⁴¹²

L'approche santé en aménagement du territoire est donc une nouvelle fois présentée par un directeur comme une « démarche très particulière mais qui trouve sa place dans des politiques existantes. En fait c'est une priorité qui est née, qui est montée, dans une politique existante qui était la politique d'aménagement du territoire », parce qu' « on sentait bien que c'était une thématique qui posait problème ». De même pour la chargée de mission santé, « ce n'est pas notre cœur de compétence », mais un « problème qui se pose au territoire, donc qu'il s'agit de résoudre. » Tous les agents interrogés à la Région véhiculent donc l'idée qu'il est « normal qu'elle participe au débat sur un problème identifié par tout le monde », « même si c'est pas sa pleine compétence ».

⁴¹¹ Plus spécifiquement la loi du 23 février 2005 leur permet de prendre en charge ou de subventionner la construction d'équipements hospitaliers dans les zones montagneuses, pour assurer le maintien des services.

⁴¹² P. Lascoumes, *L'Écopouvoir*, op. cit. p. 24

L'entrée du Conseil régional dans l'agir sanitaire par le biais de l'aménagement et du développement territorial est progressive, l'institution ne disposant pas au départ de moyens spécifiques pour traiter une « problématique un peu étrange, étrangère à nos compétences »⁴¹³. Un groupe de concertation « Santé et Territoires » est d'abord mis en place, piloté par l'élue déléguée aux services publics et à la santé. Il réunit les élus et responsables des pays et communautés de communes, « les institutions régionales compétentes » de l'État et de l'Assurance maladie, des représentants des professionnels de santé libéraux, de l'Observatoire régional de la santé d'Aquitaine (Orsa) et de l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (Irdes). Chargé de « mener la réflexion et de formuler des propositions visant à assurer un maintien de l'offre de santé de proximité »⁴¹⁴, ce groupe lance une analyse prospective sur l'évolution à long terme de l'offre dans les territoires aquitains dont l'objet est de « faire le point, parce qu'il y avait un décalage entre les chiffres officiels et un certain ressenti sur le territoire. Donc on ne comprenait pas toujours comment on pouvait dire que l'Aquitaine était à ce point bien dotée en médecins et comment les gens, les professionnels venaient frapper à notre porte »⁴¹⁵.

La mission d'analyse est confiée à un cabinet privé qui produit un rapport « Santé, Région et Territoires » publié en février 2006, dressant le bilan de l'offre de soins inégalement répartie sur le territoire et mettant en évidence les cantons dits « critiques » en termes d'offre de soins libérale en 2005 et à l'horizon 2015. Le rapport débouche sur la création d'un guide méthodologique « Santé et Territoire en Aquitaine : Comment éviter la désertification médicale ? » diffusé en novembre 2006 et destiné aux acteurs territoriaux, élus ou chefs de projets intercommunaux afin de les inciter à « développer de nouvelles organisations privilégiant de meilleures conditions d'exercice des professionnels : exercice regroupé, travail en réseau et en équipes pluridisciplinaires, notamment au sein de maisons de santé. »⁴¹⁶ Pour accompagner les territoires dans ces démarches, le Conseil régional

⁴¹³ Ces mots sont ceux du directeur de l'Aménagement

⁴¹⁴ www.region.aquitaine.fr/politiques-regionales/sante-solidarite/sante-solidarite.html, [page consultée le 22 janvier 2008]

⁴¹⁵ Propos de l'élue régionale déléguée aux services publics, intervention au colloque Démographie et santé, *op. cit.*

⁴¹⁶ www.region.aquitaine.fr/politiques-regionales/sante-solidarite/sante-solidarite.html [page consultée le 22 janvier 2008]

adopte un règlement d'intervention qui lui permet d'agir à plusieurs niveaux dans le cadre de sa politique contractuelle de développement territorial en faveur des pays. Il s'agit avant tout de conseiller les acteurs locaux sur le montage de projets et la recherche de financements, tout en mettant à leur disposition des outils d'aide à la décision tels que des études démographiques ou des diagnostics territoriaux. L'institution régionale cherche surtout à « amener les territoires à réfléchir » et privilégie donc le soutien à l'ingénierie, le financement de projets et l'aide à la construction d'équipements ne devant intervenir qu' « à la marge »⁴¹⁷. L'élue en charge de cette démarche précise en tout premier lieu ce principe : « nous avons voté au Conseil régional un dispositif qui permet de payer l'ingénierie, l'animation du territoire, pour faire des diagnostics santé dans les pays. J'encourage la réflexion au niveau des communautés de communes, et je leur dis “posez-vous la question, qui sera médecin, qui sera infirmière sur votre territoire ? Comment vous allez faire avec le doublement des personnes âgées à dix ans, pour les maintenir en santé ? Ça pose la question de la santé, ça pose la question des services à la population. Posez-vous cette question et imaginons ensemble des réorganisations des professionnels, réorganisations des services, pour répondre aux besoins qui montent ”. Voilà c'est aujourd'hui qu'il faut préparer demain. Voilà c'est déjà beaucoup ».

La Région Aquitaine paraît ainsi souscrire à une nouvelle conception de l'aménagement du territoire en matière de santé, passant « d'une politique de redistribution de moyens à un encouragement à l'organisation, d'une logique de guichet à une logique de projet »⁴¹⁸. Les projets sont conçus comme multiformes et le périmètre d'action comme nécessairement défini en fonction de besoins spécifiques. Ce positionnement est clairement souligné, à plusieurs reprises, par l'élue responsable de cette thématique : « nous avons demandé aux territoires de s'organiser et de se poser la question d'organiser un schéma de services. C'est-à-dire qu'on ne va pas bâtir une maison médicale par canton ou par intercommunalité » ; « il n'y a pas d'organisation toute trouvée, mais la règle c'est de dire que c'est dans les territoires que l'on peut trouver la bonne organisation, et que nous élus, des collectivités

⁴¹⁷ Ces termes sont utilisés par la chargée de mission santé du Conseil régional.

⁴¹⁸ E. Vigneron, M. Glatron, J.-Y. Jacob, « Santé publique et aménagement du territoire », Actes du 11^{ème} Festival international de géographie de Saint-Dié des Vosges, Géographie et santé, 2000, en ligne [page consultée le 17 juin 2005]. Disponible sur : www.xxi.ac-reims.fr/fig-st-die/actes/actes_2000/vigneron/article.html

territoriales et du Conseil régional, nous allons les y aider. En aucun cas nous n'allons imposer ou donner des marches à suivre. Ce que nous faisons c'est donner des pistes, donner des outils et c'est eux qui construisent. Nous ne faisons qu'aider les territoires à construire leur propre politique de santé. Et c'est en ce sens qu'est l'innovation que fait le Conseil régional d'Aquitaine. »⁴¹⁹

Par cette nouvelle incursion dans l'agir sanitaire, l'institution régionale trouve encore une fois une voie de valorisation d'une de ses compétences phares. Elle met en avant l'aspect prospectif et innovant de sa démarche, basée sur une logique dite « de projet ». Plusieurs de ses chargés de mission soulignent que contrairement aux administrations déconcentrées qui « déclinent des politiques venues d'en haut », « la Région est en position de faire remonter des dynamiques, des besoins des acteurs de terrain impliqués dans diverses politiques sectorielles ». Son entreprise est entendue comme un processus de « fédération de poussées de terrain ». Ces agents s'efforcent de décrire une logique ascendante, s'appropriant les discours sur la plus-value des logiques de proximité, laissant aux acteurs de terrain le soin de définir à la fois leurs besoins propres et les solutions à y apporter. La Région peut, par cette initiative, se donner à voir comme une institution modernisatrice et hautement démocratique, puisque son intervention en aménagement du territoire fait la part belle aux démarches processuelles, en concertation et au plus près des acteurs de terrains, élus comme professionnels.

Cette démarche représente d'ailleurs l'aboutissement d'une progressive rénovation interne à l'institution régionale, par une évolution des façons de faire et un élargissement des points de vue, face à des enjeux nouveaux, donc un apprentissage collectif procédant d'une familiarisation progressive avec les problématiques sanitaires. Un conseiller régional par ailleurs professionnel de santé décrit comment les élus régionaux passent progressivement du « lobbying pour garder des services hospitaliers », dans la lignée du rôle traditionnel de l'élu local protecteur de ses administrés, à une démarche de projet en matière sanitaire : « je me rappelle en 1998-2000, j'entendais souvent des élus plaider pour l'intérêt de la défense des maternités, avec des motions... Je disais "attendez, vous avez bien conscience de ce dont vous parlez ? Est-ce que vous avez bien analysé les choses, les problèmes d'accessibilité, de dangerosité ?" ». Ses homologues craignant surtout les pertes en termes

⁴¹⁹ Intervention lors du Colloque Démographie et santé

d'emploi local, « il manquait une culture. Et j'avais dit à cette époque-là qu'il serait important d'écouter le directeur régional de l'hospitalisation, qui a des choses à dire. Et les Sros se mettaient en place : donc c'est intéressant qu'un schéma régional soit au moins présenté ici. Pas voté bien sûr, mais au moins débattu, pour le comprendre. Il y a eu une certaine réticence au départ, mais ça s'est fait, en commission. Une commission santé s'est mise en place, aux alentours des années 2000-2002, et elle a auditionné, elle a écouté l'ARH qui a pu s'exprimer. Donc déjà c'était mieux. Et lors du deuxième mandat, depuis 2004, il y a une conseillère régionale déléguée aux problèmes de santé. C'est elle qui représente, au niveau de l'ARH, le Conseil régional. Et puis il y a les réflexions sur les zones rurales : une collectivité comme la Région peut être impliquée, concernée, alors qu'elle n'a pas en fait la compétence en tant que telle, comme elle a la compétence de l'aménagement du territoire. [...] Donc ça veut dire aujourd'hui que la Région est rentrée vraiment dans le discours santé au sens large. » Le processus de transcodage apparaît là encore clairement à l'œuvre : avec « le recyclage de pratiques » et la requalification de problèmes publics en enjeux sanitaires, c'est tout un processus de « communication interne et externe » souligné par Lascoumes qui est en marche, autour de la légitimité et de l'opportunité de prendre part à l'agir sanitaire⁴²⁰.

Les politiques de développement territorial ne sont pas l'apanage de la Région et les pays se lancent également dans l'agir sanitaire par le biais de cette compétence transversale, parfois indépendamment de l'impulsion régionale.

Selon les lois Pasqua et Voynet⁴²¹, le pays est un territoire qui « présente une cohésion culturelle, économique ou sociale » et « exprime la communauté d'intérêts économiques et sociaux ». Il a pour vocation d'être le cadre d'élaboration mais également l'objet d'un « projet commun de développement (durable) ». Par sa définition même, ce périmètre-objet d'action publique apparaît comme un territoire privilégié pour mener des programmes transversaux. Leurs agents justifient leur approche des enjeux de santé justement par leur

⁴²⁰ P. Lascoumes, *L'Écopouvoir*, *op. cit.* p. 26

⁴²¹ Loi d'orientation pour le développement et l'aménagement du territoire (LOADT) du 4 février 1995 dite « loi Pasqua » et Loi d'orientation pour l'aménagement et le développement durable du territoire (LOADDT) de 1999

vocation globale à développer les territoires, dans un discours proche de celui adopté au Conseil régional.

Les chartes ou documents de programmation édités par les pays aquitains donnent souvent à voir l'agir sanitaire comme condition même de réussite de leur démarche territoriale. L'atelier Santé-Social organisé au sein du pays Basque souligne par exemple que « l'amélioration de l'accès au soins en pays Basque intérieur apparaît comme un enjeu fort d'aménagement du territoire et d'égalité des chances », dans le cadre de la lutte contre le phénomène de décrochage entre des zones littorales très dynamiques et l'intérieur des terres plus fragile⁴²². De même, le pays des Landes de Gascogne et le pays Médoc ont pris part à l'agir sanitaire par le biais de leur « stratégie de développement territorial »⁴²³. Une chargée de mission souligne qu'une « entrée par pathologie ou thématique précise » n'aurait pas été pour elle complètement légitime, la position d'aménageur global lui paraissant beaucoup plus facilement justifiable.

Les professionnels des pays, directeurs et chargés de mission utilisent une définition large du « développement » pour y inclure la santé, par le biais des « services », dans une logique analogue à celle du Conseil régional⁴²⁴. Comme le souligne une chargée de mission des Landes de Gascogne, la présence et le maintien de services de santé est une condition fondamentale de réalisation du projet de territoire. Son premier objectif est en effet de mener « une politique d'accueil aux nouveaux arrivants » ; or, « on ne peut pas appliquer notre projet de territoire si on n'a plus de professionnels de santé », car « comment faire un projet de services et d'accueil de populations si on n'a pas de professionnels de santé ? C'est impossible ! » L'objectif prioritaire du pays devient sa « clef d'entrée », sa source de légitimation pour s'investir dans l'agir sanitaire, la santé étant « un des volets à prendre en compte pour faire des Landes de Gascogne un territoire attractif », tant pour les familles cherchant à s'installer dans la région que pour les professionnels eux-mêmes qui craignent d'exercer de manière isolée.

⁴²² Pays Basque, *Synthèse de la contribution de l'atelier Santé-Social. Définir une cohérence territoriale des politiques sanitaires et sociales à l'échelle du Pays Basque*, juin 2006, p. 15

⁴²³ Ces mots sont empruntés à une directrice de pays.

⁴²⁴ Il est significatif d'observer que si, durant un an, un poste à mi-temps consacré à la thématique « santé » a été financé dans le pays des Landes de Gascogne, le poste a évolué pour être dédié aux « services en général, dont la santé ».

Les pays n'apparaissent donc pas partir de la thématique santé pour la faire concorder avec leur politique territoriale, mais au contraire déconstruire la problématique de l'attractivité, faisant ainsi émerger des besoins de type sanitaire : « il s'agit d'être attractif, donc d'offrir de l'emploi et des services, dont des services de santé ». Dans des termes très proches de ceux utilisés à l'échelon régional, l'intervention en matière de santé « n'est pas une politique de santé en tant que telle, c'est une politique d'aménagement du territoire », qui se trouve enrichie d'objectifs qualitatifs. Les propos sont univoques quand nous interrogeons les acteurs sur leur positionnement dans l'agir sanitaire : « nous menons une politique de développement territorial, dans laquelle la thématique santé est devenue prioritaire » ; « je n'ai pas la prétention de dire que nous menons une politique de santé. Mais nous mettons tout en œuvre pour qu'il y ait une véritable politique territoriale de santé. Et en ça, nous sommes une tête de réseau. »

Les pays se donnent à voir comme légitimes par la manière même dont ils fonctionnent et sont créés. Les dimensions fondamentalement « territoriale » et processuelle de l'action sont constamment soulignées pour justifier l'engagement dans l'agir sanitaire. Les intervenants présentés comme traditionnels dans le domaine de la santé, à savoir essentiellement les services déconcentrés de l'État et les organismes d'Assurance maladie, travaillent, d'après les agents des pays, selon « leur logique de secteur ». Or les problèmes publics liés à la santé qui se posent au sein de territoires ruraux vastes et parfois enclavés se caractérisent par des étiologies multiples qui mettent bien souvent à mal les divisions sectorielles, notamment entre services sanitaires et sociaux. Partant, tout le travail du pays consiste à « coordonner la logique territoriale et les logiques de secteur », à « articuler les logiques sectorielles et territoriales » ; sa « pertinence fondamentale » réside dans son positionnement « à la croisée de la logique territoriale et des différentes logiques de secteurs ».

À ce titre, un exemple particulièrement parlant a été soulevé, relatif à l'accès aux soins des personnes âgées. Beaucoup d'entre elles ne disposent pas de moyens de transport et ne peuvent accéder seules aux services de santé, ce qui rend nécessaire l'organisation de « modes de transports alternatifs ». Le rôle du pays prend là tout son sens, car il ne suffit pas de réorganiser les soins, ni d'augmenter l'offre de services si les personnes ne peuvent y accéder concrètement. Le pays n'étant pas une administration spécialisée, il fait justement le lien et construit de la cohérence entre différentes thématiques sectorielles, les services de

santé et les transports par exemple. Une directrice de pays témoigne d'ailleurs de cette transversalité des perspectives et des projets en refusant le vocabulaire traditionnellement lié à la décentralisation : « Nous ne parlons pas de compétences. Nous parlons de missions », l'enjeu étant d'organiser une « véritable réponse territoriale ».

Une autre dimension de la légitimité spécifique des pays, procède de leur forte proximité avec les enjeux et les ressources locaux, de leur vocation à « être au plus près des professionnels et faire émerger des choses du territoire », ce que précisément la Mission régionale de santé a plus de difficulté à faire du fait de son éloignement du terrain⁴²⁵. Selon une chargée de mission, il s'agit de « faire émerger des projets des professionnels eux-mêmes » ; « c'est vraiment une approche de terrain, sans vouloir se substituer aux autres acteurs », le rôle du pays étant de coordonner, d'animer, de donner de la cohérence à des initiatives.

Dans cette optique, le pays Médoc comme celui des Landes de Gascogne entrent dans l'agir sanitaire de manière progressive. Il s'agit avant tout d'imaginer et d'adapter les outils aux besoins, non pas de plaquer des solutions sur des réalités de terrain, d'autant que les élus locaux ne sont pas unanimes sur l'opportunité de s'investir financièrement dans l'agir sanitaire⁴²⁶.

La démarche de développement territorial du pays Médoc débute en 2000, alors que les élus siégeant au syndicat mixte porteur du pays et la société civile formant le conseil de développement travaillent séparément. C'est d'abord au sein du conseil de développement qu'a « émergé » la problématique sanitaire, notamment en lien avec l'isolement de certaines populations, accentué par les difficultés de déplacement, mais également avec la faible attractivité du territoire pour les professionnels, deux problématiques qui posent *in fine* la question de l'égalité d'accès aux soins pour tous. Pour la directrice du pays, avec l'expression de la société civile au sein du conseil de développement, « la problématique sociale nous est arrivée en pleine figure ». La santé va ainsi être « prise à bras le corps » en

⁴²⁵ La Mission régionale de Santé, regroupant rappelons-le Urcam et ARH, est citée par les acteurs locaux parce qu'elle a édicté une cartographie des zones les plus fragiles en termes d'offre de santé, devant bénéficier prioritairement des aides régionales. Plusieurs acteurs ont souligné que ce diagnostic ne correspondait qu'en partie à la réalité des besoins, du fait d'un décalage dans le temps des données disponibles et de calculs statistiques ne prenant pas toujours bien en compte les pratiques réelles des populations.

2005 : le pays s'emploie à élaborer des indicateurs pour établir un « diagnostic de la situation territoriale » et proposer des outils territoriaux innovants pour coordonner les professionnels et soutenir le maintien de services sur l'ensemble du territoire.

L'entrée du pays dans l'agir sanitaire a d'abord lieu à titre expérimental, pour ensuite se pérenniser grâce au soutien de structures régionales et nationales. Dans un premier temps, la directrice du pays crée une « cellule sociale », menant « un travail plus ou moins officieux », regroupant des représentants de la Ddass, la direction de l'Emploi, la Mission locale, des travailleurs sociaux et des associations d'insertion. Il s'agit pour elle de mettre en œuvre un « réseau d'acteurs » dans le but de mener une réflexion critique sur le territoire, mais aussi de connaître et savoir utiliser les outils disponibles.

C'est dans ce contexte qu'intervient l'appel à projets du CIADT, pour lequel le pays « saisit l'occasion », candidate et obtient un financement important – auquel se joindront les collectivités régionale et départementale – pour lancer l'expérimentation sur deux ans d'un Centre de ressources territorial (CRT) sur la thématique sanitaire et sociale. Il s'agit à l'époque de mettre en réseau les professionnels libéraux de santé, de trouver des solutions collectives notamment en matière de prise en charge des problèmes psychiques chez l'enfant et de prise en charge des personnes âgées. À la fin de cette période le CRT est pérennisé sous les traits d'une « Plateforme de développement sanitaire et social », avec encore une fois le but de « faire du réseau ». Le pays s'investit particulièrement sur les thématiques de l'éducation pour la santé, des addictions et de la nutrition en lien avec la précarité, à travers une réflexion à deux niveaux, à savoir « l'organisation territoriale » de l'offre de services de santé et la formation des acteurs professionnels pour qu'ils sachent « repérer des situations sanitaires problématiques » et qu'ils connaissent les divers intervenants. L'investissement du pays Médoc dans l'agir sanitaire à partir de sa vocation à développer le territoire s'adresse donc à la fois à sa population et à son tissu de professionnels. Les outils mobilisés sont multiformes, sous-tendus par le souci de coller aux besoins et opportunités offertes par le territoire : citons par exemple la création de deux

⁴²⁶ Pour une directrice de pays, l'une de ses difficultés majeures réside justement dans le fait que certains élus ruraux considèrent la santé comme « un mouchoir sale » dont ils ne se saisissent qu'avec une extrême prudence.

maisons de santé, l'organisation des gardes et du partenariat avec la polyclinique présente sur le territoire, ou encore la création d'un réseau gérontologique⁴²⁷.

De son côté, le pays des Landes de Gascogne construit le volet santé de son action de développement en suivant une logique similaire.

Un premier diagnostic de territoire, en concertation avec les professionnels de santé, permet dès 1999 de faire apparaître un risque de pénurie à court terme de médecins généralistes et d'infirmiers libéraux, dans une zone par ailleurs éloignée des centres hospitaliers. L'installation durable de professionnels de santé devient par conséquent un objectif de premier rang pour les élus du territoire, avant même la naissance officielle du pays qui voit le jour le 1^{er} janvier 2004. En 2002 est créé un Observatoire local de la santé pour faire un diagnostic de l'offre médicale existante et évaluer les spécificités de la demande à l'échelle des cantons, en fonction de l'indice de vieillissement de la population ou de l'éloignement des établissements de soins.

La dynamique va cependant s'accélérer avec l'appel à projets interministériel de 2002. En vue d'y répondre, les élus produisent un premier « État des lieux des services de médecine généraliste » réalisé à partir d'une enquête par questionnaires administrés auprès des praticiens et de données fournies par la Drass. Il en ressort que le territoire possède une densité de médecins inférieure aux chiffres départementaux et nationaux, tandis que les infirmières libérales et les spécialistes sont aussi en nombre insuffisant. Quatre médecins sur dix partiront à la retraite dans les dix prochaines années et le territoire paraît peu attractif pour les nouveaux professionnels, notamment à cause du nombre trop important de gardes, de déplacements longs pour les visites et de la perte de la valeur économique des cabinets⁴²⁸. Une nouvelle fois, l'objectif en termes de développement territorial et d'attractivité est donc double, à savoir améliorer les conditions d'exercice et l'accès aux soins.

Avec les fonds obtenus suite à l'appel à projets du CIADT le pays a pu mettre en place trois projets de maisons médicales pluridisciplinaires afin de parvenir à maintenir les

⁴²⁷ Lieux de soins identifiés, les maisons de santé, ou maisons médicales, sont plus que de simples cabinets puisqu'elles regroupent différents types de praticiens, généralistes, spécialistes mais aussi paramédicaux et permettent d'assurer la permanence des soins tout en diminuant les heures de travail par le partage des gardes.

⁴²⁸ A. Pailler, *L'approche territoriale des services de santé sur le Pays des Landes de Gascogne*, Mémoire de DESS, Bordeaux, Université Montesquieu-Bordeaux IV, 2003

professionnels dans les Landes de Gascogne grâce à une meilleure organisation. Mais au-delà des maisons médicales, le pays travaille à une « réflexion globale » et met en avant le souci d'étudier « un canevas de solutions » à long terme, pour rendre le territoire plus attractif, dont les bourses attribuées aux étudiants futurs professionnels de santé ou le développement d'un partenariat avec l'Université pour favoriser l'accueil des étudiants en stage.

Cette dynamique incrémentale et processuelle marquant l'intervention des pays dans l'agir sanitaire se traduit par un certain apprentissage collectif. Les acteurs interrogés décrivent comment les différentes catégories de parties prenantes, élus, professionnels, institutions, mais également acteurs du pays, en interne, intègrent peu à peu la légitimité d'une démarche de santé dans l'objectif global de développement qui fonde les chartes de pays. Si « il a fallu faire comprendre aux différents intervenants que nous sommes un interlocuteur », « la pâte est en train de prendre » considère la directrice du pays Médoc. Elle se félicite d'ailleurs que sa structure soit aujourd'hui régulièrement conviée à des colloques, réunions, ou groupes de travail : « maintenant on pense à nous », le pays est « entré dans le paysage » des acteurs locaux œuvrant pour la santé. Les institutions sectorielles auraient trouvé dans les pays de véritables « interlocuteurs » experts : « ils savent qu'on essaie d'être techniciens et de ne pas mettre d'affect » notamment dans les analyses du territoire ; « quand le pays envoie un avis, c'est un avis technique, sans pathos ». Même les professionnels de santé qui ont d'abord eu des difficultés à comprendre le rôle du pays, ce qui a nécessité un temps d'observation de leur part, auraient aujourd'hui une position favorable, saluant l'intervention de proximité visant à agir sur une situation qui pour eux « n'est plus tenable ».

Cette reconnaissance tend à entretenir l'engagement des pays dans l'agir sanitaire, puisqu'elle favorise également une montée en puissance de la problématique santé parmi les décideurs même du pays. La légitimation *a posteriori* par un financement interministériel et par le Conseil régional qui cofinance l'ingénierie ou les projets, permet en effet de relancer la thématique auprès des élus. La démarche du pays Médoc a notamment été mise en exergue par la DIACT qui a édité un guide sur les projets partagés pour l'intervention sanitaire et sociale, dans lequel le pays figure en annexe, parmi dix projets territoriaux exemplaires. Par là même, « on devient un territoire référent. Et ça, ça a vraiment un effet levier pour nous ». Si certains élus pouvaient douter de la nécessité d'un engagement sur le

terrain de la santé, ils saluent le fait d'être cité en exemple tandis que l'investissement financier du pays est faible puisqu'il consiste essentiellement en un budget d'ingénierie, de coordination d'acteurs. Car l'une des craintes majeures des élus est bien celle de la dépense engendrée par des problématiques sanitaires dont ils n'ont pas légalement la charge. Là encore les processus communicationnels en interne comme vers l'extérieur participent de la déconstruction des problématiques, pour finalement redéfinir les cadres de compréhension et de légitimation de l'intervention.

Le transcodage de la santé à travers les démarches de développement des espaces de vie se donne enfin à voir dans le cas du développement urbain, et particulièrement dans la politique de la Ville, par nature transversale et plurisectorielle. Définie par le ministère qui en a la charge comme une politique visant à « revaloriser les zones urbaines en difficulté et réduire les inégalités entre les territoires »⁴²⁹, elle correspond tout à fait à la définition de l'aménagement et du développement (durable) du territoire tels que précédemment définis et donne lieu à des entreprises similaires de « conversion-adaptation ».

Cependant, il convient de bien garder à l'esprit que l'investissement dans l'agir sanitaire par cette entrée n'est pas uniquement le fait d'un positionnement volontariste des acteurs locaux, mais bien d'une volonté nationale. Nous l'avons dit, la Délégation interministérielle à la ville (Div) a, dès 2001, mis à disposition des acteurs locaux un outil spécifique, l'Atelier santé ville (ASV), consacré à la mise en œuvre du « volet » santé de la politique de la Ville, dont l'enjeu est principalement de réduire les inégalités sociales et spatiales. Le constat que « l'augmentation régulière de l'espérance de vie ne s'accompagne pas automatiquement d'une réduction des inégalités en matière de santé » qui au contraire tendent à s'aggraver dans des situations de difficultés économiques ou scolaires, justifie l'inclusion de la santé dans l'intervention globale sur les quartiers dits prioritaires, la santé devant figurer « parmi les priorités assignées à la politique de la Ville »⁴³⁰. Si le dispositif

⁴²⁹ Site officiel du ministère du Logement et de la Ville, <http://www.ville.gouv.fr/politique-de-la-ville/index.htm> [page consultée le 25 janvier 2008]

⁴³⁰ *Ibid.*

est national, le choix du développement d'un ASV est cependant laissé aux acteurs locaux⁴³¹.

La dynamique de transcodage entre politique de la Ville et santé a été clairement révélée par les acteurs aquitains. La coordinatrice d'un ASV girondin explique que « la santé a semblé une façon cohérente d'avancer dans le cadre de la politique de la Ville ». De même, le directeur du Développement social urbain (DSU) de la ville de Bordeaux indique que dans sa direction « on parle de santé depuis pas très longtemps, mais plus fondamentalement on y parle de développement territorial et de politique de la Ville. Et puis les deux se sont assez logiquement retrouvés, parce que quand on parle de politique de la Ville, c'est-à-dire de la définition d'actions correspondant à des besoins dans des quartiers dits sensibles, la problématique de la santé vient assez logiquement. »

Une nouvelle fois, la santé n'est pas abordée par la construction revendiquée d'une nouvelle compétence, mais bien par le développement d'un volet qualitatif au sein de la compétence du développement territorial, présentée comme légitime car légalement octroyée. Un des enjeux de l'ASV réside justement dans la sensibilisation de l'ensemble des services sectoriels, souvent cloisonnés mais parties prenantes des démarches de développement urbain, pour une intégration de la santé à leurs démarches. Il s'agit en fin de compte de mener un véritable apprentissage en interne. En ce sens, le DSU apparaît à son directeur comme « un prestataire de service en interne », visant à améliorer les actions des autres segments municipaux grâce à une logique nouvelle de « fonctionnement par projets ». Les services de la municipalité elle-même sont la « première cible » du travail partenarial : « c'est beaucoup en interne que cette évolution doit se faire ».

Les acteurs de la politique de la ville et du DSU nous apparaissent dès lors comme des intervenants importants du processus de transcodage, comme des diffuseurs d'idées,

⁴³¹ L'échelon national fournit aux acteurs locaux une méthodologie pour la mise en œuvre et le suivi des ASV, notamment l'élaboration préalable à toute action d'un diagnostic territorial. Dans ce cadre, les municipalités faisant le choix de fonder un ASV sont ensuite libres de définir les modalités de leur entrée dans l'agir sanitaire. L'ASV peut être porté directement par la commune ou bien piloté par le CCAS, l' élu référent imposé par les textes n'étant pas systématiquement l' élu en charge de la politique de la Ville. De même les enquêtes de terrain en vue de la rédaction du diagnostic peuvent par exemple s'adresser soit aux habitants soit aux professionnels, ou encore être structurées par tranches d'âge.

contribuant à la prise en charge des problèmes autant qu'à « leur perpétuelle transformation par interprétation et évaluation adaptative »⁴³².

Il apparaît clairement qu'aménager l'espace devient un biais privilégié par les acteurs locaux de différents niveaux pour s'inclure dans l'agir sanitaire. Le processus de transcodage est relayé par les élus et les techniciens, nourri par la conception internationale globale de la santé, mais aussi par la définition élargie de l'aménagement qui facilite l'intégration de la santé.

Cependant le transcodage emprunte une autre voie, touchant non plus seulement à l'espace politique mais à l'individu. Les collectivités territoriales investissent l'agir sanitaire en se donnant à voir comme garantes du bien-être des personnes dont elles ont la responsabilité, à savoir ceux qui vivent dans le territoire sur lequel s'étend leur juridiction et sont bénéficiaires de leurs actions sectorielles.

2. Ménager les administrés : le bien-être comme leitmotiv de l'action publique locale

Le second registre qui sous-tend l'inclusion des collectivités territoriales et leurs groupements dans l'agir sanitaire a trait à la recherche d'un « bien-être » auquel chaque individu aurait légitimement droit et dont les autorités publiques seraient légalement mais aussi moralement en charge. L'intervention en matière de santé devient une dimension de la vocation à protéger les administrés contre divers risques de la vie, soit à les « ménager »⁴³³. Nous nous basons sur l'analyse du « ménagement » développée par Marié. La notion est conçue comme le « contrepoint dialectique de l'aménagement »⁴³⁴. L'auteur se fonde sur une approche critique des « aménageurs » dont les projets à « la tendance rationalisatrice et universalisante » ne feraient que peu de cas des sociétés locales. Aux « modèles centralisateurs » des aménageurs Marié oppose donc « des solutions négociées

⁴³² P. Lascoumes, *L'Écopouvoir*, op. cit. p. 25

⁴³³ M. Marié, *Les terres et les mots. Une traversée des sciences sociales*, Paris, Méridiens Klincksieck, 1989

⁴³⁴ *Ibid.* p. 19

localement », ancrées dans les pratiques locales, donc une éthique du « ménagement »⁴³⁵. Cependant Marié rompt avec une conception dans laquelle ménagement et aménagement s'excluraient tour à tour : il les considère comme indissociables, les projets reposant toujours sur une « double filiation », celle du ménagement qui équivaut à « l'incorporation du local », à la négociation des conditions d'un projet au regard de la situation locale, et celle de l'aménagement visant une transformation rationnelle de l'espace⁴³⁶.

Nous utilisons dans notre réflexion cette notion de ménagement telle qu'elle est reprise par Querrien et Lassave dans leur analyse de l'intervention en santé publique des municipalités⁴³⁷. Pour ces auteurs « la santé des habitants préoccupe le maire autant que la qualité du bâti : un maire ne fait pas qu'aménager sa ville et développer son économie ; comme l'a indiqué Michel Marié, il ménage également sa population. »⁴³⁸ Querrien et Lassave entreprennent ainsi une spécification de la notion de Marié : le ménagement revient pour eux à l'affirmation du bien-être des individus comme objet central et ultime de l'intervention des élus locaux, intervention qui doit se fonder sur une prise en compte de la singularité des expériences sociales et familiales des administrés. L'exercice de la compétence d'aménagement urbain revient alors, au-delà de la mise en place de dispositifs techniques, à une dynamique d'écoute des besoins des habitants, de protection de leur intégrité relevant de « l'hospitalité », en particulier concernant les plus populations fragilisées⁴³⁹.

Par cette conception spécifiée du ménagement, nous entendons donc une démarche de protection de l'administré par l'autorité publique locale, en tant qu'individu et membre du corps social. L'investissement dans l'agir sanitaire se fait ici par deux entrées. Le processus de transcodage peut s'effectuer au travers d'une sorte de compétence générale que les pouvoirs publics, notamment les élus municipaux, revendiquent sur un territoire et qui

⁴³⁵ *Ibid.* Notons que la description des « aménageurs » que nous donne Marié ne correspond pas à celle des acteurs locaux que nous avons décrite dans le paragraphe précédent mais aux promoteurs de grands projets nationaux d'aménagement.

⁴³⁶ *Ibid.* p. 152. Voir également M. Gariépy, M. Marié, dir., *Ces réseaux qui nous gouvernent ?*, Paris, L'Harmattan, 1997

⁴³⁷ A. Querrien, P. Lassave, « La ville, acteur de santé publique », *Les annales de la recherche urbaine*, n° 73, décembre 1996, p. 3 – 4

⁴³⁸ *Ibid.* p. 3

⁴³⁹ *Ibid.*

s'apparente à une gestion de la cité « en bon père de famille ». Ménager les administrés devient une nécessité politique et démocratique, tout spécialement pour les maires, au nom d'un intérêt général local. Mais le prisme sanitaire apparaît également comme l'une des réponses nécessaires à la « nouvelle question sociale », telle que la définit Rosanvallon, c'est-à-dire, nous y reviendrons, des problèmes sociaux contemporains d'une nature nouvelle et à l'étiologie complexe, liés au phénomène de précarisation⁴⁴⁰.

2.1 L'investissement sanitaire au titre de la compétence générale sur un territoire

Le rôle que peuvent aujourd'hui jouer les municipalités dans l'agir sanitaire dépasse les attributions légalement confiées aux collectivités territoriales : leurs élus détiennent des missions tant symboliques que réglementaires qui font de leur échelon un lieu pertinent de discussion et de traitement de divers problèmes publics, plus ou moins directement liés à la santé de leurs administrés. L'investissement municipal dans l'agir sanitaire dans un souci affiché de « ménagement » des administrés relève d'une sorte d'aptitude affichée comme légitime et transversale à résoudre leurs problèmes, apparentée à une clause générale de compétence sur le territoire communal.

Selon l'article 2121-29 du Code général des collectivités territoriales, « Le conseil municipal règle par ses délibérations les affaires de la commune ». Cette clause générale de compétence ne renvoie pas à des domaines d'activité déterminés et peut être interprétée comme permettant l'intervention publique dès lors qu'entre en jeu l'intérêt public local. Le principe de libre administration des collectivités territoriales est d'ailleurs aujourd'hui conforté par la reconnaissance constitutionnelle du principe de subsidiarité⁴⁴¹.

L'entrée des communes dans l'agir sanitaire apparaît fondée sur cette logique, la nature des enjeux de santé donnant qui plus est à l'intervention communale une dimension d'impérieuse nécessité. De ce fait, c'est par un discours en termes de responsabilité que les acteurs locaux expliquent l'intervention en matière sanitaire, basée sur le contact direct avec

⁴⁴⁰ P. Rosanvallon, *La nouvelle question sociale. Repenser l'Etat-providence*, Essais, Point, Paris 1995

⁴⁴¹ Article 72 du texte constitutionnel. « Les collectivités territoriales ont vocation à prendre les décisions pour l'ensemble des compétences qui peuvent le mieux être mises en oeuvre à leur échelon. » Les collectivités bénéficient par ailleurs d'un droit à l'expérimentation reconnu constitutionnellement (Code général des collectivités territoriales, article LO1113-1)

la population. Partant du principe que la santé « c'est fondateur dans la vie des gens », « ça touche à tout », « ça a forcément une incidence sur tout un tas d'autres choses », « c'est ce qui fait qu'on est debout et actif », l'édile local est « forcément hyper sensible aux problèmes de santé »⁴⁴².

La ville est présentée comme le premier échelon où s'exprime l'appartenance politique, citoyenne, à la collectivité, ce qui justifie, pour les acteurs, que la municipalité travaille à maintenir le bien-être des individus qui font société. L'action dans des domaines aussi diversifiés que le civisme, la propreté, ou le soutien aux associations de lutte contre les violences domestiques est présentée par les agents municipaux comme dirigée vers « le bien-être des citoyens » et donc comme quelque chose qui « touche à la santé d'une façon très proche, c'est évident. »

L'invocation d'une compétence générale est clairement favorisée par une conception élargie et transversale de la santé qui peut être abordée à travers de multiples compétences, au-delà des strictes compétences historiques de police sanitaire et de salubrité publique des municipalités. Référence est plutôt faite aujourd'hui à la promotion de la santé, à l'éducation pour la santé, donc à une définition positive de la santé publique.

Le rôle de l'échelon municipal s'apparente à une action de réduction globale des risques inhérents à la vie sociale. Le maire tout particulièrement apparaît comme le protecteur vers lequel les individus se tournent spontanément quelle que soit la nature de leur difficulté. Comme le souligne un coordinateur d'ASV, « les problèmes de manière générale c'est la mairie », « en France on est vraiment un pays de clochers, de communes, même dans les grosses agglomérations. La mairie ça reste la référence, la personne morale en qui on a à peu près confiance pour avoir des informations ». De même pour un conseiller municipal, « la mairie est l'échelon qui est connu de tout le monde. Personne ne connaît son député, très peu de gens connaissent leur conseiller général, mais tout le monde connaît son maire. Quand on a un problème quel qu'il soit, c'est le maire qu'on va voir en premier, même s'il n'en a pas la compétence. l'instance communale est l'instance qui peut aborder les choses, en premier échelon. » Les acteurs soulignent donc une tendance des usagers à investir dans la mairie des attentes dépassant largement le cadre de ses prérogatives. Elle s'impose comme une référence que les administrés parviennent à visualiser et vers laquelle ils sont

⁴⁴² Ces expressions sont respectivement tirées d'entretiens avec trois agents de services déconcentrés, un agent municipal et une gestionnaire de caisse primaire d'Assurance maladie.

enclins à se tourner. Partant, la ville est en quelque sorte face à un devoir moral d'intervenir, en sa qualité de premier niveau de recours.

Dans ces conditions, même si la santé n'est pas une compétence décentralisée des communes, les maires sont enjoins d'investir l'agir sanitaire, pour garantir aux individus le maintien de la communauté politique dans des conditions jugées de qualité. La santé devient « une sorte de référent obligé, fondé sur une certaine philosophie du lien social, sur une conception générale de la vie en société »⁴⁴³.

La définition par nature englobante et multiforme de la notion de « bien-être » favorise un investissement communal en matière de santé par le biais des attributions politiques résidant dans la figure du maire. Les acteurs interrogés mêlent quasi systématiquement l'intimité de la relation avec le maire pour le citoyen et l'intimité de la santé pour l'individu, légitimant de cette manière l'implication de la municipalité dans l'agir sanitaire. Cette justification par l'intimité apparaît d'ailleurs largement favorisée par l'affirmation du « territoire » comme catégorie d'intervention publique, qui représente pour les élus locaux une ressource de légitimation de leur engagement dans des problématiques pour lesquelles ils ne possèdent pas de compétence légale.

Les municipalités procèdent à des opérations de « débordement » telles que les a identifiées Mériaux⁴⁴⁴. Si le mécanisme de transfert de compétences peut être vu comme un instrument de « cadrage » de l'action publique locale, la pratique de la décentralisation démontre la capacité des acteurs locaux à déborder le cadre fixé par les blocs de compétences, « en investissant des domaines qui ne sont pas de leur ressort juridique, au nom d'une légitimité territoriale générale autre que celle de l'État »⁴⁴⁵. Par ce processus, les acteurs travaillent à la reformulation de la nature même de ces politiques, « en faisant preuve d'une capacité à [en] réinventer le contenu normatif et le substrat cognitif »⁴⁴⁶.

L'investissement de l'agir sanitaire par les municipalités en vue de ménager les individus fait logiquement appel à des procédés et des discours de légitimation en termes de proximité. Il est intéressant de constater à quel point les différents niveaux de collectivités

⁴⁴³ J. C. Guyot, B. Hérault, « L'initiative municipale dans le champ de la santé », *op. cit.* p. 24

⁴⁴⁴ O. Mériaux, « Le débordement territorial des politiques sectorielles », in A. Faure, A.-C. Douillet, dir., *L'action publique et la question territoriale*, Grenoble, Presses Universitaires de Grenoble, 2005, pp. 27 – 32

⁴⁴⁵ *Ibid.* p. 28

⁴⁴⁶ *Ibid.*

territoriales adoptent un discours légitimant jouant à la fois sur les registres de la proximité et de la (bonne) distance. Chacun se dit pertinent pour traiter de la santé des individus du fait de son positionnement spécifique, tant spatial que symbolique. Les agents de niveau départemental s'estiment dans la meilleure position de compromis, s'agissant de problématiques sociales au sens large, puisque leur territoire permettrait à la fois une bonne connaissance des situations locales et un recul nécessaire à une vision globale des enjeux. Le Conseil régional, nous l'avons dit, a pu être présenté par ses agents comme « une grosse institution de proximité » ou initiant « une véritable politique de proximité ». Mais le niveau municipal reste logiquement celui où la vertu supposée du « proche » est le plus souvent mise en avant, parfois sans qu'une véritable argumentation ne soit d'ailleurs jugée nécessaire.

Chez les acteurs interrogés, la proximité devient en soi un mode de légitimation de l'action : pour un agent du Craes, « la première vertu des ASV c'est d'être un dispositif de proximité » ; selon un directeur de caisse primaire également, « l'important c'est qu'il y ait une bonne qualité de service rendu [...] possible que par un accès de proximité » ; un conseiller municipal justifie la pertinence de l'action de sa ville par « une logique de proximité par rapport au problème des quartiers ». Un directeur d'une mairie, qui d'abord peine à justifier l'engagement de sa collectivité, recourt à un argumentaire similaire : « la légitimité est autoproclamée. Enfin non, pas vraiment autoproclamée, sinon ça ne marcherait pas... mais elle est quand même portée par la ville. Et tout l'enjeu dans un premier temps c'est d'en montrer la pertinence. C'est là aussi ce qui en fait toute la difficulté : pourquoi la ville ? Quelle est sa légitimité ? [...] Il y a quand même une légitimité pour une collectivité locale comme une commune, c'est la proximité. Ce type d'approche il n'y a qu'une ville qui peut l'avoir parce qu'elle est plus proche du terrain qu'un Département ou qu'une Région. Donc ça c'est une vraie légitimité. C'est elle qui a la maîtrise du territoire plus fin. »

La proximité apparaît synonyme d'efficacité de l'action et d'une meilleure adéquation avec les besoins locaux, la municipalité étant présentée comme le premier niveau de connaissance entre les habitants et le politique, donc comme seul niveau en capacité d'agir effectivement sur les comportements. Pour un agent municipal, « la plus-value est directe », dans le sens où « on est sur des publics qu'on connaît [...]. Et quand il y a une relation personnelle et que les gens sont identifiés je pense que c'est plus simple de faire de

la prévention. En tous les cas la prévention efficace auprès d'un public qui n'aurait pas forcément été sensible au message national ». Les agents mettent donc en valeur une capacité à répondre de manière adaptée à la demande sociale.

Cependant, derrière la justification en termes de proximité émerge la question de la visibilité de l'action publique pour les élus, la logique étant d'une certaine manière renversée. Si la proximité, réelle ou perçue, légitime l'investissement municipal dans l'agir sanitaire, au nom de la meilleure adéquation entre action publique et besoins des individus, elle est aussi abordée en tant que gage de démocratie. Les citoyens seraient en mesure de mieux identifier les projets et les responsables, ils pourraient plus facilement évaluer l'action publique, voire participer à son élaboration, en étant au plus près des décideurs. En ce sens ce ne sont pas tant le résultat effectif de l'action ou sa pertinence au regard des besoins locaux qui servent de socle de légitimation que sa constante visibilité, son mode de mise en œuvre. Pour les équipes municipales, jouer sur la proximité revient à rappeler l'enjeu démocratique de l'action publique et de ce fait à renforcer la dimension symbolique de l'investissement dans l'agir sanitaire, en soulignant le volontarisme et la dynamique vertueuse des démarches. En témoigne le souci constamment affiché de faire participer les citoyens dans les dispositifs d'intervention : les ASV se veulent un lieu de réunion interactive entre professionnels et habitants des quartiers prioritaires, tandis que le travail du Conseil local de santé de Bordeaux est fondé sur une démarche participative, en commissions pluridisciplinaires associant encore une fois personnel municipal, professionnels de terrain et simples citoyens.

Au vu de ces représentations partagées par les élus et les techniciens, mêlant discours sur l'efficacité et appels à la symbolique politique, la proximité se donne à voir, comme le dit Fassin, à la fois comme la « raison sociale » et « l'argument rhétorique » de l'entrée des mairies dans l'agir sanitaire⁴⁴⁷.

Le transcodage de la santé dans l'action municipale à travers le ménagement des administrés s'appuie enfin sur la compétence symbolique du maire de relais et de valorisation territoriale. L'agir sanitaire procédant souvent de dynamiques volontaristes ou contractuelles, la mairie, capable d'apporter un soutien et une publicisation aux initiatives,

⁴⁴⁷ D. Fassin, « Politique des corps et gouvernement des villes », *op. cit.* p. 24

devient un acteur clef favorisant la concertation de proximité mais aussi le soutien par des échelons plus larges.

Le pouvoir symbolique de l' élu réside dans sa capacité à donner une visibilité et un potentiel de réalisation supérieur aux actions, ce qui lui assure un rôle de premier plan dans les dispositifs partenariaux. Son implication paraît produire un effet d'entraînement, car elle est conçue comme la preuve d'une véritable volonté politique d'intervenir. La présence de l' élu est aussi envisagée comme un gage de réussite car, s'il est un médiateur horizontal entre les différentes forces locales, il détient aussi une capacité – réelle ou au moins perçue – à créer un lien vertical entre la concertation locale et les autres échelons de gouvernement, notamment le pouvoir central. L'implication du maire donne l'impression que des projets seront mieux défendus, que des revendications parviendront à avoir un impact sur la scène politique et à mobiliser des financements. C'est, en définitive, une logique similaire à celle, désormais célèbre, décrite par Worms⁴⁴⁸ qui s'applique dans l'agir sanitaire : l' élu municipal tire sa légitimité de son accès au centre, gage d'efficacité et de prestige. Comme le souligne l' élue bordelaise qui en a la délégation, « il est important que le Conseil local de santé ait l'impulsion d'un élu parce que pour que les acteurs se mobilisent, il faut qu'ils sentent qu'il y a une véritable volonté politique de s'engager dans une démarche santé. Ça a été évident dès le départ. Les gens étaient excessivement présents aux réunions mais c'est vrai qu'au départ j'étais présente à toutes les réunions aussi. Je faisais toutes les commissions, j'étais tout le temps présente. Et c'est vrai que pour les acteurs – ils le disent aujourd'hui et c'est ce à quoi il faut réfléchir – pour eux c'était une garantie que la volonté forte était là et que les actions qu'ils proposeraient ensemble seraient soutenues et que des financements seraient recherchés. Parce que c'est pas uniquement des financements ville, loin de là : il y a des financements Assurance maladie, État. Il y a l'idée que du fait que l' élu est présent, ces projets seront mieux portés, et que les financements seront recherchés de façon plus active et avec plus de chance. [...] Ce que disaient les acteurs c'est qu'en tant qu' élu, le maire, le député-maire peut faire passer au gouvernement, au ministre les remarques, les propositions d'un Conseil local de soixante personnes impliquées dans la ville sur telle et telle thématique... Donc aussi, cette reconnaissance de ce pouvoir entre guillemets de transférer, à qui de mieux placé, des propositions. »

⁴⁴⁸ J.-P. Worms, « Le préfet et ses notables », *Sociologie du travail*, n° 3, 1966, pp. 249 – 275

Par le rôle qu'elle est appelée à jouer dans le ménagement des administrés, la municipalité conforte son image politique emblématique en s'imposant comme un acteur clef de la négociation territoriale. Le prisme de l'agir sanitaire lui permet de redéfinir voire de valoriser son intervention tant sectorielle que symbolique, en passant par une problématique touchant intimement des populations hétérogènes.

2.2 La « nouvelle question sociale », entrée clef dans l'agir sanitaire

Parallèlement à l'entrée dans l'agir sanitaire au nom de la compétence générale de protecteur exercée par la municipalité, ménager les administrés devient une nécessité pour l'ensemble des collectivités territoriales, du fait de la transformation de la nature des problèmes sociaux. Garantir le bien-être de l'individu s'impose désormais comme un devoir pour les échelons infranationaux, dans la mesure où les dispositifs centraux ne suffisent plus à remplir les missions fondamentales des pouvoirs publics en termes le lien social, ou d'égalité d'accès aux services. Le transcodage de la santé s'avère ainsi favorisé par un mouvement de crise relative des modes d'intervention publique.

La nature même des problèmes publics, présentant souvent une double étiologie, sanitaire et sociale, rend ténues et changeantes les frontières entre interventions. Les pouvoirs publics comme les professionnels de première ligne se trouvent confrontés à des problématiques dont les causes apparaissent multiples et non systématiques, notamment celle de « l'exclusion », et qui reviennent à la « nouvelle question sociale » telle qu'elle a été définie par Rosanvallon⁴⁴⁹.

Pour l'auteur, l'État-providence français connaîtrait depuis les années 1990 une crise d'ordre philosophique, fondée sur « la désagrégation des principes organisateurs de la solidarité et l'échec de la conception traditionnelle des droits sociaux à offrir un cadre satisfaisant pour penser la situation des exclus. »⁴⁵⁰ Le « paradigme assurantiel » sur lequel est basé l'État-providence, fondé sur la notion de risque et sur une logique d'indemnisation par des droits sociaux « compensateurs d'un dysfonctionnement passager » est en effet en train de s'épuiser⁴⁵¹. Le mécanisme de transfert entre générations est déséquilibré par la

⁴⁴⁹ P. Rosanvallon, *La nouvelle question sociale*, op. cit.

⁴⁵⁰ *Ibid.* p. 9

⁴⁵¹ *Ibid.* p. 28

révolution démographique, mais surtout, la catégorie du « risque » devient moins pertinente, dans la mesure où « exclusion, chômage de longue durée définissent souvent des états stables »⁴⁵². La conception traditionnelle des droits sociaux conçus pour les risques conjoncturels devient inopérante face à des situations de « précarité » ou de « vulnérabilité » au long cours. La montée de l'exclusion provoquerait un déplacement de la « question sociale », « d'une analyse globale du système (en termes d'exploitation, de répartition, etc.) à une approche focalisée sur le segment le plus vulnérable de la population »⁴⁵³.

Nous entrons selon Rosanvallon dans un nouvel âge du social mais aussi du politique, à partir d'une redéfinition des principes de solidarité et des droits sociaux. Il appelle dès lors à la fondation d'un État « actif-providence », fondé cette fois sur un nouveau « droit à l'insertion », enrichissement de la notion de droit social, donc sur une rénovation du principe même de solidarité. Après une approche assurantielle, l'époque actuelle requiert de revenir à une approche de philosophie politique, autour de la notion de « citoyenneté », mettant en rapport droits sociaux et dette de l'État envers les individus⁴⁵⁴. Aborder la « nouvelle question sociale » nécessiterait donc de « refaire nation », c'est-à-dire de « revivifier le socle civique sur lequel s'enracine la reconnaissance d'une dette sociale mutuelle. »⁴⁵⁵ Il s'agit pour les pouvoirs publics, notamment les collectivités territoriales, de reconstruire un sens « civique », de restaurer l'appartenance à un monde commun, en investissant dans la lutte contre une exclusion sociale multiforme, en direction des publics les plus fragilisés.

La nouvelle question sociale oblige à reconsidérer l'action publique et fournit une entrée supplémentaire dans l'agir sanitaire, dans la mesure où les liens causaux entre problème social et santé, entre exclusion et accès aux soins, entre souci de soi et insertion sociale, se révèlent entremêlés. Les populations dites « exclues » ou « précaires » ne peuvent être systématiquement traitées par des soins médicaux techniques, mais ne relèvent pas non plus

⁴⁵² *Ibid.* p. 44

⁴⁵³ *Ibid.* p. 8

⁴⁵⁴ L'appartenance à la cité est en effet indissociable d'un pacte moral : les citoyens sont prêts à mourir pour la patrie, qui a donc une dette à leur égard. L'État-providence serait finalement « une version apaisée et ordinaire de cet idéal là » (*Ibid.* p. 49).

⁴⁵⁵ *Ibid.* p. 70

exclusivement des travailleurs sociaux, leurs problèmes étant également médicaux⁴⁵⁶. Des dispositifs traitant de cohésion sociale ont donc toute légitimité pour déborder dans l'agir sanitaire. Telle est bien, d'ailleurs la logique adoptée pour la politique de la Ville qui, parce qu'elle lutte contre les déséquilibres sociaux multiformes, doit avoir un volet santé.

Contrairement au ménagement des habitants au nom d'une compétence générale sur le territoire, l'investissement des collectivités territoriales par le prisme de la « nouvelle question sociale » n'a pas vocation à être universaliste : il s'agit de ménager des publics spécifiques, particulièrement touchés par les aléas sociaux. Les élus apparaissent enjoins de répondre à une demande sociale qui ne s'exprime pas directement, ou du moins pas en termes sanitaires.

Dans la lignée de l'analyse de Rosanvallon, Palier voit dans cette évolution des prises en charges des problèmes sociaux l'émergence de « nouvelles politiques sociales », correspondant à une nouvelle manière d'aborder la pauvreté à travers la notion d'exclusion⁴⁵⁷. Caractérisées par leur objectif commun d'insertion et leur ancrage territorial, elles seraient, une fois encore, construites selon des modes d'intervention opposés à ceux de l'État-providence traditionnel : « alors que le système de Sécurité sociale se veut universel et traite de façon égalitaire ses “assujettis”, les nouvelles politiques sociales doivent être ciblées et destinées “aux plus démunis” [...] alors que le système de Sécurité sociale fournit des prestations uniformes, les nouvelles politiques sociales doivent s'adapter au terrain, être différentes selon les situation et partir des besoins locaux ; alors que le système de Sécurité sociale est organisé en secteurs cloisonnés [...], les nouvelles politiques sociales doivent traiter de façon transversale l'ensemble des dimensions des problèmes considérés »⁴⁵⁸.

Il est cependant nécessaire de prendre une certaine distance vis-à-vis de l'aspect novateur de ces formes d'intervention⁴⁵⁹. Beaucoup d'initiatives apparaissent comme des résurgences

⁴⁵⁶ P. Hassenteufel et alii, « L'émergence problématique d'une nouvelle santé publique. Forums d'action publique et coalitions de projets à Rennes et à Brest », *op. cit.*

⁴⁵⁷ B. Palier, « La référence au territoire dans les nouvelles politiques sociales », *Politique et management public*, vol. 16, n° 3, p. 13 – 41

⁴⁵⁸ *Ibid.* p. 23

⁴⁵⁹ J. C. Guyot, « La santé des exclus au risque d'une politique de la ville », in J. C. Guyot, B. Héroult, dir., *La santé publique. Un enjeu de politique municipale*, *op. cit.*, pp. 271 – 283. Voir également G. Pollet, « La construction de l'État social à la française : entre national et local (XIX^{ème} et XX^{ème} siècles) », *op. cit.* ; G. Aubin, B. Gallinato, *Les espaces locaux de la protection sociale*, *op. cit.*

du passé ou comme le fruit d'une tradition d'intervention sociale, notamment municipale. Le recours aux autorités locales en la matière serait à la fois synonyme de modernisation de l'action publique et de retour à des pratiques du XIX^{ème} siècle. Guyot montre que dans le cadre communal de l'époque la question de la misère trouve déjà une « traduction sanitaire », à travers des mesures d'hygiène et de santé publique : les responsables locaux prennent en charge une « protection sociale de proximité », une véritable « aide humanitaire » pour « le bien-être moral et matériel des classes défavorisées »⁴⁶⁰.

Dans le prolongement de cette tradition d'intervention, les collectivités territoriales et leurs groupements apparaissent aujourd'hui investir l'agir sanitaire par des opérations de transcodage, cette fois par leur prérogatives en matière d'insertion. Ménager les administrés les plus fragiles tend à impliquer l'injonction de s'occuper aussi de leur santé : comme l'explique un inspecteur de Ddass, « une commune ne peut pas dire “je ne suis pas intéressée par la santé”, un Conseil général ne peut pas le dire. Ce serait trop simple de dire “la santé c'est l'État”. Si on dit qu'on s'occupe de la santé des familles précarisées, le Conseil général ne peut pas dire que ça ne peut pas être lui. »

Une lecture des chartes de territoires de villes ou de territoires de projets aquitains révèle que l'agir sanitaire est souvent abordé au travers de cette « nouvelle question sociale », les acteurs rencontrés soulignant également l'importance des défis que constituent « la désinsertion », « l'exclusion », sans toujours savoir tout à fait en délimiter les contours. Le transcodage se construit ici à la faveur d'un double mouvement : il s'agit d'une part de permettre l'accès à la santé et aux soins aux personnes socialement fragilisées et d'autre part de considérer la santé comme un déterminant de la prise en charge sociale de ces personnes. Derrière la réponse à la nouvelle question sociale, c'est la problématique des inégalités de santé qui devient un enjeu et une justification de l'entrée des acteurs locaux dans l'agir sanitaire. Des études nationales et internationales montrent, nous l'avons vu, des évolutions parallèles entre conditions sociales et état de santé. Les inégalités de santé révèlent autant qu'elles sont porteuses d'inégalités sociales.

Agir sanitaire et politiques sociales apparaissent donc, jusque dans les mots des acteurs de terrain, profondément intriqués, ce qui constitue à la fois pour eux une contrainte et une opportunité : si l'entrée dans l'agir sanitaire prend la forme d'une injonction quasi morale

⁴⁶⁰ J. C. Guyot, « La santé des exclus au risque d'une politique de la ville », *op. cit.* p. 274

qui oblige les agents à se familiariser avec des concepts nouveaux, elle permet de diversifier les outils d'intervention sur la précarité et l'exclusion tout en approfondissant les démarches auprès des publics. La santé est sans cesse décrite comme un objectif clef de la prise en charge sociale, tandis qu'elle devient, dans le même temps, « composante majeure de l'exclusion »⁴⁶¹. Les acteurs locaux acquièrent là un rôle clef, encore une fois fondé sur leur rapport de proximité matérielle et symbolique avec des populations en difficulté qui n'expriment pas directement leur demande sociale.

La notion d'exclusion, par ses contours flous et ses sens multiples, favorise les processus de transcodage. Comme le souligne Palier, « le manque de précision de l'expression permettra de regrouper tout un ensemble de problèmes sous une même désignation (pauvreté, chômage de longue durée, cités HLM, problèmes urbains, handicaps divers, racisme, immigration, SIDA, etc.) »⁴⁶² Les objectifs d'insertion et les outils mobilisés peuvent alors être de nature économique, sociale, psychologique, destinés aux jeunes, aux personnes âgées, aux chômeurs, aux personnes handicapées, etc.

Sanitarisation du social ou socialisation de la santé, l'analyse de terrain ne nous permet pas de trancher pour l'un de deux processus, tant ils se donnent à voir conjointement dans le discours et les pratiques des acteurs. De manière caractéristique, plusieurs d'entre eux utilisent d'ailleurs l'image du dilemme « de l'oeuf ou de la poule » pour exprimer combien les liens de causalité sont brouillés lorsqu'il s'agit de prendre globalement en charge les publics dits exclus. De fait, la précarisation et l'exclusion sociale entraînent une dégradation de l'état de santé, soit directement du fait de conditions de vie difficiles, soit indirectement par une diminution du souci de soi et de l'intérêt pour sa propre santé ; une dégradation de la santé favorise, en sens inverse, les difficultés à entrer dans des processus de socialisation, notamment à travers la recherche d'emploi. Il s'agit donc pour les acteurs locaux à la fois de permettre un meilleur accès au soin et de favoriser les démarches d'éducation à la santé auprès des publics précaires, en travaillant sur les « freins à l'accès », mais aussi de reconsidérer les actions d'insertion au sens large en y incluant un volet santé.

⁴⁶¹ R. Séchet, « Penser le bien-être », in S. Fleuret, R. Séchet, dir., *La santé, les soins, les territoires. Penser le bien-être*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2002, pp. 13 – 32, ici p. 14. Nous en revenons alors au processus de « sanitarisation du social » déjà identifié.

⁴⁶² B. Palier, « La référence au territoire dans les nouvelles politiques sociales », *op. cit.* p. 20

Un agent de Conseil général souligne l'impossibilité de « séparer la difficulté sociale de données médicales ». Un de ses homologues explique que « c'est une chose très complexe. Nous on a un public dont on ne sait plus s'ils sont dans la souffrance parce qu'ils sont dans la précarité, ou s'ils sont dans la précarité parce qu'ils sont dans la souffrance ; et sur ces cas on a du mal à travailler [...]. On a des gens, les allocataires du RMI notamment, pour qui le problème de santé est tel qu'il empêche une réinsertion sociale. Et en même temps, on va avoir une réponse médicale qui va être de dire, "leur situation sociale est telle qu'on est en échec par rapport aux problèmes de ces gens là". »

Partageant ce diagnostic, un médecin de la Maison départementale de la santé fondée par le Conseil général de la Gironde revendique clairement une démarche globale : « Nous nous insurgons contre le seuil et la frontière mise de façon arbitraire entre le médical et le social [...] Je pense qu'il y a un certain nombre de gens qu'on perd dans cette façon de cliver, parce qu'il y a une intrication de leur histoire de vie et de leurs conditions de vie, avec leur état de santé. [...] Je ne fais pas du social pur : je ne vais pas travailler sur le logement des personnes, sur leur insertion professionnelle, etc. mais je vais travailler sur tous les déterminants santé qui conditionnent leur histoire sociale. Et inversement la collègue assistante sociale va travailler sur tous les déterminants santé sur lesquels il a des outils qui sont d'ordre social. Donc moi je travaille avec mes outils médicaux mais sans avoir une vision étroite de la problématique, et inversement les collègues du social doivent travailler avec leurs outils de professionnels sociaux. »

La réponse à la nouvelle question sociale passe ainsi, pour les collectivités territoriales, par un nouvel investissement de l'agir sanitaire. Un agent municipal explique que l'engagement dans un ASV est rendu nécessaire pour répondre tout bonnement à la « crise du lien social », tandis qu'une coordinatrice dit souhaiter, à travers ce même dispositif, mettre en place « un lieu d'écoute ouvert, pour que les gens aient un lieu relais », conformément à ce qui est pour elle une « logique d'insertion sociale au sens large ». De même « la santé des personnes en difficultés » est affichée comme un des quatre volets thématiques du travail du Conseil local de santé bordelais, donnant lieu à une commission spécifique. Un médecin responsable de la Maison départementale de la santé girondine considère enfin que sa structure, dédiée à des activités de santé publique telles que la prévention, le dépistage ou la vaccination, correspond tout autant à un besoin des personnes fragilisées de « trouver un lieu qui soit relationnel, humanisant et accompagnateur ».

Les services déconcentrés de l'État ont d'ailleurs bien compris l'avantage de jouer sur cette vocation des collectivités territoriales à soutenir les « personnes en difficultés », cible qui peut être considérée de manière extensive, pour s'adjoindre leur participation. Un inspecteur de Ddass décrit la stratégie d'incitation déployée par son institution pour amener les collectivités, en l'occurrence les Conseils généraux, à entrer dans les dispositifs traitant de santé : « il faut toujours partir du détail technique et leur dire “voilà, on met cette action en place, maintenant il faut qu'elle soit en lien avec vous, parce que ça s'adresse aux publics en difficulté et les familles en difficulté c'est votre compétence de Conseil général. Donc il y a un travail de proximité entre l'action santé que nous on met en place et les travailleurs sociaux, les centre médico-sociaux, les CCAS, les éducateurs de rue qui vont s'occuper des jeunes en difficulté. Il faut qu'ils aient connaissance de ça et qu'ils puissent travailler ensemble. Et ça, c'est à vous de le faire, ce travail de proximité”. Ça ils peuvent l'entendre. Et on leur dit, par contre, “quand vos travailleurs sociaux sont en échec, avec un bénéficiaire du RMI, sur l'alcool, parce qu'il n'ira jamais aux formations qu'on lui propose parce qu'il n'a pas de moyens de transport, on leur fournit une réponse de proximité”. Là ils sont d'accord pour financer. C'est des techniques de négociation. Commencer modestement, puis élargir. Et une fois qu'ils ont commencé, c'est toujours plus facile de demander l'année suivante une augmentation de la subvention. Mais toujours, ça doit être très soigneusement justifié, en fonction des compétences respectives de chacun. »

L'intervention dans l'agir sanitaire est donc l'enjeu d'une négociation entre services spécialisés et collectivités territoriales, ces dernières n'entrant dans le jeu que s'il est explicitement fait appel à leurs attributions légitimes, en l'occurrence en matière de lutte contre l'exclusion sociale.

Le transcodage de la santé par cette voie se retrouve notamment dans la compétence sur le RMI décentralisée des Conseils généraux. Dans le cas du public des bénéficiaires, l'entrée dans l'agir sanitaire représente une manière de lutter contre les conséquences physiques et psychiques de l'exclusion du monde du travail, en même temps que contre une cause limitant l'employabilité.

Le directeur des « politiques de lutte contre l'exclusion » d'un Département aquitain, dont l'activité majeure est la gestion et le versement du RMI, explique le choix de sa direction de s'intéresser aux problématiques sanitaires par la volonté locale de favoriser le « I » de RMI. La collectivité départementale a fait le choix d'un fort taux de contractualisation pour les

bénéficiaires, dans le but de connaître ces personnes et d'assurer un suivi de leur situation. Mais la logique du contrat d'insertion a également pour but d'amorcer un processus de retour des individus vers une posture d'employabilité et d'estime de soi nécessaire au retour à l'emploi : « le RMI c'est un contrat entre un individu et la société, contrat qui dit "je te donne un revenu minimum, mais je m'engage aussi à te donner les moyens d'insertion [...] et j'ai besoin de ton adhésion". [...] En plus on s'est rendu compte que le contrat avait des vertus pédagogiques en lui-même. Rien que le fait de signer un contrat, même si le contrat entre guillemets est vide, ça fait que la personne se remet dans une posture qui est une posture beaucoup plus citoyenne, beaucoup plus acteur. On a des chiffres là-dessus. On sait par exemple qu'une personne qui a un contrat d'insertion a deux fois plus de chances de s'insérer qu'une personne qui n'en a pas, de retrouver une activité professionnelle.»

Les acteurs départementaux affichent une logique assumée d'accompagnement et de responsabilisation des bénéficiaires du RMI, basée sur un fonctionnement « pédagogique », « éducatif », différente de celle de la simple assistance. Or, la dimension santé apparaît primordiale dans l'adoption de cette « posture » d'insertion. Un directeur départemental souligne par exemple que parallèlement à « l'axe fort de l'action santé » que représente la PMI, le Conseil général a, sur le volet de l'insertion, « un certain nombre de médecins qui accompagnent les bénéficiaires du RMI. On a mis en place un service avec des médecins référents qui sont là pour écouter ces usagers, les réorienter vers des services de santé, pour qu'ils se reconstruisent afin, à terme, de pouvoir postuler sur le marché du travail. Quand vous êtes édenté, quand vous avez des problèmes pulmonaires ou autres...».

Bien que « l'effet allocation écrase tout », explique le directeur des politiques de lutte contre l'exclusion précédemment cité, le RMI demeurant le poste budgétaire majeur de sa direction, le Conseil général utilise son enveloppe résiduelle pour entrer de manière plus volontariste dans l'agir sanitaire avec un motif global d'insertion : « Quand vous avez cent trente millions d'allocation sur cent cinquante millions de budget, les vingt millions qui restent sont écrasés. Mais en même temps les vingt millions qui restent c'est la partie sur laquelle on est plus actifs, sur laquelle il y a plus de marge politique, de marge de manœuvre ».

Comme cela pouvait être le cas pour la direction Jeunesse-Solidarité du Conseil régional, la direction en charge du RMI n'apparaît donc pas chercher à s'imposer comme un nouveau décideur en matière de santé, mais entend plutôt prendre part à l'agir sanitaire par

l'intervention en direction des publics dont elle a la charge. L'institution départementale reste dans ses prérogatives historiques et décentralisées de l'action sociale mais en développant un pan nouveau de l'insertion. Le directeur des politiques de lutte contre l'exclusion explique travailler « sous l'angle social un peu historique, sous cet aspect de l'action sociale. Je crois que sur cette question de la santé, notre rôle il est là. Il n'est certainement à d'être sur l'organisation du réseau sanitaire. » Un de ses homologues mentionne également cet « angle social » permettant l'implication légitime dans l'agir sanitaire : « autour des questions de l'insertion, nous avons un travail à faire sur l'accès à la santé et sur effectivement comment on travaille avec ces populations, au-delà de l'accès aux soins. Là, nous avons un rôle, on peut nous confier un rôle, on peut même clarifier un rôle important par rapport à ça. »⁴⁶³

Reste à analyser un dernier aspect de la « nouvelle question sociale », en lien direct avec le précédent, mais qui représente une étape supérieure dans l'approche intime des individus, à savoir la « souffrance psychosociale », parfois également désignée en termes de « mal-être ». Ces notions sont très souvent utilisées par les acteurs locaux sans toutefois qu'ils n'en donnent une définition claire et établie. Comme le soulignent Philippe, Reix et Rui « Trop vague, le mal-être ne renvoie pas à des indicateurs qui permettraient de discriminer des seuils d'intervention ou de prise en charge. Il est davantage associé à une condition d'existence plutôt qu'à une expression clinique ou une morbidité spécifique. Il recouvre en effet une diversité de situations [...]. Ce sont donc les professionnels qui décèlent des situations de mal-être à travers des demandes de logement, d'aides financières ou d'accès au soin (somatique). En somme, le mal-être est davantage un diagnostic établi par les professionnels qu'une notion employée par les usagers pour désigner leur situation. »⁴⁶⁴

La souffrance psychosociale ou le mal-être apparaissent avant tout comme inférés dans des processus sociaux généraux qui ne se limitent pas à la précarité. Ils ne touchent pas

⁴⁶³ Cette vision est à rapprocher de l'analyse de Sen en termes de « capacités », selon laquelle il ne suffit pas d'attribuer des droits pour que ces derniers soient effectifs. Il s'agit également de fournir les possibilités même d'en user. Cf. A. Sen, *Repenser l'Inégalité*, Paris, Le Seuil, 2000

⁴⁶⁴ S. Philippe, F. Reix, S. Rui, *La prise en charge du mal-être social et de la souffrance psychosociale sur le territoire du Pays Adour Landes Océanes, Enjeux, représentations et pratiques*, Rapport pour le Pays Adour Landes Océanes, octobre 2003, p. 3

seulement les plus démunis mais des publics extrêmement variés dont certains travaillent, vulnérabilisés par un rétrécissement de leurs supports sociaux et de leurs possibilités réelles ou perçues de mobiliser des ressources qui permettaient de surmonter les difficultés⁴⁶⁵. Le mal-être apparaît donc comme la conjonction entre d'une part les injonctions de la société actuelle à la responsabilité, à l'autonomie, à l'adaptation, et d'autre part un affaiblissement des logiques solidaires et des socles relationnels traditionnels que sont le travail fixe ou la famille. Il constitue « une accumulation de difficultés sociales que subit un individu », apparaissant « suite à la perte d'éléments constitutifs du lien social (séparation, veuvage, perte d'emploi, solitude). Les individus sont enferrés dans des processus de désinsertion des différents domaines de la vie sociale – professionnel, familial, scolaire - qui les confinent dans l'isolement. »⁴⁶⁶

Les initiatives des acteurs locaux pour faire face à ces processus psychosociaux concernent bien évidemment les publics les plus précarisés, touchés par le chômage notamment, mais plus largement, diverses catégories de populations jugées fragiles face aux transformations globales de la société, telles que les jeunes ou les personnes âgées isolées. Se sont donc souvent des politiques populationnelles qui sont mises en œuvre par les municipalités, les Conseils généraux ou encore les pays, visant une intervention globale et multifactorielle autour de la personne.

Dans la mesure où la souffrance psychosociale est fondamentalement polymorphe et processuelle, ménager les individus en abordant la dimension psychique n'est plus le monopole des seuls intervenants en psychiatrie ou en psychologie. L'approche par une « santé mentale » aux contours élargis permet une intégration légitime de la santé dans le champ d'intervention des pouvoirs publics locaux, par le prisme de la précarité ou de l'isolement⁴⁶⁷. Aussi le mal-être devient-il un « référent commun » à l'intervention relative

⁴⁶⁵ M. Joubert, C. Louzoun, dir., *Répondre à la souffrance sociale*, Paris, Érès, 2005 ; M. Joubert et alii, « Étude de la souffrance psychosociale et de ses facteurs modérateurs chez les consultants en situation de précarité dans un centre de prévention sanitaire et sociale », *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, n° 48, 2000, p. 351 – 362

⁴⁶⁶ S. Philippe, F. Reix, S. Rui, *La prise en charge du mal-être social et de la souffrance psychosociale sur le territoire du Pays Adour Landes Océanes*, op. cit. p. 3

⁴⁶⁷ Sur l'imposition de l'approche en termes de « santé mentale », voir S. Philippe, *Souffrance psychique et action publique : l'institutionnalisation de la norme "santé mentale" dans le dispositif psychiatrique girondin*, Thèse de doctorat de science politique, Bordeaux, CERVL, 2002

aux problèmes sociaux et à la santé publique, exprimant des troubles intimes mais relevant des relations sociales, des conditions de vie en société⁴⁶⁸. Il permet aux élus locaux d'entrer légitimement dans l'agir sanitaire par l'entrée de l'équilibre psychique de l'individu.

Plusieurs acteurs aquitains insistent sur le devoir d'intervention de l'élu local si ses administrés « vont mal », ressentent « du mal vivre ». Pour un agent de CCAS par exemple, « c'est aussi le rôle de la commune de s'occuper de la santé psychique de ses habitants, donc du maire. Parce que c'est l'élu de proximité. » Au maire donc de désamorcer les situations de détresse, de souffrance psychique, en tant que protecteur des administrés mais également de la collectivité : « C'est-à-dire que les matelas qui brûlent et qui sont balancés par les balcons des résidences parce que les gens sont très mal et qu'ils se sont drogués ou qu'ils ont bu, pour le maire ce n'est pas génial. Donc c'est bien sa mission, la santé psychique. » Ce travailleur social souligne un lien causal entre le mal-être de certaines populations, leurs potentielles addictions et finalement leur tendance à manifester de la violence ou des actes relevant de la compétence de police : « le maire, s'il veut que sur ses quartiers ce ne soit pas trop le bazar, il vaut mieux que les gens aillent plutôt bien ». Bien-être personnel et bien-être collectif s'avèrent intriqués, ce qui rend encore une fois difficile une identification claire des contours de l'action légitime du maire.

Ménager les administrés s'impose alors comme une prérogative générale des pouvoirs publics locaux. Le Conseil local de santé bordelais compte, parmi ses quatre commissions thématiques, une commission sur la souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes, tandis que les ASV développent prioritairement des actions de lutte contre la souffrance psychosociale. Une coordinatrice explique notamment que « la problématique de la santé mentale était récurrente dans l'équipe » de travailleurs sociaux à l'origine de la création de l'Atelier, et a donc « servi de porte d'entrée ».

Les pays investissent aussi ce problème de la souffrance individuelle. Afin de répondre à l'appel à projets du CIADT de 2002, la Commission santé prévention du pays Adour Landes Océanes (ALO) a lancé la réalisation d'une étude à partir d'une enquête auprès de représentants de structures institutionnelles ou associatives de son territoire, notamment directeurs de CCAS, assistantes sociales ou éducateurs, agents du Conseil général, membres

⁴⁶⁸ P. Valarié, « Gouverner l'archipel urbain. Actions et réseaux de santé publique à Béziers », *op. cit.* p. 67

d'associations traitant de solidarité, ou encore directeurs de maison de retraite⁴⁶⁹. La Commission entendait mettre au jour les défaillances de l'organisation institutionnelle existante face à la souffrance psychosociale, dont les causes sont multiples et cumulatives, et en préciser la perception par les intervenants locaux. Il s'agissait d'identifier l'expression locale spécifique du « mal-être social » sur le territoire et de déterminer des lignes d'action, en conformité avec la charte de pays.

Sur cette base, le pays a initié un projet de création de réseau, certaines caractéristiques géographiques, démographiques et économiques de son territoire constituant des facteurs aggravant le mal-être, notamment l'accès au logement, l'intégration, la précarisation de l'emploi et l'éloignement. L'objectif pour la Commission santé à l'heure de notre enquête est la création d'une « plateforme Internet regroupant l'ensemble des professionnels et des bénévoles du pays ALO accueillant dans le cadre de leur activité des personnes en souffrance psychique et/ou sociale » visant à réorganiser leur prise en charge⁴⁷⁰. Parallèlement à cet outil de coordination, le pays a travaillé à la mise en place d'une formation sur la relation d'aide, destinée aux bénévoles associatifs, axée sur la compréhension des besoins spécifiques des publics en difficulté pour leur apporter une réponse adaptée⁴⁷¹.

De son côté, le pays de Haute Gironde a également mené à bien une étude sociale à partir d'un « diagnostic » réalisé entre 2001 et 2002 par un bureau d'étude, sur commande du syndicat mixte. Cette réflexion a permis de souligner les faiblesses du territoire liées aux problématiques de mobilité, ou de cohésion sociale, et la situation préoccupante de plusieurs catégories de populations, notamment les jeunes et des publics dits « fragiles »⁴⁷².

⁴⁶⁹ S. Philippe, F. Reix, S. Rui, *La prise en charge du mal-être social et de la souffrance psychosociale sur le territoire du Pays Adour Landes Océanes*, op. cit.

⁴⁷⁰ www.pays-adour-landes-océanes.fr [page consultée le 23 janvier 2008] Cette plateforme « se composera d'un annuaire des acteurs, accessible par thématique [...] et d'une fiche diagnostic à compléter en ligne, permettant de cibler les besoins de la personne et de l'orienter vers la (les) structure(s) de prise en charge correspondante(s) ».

⁴⁷¹ Le projet est mené en partenariat avec le Comité départemental d'éducation pour la santé (Codes), l'association Aides, le centre de prévention et de soins spécialisé en toxicomanie La Source et l'Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (Anpaa).

⁴⁷² Le diagnostic est consultable sur le site du pays, www.pays-haute-gironde.fr [page consultée le 23 janvier 2008]

un comité de pilotage spécifique, regroupant des élus et des partenaires de soixante trois structures, a été mis en place pour traduire ces observations en un programme opérationnel d'actions. Seize réunions et douze tables rondes, témoignant d'une « mobilisation territoriale » importante, ont permis une synthèse en vue de l'élaboration d'un « projet social »⁴⁷³. Ce projet est structuré autour de six thèmes qui sont autant de tentatives de répondre plus ou moins directement au risque d'exclusion et de souffrance psychosociale des habitants du territoire : l'accompagnement scolaire, le désœuvrement et la marginalisation des jeunes, l'insertion sociale, l'isolement des personnes vieillissantes, l'accès à la santé, l'ouverture culturelle et la cohésion sociale.

L'enquête de terrain révèle un agir sanitaire qui ne peut être conçu ni comme un domaine autonome, ni comme un « ensemble pratique », bien repérable dans ses limites et identifiable dans ses fonctionnements⁴⁷⁴. Il est plutôt le fruit de chaînes de transcodage dont chaque intervenant tisse une partie, de manière pragmatique, en fonction de sa position et ses capacités d'intervention locales. L'agir sanitaire se donne bien à voir comme une construction politique, au sens où les acteurs trouvent dans sa définition une manière d'entrer dans de nouveaux espaces d'action publique, donc d'approfondir l'intension et l'extension des politiques dont ils sont légalement chargés, tout en se forgeant une légitimité nouvelle. Ces processus permanents de recomposition de l'intervention locale et, de manière concomitante, des frontières de l'agir sanitaire, sont bien sûr sous-tendus par l'enrichissement de la notion même de santé qui, nous l'avons vu, est aujourd'hui à l'œuvre. Ils viennent complexifier un peu plus le paysage déjà largement évolutif des interventions des acteurs sectoriels que sont les professionnels de santé et les administrations spécialisées.

⁴⁷³ www.pays-hautegironde.fr [page consultée le 23 janvier 2008]

⁴⁷⁴ M. Lussault, « L'instrument sanitaire. Rôles et valeurs de la santé publique dans les politiques territoriales », *op. cit.*, p. 181. Il emprunte ici une notion développée par M. Foucault dans *Dits et écrits*, Paris, Gallimard, 1994

La multiplicité avérée des cadres normatifs et des répertoires d'action amène alors à questionner l'agir sanitaire sous l'angle de son ou ses mode(s) de gouvernement.

Partie 2. L'agir sanitaire : modalités relationnelles et principes cybernétiques problématiques⁴⁷⁵

Nous souhaitons à présent expliciter la manière dont les acteurs entrent en cohérence, à travers un questionnement sur les rapports de pouvoir à l'œuvre et les processus de régulation, pour envisager *in fine* la dimension problématique du changement.

À ce stade de l'analyse, le questionnement se déplace, pour se centrer sur l'agir sanitaire : nous laissons le devenir de l'objet santé pour focaliser la réflexion sur les modalités de l'intervention publique d'acteurs hétérogènes et leurs ajustements respectifs et réciproques. Toutefois la logique demeure identique, à savoir rendre compte du devenir de notre objet, construit au travers du dire et du faire des acteurs en situation. Nous traitons de productions discursives et symboliques autant que pratiques, afin de mettre au jour un réseau d'activités. Il s'agit de déterminer ce qui se passe, non pas les causes des processus observés⁴⁷⁶.

La multiplicité s'est donnée à voir, jusqu'ici, comme un caractère central de l'agir sanitaire : multiplicité des représentations des objets sur lesquels agir, multiplicité des intervenants, multiplicité des formes d'engagement donc des dynamiques de légitimation. L'agir sanitaire se présente comme un devenir non stabilisé, dont l'essence n'est donnée ni *a priori* ni une fois pour toute. Il apparaît ancré dans des processus que nous avons qualifiés d'adaptation sans fin, et ce à un double niveau. Nous n'observons pas l'édiction claire et définitive d'une finalité collective, partagée et non discutée, qui serait le fondement d'une dynamique de régulation globale. Aucune figure de leadership n'assure tout à fait la définition du juste et des fins contraires ou au moins parallèles réduisent la portée des dynamiques réformatrices

⁴⁷⁵ Nous utilisons ici le terme cybernétique dans son sens étymologique, dérivé du grec *kubernêtikê* qui signifie piloter un navire, soit par extension, gouverner, ce qui sous-entend notamment la définition de buts et des mécanismes de régulation.

⁴⁷⁶ Rappelons que nous utilisons ici le terme de réseau au sens que lui donne Latour, outil plutôt qu'objet de description. B. Latour, *Changer la société, refaire de la sociologie, op. cit.*

(**Chapitre 1**). De plus, l'agir sanitaire se fonde sur des processus permanents non pas véritablement de changement mais d'ajustement, sans stabilisation définitive des formes d'interaction et sans terminaison qui marquerait l'atteinte de buts collectifs explicites (**Chapitre 2**).

Nous ne pouvons cependant en tirer une représentation anémique ou totalement aléatoire des associations entre acteurs. Nous souhaitons donc rendre compte à présent des processus par lesquels les acteurs parviennent à s'entendre, et de ce sur quoi ils s'entendent. S'entendre est conçu à la fois comme partager des représentations et construire des formes d'accord, en composant dans et avec la multiplicité. C'est à partir de ces deux dimensions que nous construisons notre analyse du sens de l'action, soit, nous l'avons dit, de la signification et de la direction.

La dynamique adaptative observée dans le cas de l'agir sanitaire se fonde sur deux processus, distingués pour les besoins de l'analyse mais qui sont constamment liés.

L'observation de terrain révèle d'abord un *processus kaléidoscopique* d'association dans lequel les acteurs construisent des formes d'engagement plus ou moins partenariales, mais non ordonnées par un principe d'univocité. Un tel processus ne tend pas à réduire la multiplicité soulignée plus haut mais s'ancre justement dans la diversité.

Le kaléidoscope, tube de miroirs réfléchissant la lumière extérieure, contient généralement de petits morceaux de verre colorés qui, lorsque l'on bouge le tube, produisent des combinaisons d'images et de formes. Par l'analogie avec le kaléidoscope, nous entendons souligner la co-présence de multiples acteurs et répertoires d'action ainsi que le changement permanent des frontières et des ajustements mutuels entre activités, selon une infinité de combinaisons. L'agir sanitaire se présente comme une mosaïque de fiefs de compétences et de légitimités, dans laquelle chacun a sa place mais dans l'interaction avec l'autre. Si des acteurs font de concert, cela ne signifie pas qu'ils construisent conjointement les problèmes ou les buts de leurs interventions. La permanente interconnexion et l'interdépendance des engagements ne reviennent pas à la construction d'une direction univoque de l'action collective qui conduirait à une structure organisée stable. Aucune partie prenante n'est en mesure d'édicter une fois pour toutes un sens qui constituerait le fondement légitime de ce qu'il faut faire, ni de mener une démarche réformatrice globale à laquelle les autres

devraient se conformer. Les acteurs s'adonnent plutôt à des bricolages, en fonction de ce qu'ils connaissent, en vue de résoudre des problèmes ou d'assurer des positions⁴⁷⁷.

Le leadership apparaît dès lors fondamentalement partiel, parce que partagé ou au moins constamment discuté, ce qui ne revient pas pour autant à des rapports nécessairement conflictuels : c'est justement cette idée généralisée de ne posséder qu'une part de légitimité, de ne maîtriser qu'une perspective, fondée sur l'absence de théorie générale sur ce qu'il convient de faire, qui fonde les formes d'engagement des acteurs. Ces derniers cherchent des arrangements situés, en s'ajustant réciproquement, aucun n'exerçant alors de « pouvoir systémique », dans le sens d'une capacité à imposer des buts collectifs, donc à définir le cadre dans lequel l'ensemble des parties prenantes d'un système élaborera ses objectifs⁴⁷⁸. En ce qui concerne l'agir sanitaire, l'absence de liens hiérarchiques clairs entre acteurs et l'éparpillement des ressources matérielles et symboliques, et encore plus fondamentalement le manque d'une représentation véritablement systémique des activités, empêchent le développement de ce type de pouvoir.

Le second processus à l'œuvre dans l'agir sanitaire est désigné comme *l'actualisation conservatoire*.

La notion d'actualisation recèle plusieurs dimensions complémentaires qui toutes entrent dans le devenir de notre objet. Actualiser c'est d'abord mettre à jour, rendre actuel, donc adapter dans la durée une action ou un dispositif à l'époque présente. Mais c'est aussi réaliser, effectuer, donner une matérialité, donc rendre *actuel*⁴⁷⁹. Nous entendons souligner

⁴⁷⁷ Sur cette notion de bricolage, voir notamment B. Jobert, « Ambiguïtés, bricolages et modélisation. La construction intellectuelle des politiques publiques », in CRESAL, *Les raisons de l'action publique : entre expertise et débat*, Paris, L'Harmattan, 1993, pp. 101 – 106 ; P. Garraud, *Le chômage et l'action publique. Le « bricolage institutionnalisé »*, Paris, L'Harmattan, 2000, p. 223-224. Frinault reprend la définition de Garraud du bricolage comme « un ensemble d'activités visant à résoudre certains problèmes survenant en fonction d'un calendrier relativement contingent (à la fois programmé et improvisé selon des urgences, mais aussi des disponibilités en temps variables), au moyen de savoir-faire, d'outils, de technologies disponibles, mais plus ou moins appropriés, voire incertains. ». T. Frinault, « La réforme française de l'allocation dépendance ou comment bricoler une politique publique », *Revue Française de Science Politique*, vol. 55, n° 4, 2005, pp. 607 – 632, ici p. 608

⁴⁷⁸ E. W. Lehman, « Towards a Macrosociology of Power », *American Sociological Review*, vol. 34, n° 4, august 1969, pp. 453 – 465

⁴⁷⁹ *Actual*, en langue anglaise désigne ce qui est concret, effectif, véritable.

les mises en actes, les accomplissements pratiques à travers lesquels les acteurs cherchent à agir de manière concrète sur la réalité et, de fait, reconstruisent constamment leurs formes d'expérience, en les ajustant aux impératifs du moment plutôt qu'en les remplaçant tout à fait par de nouvelles. Les acteurs donnent donc une teneur concrète (*actual*) à certaines évolutions cognitives et normatives, justement en adaptant en permanence leurs pratiques aux situations (actuelles) qu'ils expérimentent. Dans l'agir sanitaire, actualiser revient donc à ajuster continuellement des représentations et des pratiques, conformément à une dynamique de relative conservation, c'est-à-dire de maintien et de réaffirmation de certaines images sociales ou formes d'engagement.

L'intérêt de cette notion d'actualisation conservatoire est donc de tenter un dépassement de la dualité stérile entre changement et permanence. Elle permet de saisir comment il est possible pour des acteurs d'avancer tous – bien que dans des sens multiples – sans pour autant bouleverser certaines représentations ancrées ou hiérarchies structurantes. Elle rend également compte de la manière dont un objet, qui constitue également un espace politique, peut évoluer sans l'imposition d'une direction univoque et ce, sans mise en crise globale.

L'agir sanitaire n'est pas statique : nous observons une évolution constante des prises de position et des rapports entre acteurs, la reconstruction des dynamiques de coordination à la faveur de formes spécifiques d'engagement. Cela, pourtant, ne permet pas de verser dans une célébration de la nouveauté. L'actualisation est permanente mais fondée sur des amendements, des ajustements à une configuration des pouvoirs conservée. Nous n'observons pas une démarche menée par des acteurs périphériques pour conquérir un centre de gravité de l'agir sanitaire, par une imposition de valeurs différentes qui fonderaient un nouveau paradigme de l'action collective.

Chapitre 1. Les paradoxes de la régulation

La mise au jour d'un mouvement permanent d'évolution normative et de redéfinition des formes d'intervention nécessite d'interroger la portée du processus réformateur. Aussi souhaitons-nous analyser l'agir sanitaire sous l'angle de la régulation. Nous entendons cette dernière comme une activité visant à assurer le fonctionnement harmonieux et stable d'un système, notamment par la réglementation et le contrôle. Réguler consiste à édicter des normes et à veiller à leur respect, en s'appuyant sur la possibilité de sanction en cas de manquement.

Or l'observation des configurations locales de l'agir sanitaire témoigne de failles dans cette fonction de régulation.

En premier lieu, un flou relatif dans les rapports de pouvoir ne permet pas de stabiliser le leadership, entendu comme une relation dans laquelle un acteur se voit conférer une position dominante lui permettant de prescrire la conduite des autres parties prenantes, ou du moins de peser sur leurs décisions⁴⁸⁰ (**Section 1**). L'État, producteur de normes et garant des droits, en position d'influer sur les décisions des autres acteurs, ne peut pour autant s'imposer comme un véritable régulateur. Il édicte bien des règles voulues régulatrices mais dont il n'est pas toujours en mesure d'assurer l'application ; il représente une contrainte forte pour les projets et dispositifs locaux mais ne suscite pas de véritable investissement des réformes. De même, les rapports de l'État, cette fois en tant qu'échelon territorial d'autorité, avec les niveaux infranationaux ne sont pas stabilisés : les dynamiques descendantes/territorialisées et ascendantes/territoriales apparaissent mêlées, ce qui ne permet pas de déterminer tout à fait une forme dominante de leadership territorial.

Dans ces conditions, il apparaît que l'État administre fortement mais ne pilote pas l'agir sanitaire. En d'autres termes, s'il assure bel et bien une *regulation*, au sens anglo-saxon d'une réglementation, il ne s'impose pas comme autorité de régulation, qui impulserait un sens commun et indiscuté. En ce sens, l'exercice de ce que Bourricaud appelle la « fonction gouvernementale » apparaît problématique⁴⁸¹. Elle consiste à « fixer au groupe [...] les fins

⁴⁸⁰ F. Bourricaud, *Esquisse d'une théorie de l'autorité*, Paris, Plon, 1961

⁴⁸¹ *Ibid.* p. 346

de l'activité collective, [d'] encourager les individus qui concourent efficacement à sa réalisation, [de] punir ceux qui la contrarient ou la rendent impossible »⁴⁸². Dans les sociétés contemporaines nous dit l'auteur, cette fonction tend à se rapprocher du leadership, processus d'influence plus fluide et fondé sur l'acquiescement et la confiance d'autres acteurs. La fonction actuelle de gouvernant reviendrait à la fois à assurer un commandement et à s'imposer comme chef de file légitime. Or, au regard de l'observation de l'agir sanitaire, ces deux dimensions ne sont que partiellement remplies par l'État. À travers les paradoxes de la régulation, ce sont donc ceux de l'État, en tant que figure tutélaire et territoriale, que nous souhaitons souligner.

Parallèlement à ce manque d'univocité du leadership – et en partie de son fait – nous observons des processus de contournement ou de détournement des réformes qui limitent leur portée effective (**Section 2**). L'instauration de dispositifs nouveaux n'entraîne qu'une application limitée ou simplement de surface par des acteurs qui demeurent fidèles à des mécanismes traditionnels d'appartenance, de reconnaissance et d'interaction, qui reviennent à des ordres parallèles voire concurrentiels de légitimité. Ce phénomène constitue une autre dimension paradoxale de la régulation de l'agir sanitaire : cette dernière est revendiquée par plusieurs acteurs qui ne proposent pas des fins identiques et ne peuvent assurer seuls la mise en œuvre effective des processus de réforme. Des mécanismes de perpétuation des formes d'engagement et d'interaction limitent la réformabilité de l'agir sanitaire.

La fonction régulatrice n'apparaît donc pas stabilisée, parce qu'elle ne s'incarne pas dans des rapports de leadership clairement établis et parce qu'elle doit composer avec des dynamiques potentiellement contraires.

Une nouvelle fois la question de l'institution paraît centrale. En effet la promotion officielle d'une manière de faire ou la mise en place d'un dispositif ne signifie pas leur institutionnalisation donc leur reconnaissance et leur investissement par les acteurs. Au-delà, diverses institutions anciennes se disputent – du moins se partagent – le leadership de l'agir sanitaire et peuvent freiner l'institutionnalisation de dispositifs partenariaux plus récents promouvant des buts partagés. Des représentations et des pratiques fortement institutionnalisées peuvent ainsi empêcher la pleine adhésion à de nouvelles arènes de discussion et de décision. Nous observons une situation paradoxale d'un agir sanitaire

⁴⁸² *Ibid.*

parcours de fortes dynamiques institutionnelles mais en même temps souffrant à certains égards d'un déficit d'institutionnalisation. Le point de tension n'est pas tant la multiplicité des institutions que leur difficulté à s'accorder sur une fin commune nécessaire à l'impulsion d'une dynamique réformatrice.

Section 1. Les formes problématiques du leadership

Le leadership doit être conçu comme un type de relation dans laquelle un acteur est en mesure de donner à d'autres les lignes de leur conduite. Nous l'entendons comme « une configuration sociale où les relations entre acteurs tendent à conférer à l'un d'entre eux une position dominante, parce qu'il est perçu et présenté comme indispensable à la poursuite de relations bénéfiques, institué comme garant d'un système qui assure à tous les joueurs leur maintien dans des jeux imbriqués, l'amélioration ou la préservation de leurs positions »⁴⁸³. L'intérêt de cette définition est de souligner à la fois la dimension d'autorité sous-tendant le leadership mais également celle de la confiance attribuée par les autres parties prenantes qui mettent leur destin dans les mains de l'un d'entre eux, perçu comme légitime.

L'observation de l'agir sanitaire révèle une certaine ambivalence s'agissant de l'identification et de la localisation des relations de leadership.

Les rapports que les acteurs locaux entretiennent avec l'État en tant que figure tutélaire – donc à la fois au niveau central et incarné dans ses services déconcentrés – révèlent une situation qui ne satisfait qu'en partie à la définition du leadership (**Paragraphe 1**). Ils soulignent la contrainte étatique réduisant leur marge de créativité et d'autonomie. Mais dans le même temps, leur discours témoigne de la difficulté de véritablement asseoir son leadership pour un État manquant de moyens et devant composer avec d'autres porteurs de l'autorité légitime, notamment l'Assurance maladie. L'État est considéré comme un protecteur, un garant nécessaire au cadrage des relations entre acteurs, mais en même temps sa position dominante peut-être contournée, discutée, voire disputée.

Parallèlement, la nature des liens entre l'État, cette fois au sens du pouvoir central, et les acteurs de terrain n'est pas non plus tranchée (**Paragraphe 2**) : des dynamiques territoriales

⁴⁸³ J. Lagroye, « Le leadership en questions. Configurations et formes de domination », in A. Smith, C. Sorbets, dir., *Le leadership politique et le territoire : les cadres d'analyse en débat*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, 2003, pp. 47 – 69, ici p. 53. Voir aussi F. Bourricaud, *Esquisse d'une théorie de l'autorité*, op. cit.

émanant des acteurs locaux et des dynamiques territorialisées impulsées par le centre, auxquelles viennent s'ajouter des processus centralisateurs, sont fortement intriqués. Ici réside une autre ambivalence d'un leadership dont la forme territoriale est non déterminée et évolutive. Nous qualifions cette situation de « transitionnelle », non pas pour signifier un mouvement de passage d'un état à un autre mais bien un entre-deux où se mêlent les trois logiques centralisatrice, territorialisée et territoriale, toutes considérées comme concomitamment légitimes⁴⁸⁴.

Le devenir de l'agir sanitaire illustre de ce point de vue la nécessité d'un « refroidissement » théorique tel que Fontaine et Hassenteufel l'appellent de leurs vœux, tant un appareillage théorique – si ce n'est idéologique – univoque en termes de « fin de l'État » ou au contraire de « retour de l'État » paraît inopérant pour rendre compte des configurations de pouvoir locales qui associent régulation décentralisée et réaffirmation du centre⁴⁸⁵.

1. Un champ d'action sur-administré et sous-piloté

L'enquête de terrain révèle une situation paradoxale en ce qui concerne le positionnement de l'État au sein de l'agir sanitaire et *in fine* le pilotage de ce dernier.

Par État, nous entendons les « services de l'État », dans la mesure où dans les représentations des acteurs, « État » ne désigne pas systématiquement l'administration centrale, mais bien une figure d'autorité, avec ses composantes centrales et locales. L'État renvoie, dans les discours, au centre mais aussi aux services déconcentrés, de même qu'à l'ARH et la Mission régionale de santé qui pourtant regroupent des services de l'État et de l'Assurance maladie, mais sont également assimilées à l'autorité publique, à la « tutelle »⁴⁸⁶. En ce sens, si nous abordons le terme d'étatisation, au sens de renforcement du rôle de « l'État », cela ne revient pas à la problématique de la centralisation : les

⁴⁸⁴ Nous le verrons, nous nous fondons ici, en l'élargissant, sur l'approche développée par Saez en termes de « transition territoriale », signifiant une configuration dans laquelle se côtoient des logiques d'action territoriales et territorialisées. G. Saez, « L'action publique culturelle et la transition territoriale du système politique », in A. Faure, A.-C. Douillet, dir., *L'action publique et la question territoriale*, *op. cit.* pp. 229 – 250

⁴⁸⁵ J. Fontaine, P. Hassenteufel, « Quelle sociologie du changement dans l'action publique ? Retour au terrain et “refroidissement” théorique », *op. cit.* p. 16

⁴⁸⁶ Pour certains acteurs même, l'Assurance maladie est assimilée à l'État.

représentations dont nous allons traiter à présent se rapportent à une dynamique institutionnelle mais non territoriale de pouvoir.

Le positionnement de l'État, en tant que figure tutélaire pluri organisationnelle, est conçu comme paradoxal à deux niveaux. Tout d'abord, la production législative et réglementaire met particulièrement en relief la modernisation de la gestion publique et, de manière corollaire, la nécessaire responsabilisation des acteurs de terrain qui sous-entend leur relative autonomisation. Cependant, les représentations locales véhiculent un sentiment partagé d'affirmation de la mainmise des autorités de « tutelle », sur la gestion interne des établissements de soins comme sur le contenu des projets locaux. À ce premier paradoxe d'une étatisation constante – si ce n'est grandissante – comme pendant d'un affichage d'autonomie pour les acteurs locaux, vient s'ajouter un second, relatif cette fois au décalage entre les aspirations de contrôle de l'État et son aptitude effective à assurer un pilotage de l'action publique. La faiblesse des moyens des services de l'État restreint leur capacité à instaurer véritablement un leadership dans les configurations locales, dans la mesure où ils apparaissent en partie dépendants de l'investissement des autres acteurs (financier ou en termes de montage de projets) et où le partage de l'autorité légitime avec l'Assurance maladie n'est pas stabilisé.

Les acteurs aquitains mettent en exergue une dynamique paradoxale qui peut être résumée à une situation de contrôle excessif, dans le sens de mainmise sur les projets, mais insuffisant, pour ce qui est d'incarner une véritable tête de réseau. En ce sens l'agir sanitaire se donne à voir comme sur-administré mais sous-piloté.

1.1 Autonomie locale versus étatisation : un système sur-administré

Les services de l'État allient en permanence une tendance au contrôle à leur volonté affichée de s'en remettre aux acteurs de première ligne pour la définition de l'agir sanitaire. Ces derniers rendent compte d'un cadrage par les services de l'État qui s'immiscent jusque dans le détail de la gestion locale et contredisent de ce fait la dynamique processuelle valorisée en matière de santé. Dans ces conditions, c'est le « degré » de décentralisation, non pas au strict sens juridique français d'un transfert de compétence à une collectivité

territoriale, mais au sens international d'un « accroissement des attributions et de l'autonomie » d'un acteur local⁴⁸⁷, qui apparaît problématique sur le terrain.

La compréhension de la marge de manœuvre locale réelle doit passer, comme le dit Polton, non seulement par l'observation de la responsabilité formelle consentie aux acteurs locaux, mais surtout par l'analyse des « mécanismes de coordination à l'œuvre [...], qu'il s'agisse de normes, de conventions ou contrats collectifs, d'incitations financières, de procédures de contrôle... »⁴⁸⁸ Partant, il s'agit de déceler « l'espace de décision » dont font état les acteurs aquitains, situé au croisement entre la répartition des fonctions à exercer et le degré d'autonomie qu'ont effectivement les acteurs locaux dans l'exercice de ces fonctions⁴⁸⁹.

1.1.1. Des projets locaux entre créativité des opérateurs de terrain et directivité des tutelles

Malgré l'affichage d'une logique processuelle favorisant la créativité des acteurs locaux, à la fois pour une meilleure adaptation de la réponse publique au besoin et pour la responsabilisation des prestataires de première ligne, l'État, dans son incarnation centrale comme locale, tend à contrôler étroitement le contenu des projets locaux. La situation aquitaine se trouve, de ce point de vue, à la croisée des deux logiques mises en lumière par Youinou-Le Bihan, à savoir la « coproduction territoriale » et le « dirigisme d'État »⁴⁹⁰.

Le déroulement du Conseil d'administration du GRSP aquitain est significatif de cette permanente oscillation et d'un positionnement difficile à trouver entre la directivité et la liberté des prestataires⁴⁹¹. Parmi les thèmes débattus entre les participants, la question du fonctionnement du GRSP sur la base d'un appel à projets auquel répondent les prestataires

⁴⁸⁷ D. Polton « Décentralisation des systèmes de santé : un éclairage international », *Revue Française des Affaires Sociales*, n° 4, 2004, pp. 267 – 299, ici pp. 272 et 267

⁴⁸⁸ *Ibid.*

⁴⁸⁹ T. Bossert, « Analyzing the decentralization of health systems in developing countries: decision space, innovation and performance », *Social Science and Medicine*, vol. 47, n° 10, 1998, p. 1513 – 1527

⁴⁹⁰ B. Youinou-Le Bihan, « Régulation partenariale ou dirigisme étatique ? Naissance et développement des institutions de théâtre public à Rennes de 1949 à 1989 », in J. Fontaine, P. Hassenteufel, dir., *To change or not to change, op. cit.* pp. 31 – 52

⁴⁹¹ Conseil d'administration du GRSP, Bordeaux, Préfecture de région, 3 octobre 2007

associatifs suscite le débat⁴⁹². Les représentants l'État hésitent, pour le prochain appel à projets, entre laisser une forte liberté aux opérateurs, afin de « susciter l'imagination » en favorisant un grand nombre de propositions, et à l'inverse affiner et spécifier davantage l'appel, limitant de fait le nombre de dossiers. La première solution permet à plus d'associations de tenter leur chance mais peut engendrer des « frustrations » puisque beaucoup de projets sont rejetés, sans compter que le foisonnement des dossiers entraîne un engorgement de la procédure d'instruction. Cependant la solution plus restrictive pourrait priver le GRSP de « bonnes idées » et favoriser les grosses associations qui disposent d'une expertise et de plus de moyens pour produire des réponses dont la forme correspond aux attentes des financeurs. Aussi le déroulement de cette séance de travail témoigne-t-il d'une certaine difficulté des autorités de programmation à mettre en œuvre des politiques processuelles fondées sur le bon dosage de la liberté laissée au terrain.

Si d'une part le Directeur régional des affaires sanitaires et sociales considère qu'il faut « baliser », « sinon verrouiller, en tout cas préciser l'appel à projets, pour limiter les candidatures et les instructions inutiles », c'est sur le degré de cette « précision » que l'hésitation est palpable. Tous les intervenants affirment à ce moment de la séance une même volonté de créer une émulation locale et un partenariat entre pouvoirs publics et opérateurs de terrain, mais affichent aussi leur désarroi quant à trouver un positionnement entre dirigisme et manque d'encadrement. « La sagesse est dans l'équilibre » assure le Préfet, qui propose d'allier « des figures libres et des figures imposées » mais sans en déterminer l'envergure. Les représentants des services déconcentrés ne définissent pas plus clairement où se positionne cet « équilibre subtil à trouver ». Le Directeur des affaires sanitaires et sociales propose finalement, de trouver « d'ici le prochain Conseil d'administration », un bon positionnement du « curseur », entre un « excès de rigidité » et une trop grande « largesse » qui inciterait trop d'associations à candidater.

Les agents de services déconcentrés rencontrés en entretiens reproduisent ce double discours et soulignent la nécessité d'une liberté laissée au volontarisme local, tout en manifestant une tendance à l'utilisation des acteurs de terrain comme ressources au service de projets prédéterminés par l'État. Un inspecteur du niveau régional décrit d'ailleurs l'évolution probable dans la logique même de l'action publique, de l'appel à projets à la

⁴⁹² Rappelons que ce Conseil d'administration regroupe des représentants des services préfectoraux et déconcentrés, de l'Assurance maladie, de l'ARH, des collectivités territoriales et des associations

commande publique : « la manière dont on procède au niveau du GRSP, essentiellement pour le moment ça repose sur un appel à projets. Tous les opérateurs qui sont intéressés déposent un projet. [...] Mais petit à petit il y aura peut-être davantage d'actions qui répondront à un cahier des charges, c'est-à-dire plutôt sous la forme de commandes publiques. Il y en a déjà en fait. Là on impulse davantage, on n'est pas en position d'attente. On souhaite qu'une action se déroule à tel endroit, avec tel objectif. Même s'il peut y avoir plusieurs opérateurs candidats. [...] Je pense qu'on s'acheminera vers des procédures de ce type, de plus en plus. Les actions seront plus impulsées du haut. »

Les opérateurs locaux, qu'ils soient acteurs associatifs ou professionnels de santé, se font largement l'écho de cette situation paradoxale dans laquelle les pouvoirs publics enjoignent de monter des projets innovants, de produire véritablement l'action publique, tout en cherchant à encadrer strictement ses formes. « On est dans un système largement administré qui vit toujours dans des va-et-vient entre, “je lâche du lest” et “je reviens”, explique l'un d'eux. À un moment donné on est dans une ouverture avec les différents acteurs de santé – aussi bien les hôpitaux, les cliniques, les libéraux – on va essayer de laisser passer de l'initiative, éventuellement on va essayer de dialoguer. Et puis il y a des moments où on va avoir un phénomène de rétractation pour pouvoir mieux contrôler et maîtriser ».

Un psychiatre engagé dans des projets associatifs d'aide sociale et psychologique mentionne un « pouvoir administratif omnipotent », notamment en ce qui concerne la création de réseaux et dénonce une tendance des tutelles à « toujours vouloir encadrer, contrôler ». De même dans le domaine de la périnatalité, regrette un médecin de PMI, « on est allé très loin dans les détails, peut-être pour s'assurer de l'application, on fait des recommandations verrouillées. Il y a un hiatus là » ; « on en est arrivé à des commandes qui sont devenues très rigides », débouchant sur des protocoles stricts dont les résultats sont objectivables, allant parfois à l'encontre de l'esprit même que les acteurs de terrain souhaitaient donner à leurs projets.

Le problème fondamental pour les acteurs est « une hypertrophie du règlement » qui rend impossible une action publique dont la logique serait véritablement ascendante. Un coordinateur de réseau critique une configuration dans laquelle « il faut justifier le prix d'une gomme ou d'un taille crayon, ligne par ligne », tandis qu'un de ses homologues considère que malgré un discours valorisant un État au positionnement de régulateur, définissant de grandes orientations et favorisant les initiatives de terrain, « en pratique non,

il se mêle de qui va acheter le papier toilette. » Pour un autre coordinateur « quand on dit qu'un réseau de santé va contractualiser, ce n'est pas un contrat, c'est le haut qui parle au bas et "vous signez en bas Monsieur". » Les acteurs soulignent en somme que les tutelles ne remplissent pas leur mission fondamentale d'impulsion, puisqu'au lieu de créer les outils permettant à des opérateurs locaux de construire l'action publique, elles tendent à s'immiscer dans la mise en forme concrète des projets, à encadrer chaque étape de leur mise en œuvre.

Ce ressenti partagé d'une tutelle qui bride l'initiative locale ou la vide de sa substance peut être éclairé par l'approche conventionnelle des relations de marché proposée par Eymard-Duvernay, Favereau, Orléan, Salais et Thévenot⁴⁹³. Considérant qu'un marché est formé de consommateurs et de producteurs, chacun est doté d'une « prérogative essentielle. Les consommateurs sont souverains pour déterminer la qualité de ce qu'ils achètent et leurs décisions d'achat. Les producteurs sont souverains pour déterminer les règles de fabrication des produits et services. Ces deux prérogatives forment le point de départ des accords sur la qualité des biens sur le marché et les rendent possibles. »⁴⁹⁴

Si nous nous inspirons de cette définition – et même si les pouvoirs publics ne peuvent être réduits à des consommateurs au sens strict – le positionnement de l'État tel qu'il est observé en Aquitaine apparaît problématique. Tout se passe comme si les tutelles cherchaient à maîtriser les deux ordres de prérogatives et contrôler à la fois l'économie générale définissant une action publique de qualité et le contenu des actions fabriquées par les opérateurs locaux. L'État se positionnant à la fois en tant qu'acheteur de prestations et comme prestataire, les conditions d'un véritable partenariat avec les acteurs de terrain ne peuvent être que fragilisées.

Les opérateurs aquitains critiquent largement le dirigisme dont fait preuve la tutelle. Mais c'est dans le monde hospitalier qu'est le plus fortement exprimé le paradoxe d'une autonomisation locale affichée mais doublée d'un contrôle accru. Le discours sur l'autonomie a été particulièrement mis en avant concernant les établissements de soins, ce

⁴⁹³ F. Eymard-Duvernay et alii, « Valeurs, coordination et rationalité : trois thèmes mis en valeur par l'Économie des conventions », in F. Eymard-Duvernay, dir., *L'économie des conventions. Méthodes et résultats, Tome I. Débats*, Paris, La Découverte, 2006, pp. 23 – 44

⁴⁹⁴ *Ibid.* p. 32

qui ne rend que plus flagrants les processus par lesquels la tutelle conserve voire renforce sa position contraignante.

1.1.2. La fausse autonomie des établissements de soins

Si les nouveaux modes de gestion hospitalière, notamment issus des ordonnances de 2003 et 2005, sont censés favoriser une autonomisation des hôpitaux publics, « la réalité est vécue un peu différemment » selon les mots d'un directeur, dans la mesure où ils entraînent un renforcement du pouvoir des autorités de régulation⁴⁹⁵. L'observation de terrain permet de mettre en question la dite « autonomisation » des structures locales en révélant au contraire des représentations en termes de renforcement du contrôle étatique.

Une directrice d'hôpital dénonce par exemple « une immixtion dans même les fonctionnements, les décisions organisationnelles d'un établissement » qui fait que, pour elle, « il y a de moins en moins d'autonomie, parce qu'on doit rendre de plus en plus de comptes, de façon de plus en plus précise. » Elle revient par exemple sur une récente enquête de l'ARH auprès de tous les établissements, « demandant comment est organisée leur analyse de gestion, donc leur service, les compétences... Alors que c'est l'intérêt de l'établissement d'être bien organisé au niveau de son analyse de gestion ! Mais l'ARH va jusqu'à faire ce type d'enquête ! »

Fondamentalement c'est la mise en œuvre de la nouvelle gouvernance initiée par le plan Hôpital 2007 qui apparaît problématique, tant l'affichage d'autonomie se heurte à l'expression d'une forte contrainte exercée par la tutelle. Les acteurs de terrain décrivent une situation paradoxale dans laquelle, pour reprendre les termes d'un directeur d'établissement, « il y a à la fois, effectivement, un renforcement de l'autonomie, mais avec un renforcement des contraintes ».

⁴⁹⁵ Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ; Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé ; Ordonnance n° 2005-1112 du 1^{er} septembre 2005, portant diverses dispositions relatives aux établissements de santé.

L'éclairage de la situation locale implique de faire appel à la définition de l'autonomie proposée par Verhoest, Peters, Bouckaert et Verschuere⁴⁹⁶. Leur analyse de cette notion révèle des sens multiples qui, en ce qui concerne les organismes publics, peuvent aller jusqu'à la contradiction. Ces auteurs élaborent une distinction entre l'autonomie définie comme le fait d'avoir une certaine capacité à la prise de décision⁴⁹⁷ et l'autonomie comme le fait d'être exempté de contraintes sur l'usage réel de ces capacités décisionnelles. Selon cette seconde acception, l'autonomie d'une structure publique fait référence à son « niveau d'indépendance [...] vis-à-vis du gouvernement pour l'usage effectif des compétences décisionnelles qui lui sont dévolues »⁴⁹⁸. Elle permet aux auteurs de considérer que « même dans les cas extrêmes où l'agence a pleine compétence décisionnelle pour sa gestion et sa politique, le gouvernement peut influencer les décisions effectives de l'agence par d'autres moyens », notamment la nomination ou l'évaluation de sa direction, ou la contrainte budgétaire si l'organisme considéré dépend de l'État pour une part substantielle de ses fonds⁴⁹⁹.

Dans ces conditions, connaître le niveau d'autonomie d'un organisme public requiert d'analyser non seulement ses compétences décisionnelles « mais également dans quelle mesure le gouvernement peut contraindre l'usage de ces compétences par des moyens structurels, financiers, juridiques ou interventionnels »⁵⁰⁰. Considérant donc quatre types d'autonomie, structurelle, financière, juridique et interventionnelle, les auteurs décrivent comment un organisme public peut avoir un haut niveau d'indépendance formelle mais sans jouir d'un fort degré d'autonomie. Les pouvoirs publics peuvent facilement maintenir un contrôle sur les choix stratégiques et gestionnaires, à travers des moyens plus ou moins

⁴⁹⁶ K. Verhoest, B. G. Peters, G. Bouckaert, B. Verschuere, « The study of organisational autonomy: a conceptual review », *Public administration and development*, n° 24, 2004, pp. 1 – 16

⁴⁹⁷ *Ibid.* L'autonomie comme capacité décisionnelle peut être de deux sortes : elle peut concerner la mesure dans laquelle un organisme public jouit d'une certaine indépendance de gestion (*managerial autonomy*) ; elle peut également désigner la mesure dans laquelle un organisme public peut déterminer lui-même les procédures qu'il emploie pour créer des biens, les instruments qu'il utilise pour la mise en œuvre, la quantité et la qualité des biens produits (*policy autonomy*).

⁴⁹⁸ *Ibid.* p. 5

⁴⁹⁹ *Ibid.*

⁵⁰⁰ *Ibid.*

directs, de sorte qu'une forte hétérogénéité peut être observée parmi des organismes qui pourtant appartiennent à une même catégorie juridique⁵⁰¹.

Cela nous amène à reconsidérer la dite « autonomie » qui sous-tend la nouvelle gouvernance et qui peut s'avérer considérablement restreinte. De manière significative, cette problématique de l'autonomisation est conçue par les directeurs d'établissements comme « un sujet un peu difficile », une « question un peu délicate ». Car contrairement à la logique politiquement affichée, les récentes réformes renforcent le pouvoir des instances de contrôle. L'État garde la haute main sur l'activité hospitalière, notamment parce que l'autonomie mise en exergue est encadrée par le processus de contractualisation, des indicateurs de performance et le carcan financier.

La nouvelle version des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPom) que les établissements doivent signer avec l'ARH ne laisse qu'une très faible marge de manœuvre aux premiers, dans la mesure où le contenu du contrat doit être conforme à deux documents essentiels de planification, le Sros et le projet médical de territoire⁵⁰². Depuis 2003 le contrat entre l'hôpital et l'ARH doit se conformer au projet de territoire, qui lui-même doit nécessairement s'insérer dans les objectifs du Sros. Dans ces conditions pour les directeurs « il y a discussion mais pas négociation » ; les marges de manœuvre sont « extraordinairement réduites » ; l'élaboration du contrat revient à « une phase très formelle sans véritable espace de négociation, le Sros ayant défini les orientations ».

La contractualisation apparaît enserrée dans des canaux de régulation descendants qui ne laissent pas de marge pour l'initiative. Les établissements n'ont, pour les directeurs, qu'une « possibilité de positionnement dans le Sros » : « on essaie de rentrer dans les cases » ; les CPom « ne sont que la déclinaison, point par point, du schéma régional », notamment du fait d'annexes très précises pour chaque discipline. Les directeurs soulignent que la procédure actuelle est « beaucoup plus encadrée que pour le précédent CPom ». Pour l'un

⁵⁰¹ L'autonomie structurelle dépend de l'étendue du pouvoir hiérarchique exercé par l'État ; l'autonomie financière correspond à la dépendance vis-à-vis de fonds garantis par l'État ; l'autonomie juridique fait référence aux garanties d'indépendance que confère son statut juridique à l'organisme considéré ; l'autonomie interventionnelle dépend de l'obligation pour l'organisme de communiquer des données sur son activité ou de se soumettre à une évaluation, et de la possibilité pour l'État de lui imposer d'éventuelles sanctions en cas de mauvaise gestion.

⁵⁰² Le territoire correspond à un périmètre infra régional de planification.

d'eux « l'ARH ne contractualise plus sur les projets proposés par l'établissement mais contractualise sur les objectifs qu'elle s'est donnés dans le schéma ». Cela n'incite d'ailleurs pas les hôpitaux à proposer des projets ou des partenariats innovants, puisque la contractualisation ne peut porter sur un objectif n'entrant pas dans ceux du schéma : « l'établissement ne peut se positionner que par rapport aux orientations qui sont données. S'il cherche à faire autre chose on lui dit "pas question, ce n'est pas dans le Sros". L'autonomie là-dedans je ne la vois pas. La contractualisation non plus ! Ou alors c'est de la contractualisation masochiste ! » Un directeur explique même que les équipes renoncent à certains projets originaux parce qu' « on pense que ça ne passera pas au niveau de l'ARH, donc on n'essaie même pas. Selon un processus similaire à celui dénoncé au sujet des modes de financement des réseaux de santé, « on finit par essayer d'imaginer les projets qui pourraient avoir des chances de rencontrer une volonté politique et donc d'obtenir des moyens. »

Dans ces conditions, certains directeurs d'établissements dénoncent une « escroquerie intellectuelle », de « faux contrats », ces contrats étant fondamentalement inégaux dès lors que l'État y prend part. Pour eux, il ne s'agit en aucun cas de véritables contrats, puisque l'ARH en détermine le contenu, tandis que les hôpitaux n'ont pas d'autre choix que de les signer et se voient en permanence rappeler leurs obligations contractuelles par les autorités publiques.

Un même phénomène est souligné – et largement déploré – en ce qui concerne le projet médical d'établissement que chaque hôpital est dans l'obligation de produire. Si auparavant les établissements élaboraient en premier lieu ce projet, contractualisant ensuite avec l'ARH, la nouvelle procédure inverse la logique : le projet médical est finalisé après la signature du CPom. « Moralité, même si vous avez un projet d'établissement, vous avez une figure imposée qui est le CPom » explique une directrice. Pour un de ses homologues, « la logique aurait voulu que ce contrat pluriannuel se fasse après le projet de l'établissement. Or notre projet d'établissement se termine en 2007, donc on va lancer un nouveau projet en 2008, mais on aura déjà conclu le contrat pluriannuel, alors que celui-ci devrait découler du projet médical et du projet d'établissement. Donc le projet d'établissement va reprendre ce qu'il y a dans le CPom. Dans une forme peut-être plus littéraire... » Dans ces conditions, « le projet d'établissement c'est vraiment un prétexte, puisque de toute façon, il faut qu'il colle parfaitement à la planification ».

Les gestionnaires d'hôpitaux considèrent donc que ni l'autonomie ni la contractualisation n'existent ailleurs que dans le discours politique. Cependant la contrainte exercée par l'État n'est pas critiquée pour elle-même, mais plutôt parce qu'elle n'est pas explicitement affichée. Ce n'est pas la nouvelle gouvernance que les directeurs dénoncent, mais plutôt la « fausse autonomie », une situation « au milieu du gué », d' « entre deux », « une position schizophrène » des pouvoirs publics qui affichent un discours sur l'autonomie tout en continuant d'encadrer. Comme l'explique l'un d'eux, « c'est logique que le directeur de l'ARH ait la capacité à imposer un certain nombre de choses pour optimiser la rareté de la ressource en matière de santé, dans le sens de la qualité des soins offerts à la population. Que le contrôle soit plus fort, on peut le comprendre. Mais c'est vrai qu'en même temps, cette notion de responsabilisation et d'autonomisation des établissements de santé finit par être plus relative » ; « c'est normal, il y a une logique santé publique que nos établissements sont censés suivre. Mais parler d'autonomie des établissements, là non... »

Les directeurs affirment souvent qu'ils préféreraient une centralisation de la décision aux mains des tutelles avouée et assumée, la situation actuelle d'affichage d'autonomie étant considérée comme « un leurre », d'autant plus insupportable que « celui qui décide n'est pas celui qui a la responsabilité *in fine* », en d'autres termes le chef d'établissement.

La mise en œuvre concrète de la tarification à l'activité (T2A) constitue un nouvel exemple de l'actuel positionnement ambivalent des autorités étatiques.

Dans la mesure où les ressources des producteurs de soins devaient dépendre de leur propre activité, les gestionnaires d'établissements ont d'abord pensé que la mise en place de la T2A constituerait pour eux une opportunité de renforcer leur capacité d'action et leur réactivité. Ils ont donc accueilli assez positivement la réforme, notamment dans les hôpitaux connaissant une forte activité, plus d'actes signifiant des recettes supplémentaires, donc de nouveaux moyens pour investir ou recruter du personnel.

Une réforme d'abord perçue comme devant « être Byzance » provoque cependant « beaucoup de désillusions ». L'État central a en effet très vite constaté que ce système de rémunération à l'activité pouvait se révéler fortement inflationniste, les établissements étant tentés de gonfler leur activité et de multiplier les actes fortement rémunérateurs pour augmenter leurs ressources. En conséquence, le gouvernement a décidé de définir des tarifs nationaux pour les différentes catégories d'actes et de limiter l'activité des établissements

par l'instauration d'Objectifs quantifiés de l'offre de soins (Oqos). Dans ces conditions l'hôpital n'a plus la haute main sur son niveau d'activité, les ressources étant contenues à la fois par un effet prix et par un effet volume.

Les gestionnaires d'établissements considèrent donc que le système est « plus contraint qu'avec le budget global ». L'un d'entre eux parle même de « contrats d'objectif sans moyens », dans la mesure où la contractualisation avec l'ARH est imposée, tandis que l'hôpital n'est pas en mesure de réellement tirer des ressources de son activité, elle-même contingentée par des règles étatiques. Une directrice décrit « une responsabilisation qui est extrêmement encadrée. D'une certaine façon on a plus d'autonomie interne, par exemple on a une liberté d'organiser les pôles comme on le souhaite, on met en place la nouvelle gouvernance avec des rapports de contractualisation interne qui nous appartiennent. Mais en même temps, on est dans une logique où, de toute façon, on fonctionne sur une base budgétaire fermée ». De même, d'après une de ses collègues « c'est vrai qu'en termes d'autorisation c'est plus facile, parce qu'on est autorisé pour des activités : si on veut installer demain quinze lits pour une activité, on peut le faire sans problème. On n'a pas à demander l'autorisation pour un lit ou dix lits supplémentaires. Sauf qu'en fait, dans la réalité, on n'est pas contraint sur les installations, on est contraint sur l'activité. Donc c'est beaucoup plus fort. »

Si cette situation contraste fortement avec l'affichage politique des réformes, elle n'est pourtant pas exceptionnelle. Des analyses ont montré que même dans des pays anglo-saxons, pourtant berceau du nouveau management public, l'autonomie des établissements pouvait, de fait, être étroitement bridée. Davies notamment, décrit comment, contrairement au discours politique accompagnant la création des *Foundation Trusts*, nouvelle génération d'établissements de soins au sein du *National Health Service* britannique, ces structures ne jouissent pas d'une autonomie accrue, étant donné qu'ils restent contrôlés directement ou non par le Département de la Santé⁵⁰³.

⁵⁰³ A. Davies, « Foundation hospitals: a new approach to accountability and autonomy in the delivery of public services? », *Public Law*, winter 2004, pp. 808 – 828. La conséquence affichée de la réforme était une autonomie renforcée des *Foundation Trusts*, ces derniers devant rendre des comptes non plus au Secrétariat d'État mais à un organisme local de régulation indépendant et à la communauté. Cependant, l'autonomie des *Foundation Trusts* s'avère fortement contrainte, en particulier parce le Département de la Santé demeure en

Les observations de terrain traduisent donc le « paradoxe de l'autonomisation » des organismes publics qui peut impliquer un contrôle plus strict de la part des autorités planificatrices⁵⁰⁴. Ce paradoxe se traduit essentiellement par un contrôle des ressources et des processus, combiné à un contrôle plus strict de la performance.

1.2 Un agir sanitaire en mal de pilotage

À un second niveau la régulation de l'agir sanitaire apparaît paradoxale dans la mesure où l'État qui, nous l'avons vu, est à l'origine d'une production normative très importante, ne parvient toutefois pas assurer – ni à incarner – un véritable pilotage de l'action publique. Les opérateurs de terrain comme les acteurs issus des administrations de tutelle mettent en valeur la position inconfortable de ces dernières qui ne sont pas en capacité de faire elles-mêmes mais ne parviennent pas pour autant à « faire faire ». Il leur manque les moyens humains, financiers, voire même la force de la légitimité pour exercer un leadership sur l'agir sanitaire, d'autant que le pilotage demeure partagé entre l'autorité de l'État et celle de l'Assurance maladie.

1.2.1 L'État n'a pas les moyens de ses ambitions

En conformité avec la logique processuelle d'action publique, les services de l'État se posent en animateurs, en régulateurs, qui ne font pas eux-mêmes, mais font faire aux acteurs de terrain spécialisés, en harmonisant les interventions locales. L'État tendrait à ce titre à se positionner comme commanditaire de prestations. Cependant son positionnement, tel que nous l'observons et tel qu'il est relayé par les acteurs locaux, s'avère problématique puisqu'il ne parvient à instaurer ni une relation hiérarchique ni une relation d'agence avec les opérateurs.

Faute de moyens suffisants, il ne peut imposer aux acteurs locaux leur coopération et leur déléguer unilatéralement l'action publique. Comme le souligne un médecin inspecteur de la Drass, « ça ne marche plus le marteau qui tombe comme ça, ça ne marche plus. Surtout

capacité de contrôler leur activité, notamment à travers la fixation de tarifs ou des indicateurs de qualité déterminés nationalement, ou de manière indirecte à travers son influence sur l'organisme local de régulation.

⁵⁰⁴ K. Verhoest et alii., « The study of organisational autonomy: a conceptual review », *op. cit.* p. 6

avec le peu de moyens que l'on a, on ne peut être que relativement incitatif, il ne faut pas se faire d'illusion ! »

Mais l'État n'agit pas non plus à la manière du « principal » qui construit une relation contractuelle lui permettant de s'assurer les services d'un « agent », qu'il soit un professionnel, une association ou une collectivité. La relation d'agence doit en effet être fondée sur un contrat qui institue le partage des risques liés à cette délégation, tout en réduisant les comportements opportunistes de l'agent, par des incitations et procédures de mise en concurrence. Or dans l'agir sanitaire aquitain, l'État n'est pas en position d'être véritablement incitatif. Il se trouve par conséquent dans la position paradoxale où il planifie sans avoir les moyens de s'assurer de l'effectivité de sa décision, que ce soit par la contrainte ou l'incitation. Plusieurs fonctionnaires des services déconcentrés reviennent sur la difficulté de leur mission quotidienne qui consiste à convaincre des partenaires de participer à l'agir sanitaire tout en entrant dans les priorités et les cadres d'action fixés par l'État : « il faut aimer le partenariat, il faut déjà avoir le sens des relations, il faut être diplomate, ce n'est pas évident, souligne un inspecteur de Ddass. On est obligé, quand on travaille en partenariat, avec les caisses primaires, les collectivités... S'ils voient qu'on veut à tout prix imposer parce que c'est dans la circulaire de la DGS, que j'ai ça à appliquer donc je vais les chercher pour un cofinancement, sans les écouter eux et sans tenir compte de leur volonté, très vite ça va mal se passer. »

Les agents de collectivités ont d'ailleurs souvent l'impression non pas d'une action partenariale avec les services de l'État mais d'une simple sollicitation de leurs financements. De manière significative, le GRSP a pu être décrit de la manière suivante : « on va demander à différents acteurs de mettre de l'argent mais c'est entièrement l'État qui tient les rênes, de manière extrêmement visible, et qui fait que les gens sont très réticents. Parce que ce n'est pas du tout collectif. C'est l'État qui crée un truc en faisant venir les autres, en leur disant "donnez nous de l'argent", c'est perçu comme ça, et ça le tue. Même si l'idée était bonne, soit il aurait fallu le faire de manière moins étatique, soit il fallait le faire de la même manière mais masquée [...]. C'est un peu dommage parce que l'erreur qu'a faite l'État c'est qu'ils ont été très vite démasqués ».

Aussi les démarches partenariales sont-elles perçues avant tout comme un simple désengagement, un aveu d'impuissance de l'État. Tout se passe comme si ce dernier ne faisait pas faire mais en était réduit à laisser faire⁵⁰⁵.

Des acteurs issus de catégories hétérogènes sont extrêmement critiques sur ce point : selon un directeur d'hôpital « l'État dysfonctionne dans son positionnement », puisque qu'il crée des normes mais de l'autre ne (se) donne pas les moyens pour qu'elles soient appliquées, ce qui pour lui signifie qu'il « rejette la responsabilité ». De même pour un chef de service municipal, « on est sur des politiques publiques, sur lesquelles paradoxalement l'État ordonne, enfin il oriente très fortement les échanges, et puis en même temps, de façon paradoxale, il se désengage. C'est vrai que ça, c'est une vraie question » ; « l'État a cette position paradoxale de dire "il faut, mais je ne vous donnerai pas l'argent pour le faire". »

Ce positionnement des services de l'État est parfois envisagé de manière cynique ; mais bien des acteurs ne font que relever la difficulté de « l'État local » telle qu'elle leur apparaît dans les diverses interactions avec lui : « Ce n'est pas une position facile, je n'aimerais pas être à leur place, admet un agent municipal. Les gens de la Ddass ou de la Drass, quand on est dans le cadre de réunions, bon et bien ils jouent leur rôle. Mais quand on en discute ils le reconnaissent. Ils disent que c'est une position qui est difficile à tenir » ; « les services locaux de l'État, ils sont là, mais avec cette schizophrénie, ce paradoxe en tout cas, qu'ils ont à gérer. Encore une fois, je pense que les gens de l'État, au niveau local, ils ne sont pas à l'aise ».

Dans ce contexte, ce sont les relations avec les professionnels de santé qui sont les plus problématiques, dans la mesure où ils détiennent une expertise et une légitimité, mais surtout une liberté d'exercice, qui les mettent facilement hors de portée des directives de l'État ou du moins en capacité de les contourner. Un directeur de caisse décrit la « grande valeur » de certains praticiens qui « ont beaucoup d'idées » et « travaillent énormément » et qui attendent, en contrepartie des « résultats dans le pilotage ». Ces professionnels ne peuvent être coopératifs s'ils ne perçoivent pas une tutelle en position de véritable *alter ego* en termes d'influence et de légitimité, donc en termes de pouvoir : « C'est bien pour ça qu'il faut que le pilotage soit à la hauteur de la performance technique ! » ; « Ils ont besoin ces

⁵⁰⁵ Nous renvoyons à K. Hanf, F. W. Scharf, eds., *Interorganizational policy making. Limits to coordination and central control*, London, Sage publications, 1978

gens là, qu'il y ait un pilotage. Parce que s'il n'y a pas de pilotage, on est dans une situation qui n'est pas durable. »

Beaucoup d'analyses témoignent de l'impossibilité pour les pouvoirs publics de s'assurer que les médecins s'approprient les réformes et notamment respectent les engagements pris en contrepartie des rémunérations supplémentaires qui leur sont consenties. Aucun moyen juridique ne permet par exemple d'obliger les médecins à prescrire effectivement plus de génériques ou à participer à une démarche de maîtrise médicalisée des dépenses. De même la liberté d'installation empêche la régulation géographique⁵⁰⁶. En ce sens, le cas aquitain tend à illustrer l'observation faite par Jobert sur un appareil sanitaire caractérisé par « la séparation et le conflit entre une bureaucratie qui ne peut contrôler que les aspects les plus périphériques de l'activité productrice et une profession dominante qui détient l'essentiel de la capacité d'influence »⁵⁰⁷.

Plusieurs acteurs aquitains regrettent ce manque d'autorité des organismes de tutelle sur des professionnels qui *in fine* peuvent choisir d'ignorer les recommandations. Un État qui ne peut contraindre que très partiellement à le suivre ne peut, de fait, assurer aucun pilotage effectif, dans la mesure où les professionnels peuvent lui opposer de multiples stratégies tant de contournement que de détournement des normes édictées. Certains agents de services déconcentrés ou de caisses d'Assurance maladie font à cet égard aveu d'impuissance, tout en admettant la forte légitimité des praticiens. « Notre système de santé repose avant tout sur les médecins libéraux, souligne un président de caisse primaire. Sur les généralistes, sur les médecins traitants. Si on a un bon système de santé c'est certainement aussi grâce à eux. Il serait suicidaire que l'État s'oppose frontalement aux médecins. C'est pour ça qu'on les ménage. Quand ils réclament un euro de plus pour les consultations on leur donne, sans trop demander de contrepartie. »

Ce discours de la relative impuissance s'observe notamment dans le cas de l'organisation de la permanence des soins qui dépend en dernier ressort du Préfet mais repose sur l'implication volontaire des médecins. Pour un directeur de Ddass, il s'agit d'un « sujet très difficile », dans la mesure où son institution, « bras armé du Préfet », est soumise aux aléas du volontariat : « Mattei a lâché ça en 2003, il faut bien le dire, après les grèves de 2002. Ça

⁵⁰⁶ Voir notamment P. Hassenteufel, *Les médecins face à l'État*, *op. cit.*

⁵⁰⁷ B. Jobert, « Bureaucraties sociales et planification locale », *Annuaire de l'aménagement du territoire*, tome VIII, 1977, pp. 237 – 250, ici p. 238

ne nous a pas facilité la tâche ». Un président de caisse mentionne lui aussi ce paradoxe essentiel : « le Préfet est superviseur de la mise en place de la permanence des soins. Donc s'il n'a pas toutes les données en main pour prendre des décisions, on arrive à des errements. On a augmenté la rémunération des professionnels de santé, leur astreinte. On l'a beaucoup augmentée, on l'a multipliée par trois. Ça a représenté une somme énorme. La contrepartie c'était de diminuer le nombre de secteurs. Comme on augmentait par trois la rémunération des praticiens on voulait diviser par deux le nombre de secteurs. [...] Mais là, les professionnels de santé se sont accrochés à leur nombre de secteurs, donc en bout de course ça nous a coûté deux fois plus cher qu'avant sans amélioration de la qualité. »

Cependant, au-delà de cette opposition de type catégoriel, certains médecins eux-mêmes regrettent que l'État ne se pose pas en véritable pilote de l'action collective, considérant que son manque d'autorité nuit à la santé publique. Comme le rappelle un spécialiste hospitalier, « celui qui ne veut pas faire il ne le fera pas, parce qu'il n'y a pas de sanction. » Abordant par exemple la mise en place des programmes d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP), un praticien critique vivement ses collègues qui ne « jouent pas le jeu » : « je suis chargé de m'occuper de ça pour l'établissement. Il y a eu approbation en CME. On a défini quatre critères et je leur ai dit "vous allez me donner vos données". C'était en décembre 2007. Et bien je n'ai encore rien reçu ! Alors qu'on a les bonnes pratiques européennes, américaines, des *guidelines*... ils ne suivent pas. Enfin ils ne suivent pas tous. Il y en a la moitié. Il y a un travail à faire d'autorité. Oui, d'autorité, il n'y a pas d'autre mot ! »

Les critiques sont dirigées à la fois vers les confrères récalcitrants et vers les services de l'État eux-mêmes qui n'exercent pas cette autorité pourtant nécessaire à un pilotage de l'agir sanitaire, d'autant que le système de santé français garantit aux praticiens, mêmes libéraux, une demande solvable et des structures de pointe. Un praticien responsable de réseau s'insurge contre des tutelles qui ne contraignent pas et qui, de ce fait, favorisent une attitude non coopérative chez les praticiens : tandis que dans d'autres pays les professionnels sont contraints d'alimenter des bases de données, donc d'apporter leur contribution aux recherches épidémiologiques, « en France on n'est pas fichu de faire fonctionner un registre. Parce que chaque médecin s'estime au-delà, ou au-dessus, en tout cas ailleurs, par rapport à l'administration qui a besoin de données ! C'est irresponsable ! » ; « les médecins s'imaginent qu'ils sont au-dessus des règles de l'ARH ! Au-dessus d'un Sros ! [...] L'administration n'a pas assez de punch pour punir ces gens là, leur retirer par

exemple l'agrément ! Leur dire "vous êtes médecin, et bien restez médecin mais en dehors du système de remboursement des soins". Là ils ne vivraient plus ! Ils ont tous signé des conventions, leur établissement a signé des conventions, mais personne n'est là pour leur dire "attention, vous avez signé, vous avez un contrat, vous devez respecter". Mais tant qu'il n'y a pas eu un exemple fait, donné, ils ne croient pas à la sanction. Or il n'y a que ça qui marche. »

Même lorsque les professionnels s'engagent dans la mise en œuvre d'une réforme, se rallient aux objectifs de l'État, ce dernier ne peut véritablement contrôler la mesure de leur implication ni l'usage des enveloppes qui leurs sont allouées pour les projets. Plusieurs praticiens responsables de réseaux soulignent cette lacune qui se traduit par une irrationalité de l'évaluation. Un coordinateur tient à raconter comment son réseau a bénéficié d'un « afflux d'argent » de la Dotation régionale pour le développement des réseaux (DRDR) sur un projet, après un simple examen de dossier : « personne de l'ARH ou de l'Urcam ne s'est déplacé pour voir ce qu'il en était sur le terrain ! On a eu quatre cent cinquante mille euros comme ça ! Sans absolument aucun contrôle ! » ; « les fonds sont tombés ». Or « en fait il s'avère que ça a capoté. [...] mais les autorités n'ont rien dit ! » Ce praticien considère également que le projet n'a pas permis de réelle amélioration de l'activité parce que « ce qui était écrit dans le projet n'est pas ce qui a été fait ». En somme pour ce praticien « c'est quatre cent cinquante mille euros mis à la poubelle, par un déficit de contrôle des autorités ». Aussi souligne-t-il à plusieurs reprises un « déficit d'autorité des autorités ».

D'autres coordinateurs de réseaux admettent ne pas fournir de véritables éléments d'évaluation et même se jouer de l'État pour conserver des dotations : « voici un rapport d'activité que vous pourrez regarder, indique un hospitalier. Il n'est pas très joli parce qu'il est mis en forme pour les financeurs du réseau et ça répond à leurs questions en fait. Mais ça ne reflète pas exactement l'activité. » Pour un de ses confrères la mauvaise utilisation des fonds viendrait directement d'un « défaut des autorités qui ne contrôlent absolument rien. » En ce sens les représentations de terrain nous ramènent à l'inquiétude formulée par Morelle vis-à-vis de la faiblesse d'une administration sanitaire incapable « de mener à bien, à ce jour, une régulation véritable » ; « Car rien n'est pire qu'une situation où l'État prétend exercer des responsabilités qu'il n'est en vérité pas capable d'assumer »⁵⁰⁸.

⁵⁰⁸ A. Morelle, *La défaite de la santé publique*, op. cit. p. 253

Il apparaît donc au travers de l'enquête de terrain qu'un État qui affiche une volonté de contrôle n'est pas en mesure de mettre en application sa vocation à exercer la « tutelle » sur les acteurs. Mais la faiblesse structurelle du pilotage est également due à ce qu'il demeure en quelque sorte bicéphale, partagé entre la figure de l'État et celle de l'Assurance maladie.

1.2.2 Un pilotage partagé ou disputé par l'Assurance maladie

Si l'État, malgré les contraintes qu'il impose, n'apparaît pas aux acteurs locaux comme un véritable pilote, c'est qu'il n'incarne pas à lui seul l'autorité. Les représentations témoignent d'un leadership brouillé entre l'État et l'Assurance maladie qui, en tant que financeur principal demeure une figure clef du pouvoir décisionnel. Malgré un partage théorique des compétences entre les services de l'État dont dépend la politique de santé publique et la planification hospitalière et ceux de l'Assurance maladie en charge du financement du système et de la régulation des soins de ville, les champs de responsabilité apparaissent largement se recouper. Forte de son organisation historique paritaire, la Sécurité sociale reste un acteur indépendant doté d'une profonde autorité symbolique.

Les acteurs aquitains considèrent que leur travail quotidien est fortement handicapé par l'existence de figures concurrentes de leadership. « L'État et l'Assurance maladie pourraient un peu mieux définir chacun le champ de leurs compétences et ça se passerait mieux pour nous », affirme un directeur d'hôpital. Un de ses collègues affirme de la même façon que « le problème c'est la relation État/Assurance maladie. L'Assurance maladie a un pouvoir de connaissance et d'expertise du système plus fort que l'État. Ils ont aussi des capacités techniques plus importantes que l'État. Mais en même temps ils sont soumis à un contrôle étatique de plus en plus puissant, la crise financière étant ce qu'elle est. Donc on ne sait plus qui tient qui » ; « ça fait partie des contradictions dans le système. L'État a de grandes ambitions et de grands pouvoirs, mais n'a pas le moyen de les exercer. Donc il est obligé de faire appel à l'Assurance maladie, qu'il contrôle par ailleurs. Mais qui contrôle qui ? Qui fait quoi ? On ne sait pas trop. »

Un autre directeur regrette aussi le fait qu'ils ne se soient « toujours pas mis d'accord pour savoir précisément qui faisait quoi, qui pilotait quoi. La politique des réseaux c'est là qu'on

le voit le mieux. Les réseaux c'est infernal pourquoi ? Parce que là, justement, les deux acteurs se retrouvent, avec des enjeux pas considérables, mais ils s'affrontent d'autant plus. Ils ne sont pas forcément d'accord alors qu'il faudrait une parole unique. Ça c'est vraiment problématique. Il faudrait clarifier les choses, savoir de quoi chacun est responsable. »

Même parmi les agents de l'Assurance maladie, ce qui est assimilé à une double tutelle – parfois contradictoire – est affiché comme un écueil pour un pilotage global et cohérent. Un président de caisse primaire débute par exemple spontanément l'entretien en revenant sur cette « dichotomie entre État et Assurance maladie, qui est un partage historique et dont on peut se demander aujourd'hui si c'est très efficace, si c'est la meilleure des formules. On commence aujourd'hui à se poser la question de l'utilité de cette dichotomie, parce qu'on voit qu'on n'est pas très efficace dans pleins de domaines ». Il mentionne « une confusion des responsabilités et presque des genres » entre État et Assurance maladie, ce qui crée « un *melting pot* de volontés » empêchant la prise de décision efficace : « dans les réunions tout le monde se regarde en chien de faïence et on n'avance pas. » Un directeur de caisse souligne également l'urgence de « trouver une réponse à la question du pluralisme, si on veut le dire positivement, ou des incohérences du pilotage public. Ça c'est une vraie question parce que toute incohérence dans ce pilotage affaiblit la puissance publique, sur le plan de la négociation avec les offreurs de soins. »

Le directeur de l'Urcam lui-même mentionne l'écueil que représente ce « partage subi et à la fois voulu de cette compétence régulatrice » qui en définitive sape l'autorité des décideurs publics : « le vrai pouvoir c'est ce qu'on fait : est-ce qu'on est efficace ? Est-ce qu'on obtient des résultats ? Ça c'est du pouvoir. Mais dire "je suis le chef", ce n'est pas ça qui donne du pouvoir. C'est l'illusion du pouvoir. Or on peut dire qu'à l'heure actuelle, dans le système de santé, on est dans le sous pilotage et le sous pouvoir. Voilà. Personne n'a le pouvoir. Et l'État y compris. Personne n'est très puissant. »

Cette division du pilotage est d'autant plus flagrante en ce qui concerne les problématiques de santé publique qui relèvent explicitement des services de l'État, selon la loi du 9 août 2004 qui réaffirme son autorité. Le Directeur régional des affaires sanitaires et sociales explique qu'« il était à peu près convenu par tout monde que la santé publique c'était une compétence de l'État. La loi l'a dit. Mais au-delà du principe annoncé... Il y a ce qui est évident, il y a le pilotage du GRSP qui est confié au Préfet, donc à la Drass. Mais entre les rôles parallèles que jouent l'ARH, et plus encore peut-être l'Assurance maladie, aujourd'hui

il n'y a plus un chef de file, il n'y a plus un pilotage cohérent et il n'y a plus une unicité de commandement et de mise en œuvre de la politique. Donc notre rôle à nous, il est grand si l'on en croit la loi de 2004 dans le champ de la santé publique, mais il est, me semble-t-il, très très modeste, concrètement sur le terrain en termes d'efficacité du service rendu à l'utilisateur. »

Pour les agents des services déconcentrés, qui pourtant prennent en charge son organisation et s'occupent de sa production documentaire, la création du GRSP ne revient donc pas à une affirmation de l'État dans le pilotage régional de la santé publique, ni à l'étatisation que d'aucuns redoutaient lors de sa mise en place. En effet, explique une inspectrice de Ddass le pouvoir reste « dissout », en particulier parce que « l'Assurance maladie garde une place importante ». D'autres inspecteurs soulignent que le GRSP ne permet pas d'établir un leadership clair et unifié en matière de santé publique, dans la mesure où l'Assurance maladie maintient, en parallèle et bien qu'elle participe au groupement, sa propre politique : « c'était le grand enjeu de la création enjeu des GRSP : est-ce que la Sécurité sociale va y mettre son FNPEIS, son budget prévention ? Non, la réponse est non. Elle en a mis un peu, mais l'essentiel elle le garde » ; « la Sécurité sociale, elle n'en démord pas. C'est-à-dire que, on a beau lui dire que la santé publique est une politique de l'État, elle continue d'avoir son budget perso, le FNPEIS, important. Elle en donne une petite part au Groupement régional de santé publique, mais l'essentiel elle se le garde. Elle continue d'avoir son budget et son programme, le Programme régional d'Assurance maladie, de santé publique ! Donc des choses progressent, mais sur les grands paradoxes qu'on peut relever, non, là on ne progresse pas. »

L'indétermination du pilotage est de nouveau soulignée dans le discours des acteurs au sujet de l'organisation des soins, particulièrement les soins hospitaliers. L'Assurance maladie fait partie de l'ARH, ce qui lui donne pleine légitimité pour participer à la régulation des soins. Les représentations des acteurs aquitains véhiculent toutefois l'image d'une dichotomie persistante, malgré la réunification au sein d'une même agence. De manière significative pour une directrice de caisse « aujourd'hui il y a l'ARH qui est plutôt État et puis l'Assurance maladie ». Un directeur d'hôpital parle quant à lui d'agents de la Sécurité sociale « ravis de pouvoir jeter un œil sur ce qui se passe dans les hôpitaux, ce qu'ils n'avaient pas le droit de faire avant. Par le biais de l'ARH ils peuvent le faire ». Il apparaît bien que les agents contrôlant les établissements pour le compte de l'ARH continuent

d'incarner leur institution d'origine pour les professionnels hospitaliers. Á cet égard, la supériorité des moyens de l'Assurance maladie lui assure, selon certains directeurs, une confiscation de l'autorité effective sur le terrain : « on voit de plus en plus, dans les hôpitaux des gens de la Sécurité sociale, ce qu'on ne voyait jamais avant. Ce sont des gens qui prennent en charge des dossiers assez spécialisés et peuvent avoir une connaissance parfaite des choses. Alors que les médecins des Ddass et des Drass ils ont une vision très générale, ils doivent s'occuper de mille choses à la fois, donc quand on leur donne en plus un dossier d'autorisation ils pataugent ! C'est la puissance de l'expertise. Possession de l'information et capacité de l'analyser et de l'utiliser ».

Cependant l'Assurance maladie est en capacité d'intervenir auprès des hôpitaux parallèlement aux missions qu'elle exerce au titre de l'ARH. Au sein des caisses, directeurs et représentants des assurés sociaux ne manquent pas de rappeler les moyens récents que l'Assurance maladie a acquis sur le terrain de la régulation hospitalière, au-delà des missions de planification et d'organisation exercées conjointement avec les services de l'État. Cette vocation est directement liée à l'évolution de son rôle, de payeur à gestionnaire du risque.

Comme l'explique un directeur d'hôpital, « l'Assurance maladie essaie de rentrer à nouveau dans le champ hospitalier, via une démarche de maîtrise médicalisée. Il a été demandé au niveau national, aux directeurs et aux médecins des ELSM⁵⁰⁹ d'aller visiter les hôpitaux pour leur porter la bonne parole sur la T2A et sur d'autres sujets ». De même pour une directrice de caisse primaire, « l'Assurance maladie participe très largement via les Cram, puisque les Cram ont un versant de gestion du risque hospitalier. Donc elles participent à l'analyse des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens. Il y a aussi tous les contrôles T2A qui sont développés par le service médical et gérés au niveau administratif par les caisses primaires. Donc bien sûr l'hôpital n'est pas un champ étranger à l'Assurance maladie. [...] De toute façon c'est nous qui payons ! Donc on fait plus que gérer les choses ! ». Un président de caisse salue aussi le fait que son institution puisse affirmer son rôle au sein des établissements de soins : « sur les hôpitaux, jusqu'à il n'y a pas très longtemps, on n'était pas tellement autorisés à mettre notre nez dans l'organisation des hôpitaux. C'était un peu un État dans l'État dans le système de santé. Sauf que depuis un an,

⁵⁰⁹ Échelon Local du Service Médical de l'Assurance maladie

l'Assurance maladie, notamment auprès des directeurs et des médecins-chefs, on va prêcher, porter la bonne parole aux hôpitaux pour qu'ils aillent vers des axes d'amélioration. On y va d'autant plus facilement que maintenant on a un profil de chaque hôpital, par rapport au profil moyen, des indicateurs, des référentiels, avec la T2A. [...] C'est une évolution quand même ! Parce qu'il ne fallait pas toucher à l'hôpital ».

Cette dernière intervention fait pleinement écho aux représentations des directeurs d'hôpitaux soulignant la supériorité de l'Assurance maladie pour ce qui est de l'expertise technique, cette supériorité lui donnant pleine légitimité pour exercer un contrôle dont elle seule serait capable. Cette présence accrue des agents de l'Assurance maladie dans le monde hospitalier revient d'ailleurs, une nouvelle fois, non pas à un simple déplacement du leadership mais à une double ligne d'autorité : « Je ne suis pas toujours d'accord avec ce que l'Assurance maladie veut faire, venir encore à l'hôpital pour nous évaluer, explique un directeur. Parce que ça fait deux ! Ça fait l'État et l'Assurance maladie sur le paletot ! »

L'affirmation des caisses ne signifie donc pas pour autant, du moins dans les représentations des acteurs, que l'Assurance maladie exerce le pilotage à la place des services de l'État, mais bien que les deux figures d'autorité perdurent parallèlement, si ce n'est concurremment.

Face à ce constat généralisé d'un pilotage disputé qui peut *in fine* remettre en cause l'idée même de pilotage, les acteurs n'apparaissent pas savoir laquelle des deux institutions devrait « tenir les rênes ». Il est intéressant de constater que même le directeur de l'Urcam qui incarne le réseau de l'Assurance maladie en région ne parvient pas à déterminer si c'est son institution ou l'État qui serait le plus légitime pour exercer ce pilotage unique. Il revient d'abord sur l'extension des missions de l'Assurance maladie : « si on regarde l'évolution sur la période récente, au moins par le biais de l'émergence d'un métier de gestion du risque, il y a eu un renforcement du rôle de payeur [...]. Ça je pense que c'est incontestable. Ça ne pouvait pas, d'ailleurs, être autrement ». Or l'affirmation et la globalisation des missions de son institution en tant que gestionnaire du risque représentent, semble-t-il, à elles seules, une raison pour que l'Assurance maladie détienne le leadership sur une politique globale de santé : « le métier de la régulation est certainement le plus proche de ce métier global ». Néanmoins dans la suite de l'entretien, le président de l'Urcam va au contraire affirmer le renforcement parallèle du rôle symbolique de l'État, ce qui ramène le propos au dilemme de départ quant à la détermination du pilotage : « ça dépend comment

on le voit. De toute façon l'État, dans cette affaire, est patron des services publics et la Sécurité sociale, l'Assurance maladie, c'est un service public délégué » ; « il est évident qu'il y a une question de légitimité. Il faut que ce soit la plus haute autorité, la plus haute légitimité qui assume aussi la responsabilité globale. Cette plus haute autorité c'est l'État. »

L'observation locale a permis de saisir les ambiguïtés entourant l'État en tant que figure tutélaire, et partant, les dynamiques institutionnelles de pouvoir. Mais ces ambiguïtés n'épuisent pas à elles seules les questions de l'indétermination du leadership dans l'agir sanitaire. Les formes prises par le référentiel de la territorialisation apparaissent également problématiques à cet égard. Des paradoxes ont été relevés quant au positionnement des tutelles : une rhétorique d'autonomisation des acteurs de terrain cachant la persistance d'un fort encadrement des pratiques locales, et l'impossibilité pour l'État de s'imposer comme pilote de l'action publique. Ces paradoxes se doublent – voire sont une des sources – d'un flottement des configurations de pouvoir du point de vue territorial. L'indétermination du leadership institutionnel se retrouve s'agissant des rapports entre échelles territoriales de pouvoir.

2. Une action transitionnelle : l'hésitation entre le territorial et le territorialisé

Après avoir cherché à élucider les rapports entre les acteurs de terrain et la figure institutionnelle et représentationnelle de « l'État », nous souhaitons à présent d'aborder les relations qu'ils entretiennent avec la tutelle dans un sens territorial, soit la figure du « centre ». Il est à noter que ce centre s'incarne dans les acteurs individuels et collectifs de « Paris », indifféremment têtes de réseau des services ministériels et gouvernementaux ou même de l'Assurance maladie.

Le discours en termes d'autonomie locale s'étant avéré largement problématique au regard des pratiques, envisager la portée et le sens dans l'action du référentiel de territorialisation paraît capital pour éclairer, sous un autre angle, les rapports de pouvoir et le positionnement des acteurs locaux.

Nous avons d'ores et déjà observé que l'État central met largement en relief une approche de l'intervention en matière sanitaire par les territoires, tandis qu'à l'échelle des espaces infranationaux se profile une implication directe d'acteurs hétérogènes visant à définir des

problèmes publics considérés comme d'ordre sanitaire et à y apporter certaines solutions. Cependant c'est le lien entre ces deux dynamiques qui fait problème, dans la mesure où leur énonciation générale ne dit rien sur ce qui les unit, sur la manière dont elles entrent en résonance. En d'autres termes, il est nécessaire de comprendre sous quelles formes un référentiel de la territorialisation trouve une mise en actes concrète dans les pratiques locales, ce qui revient à poser la question de la nature, donc du sens, de cette dite territorialisation. Cela revient à déterminer si l'agir sanitaire répond à une logique territorialisée ou territoriale d'action publique ou, pour reprendre les termes de Glasman, à éclairer les termes de son « équation territoriale »⁵¹⁰.

Plusieurs auteurs ont entrepris de définir la nature de ces processus distincts de territorialisation. Nous retiendrons notamment la définition de Hassenteufel qui parle « de politiques territoriales pour désigner des politiques correspondant à une logique spécifique à un territoire et de politiques territorialisées pour parler de politiques produites dans un territoire donné, mais dont la logique n'est pas spécifique à ce territoire. »⁵¹¹ Approches territoriales et territorialisées se distinguent par la dynamique qui en est à l'origine, soit ascendante pour les premières, fondées sur la volonté et la liberté des acteurs locaux de déterminer les orientations et les formes de l'intervention publique, soit descendante pour les secondes, pour lesquelles le cadre territorial est défini par l'État central souhaitant modifier l'échelle de l'intervention, notamment pour renforcer l'efficacité de ses politiques ou en amoindrir le coût.

L'observation locale révèle une situation dans laquelle les dynamiques territoriales et territorialisées sont concomitantes, voire entremêlées. Aussi l'agir sanitaire nous apparaît-il transitionnel, dans le sens de Saez qui, avec le cas de la politique culturelle, évoque la

⁵¹⁰ G. Glasman, « La lente émergence des politiques éducatives territoriales », in A. Faure, A.-C. Douillet, dir., *L'action publique et la question territoriale*, op. cit. pp. 107 – 130, ici p. 109

⁵¹¹ P. Hassenteufel, « Think social, act local », *Politiques et Management Public*, vol. 16, n° 3, 1997, pp. 1 – 11, ici p. 3. De même Catlla considère que l'action publique territorialisée vise à « bricoler localement des arrangements, à raccommoier l'action publique à un contexte donné », tandis que l'action publique territoriale correspond plutôt à la construction de modes spécifiques de coordination puis de régulation directement au niveau des territoires. Cf. M. Catlla, « De la genèse d'une régulation territorialisée à l'émergence d'une gouvernance territoriale », in R. Pasquier, V. Simoulin, J. Weisbein, dir., *La gouvernance territoriale. Pratiques, discours et théories*, Paris, LGDJ, 2007, pp. 89 – 107, ici p. 89 – 90

« transition territoriale » pour signifier une configuration où se côtoient de véritables politiques territoriales et des logiques d'action territorialisées émanant de l'État⁵¹².

Cette approche en termes de « transition territoriale » permet, selon Saez, de ne pas produire une vision figée ou par trop évolutionniste de l'action publique observée à des échelles infranationales, tout en évitant les apories à la fois des analyses trop localistes prônant le recul de l'État et des visions déterministes qui considèrent l'intervention locale comme dictée par le centre. Elle se rapproche d'ailleurs de l'analyse historique de Rosanvallon un compromis entre idéal jacobin et revendications girondines, pour un jacobinisme « amendé », contrairement à l'image souvent privilégiée d'un modèle français fondé sur la tradition centralisatrice et un face-à-face supposé exclusif entre l'État et le corps social⁵¹³.

Cette conception se démarque fondamentalement d'une définition de type développementaliste qui utiliserait la notion de transition pour décrire un changement de régime politique ou une modification en profondeur des rapports socio-économiques, avec l'idée sous-jacente d'un cheminement vers un modèle meilleur, comme par exemple lorsque est abordée la « transition démocratique ». L'idée n'est pas de montrer que l'agir sanitaire aquitain, après avoir été marqué par des politiques territorialisées, verrait se développer des actions territoriales, mais plutôt de considérer que les deux dynamiques sont présentes de concert. Si nous parlons de transition, ce n'est pas pour illustrer un mouvement diachronique de l'agir sanitaire, mais pour caractériser l'indétermination de l'équation territoriale considérée.

Cependant, l'observation de ces configurations aquitaines transitionnelles fait également apparaître, aux côtés des approches par les territoires, ascendantes ou descendantes, de fortes tendances centralisatrices. La situation s'en trouve une nouvelle fois complexifiée : alors même que nous cherchons à définir la nature de la territorialisation, ce sont des représentations en termes de (re)centralisation que véhiculent les acteurs. Or l'enquête révèle une certaine dissonance dans le discours de ces derniers traitant du positionnement du centre. Tout se passe comme si plusieurs ordres de légitimité contradictoires coexistaient : les acteurs soulignent largement que la logique de territorialisation ne peut se vérifier totalement dans les contextes locaux à cause d'un fort cadrage des instances

⁵¹² G. Saez, « L'action publique culturelle et la transition territoriale du système politique », in A. Faure, A.-C. Douillet, dir., *L'action publique et la question territoriale*, op. cit. pp. 229 – 250

⁵¹³ P. Rosanvallon, *Le modèle politique français*, op. cit.

parisiennes, mais en même temps ils reconnaissent à ces dernières la légitimité de mettre en musique les dynamiques locales, au point qu'ils remettent parfois en cause la pertinence même d'une approche par les territoires. Ils oscillent entre une critique d'un jacobinisme étouffant et l'affirmation de la nécessité de processus centralisateurs. Une certaine dénonciation de l'impossibilité de mettre en œuvre la territorialisation côtoie une relative mise en question de la pertinence même de cette territorialisation en matière sanitaire.

La situation transitionnelle apparaît entre dynamiques territoriales et territorialisées, mais aussi entre logiques de territorialisation et de centralisation. En conséquence les acteurs aquitains peinent à trouver un positionnement clair, donc à définir la nature de leur rapport avec le centre : des processus d'action territorialisés irréductibles sont identifiables sur le terrain, mais ils n'invalident pas les représentations en termes de centralisation ou de territorialisation limitée. Transparaît à nouveau un flottement dans les rapports de leadership : les dynamiques centralisatrices se mêlent aux processus territorialisés et territoriaux d'action publique, au point que les acteurs locaux ne parviennent pas à définir définitivement s'ils sont les exécutants de politiques pilotées par le centre ou bien eux-mêmes pilotes de l'intervention publique.

2.1 Un jacobinisme étouffant ou nécessaire ?

Nous avons déjà eu l'occasion de montrer comment le local pouvait devenir pour l'État central « un label garant de modernisation et une source de légitimation directe de l'action publique »⁵¹⁴. Mais au-delà du discours général de principe, la question de la territorialisation paraît posée, en Aquitaine, en ce qui concerne ses fondements mêmes, en termes de possibilité de mise en œuvre, voire de légitimité.

Les acteurs font état d'une situation dans laquelle le niveau central cadre énormément l'action publique locale, ce qui empêche le développement de dynamiques territoriales, voire contraint fortement une mise en œuvre véritablement territorialisée, au point que même le « raccommodage » de l'action publique aux contextes locaux paraît tout relatif⁵¹⁵.

⁵¹⁴ C. Lagraulet, *La décentralisation face au défi de la complexité dans le domaine de l'aide et de l'action sociales. Etude de cas du Conseil général de la Haute-Garonne*, mémoire de recherche, Institut d'études politiques de Toulouse, 2007, p. 25

⁵¹⁵ M. Catlla, « De la genèse d'une régulation territorialisée à l'émergence d'une gouvernance territoriale », *op. cit.* p. 89

La conception française de la décentralisation en matière sanitaire est limitée et se double de différents processus de centralisation, ce qui pose la question de la possibilité même de la territorialisation. Par ailleurs, les acteurs mettent en relief l'apport inaliénable du centre à l'agir sanitaire, justement en pointant les apories de l'approche par les territoires, notamment la création d'inégalités, la faiblesse face aux pressions politiques ou encore le gaspillage d'énergie⁵¹⁶. L'État central se voit reconnaître une forte légitimité pour justifier, harmoniser, rationaliser, encadrer l'agir sanitaire, autrement dit pour donner un sens aux mobilisations locales.

2.1.1 *L'impossible territorialisation ?*

Si les acteurs aquitains mobilisent le vocabulaire de la territorialisation et abordent particulièrement la problématique de la régionalisation, c'est surtout avec l'idée que la décentralisation en matière sanitaire est extrêmement limitée.

Nous entendons la décentralisation dans son acception large, telle qu'elle apparaît dans la littérature internationale, donc comme « l'accroissement des attributions et de l'autonomie d'acteurs périphériques par rapport au niveau central »⁵¹⁷. Ce processus comprend à la fois la décentralisation en tant que transfert de compétences à des collectivités territoriales (ou *devolution*) et d'autres formes telles que la déconcentration de pouvoir à des services territoriaux de l'État ou la délégation de responsabilités de gestion étendues à des organisations dans un domaine spécifique.

Même dans le cas de transferts de compétences consentis aux collectivités territoriales qui jouissent d'une liberté d'administration, les acteurs rencontrés au sein de ces collectivités conçoivent la santé comme une sorte de compétence régaliennne de l'État central qui reste le garant en dernier ressort. Les agents régionaux ou départementaux renvoient l'image d'une décentralisation au sens politique qui demeure sous l'autorité du pouvoir central. « C'est une compétence propre de l'État de toute façon la santé », explique un agent de la Mission

⁵¹⁶ Sur la persistance des inégalités du fait de la disparité des prestations en matière de politiques sociales décentralisées, voir Igas, *Les politiques sociales décentralisées. Rapport annuel 2007-2008*, Paris, La documentation française, 2009. L'Igas pointe également une situation non clairement tranchée, en matière d'intervention sociale, entre État tutélaire et État décentralisé.

⁵¹⁷ D. Polton, « Décentralisation des systèmes de santé : un éclairage international », *op. cit.* p. 267

Jeunesse-Solidarité du Conseil régional. « Même avec le fait que ça soit décentralisé il y a toujours une mainmise, quelque part. Il ne faut pas rêver non plus. C'est l'État qui au final a les crédits et qui les dispatche dans les régions. » Selon un de ses collaborateurs, « l'État reste maître, c'est clair » : « c'est comme si vous donniez de l'argent de poche à votre enfant. Il peut choisir ses bonbons mais, vous savez qu'il va acheter des bonbons et combien. Là c'est pareil. [...] L'État, avec cette loi de décentralisation, a voulu donner plus de pouvoir aux collectivités locales, mais ce n'est pas encore bien intégré dans la tête des gens, je ne pense pas. Je pense que l'État a beaucoup plus de ... l'État reste l'État. » Même son de cloches dans les Conseils généraux : un médecin de PMI décrit par exemple le fonctionnement des « missions obligatoires » de sa collectivité, touchant notamment à la prévention et aux consultations pédiatriques, mais souligne dans le même temps que si des arbitrages sont faits localement, « l'État dit la norme », « ce que l'État a donné, il peut toujours le reprendre ». En ce sens les collectivités territoriales continuent de fonctionner, malgré les prérogatives qui leurs sont confiées par la loi, avec l'idée sous-jacente que la compétence de la compétence appartient au centre, ce qui tend à limiter l'imposition même de la décentralisation comme cadre cognitif en matière de santé.

De manière plus générale, c'est la « régionalisation », véritable serpent de mer des réformes sanitaires depuis les années 1980, qui est la plus révélatrice de la tendance paradoxale à valoriser de manière permanente la décentralisation tout en limitant sa portée, les solutions adoptées ayant toujours été extrêmement prudentes⁵¹⁸. Ainsi « la France a jusqu'à maintenant fait le choix d'une régionalisation sous le contrôle de l'État »⁵¹⁹.

Bien que certains aient soulevé l'idée d'une décentralisation de la compétence sanitaire aux Conseils régionaux – qui d'ailleurs n'appellent pas eux-mêmes de leurs vœux une telle

⁵¹⁸ Nous renvoyons à R. Soubie, *Santé 2010. Équité et efficacité du système*, rapport Commissariat au plan, Paris, La Documentation Française, 1993 ; R. Soubie, J.-L. Portos, C. Prieur, *Livre blanc sur le système de santé et d'assurance maladie*, Paris, La Documentation française, 1994. Un projet de régionalisation a également été présenté en 2000 par Claude Evin au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales (*Synthèse des travaux et conclusions du groupe de travail sur la régionalisation du système de santé*), tandis que le député Jean-Luc Prével a déposé en 2002 une proposition de loi tendant à instaurer la régionalisation de la santé (proposition n° 128, Commission des affaires culturelles, familiales et sociales, 24 juillet 2002)

⁵¹⁹ Y. Bourgeuil, M. Serre, *Quelle politique régionale pour la santé en France ?*, Rapport URML Rhône-Alpes, 2002, p. 7

évolution – il apparaît bien que les réformes successives ont favorisé la consécration du rôle de l'État central plutôt que l'avènement d'une véritable territorialisation de la régulation sanitaire au niveau régional⁵²⁰. Comme le souligne Tabuteau « le débat politique reste timoré. De balbutiements en hésitations, les réformes et les lois successives donnent l'impression de contourner l'obstacle. Et les textes adoptés au cours de l'été 2004 par le Parlement confirment cette pusillanimité. La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique autorise certes le Conseil régional à “définir des objectifs particuliers à la région en matière de santé” mais se borne pour le reste à rebaptiser les instances et les instruments régionaux définis par la loi du 4 mars 2002. Avec une prudence confuse, la loi du 13 août 2004 met, quant à elle, en place des missions régionales de santé et pose le principe de l'expérimentation d'agences régionales de santé. Un zest de région pour éviter la question taboue. »⁵²¹

Une décentralisation fonctionnelle, dans le sens d'une gestion administrative faisant appel à des personnes morales de droit public distinctes de l'État et des collectivités, telles les ARH, a été préférée à une franche décentralisation politique. Cependant le regard porté par les acteurs aquitains sur la dite « régionalisation » amène à reconsidérer même cette version allégée de la décentralisation : les représentations de terrain remettent clairement en cause la réalité de la régionalisation telle qu'elle est affichée dans le discours politique national, en pointant notamment le positionnement problématique de l'ARH.

Le statut de cette dernière apparaît construit sur une permanente ambiguïté entre déconcentration et décentralisation. En créant une personnalité morale de droit public, autonome, associant services déconcentrés de l'État et organismes de l'Assurance maladie et à laquelle sont transférées de nombreuses attributions des Drass et des Ddass, l'État central donne l'apparence d'un certain désengagement quant à la régulation des politiques hospitalières. Cependant, le directeur de l'ARH est nommé et démis de ses fonctions par décret, tandis qu'il est, pour certaines attributions, placé sous l'autorité directe du ministre de la Santé. Il s'agit d'un emploi qui demeure à la discrétion de l'échelon politique central. De même, le directeur de l'ARH est assisté d'une Commission exécutive dont la moitié des membres sont des représentants de l'État directement désignés par le ministre, l'autre moitié

⁵²⁰ Nous renvoyons ici à la thèse de F.-X. Schweyer, « La régulation régionale du système hospitalier : pilotage par l'État ou territorialisation ? », *Politiques et Management Public*, vol. 16, n° 3, septembre 1998, p. 43 – 68

⁵²¹ D. Tabuteau, *Les contes de Ségur*, *op. cit.* p. 398

étant nommée par l'Assurance maladie. Ces caractéristiques reviennent, si nous nous rapportons à l'analyse de Verhoest et alii, à une forte limitation de son « autonomie structurelle »⁵²². De même le directeur de l'ARH exerce ses attributions au nom de l'État et peut recevoir délégation des ministres chargés de la Santé et de la Sécurité sociale en matière d'offre de soins ou de fonctionnement des établissements de santé, ce qui tend à le rapprocher du statut des services déconcentrés classiques. De manière significative, les acteurs aquitains attribuent souvent à ce directeur le titre de Préfet. « Le Directeur de l'ARH est considéré comme un Préfet, c'est un Préfet de santé qui est sous les ordres du ministre de la Santé, affirme par exemple un médecin hospitalier. Il fait ce que lui dit son ministre. Ce super Préfet de santé, il est quand même aux ordres de son ministre et il doit rendre compte de ce qui se fait dans sa région. » En ce sens, « le recours à la procédure de décentralisation n'exclut plus, désormais, l'existence d'un pouvoir hiérarchique explicite »⁵²³.

Les relations entre l'ARH et le réseau des administrations déconcentrées tendent à brouiller un peu plus le positionnement de la première. Le directeur de l'ARH exerce une autorité directe et un pouvoir d'instruction sur certains services déconcentrés de l'État qui en fin de compte « travaillent pour » lui selon un mécanisme de mise à disposition des personnels, tandis que ces mêmes services déconcentrés exercent un pouvoir de tutelle sur des organismes membres de l'Agence⁵²⁴. L'ARH tend, de fait, à s'inscrire dans le réseau des services déconcentrés, malgré son statut de GIP.

⁵²² K. Verhoest et alii, « The study of organisational autonomy: a conceptual review », *op. cit.* Rappelons qu'elle dépend, pour les auteurs, de l'existence de liens hiérarchiques ou d'*accountability* entre une instance et l'autorité de gouvernement.

⁵²³ P. Jean, *Éléments de droit hospitalier*, Université de Pau et du Pays de l'Adour, 2006-2007, fascicule 5, p. 58

⁵²⁴ La Drass est en charge de l'inspection des caisses des différentes branches de la Sécurité Sociale et du contrôle de légalité des décisions prises par les conseils d'administrations et les commissions de recours amiable ou commissions d'action sociale des organismes de Sécurité sociale. Elle exerce également une tutelle sur les personnes (agrément des agents de direction, avis sur l'attribution d'échelon de carrière pour le Directeur), ainsi que diverses attributions concernant par exemple le renouvellement et élections au sein des conseils d'administration des organismes de sécurité sociale, les réclamations individuelles des assurés, ou l'approbation des statuts.

Pour un directeur de service déconcentré, l'ARH serait une « curieuse construction juridique, bizarroïde », puisqu'elle « ne vaut que par la bonne volonté des services qui travaillent pour elle » ce qui constitue « une forme de fragilisation terrible » en termes d'autonomie. La décentralisation telle qu'elle se donne à voir au travers des ARH fait donc la part belle au centre, qui contrôle ses dernières soit directement, par le pouvoir de nomination notamment, soit indirectement par une inclusion de fait dans le réseau des services déconcentrés⁵²⁵.

Dans ces conditions, les acteurs aquitains décrivent un système qui pour eux demeure fortement centralisé, même s'ils sont pleinement conscients du développement du discours et des tentatives de territorialisation.

Les directeurs d'hôpitaux soulignent le fort cadrage que continue d'exercer le centre : « beaucoup de choses sont imposées par Paris, c'est normal, c'est l'État jacobin. On connaît le système ; quand on y entre on le sait », explique l'un d'eux. Selon de ses homologues également, « on est quand même dans un État centralisé. Si on a en France de la décentralisation et de la déconcentration, on est quand même dans un système centralisé, avec une priorité fondamentale qui est de garantir l'égalité de traitement des citoyens sur l'ensemble du territoire ».

Beaucoup d'acteurs reviennent par ailleurs sur ce qu'ils appellent la « tradition française » jacobine et décrivent un processus décisionnel dans lequel le centre arrête la décision à proprement parler, tandis que les organismes régionaux ne sont que des échelons d'organisation concrète des réformes, ou d'arbitrage territorial, autrement dit de mise en œuvre. Un coordinateur de réseau de santé considère par exemple qu'« on est dépendant du niveau régional, qui lui est dépendant du niveau national ». À propos des administrations incarnant la tutelle en région, il explique que « c'est toujours pareil. Ils disent vouloir faire bouger les choses, continuer à financer les réseaux. Mais finalement ils sont dépendants des politiques nationales. Ils ne sont pas libres. Ils ne sont pas du tout autonomes ». Un autre coordinateur explique que le Directeur de l'ARH ou ses services « appliquent la politique de l'État. Ils ne vont pas l'inventer la politique. Ils ont des directives. Même si après, c'est eux qui mettent en application, on ne peut pas leur reprocher quoi que ce soit, puisque de

⁵²⁵ Sur la situation française de centralisation et notamment le rôle des ARH de « de relais du ministère de la Santé, sans grande liberté d'action, ni autonomie », voir P. Mordelet, *Gouvernance de l'hôpital et crise des systèmes de santé*, Rennes, Éditions de l'École Nationale de la Santé Publique, 2006 (p. 312)

toute façon ce n'est pas d'eux. » De même pour une élue à la Région, « on est dans un État jacobin ! Sur la santé oui, oui. Ce n'est pas parce qu'il y a des Agences régionales d'hospitalisation, ce n'est pas parce qu'il y a des Drass : tout le monde prend ses ordres à Paris. » Un président de caisse primaire considère enfin que « bien sûr il y a des latitudes qui sont données aux régions pour gérer, mettre à leur sauce. Mais c'est quand même assez limité ».

Dès que la thématique de la territorialisation est abordée lors des entretiens, elle trouve systématiquement son pendant dans un rappel de la situation centralisée perçue : « on me parle moi de déconcentration, mais c'est toujours nationalisé. La décision, c'est toujours à Paris », considère par exemple un praticien hospitalier. De même pour un directeur au sein d'une commune « c'est vrai qu'il y a beaucoup de recentrage quand même. La création des Agences, le GRSP, même si c'est au niveau local, ça reste quand même un peu jacobin ».

Un agent de l'ARH finit par parler d'une organisation « décentralisée », fondée sur « un mouvement de balancier » entre une « tendance lourde à la déconcentration et décentralisation » qui côtoie « des prises de décision centralisées [...] avec toujours une maîtrise forte du niveau central ».

C'est dans cette configuration peu favorable à une véritable régulation par les territoires que s'ancrent des mécanismes politiques et gestionnaires qui représentent pour les acteurs aquitains de véritables canaux de recentralisation.

Il apparaît qu'en matière sanitaire les deux niveaux analytiques de construction de l'action publique que sont les « forums des problèmes publics », lieux d'élaboration des cadres conceptuels de l'action, et les « arènes des politiques », lieux où se négocie le contenu même des interventions, demeurent des cadres contrôlés par Paris⁵²⁶.

L'approche en termes de territorialisation peut signifier que l'État central, selon une logique procédurale, fixe des cadres généraux qui ne prennent leur forme opérationnelle qu'avec l'investissement situé des acteurs locaux, ce qui revient à dire que si les forums restent nationaux, les arènes des politiques sont décentralisées. Toutefois, les représentations des

⁵²⁶ B. Jobert, « Rhétorique politique, controverses scientifiques 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*, *op. cit.* pp. 13 – 24. Voir également P. Hassenteufel et alii, « L'émergence d'une nouvelle santé publique. Forums d'action publique, coalitions de projets à Rennes et à Brest », *op. cit.*

acteurs aquitains traduisent plutôt l'idée que la définition des problèmes publics comme les modalités de l'intervention organisée pour y répondre sont du ressort du niveau national. Apparaissent en effet plusieurs vecteurs de cadrage de l'action publique qui restreignent les marges de manœuvre des niveaux infranationaux.

C'est d'abord la gestion hospitalière qui tend à revenir aux mains du centre, notamment par le biais des réformes du financement que nous avons déjà eu l'occasion de décrire. La T2A et l'instauration de tarifs nationaux font perdre aux ARH leur rôle de véritable décideur local.

Les ARH, créées pour distribuer des enveloppes avec une plus grande pertinence grâce à une meilleure connaissance de leur territoire, en arbitrant entre les demandes des établissements, connaissent aujourd'hui une profonde redéfinition de leur rôle, dans la mesure où elles ne détiennent plus l'autorité sur la composante financière. Un agent de l'ARH aquitaine explique que l'évolution majeure du rôle de son institution réside dans le fait qu' « elle n'alloue plus de budgets ».

L'autorité régionale de régulation hospitalière se trouve donc principalement incarnée dans une institution qui ne décide plus de la répartition ni du montant des fonds, et qui, de ce fait, se trouve plutôt dans une position de relais du pouvoir central. Car sans détenir le levier financier, il s'avère impossible pour l'ARH de faire de réels arbitrages thématiques et territoriaux. Pour un directeur d'établissement, l'ARH en tant que « pouvoir qu'on avait mis en situation déconcentrée, avec lequel on avait trouvé un rapport de proximité », se trouve actuellement « dépossédée ». Elle apparaît dans la difficile posture consistant en « une mission de régulatrice de l'offre de soins mais sans moyens. » De même, « si en ce moment pour nous, ils ne sont pas franchement des obstacles, mais des accompagnants, c'est qu'ils ont moins de capacité à influencer notre destin », explique un de ses homologues. Un autre directeur considère également qu' « en ce moment les ARH ne sont pas dans la position la plus confortable. On ne les sent pas très à l'aise parce que quelque part on leur demande de faire mais sans qu'ils aient les moyens d'agir. Ce n'est pas la position la plus confortable ».

Cette période qualifiée en termes tantôt de « recomposition », tantôt de « paradoxe », crée une forte incertitude chez les acteurs aquitains qui dénoncent une situation dans laquelle ils ne sont plus en capacité de négocier, ou de mettre en place des projets innovants, puisque l'interlocuteur principal des établissements ne détient pas les pouvoirs d'arbitrage correspondants. Ils décrivent une situation dans laquelle le principal organe incarnant le

pouvoir régulateur et planificateur en région ne représente plus, dans les faits, une autorité de décision : « aujourd'hui dans le monde de la santé on a l'impression qu'on est encore en train de naviguer entre de la recentralisation, notamment avec les tarifications nationales, et puis une région qui se retrouve, en tant qu'organe représentatif de l'État localement, dans une situation en recherche de repositionnement ». La perte de pouvoir de l'administration régionale rejaillit sur les établissements qui perdent encore une fois en autonomie de manière indirecte. Comme le regrette par exemple un directeur d'hôpital « il y a une recentralisation qui se fait à travers la fixation des tarifs et à travers la définition de politiques de santé publique au plan national comme sur le cancer, Alzheimer, etc. Or il pourrait y avoir dans une région particulière, comme la région Aquitaine, un problème de santé publique qui pourrait paraître localement plus prégnant, mais on n'aurait même pas la marge de manœuvre pour dire "c'est celle-là qu'il faut pousser". Donc on a un peu perdu dans cette logique, et ça fait partie du paradoxe ».

Un phénomène de centralisation par le vecteur du contrôle du levier financier apparaît dans les rapports entre services déconcentrés et administrations centrales.

Contrairement à la logique de rationalisation, de responsabilisation mais aussi de réactivité qui sous-tend, nous l'avons vu, la Lolf de 2001, dénoncent un phénomène de recentralisation par les nouveaux processus d'allocation des moyens. Un directeur de Ddass insiste sur le cadrage des activités que connaît son niveau institutionnel depuis l'instauration de la Lolf et qui représente une véritable perte de pouvoir décisionnel : « ça nous donne une interdépendance forte... enfin on a moins d'autonomie ».

Bien que les budgets opérationnels de programmes (Bop) soient positionnés au niveau régional, les agents de cet échelon décrivent une tendance à la recentralisation, en ce qui concerne la détermination de l'allocation des fonds, soit *in fine* l'élaboration de l'action publique. Ils critiquent une mainmise grandissante de Paris sur les priorités régionales et le choix des actions à favoriser localement : par exemple à propos du financement d'interventions de santé publique « quand on sait qu'on doit réserver telle somme au cancer, notre marge de manœuvre elle va résider seulement entre donner tant d'argent à telle structure de prévention du cancer du sein ou à telle autre structure qui lutte contre le cancer du colon ».

Pour le Directeur des affaires sanitaires et sociales si « un des avantages qu'on attendait de la Lolf c'était qu'on gèrerait désormais des budgets déconcentrés non fléchés, c'est-à-dire

dont on aurait à peu près la libre disposition », de fait « on voit bien que les Bop restent très, très fléchés. C'est-à-dire que la part des Bop qui est effectivement à notre disposition est modeste par rapport à la part des Bop qui est déjà pré-affectée. C'est probablement vrai dans tous les ministères, mais chez nous c'est évident. »

Les acteurs décrivent un phénomène de « verrouillage » de l'action publique et considèrent que « le problème c'est là manière dont les administrations centrales de l'État, aujourd'hui, essaient par tous les moyens de récupérer la tutelle et la décision. » Ainsi « la reconcentration à l'État central est totale depuis la Lolf. Les administrations centrales ont détourné la Lolf, ou plutôt elles l'ont mise en œuvre dans une acception extrêmement contraignante. Ça elles n'étaient pas obligées de le faire. Mais elles ont utilisé la loi jusque dans tout ce qu'elle permettait, y compris dans un cadrage délirant. C'est la conséquence à la fois de la Lolf et du deuxième train des lois de décentralisation, qui ont amené les administrations centrales, qui ont très peur de perdre leur autorité et leurs compétences, à beaucoup reconcentrer. Donc l'État se reconcentre au niveau national, aujourd'hui c'est une réalité ».

Dans ces conditions, le GRSP, autre GIP pendant de l'ARH pour la programmation régionale de santé publique, et qui doit lui aussi incarner la dynamique de régionalisation, apparaît connaître le même devenir. Les acteurs ne vivent pas le groupement comme une véritable arène de négociation des actions à entreprendre mais plutôt comme un lieu d'arbitrage minimal entre des projets répondant aux priorités fixées à Paris, voire comme une chambre d'enregistrement.

Le témoignage de la chargée de mission santé au Sgar, qui a présidé plusieurs séances du Conseil d'administration du GRSP au nom du Préfet, est tout à fait éclairant sur ce point. Elle explique le processus par lequel, par une détermination assez stricte des thématiques à privilégier sur le terrain, le centre parvient à contrôler l'intervention publique, jusqu'au niveau de proximité de l'examen des dossiers de subventions. Bien loin de la logique procédurale d'un État central qui impulse tout en conférant aux acteurs locaux la vocation de donner vie à l'action publique, loin de l'image d'un État régulateur, nous nous trouvons face à une représentation en termes de renforcement à l'extrême de l'approche jacobine : « le GRSP est un GIP régional présidé par le Préfet de région et sur le principe c'est tout le contraire d'une reconcentration, puisque l'État met en débat la programmation de ses propres crédits. C'est beaucoup moins confortable que de programmer en chambre soi-

même. Le problème c'est la manière dont l'administration centrale, la Direction générale de la santé, a pré-affecté un certain nombre de crédits. C'est-à-dire qu'elle dit par exemple "vous avez un million de crédits de santé publique en Aquitaine, de l'État, à programmer en GRSP. Mais on vous annonce d'ores et déjà que sur ce un million, il y a cent cinquante mille euros que vous devez réserver à la lutte contre le cancer, cent vingt-cinq mille que vous devez réserver à la lutte contre l'alcoolisme, etc." Ça, c'est une reconcentration. La reconcentration aujourd'hui c'est la manière qu'ont les administrations centrales de flécher un certain nombre de crédits. Pas seulement en matière de santé, mais en santé publique ça paraît évident. Donc évidemment, la marge de manœuvre du GRSP est forcément réduite. Ça réduit sérieusement la responsabilité politique du GRSP. [...] La portée de ses décisions est largement freinée par le cadrage qui a été fait par la Direction générale de la santé, par le cadrage budgétaire qui fait qu'on n'a pas toute latitude sur la programmation des crédits. Donc c'est une reconcentration de l'État central, mais qui, GRSP ou pas GRSP, de toute façon, aurait eu lieu. Elle a eu lieu avant le GRSP. »

Un même mouvement de recentralisation est visible dans la gestion de l'Assurance maladie, particulièrement depuis la loi du 13 août 2004, le niveau national et sa tête dirigeante étant renforcés tandis que le pouvoir des partenaires sociaux se trouve affaibli.

Le directeur de la Caisse nationale d'Assurance maladie (Cnam) devient un « Directeur général » qui assoit son autorité sur le réseau des caisses régionales et primaires. Leurs directeurs sont en effet placés directement sous l'autorité de ce Directeur général qui les nomme, tandis qu'ils étaient autrefois choisis par les Conseils d'administration composés de représentants des partenaires sociaux. Cette évolution impacte nécessairement sur l'autonomie des directeurs locaux : autrefois nommés par les représentants des partenaires sociaux, ils étaient en mesure d'opposer à des demandes et injonctions nationales le Conseil d'administration de leur caisse, mais ils se trouvent aujourd'hui dans une claire situation de subordination au Directeur général de la Cnam⁵²⁷. Même si les caisses primaires conservent leur indépendance formelle et leur personnalité juridique, elles sont de fait intégrées à un réseau hiérarchique.

La « nouvelle gouvernance » de l'Assurance maladie signifie parallèlement une redéfinition des techniques de management et des mécanismes de contrôle interne au sein du réseau des

⁵²⁷ P. L. Bras, « Notre système de soins sera-t-il mieux gouverné ? », *Droit social*, n° 11, 2004, pp. 967 – 978

caisses. Chaque caisse primaire est aujourd'hui évaluée et notée, en fonction de sa stratégie globale et de sa gestion financière, elle doit rendre des comptes à l'échelon national qui se trouve piloter directement l'activité locale, par des outils gestionnaires précis. Comme l'explique une directrice de caisse primaire, « ce qu'on ressent depuis plusieurs années au niveau du pilotage et de la gouvernance de l'Assurance maladie, c'est quand même de plus en plus une prégnance du niveau national, qui pilote de plus en plus, qui exige de plus en plus de *reporting* et qui du coup, homogénéise à la fois le service et les programmes de régulation sur le territoire. Donc ça c'était déjà avant la réforme de 2004, mais c'est clair que depuis la réforme de 2004 on ressent ce phénomène de manière encore plus accentuée. Ça modifie donc nos façons de travailler ». Nous retrouvons un facteur de réduction de l'autonomie « interventionnelle » des organismes locaux mis en exergue par Verhoest et alii., à savoir l'obligation de rendre des comptes sur leur gestion et de se soumettre à d'éventuelles sanctions⁵²⁸.

Cette relation de contrôle limite mécaniquement les capacités d'innovation locale, dans la mesure où les indicateurs à respecter et la pression sur la performance obligent à une logique de conformité et font assimiler les prises d'initiatives locales à une prise de risque pouvant à terme pénaliser la caisse. Pour un directeur, « les caisses locales deviennent beaucoup plus exécutantes des politiques nationales. C'est très cadré par le national, ça c'est sûr. Après, il y a toujours une possibilité au niveau local de proposer ou d'avoir des initiatives. [...] bien sûr ça dépend aussi de la taille et des moyens de la caisse : c'est plus facile d'avoir des initiatives et des projets locaux quand on est une caisse de mille personnes. Mais en tout cas ça reste résiduel. La part locale maintenant est résiduelle, c'est sûr. »

Nous pouvons dans ces conditions nous rapprocher de l'analyse de Hassenteufel et Palier qui qualifient la nouvelle gouvernance de l'Assurance maladie de « trompe-l'œil », du fait d'un renforcement du pouvoir des technocrates parisiens⁵²⁹. Ce renforcement est clairement

⁵²⁸ K. Verhoest, B. G. Peters, G. Bouckaert, B. Verschuere, « The study of organisational autonomy: a conceptual review », *op. cit.*

⁵²⁹ P. Hassenteufel, B. Palier, « Les trompe-l'oeil de la 'gouvernance' de l'assurance maladie. Contrastes franco-allemands », *Revue Française d'Administration Publique*, n° 113, 2005, pp. 13 – 28. voir également

illustré par les prérogatives étendues d'un Directeur général de la Cnam nommé par le gouvernement et issus de ce que Hassenteufel et Palier qualifient d' « élite du *welfare* »⁵³⁰. En ce sens les représentants aquitains des assurés sociaux mettent en exergue une vision assez négative de la nouvelle gouvernance, affirmant avoir totalement perdu leur pouvoir au sein du processus décisionnel, au point que le modèle français de démocratie sociale serait en passe de laisser place à un système centralisé et dirigé par les managers. Dans leur discours, affirmation des directeurs au sein des différents niveaux de caisses et renforcement du pouvoir étatique central vont de pair, retreignant en tout cas le pouvoir des représentants des partenaires sociaux. Le président d'une caisse primaire revient sur ce processus : « de tout temps à jamais c'est l'État central qui a la mainmise principale sur le taux des cotisations et le taux des prestations. Il ne faut pas faire semblant de découvrir ça aujourd'hui. Mais après, une fois qu'il avait fixé ça, on va dire jusqu'en 2004, il laissait les partenaires sociaux avec une certaine marge de manœuvre. [...] Il est vrai que depuis 2004 il y a eu un renforcement de l'administration, du pôle administratif de la Cnam, et c'est pareil au niveau local au détriment de l'intervention des représentants des assurés sociaux. » Dans ces conditions il apparaît que ceux qui sont parfois désignés comme des « décideurs » locaux ne sont pas en position de décider. Des forums d'élaboration de l'action publique nationaux alliés à des mécanismes gestionnaires vecteurs de centralisation produisent une centralisation de fait des arènes qui ne peuvent être réellement considérées comme localisées, si ce n'est un rapport hiérarchique des acteurs locaux vis-à-vis du centre.

2.1.2 *Malaise dans la territorialisation*

Les acteurs aquitains, tout en pointant – voire en dénonçant – les phénomènes de centralisation affectant l'agir sanitaire, reviennent assez largement sur le rôle essentiel du centre. S'ils soulignent les vertus des interventions de proximité, ils rappellent tout autant les vices de l'approche par les territoires. Les représentations mêmes de la territorialisation n'apparaissent donc pas stabilisées, le niveau national se voyant reconnaître une vocation à fournir les conditions de possibilité, de faisabilité de l'agir sanitaire, et finalement toute légitimité pour encadrer et donner un sens aux mobilisations locales. Apparaît dans les

⁵³⁰ *Ibid.*

pratiques discursives des acteurs la figure d'un centre protecteur qui rend possible l'agir local et en demeure la référence.

Comme l'affirme un praticien hospitalier « la décentralisation a de bons côtés, mais la dissémination des pouvoirs ça me fait un peu peur. Parce qu'on dit qu'il faut déconcentrer ou décentraliser, mais il faut voir aussi à qui on s'adresse quand on déconcentre. Si c'est aux petits notables du coin qui font encore plus d'autoritarisme, de copinage et de bêtises que ce qui se passe à Paris... Donc il faut savoir doser ça ». Il souligne de ce point de vue la forte légitimité d'un échelon central seul capable de garantir l'intérêt général : « je crois beaucoup à la prééminence de l'État quand même. »

Le centre est présenté comme une figure véritablement mobilisatrice, légitime et seule capable de donner des impulsions qui seront localement suivies d'effets. Comme le relève un ancien directeur de structure dédiée à la promotion de la santé, le cadre juridique et thématique formulé par l'État central « encadre les pratiques et [qui] les permet »⁵³¹. Un praticien hospitalier explique aussi que pour que les institutions locales se mobilisent de concert autour d'une thématique spécifique « il faut un plan ! Il faut un plan, décidé avec les médias, le Président de la République... Un plan ! Boum ! Et comme ça, ça marche ; parce que là, les gens disent "attention ça a été jusqu'au plus haut niveau de l'État". Donc il faut une décision hyper centralisée ! La même chose organisée à un niveau local, c'est des dizaines et des centaines de réunions. Des heures de réunions. Il faut que le plan vienne de là haut. Sinon ça ne marche pas. Ça ne peut pas marcher parce que par exemple, la Région a beau décider d'un plan, à la Ddass ils s'en fichent et la Drass aussi. »

Le centre peut également être conçu par les acteurs comme une figure indispensable à l'accomplissement de leurs propres actions, grâce à son activité d'édition de normes fixant les niveaux implications minimaux des acteurs locaux, et parce qu'il donne une orientation thématique aux mobilisations locales. Un médecin de PMI considère par exemple que « nous sommes aidés par l'État, par la politique de santé nationale qui nous appuie souvent dans nos choix, en donnant des priorités, en inscrivant dans la loi les responsabilités des différentes institutions en matière de mise en œuvre de la politique de santé. » Le lien fort avec l'État est même conçu comme « une chance », dans la mesure où il donne accès à un flux d'information constant et protège la PMI en lui donnant les garanties juridiques de sa

⁵³¹ Cette impression est notamment forte concernant les chantiers affichés comme prioritaires par l'actuel Président de la République et son prédécesseur, qui engagent de fortes mobilisations médiatiques.

survie et de son indépendance, au sein de collectivités dans lesquelles la santé n'est pas une attribution centrale.

En ce qui concerne le réseau de l'Assurance maladie, le cadrage par le niveau national n'est pas non plus considéré exclusivement de manière négative. Selon une directrice de caisse primaire il « peut avoir un côté positif, parce que du coup on est beaucoup plus efficace, parce qu'on a une force de frappe beaucoup plus importante quand on est appuyé par de la communication nationale, comme par exemple pour la campagne sur les antibiotiques ». Parallèlement, comme le rappelle un président de caisse, des orientations définies par le haut « ça veut dire que localement on subit moins les pressions politiques pour aller dans un sens ou dans l'autre. Ça peut aider à prendre les bonnes décisions et une décision sereine, sans les pressions des élus locaux, que ce soient les conseillers généraux, que ce soient les maires... » Tout bien considéré, « le fait qu'il y ait des directives qui émanent de Paris, je crois que c'est plutôt un bien ».

Parallèlement, un rôle essentiel du centre est mis en exergue, plus fortement encore, en termes d'harmonisation nécessaire des pratiques. La décentralisation n'est, au contraire, pas nécessairement saluée : les acteurs décrivent les processus exclusivement locaux de définition des problèmes sanitaires et des solutions comme des entreprises dépourvues de réelle valeur ajoutée, voire même contreproductives. Ils soulignent notamment la perte de temps et d'énergie entraînée par une détermination trop systématiquement et exclusivement locale des formes d'intervention. Ainsi apparaît, explicitement ou en creux, la représentation d'un centre comme indispensable harmonisateur des mobilisations au sein des territoires, permettant tant leur guidage que leur mise en cohérence. Nous nous rapprochons ici des processus mis en lumière par Salais qui font de l'État « la solution » attendue par tous pour garantir la bonne coordination des actions⁵³². Pour cet auteur la particularité de la figure de l'État serait d'incarner pour les autres acteurs « une solution à la menace de défaillances de coordination par rapport au bien commun poursuivi »⁵³³ : il apparaît comme tel dans leurs attentes et parallèlement, c'est de ces attentes que naît sa réalité sa position extra-ordinaire. Si le centre s'impose comme seule figure de pouvoir

⁵³² R. Salais, « Action publique et conventions : états des lieux », in J. Commaille, B. Jobert, dir., *Les métamorphoses de la régulation politique*, Paris, LGDJ, 1998, pp. 55 – 81

⁵³³ *Ibid.* p. 58

capable de pallier les apories des approches locales, c'est donc aussi à la faveur des attentes et représentations mêmes des partenaires locaux en ce sens.

Les acteurs mettent en avant l'impérieuse nécessité que l'échelon national définisse les priorités et l'orientation données à l'action publique, une structuration systématiquement locale n'apparaissant pas légitime. Un professeur hospitalier souligne le caractère inutile de la détermination systématique de l'intervention en santé publique à une échelle infranationale : « le côté priorités régionales, c'est des bêtises complètes. Il y a des priorités nationales qu'il faut décliner au niveau régional. Avec peut-être des spécificités dans l'application [...]. Il faut une réponse régionale différente, quelques petites spécificités, mais définir des priorités régionales c'est amuser la galerie. De toute façon ça finit toujours par les mêmes : c'est les personnes âgées, les jeunes, les conduites addictives, le mal-être, etc. » Il considère même que la définition de priorités d'action à une échelle infranationale peut n'être que le fruit de luttes d'influence locales : « si dans une région il y a un maître d'œuvre qui est un gérontologue, il va mettre comme priorité Alzheimer, mais si c'est un pédiatre vous allez voir arriver tout d'un coup les maladies orphelines. Ça devient après, non plus des spécificités régionales, mais des démonstrations de ce qu'une influence de leadership, de lobby, peut faire ». Son discours témoigne de la représentation du centre comme seul garant d'une intervention visant véritablement tournée vers l'intérêt général.

Un praticien coordinateur de réseau revient sur cette absence de plus-value d'une décentralisation de la réflexion lors de la définition des priorités de santé publique : « on a quand même l'impression qu'on est en train de faire vingt-cinq fois le même travail dans chaque région, alors qu'il y a quand même plus de choses qui peuvent être coordonnées au niveau national. Avec le passage national/régional il y a beaucoup de pertes. Notamment ces programmes régionaux de santé publique qui ont été élaborés partout, je pense qu'il y aurait pu avoir moins de perte de temps. On s'est réuni un nombre de fois considérable, pour créer quelque chose de spécifique à la région alors que finalement on est retombé dans le même cadre d'État. Toutes les régions ont passé beaucoup de temps en réunions, pour construire chacune une version un peu différente de la même chose. » Dans ces conditions, les directives et les choix émanant du niveau national permettent au bout du compte de « ne pas réinventer l'eau tiède à chaque fois dans chaque région », la légitimité des niveaux inférieurs étant seulement d' « adapter ce qui est déjà connu ». La place prépondérante du pouvoir national apparaît comme un gage d'efficacité pour l'intervention locale, par la

vision large et stratégique qu'il procure. La programmation fournie par le centre permettrait de donner une cohérence à l'action publique, même à des échelons de forte proximité, notamment en évitant le « saupoudrage de petits financements ». Cette représentation revient d'ailleurs au sein même des services déconcentrés. Un médecin inspecteur de la Drass notamment, mentionne par exemple à plusieurs reprises le rôle indispensable du niveau supérieur pour « éviter que chacun réinvente la poudre de son côté ».

Parallèlement à ces indispensables missions de programmation, les acteurs locaux soulignent la vocation du centre à édicter même des outils de mise en œuvre concrète de l'agir sanitaire et saluent l'existence de dispositifs d'action produits directement par le centre, dans une configuration nationale somme toute peu différenciée. Un médecin inspecteur de la Drass explique que « s'il n'y a que de la proximité, on a l'impression d'un morcellement peu lisible, peu compréhensible et très inégalitaire ».

« Le niveau national doit faciliter les choses en créant des outils assez clairs qui pourraient ensuite être relayés et être utilisés par la plupart des régions, par les collectivités territoriales ou les autres structures, affirme un praticien hospitalier. Mais c'est au national de créer des outils. Multiplier la création d'outils au niveau régional c'est un peu une perte de temps. » De même affirme un de ses confrères, « il faut vraiment harmoniser pour éviter qu'il y ait des approches trop différentes qui soient proposées pour une même chose. Parce que sinon on se retrouve avec des petits éléments de puzzle, avec par exemple un département qui a plus développé ça, un autre qui a développé autre chose... ça manque un peu d'ordre. Pour la prévention, il doit y avoir une intervention nationale, avec des cahiers des charges, il faut qu'ils harmonisent, tout en gardant la possibilité d'avoir des innovations. Il faut donner un cadre un peu plus précis. »

Concernant les réseaux de santé, un médecin coordonnateur considère aussi qu'il est « dommage que chaque région fasse des réseaux à la sauce de chaque région », avec l'idée qu' « un cahier des charges national, qui serait décliné régionalement, voire départementalement » serait plus pertinent dans la mesure où les différences épidémiologiques ne sont que des nuances. Une politique des réseaux menée, de manière autonome, dans chaque région, est décrite comme contreproductive en termes de comparabilité et de reproductibilité des expériences, et même illégitime en termes d'égalité du service rendu aux usagers. En effet, comme l'explique un président de caisse primaire, « on va aller voir ce qui se fait dans d'autres régions et on va s'apercevoir que chez nous par

exemple, les prestations dérogatoires pour les médecins c'est une certaine somme et puis que dans un autre département et bien c'est une autre somme, que le nombre de visites remboursées chez le psychologue chez nous ça va être six ou dix, ailleurs ça va être cinq. Et *a posteriori* il va falloir faire une harmonisation. Je pense qu'au niveau des réseaux il y aurait vraiment besoin d'une harmonisation nationale par thématique. C'est le danger de donner trop d'autonomie régionale : il en faut, mais il faut quand même un cahier des charges par pathologie. Parce qu'aujourd'hui les réseaux c'est bien, mais on a l'impression que ça part un peu dans tous les sens, en fonction des possibilités, des opportunités locales. Il faut un peu plus d'ordre, donc souvent ordonner d'un petit peu plus haut. »

Le discours des acteurs valorise une figure centrale qui se doit d'incarner l'autorité dans l'agir sanitaire, s'agissant de la définition et de l'opérationnalisation de l'action publique. Dans ce contexte de représentations paradoxales d'une centralité qui contraint mais demeure légitime, la nature des dynamiques de territorialisation apparaît ambivalente. L'alliage des représentations en termes de (re)centralisation et de territorialisation engendre une relative indétermination de la définition territoriale du pilotage.

2.2 *Entre reproduction territorialisée et création territoriale*

Dans le cadre de représentations ambiguës mêlant vices et vertus de la territorialisation comme de la centralisation, les acteurs aquitains donnent à voir des expériences où dynamiques territorialisées et territoriales s'entrecroisent, au point parfois que la distinction entre les deux est brouillée, voire obsolète. L'observation met au jour des dispositifs incarnant la territorialisation de l'action publique par l'État tout autant que des mobilisations territoriales singulières. De ce fait, ce n'est pas un net passage d'une « régulation territorialisée » à une « gouvernance territoriale »⁵³⁴, d'une « régulation *des* territoires » à une « régulation *par* les territoires »⁵³⁵, qui est mis en avant, mais bien une concomitance des dynamiques ascendantes et descendantes, des hésitations, ou des retours en arrière. Si la territorialité en tant que donnée de cadrage de l'agir sanitaire apparaît inévitable, son sens

⁵³⁴ M. Catlla, « De la genèse d'une régulation territorialisée à l'émergence d'une gouvernance territoriale », *op. cit.*

n'est pas stabilisé⁵³⁶, ce qui produit, de nouveau, un certain flou dans le positionnement des acteurs locaux qui ne parviennent pas à définir strictement les ressorts de la territorialisation.

2.2.1 Une inévitable territorialisation mais au sens non stabilisé

Des instances comme l'ARH, le GRSP, la Mission régionale de santé ou encore les ASV représentent des dispositifs incarnant le discours d'une action publique territorialisée en matière sanitaire⁵³⁷. Ils objectivent ce référentiel largement reconnu et invoqué, souvent sans que sa pertinence ne soit questionnée.

Cependant, des projets territoriaux, nés de mobilisations singulières des acteurs aquitains voient le jour dans la région, à différentes échelles. Nous avons déjà eu l'occasion de décrire, par exemple, la dynamique territoriale engagée entre le Conseil régional d'Aquitaine, pour lutter contre la désertification médicale. De manière plus générale, les élus régionaux soulignent leur vocation à dépasser le positionnement de leur collectivité comme relais des réflexions et projets nationaux, pour se poser en véritable force de proposition. « On peut très bien, dans le cadre de la contractualisation avec l'État, amener l'État à participer à des actions incitées par la Région », explique un élu. De même, le choix pour un Conseil général de mettre en place une Maison départementale de la santé (MDS) tient d'une volonté locale particulière, non pas seulement d'une logique de mise en application de compétences consenties par l'État central. La directrice de la MDS girondine rappelle que son département n'est pas le seul à mener des actions en faveur de la santé des publics en situation de précarité, cette préoccupation s'inscrivant dans une logique d'adaptation de la réponse institutionnelle aux évolutions des besoins socio-sanitaires des populations. Néanmoins, l'institutionnalisation de cette mission dans une MDS, qui a une

⁵³⁵ V. Sala Pala, « Quoi de neuf dans les « nouvelles » politiques sociales ? Le cas de la production urbaine du droit au logement à Rennes et Brest », in J. Fontaine, P. Hassenteufel, dir., *To change or not to change, op. cit.* pp. 115 – 141, ici p. 117

⁵³⁶ Nous prendrons ici le terme sens dans sa double acception, à savoir la direction, la trajectoire, donnée à une action et sa signification.

⁵³⁷ Un dispositif est conçu, au sens de Reynaud, comme « ce qui permet l'objectivation d'une règle » et assure une certaine continuité dans la perpétuelle renégociation de l'action publique. Cf. J. D. Reynaud, « Réflexion : la négociation, l'accord, le dispositif », in G. de Terssac, dir., *La théorie de la régulation sociale de Jean-Daniel Reynaud. Débats et prolongements*, Paris, La Découverte, 2003, pp. 179 – 190

visibilité et une identité propre dans l'organigramme départemental, résulte d'un investissement politique et technique territorial spécifique : « on a eu une série d'opportunités. Il y a eu une volonté, effectivement, de ce département d'avoir une action de santé visible. Et puis on a le fait que le département a maintenu son engagement sur un certain nombre de dispositifs recentralisés à l'État, qu'il y avait des professionnels spécifiques dans le département ; donc on a continué là-dessus ». Le département de la Gironde a ainsi fait le choix d'un double dépassement de ses missions réglementaires minimales : d'une part en élargissant son public au-delà de la protection maternelle et infantile, d'autre part en choisissant de conserver la gestion de l'ancienne compétence de lutte contre la tuberculose ou les IST, recentralisée au niveau de l'État mais pour laquelle les Conseils généraux peuvent continuer à être opérateurs, par convention avec l'État.

Considérant les mobilisations des professionnels, des dynamiques territoriales se manifestent également. Citons la création de collectifs, d'associations de professionnels, qui naissent de l'entente située de confrères autour d'une thématique ou d'un mode de prise en charge, tel que le Centre d'éducation thérapeutique de Bordeaux (CETB), structure qui associe des pneumologues, des médecins généralistes et des infirmières, et propose de l'éducation thérapeutique aux patients atteints d'asthme. Les praticiens du territoire de La Réole, commune girondine située en milieu rural isolé, se sont également structurés en association dès 1997, dans le cadre d'un Service de continuité des soins médicaux (SCSM) afin de faciliter l'organisation du travail⁵³⁸. Ces professionnels ont d'abord créé, nous y reviendrons, un Centre d'accueil des premiers soins (Caps), lieu de garde ouvert sur le site de l'hôpital de La Réole, censé éviter aux médecins de garde de se déplacer systématiquement, puis ont impulsé un projet de maison médicale visant à favoriser la permanence des soins dans les zones les plus isolées.

Cependant l'observation des configurations locales permet le plus souvent de mettre à jour des hésitations, voire un basculement dans la carrière des dispositifs. Si la distinction entre logiques territoriales et territorialisées est analytiquement intéressante, les dynamiques qui se développent en Aquitaine ne correspondent pas à un type pur. Certains projets territoriaux peuvent s'insérer dans une approche territorialisée, en adoptant des dispositifs et une méthodologie proposés par le haut. D'autres mobilisations paraissent avoir une double

⁵³⁸ Cette association qui regroupait au départ seulement sept médecins s'est étendue à d'autres praticiens mais aussi à d'autres professionnels, notamment des infirmières libérales.

composante, le recours à des démarches de type territorialisé ne signifiant pas l'abandon de la dynamique territoriale originelle.

Le cheminement d'un projet peut le faire basculer de la logique territoriale à une logique territorialisée. Des mobilisations locales peuvent connaître une récupération par les tutelles, comme le montre, par exemple, la mise en œuvre de programmes de santé publique : en Aquitaine est lancé en 2004 un appel à projets commun entre services régionaux de l'État et de l'Assurance maladie et Conseil régional visant à cette mise en œuvre. Il est fondé sur une procédure d'instruction conjointe, soit des critères et un examen des dossiers de candidature communs. Cette mobilisation territoriale va mécaniquement changer de nature avec la création du GRSP qui associe ces trois acteurs pour une mission identique : la loi de 2004 créant ces groupements ne fait que consacrer des pratiques existantes, l'institutionnalisation et l'inscription dans la loi des procédures conjointes par la création du GRSP revenant à un basculement de fait dans une démarche territorialisée.

Mais de nombreux exemples montrent surtout une mobilisation territoriale qui entre dans des cadres territorialisés de manière pragmatique, pour exister publiquement, avoir une nouvelle légitimité qui va de pair avec des fonds nécessaires au fonctionnement et au développement de projets.

Sans revenir sur l'extrême diversité des réseaux de santé, il apparaît bien dans les récits qu'en font les professionnels qu'ils naissent de coopérations entre confrères devant gérer des contraintes similaires ou considérant que leur propre prise en charge sera améliorée par l'intervention conjointe d'un autre professionnel. Ils se structurent peu à peu, étendent ou spécifient leur champ d'intervention et finissent par chercher une labellisation, donc par entrer dans le dispositif de financement de la DRDR – et aujourd'hui du Ficqs – pour obtenir une visibilité, des moyens et *in fine* une certaine légitimité.

Des coordinateurs reviennent sur la carrière de leurs réseaux, allant de la mobilisation plus ou moins informelle de confrères, à l'élaboration de dispositifs structurés selon les normes d'action territorialisée des tutelles, institutionnellement financés et évalués. Les praticiens créateurs du Caps de la Réole, après une dizaine d'années de cheminement, finissent par monter un réseau santé-rural. De la même manière, l'association Asais (Association d'aide à l'insertion sociale) donne finalement naissance au réseau Icare. Comme l'explique un de ses créateurs, « il y a vingt-cinq ans, c'était la réunion de tout un ensemble de travailleurs sociaux, d'intervenants en santé mentale, de médecins généralistes, d'élus locaux aussi, qui

ont conduit à la création de cette association, parce qu'il nous paraissait important de mettre en synergie nos différentes interventions. Donc c'était une sorte de réseau avant la lettre ». Or « Asais vient d'avoir très récemment l'agrément des autorités de tutelle, c'est-à-dire l'Assurance maladie et l'ARH pour ce fonctionnement en réseau, que l'on a expérimenté depuis plusieurs années maintenant »⁵³⁹.

Parallèlement au cas des réseaux, celui des ASV peut illustrer un nouveau basculement de mobilisations territoriales dans un cadre territorialisé. Le coordinateur de l'ASV de la ville de Bègles revient sur son recrutement après obtention des fonds de l'État, explicitement pour l'application de la méthodologie proposée par la Div : « j'ai été recruté à plein temps, juste sur ce projet là, pour faire un état des lieux ». Pour lui son travail « a été de m'imprégner un peu de cette méthodologie, d'imaginer comment on pouvait créer un comité de pilotage qui serait là pour superviser. J'ai dû m'approprier tout ça, faire la présentation du projet devant les élus et ma chef de service qui est directrice du CCAS. » Cependant, la suite de l'entretien révèle qu'une démarche territoriale était à l'œuvre avant la naissance de l'ASV et a servi de base à sa création. L'actuel coordinateur explique que l'origine de la démarche vient du directeur du centre social de Bègles qui a organisé une manifestation en mai 2006, la Quinzaine Santé, autour d'activités variées sur des thèmes généraux comme la nutrition, le sport, le mal-être, la fatigue, ou le sommeil. C'est de ce projet territorial que découle la création d'un ASV. Le coordinateur régional pour ces ateliers, qui se trouve de surcroît résider à Bègles, assiste à cette Quinzaine Santé, en constate le succès et l'intérêt et prend contact avec le directeur du centre social. Un acteur promoteur de la démarche territorialisée de la Div a ainsi exploité une volonté locale de s'investir en santé et fait fructifier une mobilisation territoriale pour que s'y greffe un dispositif étiqueté et institutionnalisé⁵⁴⁰.

⁵³⁹ Dr Lemasson, psychiatre et directeur de l'association, Interview télévisée, TV7, rubrique Contacts, janvier 2008, en ligne [page consultée le 31 mai 2007]. Disponible sur : <http://asais.over-blog.com/categorie-832208.html>

⁵⁴⁰ Notons que le lancement effectif du dispositif de la Div en fin d'année 2006, donc la progression d'une démarche territoriale à la mise en œuvre d'une méthodologie territorialisée mène à un changement de l'équilibre des forces. Le coordinateur de l'ASV décrit comment une mission adossée au centre social est devenu un dispositif piloté par le CCAS. Cette évolution du leadership local est perçue comme relevant de « luttes d'influence » : « ça s'est fait petit à petit », « le directeur du centre social a lancé l'ASV, c'était un peu son bébé. Mais il s'est fait mettre sur la touche. Ça a été récupéré par le CCAS ». L'entrée dans l'approche

L'ASV de Talence rend également compte du glissement d'une démarche territoriale dans un cadre territorialisé. Cependant les dynamiques apparaissent différentes : d'une part la mobilisation locale originelle tout comme la volonté de création d'un ASV, puis sa gestion, sont issues du CCAS ; d'autre part l'entrée dans le dispositif territorialisé oblige à revoir certaines dimensions de l'engagement territorial de départ.

L'actuelle coordinatrice de l'ASV talençais explique qu'elle n'a pas été recrutée spécifiquement pour ce poste, mais plutôt qu'elle s'est vue confier une mission touchant à la santé, dans le cadre de ses attributions de travailleur social. C'est une volonté spécifiquement locale qui fait entrer les questionnements d'ordre sanitaire dans le CCAS : « je suis agent au CCAS depuis novembre 2003 [...]. En janvier 2005, mon chef de service m'a demandée de m'intéresser un peu plus à la santé que les autres personnes de l'équipe insertion à laquelle je suis rattachée. Donc j'ai créé un collectif de travailleurs sociaux de la ville, pour qu'on réfléchisse aux questions de santé. [...] Je crée un petit collectif de travailleurs sociaux qui viennent, tous les quinze jours, pour réfléchir deux heures à la santé. Au bout de six mois, en juin, je commence les réunions thématiques sur la santé, qui s'appellent les Rencontres santé à Talence, sur des thèmes très généralistes. Ça fonctionne. C'est là qu'on cherche des financements.»

Une réflexion et des projets sont donc mis en place, selon une dynamique proprement territoriale. C'est sur la base du constat d'un certain succès de ces démarches que cet agent cherche à pérenniser et à élargir son action, ce qui l'amène à solliciter des financements institutionnels. L'ASV devient, de ce point de vue, une opportunité pour prolonger une mobilisation locale plutôt qu'un objectif à l'origine de cette mobilisation. « On a cherché un financement pour des politiques/actions, explique la coordinatrice. On avait regardé d'abord sur des financements autour de choses plus compliquées, comme la DRDR, mais qui étaient vraiment des choses trop importantes pour nous. Et on a découvert, en cherchant des financements, le dispositif Atelier santé ville et on s'est dit "c'est ce qui correspond". Donc je n'ai pas été recrutée pour un poste d'Atelier santé ville. C'est plutôt moi qui ai cherché les Ateliers santé ville pour mon poste. L'impulsion est venue du CCAS. »

territorialisée va donc au-delà d'une simple évolution du format des actions. Elle peut signifier un bouleversement des rapports territoriaux de pouvoir, puisque la maîtrise du dispositif territorialisé est source d'une légitimité d'intervention qui tend à l'exclusivité, dans la mesure où l'ASV a vocation à regrouper l'ensemble des forces locales touchant à la santé.

Cependant, l'entrée dans le dispositif ASV ne signifie pas l'allocation d'un financement national à des démarches territoriales. La labellisation est soumise à l'adoption d'un cadre d'intervention précis, obligeant les acteurs locaux à renoncer à certaines de leurs spécificités territoriales pour entrer en conformité avec la démarche territorialisée édictée par la Div. Obtenir les financements nationaux a donc signifié un nécessaire retour en arrière pour se conformer, depuis le début, à la méthodologie imposée : « l'Atelier santé ville nous est refusé en fin d'année 2005 en nous prétextant qu'on est bien trop avancé, qu'on en est déjà aux actions et qu'on n'a pas fait toute la réflexion, et donc que ce n'est pas à l'Atelier santé ville de financer les actions. Zut ! Donc on change un peu notre façon de procéder en 2006. C'est-à-dire que je continue mes réunions tous les derniers mardi du mois, mais à côté, je monte un projet qui vraiment rentre dans le cadre de la méthodologie Atelier santé ville, où je propose de suivre la méthodologie. Et là, on est financé, on a eu la réponse en septembre 2006. Donc j'ai commencé tout de suite à mettre en place la méthodologie en octobre. »

La création effective de l'ASV revient à labelliser une démarche propre du CCAS comme outil territorialisé dans le cadre de la politique de la ville, comme le montre le changement même de statut de l'agent qui en a été à l'origine. Un travailleur social du CCAS, rémunéré à ce titre, devient en janvier 2007 coordinatrice de l'ASV, poste financé par les fonds nationaux.

Ce parcours des mobilisations illustre la « municipalisation en trompe-l'œil » de la santé publique telle qu'elle est décrite par Hassenteufel, Youinou-Le Bihan, Loncle-Moriceau et Vion dans les cas brestois et rennais⁵⁴¹. La municipalisation est conçue comme un « mouvement d'autonomisation croissante du pouvoir des villes et des maires urbains par rapport à l'État »⁵⁴². Or la réappropriation de l'initiative locale par le niveau national passe par une déstructuration de l'équilibre initial entre acteurs et surtout par un réajustement de leurs actions pour entrer dans le cadre formel proposé par le niveau supérieur. De fait l'exemple de ces deux ASV aquitains montre que le pouvoir de niveau municipal ne sort pas renforcé de la mobilisation dans l'agir sanitaire qui est reprise en main, dans sa forme et dans son financement, par l'administration centrale qui propose son propre outil de

⁵⁴¹ P. Hassenteufel et alii, « L'émergence d'une nouvelle santé publique. Forums d'action publique, coalitions de projets à Rennes et à Brest », *op. cit.*

⁵⁴² *Ibid.* p. 106

territorialisation. Cela tend à rejoindre le « bilan mitigé de la municipalisation » dressé par les auteurs⁵⁴³.

L'observation d'autres mobilisations aquitaines ne montre cependant pas le basculement observé jusqu'ici, de la logique territoriale vers un cadre territorialisé. Dans certains cas se donne plutôt à voir un va-et-vient entre les dynamiques ascendantes et descendantes, facilité par une convergence des questionnements. Dans le cas des pays Médoc et des Landes de Gascogne notamment, la réflexion est territoriale dans un premier temps, puis intégrée à la dynamique de territorialisation des politiques sanitaires et sociales impulsée par l'administration parisienne en charge de l'aménagement du territoire, pour enfin perpétuer une démarche territoriale de projet, fondée sur une coopération entre pays, Conseil régional et professionnels de santé.

Pour le pays Médoc, le questionnement d'ordre sanitaire est d'abord territorial, puisqu'il émerge, nous l'avons vu, lors des discussions du Conseil de développement, donnant lieu en 2005, à l'élaboration d'indicateurs d'analyse de la situation territoriale et à la définition d'actions de coordination et de maintien de services. Comme nous le mentionnions lors de l'analyse des formes d'investissement des pays dans l'agir sanitaire, la directrice du pays constitue à cette époque une « cellule sociale » informelle associant des travailleurs sociaux, des associations d'insertion et des représentants des services déconcentrés pour impulser une réflexion critique et envisager des outils.

De même, la problématique de l'accessibilité des soins ressort lors de l'élaboration de la charte de territoire du pays des Landes de Gascogne en 2002, mais surtout dans le cadre des travaux du Conseil de développement. Il s'en suit le recrutement d'une stagiaire chargée d'un premier diagnostic, sur la présence et le maintien des professionnels de santé sur le territoire. Le pays obtient un financement communautaire Leader + pour de l'ingénierie liée aux projets de santé.

C'est à ce moment qu'est lancé l'appel à projets conjoint piloté par la Datar visant le financement d'expérimentations de démarches sanitaires et sociales, dans le cadre d'une

⁵⁴³ *Ibid.* p. 107. Voir également à cet égard, J.-C. Guyot, « L'acteur associatif dans le champ de la politique locale de santé publique », in J.-C. Guyot, B. Hérault, dir., *La santé publique. Un enjeu de politique municipale, op. cit.*, pp. 169 – 195

réflexion générale sur l'aménagement du territoire⁵⁴⁴. Le pays des Landes de Gascogne y répond en décembre 2003. Le financement obtenu permet de créer un poste à mi-temps sur la problématique santé pour l'année 2004 et l'approfondissement de la réflexion sur la démographie médicale, notamment en proposant une aide logistique à la création de maisons médicales. Selon une chargée de mission, sans cet appel à projets, le pays n'aurait pas pu « autant se lancer sur cette question ».

De la même manière, sous l'impulsion de la Ddass, le pays Médoc saisit l'occasion de l'appel à projet interministériel, pour faire soutenir ses démarches. Son projet est retenu, ce qui lui permet de financer l'expérimentation de son Centre de ressources territorial (CRT) et du même coup de voir consacrée la qualité de ses réflexions. Il obtient ainsi un cofinancement des collectivités régionale et départementale.

Les deux pays font donc le choix d'intégrer une dynamique de soutien territorialisé orchestrée par les administrations centrales, pour approfondir leurs démarches.

Cependant une troisième phase est observable, notamment avec la fin de l'expérimentation, signifiant aussi la fin du financement par le haut. La dynamique territoriale initiale n'a pas été mécaniquement remplacée par l'inclusion dans une approche territorialisée : elle se perpétue, au-delà du soutien national ponctuel, notamment parce que les démarches des pays se trouvent appuyées par l'investissement territorial du Conseil régional. Début 2007, en pays Médoc, le CRT devient une « Plateforme de développement sanitaire et social » pérenne, tandis que le pays des Landes de Gascogne continue de fournir une assistance aux projets de réorganisation de l'offre de soins sur son territoire. Leurs démarches trouvent un appui logistique et une ressource de légitimation et de publicisation auprès de la collectivité régionale qui fait de l'approche « santé et territoire » un des volets centraux de son implication dans l'agir sanitaire. La logique de cofinancement est également maintenue, entre le Conseil régional, l'Urcam et l'Union européenne. Autrement dit, pour ces deux pays, l'intégration d'un dispositif de soutien territorialisé n'a pas signifié un abandon de la dynamique territoriale, mais plutôt son renforcement concret et symbolique, à un certain moment de son développement.

⁵⁴⁴ Ses modalités sont précisées, rappelons-le, par la circulaire interministérielle du 16 avril 2003 relative à l'expérimentation de démarches locales partagées de santé et d'action sociale et médico-sociale dans le cadre des projets territoriaux de développement

Processus territoriaux et territorialisés n'apparaissent pas exclusifs : s'ils peuvent s'annuler, ils peuvent également être conjointement décelables dans certaines mobilisations locales. En ce sens il apparaît peu pertinent, sauf dans le cadre d'une démarche analytique de définition des types idéaux, de chercher à classer strictement les mobilisations dans l'une ou l'autre des catégories de territorialisation.

2.2.2 *Le flou de positionnement des acteurs locaux : entre engagement territorial et exécution territorialisée*

Une importante littérature revient sur les arrangements que les acteurs de terrain peuvent trouver, aux marges des cadres d'action réglementaires, sur les adaptations auxquelles ils procèdent, en fonction de leurs contraintes ou de leurs opportunités⁵⁴⁵. Comme le soulignent par exemple Grelet et Lalande, à propos du métier de médecin inspecteur de santé publique, « le “matériel” en est double : circulaires ministérielles d'un côté, “terrain” de l'autre. [...] Le rôle de leurs fonctionnaires consiste à trouver comment incarner la volonté publique sur un territoire : convaincre, impulser, trouver des opérateurs, coordonner, mettre en réseau [...]. Adapter la matière du terrain aux cadres énoncés par l'État. »⁵⁴⁶

Nous ne reviendrons pas sur cette possibilité irréductible pour les acteurs de reconstruire la norme en la mettant en application, déjà largement décrite. Il convient cependant de se pencher sur le positionnement problématique des services déconcentrés, à la fois maillons de l'État, de la puissance planificatrice, et acteurs de proximité, parties prenantes d'un réseau local. Cette « double fidélité paradoxale »⁵⁴⁷ relevant du *double bind* de Bateson⁵⁴⁸,

⁵⁴⁵ Les travaux de Lipsky fournissent une base de réflexion sur ce point : M. Lipsky, *Street level bureaucracy*, New York, Russel Sage, 1980. Son analyse a notamment été reprise par V. Dubois, *La Vie au guichet. Relation administrative et traitement de la misère*, Paris, Économica, 2003. Nous renvoyons également à P. Lascoumes, « Normes juridiques et mise en œuvre des politiques publiques », *L'année sociologique*, vol. 40, 1990, pp. 43 – 71, ou à E. Friedberg, *Le pouvoir et la règle. Dynamiques de l'action organisée*, Paris, Le Seuil, 1997.

⁵⁴⁶ S. Grelet, A. Lalande, « La santé séparée. Le métier de médecin-inspecteur de santé publique », *Vacarme*, n° 12, été 2000, archivage en ligne [page consultée le 5 juin 2007]. Disponible sur : www.vacarme.eu.org

⁵⁴⁷ Igas, *Santé, pour une politique de prévention durable*, op. cit. p. 325

⁵⁴⁸ La « double contrainte », ou « injonction paradoxale », exprime deux contraintes qui s'opposent, le respect de l'une contenant une impossibilité d'honorer l'autre. Ce principe a ensuite été repris par l'école de Palo Alto. Cf. G. Bateson et alii., « Toward a theory of schizophrenia », *Behavioral Science*, vol.1, 1956, pp. 251 – 264

oblige les acteurs locaux à des arbitrages permanents entre directives du centre et nécessités d'un terrain qu'ils connaissent bien. En ce sens, les services déconcentrés ne sont pas dans une simple posture de vecteurs de l'action territorialisée de l'État, mais agissent comme relais de dynamiques territoriales, parfois même en désaccord avec la logique impulsée par le centre. Un agent mentionne le malaise latent qui en découle : « les services déconcentrés vivent ça mal, parce qu'on est, nous, complètement entre le marteau et l'enclume », c'est-à-dire entre les actions et les revendications des collectivités territoriales d'une part, et le cadrage des administrations centrales d'autre part. Cette dernière expression montre d'ailleurs bien l'absence d'un même sentiment d'appartenance qui unirait les services centraux et déconcentrés.

Ainsi la posture même de ce certains acteurs nomment « l'État local » brouille encore un peu plus la distinction entre les deux formes de territorialisation, dans la mesure où ils les incarnent à eux seuls toutes les deux. de manière significative, les autres acteurs parlent parfois de « l'État », des « tutelles » à l'égard des services déconcentrés, mais peuvent aussi les présenter comme « partenaires », « porte-parole » de problématiques spécifiques à un établissement, à un territoire, par opposition à l'ARH qui reste assimilée au pouvoir planificateur. Pour un directeur d'hôpital par exemple, la Ddass est un « partenaire local [...] qui sera souvent une interface aidante entre l'ARH et l'établissement ».

Les agents de services déconcentrés se trouvent, par définition, dans une position de services chargés d'appliquer et de faire appliquer la politique nationale, mais dans le même temps, dans une posture de relative incompréhension à l'égard du centre, qui peut aller jusqu'à une nette opposition. Le secrétaire général de la Drass l'explique par « une méconnaissance réciproque des deux échelons », central et déconcentré, caractéristique de l'administration de la santé : « il y a très peu de mouvements de personnels entre les services déconcentrés et les bureaux de l'administration centrale, ce qui fait que ça n'aide pas. Contrairement à d'autres ministères où il y a une politique de corps qui fait que les gens tournent, en central et en services déconcentrés, chez nous ce n'est pas tellement l'usage. » Comme l'explique également le Directeur des affaires sanitaires et sociales, « chez nous on est clairement de la province ou de Paris. On est des services déconcentrés ou on est de l'administration centrale. »

Notons d'ailleurs que les agents territoriaux réservent le plus souvent l'utilisation de la première personne du pluriel à leur propre service. Au contraire le « ils » peut désigner

l'État central mais également l'ARH, ou le niveau régional pour les inspecteurs des Ddass. Certains parlent même de « l'Administration » pour qualifier les services centraux et en souligner les travers, en excluant leur propre échelon. Les agents adoptent un discours proche de celui de certains professionnels, opposant le « nous » à une « Administration » peu compréhensive et au fonctionnement opaque.

Les agents mentionnent les multiples dispositions ministérielles à mettre en œuvre dans des délais trop courts, ou bien les procédures budgétaires impossibles à mener efficacement du fait de directives données au dernier moment. Face à l'afflux de demandes et de directives, certains admettent qu'ils ne parviennent pas à y répondre efficacement, si ce n'est qu'il leur arrive d'ignorer des requêtes.

Parallèlement, là où les agents territoriaux attendraient de Paris une claire impulsion, un éclairage quant à la direction à donner à la mise en œuvre territorialisée des politiques, ils expriment une nouvelle fois leur malaise vis-à-vis d'un centre incapable à leurs yeux de donner véritablement un sens général à leur intervention. « On est clairement des services extérieurs de l'État, donc censés appliquer les directives de notre administration centrale, consent un directeur de service déconcentré. Mais il nous semble que le commandement est probablement trop rigoureux sur ce qui est accessoire et parfois nettement lacunaire sur ce qui serait essentiel. C'est-à-dire que je n'ai pas le sentiment qu'on ait des directives claires, en termes de doctrine sur la déclinaison territoriale des grandes thématiques nationales. Il nous arrive de nous demander ce qu'en pense le ministère et de constater qu'il n'en pense pas forcément grand-chose. Mais à l'inverse, on est capable de vitupérer le degré de précision d'une circulaire stupide qui va traiter d'un sujet sans intérêt qui nous paraîtrait devoir être complètement laissé à notre charge. [...] On entend critiquer, voire on critique nous-mêmes, l'administration centrale et on lui reproche de ne pas savoir faire ce qu'on attend d'elle et de trop bien faire ce qui ne sert à rien ». Ce directeur insiste sur ce dilemme des services déconcentrés, qui revient au paradoxe de l'État en matière de pilotage, à savoir le discours de territorialisation allié à une forte directivité à travers les budgets opérationnels de programmes : « on va se plaindre parce que les Bop sont fléchés et avec tels sous on fera ceci ou on fera cela. À l'inverse la notification d'un Bop n'est pas forcément accompagnée d'éléments de doctrine qui donneraient la marche à suivre au sens noble, politique du terme. Donc encore une fois, trop rigoureux sur les détails mais pas assez sur ce qu'on attendrait de notre ministère, à savoir le sens, la doctrine ».

Un de ses agents va aussi dans le sens d'une orientation politique perçue comme insuffisante et qui n'est pas adaptée au calendrier de la mise en œuvre sur le terrain, ce qui empêche de fait de la considérer comme un véritable guide d'intervention : « dans notre jargon, la directive d'orientation, c'est l'acte annuel qui serait censé donner le sens. On pourrait vous la faire lire : c'est pauvre. Ça tient en deux pages de lieux communs. Il n'y a pas grand-chose. Et en plus ça arrive après la bataille ! [...] la directive nationale d'orientation arrive en début d'année, bien après la notification des Bop. C'est vous dire si on est dans un système complètement inversé. »

Il apparaît dans ces conditions que les services déconcentrés eux-mêmes ne peuvent être réduits à des appareils de gestion territorialisée d'une politique étatique, dans la mesure où ils composent avec cette dernière plus qu'ils ne l'appliquent strictement. Ce double positionnement entraîne encore une fois une certaine indétermination du pilotage, dans sa dimension territoriale. Lorsque nous les interrogeons sur leur rôle dans l'agir sanitaire, nous notons un certain malaise des acteurs de l'administration déconcentrée : ils ne parviennent pas à déterminer clairement s'il relève du pilotage, donc d'une position de décideur dans le cadre d'une action territoriale, ou de l'exécution, qui correspondrait plutôt à une logique d'action territorialisée. Beaucoup optent en dernier ressort pour un positionnement « mixte ».

Les fonctionnaires de Ddass peuvent réduire leur rôle à celui de simple vecteur de politiques descendantes. Comme l'explique un inspecteur, « pour que les projets aboutissent à quelque chose de concret, il faut qu'il y ait vraiment un relais, par un travail de proximité ». Là réside la légitimité de l'intervention de l'administration départementale. Cependant, les agents mettent également en avant une dimension plus proprement décisionnaire : le même inspecteur considère ainsi qu' « on a un rôle important, qui est le rôle d'animateur. C'est de susciter, de faire avancer des projets ». À la question explicite du positionnement de pilote territorial ou de metteur en scène de politiques territorialisées, cet inspecteur ne peut, au bout du compte, que nous répondre « et bien c'est les deux ».

Ses homologues d'autres Ddass de la région mais également les personnels de Drass reprennent le même type de discours, révélateur de leur double position perçue, ponctué de retours en arrière et d'hésitations s'agissant du vocable à utiliser pour définir leurs missions. Les qualificatifs de « pilote », de « maître d'œuvre », d' « opérateur », d' « ouvrier », sont utilisés, parfois dans une même phrase. Un agent peut situer le rôle de la Drass « au niveau

des propositions » tout en admettant dans le même temps qu'elle agit « pour le compte de ». De même, nous notons des renversements au cours du discours, entre ce qui est considéré comme « mettre en œuvre » et « mettre en place » l'action publique, ou entre le rôle de « l'exécutant » et celui du « metteur en scène ».

Cet enchevêtrement entre le rôle de prise de décision territoriale et de relais d'une planification territorialisée est également présent au niveau de l'ARH qui pourtant est souvent désignée comme instance « décisionnaire » par les fonctionnaires de Ddass et de Drass. L'entretien avec un de ses agents révèle un balancement récurrent entre ces deux positions. « Il y a une vraie politique régionale. Les décideurs sont régionaux », affirme-t-il avec une certaine force, pour poursuivre cependant par « mais ça s'inscrit bien entendu dans une politique définie au niveau national ». De même le fait que les établissements d'Oloron, Sarlat, ou Blaye malgré leur faible activité, aient conservé des activités d'obstétrique, pour des raisons géographiques, montre à ses yeux « qu'on a une politique régionale », même s'il décrit à la phrase suivante un Sros « inspiré de directives ministérielles » et soumis à des « circulaires d'application parisiennes ».

Notons enfin que ce flou de positionnement n'est pas l'apanage des services déconcentrés. Nous retrouvons la double casquette de l'exécutant d'une mission territorialisée et du décideur territorial, de façon plus surprenante, dans les collectivités territoriales. Notons sur ce point que les acteurs refusent souvent explicitement le terme d' « exécutant », conçu comme négativement connoté, pour qualifier leur position. Même si une certaine subordination aux décisions et orientations du centre est assumée, ils utilisent d'autres termes, proches, mais qui pour eux ne traduisent pas une application mécanique et forcée. « On est passé à une administration de gestion », explique par exemple un agent de Conseil général dont le niveau politique s'est vu récemment attribué, rappelons-le, des missions lourdes, telles que la gestion du RMI ou de la MDPH ; « c'est un équilibre difficile à trouver : on doit gérer, mais on doit aussi mettre en place des politiques ». De même pour un médecin de PMI d'un autre Département « les initiatives locales, pour nous, elles reposent toujours sur la politique nationale et régionale ». Pour elle, son service aurait en somme « une double appartenance », à savoir un fort lien avec l'État, mais aussi l'inclusion dans la collectivité départementale et des réseaux locaux sur le thème de la périnatalité.

Il apparaît finalement que les acteurs ne souhaitent se prononcer strictement ni sur l'état de la situation dans laquelle ils sont, ni sur ce qui serait à favoriser entre les approches territorialisées et territoriales. Leur discours renvoie plutôt à un équilibre, à construire en situation, entre les deux dynamiques de territorialisation. Il s'agit pour eux de créer des ponts entre les deux mouvements, conçus en complémentarité, dans la mesure où aucun ne paraît exclusivement légitime.

Dans le cas de l'agir sanitaire, la régulation, activité fondamentale d'édiction de fins et d'institutionnalisation de mécanismes permettant leur réalisation, apparaît à présent problématique. L'observation locale a permis de mettre en évidence certaines ambiguïtés, si ce n'est certaines failles, dans les formes institutionnelles et territoriales du leadership. Afin de prolonger cette analyse, une autre dimension caractéristique de l'adaptation sans fin de l'agir sanitaire doit être étudiée, à savoir le déploiement de dynamiques cognitives et institutionnelles fondées sur des fins non concordantes et non systématiquement compatibles avec un processus collectif de changement. Ces dynamiques tendent à favoriser des phénomènes de conservation qui représentent, rappelons-le, une dimension irréductible de l'actualisation.

Section 2. La faible portée du processus de réforme sociale dans l'agir sanitaire

Le processus identifié d'actualisation conservatoire plutôt que de réforme qui caractérise l'agir sanitaire se fonde à la fois sur une logique traditionaliste et sur les mécanismes de production bureaucratique. Nous nous trouvons alors face au paradoxe apparent d'un agir qui tient d'une logique traditionnelle au sens wébérien, c'est-à-dire reposant sur une reproduction des pratiques et des rapports d'autorité coutumiers (**Paragraphe 1**), mais tout à la fois d'une logique d'institutionnalisation bureaucratique qui, chez Weber, procède d'un processus de rationalisation (**Paragraphe 2**)⁵⁴⁹. Les formes traditionnelle et rationnelle de construction des interactions paraissent intervenir toute deux dans la limitation de la réforme sociale, de sorte que l'agir sanitaire ne peut être absolument défini comme appartenant à l'un de ces deux ordres de domination et de légitimation.

⁵⁴⁹ M. Weber, *Économie et Société*, Paris, Plon, 1971 (1^{ère} édition 1921)

Ces deux ordres s'exercent de concert : la rationalisation bureaucratique ne fait en aucun cas disparaître la reproduction traditionnelle des rapports de forces fondés sur des hiérarchies anciennes et des habitudes. À l'inverse, tout se passe comme si ces deux formes de relation de pouvoir n'étaient pas exclusives mais coexistaient et même s'entretenaient mutuellement.

C'est un processus d'« affinité élective » qui se donne à voir, dans le cas de l'agir sanitaire, entre ancrage des traditions et rationalisation bureaucratique. Ce concept, utilisé par les alchimistes dès le Moyen Âge, pour désigner le mouvement l'une vers l'autre de deux substances qui s'attirent et se combinent, a été introduit dans l'analyse sociologique par Weber dans une optique de dépassement de l'approche causaliste⁵⁵⁰. L'auteur ne définit pas l'affinité élective de manière explicite dans ses ouvrages, mais ses occurrences sont nombreuses, la plus célèbre étant celle qui lie l'éthique protestante à l'esprit du capitalisme. Löwy en donne une définition extrêmement claire d'après les travaux de Weber, comme « processus par lequel deux formes culturelles – religieuses, intellectuelles, politiques ou économiques – entrent [...] dans un rapport d'attraction et influence réciproques, choix mutuel, convergence active et renforcement mutuel »⁵⁵¹. Ce concept applicable à des domaines divers permettrait de comprendre « un certain type de conjonction entre phénomènes apparemment disparates » et de rendre compte « de processus d'interaction qui ne relèvent ni de la causalité directe, ni du rapport “expressif” entre forme et contenu (par exemple, une forme religieuse étant l’“expression” d'un contenu politique ou social), ni de la “fonction” d'une partie dans un tout social »⁵⁵².

Une affinité élective paraît tissée entre traditions et bureaucratie au sein de l'agir sanitaire, dans la mesure où chaque ordre d'interaction, par son développement, permet le maintien de l'autre dans le temps sans véritable remise en cause. Par exemple, la dimension mythique de la démocratie sanitaire ou de la transversalité procure à la création bureaucratique un argumentaire de justification mêlant morale et rationalité managériale. De même la forte production bureaucratique tend à favoriser chez les professionnels de santé un réflexe de

⁵⁵⁰ *Ibid.* Voir également M. Weber, *L'Éthique protestante et l'esprit du capitalisme*, Paris, Gallimard, 2004 (1^{ère} édition 1905) ; M. Löwy, « Le concept d'affinité élective chez Weber », *Archives des sciences sociales des religions*, n° 124, juillet-septembre 2004, pp. 93 – 103

⁵⁵¹ M. Löwy, « Le concept d'affinité élective chez Weber », *op. cit.* p. 100

⁵⁵² *Ibid.* p. 102

repli sur leurs pratiques et leurs identités professionnelles conçues comme légitimes et efficaces, par opposition à l'activité des autres acteurs, notamment administratifs, perçue comme complexe et lourde tandis que ses résultats sanitaires sont limités. Ainsi la symbiose entre des substances évoquée par les alchimistes se retrouvent dans la combinaison et l'articulation entre deux substances de l'agir sanitaire qui sont au fondement de la spécificité de son processus de construction : l'union de la prégnance de la tradition et de la tendance à la production bureaucratique conduit à un agir sanitaire qui connaît des ajustements résiduels de pratiques mais pas véritablement de réforme. C'est par le truchement conjoint de ces deux formes de structuration et de légitimation que l'actualisation conservatoire peut se développer, sans qu'une crise majeure ne vienne remettre en cause la logique de repositionnements adaptatifs et incrémentaux qui ne sont pas porteurs de la volonté – ni de la potentialité – d'un changement plus global.

1. L'agir sanitaire marqué par des processus de reproduction

Malgré la forte technicité des problèmes sanitaires et la complexité de leurs modes de résolution, qui sont porteurs d'une certaine modernité s'ils ne se veulent pas explicitement des outils de « modernisation », l'observation de l'agir sanitaire révèle des configurations dans lesquelles la tradition est omniprésente dans les interactions.

Par modernité nous entendons ici, selon le sens étymologique du terme, le caractère de ce qui est récent, qui présente une dimension de nouveauté⁵⁵³. La modernité serait un mode de reproduction sociale dans lequel la légitimité des actions ne se fonde plus seulement sur les dimensions culturelles et symboliques historiques, et qui de ce fait permet un changement des règles du jeu de la vie sociale. La référence à l'avenir permet une relative émancipation par rapport aux traditions⁵⁵⁴.

Or, dans l'agir sanitaire, le type traditionnel de reproduction et de domination demeure largement ancré et assez peu mis en question. Selon l'approche wébérienne dont nous nous inspirons ici, il repose sur la croyance coutumière en la supériorité de traditions

⁵⁵³ « Moderne » : du latin *modernus*, dérivé de l'adverbe *modo*, qui signifie « récemment ».

⁵⁵⁴ M. Freitag, *Dialectique et Société, Tome 2, Culture, pouvoir et contrôle : les modes de reproduction formels de la société*, Montréal, Saint-Martin et Lausanne, L'Âge d'Homme, 1986

intemporelles et en la légitimité de ceux qui exercent la domination par ces moyens⁵⁵⁵. Ce que nous entendons par logique traditionnelle revient à des dynamiques de persistance de formes traditionnelles d'autorité qui vont de pair avec un certain traditionalisme, dans le sens d'une tendance à la reproduction des modes relationnels. L'agir sanitaire s'ancre ainsi pour partie dans des mécanismes de conservation, conservation des cloisonnement entre catégories d'acteurs – et d'activités – mais également conservation des rapports de force établis.

Nous n'entendons pas développer ici une approche en termes de *path dependence*, notion largement usitée dans l'analyse des politiques publiques mais qui dans notre cas ne serait pas d'un apport analytique clef⁵⁵⁶. Il apparaît assez logique en effet, qu'une politique publique « prenne en compte les caractéristiques de la politique antérieure, et qu'elle s'adapte dessus, de manière à ne pas heurter de front l'équilibre complexe de compromis politiques, sociaux et organisationnels qui la sous-tendaient précédemment »⁵⁵⁷. Cette observation s'applique tout particulièrement à un agir sanitaire qui, nous l'avons vu, procède en partie d'un recyclage explicite de compétences existantes.

Il ne s'agit pas pour nous de décrire les phénomènes de verrouillage caractéristiques de la *path dependence* et l'inertie institutionnelle qui en découle, mais plutôt de montrer dans quelle mesure les acteurs expriment la difficulté ressentie d'évoluer pour les configurations auxquelles ils appartiennent, contrairement à la rhétorique modernisatrice – et peut-être de son fait même. Tout comme les représentations en termes de complexité, celles qui véhiculent l'image de l'inertie constituent une dimension importante des cadres cognitifs d'action. C'est bien parce que le changement apparaît difficile à concrétiser pour les acteurs

⁵⁵⁵ M. Weber, *Économie et société*, *op. cit.* Trois caractères sont alors au fondement des relations sociales : l'ancienneté de la tradition ; l'habitude et la volonté des individus de respecter cette tradition ; l'exercice du pouvoir fondé sur l'héritage, donc par celui qui est issu d'une lignée liée à cet exercice.

⁵⁵⁶ Voir notamment sur cette notion P. Pierson, « Increasing returns, path dependence and the study of politics », *American political science review*, 94, 2, 2000, pp. 251-267 ; T. C. Boas, « Conceptualizing Continuity and Change: The Composite-Standard Model of Path Dependence », *Journal of Theoretical Politics*, 19, 1, 2007, pp. 33 – 54

⁵⁵⁷ E. Fouilleux, « Propositions pour une approche dynamique des processus d'inertie et de changement dans les politiques publiques. L'exemple de la PAC », in J. Fontaine, P. Hassenteufel, dir., *To change or not to change*, *op. cit.*, pp. 255 – 279, ici p. 259

que les dynamiques traditionalistes, de perpétuation des catégorisations et des hiérarchies ancrées, peuvent s'établir sans remise en question fondamentale.

Au premier abord, souligner la difficulté du changement peut sembler en contradiction avec les observations faites précédemment sur le ressenti des acteurs en termes de permanente évolution des cadres normatifs à l'œuvre, avec lesquels ils doivent composer. Cependant, l'antinomie n'est qu'apparente : l'analyse du discours des acteurs permet de relever une certaine méfiance, voire défiance, à l'égard du « chantier permanent » des réformes, ainsi qu'une faible appropriation, compte tenu de leur rythme soutenu et de la forte complexité ressentie. En ce sens, ce qui apparaît comme une injonction au changement n'est pas nécessairement productrice de changement. L'incertitude et la plus-value limitée associées aux rapides évolutions réglementaires et organisationnelles peuvent au contraire favoriser des dynamiques conservatrices. Pour certains acteurs, c'est justement le rythme soutenu des réformes qui produit une forme de crispation, un maintien sur le socle stable des pratiques habituelles.

« Le changement... c'est une catastrophe ! », assure un attaché de recherche clinique. Un coordinateur de réseau souligne que « ça paraît simple comme ça, mais c'est hyper lourd à remuer, parce qu'on remue des gens qui sont des éléphants et qui ne bougent pas... qu'il faut pousser derrière aux fesses. Il y a une inertie ». Les représentations sont similaires chez les directeurs d'établissements, comme l'illustre le discours de l'un d'eux sur la gestion hospitalière : « il y a une inertie incroyable dans le changement. Par exemple, pour la nouvelle gouvernance, pour constituer un établissement en pôles d'activité, mettre en place des contractualisations internes... un tout petit pas en termes réglementaire, c'est un très grand pas, voire plusieurs très grands pas à faire dans la pratique ».

Les représentations des acteurs révèlent donc un maintien dans le temps des cloisonnements catégoriels, malgré les réformes qui tendent à les faire disparaître localement ou du moins à les réduire. La transversalité ou le partenariat comme logiques d'action affichées ne mettent pas fin aux catégorisations anciennes et fortement ancrées des acteurs ni à leurs oppositions cognitives. Malgré les discours et parfois la volonté d'instituer des modes partagés de prise en charge ou de prise de décision, des mondes continuent d'exister avec leurs intérêts propres, mais surtout leurs ordres de légitimité et leurs images préconçues des mondes d'en face, qui ont été forgées dès le début de la socialisation professionnelle. Aussi les rapports de forces tendent-ils également à être reproduits et avec eux les hiérarchies conçues comme

légitimes entre acteurs mais aussi entre façons de faire. Notamment la perpétuation de la centralité légitime du soin limite d'autant l'imposition effective de pratiques pourtant largement plébiscitées, telles que l'approche de santé publique ou la mise en œuvre au quotidien de la « démocratie sanitaire ».

1.1 Des dynamiques de perpétuation des cloisonnements entre catégories d'acteurs

Malgré la prise de conscience partagée de la nécessité de prises en charge partenariales et les outils juridiques fournis à cet effet, les divisions historiquement construites entre catégories d'acteurs persistent dans les représentations. Les discours traduisent de nombreuses préconceptions allant jusqu'au cliché, qui sont de l'ordre de la perception quasi clanique et de l'expression spontanée et qui, parfois, jurent avec l'effort de réflexivité dont font preuve les acteurs. Ceux-ci mentionnent des « barrières », des « cultures professionnelles très cloisonnées », un « système cloisonné », sans toujours pouvoir expliquer cette impression généralisée. Comme le reconnaît un praticien hospitalier « chacun a sa philosophie, son mode de fonctionnement et a du mal à comprendre le mode de fonctionnement des autres personnes », tandis que pour un généraliste libéral, « on est dans des mondes parallèles, parce qu'on ne s'occupe pas des mêmes choses et on a peu besoin de se rencontrer ». Les acteurs décrivent en fin de compte des mondes étrangers, notamment professionnels, qui coexistent, sans se comprendre nécessairement mais souvent en nourrissant une idée qui se veut assez précise de l'autre et de ces intentions perçues. Nous avons déjà eu l'occasion d'étudier la division historique entre les deux grandes figures tutélaires que sont l'État et l'Assurance maladie. Quant aux cloisonnements entre organisations administratives, ils ont largement été abordés par la littérature et feront l'objet d'un point spécifique dans le cadre de notre analyse du « phénomène bureaucratique » tel qu'il se déploie dans l'agir sanitaire⁵⁵⁸. Ce sont des cloisonnements cognitifs et culturels

⁵⁵⁸ Le terme est emprunté à Crozier, M. Crozier, *Le phénomène bureaucratique*, Paris, Le Seuil, 1971. Voir notamment B. Jobert, B. Revesz, *Représentation sociale et planification. Recherche pour une approche intégrative des indicateurs sociaux*, Grenoble, Cerat, 1972 ; F. Dhume, *La coopération dans l'action publique*, Paris, L'Harmattan, 2006. Mentionnons également les rapports publics de la Cour des Comptes, ou de l'Inspection générale des affaires sociales dénonçant une organisation administrative en tuyaux d'orgues.

entre des catégories que nous cherchons à éclairer, plutôt que de strictes divisions entre organisations.

L'enquête de terrain permet de recueillir le discours de professionnels cherchant à mettre en avant les coopérations engagées, les avancées en matière de prise en charge coordonnée ou de partage d'expérience, ou encore leur progressif apprivoisement des modes de fonctionnement administratifs. C'est notamment le cas des praticiens engagés dans des réseaux ou qui s'expriment dans divers groupes de travail et rencontres pluridisciplinaires organisés par le corps médical ou les administrations. Pour autant, de profondes différences qui continuent de parcourir les catégories de professionnels. Notamment, une majorité de médecins maîtrise mal, nous l'avons vu, l'organisation ou les objectifs des autorités publiques de planification et de financement. De même les praticiens méconnaissent certains codes et coutumes de ceux qui n'ont pas le même mode d'exercice, en cabinet ou à l'hôpital, ou adoptent une posture de rejet de leur choix de pratique. En ce sens, malgré les mouvements de convergence des idées et l'injonction au partenariat, le discours des acteurs reflète bien de fortes catégorisations. L'intérêt n'est pas de savoir si ces représentations correspondent à une réalité mais plutôt de souligner combien les acteurs historiques de l'agir sanitaire perpétuent des cadres et des images sociales fondateurs pour leur catégorie et permettant de justifier la différence affichée avec d'autres.

Tout d'abord, nous devons mentionner la conservation de la division perçue entre professionnels et administrations⁵⁵⁹.

Les premiers expriment des réticences face à l'intervention régulatrice des autorités publiques, souvent assimilée à une menace pour leur autonomie ou leurs intérêts. Une inspectrice de Ddass souligne que les rapports avec les praticiens ne sont « pas simples », dans la mesure où « avec les démarches institutionnelles ils ont quand même une certaine méfiance ». Pour un médecin inspecteur de Drass les praticiens libéraux en particulier auraient « une grosse horreur de la chose administrative ».

Les acteurs administratifs entretiennent de leur côté certaines représentations assez générales sur les médecins souvent critiqués pour leur corporatisme, leur tendance à dépenser sans compter les deniers publics ou à défendre des intérêts strictement catégoriels

⁵⁵⁹ Nous renvoyons à P. Hassenteufel, *Les médecins face à l'État*, op. cit.

à travers une représentation syndicale taxée de conservatisme. Une inspectrice de Ddass considère par exemple que « les professionnels de santé, ce qui les intéresse, c'est combien on va leur donner, qu'est-ce qui vont pouvoir faire. Et la façon dont ça se passe ne les intéresse pas vraiment ». Ces représentations sont d'ailleurs source de défiance de la part des médecins vis-à-vis notamment d'organismes de Sécurité sociale qui semblent les considérer seulement comme « des dépensiers », comme « la source de leurs problèmes »⁵⁶⁰. Un praticien hospitalier qualifie ses relations avec les services de l'État de « nécessairement tendues... car je suis quelqu'un qui dépense de l'argent », l'administration ayant l'impression que « je dépense pour rien ».

Mais au-delà des oppositions catégorielles entre praticiens de terrain et « tutelle », qui sont d'ailleurs ponctuellement mises en scène lors de rencontres au cours desquelles chacun reste dans son rôle et se pose en véritable incarnation de sa catégorie et de ses revendications, le discours de ces acteurs révèle une certaine méconnaissance doublée d'incompréhension des façons de faire respectives. De manière significative, malgré l'appartenance commune au corps médical, les praticiens hospitaliers et libéraux admettent souvent leur méconnaissance de la pratique de leurs confrères médecins inspecteurs travaillant dans les services déconcentrés. « Les médecins de santé publique, c'est une partie de la profession dont on ignore complètement ce qu'elle fait, reconnaît un généraliste de ville. On ne sait pas qui c'est, on ne sait pas ce qu'ils font. On sait qu'il y a des médecins à la Ddass, des médecins inspecteurs, mais je n'ai aucune idée de leur rôle. » Ces deux catégories sont conçues comme n'ayant pas du tout les mêmes ordres de préoccupations, représentant en définitive chacune un paradigme de la santé, le curatif individuel d'un côté et l'approche de santé publique de l'autre : « nous on a une pratique individuelle, on traite individuellement des gens. Les médecins de santé publique ils traitent un problème global et une population, ils ne traitent pas des cas individuels. Donc on a exceptionnellement à faire à un médecin inspecteur. Nous on est dans l'individuel et eux ils sont dans le collectif. »

Plusieurs praticiens libéraux critiquent une administration qui ne les implique pas suffisamment avant de lancer des projets qui, de ce fait, sont des échecs sur le terrain, notamment parce qu'ils ne sont pas adaptés à leurs façons de travailler.

⁵⁶⁰ Ces mots sont ceux d'un spécialiste libéral.

Selon un président de CME par exemple, l'Assurance maladie « a réalisé des gabegies financières, par des politiques de prévention qui ne présentaient aucun intérêt, car elles étaient mal faites et ne pouvaient aboutir qu'à un échec. Tout ça parce qu'ils n'ont jamais voulu collaborer avec les praticiens et tout ça parce qu'ils ont voulu travailler dans leur coin en étant sûrs d'avoir raison ». Concernant par exemple du vaccin contre la grippe, un généraliste de ville considère qu' « ils ont voulu sensibiliser pour qu'on vaccine autre chose que des personnes âgées. [...] Ça a été un flop complet. Un truc de prévention qui n'est pas préparé avec les acteurs, mais préparé dans des bureaux, par des gens qui font des concepts... qui ne sont pas inintéressants... mais s'ils n'ont pas impliqué les acteurs de terrain, ça ne marche jamais. Ça tombe dans le vide et puis on se retrouve avec plein de formulaires, plein de questionnaires. On fait ce constat depuis longtemps. Ça a été pareil pour le dépistage du cancer du colon, ça a failli être pareil pour le dépistage du cancer du sein, c'est chaque fois pareil ! »

De même un de ses confrères revient sur « l'entretien de santé » pour les 12-13 ans expérimenté en Gironde entre octobre et juillet 2006 et financé par l'Assurance maladie, devant servir à instaurer un contact entre jeunes et praticiens et à dépister d'éventuels troubles à l'entrée dans l'adolescence⁵⁶¹. Cette expérimentation n'a été que très peu suivie par les généralistes – et d'ailleurs par les parents – faute d'une communication adéquate, donc d'une bonne compréhension de son intérêt. « Ils ont élaboré tout un questionnaire *recto verso*, explique le praticien. Les caisses ont envoyé un courrier aux parents des enfants concernés et aux médecins sans qu'on sache jamais d'où ça sortait. Un jour on a reçu plein de questionnaires, des enveloppes T, on ne savait pas d'où ça venait ni à quoi ça servait. On s'est dit "qu'est-ce que c'est encore ce machin", on l'a rangé dans un coin, et puis trois ou quatre mois après un jeune s'est présenté, avec ce truc. [...] Je ne savais même plus où j'avais mis ces questionnaires, je les ai cherchées partout, je ne les ai pas retrouvées. J'en ai redemandé d'autres à la caisse en disant "écoutez, c'est tombé un peu comme un cheveu sur la soupe". Et entre temps il y en a une qui est venue, donc j'ai rempli un questionnaire, et je n'en ai pas revu depuis. Les actions de prévention qui passent par la caisse, c'est rarissime que ça aboutisse. »

⁵⁶¹ Cet entretien est effectué par un généraliste, dans le cadre d'une consultation longue, rémunérée en conséquence, de prévention et de dépistage. Le praticien doit remplir un bordereau et un questionnaire pour chaque patient, qu'il renvoie à la caisse pour obtenir sa rémunération forfaitaire.

Les médecins reviennent d'ailleurs largement sur la manière dont les caisses communiquent avec eux par l'envoi systématique de courriers, ce qui ne leur semble pas adapté à leurs conditions de travail quotidiennes. Certains admettent ne pas toujours porter grande attention à ces courriers, mais tous se rejoignent sur la charge que ces derniers impliquent. Plusieurs ironisent même sur ce qui pour eux est un révélateur du fonctionnement bureaucratique des caisses : « “vous n’avez pas cocher en bas à droite pour la feuille de Monsieur Machin, veuillez nous la renvoyer cochée”. C’est plein de trucs comme ça toute la journée. »

Un deuxième ordre de catégorisation apparaît fortement entre « le public » et « le privé », c'est-à-dire entre le monde de l'hôpital public et celui des cliniques qui se partagent le paysage de l'hospitalisation française. Les praticiens appartenant à chacune de ces catégories se rejoignent dans la mention de « deux sphères différentes », de « cloisonnements très forts », de représentations critiques que l'« on se renvoie à la figure ».

Beaucoup d'acteurs appartenant indifféremment à l'équipe soignante ou à la direction d'un établissement public distillent une vision avant tout mercantile de l'activité des cliniques libérées des obligations de service public. Un patron hospitalier considère par exemple que dans le privé, « on dépense beaucoup d'argent pour faire de l'argent », dans la mesure où y sont pratiqués des actes hautement rémunérateurs, de même qu'on y attire des praticiens non par le prestige du concours mais par la promesse de salaires plus élevés qu'à l'hôpital public.

À l'inverse, ce dernier est critiqué justement pour la faiblesse de sa gestion due à l'utilisation exclusive, jusqu'à récemment, de dotations publiques indépendantes de l'activité réelle. Les cliniques privées apparaissent au contraire comme des symboles d'une bonne gouvernance permettant de développer des activités de soin performantes tout en dégageant des profits.

Des praticiens mais surtout des directeurs exerçant dans le public s'insurgent d'ailleurs contre ce qui leur apparaît un procès injuste, rappelant les missions spécifiques exercées au nom du service public et leur investissement dans des activités non rentables tel que l'accueil d'urgence ou la prise en charge des patients les plus lourds. L'exemple d'une appendicectomie permet par exemple à un directeur de montrer que derrière une même

dénomination se cachent des réalités bien différentes pour un établissement public ou privé, même si « on fait semblant de considérer qu'on est sur des secteurs d'activité identiques » : pour le public le patient pourra être une personne âgée, poly pathologique, nécessairement plus difficile à diagnostiquer et qui nécessitera un temps de rémission plus long. Pour le privé en revanche il s'agira d'un jeune garçon, pour lequel le diagnostic est très rapide et qui n'est hospitalisé que peu de temps. L'aspect caricatural de la démonstration est en lui-même révélateur des antagonismes perçus entre ces deux mondes qui se taxent mutuellement de gaspillage de fonds publics et de profits faciles.

La situation de concurrence exacerbée par la mise en place de la T2A vient nourrir une différence culturelle qui aurait pu s'estomper dans la mesure où hôpitaux et cliniques se partagent les mêmes activités de soins, les cliniques participant pour certaines au service public hospitalier ou à des coopérations avec l'hôpital, et certains professionnels pratiquant dans les deux sphères d'activité. Comme l'explique un directeur d'hôpital, « sur des dimensions de soins qui sont très concurrentielles, les rapports sont difficiles. Si on parle de chirurgie, si on parle de cardiologie, ou d'imagerie médicale, il y a des tensions inévitables parce qu'on est en concurrence sur des segments d'activité. Surtout que sur certaines spécialités les professionnels sont peu nombreux. Donc il y a une stratégie de prise de marché en termes de recrutement de professionnels qui fait qu'on n'est pas dans des rapports sains et conviviaux. Parce que souvent on se bagarre sur les mêmes choses. »⁵⁶²

Cette opposition culturelle entre établissements publics et privés se poursuit dans les antagonismes perpétués entre l'hôpital et la ville, en d'autres termes les praticiens libéraux exerçant en cabinet.

Cette opposition datant du début du XX^{ème} siècle s'ancre dans le reproche des libéraux aux professeurs des universités de les écarter de la médecine « savante » exercée au sein de

⁵⁶² Notons cependant que les acteurs mêlent à leurs représentations spontanées parfois virulentes, une certaine prise de hauteur concernant leur propre situation et celle de l'autre catégorie, conscients des critiques qui leurs sont adressées mais aussi des oppositions manichéennes qu'ils nourrissent au quotidien. Comme l'explique une directrice d'hôpital, « le privé a l'impression que le public dépense beaucoup d'argent pour une rentabilité qui est nulle, le public ayant l'impression que le privé profite du système alors que lui est victime de tous les inconvénients de ce système. Ce sont des cloisonnements qu'il faut dépasser mais inconsciemment on les a tous en tête. Ça fait partie des cultures avec lesquelles il faut vivre. »

l'institution hospitalière, autrement dit sur ce que Brémond qualifie de « blessure narcissique de la médecine de ville »⁵⁶³. Les réformes successives permettant notamment à l'hôpital et à ses équipes médicales d'affirmer leur mode de pratique et leur excellence, tout comme leur contradiction avec l'identité traditionnellement libérale de la profession, vont renforcer cette scission.

Une fois encore, ce sont les images de deux mondes sociaux culturellement dissociés voire irréconciliables qui dominent les descriptions des acteurs. Un directeur de Ddass mentionne par exemple « deux mondes qui s'ignorent », tandis que pour un président de CME « c'est totalement séparé ». En effet considère un autre praticien hospitalier, « on n'a pas le même métier ! On soigne les malades, oui, mais ce n'est pas le même métier. On ne le fait pas de la même manière », tandis qu'un généraliste de ville insiste sur le fait que « on ne fait pas le même boulot. On n'est pas dans les mêmes problématiques »⁵⁶⁴.

La pratique hospitalière et l'exercice libéral doivent composer avec un environnement matériel fondamentalement différent, lié à leur mode de rémunération, aux moyens techniques dont ils disposent, ou encore à l'appartenance à une équipe. C'est d'abord par ces contraintes que les acteurs expliquent le cloisonnement dont ils font l'expérience. Pour un praticien hospitalier, « entre libéral et public ça reste encore très cloisonné. Ce sont des mondes parallèles qui n'ont pas les mêmes contraintes, qui n'ont pas les mêmes objectifs. » Un de ses confrères décrit comment ces divergences d'organisation impactent au quotidien sur les tentatives de coopération et peuvent d'ailleurs, être une des sources du ressentiment ou du jugement à l'endroit de l'autre catégorie : « on a tous des contraintes, on a tous des difficultés dans notre exercice [...]. Et il ne faut pas se leurrer, le collègue d'à côté a d'autres contraintes. Un exemple très simple qui montre que c'est cloisonné : je veux appeler un médecin généraliste, pour prendre une décision importante pour un patient. Je veux prendre l'avis du généraliste qui, lui, connaît le patient depuis longtemps, donc je l'appelle. Je l'appelle le matin parce que je fais la visite le matin. Et bien à ce moment là, il

⁵⁶³ M. Brémond, « Les syndicats de médecins contre l'organisation de la protection sociale, tout contre », *op. cit.* p. 122

⁵⁶⁴ Affleure ici la question du corps médical en tant que profession unifiée. Nous renvoyons à R. Bucher, A. L. Strauss, « La dynamique des professions », in A. L. Strauss, dir., *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme*, Paris, L'Harmattan, 1992. Voir également P. Hassenteufel, *Les médecins face à l'État*, *op. cit.*

est en visites à domicile. Donc il faut que je le rappelle l'après-midi. Mais l'après-midi, moi-même, je suis en consultations ! Donc je vais finir par dire "il est énervant ce généraliste. Il n'est jamais joignable ! Et bien tant pis je ne l'appelle pas". On n'a pas les mêmes contraintes au même moment. Alors si je veux l'avoir il va falloir que je fasse un petit effort. Il faut avoir envie de communiquer. Si un médecin généraliste m'appelle et que je suis en consultation, je ne suis pas joignable une fois. Puis je ne suis pas joignable deux fois, puis trois. Après il va arrêter d'appeler ». Chaque tentative d'interaction, même banale, paraît ici incarner l'incommensurabilité de ces deux mondes du soin, régis chacun dans un cadre temporel, économique ou technique différent.

Néanmoins, au-delà de cette dimension matérielle des antagonismes entre la ville et l'hôpital, ce sont bel et bien les représentations respectives, les images nourries à l'égard de l'autre mode d'exercice qui forgent leur division. Comme le résume un praticien hospitalier, « le système de santé est cloisonné de fait. Parce qu'on n'est pas au même endroit, parce qu'il y a des freins dans l'organisation. Mais il y a aussi des freins dans la tête. [...] donc une contrainte d'organisation et une contrainte d'image les uns des autres. »

Le discours des acteurs révèle des cloisonnements d'ordre cognitif, fondés sur des argumentaires en termes de valeurs, correspondant à ce qu'un praticien qualifie de « cultures qui restent ancrées ». Ce que décrit un hospitalier est, de ce point de vue, assez éloquent : « moi quand je vais à l'Urmla, je ne sais pas comment prendre ces gens là ! Je ne sais pas comment les prendre. On n'est pas dans le même monde. Moi là où je prends du plaisir c'est quand j'ai un article accepté. Quand je fais un bon diagnostic j'aime bien ça aussi. Eux, c'est quand ils gagnent beaucoup d'argent. Moi c'est être chercheur, avoir un élève qui entre à l'Inserm. Ça c'est formidable. Alors qu'eux s'en fichent royalement. On n'est pas pareil. Quand je vais à l'Urmla, je suis obligé de les laisser parler pendant un long moment avant de savoir comment je vais dire les choses ».

Bien qu'une nouvelle fois cette description paraisse caricaturale, elle montre que les acteurs ne se contentent pas d'exposer une différence constitutive de leur propre identité professionnelle. Chaque catégorie tend à critiquer l'autre, en soulignant les aspects individualistes et utilitaires de ses buts et en revendiquant, par opposition, la noblesse du choix de son propre mode d'exercice. Des praticiens libéraux, largement critiqués pour leur tendance à multiplier les actes pour augmenter leur revenu, accusent en retour les hospitaliers de rechercher les patients « intéressants » dans le but de publier des articles

nécessaires à l'avancement de leur carrière. La division catégorielle se fixe sur le problème de l'intérêt du patient que chacun entend mettre au premier plan.

Par ailleurs, dans un contexte où l'hôpital conserve une image d'excellence et de progrès médical, les praticiens de ville reviennent souvent sur le mépris affiché à leur rencontre par les hospitaliers, qui est pour eux un nouveau motif de division. Comme l'explique par exemple un spécialiste de ville bordelais, « à partir du moment où il y a un CHU nos collègues de l'hôpital sont aussi des enseignants. Donc ils nous prennent un peu de haut. C'est eux qui font la formation. Donc on a du mal à leur montrer ce qu'on fait puisqu'on sait qu'on va être jugé ».

Cette impression de dédain produit chez certains libéraux de la réticence à prendre part à des projets censés les faire travailler directement avec les hospitaliers, notamment les réseaux de santé. Plusieurs d'entre eux justifient leur manque d'enthousiasme pour cette forme d'institutionnalisation de la coopération entre ville et hôpital par le fait qu'elle les dépossède de leurs patients et de leur autorité, les hospitaliers cherchant, non pas à travailler mieux avec eux mais plutôt à leur apprendre à travailler mieux. Pour un spécialiste de ville notamment « les réseaux de santé sont montés par l'hôpital à chaque fois et servent à "ramenez-moi des patients et je m'en occupe". » De même pour un généraliste, « on a toujours l'impression qu'on a un manque de reconnaissance de notre spécificité, et qu'on va nous imposer des façons de travailler. » Un de ses homologues considère aussi que « les réseaux c'est comme dire "vous êtes vraiment nuls ! Heureusement qu'on est là pour vous montrer comment il faut faire". Donc forcément à un moment donné, si je ne suis pas reconnu dans quelque chose, je fuis, je ne veux pas ! Quand même, moi je soigne des gens tous les jours, je fais des bêtises bien sûr, mais à l'hôpital je vois comment les patients reviennent, ils ne sont pas mieux ! Il n'y a pas de reconnaissance. Et on ne peut pas marcher sans reconnaissance ! Reconnaissance de nos erreurs : je crois que c'est aussi là-dessus qu'on peut se former. Mais aussi reconnaissance de notre efficacité. »

Cette impression de relative relégation des libéraux n'est d'ailleurs pas uniquement le fruit de leurs représentations : il s'agit d'un problème reconnu par les professionnels de l'hôpital, praticiens comme directeurs. Comme l'admet l'un de ces derniers, « dans beaucoup de cas, il faut dire les choses clairement, souvent l'hôpital a été à l'origine des réseaux. Mais c'est un peu notre tort à l'hôpital : au bout d'un moment, comme on a été à l'initiative on se sent un peu propriétaire des choses. On vit le transfert vers le libéral parfois avec un sentiment

de dépossession. [...] on aime bien ses bébés, on aime les voir grandir. » Mettre en œuvre un réseau signifie donc concilier des contraintes de pratiques hétérogènes, mais également outrepasser des préconceptions productrices d'une certaine méfiance entre deux catégories de soignants.

Les divisions qui se perpétuent dans l'agir sanitaire ne sont pas seulement le fait d'un environnement de pratique spécifique. Un autre ordre de cloisonnement transparaît dans les représentations des acteurs, qui croise ceux que nous venons de décrire, celui caractérisant les rapports entre médecins généralistes et spécialistes par-delà le choix de leur lieu d'exercice⁵⁶⁵.

Le nombre de spécialistes s'est considérablement accru en France avec le progrès scientifique et technique, à partir des années cinquante puis au cours des années quatre-vingt. Ces praticiens forment des communautés de savoir, basées sur une formation identique, mais également des communautés d'intérêts. C'est sur cette segmentation entre spécialités que se structure, en creux, la séparation à la fois matérielle et idéologique entre ces spécialistes et les médecins généralistes. L'activité de ces derniers a longtemps été définie par la négative et dévalorisée, scientifiquement comme économiquement⁵⁶⁶. L'institution d'une représentation syndicale autonome avec le syndicat national des médecins généralistes, MG France, créé en 1986, traduit d'ailleurs la volonté de faire valoir un savoir et des intérêts spécifiques.

Les généralistes aquitains abordent spontanément cette nécessité d'une représentation propre, pour valoriser la singularité de leur rôle par rapport aux spécialistes : « la médecine générale a revendiqué, à égalité avec les autres spécialités, d'être défendue. Pour ça il a fallu créer un syndicat propre à la médecine générale » ; « on essaie, depuis une vingtaine d'années, de mettre en place les concepts et les critères qui permettent de définir la fonction du médecin généraliste dans notre système de soins » ; « il y a toujours eu une antinomie,

⁵⁶⁵ Ce cloisonnement naît historiquement du précédent entre ville et hôpital, la spécialisation médicale s'étant d'abord développée à l'hôpital. L'élite hospitalo-universitaire a diffusé des savoirs parcellisés fondés sur une pathologie et la technologie correspondante. À une logique de progrès scientifique s'ajoutent une logique économique et une logique de pouvoir, la maîtrise d'une spécialité assurant le contrôle d'un espace professionnel délimité.

⁵⁶⁶ M. Arliaud, *Les médecins*, Paris, La Découverte, 1987

enfin une opposition entre les spécialistes et les généralistes. Il y a des petits combats qui se jouent dans la reconnaissance, dans les tarifs, dans plein de choses... Autrefois, le médecin généraliste c'était le bon petit soldat qui obéissait à tout le monde, et puis les syndicats étaient pluri catégoriels. Jusqu'au jour où a émergé un syndicat de généralistes et on s'est bagarré pour que le rôle du médecin généraliste soit identifié dans sa spécificité, que ça ne soit pas simplement une espèce de sous médecin qui ne sait rien faire mais doit quand même tout faire. »

Les généralistes n'ont cessé jusqu'à aujourd'hui d'affirmer leur identité spécifique et un rôle social fondé sur une relation de proximité avec les patients, dépassant largement celui du soin des organes, par opposition à la pratique technique des spécialistes. S'éloignant sans cesse des catégorisations médicales universitaires pour replacer les maux dans leur dimension sociale, familiale ou affective, ils revendiquent une capacité inégalée de se rapprocher du vécu du patient⁵⁶⁷. Le discours de certains généralistes aquitains illustre bien cette double volonté de dénoncer l'inégalité de traitement et de considération existant entre eux et les spécialistes tout en affirmant leur rôle pivot dans le système de soins. Ils reviennent sur leur position d'infériorité face aux spécialistes : « dans notre génération, on considérait qu'on était généraliste par échec » ; « on n'est pas au même niveau ! Tant sur le plan financier on n'est pas au même niveau, sur le plan de l'organisation du travail on n'est pas au même niveau, on n'a pas les mêmes devoirs et les mêmes droits. C'est là où quelque chose cloche. » Sur cette base, ils cherchent à montrer, à grand renfort d'anecdotes, combien leur mission de premier recours est indispensable, notamment en termes d'information et d'écoute des patients, ou de prévention, justement parfois parce que le spécialiste ne fait pas cet effort : « le cardiologue il ne fait pas de la prévention, il gronde les gens : “vous êtes trop gros, il faut maigrir”. Mais il ne prend pas le temps d'expliquer comment il faut maigrir. Il y a des patients qui viennent en disant “comment je fais, le cardiologue a dit qu'il fallait que je maigrisse”. Lui, il a pris cinquante euros, et puis nous il faut qu'on explique pendant une demi-heure » ; « les spécialistes ? Et bien on fait des examens. Mais nous, on fait des démarches, on réfléchit à “si je fais ça, ça va donner quoi ? Est-ce que c'est utile ?” » ; « souvent c'est nous qui les mettons au courant de la situation familiale, qui des fois influe sur les décisions. Certains sont à l'écoute, mais globalement ils

⁵⁶⁷ *Autrement*, n° 161, Infiniment médecins. Les généralistes entre la science et l'humain, février 1996

sont dans leur technicité, dans leurs examens ». Les généralistes considèrent même que pour beaucoup de gestes techniques ils peuvent faire aussi bien que les spécialistes, même si ces derniers ne souhaitent pas leur reconnaître officiellement cette compétence pour conserver un avantage technique qui représente aussi un avantage financier. Ainsi, « en urgence, on voit des choses qui sont du domaine du spécialiste mais c'est nous qui le faisons. Là on est capable de le faire ! Mais quand il s'agit de s'occuper du quotidien, de la prévention, du curatif simple... c'est différent. Par exemple en gynécologie, prescrire la pilule ce n'est pas très compliqué, nous les généralistes on peut très bien le faire. On sait le faire mais on nous demande de ne pas le faire. Mais on est capable en urgence de s'occuper d'un problème urgent de gynécologie ».

Dans un tel contexte de division doublée de ressentiment, les Unions régionales des médecins libéraux, instances de représentation pluri syndicale, peuvent difficilement « unir » des professionnels, certes tous libéraux, mais formant une population parcourue de divergences cognitives et stratégiques. Un praticien intervenant à l'université de médecine de Bordeaux considère au sujet de ces « unions » que « jamais un mot n'a été aussi mal employé »⁵⁶⁸. Elles seraient en effet rendues « inopérantes » par des conflits internes, des enjeux financiers et de pouvoir. Pour un spécialiste siégeant à l'Urmla, sa grande faiblesse réside dans son organisation par sections de généralistes et de spécialistes : « ce n'était vraiment pas le lieu pour recréer de la division. Il valait mieux créer des thématiques, en disant qu'au sein de l'Union, il y aura des collèges qui travailleront sur le soin à domicile, sur le lien ville-hôpital etc. Mais recréer des chapelles à l'intérieur, ça ne m'a pas semblé une bonne chose ».

Les représentations des acteurs aquitains témoignent donc clairement de la reproduction de catégorisations qui servent à la socialisation et à la construction des identités. Dans ces conditions, même si la plupart des acteurs reprennent le discours sur la nécessaire transversalité, le véritable travail partenarial par-delà les catégories, qui sont autant de cultures professionnelles, apparaît *a priori* mis en difficulté.

1.2 Une reproduction des rapports de force établis

⁵⁶⁸ G. Duroux, intervention lors de la réunion d'information, « L'Évaluation des pratiques professionnelles en santé : une opportunité pour faire évoluer les pratiques, l'organisation et les résultats des soins », 14 juin 2007, Université Victor Ségalen Bordeaux 2

La dynamique de perpétuation se retrouve au niveau des rapports de force traditionnellement établis au sein de l’agir sanitaire : rapports de force entre soignants que nous venons d’aborder, mais également entre ces derniers et d’autres catégories professionnelles, ou plus largement entre thématiques, par exemple entre le soin et les démarches de santé publique. Sans revenir sur l’ensemble des illustrations de cette perpétuation des hiérarchies traditionnelles, nous souhaitons étudier plus précisément le maintien de l’infériorité de la figure de l’usager par rapport aux acteurs professionnels, qui demeure malgré les réformes⁵⁶⁹.

Le mouvement de mise en œuvre de la démocratie sanitaire, explicitement consacré par la loi en 2002, se fonde sur l’idée de rééquilibrage de la relation médecin/malade et plus largement sur la volonté de fournir aux citoyens, qui sont autant d’usagers avérés ou potentiels, des canaux de participation effective au-delà du colloque singulier, à l’échelle de la gestion des établissements ou de la planification sanitaire. Nous l’avons vu, ce référentiel démocratique tend à s’affirmer dans le discours des professionnels aquitains, administratifs, gestionnaires d’établissements et médecins. Cependant, la place du citoyen-usager dans l’agir sanitaire demeure problématique, dans la mesure où l’usager apparaît comme une figure difficile à saisir et où sa parole reste sujette à controverse, du point de vue de sa pertinence voire même de sa légitimité.

Si les professionnels reconnaissent la montée en puissance de la voix des usagers à divers niveaux de prise de décision, leur discours ne permet pas de conclure à une complète mise en application d’un modèle de démocratie sanitaire dans lequel la société civile serait effectivement et légitimement active dans le processus décisionnel. La mise en acte du référentiel démocratique connaît certaines limites d’ordre organisationnel mais plus fondamentalement en termes de distribution légitime de l’autorité. L’analyse de l’agir sanitaire aquitain illustre par conséquent un risque déjà pointé par Lascoumes, dans son analyse de la place de l’usager dans le système de santé français : « si de nouvelles

⁵⁶⁹ Notons que les aspects que nous évoquons ici ne sont pas propres à l’agir sanitaire. Ils ont été relevés par une littérature fournie, dans divers contextes de mise en œuvre d’expériences de démocratie participative. Nous renvoyons notamment à C. Blatrix, « Devoir débattre. Les effets de l’institutionnalisation de la participation sur les formes de l’action collective », *Politix*, vol. 15, n° 57, 2002, pp. 79 – 102 ; L. Blondiaux, Y. Sintomer, « L’impératif délibératif », *Politix*, vol. 15, n° 57, 2002, pp. 17 – 35

opportunités sont offertes aux usagers du système de soin, encore faut-il qu'ils parviennent à les investir activement afin qu'il ne s'agisse pas d'un simple changement formel qui masquerait le maintien d'une profonde dissymétrie. »⁵⁷⁰

Plusieurs acteurs décrivent une situation d'entre deux, dans laquelle les comportements relatifs au rôle effectif des usagers n'évoluent pas au rythme de la réglementation. Selon un directeur de service déconcentré, « depuis quelques années, il y a eu beaucoup de rhétorique à propos de la démocratie sanitaire. Et il y a eu un réel progrès, il y a eu de très bonnes choses. Mais c'est long à venir. Parce que ce n'est pas habituel en France. Donc ça risque de prendre du temps ». De même pour une directrice d'établissement, « au niveau réglementaire ça a évolué... au niveau des relations avec les équipes c'est plus lent ».

Tous les professionnels n'ont pas la même sensibilité au discours démocratique et certains ne parviennent pas à déterminer la juste place à donner à l'utilisateur. Certains considèrent même, nous l'avons vu, l'implication de ce dernier comme une mise en question directe de leur autorité. Au sein des hôpitaux, le rôle qui lui est consenti apparaît très inégal d'un établissement à l'autre, d'une équipe à l'autre. Le discours des praticiens comme des directeurs révèle à cet égard un processus inachevé dans lequel les usagers ont fait irruption dans diverses arènes de discussion et de décision, mais où leur rôle effectif se trouve extrêmement réduit pour des raisons à la fois techniques et de pouvoir. Ils apparaissent souvent plus comme des spectateurs dans des processus décisionnels qui demeurent contrôlés par les professionnels. Même si les usagers peuvent – parfois même sont invités à – prendre la parole durant les réunions ou groupes de travail, leur rôle est loin d'être décisif. La plupart du temps, leurs représentants n'osent pas défendre leur position spécifique dans des espaces réunissant en majorité des professionnels, soit parce qu'ils ne maîtrisent pas le langage expert soit parce qu'ils ne comprennent pas toute la portée des questions techniques évoquées durant ces rencontres. Ils sont présents lors des débats mais ne participent pas aux discussions et ne s'expriment pas au nom d'un groupe plus large d'individus. En ce sens, ils

⁵⁷⁰ P. Lascoumes, « L'utilisateur, acteur fictif ou vecteur de changement dans la politique de santé ? », *Sève*, n° 1, 2003, pp. 59 – 70, ici p. 65. Nous renvoyons aussi à P. Lascoumes, « L'utilisateur dans le système de santé : réformateur social ou fiction utile ? », *Politique et management public*, vol. 25, n° 2, juin 2007, pp. 129 – 144

n'ont de « représentants » que le nom puisque leur posture se réduit souvent à celle de l'observateur, ou du relais d'information⁵⁷¹.

Le discours des directeurs d'hôpitaux est révélateur d'un rôle des usagers qui paraît amputé de sa dimension active : « ils ont une place officielle, ils viennent, s'ils veulent parler on les laisse parler, mais ils ne font pas, à mon sens, changer le cours des choses. C'est plus alibi quoi. Peut-être qu'on ne se permet pas non plus ce qu'on se permettrait s'ils n'étaient pas là... mais je ne crois pas. Déjà nous, on a du mal à appréhender nos organisations hospitalières ! Même s'il y a des formations pour les représentants des patients, il y a des guides qui existent... c'est de longue haleine » ; « je n'ai jamais vu un Conseil d'administration dont une orientation bougeait d'un centimètre par l'intervention d'un représentant des usagers. Ils ne comprennent pas, c'est très compliqué, ils n'osent pas, etc. Quand on débat sur un budget, pour en imaginer les retombées concrètes... même pour nous c'est difficile, alors pour les patients... »

Un constat similaire apparaît au niveau décisionnel plus global de la planification à l'échelle régionale. « Je pense qu'on a acquis cette place dans le cadre de la loi, explique un responsable associatif. Maintenant à nous de montrer qu'on est digne de cette confiance. On a notre place, maintenant il faut la gagner. Ce n'est pas complètement acquis tout le temps. [...] quand vous êtes dans une réunion de concertation avec les élus, les représentants de l'État, effectivement, ils peuvent avoir tendance à vouloir vous assigner le strapontin. »

Plusieurs témoignages d'acteurs siégeant à la Conférence régionale de santé (CRS) montrent notamment que les attentes affichées en termes d'implication de la société civile sanitaire ne sont pas pleinement réalisées. Certains agents de services déconcentrés reconnaissent que la réunion de la CRS est surtout une arène formelle ou il y a peu voire pas de débat. Un praticien membre du bureau décrit un processus dans lequel les professionnels souhaitent conserver le contrôle et ne peuvent souffrir de rendre des comptes à des représentants de la société civile ou de réformer véritablement leurs documents de planification selon leurs avis : « le bureau de la Conférence régionale de santé a écouté les médecins inspecteurs de Drass responsables de chacun des sous-plans du Plan régional de santé publique. Ils sont venus nous dire quelles actions avaient été menées au cours de l'année écoulée. Ils ont présenté et après, on a posé des questions. C'est la première fois

⁵⁷¹ Nous renvoyons à P. Lascoumes, « La précaution comme anticipation des risques résiduels et hybridation de la responsabilité », *L'Année sociologique*, vol. 46, n° 2, 1996, pp. 359 – 382

qu'ils se prêtaient à ça. On voyait bien qu'ils se liquéfiaient. Les usagers ont posé des questions toutes simples, du type "à quoi ça sert ?". C'est ça les questions qu'on pose quand on ne sait pas trop. Mais on ne leur pose jamais ce genre de questions. Réaction : "mais vous n'y pensez pas ! Vous n'êtes pas là pour nous juger !". Certes, on est là pour donner un avis. Le premier jour, personne n'avait compris les règles du jeu. Nous on est là pour donner un avis ! Non mais qu'est-ce que ça veut dire ça ? C'était extrêmement stressant. Et la deuxième fois tout le monde avait compris. [...] Donc l'avis va forcément dans leur sens. Sinon ils ne viendraient plus. Dès que quelqu'un commence à leur poser des questions sur ce qu'ils font, ils se mettent en colère. Alors il a fallu qu'on change complètement notre manière de faire. C'est une expérience étonnante ! Étonnante. » De même, « j'ai vu tout de suite qu'on ne peut pas mettre les pieds dans le plat. Ce n'est pas possible. Si vous dites "c'est inadmissible, vous devez nous présenter des choses, on va vous proposer un canevas avec ce qu'on veut", là c'est terminé. C'était terminé ! Aucun n'accepterait ! On avait une fronde de tout le monde, alors que vraiment on n'avait rien fait, sauf simplement poser des questions ! » Les membres du bureau de la CRS paraissent, à travers son expérience, appelés à écouter les professionnels et à entériner leurs décisions, sans ouvrir de controverse gênante : « ce qu'attendait la Drass, c'est quelque chose qui ne bouleverse pas le fonctionnement. Surtout ne faisons pas de vague ! Le système est assez compliqué comme ça. »

À l'inverse, les agents de services déconcentrés siégeant à la CRS se montrent justement mal préparés à véritablement se soumettre aux interrogations des représentants de la société civile. Leur discours révèle combien ils essaient, consciemment ou non, de restreindre l'impact des usagers dans la programmation de santé publique. Une inspectrice de la Drass souligne par exemple qu'il a fallu recadrer les membres de la CRS, leur expliquer la portée de leur rôle, ce qui signifie pour elle leur montrer qu'ils ne « décidaient pas », cette prérogative revenant exclusivement aux services techniques : « c'est clair, à travers leurs interventions, qu'ils ne comprennent pas toujours bien leur rôle. Par exemple, ils nous ont demandé un bilan sur la mise en œuvre des programmes de santé publique, avec les moyens etc. Mais on leur a dit que ce n'était pas leur rôle ! On leur a dit "vous devez intervenir au niveau du programme dans sa globalité. Vous devez évaluer le programme, mais pas l'avancement de chaque action" » ; « ils ne peuvent pas faire de propositions sur la mise en œuvre. Ils doivent donner leur avis sur ce que l'on a proposé en termes de planification ».

Les professionnels soignants comme administratifs s'attachent finalement à parler au nom des usagers plutôt qu'à les laisser véritablement parler. Les vecteurs d'expression et de participation des usagers n'ont qu'un impact limité du point de vue de la démocratisation des processus décisionnels. Ils peuvent même être considérés comme ayant des effets inverses à cette démocratisation, dans la mesure où il est essentiellement attendu de la société civile qu'elle valide les stratégies des experts/professionnels, leur conférant de ce fait une garantie de légitimité supérieure, mais sans réelle opportunité d'être un contre-pouvoir. Les professionnels peuvent réduire la possibilité même de protestation des usagers, leur présence formelle et silencieuse étant officiellement considérée comme un accord. Comme l'explique un praticien libéral, « on peut leur dire "mais vous y étiez ! Vous êtes contre mais vous y étiez. Donc vous n'avez plus rien à dire ! Vous aviez votre représentant : s'il n'a rien dit c'est qu'il était d'accord". C'est aussi ça, c'est à double tranchant. » Nous retrouvons là le facteur clef de la « dissymétrie » caractérisant les processus décisionnels sanitaires relevé par Lascoumes, renforcée par « un "usager potiche" cautionnant de sa présence muette des décisions toujours plus complexes et extérieures à lui »⁵⁷².

La référence à l'utilisateur s'apparente en somme « un nouveau gadget bureaucratique renouvelant la légitimité de pratiques fondamentalement inchangées »⁵⁷³. Les usagers paraissent manquer d'outils techniques et sociaux pour transformer en profondeur les relations de pouvoir avec les professionnels, ce qui permet de mettre en question l'avènement véritable de la démocratie sanitaire dans son sens d'*empowerment* effectif.

Si les usagers peinent à s'affirmer comme acteurs qui prennent activement part à la décision collective, c'est également parce que leur voix n'est pas absolument considérée comme légitime par les autres parties prenantes : d'une part l'identité même de cet « usager » est problématique ; d'autre part les acteurs professionnels identifient leurs demandes et revendications à des réclamations de type consumériste.

Un des obstacles majeurs à la reconnaissance de la légitimité des usagers à intervenir dans les divers niveaux et instances du processus décisionnel est l'incertitude persistante quant à l'identité des dits « usagers », du moins de ceux qui s'expriment. Ceux qui se font entendre

⁵⁷² P. Lascoumes, « L'utilisateur, acteur fictif ou vecteur de changement dans la politique de santé ? », *op. cit.* p. 65

⁵⁷³ *Ibid.* p. 59

ne sont en effet pas considérés comme des représentants légitimes par les différents professionnels. Comme le résume bien le Directeur des affaires sanitaires et sociales, « c'est difficile de trouver un système qui garantirait vraiment la représentativité. Les usagers, d'accord. Mais qui sont ces usagers ? Où sont-ils ? Qui parle au nom de qui ? Ça reste une question essentielle ».

La plupart des professionnels, administratifs ou soignants, mettent en doute la corrélation existant entre les usagers en général et ceux qui s'expriment et siègent en tant qu'usagers. Ils considèrent que ce ne sont pas toujours les « vrais » usagers qui s'investissent, ou bien seulement une partie d'entre eux, de surcroît appartenant souvent à la même frange, à savoir ceux qui ont un capital social ou un niveau de connaissance suffisant sur les institutions et les enjeux de pouvoir à l'œuvre. Le manque de représentativité est, la plupart du temps, expliqué par le fait que ceux qui sont censés représenter les usagers sont avant tout des membres d'associations thématiques ou de familles de malades, dont les intérêts et les demandes ne recouvrent que très partiellement les besoins, soit des malades eux-mêmes, soit d'autres groupes d'usagers. Il ne s'agit pas pour les professionnels de l'agir sanitaire de critiquer en soi la mobilisation des familles, mais plutôt les dérives perçues d'un milieu associatif particulièrement revendicatif, donc d'exprimer la crainte que les vecteurs d'expression des citoyens offerts par la loi ne soient mués en arènes favorisant les stratégies lobbyistes d'associations disparates et divisées.

Dans ces conditions, une directrice d'hôpital considère comme un grand progrès la fondation d'une association exclusivement composée de malades dans son établissement, ce qui, en creux, révèle une nouvelle fois la faible légitimité des associations de familles : « dans notre établissement, là où on a fait de grandes avancées, c'est qu'on a réussi à ce que des patients montent une association, eux-mêmes. Parce que pendant longtemps les représentants des usagers ça n'était que des associations de familles. Or la famille du malade n'a pas le même point de vue que le malade. L'intérêt des familles n'est pas toujours concordant avec l'intérêt du malade. [...] Maintenant ça y est : des patients ont réussi, avec l'aide du service social, à monter une association et à la faire reconnaître par le Préfet au titre des associations représentatives. Cahin-caha, cette association va quand même changer les choses. [...] Les représentants des familles parlaient peu, approuvaient. Là, si on a le représentant de l'association des usagers, qui donc est un patient, qui se

permet de poser une question, ou qui exige de comprendre pourquoi, ça fait un peu bizarre ! »

Notons que les acteurs associatifs eux-mêmes conviennent de cette représentativité limitée qui peut miner leur légitimité : « il y a des associations différentes. Il y en a qui sont vraiment dans la défense contre les erreurs médicales, donc ils sont dans un rapport assez conflictuel avec les médecins. Il y a des associations qui ne sont pas vraiment dans ça, mais plutôt pour avancer avec les médecins, voir comment on peut améliorer » ; « des collectifs inter associatifs se créent, pour travailler ensemble et que chacun ne reste pas à prêcher pour sa chapelle » ; « c'est important aujourd'hui qu'il y ait une représentation des usagers du système de santé. Donc c'est bien qu'il y ait des collectifs inter associatifs pour qu'il puisse y avoir une représentation un peu globale et porter des revendications générales sur le système de soins et pas uniquement liées à une pathologie. »

C'est dans cette optique qu'a été créé un Comité inter associatif (Cis) en région. Cependant, même le représentant occupant le siège de ce Cis dans les instances « ne s'exprime pas dans des conditions de grande représentativité », comme l'explique un directeur de service déconcentré, notamment parce qu'il conserve son appartenance associative thématique originelle. De l'aveu même d'un responsable associatif, « ça se met en place difficilement. Ça fait un an que ça a été officialisé en tant que Cis. C'est encore en train de chercher sa vitesse de croisière, sa légitimité. Parce que les associations n'ont pas forcément les mêmes objectifs, ni les mêmes visions, pas la même militance. Donc c'est parfois un peu compliqué » ; « sur la démocratie sanitaire, ça va être un des enjeux. Il faut que les associations soient claires entre elles, à savoir que quand on siège dans une instance au titre du collectif inter associatif, on y est en tant que collectif inter associatif. On ne peut pas parler que de sa pathologie ou que de sa militance propre. Il ne faut pas tout le temps changer de casquette et c'est très compliqué à mettre en place. C'est aussi pour notre crédibilité : certains médecins disent que les représentants du collectif parlent plus ou militent plus pour leur propre chapelle. Je l'entends, et je pense qu'en crédibilité, on risque de se faire avoir si on ne règle pas ça en interne rapidement. »

Cependant, même lorsque ce sont les patients eux-mêmes ou des usagers à titre individuels qui s'impliquent de manière directe, la question de leur légitimité à représenter autrui demeure. Ils ont été confrontés au système de santé suite à un problème spécifique, une maladie particulière et partant, peuvent surtout – ou seulement – s'en remettre à leur

expérience d'une pathologie, d'un service hospitalier, ou d'une spécialité médicale pour exprimer des critiques ou des recommandations. En ce sens les professionnels considèrent que ces usagers, n'ont pas la connaissance suffisante du système dans sa globalité, autrement dit la compétence, pour participer légitimement à la décision au nom de l'immense masse des usagers. « Si je me fais opérer de la cataracte, explique un directeur de service déconcentré, est-ce que pour autant je suis en mesure de représenter les gens qui se font opérer du pied ou qui viennent pour un cancer de la prostate ? Cette représentativité est quand même illusoire ! On ne connaît que son propre cas. Ou alors on est quelqu'un qui a une maladie chronique et on ne connaît que la maladie chronique. Donc c'est, par définition, un petit peu un oxymore "représentant des usagers". » Aussi l'utilisateur est-il considéré comme peu légitime parce que « toujours suspecté d'une subjectivité qui l'aveugle ou d'être le porteur d'intérêts catégoriels »⁵⁷⁴.

La prise de parole des usagers reste sujette à controverse dans la mesure où ces derniers constituent une catégorie difficile à identifier et à circonscrire. Ils ne peuvent être considérés comme une population homogène, du point de vue tant de leur expérience que de leurs attentes. Sur cette base, le discours de justification d'une certaine méfiance à l'égard de la participation active des citoyens non experts est également fondé sur ce que les professionnels considèrent comme une tendance consumériste vis-à-vis du système de santé. Les praticiens tout particulièrement dénoncent les demandes multiples d'utilisateurs qui, à l'inverse, ne prennent pas en compte les contraintes et les difficultés liées à leur charge de travail ou aux processus institutionnels. Des exigences grandissantes, parfois au mépris des efforts des professionnels, tendent pour ces derniers à complexifier les missions et la communication, notamment à l'hôpital où sont traités des cas difficiles et les accueils d'urgence. En témoignent le discours de nombreux praticiens hospitaliers, quelle que soit leur spécialité : « le corps médical est de plus en plus soumis à critique. On est de plus en plus soumis à des plaintes de patients. [...] Peu à peu en pratique, on évolue d'une obligation de moyens à une obligation de résultat. Légalement ça reste toujours une obligation de moyens, mais en pratique, on est soumis à des contraintes telles qu'on va vers une obligation de résultat » ; « les rapports peuvent vite devenir difficiles. Parce qu'on attend beaucoup de l'hôpital... beaucoup trop » ; « les gens ont plus de demandes et ils

⁵⁷⁴ P. Lascoumes, « L'utilisateur, acteur fictif ou vecteur de changement dans la politique de santé ? », *op. cit.* p. 66

respectent moins les médecins. Aux urgences ils ne supportent pas d'attendre, ils ne supportent pas les retards dans les consultations. Ils veulent absolument être servis comme s'ils étaient au supermarché. Ils ont des demandes et nous on n'a plus beaucoup de droits. Donc de manière générale les relations avec les patients sont devenues plus difficiles » ; « la démocratie c'est "j'ai droit à. J'ai droit à être bien portant donc vous allez me mettre bien portant", voilà » ; « les gens s'autorisent à donner leur point de vue, je pense... parfois trop » ; « chacun doit rester à sa place. Et c'est assez difficile aujourd'hui. [...] on a parfois le sentiment qu'on est de plus en plus soumis à un consumérisme. Au service des urgences il n'est pas rare qu'on entende des reproches mais aussi des demandes de risque zéro. Après il y a des gens qui viennent et qui disent "je veux un scanner". Et on a des difficultés de communication avec des patients qui sont dans l'exigence et dans la prescription thérapeutique et qui ne comprennent pas qu'on n'exécute pas tout de suite, c'est-à-dire qu'on fasse notre propre démarche thérapeutique, notre propre prescription ! »

Les praticiens regrettent en définitive que le référentiel démocratique ne soit compris que dans sa dimension de droits consentis, sans que les usagers n'assument pleinement les responsabilités envers le système de santé qui en sont le pendant. Ils rappellent ce que doit être l'esprit de la loi de 2002, dont le deuxième chapitre est consacré aux droits et responsabilités des usagers, à savoir que les possibilités de participation qui leurs sont offertes leur confèrent également un devoir moral de bonne utilisation du système de soin. Selon les praticiens hospitaliers « c'est très bien d'écouter la voix des usagers, mais à l'inverse, on peut raisonnablement penser que nous aussi on pourrait s'autoriser à avoir certaines exigences » ; « on nous demande beaucoup. Les usagers ou les clients ont de grandes exigences vis-à-vis des soignants. Donc parfois on pourrait avoir des exigences vis-à-vis des usagers. Je pense qu'il y a une éducation à faire » ; « on a développé à juste titre les droits des patients. On n'a jamais parlé des obligations des patients. C'était sûrement un passage obligé mais encore fallait-il que ce soit accompagné par autre chose » ; « si le côté développement des droits du patient est une chose positive, on a oublié quelque chose à côté ».

Cette mise en exergue de comportements consuméristes, qui revient à une impossibilité pour les usagers de défendre l'intérêt général, tend à légitimer un maintien de l'autorité supérieure des professionnels. En ce sens la mise en œuvre de la démocratie sanitaire n'apparaît pas en mesure de modifier véritablement les rapports de force dans un agir

sanitaire dont le cadre et le contenu des débats sont contrôlés par les acteurs experts historiques.

À ce stade de l'analyse, la problématique de la démocratie sanitaire paraît conduire à des conclusions contradictoires : si d'une part les acteurs témoignent de réelles évolutions, notamment dans la relation de soin, les individus étant mieux informés et plus disposés à avoir un rôle plus actif, d'autre part les professionnels soulignent l'absence de réel engagement collectif à des niveaux plus institutionnels de décision, notamment due à un centrage des usagers sur leurs problèmes individuels. Les mises en formes de la démocratie sanitaire apparaissent bien comme des moyens d'information, voire de revendication, mais pas véritablement comme des vecteurs d'action collective.

Cette situation mitigée peut être éclairée par la théorie de la prise de parole développée par Hirschman⁵⁷⁵, notamment par le prolongement que lui apporte O'Donnell⁵⁷⁶. Nous l'avons vu, le référentiel de la démocratie sanitaire confère aux usagers différents vecteurs de prise de parole ou « *voice* ». Or O'Donnell enrichit cette notion de *voice* en introduisant une distinction entre *horizontal voice*, activité spontanée d'expression au sein d'un cercle restreint d'individus (famille, amis ou voisins) et *vertical voice* qui correspond à l'expression de griefs ou de préoccupations directement en direction des autorités publiques. Cette seconde forme de prise de parole, qui seule permet de sortir du calcul utilitariste, est plus coûteuse et requiert un investissement personnel supérieur. Elle n'est

⁵⁷⁵ A. O. Hirschman, *Exit, Voice, and Loyalty : Responses to Decline in Firms, Organizations and States*, Cambridge, Harvard University Press, 1970. L'auteur a montré que dans un contexte de déclin d'une organisation, caractérisant toute forme de groupe humain, qui se manifeste par une baisse de la qualité ou des bénéfices que peuvent en retirer ses membres, deux options se présentent à ces derniers, *exit* et *voice*, donc la défection ou la prise de parole. En situation de mécontentement, les individus peuvent adopter une réaction silencieuse de retrait du cadre relationnel, ou bien exprimer leur mécontentement et se mobiliser pour changer l'organisation, au moins l'améliorer. Ce modèle fondé sur le déclin organisationnel peut être appliqué à l'analyse des conditions d'émergence ou de non émergence de l'action collective, ou en d'autres termes des possibilités de participation offertes à différentes catégories d'acteurs dans un secteur spécifique.

⁵⁷⁶ G. O'Donnell « On the Fruitful Convergences of Hirschman's Exit, Voice and Loyalty and Shifting Involvements: Reflections from the Recent Argentine Experience », in Foxley A. et alii., eds., *Development, Democracy and the Art of Trespassing*, Notre Dame (USA), University of Notre Dame Press, 1986, pp. 249 – 268

possible que si les individus s'impliquent dans des réseaux de socialisation potentiellement plus larges.

Les professionnels de l'agir sanitaire reconnaissent, à travers les expressions citées jusqu'ici, que la forme horizontale de prise de parole peut être considérée comme effective, notamment grâce aux progrès de l'information. Nous l'avons d'ailleurs dit, la santé est un domaine dans lequel chacun, se sentant intimement concerné, tend à penser qu'il entend de quoi il retourne et à développer une opinion personnelle. La situation apparaît moins claire s'agissant de la dimension verticale, dans la mesure où l'augmentation du niveau d'information et de connaissance des usagers ne mène pas automatiquement à une forme collective d'investissement. Au contraire, les individus peuvent centrer leur mobilisation sur des droits ou des requêtes personnelles ou catégorielles⁵⁷⁷. L'agir sanitaire apparaît, de ce point de vue, au milieu du gué : des avancées sont indéniables mais des progrès doivent encore être faits, relevant d'un apprentissage collectif de la part des professionnels mais également des usagers eux-mêmes. Au-delà du cadre juridique de la démocratie sanitaire, l'effectivité du rôle des usagers est soumise à un processus de redistribution des pouvoirs légitimes encore en devenir. Nous avons déjà mentionné l'effort de communication, de transparence et d'explication que doivent faire les acteurs experts. Mais à l'inverse les usagers doivent s'appropriier leur nouveau statut, afin de lui donner sens, en se construisant à la fois une compétence et une représentativité. « C'est aussi à nous de ne pas juste rester là, muets, en ouvrant de grands yeux, souligne un dirigeant associatif, mais aussi avancer des argumentaires concrets, des propositions réalisables. C'est un challenge aussi. Il faut de plus en plus être compétents, presque du professionnalisme. Et ça, ça n'est pas acquis par les associations, ça se travaille avec les bénévoles. »

Les différents vecteurs d'accomplissement de la démocratie sanitaire apparaissent à présent insuffisants pour modifier les rapports de force traditionnellement établis entre usagers et professionnels/experts. Cette situation incite à poser la question de l'existence même d'une « démocratie sanitaire », au regard de ce que nous pourrions appeler une « démocratisation » de la santé.

⁵⁷⁷ L'*horizontal voice* peut cependant être considérée comme un pré requis pour la construction progressive d'une identité collective, donc pour la mise en œuvre effective d'une forme plus verticale de mobilisation, dédiée à la protection des droits des usagers et de la qualité du système de santé dans sa globalité.

Nous nous fondons ici sur une distinction proposée par Saez dans son analyse de l'action publique de la culture, entre « la démocratisation de la culture » et la « démocratie culturelle »⁵⁷⁸. Dans le premier cas la base sociale du public concerné par l'action publique est élargie à partir de l'offre « conventionnelle », tandis que dans le second, on cherche à « élargir les contenus de la notion de culture en tenant compte cette fois des demandes issues de personnalités et groupes sociaux locaux »⁵⁷⁹. Transposée au cas de l'agir sanitaire, cette distinction, qui réside dans le niveau différent de prise en compte des aspirations des usagers locaux, apporte un éclairage important. La démocratisation de la santé est un processus qui, pour une grande part, est accompli en France, dans la mesure où une large majorité de citoyens bénéficie de l'offre de santé, notamment par l'instauration de la CMU. L'encouragement des démarches pluridisciplinaires et le développement de projets locaux visant à favoriser l'accès géographique et social au soin témoigne d'un effort continu pour approfondir encore cette démocratisation. Cependant les conclusions doivent être bien plus nuancées concernant la mise en œuvre de la démocratie sanitaire, malgré la consécration de la notion par la loi. Les formes et le sens actuels de la prise de parole des profanes, son impact effectif sur les institutions ou les usages des professionnels, montrent que le contenu de ce qui est décidé demeure essentiellement entre les mains des acteurs qui historiquement, ont toujours été au fondement de la décision. Cette observation, si elle ne met pas en cause la présence d'un référentiel démocratique dans l'agir sanitaire, ne permet pas de conclure à l'avènement d'une « démocratie sanitaire » d'après les termes posés par Saez.

L'agir sanitaire, pourtant marqué par un discours public valorisant la réforme des manières de faire, s'avère parcouru de phénomènes de reproduction de traditions qui se rapportent tant aux représentations catégorielles qu'aux capacités inégales d'influence. L'originalité des configurations que nous observons réside dans le fait que ces formes traditionnelles de construction des rapports sociaux se doublent d'importants processus bureaucratiques qui correspondent, eux, plutôt à l'idéaltype de la rationalité. La bureaucratie se donne à voir comme un second mode de construction du sens et des interactions qui tend à renforcer un peu plus l'actualisation conservatoire comme dynamique privilégiée dans le devenir de l'agir sanitaire.

⁵⁷⁸ G. Saez, « L'action publique culturelle et la transition territoriale du système politique », *op. cit.*

⁵⁷⁹ *Ibid.* p. 241

2. Des processus avant tout bureaucratiques

Aborder le « phénomène bureaucratique » au sujet de la santé peut sembler un simple rappel de la description critique d'un secteur régi par des administrations d'État et fondé sur l'activité d'établissements hospitaliers, deux catégories d'organisations au fonctionnement souvent décrit en termes de bureaucratie⁵⁸⁰. Cependant, l'observation fine de l'agir sanitaire aquitain amène à reconsidérer les processus bureaucratiques, en tant qu'ils permettent d'éclairer les modes d'interaction des acteurs et partant, les écueils que rencontre localement la dynamique réformatrice, notamment dans sa dimension partenariale.

La bureaucratie désigne fondamentalement une forme de pouvoir caractérisée par une stricte hiérarchie et un cloisonnement des fonctions et des responsabilités, et par une forte production normative⁵⁸¹. Des règles et des procédures multiples et complexes, y compris de contrôle interne, sont censées assurer la neutralité des agents et la bonne utilisation des moyens. Nous considérons, sur cette base, qu'une bureaucratie désigne une organisation ou une instance décisionnelle caractérisée par ce mode de fonctionnement. Peuvent être ainsi considérés les services déconcentrés ou les organismes d'Assurance maladie, mais également les instances partenariales plus récemment créées, telles que le GRSP ou, à l'échelle des offreurs de soin, les réseaux de santé.

Le « phénomène bureaucratique » dans le cas de l'agir sanitaire prend toute sa profondeur analytique, dans ce double niveau associant un type de relations de pouvoir et un type organisationnel. L'action collective telle que nous l'observons localement revient en effet à une production essentiellement bureaucratique, et ce à deux niveaux, ou selon deux sens, l'un relationnel, l'autre organisationnel.

D'abord les acteurs s'attachent à créer et à faire vivre des cadres bureaucratiques d'interaction, qui complexifient la décision et peuvent finir par devenir l'objet même de l'intervention collective. Les acteurs se trouvent détournés de buts visant la résolution de problèmes sociaux, au profit d'une action de mise en œuvre de dispositifs bureaucratiques dont la plus-value n'est pas vérifiable. Parallèlement, l'agir sanitaire apparaît comme la

⁵⁸⁰ M. Crozier, *Le phénomène bureaucratique. Essai sur les tendances bureaucratiques des systèmes d'organisation modernes et sur leurs relations en France avec le système social et culturel*, Paris, Le Seuil, 1971

⁵⁸¹ *Ibid.* Voir également M. Weber, *Économie et société*, *op. cit.*

poursuite d'intérêts bureaucratiques, dans le sens d'intérêts propres aux organisations bureaucratiques historiquement installées. Des organisations autocentrées tendent à orienter l'action collective vers leurs intérêts, ce qui limite les possibilités de réelle institutionnalisation de dispositifs partenariaux et inter organisationnels.

2.1 L'action publique comme production bureaucratique plutôt que production d'intervention sociale

Nous l'avons vu, les référentiels de l'action publique en matière de santé tendent aujourd'hui à poser la transversalité et la collégialité comme véritables valeurs. Aussi le législateur a-t-il créé des arènes favorisant le travail et la prise de décision collectifs, dont les acteurs aquitains se saisissent, soit conformément à leurs obligations légales, soit de manière volontariste, y voyant une opportunité de revoir leurs modes d'action.

Cependant la mise en œuvre de ces nouveaux cadres de discussion et de décision, voulus innovants et modernisateurs, engendre paradoxalement de la bureaucratie, au sens d'un renforcement des procédures bureaucratiques et de création d'instances qui, en elles-mêmes, sont de type bureaucratique. Les acteurs décrivent des configurations de plus en plus complexes, dans lesquelles les règles formelles se multiplient et se superposent, parfois jusqu'à l'absurde. Ils illustrent, par leur discours, le glissement de sens du terme « bureaucratique » qui décrit un système dans lequel les rapports sont régis par des strictes règles procédurières et hiérarchiques, mais s'emploie aussi, par extension, pour désigner la dérive même d'un tel système. La bureaucratie prend alors un sens largement péjoratif : elle correspond à un système lent et extrêmement lourd, par trop généralisant et peu réactif à l'évolution des situations, dont les règles sont difficiles à maîtriser et qui, en fin de compte, peut conduire à la non décision.

2.1.1 Une mise en œuvre de canaux et arènes décisionnels synonyme de construction bureaucratique

À l'échelle des établissements de soins comme au niveau régional global, la réforme des processus décisionnels, avec notamment la mise en place effective des instances devant favoriser le dialogue entre parties prenantes et la décision concertée, se traduit pour les acteurs par un alourdissement de la gestion quotidienne sans plus-value avérée en termes de

qualité des conditions de travail ou de service rendu. Ils mentionnent la création d' « usines à gaz », ou de structures « ingérables ». Pour un praticien hospitalier par exemple, « on a multiplié les technocrates », tandis qu'un chef d'établissement parle d'une « débauche d'énergie et de ressources humaines » dans le cadre de procédures « extraordinairement lourdes ».

Les réseaux de santé apparaissent symptomatiques du glissement opéré, d'une pratique multi professionnelle pensée pour améliorer les prises en charge vers des structures à la gestion quotidienne complexe et contraignante. Un promoteur de réseaux souligne cette dérive que constitue leur institutionnalisation : « pour moi, un réseau, c'est un vaste système d'information, de communication, de coopération. Essentiellement c'est un maillage autour de consensus de pratiques. Donc c'est animer. Or, il y a toujours une confusion : on appelle réseau à la fois le maillage qui est là, la structure juridique et éventuellement l'équipe salariée au sein de la structure juridique. » Cela l'amène à critiquer fortement les pratiques des tutelles qui par le mode de gestion et de financement qu'elles imposent, instaurent une lourdeur administrative qui dévoie les principes de simplification de départ : « pour eux, le réseau ce n'est pas une pratique, un réseau c'est un dossier et c'est une structure juridique. »

Les directeurs d'hôpitaux, dont l'institution a été le berceau des premiers réseaux, ont une posture similaire : s'ils saluent souvent l'approche collective et pluridisciplinaire, en somme la philosophie présidant à la création de réseaux, ils en viennent à dénoncer une dérive dans laquelle la bureaucratie vide de sa substance l'innovation. Un chef d'établissement porte notamment un regard très négatif sur la multiplication des réseaux, tout en considérant qu'il est nécessaire de « valoriser le concept de travail en réseau ». Selon lui « sur le fond c'est indispensable, mais dans la forme c'est mauvais ».

Les réseaux sont synonymes de production bureaucratique à un double titre : d'une part ils représentent, en eux-mêmes des structures bureaucratiques fortement normalisées et protocolisées ; d'autre part des pratiques gestionnaires complexes sont instituées par les organismes de tutelles pour en assurer le financement et le contrôle. Ainsi sommes-nous face à des structures bureaucratiques insérées dans des procédures bureaucratiques de régulation.

Un directeur d'hôpital dénonce de « véritables technostructures » financées par les pouvoirs publics, dont les coûts de fonctionnement sont énormes et qui donnent lieu à des réunions multiples. De même, selon un de ses homologues, « il y a une grosse machinerie

bureaucratique qui a été mise en place, énorme, effrayante. Là c'est le summum du système bureaucratique. On gaspille un temps et une énergie folle. Il faut des croisés ou des saints pour rentrer dans le système, pour ceux qui veulent piloter des réseaux. Parce que ça représente un temps fou, il faut y passer des heures ! On a mis en place un guichet unique pour le financement des réseaux, mais la complexité reste la même. »

De même, les praticiens qui pourtant sont impliqués dans ces structures coopératives, voire en assurent la coordination, même lorsqu'ils continuent de croire en leur efficacité, mentionnent tous l'extrême lourdeur des procédures à suivre pour créer puis faire fonctionner un réseau. Un coordinateur explique que « c'est assez lourd. C'est assez lourd dans le sens où on passe beaucoup de temps à faire des rapports d'activité pour démontrer qu'on a besoin des sous, on est tout le temps dans l'anticipatoire. Il faut souvent dire ce qu'on va faire, puis quand on fait il faut montrer qu'on a bien fait, etc. Dans ce sens là, ça a une certaine lourdeur et une certaine inertie, parce que les sommes allouées sont versées petit à petit, etc. Ce qui fait que la mise en œuvre des projets est ralentie. »

Un confrère d'un autre réseau dresse un constat identique : « un des problèmes avec les institutions, c'est que de temps en temps ils ne se rendent pas compte que nous, les professionnels auxquels ils demandent de mettre en musique des actions, on n'est ni des gestionnaires ni des chefs d'entreprises, ni des économistes. Finalement on s'y est mis. Mais nous au départ, quand on a eu le budget alloué par l'Urcam/ARH, le budget DRDR, je ne vous dis pas ! Il fallait qu'on rende une évaluation de ce qu'on avait dépensé, de nos indicateurs, avec l'objectif principal, les objectifs secondaires, la file active, etc. On a travaillé sur l'évaluation de nos pratiques, mais au départ on s'est dit qu'on n'allait jamais y arriver ! Parce que moi je ne suis que docteur ! Pendant un an ou un an et demi on a travaillé avec nos collègues de l'Urcam à pouvoir évaluer nos pratiques en réseau. Il faut que je puisse répondre si nous avons des protocoles de bonnes pratiques validés par l'ensemble des professionnels, est-ce que j'ai déclaré des "événements sentinelles", est-ce que j'ai un mode de recueil pour mes "événements sentinelles", est-ce qu'un plan de prise en charge a été élaboré pour chaque patient, est-ce que j'ai une "filière de recours organisé" ? Là on a eu un grand frisson dans le dos. »

Un dernier praticien responsable de réseau décrit un fonctionnement bureaucratique alourdi par les multiples réunions formelles, notamment un comité de pilotage qui se réunit une fois par an et un comité technique tous les trois mois : « il faut l'organiser avec tous les

partenaires, il faut donner un ordre du jour, trouver des idées de travail commun, enfin il y a toute une organisation autour du réseau qui est relativement lourde ». Mais comme ses confrères précédents, c'est surtout la procédure de contrôle des tutelles qui nous est décrite comme très contraignante, relevant d'un processus bureaucratique de classification et d'évaluation : « déjà il faut rendre un rapport d'activité chaque année avant le 31 mars. Nous, en l'occurrence, on arrive au bout des trois ans, donc il y a une évaluation finale. Il va falloir qu'on s'attelle maintenant à notre évaluation qui a lieu au mois de novembre. Là il y a différents critères : est-ce qu'on a réuni suffisamment de partenaires ? Est-ce que le réseau s'est étendu ? Est-ce que ça fonctionne ? Il y a toute une partie évaluation à faire et c'est assez lourd. Moi pour le faire je considère que c'est très lourd. »

Parallèlement, le renforcement des processus bureaucratiques au quotidien affleure au sein même des établissements hospitaliers, déjà classiquement conçus comme des institutions extrêmement réglementées et fortement hiérarchisées.

L'un des effets paradoxaux de la nouvelle gouvernance est une tendance à bureaucratiser un peu plus le fonctionnement des producteurs de soins, par l'ajout d'arènes décisionnelles et de canaux verticaux de transmission de l'information et de décision, accompagnés, à chaque étape, de productions documentaires formelles.

Ce renforcement de l'aspect bureaucratique de la gestion des hôpitaux, en contradiction avec l'objectif affiché de simplification est mis en avant par les praticiens, surtout lorsqu'ils exercent une fonction administrative au sein de leur établissement, comme une chefferie de service ou la présidence de la CME. Mais c'est surtout au sein des équipes de direction que cette critique est la plus acerbe. Lorsque nous interrogeons un directeur sur l'impact de la nouvelle gouvernance sur le travail quotidien dans les établissements, la réponse, laconique a dessein, est sans appel : « la nouvelle gouvernance ? Elle se traduit par un surcroît de travail bureaucratique ». Aussi ne s'agit-il pas de griefs émis par le corps médical à l'encontre des gestionnaires de leurs établissements, selon l'opposition souvent décrite entre praticiens et administration. Le malaise apparaît plus profond, amenant les deux catégories à s'allier dans une même dénonciation de procédures trop contraignantes, facteurs d'inertie. Un directeur décrit par exemple une bureaucratization de la procédure des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens « qui de relativement simples sont devenus des monstruosités ! On est en train de travailler au prochain contrat : ça représente une centaine

de pages, avec des dizaines et des dizaines de tableaux. Il y a surtout dix annexes, avec des objectifs, des échéanciers, etc. Donc c'est très lourd, c'est très lourd à porter ».

Mais c'est surtout l'instauration du Conseil exécutif et des pôles qui engendre la critique des directeurs, non pas du fait du partage d'influence avec le personnel soignant, mais bien parce que ces nouvelles arènes produisent un gonflement des procédures administratives au sein de l'établissement, rendant encore moins maniable une institution déjà vouée à une certaine inertie du fait de sa taille et de sa complexité. Nous ne pouvons revenir sur l'ensemble des descriptions de leurs tâches quotidiennes fournies par les directeurs d'hôpitaux, mais le discours de l'un d'eux, particulièrement détaillé, illustre à lui seul l'exaspération ressentie vis-à-vis de la surcharge de travail entraînée par ces nouvelles instances : « Il y avait déjà tout un circuit de procédures, de remontées d'information du Conseil d'administration ou de la Commission médicale, ou du Comité technique d'établissement, auxquels se rajoute le Conseil exécutif, ce qui suppose des documents préparatoires, des séances, des comptes-rendus de séances, des conclusions et des avis formels. Par exemple, le Conseil exécutif est compétent pour donner des avis sur certains points concernant la carrière des hospitaliers, pour les titularisations : en Conseil exécutif ça prend trente secondes, mais si on veut faire les choses correctement, ça suppose qu'on fasse un rapport préalable. Le Conseil exécutif est invité à émettre un avis : en séance quinze secondes, mais ça se traduit ensuite par une page d'avis, vu le code de santé publique et les articles tant et tant... Des petites choses comme ça se rajoutent. Ensuite, les pôles d'activité : on a redécoupé l'hôpital, on a regroupé des services en pôles. Et bien il va falloir faire élire les conseils de pôles ! Donc, procédure électorale : on a quinze pôles, il va falloir organiser quinze élections différentes. Après on va devoir déterminer juridiquement quelle doit être la composition théorique de ces conseils de pôles, ce qui représente un travail de mise en forme bureaucratique assez important. Et après quand il y aura les conseils de pôles, il faudra suivre ces conseils de pôles, là aussi préparer les réunions, tenir les réunions et assurer le suivi de ces réunions. Auprès des chefs de pôles il y aura un référent administratif. Chaque directeur adjoint aura à suivre deux ou trois pôles, ce qui veut dire d'autres réunions relatives à ces pôles là, donc du travail en plus. Pôles qui auront un rôle particulier de délégations de gestion, dans le cadre de contrats de pôles. Ces délégations vont supposer une négociation pour savoir qu'est-ce qu'on délègue et suivant quelles procédures. Donc non seulement chaque direction fonctionnelle aura son propre travail,

mais il sera complété par la référence administrative d'un ou plusieurs pôles. Et le travail même des directions fonctionnelles sera compliqué par l'existence des pôles. Je m'explique : si vous prenez la direction du personnel qui gère le statut et la carrière des personnels. Avec les pôles, la direction du personnel gardera la gestion des carrières des agents, mais devra réfléchir à ce qu'elle délègue aux pôles, par exemple la gestion des remplacements, ou les programmes de formation. Mais ça n'empêchera pas la direction du personnel de devoir suivre encore plus les programmes de formation et la délégation qu'elle aura donnée à quinze pôles ! Les directions fonctionnelles seront tenues d'assurer une expertise. Au lieu d'avoir moins de travail grâce à la délégation, elles auront plus de travail pour contrôler la délégation, sinon les gens feront n'importe quoi. Parce qu'on ne peut pas demander à un responsable de pôle qui est médecin de connaître les statuts de la fonction publique, les règles particulières d'élaboration d'un plan de formation, la manière de faire appel à des organismes de formation dans le respect du code des marchés publics, etc. »

Au niveau plus global de la décision et de la gestion à l'échelle régionale, les changements récents des cadres réglementaires de l'agir sanitaire reviennent, une fois encore, à une production bureaucratique. Les instances publiques pluri organisationnelles sont décrites par les acteurs qui y participent comme des arènes au fonctionnement lourd, difficiles à gérer, mais dont le réel apport qualitatif n'est pas avéré, ni en termes de pertinence des projets, ni en termes d'efficacité du processus décisionnel.

Les groupements d'intérêt public (GIP) sont les instances le plus souvent montrées du doigt à cet égard : structures partenariales par excellence, incarnant une formule juridique innovante permettant de dépasser le modèle rigide de l'établissement administratif, les GIP sont pourtant décrits sous l'angle bureaucratique. En témoigne par exemple le discours des agents de Conseils généraux et des fonctionnaires de l'État sur la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH), créée par la loi en 2005 dans un but de simplification des démarches pour les familles et de coordination des professionnels dans le champ du handicap. Ils relèvent surtout une multiplication des réunions, des demandes d'accord formel, des navettes entre commissions pour des décisions de subvention ou de suivi qui accumulent les retards sans que leur qualité ne soit, à leurs yeux, véritablement majorée.

Le GRSP est également conçu comme une instance typiquement bureaucratique, dans ses étapes de mise en place puis dans son fonctionnement.

Une inspectrice de la Drass revient notamment sur la naissance du GRSP : « la mise en œuvre de la loi de santé publique ça a été extrêmement lourd. À partir d'octobre 2004 on a pris des contacts avec les collectivités et l'Assurance maladie. Le GRSP n'a pu être installé que fin 2006 parce que les décrets ne sont sortis qu'en septembre, donc on ne pouvait rien faire. [...] on a fait une réunion de présentation en octobre, avec tous ceux qui s'étaient manifestés déjà, qui étaient intéressés. Après il y a eu toute une procédure administrative, parce qu'il fallait que les adhérents signent une convention constitutive, ensuite il fallait prendre un arrêté et on devait tout publier dans les cinq départements. Donc ça prend un peu de temps. Et ce n'est qu'après qu'on pouvait réunir le Conseil d'administration. Toute la procédure administrative prend beaucoup de temps. »

Une fois la nouvelle instance installée, ce sont encore des procédures bureaucratiques que décrivent les agents, à propos de l'élaboration du Programme régional de santé publique puis de la gestion de l'appel à projets. « L'appel à projets c'est quelque chose d'extrêmement lourd, explique un inspecteur. Très, très lourd. On a pris un produit qui existait déjà et on l'a adapté. Mais on a quand même beaucoup travaillé. Il a fallu réécrire un certain nombre de choses. On a lancé l'appel à projets et puis il y a eu le dépôt des dossiers, l'instruction, etc. » Un de ses homologues détaille quant à lui la complexité de cette dernière étape : « tous les partenaires se partagent l'instruction des dossiers. On a une commission par département qui classe les projets en priorités, rang 1 pour ceux qu'on veut absolument financer, rang 2 ceux qu'on pourrait financer mais sur lesquels on a des réserves, et rang 3 ceux qu'on ne souhaite pas financer soit parce qu'ils relèvent du champ du soin, soit parce qu'ils sont trop mal montés, soit parce qu'on a absolument pas confiance dans le promoteur. Et il y a après une commission régionale qui voit les dossiers pluri départementaux et ceux qui sont complètement d'importance régionale. Et puis – c'est assez lourd, c'est régional – vous avez un comité des programmes qui harmonise tout ça, parce qu'il peut y avoir des dossiers qui ont été un petit peu recalés au niveau des départements mais qui sont bien portés au niveau de la région, donc on essaie de concilier ça pour prendre des décisions cohérentes. Et puis finalement c'est le Conseil d'administration du GRSP qui rend la décision définitive, et puis à ce moment là on finance ».

D'une manière qui rappelle le fonctionnement des réseaux, une fois ce cheminement accompli, les services doivent préparer l'exercice suivant, autrement dit rédiger un nouveau

programme, qui donne lui-même lieu à un nouvel appel, parfois très rapidement après le versement des fonds précédents. « Il va falloir là, qu'on redémarre, qu'on retravaille sur le prochain PRSP, alors que le précédent n'est pas vieux, regrette un inspecteur de la Drass. Il va jusqu'en 2008, donc normalement il va falloir qu'on travaille sur l'évaluation de ces deux ans. C'est un travail énorme : il faut évaluer et il faut élaborer un nouveau programme [...] donc c'est quand même lourd. Parce que les gens ne font pas que ça, on ne le fait ni les uns ni les autres. Donc on ne peut pas faire ça sans arrêt. Et puis il faut écrire en plus, il faut rédiger. Donc c'est vrai que c'est lourd. »

Dans le discours des acteurs aquitains, les réformes successives instituant des dispositifs innovants et rationalisateurs s'avèrent avant tout créatrices de procédures administratives supplémentaires.

2.1.2 Un appareillage complexe sans réel potentiel de résolution de problèmes

Si les acteurs aquitains insistent sur l'aspect bureaucratique des dernières arènes partenariales créées, ce n'est pas tant pour les critiquer en elles-mêmes que pour souligner le décalage perçu entre l'inflation de la production réglementaire et documentaire et l'absence de plus-value réelle de dispositifs pourtant voulus modernisateurs. Des processus lourds à apprivoiser et à mettre en œuvre tendent de ce point de vue à susciter un certain scepticisme, dans la mesure où l'investissement des acteurs ne leur apparaît pas entraîner, à moyen terme, une meilleure qualité de travail ou de service à la population.

Dans le cas des réseaux par exemple, certains acteurs mettent en balance une surcharge administrative avérée avec des résultats en termes épidémiologiques ou d'efficacité des prises en charge qui eux ne le sont pas. « L'évaluation n'est pas encore bien au point, considère un directeur d'hôpital. Parce que si on évaluait vraiment, le résultat médico-économique serait certainement en retrait par rapport au temps et à l'argent investis ». Un de ces homologues est également extrêmement critique dans la mesure où « ça coûte trois fois plus cher et la productivité n'est pas au rendez-vous ». Il prend notamment l'exemple de la mise en œuvre d'un réseau consacré au sida qui a donné lieu au financement d'un poste de coordinateur médical, de coordinateur administratif et d'un poste de secrétaire, soit « deux cent mille euros rien qu'en frais de fonctionnement, sans même un début de commencement de productivité supplémentaire par rapport à ce qu'on faisait avant ! »

Les praticiens se font l'écho de cette plus-value limitée au regard des investissements consentis. Un médecin coordinateur regrette qu'il n'y ait « pas eu de réelle amélioration de l'activité » depuis l'obtention des fonds donnant une existence officielle à son réseau. Un autre considère qu'« il n'y a aucun saut qualitatif en termes d'organisation ». Un dernier de leur confrères parle d'« une montagne de travail, d'investissement, qui finit par accoucher d'une souris [...]. Donc je suis un peu désabusé sur l'efficacité ».

En ce qui concerne le GRSP également, l'addition d'étapes formalisées, de procédures de validation, engendre le scepticisme des fonctionnaires des services déconcentrés qui en sont les véritables chevilles ouvrières. Certains disent manquer de recul sur cette nouvelle instance pour juger d'ores et déjà de son efficacité, tandis que d'autres affichent carrément leur déception, mais aucun en tout cas n'affirme que le GRSP constitue un apport substantiel pour la programmation de la santé publique en région. Le discours du Directeur des affaires sanitaires et sociales résume clairement la position la plus répandue : « ce qui me rend critique, c'est qu'en gros, pour l'instant je n'ai pas vu de plus-value. Sur la qualité de l'instruction des dossiers qui préside aux octrois de subventions, je ne suis pas sûr qu'on soit meilleurs qu'avant. Sur la définition des priorités, on n'a rien inventé, on n'a pas fait un effort de doctrine qui permettrait de dire qu'on est plus intelligent qu'avant. On n'a pas non plus avancé en termes de rapidité d'exécution, c'est-à-dire que les subventions sont toujours versées aussi tard qu'avant. Par contre le GRSP c'est un GIP et le GIP c'est une grosse machine. Il y a un Conseil d'administration, un comptable, ceci, cela, bref de la bureaucratie on en a créé ! Et pas en proportion de ce qu'on a pu faire avancer, en termes d'efficience, la plus-value du service public ».

Dans ces conditions, des acteurs qui pourtant participent à la vie de ces appareils bureaucratiques, qui y siègent en tant que représentants institutionnels ou catégoriels, insistent sur la propension du législateur à créer des structures qui ne répondent pas aux problèmes de fond de l'agir sanitaire, voire à créer des structures au lieu même de chercher à résoudre ces problèmes. Un médecin dénonce par exemple une transformation des organisations qui ne correspond en aucun cas à une transformation du « fond du problème » et s'inquiète de ce qu'il identifie à une dérive technocratique : « Il ne faut pas que les organisations remplacent la pensée ».

Dans les discours recueillis, l'évolution et la complexification des contenants cacheraient le plus souvent une permanence des contenus et des manières de faire précédents. Ce que les

acteurs décrivent revient à l'instauration d'un voile bureaucratique censé créer les conditions pour de réelles transformations des pratiques mais qui ne fait que donner l'illusion de modernisation ou de résolution des problèmes publics. De manière significative, les réseaux sont parfois décrits comme le fait d' « habiller de l'ancien par un nouveau nom », ou résumés à « on reprend les anciennes recettes et on continue ». Cependant ce sont les instances publiques visant à réformer les modes décisionnels en région qui incarnent le plus, dans les représentations des acteurs, la dérive d'une production bureaucratique qui s'éloigne de son objet, qui devrait être la rénovation de l'action collective.

Concernant le GRSP par exemple, les agents de la Drass, institution qui en assure le secrétariat, associent quasi systématiquement à leur critique de la complexité de son fonctionnement un diagnostic sévère sur ses capacités de réforme de la prise de décision en santé publique. Pour l'un d'eux par exemple, « l'avantage du GRSP c'est que c'est peut-être plus lisible de l'extérieur. Mais après, ça ne change rien aux pratiques des services déconcentrés, si ce n'est qu'il faut faire fonctionner une bureaucratie plus lourde. » Un de ses collègues va également dans ce sens : « le GRSP c'est un GIP qui garantit la collégialité, le fait que les acteurs arrêtent ensemble les priorités, etc. Derrière la belle analyse juridique, concrètement, par la force des choses, c'est ici que ça se passe et ce sont des fonctionnaires de l'État qui, pour l'essentiel, gèrent le GRSP. »

La CRS apparaît comme un des principaux exemples de création bureaucratique qui ne résout pas les problèmes. Beaucoup d'acteurs se montrent déçus par cette instance censée démocratiser l'action publique par l'intervention de membres de la société civile mais qui s'avère assez largement paralysée par le manque de moyens effectifs pour honorer de larges ambitions, mais surtout par l'absence de changement réel dans la conception même qu'ont les participants du processus décisionnel. Rappelons que la loi stipule que cette CRS « a pour mission de contribuer à la définition et à l'évaluation des objectifs régionaux de santé publique ». Or, le récit des acteurs illustre, nous l'avons vu, que le rôle d'aide à la décision mais aussi de contrôle et de veille n'est pas véritablement rempli, en dépit de la lourde organisation à l'œuvre.

« Ça, à part des promesses... en fait c'est institutionnel, considère une inspectrice de Ddass. Pendant un moment, on pensait que ce serait déterminant, mais non ». De même selon une de ses collègues, « ils parlent, ils invitent des gens, mais ce n'est que des professionnels [...]

et quand quelqu'un monte à la tribune, tout le monde sait ce qu'il va dire ! C'est un discours institutionnel. C'est tellement général ! Quand la CRS a lieu, on y va, on dit ce qu'on fait, mais on ne change pas, à proprement parler nos priorités. Donc ça ne peut pas chanceler ! C'est sûr que quand vous mettez que des gens comme ça, institutionnels, c'est sûr qu'ils ne chanceleront jamais rien ! Théoriquement il y a des représentants d'associations, mais c'est pareil, ils sont choisis. Donc c'est du fonctionnement institutionnel. Ce n'est pas inutile complètement, mais ce n'est pas ça qui fait bouger les choses. »

Après un certain volontarisme de départ, les membres du bureau de la conférence, chargés de l'élaboration des rapports et avis, ce sont eux aussi aperçus de la faible portée de leurs prérogatives. Il s'agissait en fin de compte pour eux plus d'entériner des plans échafaudés par les services déconcentrés, ce qui revient à reproduire les processus antérieurs de programmation. Selon un praticien hospitalier membre du bureau, le « système » de décision en région ne serait pas prêt à accepter des évolutions trop importantes : « si vraiment la Conférence régionale de santé utilisait toutes ses prérogatives et tous les moyens, ça ferait un pataquès pas possible ! Le milieu n'est pas près. Il faut que ça aille doucement. Vous ne pouvez pas proposer un mode de fonctionnement à la Conférence régionale de santé si, parallèlement, tout ou partie du système n'évolue pas dans le même sens. » L'écart souligné entre l'effort de fonctionnement d'une instance bureaucratique et le caractère limité des changements est notamment le fait d'agents de services déconcentrés qui, nous l'avons vu, n'ont pas intégré l'approche en termes de processus décisionnel partagé avec la société civile.

Dans ces conditions, le regard porté sur les futures ARS traduit logiquement cette tendance à la production bureaucratique, dans le sens d'une création d'instances bureaucratiques et d'une prolifération des processus bureaucratiques, sans contrepartie qualitative avérée. Ces agences représentent aux yeux des acteurs de nouveaux exemples de structures réunissant des intervenants hétérogènes dans une arène unique, mais qui ne seront pas en mesure, malgré l'appareillage bureaucratique auxquels elles vont donner lieu, de générer, par elles-mêmes, un processus décisionnel plus rationnel. Elles répondraient une nouvelle fois à l'illusion selon laquelle créer une nouvelle bureaucratie suffirait à faire dialoguer d'autres organisations bureaucratiques préexistantes et à les faire décider ensemble. Créer cette instance pour remédier aux cloisonnements et aux irrationalités reviendrait à reporter un véritable débat de fond sur l'identité des acteurs en présence, sur leurs objectifs respectifs et

leur mise en cohérence. La production bureaucratique apparaît, à nouveau, comme une manière de masquer un problème, non pas de le résoudre. Un médecin président de CME assimile d'ailleurs tout bonnement cette ARS à « encore une nouvelle formation créée pour cacher les difficultés ».

Même les agents de l'administration déconcentrée et de l'Assurance maladie qui devront constituer le noyau dur de cette ARS se montrent tout autant sceptiques sur l'apport véritable de cette arène commune. Pour un directeur de service déconcentré, « on est sur le mode de l'incantation », puisqu'il s'agit de « créer des chapelles », de répondre à un problème par la création d'une structure nouvelle mais « sans résoudre le problème de fond », notamment sans éclaircir les rapports entre le sanitaire et le médico-social, ni trancher sur les relations entre le Préfet et le directeur de l'ARH. De même le diagnostic du directeur de l'Urcam est sans appel. S'il salue la conception partenariale de l'action publique et de l'allocation de moyens, il souligne que l'ARS ne fera pas fondamentalement changer les pratiques sur le terrain si les processus globaux de l'agir sanitaire, autrement dit les rapports de pouvoir, la répartition des missions ou les conflits de légitimité demeurent les mêmes : « on peut être enclin à penser “ il n'y a qu'à faire une ARS, on met tous les pouvoirs dedans et là ça sera formidable”. Mais ce n'est pas du tout mon avis ! Parce que si on met dans une structure tout un tas de mécanismes qui ne sont pas bons, et bien ils resteront pas bons ». Il y revient dans la suite de l'entretien : « ce n'est pas par un empilement des structures... si vous n'avez pas un bon mécanisme de régulation, vous pouvez mettre toutes les structures que vous voulez, le GRSP, l'ARH, vous pouvez même mettre les pompes funèbres si vous voulez ! Ça ne rend pas un mécanisme bon ! La question fondamentale c'est les outils, les projets hérités de la politique de la régulation ».

Il apparaît bien, à travers ces exemples de différents niveaux, que le phénomène bureaucratique tend à limiter la vocation même de l'action collective à intervenir sur le réel. Les « réformes », paradoxalement, sont créatrices de processus et arènes bureaucratiques mais ne peuvent être fondamentalement porteuses d'un potentiel réformateur. Il s'agit à présent de chercher à comprendre certains mécanismes par lesquels les productions bureaucratiques génèrent une inertie peu compatible avec le changement social.

2.2 L'autonomisation des processus bureaucratiques

L'observation des modes d'interaction révèle un phénomène d' « autonomisation » des processus bureaucratiques, qui revient à leur stérilisation.

L'approche en termes d' « autonomisation » des processus d'échange et de négociation a été développée par Friedberg dans sa célèbre analyse du phénomène organisationnel comme mode de structuration de l'action collective⁵⁸². L'auteur parle d' « autonomisation des échanges politiques » entre des acteurs lorsque le partenariat qu'ils expérimentent fonctionne « sans principe de réalité autre que des considérations de pouvoir et d'influence des parties prenantes »⁵⁸³, autrement dit, dans le cas de « formes d'action collective dans lesquelles ne tendent plus à agir comme source de régulation que les volontés conjuguées des acteurs de ne pas être perdants dans les échanges qu'ils nouent avec les autres. »⁵⁸⁴ Il s'agit alors avant tout, pour chacun des « partenaires » en présence, de maîtriser – donc de tirer individuellement profit de – la négociation des règles de l'échange, cette négociation « prenant le pas sur la recherche de solutions négociées aux problèmes que rencontrent les populations, pour devenir en soi le principe régulateur de la coopération. »⁵⁸⁵ En ce sens, l'approche proposée par Friedberg prolonge les analyses des organisations bureaucratiques qui structurent leur action en fonction non pas des problèmes sociaux identifiés mais bien des solutions qu'elles sont à même d'apporter, soit au regard des outils qu'elles ont à leur disposition et du champ d'action dont elles sont en charge⁵⁸⁶.

⁵⁸² E. Friedberg, *Le pouvoir et la règle*, op. cit. p. 142

⁵⁸³ *Ibid.* p. 143 Friedberg distingue l'échange économique, au cours duquel les joueurs échangent des ressources, selon une logique instrumentale, de l'échange politique, dans lequel non seulement ils échangent des ressources, mais ils essaient de manipuler les règles, les termes de l'échange à leur avantage.

⁵⁸⁴ G. Frigoli, « Lorsque gérer l'action sociale devient affaire d'action collective. Une contribution à l'analyse des partenariats dans l'action sociale territorialisée. Le cas de la lutte contre l'exclusion », *Revue française des affaires sociales*, n° 4, 2004, pp. 85 – 103, ici p. 100

⁵⁸⁵ *Ibid.* p. 87

⁵⁸⁶ Nous nous rapprochons à cet égard au modèle décisionnel de la poubelle proposé par Cohen, March et Olsen : M. D. Cohen, J. G. March, J. P. Olsen, « A Garbage Can Model of Organizational Choice », *Administrative Science Quarterly*, vol. 17, n° 1, 1972, pp. 1 – 25 ; J. G. March, J. P. Olsen, *Ambiguity and Choice in Organizations*, 2^{ème} édition, Bergen, Universitetsforlaget, 1979. Mentionnons aussi l'analyse de la construction des problèmes publics de Edelman (M. Edelman, *Pièces et règles du jeu politique*, Paris, Le Seuil, 1991) ou celle des bureaucraties sociales de Jobert (B. Jobert, « Bureaucraties sociales et planification locale », *Annuaire de l'aménagement du territoire*, tome VIII, 1977, pp. 237 – 250 ; B. Jobert, B. Revesz, « Politiques résiduelles et planification sociale », *Cahiers internationaux de sociologie*, n° 63, 1977, pp. 243 – 260)

L'autonomisation des échanges est directement liée à la complexité de la configuration d'échange considérée, complexité qui, nous l'avons vu, est une donnée centrale des situations dans l'agir sanitaire. Ce processus est observable dans des configurations où les problèmes sont complexes et où manière de les aborder est elle-même complexe. Dans de telles situations, la négociation se fait à deux niveaux : sur les finalités de l'action sociale mais aussi sur les raisons mêmes qui font qu'il est préférable d'agir sur un mode partenarial⁵⁸⁷.

Le cas de l'agir sanitaire offre une bonne illustration du type d'autonomisation analysé par Friedberg, en procédant à une extension du concept qu'il propose. Il apparaît en effet que les arènes partenariales bureaucratiques mises en place dans le cadre des réformes tendent à s'autonomiser par rapport aux problèmes pour lesquels elles ont été initialement créées, et ce à un double niveau.

D'une part des acteurs s'attachent à faire vivre les bureaucraties que la loi les a enjoint de constituer, au détriment de l'exécution de leur mission sociale. Ils travaillent à s'appropriier les nouveaux cadres d'action et de décision, à les alimenter, donc concrètement à les faire fonctionner, ce qui les détourne de la gestion des problèmes des populations. En ce sens, les productions bureaucratiques tendent à se couper d'une réalité sociale qui pourtant est à l'origine de leur instauration.

D'autre part les processus et arènes affichés comme partenariaux sont instrumentalisés à des fins organisationnelles et servent en définitive d'arènes d'exercice du pouvoir pour les organisations historiques parties prenantes de l'agir sanitaire. Ils sont abordés par les acteurs à travers le prisme des produits que chacun possède et souhaite imposer aux autres intervenants potentiellement concurrents. Il s'agit en somme d'utiliser les nouveaux cadres partenariaux de résolution des problèmes pour tirer son épingle du jeu. Autrement dit, ce que nous pouvons considérer comme des « nouvelles » bureaucraties ne remplacent pas les anciennes : les organisations bureaucratiques historiques se consacrent au contraire à les instrumentaliser, pour contrôler les règles et l'issue de l'échange, les détournant une nouvelle fois de leur objectif initial de résolution coopérative des problèmes sociaux. Les différentes organisations qui y sont représentées cherchent avant tout à valoriser leurs outils

⁵⁸⁷ G. Frigoli, « Lorsque gérer l'action sociale devient affaire d'action collective. Une contribution à l'analyse des partenariats dans l'action sociale territorialisée. Le cas de la lutte contre l'exclusion », *op. cit.*

et solutions propres, les supports de besoins qu'elles proposent pour sortir gagnantes de l'échange.

Une fois considérés ces phénomènes, les procédures et arènes bureaucratiques mises en œuvre ne s'avèrent pas synonymes d'institutionnalisation de nouveaux cadres partenariaux de réflexion et de décision. Elles tendent à être construites pour elles-mêmes, et plus fondamentalement pour servir les intérêts des organisations historiquement centrales de l'agir sanitaire, qui elles sont de véritables institutions, à savoir l'Assurance maladie, les services de l'État ou les collectivités territoriales.

2.2.1 La construction bureaucratique comme but même de l'action collective

Les dispositifs illustrant la volonté de changement dans l'agir sanitaire, au niveau des producteurs de soins comme au niveau des institutions de programmation, constituent avant tout des cadres bureaucratiques d'action que les acteurs doivent mettre concrètement en œuvre, autrement dit apprivoiser. C'est à ce niveau qu'apparaît une dérive de cette production bureaucratique : leur lourdeur détourne les acteurs de leurs missions premières de résolution des problèmes publics au profit de la gestion de ces procédures administratives et instances juridiques perfectionnées. Faire vivre les bureaucraties devient l'objet même de l'action. Comme s'exclame un praticien président de CME, « toutes ces catégories qui ont été créées, à la fin on se demande si elles n'ont pas été créées pour exister. C'est-à-dire qu'elles s'auto entretiennent ! »

Les processus bureaucratiques sont porteurs de leur propre dévoiement : la création de procédures et instances nouvelles visant essentiellement la coopération doit être un gage d'efficacité, mais l'énergie et le temps passés à se réunir, à se connaître et à se reconnaître, à faire concrètement fonctionner les outils partenariaux proposés ou imposés par les textes, finit par stériliser ces derniers. Ils constituent une contrainte supplémentaire pour les acteurs locaux dont l'activité quotidienne devient une activité laborieuse de mise en œuvre de contenants complexes.

L'action collective consiste à mettre en place puis à évaluer les dispositifs, à essayer de se coordonner et à montrer que l'on se coordonne, plutôt qu'à répondre à la demande sociale. En ce sens, la production bureaucratique finit par fonctionner pour elle-même, le référentiel du « partenariat », la plus-value incontestée de l'approche collégiale et pluri

organisationnelle des problèmes sanitaires en fournissant à elle seule la justification. Les supports prenant le pas sur les missions qui leur ont donné naissance, l'utilisation des dotations budgétaires attribuées à certaines de ces instances bureaucratiques servent en partie à financer non pas directement des interventions de terrain mais avant tout le fonctionnement même de la structure.

Il s'agit à présent d'entrer dans le détail de ce phénomène d'autonomisation des productions bureaucratiques, qui caractérise tant les réseaux de santé que les arènes partenariales regroupant différents acteurs publics.

En matière de réseaux, l'autonomisation se traduit par une activité de formalisation qui tend à prendre le pas sur le service rendu aux usagers. Pour que naisse un réseau en tant que structure juridique institutionnellement reconnue et financée par des fonds publics, puis ensuite pour que son existence soit maintenue sur plusieurs exercices budgétaires, les acteurs qui en sont parties prenantes doivent, nous l'avons dit, donner la preuve de l'intérêt de leurs pratiques et du respect des objectifs, en se soumettant à une procédure fastidieuse de candidature puis d'évaluation. Or la charge de travail que représente cet exercice de mise en conformité administrative oblige les professionnels à faire passer au second plan la démarche de résolution de problème à laquelle doit pourtant servir l'organisation en réseau. Le temps est consacré à mettre en forme des documents, tandis que les enveloppes consenties aux réseaux sont en grande partie utilisées pour répondre aux impératifs bureaucratiques : les fonds servent notamment à recruter des spécialistes de la gestion administrative et financière, non à développer les activités du réseau proprement dites. Les ressources humaines et financières sont détournées de leurs objectifs de réforme sociale, en faveur d'une utilisation visant à maintenir en vie la structure bureaucratique qui les porte. Un médecin de PMI participant à plusieurs projets partenariaux explique notamment que l'entrée dans un cadre juridique « estampillé » produit nécessairement une mise à l'écart au moins momentanée des objectifs de réforme du service rendu aux usagers : « c'est compréhensible de la part de ceux qui donnent des sous. Ce n'est pas de la charité publique ! C'est évident qu'il faut pouvoir prouver. Mais ça alimente le système. Ça va entraîner toute une objectivation, une évaluation. Donc à la fois c'est nécessaire, pour qu'il y ait un contrôle, mais en même temps, un réseau qui s'institutionnalise trop est un réseau qui se stérilise, parce que les gens passent leur temps à faire de la paperasse ».

Ici réside une des principales critiques que les professionnels qui refusent de s'y impliquer formulent au sujet des réseaux. L'un d'eux critique par exemple la nécessité de multiples réunions qui regroupent un nombre important de professionnels « qui pendant une journée entière ne font rien de leur travail habituel ! »

Cette dérive de l'autonomisation due à la trop forte formalisation est largement admise par ceux qui travaillent au sein des réseaux. Ils affichent une claire humilité, voire une certaine déception, au regard des objectifs volontaristes que l'équipe s'était en général fixés. La construction même de l'instance « réseau de santé » a monopolisé leur attention et l'activité des membres fondateurs, au point parfois qu'à la fin du premier exercice financier, le réseau n'a pas encore véritablement commencé l'activité pour laquelle il a été institué.

Une coordinatrice admet que durant la période entourant l'entrée dans le cadre juridique formel financé par la DRDR, « on s'occupe plus de la structure que des patients ». Une de ses homologues va plus loin en expliquant que, de manière structurelle, la grande majorité du temps qu'elle passe à travailler pour le réseau est consacré à la formalisation des documents d'évaluation, les objectifs épidémiologiques devant, par nécessité, passer au second plan : « le sentiment que j'ai, c'est que vous avez à peine rendu votre rapport d'activité que l'été arrive, et puis au mois de septembre on recommence un petit peu à travailler et pour le 31 mars il faut déjà rédiger un autre rapport d'activité ! »

L'une des critiques les plus acerbes est exprimée par un praticien hospitalier pourtant coordinateur d'un réseau d'addictologie. Il revient à plusieurs reprises dans l'entretien sur le dévoiement que connaît un projet qui visait initialement à améliorer la prise en charge des patients dépendants et à faciliter la réponse des intervenants de terrain face à des cas difficiles. Les professionnels qui à l'origine s'investissaient pour améliorer les pratiques à travers un réseau informel consacraient aujourd'hui tout leur temps à « remplir des tableaux avec des indicateurs », soit à justifier le bon fonctionnement d'une structure juridique bureaucratisée. « L'évaluation de l'activité est en train de surpasser l'activité en elle-même, regrette-t-il. C'est-à-dire que des gens sont payés pour évaluer ce qu'ils font, alors qu'ils ne font rien. » Pire, le réseau doit, avec une part majeure de l'enveloppe octroyée par la DRDR, recruter des personnels exclusivement en charge de cette activité de gestion bureaucratique, « des gens qui évaluent l'activité, font le rapport d'activité, mais pas des gens qui travaillent véritablement à l'addictologie ».

Les deniers publics qui, théoriquement, sont consacrés à la prise en charge des addictions apparaissent, en fin de compte, utilisés pour faire vivre des structures censées solutionner de manière plus rationnelle – notamment plus efficace économiquement – cette prise en charge des addictions. Comme le souligne le coordinateur, « la moitié du budget de quatre cent cinquante mille euros sert uniquement à l'évaluation ! On faisait de manière informelle, mais au moins, on faisait ! Alors qu'aujourd'hui on perd du temps à faire une évaluation, qui n'est même pas pertinente et qui ne reflète pas la réalité ».

Le processus d'autonomisation des productions bureaucratiques par rapport aux problèmes sociaux qui en ont été les éléments initiaux de légitimation affleure de nouveau lorsque nous considérons les arènes partenariales participant à la programmation de l'action publique, notamment les GIP qui réunissent plusieurs institutions publiques. Le GRSP, la CRS ou les MDPH sont autant de nouveaux cadres d'action que les acteurs doivent intégrer sur le plan cognitif, mais plus prosaïquement encore, auxquels ils doivent donner une existence effective, au-delà de l'injonction réglementaire. L'instauration de ces nouvelles arènes dans le processus décisionnel nécessite de la part des acteurs, notamment des agents des services de l'État qui en sont les principaux maîtres d'œuvre, un travail de promotion et de mise en forme particulièrement lourd. Car au sein de ces instances se trouvent regroupées des catégories d'acteurs qui ne sont pas nécessairement rompus au travail en commun, certains fondant leurs interactions plus sur le mode de la confrontation que de l'élaboration conjointe de la décision. Mettre sur pied un « groupement », une « conférence », ou une « maison » véritablement communs requiert donc un certain apprentissage collectif, sur l'identité des partenaires et sur les modes de fonctionnement mêmes de la structure juridique que l'on partage. Cela passe notamment par l'appropriation des nouveaux calendriers et des nouveaux rôles de chacun. Cette nécessité de reconnaissance mutuelle se traduit par de multiples réunions, des échanges de données, mais aussi par une activité importante de communication et d'explicitation de la légitimité et de la plus-value à attendre des procédures coopératives. Il s'agit, par une forte activité de production documentaire et discursive, à la fois de faire connaître le nouveau cadre de l'action, de le faire reconnaître, si possible comme exclusif, et finalement de le faire fonctionner.

Plusieurs acteurs reviennent sur la lourdeur de l'installation effective des MDPH. Les agents départementaux mais plus généralement les professionnels parties prenantes critiquent le fait que la mise en place de cette nouvelle arène partenariale, censée rationaliser l'octroi des aides et l'orientation des personnes handicapées n'a fait que retarder l'examen des dossiers individuels et le versement des prestations, puisqu'il s'est agi, avant tout, d' « installer » la MDPH. Un médecin de PMI souligne par exemple combien « elle rame terriblement pour fonctionner, avec quand même beaucoup de gens qui ont croulé sous le travail, ils ont déménagé deux ou trois fois, etc. » Ainsi « globalement la perception qu'il y a eu sur l'an dernier ça a été que "c'est très compliqué, on a mis la charrue avant les bœufs, il a fallu démarrer avant qu'on ait les moyens de s'organiser". »

Le témoignage d'un élu de Conseil général chargé de l'action sociale, illustre, selon un mécanisme proche de celui observé pour les réseaux, comment les fonds destinés à la prise en charge des personnes handicapées doivent être utilisés pour faire fonctionner la MDPH : « la CNSA⁵⁸⁸ envoie de l'argent. [...] Pour les personnels de la Maison départementale des personnes handicapées qui est un GIP, l'État devait mettre à disposition des personnels. Et en fait les personnels que devait mettre l'État à disposition du GIP, les personnels qui étaient auparavant à la Cotorep, ou dans des instances de l'Éducation nationale et instances de la solidarité en général, ces personnels-là, l'État doit leur demander s'ils sont d'accord pour venir. Et s'ils ne sont pas d'accord pour venir qu'est-ce qui se passe ? Et bien on verse des crédits au département ou au GIP pour qu'ils puissent engager des gens. Mais on les verse avec l'argent de la CNSA ».

Mais ce sont surtout les fonctionnaires des services déconcentrés qui traduisent, dans leur discours, le processus d'autonomisation des productions bureaucratiques par rapport aux missions de résolution des problèmes sociaux. « L'administration au cours des deux derniers exercices s'est beaucoup plus occupée de mettre en œuvre les GRSP plutôt qu'à définir les champs d'action, explique un agent de la Drass. L'urgence c'était de faire vivre l'institution GRSP ». « J'ai vraiment le sentiment, confie un de ses collègues, qu'on se préoccupe plus du contenant – c'est-à-dire comment marche le GRSP, le Conseil d'administration etc. – que du contenu ! Et tant qu'on s'occupe à créer de la bureaucratie,

⁵⁸⁸ Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, établissement public créé par la loi du 30 juin 2004. Elle est notamment chargée de financer les aides en faveur des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées.

on ne s'occupe pas à définir la politique, c'est-à-dire à réorienter, éventuellement, les priorités et donc à parler du contenu ».

Une inspectrice en charge d'un des volets thématiques du PRSP, représentant la Drass à la fois au GRSP et à la CRS, propose la même interprétation de l'action collective au quotidien : « cette année c'était la mise en route, donc des réunions. Il y avait le règlement intérieur, il y avait toute l'organisation à mettre en place, qu'il fallait soumettre au Conseil d'administration, etc. Et pendant ce temps là on ne s'occupe pas des questions de fond. On est sûr de la structuration d'instance... ça nous a pris énormément de temps. Pour la CRS c'est pareil, c'est de l'information, c'est expliquer qu'est-ce que c'est, c'est un bureau, etc. Et on est une petite équipe ! »

Il apparaît en somme que la construction bureaucratique qui représente une part fondamentale de l'agir sanitaire porte en elle le dévoiement des processus d'action publique. Les cadres juridiques, les formes, tendent à prendre le pas sur les missions qui leur ont donné naissance, en devenant, par elles-mêmes l'objet de l'activité quotidienne.

2.2.2 Usage des processus bureaucratiques par les anciennes « bureaucraties »

L'analyse de l'agir sanitaire révèle une autre dimension de l'autonomisation des processus bureaucratiques, correspondant plus directement à l'approche de Friedberg. Nous assistons à un relatif détournement de la relation d'échange pour en sortir gagnant, donc pour satisfaire des intérêts institutionnels. Les organisations parties prenantes de l'agir sanitaire travaillent en effet à publiciser voire à imposer leurs outils d'interventions propres dans le cadre des arènes pensées à l'origine comme partenariales.

Ce phénomène est intimement lié à une faiblesse des administrations souvent mise en avant par la littérature, à savoir la construction des problèmes en fonction des solutions qu'elles ont élaborées *a priori*, donc de leurs outils et de leurs champs de compétences respectifs. Les besoins sociaux se trouvent définis à travers le prisme des normes et des formes administratives, si ce n'est assimilés à ces dernières⁵⁸⁹

⁵⁸⁹ M. D. Cohen, J. G. March, J. P. Olsen, « A Garbage Can Model of Organizational Choice », *op. cit.* Pour une approche française, voir l'analyse critique des « bureaucraties sociales », B. Jobert, « Bureaucraties sociales et planification locale », *op. cit.* ; B. Jobert, B. Revesz, *Représentation sociale et planification*, *op. cit.*

Ce constat apparaît bien applicable à l'agir sanitaire, caractérisé par la co-présence de plusieurs institutions hautement légitimes, dont les instruments et les champs de compétences peuvent, nous l'avons vu, se chevaucher, voire se concurrencer.

Il s'agit pour les bureaucraties, au sens d'organisations fortement institutionnalisées et bureaucratiquement structurées, de maintenir leur influence institutionnelle et de valoriser leurs produits, en les proposant comme mode de résolution de problèmes publics. En ce sens, la mise en œuvre des arènes visant une prise de décision collégiale et des solutions inédites revient à une poursuite des intérêts institutionnels établis et à une reconduction des domaines d'influence.

Les institutions que sont les services déconcentrés, l'Assurance maladie et les collectivités territoriales, que nous pouvons considérer elles-mêmes comme des bureaucraties et qui sont représentées dans les nouvelles instances, travaillent surtout à maîtriser les termes et les conditions de l'échange, pour garder leur liberté individuelle d'action, en parallèle de la prise de décision dite partenariale. Il s'agit pour elles de développer ou d'asseoir leur leadership. Cette tendance revient à une nouvelle forme d'autonomisation des constructions bureaucratiques vis-à-vis des problèmes sociaux dans la mesure où elles se donnent à voir comme des outils de résolution de problèmes institutionnels, comme moyens d'affirmation de leur expertise et de leur légitimité, ou de maintien de leur influence. L'arène « partenariale » devient un enjeu et un outil de pouvoir bureaucratique, espace où s'exercent des luttes d'influence et où est renforcé le *statu quo* antérieur.

À un premier niveau, les organisations représentées dans les nouvelles instances poursuivent leurs propres intérêts institutionnels dans ce qui est désigné comme un partenariat. Chacune y recherche plus ou moins directement la valorisation de son institution voire une certaine domination des autres participants. L'espace d'échange est donc instrumentalisé dans le cadre des rivalités institutionnelles. Comme l'explique un praticien hospitalier, si les institutions participent à des projets collectifs et surtout y mettent de l'argent, « il faut qu'ils aient une visibilité et un retour. C'est avant tout pour qu'il y ait une visibilité pour leur structure, pour leur cause, et pas en soi pour le bénéfice sanitaire que ça peut apporter. »

Un inspecteur de Ddass illustre bien ce phénomène en décrivant le mode de fonctionnement des institutions présentes dans le cadre du GRSP face à des propositions de projets, qui s'apparente à un véritable marchandage. Il prend l'exemple d'un projet qu'il qualifie de

« novateur » de prise en charge du public des jeunes en difficultés sur la ville de Bordeaux. Les prises de position des différentes institutions révèlent une posture qui revient non pas à s'interroger sur la plus-value en termes sanitaires mais bien à évaluer l'impact pour l'image de leur organisation et pour la poursuite de leurs objectifs propres : « la mairie de Bordeaux est partie prenante, parce que ça redore un peu son blason et parce que le but c'est de s'occuper de ces jeunes plutôt que de les voir traîner dans les rues. Nous Ddass on est partie prenante parce que c'est vraiment notre public. Par contre, le Conseil général, que la ville de Bordeaux soit plus calme, que les commerçants soit plus contents, ça l'intéresse moyennement ! Mais en même temps il s'agit d'un public pour lequel tout le monde est d'accord pour dire qu'il faut s'en occuper. Donc il dit "je veux bien, mais à condition que dès que l'expérimentation est terminée vous fassiez la même chose à Arcachon et surtout à Libourne". Résultat des courses, ce projet a reçu un peu d'argent, mais pas tout ce qu'on avait demandé et pas au premier rang des priorités. Parce que des projets comme ça, ils ne s'en emparent pas, le GIP ne s'en empare pas. Parce que chacun regarde si ça l'intéresse. Chacun essaie de voir ce qui est intéressant pour lui dans l'histoire. Les partenaires ne se disent pas "cette expérimentation si ça marche, c'est intéressant de le faire, c'est une opportunité, on va y mettre les moyens..." Non, ils ne se disent pas ça. Ils se disent "voyons, qu'est-ce que ça va me coûter ?". »

De même un praticien engagé dans plusieurs projets consacrés à la périnatalité évoque « des logiques organisationnelles qui sont très dommageables » et considère, au vu de son expérience, que « les institutions sont dans des logiques autocentrées et tous les programmes sont faits à partir de ce qui rend service à l'institution ». Un document d'information serait par exemple à inventer, à l'usage des familles, regroupant l'ensemble des intervenants et tous les renseignements utiles touchant à la puériculture, les aides familiales ou la scolarité, « quelque chose qui soit pensé à partir des questions des gens » : « et bien ça, c'est impossible à penser ! Par contre, on va faire une plaquette avec la photo des différents professionnels du Conseil général par exemple, centrée sur le narcissisme de l'institution, pour se convaincre qu'on fait bien et pour le dire. Mais ces outils là sont à des kilomètres des besoins concrets d'une famille qui galère ».

Chacun affiche sa volonté de travailler avec, de construire ensemble, mais il s'agit surtout d'amener ses partenaires à adhérer à ses propres catégories d'action, donc à agir comme soi ou au moins à se ranger derrière sa bannière. Un médecin de PMI évoque de manière tout à

fait significative les tentatives de regroupement institutionnel autour d'actions en faveur de la petite enfance : « institutionnellement, chacun parle de réseau, mais chacun veut faire un réseau à partir de chez lui en commandant aux autres comment ils doivent faire, en disant “nous on sait et on va vous expliquer”. »⁵⁹⁰

À un second niveau, les bureaucraties représentées dans les arènes partenariales cherchent à maîtriser le format et le contenu des actions concrètes qui sortent des machines bureaucratiques, en d'autres termes, qui sont promues et financées. Elles travaillent à faire de ces arènes des espaces de développement pour leurs propres outils et pour les partenariats qu'elles ont préalablement construits avec des professionnels de terrain. En définitive, comme l'explique un praticien, « chacun vend son produit ». Nous observons donc l'instauration d'un rapport de force au sein de ces arènes partenariales qui détermine le format final de ce qui est décidé.

Plusieurs acteurs décrivent de quelle manière un groupe professionnel peut chercher à orienter les critères de décision à l'œuvre dans une MDPH. D'autres montrent, nous l'avons vu, comment les représentants des services déconcentrés présentent leurs modes de faire dans le cadre de la CRS comme seuls à garantir l'intérêt général, donc sans mise en question possible. Mais c'est le cas du GRSP qui apparaît le plus symptomatique de cette instrumentalisation d'une arène partenariale, qui revient à son autonomisation. Nous nous contenterons d'évoquer les représentations des agents des services déconcentrés, les plus révélatrices – peut-être parce qu'elles émanent des acteurs qui sont les ouvriers principaux du GRSP – du véritable détournement de cette instance dite partenariale à des fins de valorisation institutionnelle, qui se traduit par une promotion des produits phares et préconçus des bureaucraties en présence.

Ici le rapport de force porte d'abord sur la possibilité de continuer à promouvoir et à financer ses propres actions, parallèlement à ce qui est collectivement choisis dans le cadre du GRSP, parfois même pour des thèmes similaires. Mentionnons le cas de l'Assurance maladie qui est un membre clef du GRSP mais continue à financer par ailleurs des actions

⁵⁹⁰ *A contrario*, un praticien coordinateur explique justement la réussite de son réseau par l'égalité des membres : « Quand il y a quatre promoteurs, la difficulté c'est que il fait que chacun y trouve son compte, mais en même temps il ne faut pas qu'il y ait un leader qui écrase les autres. Parce que du coup il serait tenté de prendre le pouvoir dans la discussion. Donc le fait que je sois un médecin qui n'est rattaché à aucune des quatre institutions, du coup ça aide. Ça aide à ce que chacun reste à sa place »

unilatéralement, notamment à travers son FNPEIS. De même, les collectivités territoriales qui siègent au groupement conservent leurs anciens circuits d'attribution d'aides et de promotion de projets, ce qui permet de maintenir l'affichage d'actions directement associées à leur échelon politique.

Mais l'enjeu réside surtout dans la capacité d'une institution à amener ses partenaires, cette fois au sein du GRSP, à s'engager sur les thématiques et les projets qu'elle a elle-même unilatéralement érigés au rang de priorités. Il s'agit de conserver ses partenariats privilégiés, d'imposer ses domaines traditionnels d'action, en leur faisant bénéficier d'un apport financier supérieur.

De manière assez prudente, le Directeur des affaires sanitaires et sociales explique que chaque partenaire cherche à faire valoir ses priorités comme priorités collectives légitimes : « par exemple le Conseil régional est très branché prévention des jeunes. Il voudrait sans doute qu'on identifie mieux une priorité sur les jeunes en matière de santé publique. [...] L'Assurance maladie en ce moment, est branchée sur la prévention bucco-dentaire, en particulier dans les établissements scolaires : donc ils ont... non pas imposé mais... parce qu'on ne s'y est pas vraiment opposé... Enfin, ils ont décidé de mettre beaucoup d'argent pour la prévention bucco-dentaire sur le budget 2007. »

Les agents se montrent bien plus explicites sur les processus de détournement d'une arène partenariale à des fins institutionnelles. Il apparaît à travers leur discours que l'instrumentalisation des productions bureaucratiques produisant leur autonomisation au sens de Friedberg n'est pas l'apanage d'une organisation en particulier : il s'agit plutôt d'une stratégie généralisée, utilisée par toutes les « bureaucraties » siégeant dans le GRSP, y compris les services de l'État.

Un inspecteur de santé publique explique par exemple que pour la définition des priorités, « c'est une négociation. Parce que parfois l'Assurance maladie a des trucs qu'elle a mis en place il y a vingt ans et qu'elle veut continuer à financer, donc elle dit "ça il faut que vous en fassiez une priorité du GRSP", même si ce n'est pas du tout une priorité de l'État. Donc là il y a une part de négociation. » Un de ses homologues décrit une stratégie similaire de la part du Conseil général de la Gironde : « actuellement le Conseil général valorise dans le GRSP des actions qu'il a toujours faites, il s'est toujours impliqué sur le VIH, il s'est toujours impliqué dans la lutte contre la tuberculose, ou la PMI. Ils valorisent comme ça dans le GRSP ce qu'ils faisaient déjà avant. » Même appréciation enfin, à propos du

Conseil régional, qui non seulement cherche à imposer sa thématique et son public de prédilection, mais entend aussi définir lui-même la forme de la réponse à apporter, en tant que collectivité la plus légitime pour traiter des populations lycéennes : « le Conseil régional lui, ce qu'il veut, c'est financer les lycées. Donc il dit "moi je mets de l'argent mais je veux qu'il n'aille que là". Mais par contre il ne veut pas qu'on aille lui dire ce qu'il finance dans les lycées. C'est lui qui définit lui-même. Il ne veut pas du tout entendre parler du fait que nous on a une idée, ou que la caisse primaire aille lui dire que tel lycée se trouve dans une zone comme ça, donc il faut faire telle prévention et pas une autre. Non ! Ça il ne l'entend pas. Le Conseil régional c'est une collectivité, c'est des élus, ils veulent répondre eux-mêmes aux établissements scolaires, parce qu'ils veulent mettre dans la tête des gens que c'est le Conseil régional qui les a aidé. Donc je ne crois pas qu'une structure juridique change quelque chose à ça. »

Un inspecteur de Ddass dresse un tableau général du dévoiement d'une arène partenariale conçue par l'ensemble des parties prenantes comme un vecteur de maintien ou de développement de leurs pratiques préexistantes, fondées sur des outils inchangés. Il n'y aurait donc pas une déconstruction/définition collective des problèmes publics, mais plutôt une reconduction à peine voilée des anciennes logiques d'intervention. « Le GRSP, ça manque un peu d'ambition. [...] sur le papier c'est très beau. Mais concrètement, quand on connaît le fonctionnement des institutions, ce n'est pas quelque chose qui est moteur. Ce n'est pas quelque chose qui peut aller de l'avant. Parce que dans un GIP, il y a des gros blocs, il y a l'État, l'Assurance maladie, les collectivités territoriales et les intérêts des uns et des autres ne sont pas toujours les mêmes. Chacun veut forcément voir prendre en compte ses priorités. Donc ce qui se passe c'est qu'on fait une juxtaposition de priorités. Mais il n'y a jamais rien qui n'est pas consensuel, ça ne pourrait pas fonctionner ! C'est forcément consensuel. Le directeur c'est le Drass, mais qu'est-ce qu'il fait ? Et bien il prend la politique de l'Assurance maladie, la nôtre, et il fait en sorte que tout le monde soit content. Disons que ça évite de faire des doubles financements, il y a une économie d'échelle c'est sûr, mais sur le fond, il n'y a pas de changement. Et puis ça ne changera pas ! Le Conseil général veut des actions dans le Médoc, la mairie de Bordeaux veut des actions à Bordeaux, le Conseil régional veut des actions auprès des jeunes, voilà. Mais les gens qui ne sont dans rien de tout ça, qui va les prendre en charge ? Donc ça ne favorise pas les projets réellement novateurs, différents de ce qu'on fait. Ça prend peu d'envergure, parce que chacun a ses

promoteurs et puis on ne remet rien en cause, parce que vous savez nous, mettre dans des cases on sait très bien faire, aucun problème ! [...] Il y a des priorités régionales, mais ce sont des grands thèmes comme l'accès au soin des démunis par exemple. Donc on fait à peu près tout ce qu'on veut ! »

Ce qui est révélé, à travers cette autonomisation des arènes bureaucratiques, n'est autre qu'un déficit d'institutionnalisation, au sens d'une véritable proximité, d'une identification suscitant une réelle appropriation.

Les constructions bureaucratiques s'autonomisent parce qu'elles ne forment pas de réelles institutions qui viendraient remplacer les anciennes comme cadre décisionnel mais aussi comme cadre cognitif d'appartenance et d'identification. Nous nous fondons sur ce point sur la conception proposée par Talbot, qui considère que l'institution permet fondamentalement « de régler les conflits issus de l'hétérogénéité des agents en termes de goûts, de richesses, de compétences, d'anticipations, etc. »⁵⁹¹ En ce sens l'institution serait « une idée commune en acte au service d'une finalité »⁵⁹², créatrice d'une certaine proximité cognitive. L'observation de l'agir sanitaire aquitain révèle au contraire des espaces décisionnels qui ne permettent pas une harmonisation des pratiques ou des intérêts ni même une mise en cohérence des rôles des divers intervenants.

Les arènes partenariales qui ne procèdent pas de choix *ad hoc* des acteurs locaux mais découlent d'injonctions contenues dans la loi, sont mise en œuvre à des fins utilitaires mais ne font pas émerger une identité institutionnelle propre. Des instances comme le GRSP, la CRS ou encore la MDPH n'engendrent pas un partage des typifications de la part des acteurs parties prenantes qui demeurent attachés, à la fois juridiquement et cognitivement, à leur organisation d'origine. Les cadres bureaucratiques de coopération dont les acteurs aquitains font l'expérience n'apparaissent donc pas véritablement investis, c'est-à-dire qu'ils « ne constitue[nt] pas le cadre de référence de leurs pratiques ni l'horizon de leurs calculs »⁵⁹³.

⁵⁹¹ D. Talbot, « Les institutions créatrices de proximités », *Revue d'Economie Régionale et Urbaine*, n°3, 2008, pp. 289-310. Document de présentation au séminaire de l'équipe Taps (Territoires, action publique société), « Proximité et action publique », 9 janvier 2009, Sciences Po Bordeaux, p. 3

⁵⁹² *Ibid.* p. 10

⁵⁹³ A.-F. Taiclet, « Le développement économique au regard des hypothèses de la gouvernance territoriale », in R. Pasquier, V. Simoulin, J. Weisbein, dir., *La gouvernance territoriale, op. cit.*, pp. 109 – 127, ici p. 120

Certes l'espace du choix est le même pour tous – encore que certains, nous l'avons vu, continuent d'agir parallèlement aux arènes partenariales – notamment parce que les cadres d'action sont juridiquement stabilisés. Mais l'espace du sens n'est pas pour autant partagé, ce qui nous amène à considérer que les constructions bureaucratiques observées ne sont pas des institutions incarnant un partage des typifications. Dans l'agir sanitaire, les institutions, restent donc bel et bien les catégories historiquement formalisées et légitimées que sont l'État, l'Assurance maladie ou les collectivités territoriales.

Dans ces conditions, le cas de l'ARS qui, nous l'avons vu, est l'objet au moment de notre enquête de profondes attentes et d'interprétations variées, apparaît problématique. Le fonctionnement d'autres arènes devant favoriser le partenariat et la coordination – si ce n'est la coopération – entre des acteurs hétérogènes laisse présager un usage stratégique de ces nouvelles agences. Dans l'esprit des acteurs, la réunification, dans un même cadre bureaucratique, de catégories à l'identité et à la légitimité fortement ancrées, ne sera pas mécaniquement synonyme d'un changement des stratégies d'action en faveur de plus de collégialité.

Des échanges auxquels nous avons assisté entre des représentants des différents services déconcentrés d'Aquitaine, avant le dépôt du projet de loi Bachelot⁵⁹⁴, sont d'ores et déjà révélateurs de ce qui pourrait être un nouvel exemple d'« autonomisation des échanges politiques ». Ils montrent que les services de l'État se placent dans une dynamique de valorisation institutionnelle, qui s'apparente à du lobbying avant la détermination officielle du statut de l'ARS, pour parvenir à contrôler cette dernière, donc la politique qu'elle définira. Il s'agit pour eux de démontrer au niveau central que les services de l'État, sous l'égide de l'institution préfectorale, sont les mieux à même et les plus légitimes pour piloter la future Agence. Lors d'un Comité technique régional et interdépartemental, les représentants de la Drass et des cinq Ddass de la région insistent ainsi sur la nécessité de faire valoir des « arguments » qui permettraient de « démontrer » que le Préfet est le plus habilité à diriger l'ARS⁵⁹⁵. « Tant qu'on en est à la phase des séminaires, des réunions, on peut faire des propositions », « continuons à avoir une force de proposition », déclare l'un d'eux. « Pour l'instant on dit tous “et moi, et moi ! Il faut que ce soit nous”. Donc il faut des

⁵⁹⁴ Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative, *Projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires*, op. cit.

⁵⁹⁵ CTRI 17 octobre 2007, Drass d'Aquitaine

arguments qui soient hors de notre chapelle », considère un autre, sans compter, rappelle un médecin de la Drass non sans inquiétude, que les ARH jouissent d'un « capital d'estime qui est inébranlable au niveau central ». Plusieurs « raisons » sont invoquées en faveur de l'institution préfectorale, notamment le fait qu'elle seule a la légitimité et les moyens de faire « de l'interministériel », ou encore que le Préfet est le meilleur garant de l'intérêt général, ceci sans justification aucune.

Ici transparait, la tendance des institutions historiques à considérer les nouveaux cadres juridiques de l'agir sanitaire comme des vecteurs de reconduction des rôles et des rapports de force établis. L'observation de la construction bureaucratique et de sa tendance à l'autonomisation révèle *in fine* la dimension nécessairement limitée des dynamiques de réforme sociale.

Dans la mesure où une fonction régulatrice n'est pas stabilisée, laissant une certaine latitude à l'expression des antagonismes ou aux stratégies organisationnelles non nécessairement coopératives, les processus intégrateurs permettant le devenir d'un agir sanitaire qui ne soit pas marqué seulement par l'anomie ou la dislocation doivent être interrogés. Il s'agit à présent d'identifier les dynamiques par laquelle les acteurs se trouvent reliés dans un monde commun et qui permet sa relative stabilité sans mise en crise générale.

Chapitre 2. L'ajustement comme modalité du devenir de l'agir sanitaire

L'observation de terrain révèle que le principe stabilisateur, fondement de la signification et de la direction données à l'agir sanitaire, est une dynamique d'ajustement. Par ajustement nous entendons l'adaptation d'un objet à un autre, qui sous-entend une activité d'accommodation du dit objet afin qu'il soit en état d'être joint au second. S'ajuster signifie un processus d'arrangement, d'harmonisation, de conciliation des moyens visant à réaliser une fin.

La notion recèle deux dimensions, qui reviennent à deux processus d'entrée en cohérence : l'ajustement peut être un accommodement réciproque entre acteurs pour parvenir à s'entendre, à se mettre en rapport et en conformité ; il peut également s'agir de l'adaptation d'acteurs à un environnement par de petits réglages de leurs façons de faire, ce qui revient au mécanisme de l'actualisation que nous avons déjà mis en lumière. Les acteurs s'ajustent donc entre eux, et s'adaptent également à une situation plus globale, afin de se ménager des marges de manœuvre, ou conserver une position de légitimité. Ces deux dimensions de l'accommodement avec autrui et de l'actualisation des pratiques en fonction d'un environnement perçu apparaissent intimement liées : elles s'entretiennent mutuellement, l'environnement étant construit à partir des connexions entre acteurs.

À un premier niveau donc, les acteurs hétérogènes par leurs objectifs et leurs ordres de légitimité entrent en cohérence par des ajustements partiels des problèmes et des pratiques, mais également des personnalités, sans recherche de généralisation des coopérations ou du leadership (**Section 1**). L'agir sanitaire n'apparaît alors pas comme le fruit d'une projection systémique cohérente et partagée, d'une stratégie collective clairement établie par les acteurs locaux, mais plutôt le résultat de leurs accommodements partiels⁵⁹⁶.

⁵⁹⁶ Nous nous rapprochons ici de « l'ajustement mutuel » tel qu'il est défini par Mintzberg dans le cadre de l'analyse organisationnelle, qui revient à une coordination du travail fondée sur la communication informelle et les décisions pratiques de ceux qui font concrètement le travail sur ce qu'il convient de faire et la manière de le faire. Les acteurs de terrain entretiennent des échanges, des négociations situées, s'ajustent, ce qui produit de la coordination, sans que ce soit la direction qui leur impose un mode d'ajustement. Ces processus d'ajustement mutuel caractérisent, selon un mouvement circulaire, les organisations peu complexes, mais également les

À un second niveau, l'ajustement caractérise les pratiques de certains professionnels de santé pour répondre à de nouveaux impératifs catégoriels, qui rejoignent d'ailleurs des problématiques territoriales ou démocratiques (**Section 2**). Ces démarches situées permettent leur adaptation à une configuration changeante en termes de contraintes d'exercice, de référentiels d'action, et de cadrages normatifs, et au bout du compte un renouvellement de leur légitimité, comme centre névralgique de l'agir sanitaire. Ce phénomène est d'ailleurs conforté par les activités des autres acteurs dont les démarches ne sont pas médicales : ces derniers construisent leur positionnement dans l'agir sanitaire également par un ajustement, cette fois de leur action propre à celle des professionnels de santé et des administrations spécialisées. Ils définissent leur place légitime dans l'agir sanitaire en ajustant leurs pratiques au modèle médical dominant.

À partir de l'analyse de ces deux types de mécanismes d'ajustement, c'est finalement un processus d'ajustement d'un autre niveau qui est interrogé, à savoir celui du modèle français de traitement des problèmes sanitaires, historiquement fondé, nous l'avons vu, sur une réponse médicale et individuelle.

Les acteurs construisent des arrangements situés, à travers lesquels il s'agit bien de résoudre des problèmes ou de réduire des contraintes, mais pas de définir collectivement des buts généraux, de se mettre d'accord une fois pour toute sur les objectifs ou les outils. Ils agissent en fonction des compétences et ordres de légitimités donnés, sans organiser une coopération systématisée ou généralisée qui risquerait d'entamer les marges de liberté et les possibilités d'action de chacun. Par le biais de personnes ressources et de dispositifs situés et non reproductibles, les acteurs « font » véritablement, créent en permanence des arrangements stratégiques, en composant avec les contraintes et les imperfections du système, en se ménageant une place en son sein, mais sans afficher un objectif de renversement des rôles institutionnalisés. Ils ne paraissent pas chercher à modifier globalement la configuration dans laquelle ils évoluent, donc à réformer un « système de santé ». Le modèle historique n'est pas remplacé par un autre ; il s'ajuste de l'intérieur, par l'intégration de dimensions nouvelles qui viennent l'enrichir. L'absence de globalité des démarches des parties prenantes mène à une impossibilité de globalité des transformations, donc est au fondement du phénomène d'actualisation conservatoire.

configurations dans lesquelles la forte complexité rend inopérante la standardisation. H. Mintzberg, *Structure et dynamique des organisations*, Paris, Les Éditions d'organisation, 1982.

Les acteurs donnent à voir une approche pragmatique et non pas idéologique des situations : ils cherchent à faire en s'ajustant en permanence, sans volonté révolutionnaire ou de construction d'un leadership général, donc sans proposer un nouveau « modèle ». C'est ce centrage des acteurs sur des arrangements stratégiques situés qui produit l'homogénéité de l'agir sanitaire dont le devenir s'ancre dans des dynamiques d'ajustement construites en fonction de problèmes techniques ou thématiques, territoriaux ou personnels mais pas directement pour faire triompher un paradigme ou un ordre social nouveau.

Mettre au jour l'aspect central des phénomènes d'ajustement permet de rendre compte d'un agir sanitaire profondément empreint de mouvement, affecté par une production normative intense et une multiplicité de projets, mais qui est en même temps parcouru de dynamiques conservatrices. L'approche par l'ajustement permet de dénouer cette apparente contradiction.

Section 1. La santé : un agir sans « politique publique »

Une régulation globale de l'agir sanitaire apparaît largement problématique dans la mesure où une figure unique de leadership ne détermine pas son devenir, ce qui favorise notamment des phénomènes de repli identitaire ou de construction voire de récupération bureaucratique. Nous ne pouvons cependant en rester à une conception purement atomiste pour rendre compte des mécanismes par lesquels les acteurs construisent leurs associations. L'observation de terrain appelle une représentation en termes de mosaïque, l'agir sanitaire étant composé de pièces multiples, à laquelle il est nécessaire d'allier une approche fondamentalement dynamique et évolutive. Aussi proposons-nous d'avoir recours à l'image du kaléidoscope qui permet de rendre compte de la multiplicité à la fois des formes d'engagement et des combinaisons expérimentées par les acteurs pour s'ajuster.

La diversité au sein de l'agir sanitaire se manifeste en effet au niveau des compétences et des ordres de leadership, mais aussi des connaissances des acteurs et des modalités privilégiées pour agir, nul ne revendiquant – et ne pouvant revendiquer – l'autorité complète sur l'édiction du sens de l'action collective. Par conséquent, nous ne pouvons pas véritablement parler, à propos de l'agir sanitaire, d'une politique publique, ni d'un système ou réseau d'action, ni même d'une action publique multi niveaux, toutes ces conceptions

étant sous-tendues, à des degrés divers, par une même idée d'univocité soit dans l'édiction de la politique⁵⁹⁷, soit dans certains buts assignés à l'action collective⁵⁹⁸.

L'observation de terrain met au contraire en lumière une absence de vision systémique de la part des acteurs ou de dynamiques systématiques de coordination. Les acteurs expérimentent des relations d'interdépendance mais ne s'inscrivent pas dans un ordre durable dans lequel les objectifs comme les modalités de l'action collective seraient collectivement établis (**Paragraphe 1**). Nous pourrions dire, en adoptant la nuance proposée par Catlla, que s'il est indéniable que l'action est produite « en collectif », l'agir sanitaire ne revient pourtant pas à une action collective qui viserait non seulement à solutionner des problèmes mais aussi à redéfinir les problèmes à résoudre, donc à harmoniser en amont les représentations, les priorités et les façons de faire⁵⁹⁹. En d'autres termes, les multiples concaténations d'acteurs ne signifient pas, dans notre cas, que les parties prenantes construisent leurs représentations et leurs pratiques fondamentalement collectivement, du moins ne pouvons-nous pas l'affirmer *a priori* ou de manière généralisée.

L'identification de dynamiques d'ajustement appelle aussi un éclairage sur les conditions favorisant leur déploiement. Elles apparaissent comme le fruit d'engagements visant à résoudre des problèmes concrets, qui reposent avant tout sur la qualité de relations interpersonnelles (**Paragraphe 2**). Dans un environnement concurrentiel dans lequel les représentations comme les ordres de légitimation ne sont pas concordants, ce sont des personnalités spécifiques, donc des individualités dotées de certains caractères et compétences, qui s'imposent comme chevilles ouvrières dans les dynamiques d'ajustement.

⁵⁹⁷ Nous renvoyons à cet égard à la littérature classique sur les politiques publiques sur laquelle nous reviendrons. Voir notamment, Y. Mény, J.-C. Thoenig, *Politiques publiques, op. cit.* ; P. Muller, *Les politiques publiques*, Paris, Presses universitaires de France, 2006 (1^{ère} édition 1990)

⁵⁹⁸ Pour cette seconde conception, voir notamment P. Hassenteufel, *Sociologie politique : l'action publique*, Paris, Armand Colin, 2008 ; J. Commaille, B. Jobert, dir., *Les métamorphoses de la régulation politique, op. cit.* ; R. A. W. Rhodes, « The New Governance: Governing without Government », *Political Studies*, vol. 44, n° 4, 1996, pp. 652 – 667 ; B. Marin, R. Mayntz, eds., *Policy Networks. Empirical evidence and theoretical considerations (Public Policy and Social Welfare)*, Boulder, Westview Press, 1991

⁵⁹⁹ M. Catlla, « De la genèse d'une régulation territorialisée à l'émergence d'une gouvernance territoriale », *op. cit.*

La coordination n'est donc pas le principe fondateur de l'agir sanitaire qui présiderait à l'ensemble des processus d'association des acteurs. Elle émerge de manière située dans le temps et l'espace, grâce à des formes d'engagement que nous qualifions de sacerdotales. Ces dynamiques sacerdotales comme condition du changement incarnent l'ampleur nécessairement limitée de ce changement, en ce qui concerne l'agir sanitaire. Elles sous-entendent une difficulté de reproductibilité des actions et l'aspect aléatoire et non pérenne des mobilisations⁶⁰⁰. De même elles ne permettent pas d'attester l'idée d'une évolution généralisée des pratiques, illustrant, en creux, la nécessité de tempérer les discours en termes de rénovation des modes d'action publique. Si les formes d'engagements et d'associations évoluent et trouvent de nouveaux modes d'accomplissements en situation, cela ne signifie pas l'avènement de nouveaux modèles qui supplanteraient des pratiques anciennes, mais plutôt le déploiement d'une dynamique d'actualisation.

1. Un traitement multi niveaux ou de multiples actions à divers niveaux ? La dynamique kaléidoscopique, ou l'absence de vraie gouvernance locale

L'observation d'un agir sanitaire en permanent mouvement, du point de vue des réglementations comme des représentations et des capacités d'intervention légitime des acteurs, appelle un questionnement sur les mécanismes d'entrée en cohérence et sur les modes éventuels de coopération.

L'analyse a révélé un investissement dans l'agir sanitaire des trois niveaux de collectivités locales, dans un contexte qualifié de transitionnel alliant dynamiques territoriales et territorialisées. Il est également apparu que les dimensions multiples de l'objet santé appelaient l'intervention de divers acteurs individuels et collectifs issus de mondes différents. Dans de telles conditions, l'agir sanitaire paraît devoir être questionné en tant que construction multi niveaux, puisqu'il résulte non pas de la décision d'une seule autorité mais de l'intervention de multiples acteurs publics et privés.

L'approche en termes de *multilevel government* ou *multilevel governance* notamment issue des travaux de Rhodes tente de rendre compte à la fois d'un changement d'échelle et de

⁶⁰⁰ Pour une analyse de la dimension « aléatoire » de la production de santé publique, voir P. Hassenteufel et alii, « L'émergence d'une nouvelle santé publique. Forums d'action publique, coalitions de projets à Rennes et à Brest », *op. cit.*

nature du processus décisionnel⁶⁰¹. Sous l'effet combiné de la décentralisation, de l'eupéanisation et de la mondialisation, un échelon unique de gouvernement, soit l'échelon national, ne détient plus à lui seul la compétence ni l'autorité décisionnelle qu'il partage avec des niveaux infra et supranationaux. Mais au-delà du changement d'échelle, les travaux sur le *multilevel government* cherchent à mettre en exergue la nature fondamentalement partagée de l'action publique, le processus de décision étant basé sur la coopération, plus ou moins codifiée et volontaire entre des institutions politiques et administratives, mais aussi entre ces dernières et des acteurs privés, placés à différentes échelles territoriales et en perpétuelle interconnexion.

Nous souhaitons nous intéresser à l'aspect multi niveaux de l'agir sanitaire, comme construit collectif sur et autour de l'objet santé. Il s'agit en d'autres termes de s'interroger sur l'agir sanitaire en tant qu'illustration d'un mode de gouvernance multi niveaux.

Nous ne prendrons pas part aux débats traitant de l'extension du concept de gouvernance ou opposant les termes de « gouvernement » et de « gouvernance », dont les enjeux sont largement d'ordre sémantique dans la mesure où les auteurs y introduisent des nuances multiples, selon les contextes nationaux d'écriture ou les domaines d'action publique étudiés. Nous entendons la gouvernance de manière synthétique comme processus de coordination entre des acteurs individuels et collectifs qui vise à atteindre des buts collectivement définis, qui n'est pas exclusivement régulé par un principe hiérarchique et qui prend place dans un contexte complexe où les frontières entre problèmes publics et entre secteurs d'activités sont brouillées et ne peuvent être définitivement établies⁶⁰².

Le premier aspect de la gouvernance multi niveaux, à savoir la multiplication des échelons prenant part à la décision, peut être considéré comme un donné à ce stade de l'analyse, dans la mesure où ont été décrits l'investissement des collectivités territoriales ou de leurs groupements, ainsi que leurs rapports complexes avec l'échelon national. De même, le

⁶⁰¹ R. A. W. Rhodes, « The New Governance: Governing without Government », *op. cit.* Pour un prolongement de cette analyse, voir notamment J.-P. Gaudin, *Pourquoi la gouvernance ?*, Paris, Presses de Sciences Po, 2002

⁶⁰² Nous nous inspirons directement des définitions données à la « gouvernance » par P. Le Galès « Régulation, gouvernance et territoire », in J. Commaille, B. Jobert, dir., *Les métamorphoses de la régulation politique*, Paris, LGDJ, 1998, pp. 203 – 240 et V. Simoulin, « La gouvernance territoriales : dynamiques discursives, stratégiques et organisationnelles », in R. Pasquier, V. Simoulin, J. Weisbein, dir., *La gouvernance territoriale*, *op. cit.*, pp. 15 – 32

croisement permanent des problématiques, le foisonnement des acteurs et le chevauchement des compétences, sont mis en exergue par les analyses à l'échelle nationale comme par les acteurs aquitains et font de l'agir sanitaire le résultat de dispositifs et d'actions multiples, en constante interférence. Aucun acteur n'est dépositaire en propre d'une thématique, n'est le seul responsable d'un secteur ; les grands problèmes semblent devoir être gérés à plusieurs, en conformité avec la logique de transversalité des enjeux et de pluridisciplinarité des solutions.

Cependant, la nature même des relations entre ces divers acteurs individuels et collectifs ne permet pas d'identifier l'agir sanitaire à un cas de gouvernance multi niveaux. Deux types de limites de cette théorie appliquée à notre objet peuvent être mis en lumière.

D'une part, si nous considérons les « niveaux » comme échelons de gouvernement autres que l'échelon national, l'existence même de ces niveaux peut être mise en doute, dans la mesure où ce ne sont pas les mairies, les Départements ou la Région qui agissent en tant qu'échelons politiques et administratifs, donc qui sont de véritables « actants »⁶⁰³. L'observation ne met pas au jour une politique unifiée et cohérente par échelon de collectivité, mais au contraire diverses voies suivies – et voix – au sein de chaque « niveau ». En ce sens, un agir sanitaire qui certes est multi acteurs ne peut pour autant être qualifié de multi niveaux, dans la mesure où le niveau territorial de pouvoir n'apparaît pas même comme une unité d'analyse pertinente, siège d'une politique, conçue comme un programme d'action cohérent.

D'autre part, nous ne pouvons pas non plus affirmer la mise en œuvre d'un modèle de gouvernance multi niveaux si nous considérons les différents niveaux à partir d'une définition plus lâche du « niveau », comme catégorie regroupant divers types d'actants tels que les échelons de gouvernement, mais aussi les services de l'administration déconcentrée, les établissements de soins, les instances comme le GRSP ou la CRS, ou encore des acteurs privés individuels ou regroupés au sein d'associations et d'instances syndicales. Car si ces actants participent tous à la construction de l'agir sanitaire, ils ne font pas, pour autant, véritablement « ensemble ». L'agir sanitaire n'offre pas une illustration des dimensions de coopération ou de poursuite de buts collectivement définis telles qu'elles apparaissent dans la définition de la *multilevel governance*.

⁶⁰³ B. Latour, *Changer de société, refaire de la sociologie*, op. cit.

1.1 Des actions partagées entre différents échelons institutionnels et territoriaux mais qui ne permettent pas d'identifier des « niveaux » d'action publique

La première limite d'une approche en termes de gouvernance multi niveaux dans le cas de l'agir sanitaire provient de l'impossibilité à assimiler tout à fait les trois échelons de collectivités territoriales à des « niveaux » d'action.

Malgré l'injonction à la transversalité, ce n'est pas une action globale et cohérente qui est entreprise par chaque collectivité, mais bien diverses politiques sectorielles qui sont initiées sans réelle mise en cohérence, par des services, des directions, donc des segments institutionnels qui ne peuvent incarner, à eux seuls, l'autorité locale dans son ensemble. Cette dynamique est d'ailleurs favorisée par les stratégies d'investissement de l'agir sanitaire à travers le processus de transcodage des problématiques de santé dans divers champs d'action publique plus ou moins sectorisés.

Nous l'avons vu, les acteurs considèrent la santé comme une problématique présente « dans tout », « un peu partout ». Cependant, l'occurrence de l'objet santé se fait par touches disjointes, sans véritable coordination ou harmonisation des services impliqués qui permettrait de conclure à une « politique » municipale, départementale ou régionale. Nous n'assistons pas à l'intervention cohérente d'un « niveau » autour d'un référentiel commun ou en vertu d'un objectif institutionnel et politique clairement et collectivement défini. De ce point de vue d'ailleurs, nous touchons d'ores et déjà du doigt une autre dimension de la gouvernance multi niveaux, la coopération, qui ne peut être observée de manière généralisée au sein même de chaque collectivité territoriale.

Les acteurs peuvent d'abord évoquer – et regretter – le cloisonnement affectant des collectivités auxquelles ils n'appartiennent pas, mais avec lesquelles ils essaient de travailler. Selon un praticien hospitalier œuvrant à l'application locale du Plan national nutrition santé (PNNS) par exemple, « au Conseil régional on a un accueil assez favorable, mais il y a un cloisonnement interne : c'est-à-dire que pour la nutrition on s'est rendu compte qu'on touchait au moins trois élus, donc trois directions différentes avec à l'intérieur des services différents avec des chefs de services différents. Donc on ne sait pas toujours trouver le meilleur interlocuteur. On trouve un interlocuteur mais ce n'est pas forcément le bon. Pareil pour les municipalités, les grosses en tout cas : on a des élus et puis on a des directeurs, et puis des gens de terrain avec qui on travaille... Et en fait, ça ne circule pas !

On travaille avec untel, mais il ne peut pas faire remonter, etc. Pareil pour les Conseils généraux ». De même, pour un agent de la Région, concernant l'association des Conseils généraux à la politique de lutte contre la désertification médicale, « la difficulté majeure c'est qu'il faut associer différents services [...] ça nécessite pour eux en interne de pouvoir coordonner différents services. Donc quelque part c'est s'adapter à un nouveau champ d'action, donc ça nécessite des coordinations en interne. Comme pour nous d'ailleurs ».

Mais de manière plus marquante encore, les acteurs cherchant à définir l'action entreprise par leurs propres collectivités procèdent le plus souvent à des énumérations de services, donc de politiques de type sectoriel menées par des personnels cloisonnés et qui, en fin de compte, appartiennent à des « registres de pratiques » différents⁶⁰⁴.

Les médecins de PMI par exemple, expriment assez fortement ce cloisonnement entre les services départementaux : « en interne au Conseil général, il y a des médecins de PMI, il y a des médecins dans d'autres secteurs, mais on n'a jamais de réunions ensemble, on ne sait jamais ce que font les autres. [...] Des problèmes devraient être réfléchis transversalement, mais d'expérience... en interne... non » ; « il y a le service de PMI tout seul d'un côté, l'aide sociale à l'enfance d'un côté et puis les services de l'action médico-sociale, donc les missions type État comme la politique vaccinale en direction des adultes. Il y a eu une époque, dans les années 1990, où c'était regroupé sous le même médecin. Après ça a été séparé complètement. Il y a une sous direction enfance/famille qui est censée associer la PMI à l'Aide sociale à l'enfance, mais de fait, pour des questions diverses, on ne peut pas dire que ça fonctionne bien. Et puis à part, il y a le médico-social. Parmi les médecins recrutés, on pourrait imaginer un médecin de santé publique, qui pourrait servir à la fois aux actions adultes et aux actions enfants. On en aurait besoin aussi en PMI. Mais bon, ça n'a pas été retenu »

Un phénomène similaire est observé au sein du Conseil régional d'Aquitaine, malgré le récent recrutement d'une chargée de mission santé, justement censée assurer la transversalité. De manière significative selon un élu régional, « aujourd'hui le budget de la santé n'est pas un budget de santé propre, il est réparti sur plusieurs administrations. Parce

⁶⁰⁴ D. Fassin, « Politique des corps et gouvernement des villes », *op. cit.*, ici p. 32. L'auteur distingue ainsi trois registres de pratiques en santé publique locale, à savoir l'hygiène publique, la prévention médicale et l'action socio-sanitaire, qui font appel à des agents et des interventions bien distincts et se superposent jusqu'à créer un « feuilletage ».

qu'il y a un budget solidarité, il y a un budget industrie de la santé, et maintenant il y a un nouveau budget sur l'aménagement du territoire pour les actions santé. »

La chargée de mission santé débute son entretien en soulignant qu'existent non pas *une* « politique régionale » de santé mais bien *des* politiques de formation, de jeunesse, de recherche ou d'environnement qui toutes recèlent un volet santé mais sont, à l'heure actuelle, menées séparément. Il apparaît de ce point de vue qu'une réelle transversalité reste encore à trouver au Conseil régional, malgré des liens ponctuels entre directions sur des problématiques précises.

Dans certains cas même, les registres de pratiques des différents services paraissent quasiment inconciliables. À la mairie de Bordeaux notamment, le Conseil local de santé porté par le DSU est clairement séparé du service historiquement dédié à l'hygiène publique, à savoir le Service communal d'hygiène et de santé (SCHS). Ce que nous pourrions appeler avec Fassin le « registre » d'action socio-sanitaire du Conseil local de santé se trouve donc séparé de celui de l'hygiène, cette compétence n'étant pas même mobilisée.

Un agent du DSU explique les difficultés à mener une politique globale par une conception de l'action publique fondamentalement différente entre son service d'une part, incarnant une sorte de modernité des pratiques fondée sur la logique du « projet » et la transversalité, et les autres services sectoriels d'autre part, dont fait partie le SCHS : « on travaille par exemple avec les espaces verts, avec la jeunesse, avec le sport ou la culture, enfin des services qui sont dans leur logique un petit peu verticale de gestion et auxquels on se confronte, parce on leur propose, on leur fait envisager de regarder autre chose. Et en matière de santé, avec le service hygiène, ça ne déroge pas à cette règle là. » La question de savoir s'il existe des liens entre les services municipaux participant à l'agir sanitaire et notamment entre le DSU et le SCSH entraîne semble-il chez cet agent une certaine gêne, mais qui débouche sur une réponse négative : « il y a des marges de progrès. Avec le service hygiène... Enfin nous on appartient à la direction du développement, alors qu'un service comme le service hygiène est plutôt dans la gestion. Donc pour nous l'enjeu c'est un peu de les titiller, pour les faire passer d'une logique de gestion à une logique de projet. Certains services ont plus de difficultés que d'autres à se projeter. [...] donc nous on arrive et on met un peu un coup de pied dans la fourmilière ». Cet agent évoque à ce sujet, non sans un certain mépris, « certaines personnes », « des gens » qui ne partagent pas la logique

d'action du DSU et avec lesquels la coopération autour de l'objet santé ne peut être que limitée.

Les représentations des acteurs révèlent en somme ce qu'observe Guyot, à savoir que les « processus de différenciation sont également observables à l'intérieur même de l'institution territoriale, ils créent des difficultés de communication, voire génèrent des tensions, des conflits, entre les catégories de services qui composent l'organigramme municipal »⁶⁰⁵.

Dans ces conditions, le discours des acteurs laisse souvent transparaitre – s'ils ne l'évoquent pas directement – une relative méconnaissance de l'activité des autres services de leur propre collectivité, ce qui en creux révèle une nouvelle fois l'absence de construction collective des problèmes et des solutions envisagées. Face à des questions ou remarques qui touchent à une dimension de l'agir sanitaire dont ils ne s'occupent pas en propre, beaucoup citent un collègue à rencontrer, censé savoir répondre mieux qu'eux, considérant que ce n'est tout simplement pas leur partie. Le chef du SCHS de la ville de Bordeaux n'est pas en mesure de répondre aux questions sur l'adhésion de la municipalité au réseau des Villes Santé de l'OMS ou l'organisation du Conseil local de santé. Il nous renvoie donc à l'élue en charge de ce Conseil ou à sa coordinatrice. De même un médecin de PMI évoque de manière explicite son ignorance de ce que sont les autres activités liées à la santé, donc de ce que font les autres médecins employés par le Conseil général dans d'autres services. S'agissant par exemple de l'organisation de la lutte contre certaines maladies infectieuses comme la tuberculose ou les IST, prérogatives recentralisées mais que les Départements peuvent gérer par contrat avec l'État, « je suis un peu en mal pour répondre parce que je ne m'en occupe pas du tout. Je crois que c'est toujours le Département qui s'en occupe. Je crois que le Département avait choisi de garder ces missions, parce que je crois qu'il y avait cette possibilité là... enfin je pense ». Une de ses homologues témoigne aussi sa méconnaissance de ce qu'elle appelle le « volet médico-social », donc l'action santé à destination des publics adultes : « même moi de l'intérieur de l'institution je ne suis pas au courant des changements au sein des actions médico-sociales. Je ne sais pas dire où ça en est maintenant. »

Le manque d'une vision commune des actions, donc de connaissance sur ce que les autres font, est également remarquable dans la collectivité régionale. La chargée de mission

⁶⁰⁵ J.-C. Guyot, « Les municipalités face aux nouveaux enjeux de santé publique », in J.-C. Guyot, B. Hérault, dir., *La santé publique. Un enjeu de politique municipale*, op. cit., pp. 71 – 93, ici p. 90

« santé » s'avère traiter principalement de la problématique liée à l'aménagement du territoire, qu'elle connaît le mieux et dont elle parle principalement tout au long de l'entretien, renvoyant à d'autres collaborateurs pour les autres dimensions de l'intervention sanitaire de la Région. Rappelons-nous d'ailleurs que les Conférences santé étaient supervisées par la mission Jeunesse, non pas directement par la chargée de mission santé, et présidées par l'élue déléguée à la Jeunesse et à la Vie étudiante, l'élue en charge de la santé n'étant pas même présente.

La chargée de mission santé explique être « plus mobilisée sur la partie santé/territoire » mais « plus ponctuellement » sur les autres. Finalement, sur la question de l'importance de la problématique santé dans sa globalité au sein de la collectivité, « je suis un peu gênée pour vous répondre parce que j'ai été fortement impliquée, il y a eu un gros zoom sur la partie santé/territoire. Donc là j'ai été fortement impliquée et là, oui, effectivement, il y a eu une volonté forte de s'impliquer, puisqu'on a été sollicités au niveau du terrain. À l'inverse, dans les autres directions et sur les autres sujets, comme j'ai été impliquée de façon moins importante, je ne saurais pas trop vous dire qu'elle est l'opportunité ou pas de pouvoir s'impliquer et où se situent les besoins. »

Le discours même des acteurs engagés au sein des trois échelons de collectivités territoriales témoignent donc, de manière élargie, de ce que Guyot et Hérault observent à propos des initiatives municipales, soit des « juxtapositions de dispositifs » sans cohérence entre eux, par opposition à de véritables politiques communales de santé⁶⁰⁶.

Une possible exception mérite cependant d'être mentionnée, à savoir la Maison départementale de la santé (MDS) de la Gironde qui centralise depuis 2001 l'accompagnement sanitaire pour les personnes précaires, la planification familiale, les consultations prénatales et les missions déléguées par l'État, soit le Centre de lutte antituberculeux (Clat), la prévention des IST et le Centre départemental de vaccination. Cette structure représente un essai de définition globale de l'action sanitaire du « niveau » départemental, même si certains acteurs traitant de différentes politiques sectorielles au sein de l'institution n'ont pas toujours connaissance de l'étendue des compétences de la MDS.

⁶⁰⁶ J.-C. Guyot, B. Hérault, « L'initiative municipale dans le champ de la santé », in Guyot J.-C., Hérault B., dir., *La santé publique. Un enjeu de politique municipale op. cit.*, pp. 11 – 25.

Parallèlement au cloisonnement interne, une autre observation empêche de considérer tout à fait les échelons de collectivités comme des « niveaux » territoriaux de l'agir sanitaire : il arrive souvent que la politique d'un service, d'une direction, soit menée sans l'appui de – voire même contre – sa propre institution. Dans la mesure où une collectivité ne soutient pas l'investissement mené en son sein si ce n'est en son nom en matière de santé, l'intervention émanant de cet échelon ne saurait être assimilée à une politique, à une action coordonnée, menée par cette collectivité en tant que niveau de pouvoir politique.

Le cas de certains Conseils généraux est révélateur à cet égard. La loi ne fixant qu'un seuil minimal d'implication, les différentes collectivités départementales sont laissées libres quant aux moyens et à l'organisation interne de leurs services. L'activité et le poids interne de la PMI s'avèrent donc extrêmement variables d'un Conseil général à l'autre et certains agents décrivent une situation dans laquelle leur action n'est pas valorisée voire même est perçue comme menacée au sein de leur institution. Il peut arriver que la spécificité de l'action santé soit « diluée », assimilée à une des multiples activités sociales du Conseil général. De même les moyens de la PMI peuvent être systématiquement minorés.

« On est très attachés à la définition de service de santé publique de proximité. Donc on n'est pas un service social », explique un médecin de la PMI de Gironde. Dans beaucoup de départements en effet, « tout est joyeusement mélangé » entre services spécifiquement sociaux et PMI, ce qui affaiblit l'identité propre donc les moyens symboliques et matériels de cette dernière. Selon lui, « dans cette maison je pense que notre poids a augmenté, d'autant plus qu'ici on est quand même un gros service », « on arrive *grosso modo* à développer notre service », mais les services de santé de la majorité des départements connaîtraient la crainte latente d'une diminution de leur poids en interne, voire d'une dénégarion de leurs spécificités.

À la question de savoir si son service est en capacité de faire passer des idées au sein de son institution, un médecin de PMI d'un autre département répond en ce sens : « Non. Très clairement non. C'est un sujet que j'aborde très souvent avec mon chef de service parce que c'est un grand souci : nous avons des objectifs clairement donnés par les lois, par le code de santé publique, par la loi récente sur la protection de l'enfance, et on a beaucoup de mal à ce que notre institution nous donne les moyens d'appliquer ce genre de choses. Ça c'est clair. Je pense que toutes les PMI y sont confrontées. Je m'informe régulièrement par le syndicat des médecins de PMI, par des réunions de médecins de PMI hors des syndicats, et je crois

que c'est une problématique qu'un grand nombre de services de PMI vivent au sein des Conseils généraux. »

En ce sens, la « politique » d'un service de PMI ne peut être tout à fait assimilée à une politique du « niveau » politique départemental, puisque l'activité se construit conformément aux missions et aux obligations définies dans la loi – donc aussi sous la protection des textes nationaux –, mais parfois contre la logique départementale dominante. Ce phénomène apparaît très nettement dans le cas du Conseil général des Pyrénées Atlantiques. Les médecins du service de PMI reviennent à de multiples reprises sur le manque de soutien institutionnel de la part de leur propre collectivité de rattachement, pour la mise en œuvre de ses activités quotidiennes ou le lancement de projets nouveaux. Si certains Conseils généraux rendent l'action de la PMI plus « visible », notamment par le biais de leur site Internet, en Pyrénées Atlantiques, « de l'intérieur, on n'est pas soutenus, valorisés », « en direction du public il n'y a rien » ; « en interne au Conseil général, c'est comme si la santé publique c'était quelque chose qu'il fallait absolument circonscrire, restreindre le plus possible à la santé physique, à des choses objectivables, comme combien de vaccins, combien de dépistages, etc. » ; « on est sans cesse dans la pénurie de moyens, de recrutement. Dans ce département on a un dispositif qui est très en dessous des besoins, en termes de qualité d'accueil qui serait nécessaire. Mais ça n'intéresse pas. Après il faut trouver si c'est les élus, si c'est les directions... » ; « la grande difficulté vient de notre institution. La très grande difficulté vient du fait que la santé n'est pas une priorité, en tout cas pour ce Département. Dans d'autres départements il y a une excellente impulsion au niveau de la politique de santé, le service de PMI n'a pas du tout la même physionomie. Ça vient vraiment de décisions politiques, de choix de priorités, de financements, etc. Parce qu'il y a dans la loi certaines indications, par exemple en ce qui concerne le recrutement de personnels, mais après, chaque Département a une marge d'autonomie qui est très large. Dans notre Département on est très au minimum » ; « il y a une chose avec laquelle nous avons quand même beaucoup de mal, à savoir que la prévention commence le plus tôt possible. Le problème est dans la mise en œuvre de cette politique de prévention : ici, au niveau du Conseil général, la priorité c'est une action qui est visible, dont le résultat va être à court terme, très visible. Donc c'est peut-être un peu caricatural ce que je vais vous dire, mais c'est ce que nous, nous ressentons : les priorités ce sont des actions visibles à court terme, donc vitrines, des actions qui vont immédiatement avoir une visibilité pour les élus et

les responsables. Nous, nous pensons au contraire que la priorité c'est plus par un travail de fond, mais le gros problème à l'heure actuelle de notre travail c'est que c'est forcément à plus long terme qu'on en verra les résultats. Donc on a des difficultés à faire passer ce message » ; « encore faut-il que nous ayons la possibilité de rester de vrais acteurs de santé au sein du réseau d'acteurs locaux. Et c'est la difficulté : nous sommes peu nombreux et nous avons souvent l'impression d'être plutôt des exécutants des politiques départementales sans être vraiment des acteurs de santé. On nous demande d'intervenir pour des politiques, enfin pour des actions qui ne relèvent pas forcément de nos actions de santé pures ou de nos politiques de santé pures. Nous sommes quelquefois plus des exécutants, des techniciens en quelque sorte, des besoins des MSD⁶⁰⁷. Et nous avons quelquefois du mal à mener nos politiques de santé qui nous sont données par ailleurs en dehors du Département ».

Ces représentations sont révélatrices de la tentation permanente de l'institution départementale à la fois de minoration et de socialisation des objectifs et des actions de la PMI. Mais ses médecins vont plus loin en dénonçant la véritable contrainte institutionnelle exercée par l'administration départementale qui peut même être à l'origine des principales difficultés de fonctionnement d'un service dont les agents se sentent en définitive menacés au sein de leur propre structure : « l'obstacle majeur est l'institution. Nous sommes très dépendants, évidemment, des choix politiques de nos décideurs. Et à l'heure actuelle, le service de PMI est plutôt extrêmement contraint par ces choix. Dans notre Département, les choix de santé ne sont pas prioritaires et nous sommes contraints au quotidien de démontrer à notre institution que nos choix de santé sont des choix importants pour les populations. Nous serions à la limite plus aidés par la politique de santé nationale, qui nous appuie souvent dans nos choix » ; « nous avons depuis quelques années, beaucoup plus de difficultés que quand je suis arrivée au niveau du Conseil général. Au départ je pense qu'on vivait encore dans la lignée de ce qui s'était passé avant, c'est-à-dire quand nous étions rattachés encore aux politiques nationales. Depuis que nos missions appartiennent au Département, on a des difficultés. Le Département a pris plus d'emprise et là, nous sommes plus en difficulté, puisque sa priorité n'est pas la santé » ; « il y a eu un projet de dissolution de la PMI, mais là, ça a résisté parce que ce n'est pas dans la loi et que si on va au tribunal administratif on nous donnera raison. La tentation demeure même si ça s'est soldé

⁶⁰⁷ Maison de la solidarité départementale

autrement » ; « je ne sais pas si ce ne sont que les élus. Je pense que ça vient aussi de toute l'administration qui nous régit qui a ses codes, ses procédures, ses objectifs, ses priorités. L'organisation du Conseil général est telle que nous, nous avons très peu de liens directs avec les élus. Nous avons surtout des liens avec les administratifs. [...] ces personnes ne sont pas facilitantes [...] ce sont des gestionnaires ». Les médecins s'inquiètent largement du maintien de leurs missions dans leur propre Conseil général, institution qualifiée de « carcan », au point comme l'affirme l'un d'eux, que la « politique de santé n'est pas une réalité dans l'institution départementale ».

Les acteurs mettent en lumière des processus similaires concernant l'échelon municipal. L'activité des mairies sur le terrain de la santé fait l'objet d'une littérature importante et d'un affichage actif sur le terrain, mais il apparaît pourtant que des procédures et dispositifs procédant d'un étiquetage municipal ne témoignent pas, en eux-mêmes, de l'intervention d'un « niveau » municipal. Une nouvelle fois, nous nous trouvons face à des politiques menées par un service, une délégation, ou un établissement public communal (un CCAS), donc au nom d'une mairie, mais qui n'apparaissent pas comme des politiques municipales au sens d'action coordonnée mise en œuvre et soutenue par la mairie en tant qu'autorité publique locale. Comme l'avaient déjà remarqué Guyot et Hérault, « Dans bon nombre de cas, les initiatives prises dans le secteur sanitaire n'attestent pas [non plus] d'une véritable mobilisation de la part des élus et des fonctionnaires municipaux. Si la santé émerge dans les programmes électoraux ou dans la presse communale, elle ne fait que très rarement l'objet d'un débat public au sein de l'assemblée municipale. Le processus politique se limite le plus souvent à l'initiative du maire, d'un adjoint, ou d'un fonctionnaire. En tout état de cause, l'impulsion vient d'un cercle restreint d'initiés particulièrement motivés du fait de leur orientation professionnelle »⁶⁰⁸.

Un exemple d'action menée à l'échelle communale qui ne signifie pourtant pas un engagement communal en tant que tel peut être observé dans le cas bordelais. Des acteurs rappellent que si le Conseil local de santé est présenté comme une instance municipale – qui d'ailleurs apparaît aujourd'hui dans l'organigramme de la mairie – il n'est pas l'objet d'un soutien ou d'un suivi étendu au sein de l'institution. Ce dispositif et sa survie paraissent dépendre de l'investissement de sa coordinatrice et de la maire adjointe qui est à l'origine de

⁶⁰⁸ J.-C. Guyot, B. Hérault, « L'initiative municipale dans le champ de la santé », *op. cit.* p. 17

sa création. Un agent du service du DSU souligne, à propos de cette dernière, « l'enjeu, c'est qu'évidemment quand elle parle, ce soit toute la mairie qui, derrière elle, porte. Mais il faut être objectif, ce n'est pas vraiment ça ». La problématique sanitaire « ne fait pas partie des priorités, c'est évident. Certainement qu'on a un peu gagné. Mais je l'ai dit, c'est parti d'une volonté d'une maire adjointe. [...] Donc ça doit être mieux. Mais il y a encore de la marge de progrès ».

Ce qui est mis en avant, c'est l'écart entre l'importance symbolique donné à ce Conseil et la faible mobilisation effective qu'il suscite au sein de l'institution municipale, en termes de controverses internes ou de moyens de fonctionnement. En témoigne le discours tenu par un ancien stagiaire de la ville de Bordeaux s'étant intéressé au fonctionnement du CLS : « c'est important symboliquement qu'il y ait ce service spécifique au sein d'une mairie. Ça montre l'intérêt que peut avoir une mairie pour la santé. Mais après, ça dépend des moyens dont dispose ce service là, ça dépend du personnel qu'il y a derrière, qui est impliqué là-dessus. [...] Donc là, il y a quand même un Conseil local de santé, qui n'est pas le CCAS, qui n'est pas simplement le service hygiène, mais qui est vraiment quelque chose à part qui existe. Mais bon, après ça dépend des moyens qu'y met la mairie. Et pour une ville comme Bordeaux les moyens qui sont mis en œuvre sont un peu légers ».

Les ASV suscitent tout particulièrement des réactions de la part des acteurs de terrain sur cette relative absence de la mairie dans une action qui pourtant est affichée comme « municipale ». Si l'échelle d'intervention est bien le territoire communal, l'engagement nécessaire pour monter puis faire vivre un ASV n'est pas toujours celui de la commune. Des exemples d'ASV girondins montrent ainsi un dispositif entièrement mis en œuvre par le CCAS, accompagné d'un désintérêt de la part des élus et des services municipaux, qui se traduit par un rôle uniquement formel de l'institution. La mairie ne peut par conséquent pas être considérée comme le véritable actant de cette intervention qui ne revient pas à une politique *municipale* mais plutôt *menée à l'échelle municipale*.

Le coordinateur de l'ASV de Lormont témoigne plusieurs fois au cours de son entretien du manque de participation de la mairie au quotidien : « le projet est porté par le CCAS depuis le début. Et il n'est, malheureusement, pas assez suivi par les autres partenaires, y compris d'ailleurs le service jeunesse de la ville » ; « pour l'instant l'ASV se fait surtout entre CCAS et des institutions extérieures. L'école et les associations sont les plus présentes. Les services de la mairie, pour l'instant non. On verra quand on mettra des actions en place » ;

« ce qui nous manque, c'est avant tout les animateurs de la ville. C'est dur à dire mais c'est comme ça » ; « c'est là que c'est la volonté politique, soit de faire dans l'annonce, de mettre en place quelque chose qui se voit tout de suite, soit de décider de se mettre vraiment au service de la population et puis de voir. »

Son homologue de Talence fait état d'une situation similaire pour ce qui est des rapports entre l'ASV et l'institution municipale : « le CCAS est un établissement public séparé, quand même, de la mairie. Donc le projet est impulsé par le CCAS et ça ne veut pas dire que, pour la ville, la santé soit une priorité. Donc pour le travail en lien avec les autres services de la ville... enfin l'Atelier santé ville, pour l'instant, n'est pas reconnu comme une entité de la ville mais comme un projet du CCAS. C'est plus compliqué que dans certaines autres villes où c'est la mairie directement » ; « le fait que ce ne soit pas porté par la mairie, je trouve que c'est un frein. C'est-à-dire que quand je me présente, je suis la coordinatrice ASV du CCAS, pas de la commune donc ça peut être parfois une petite barrière, surtout pour travailler avec les autres services de la commune. Parce que tout simplement, quand c'est porté par la commune, ça signifie que c'est la volonté du maire, donc les services n'ont pas le choix. Tandis que là ce n'est pas pareil ! C'est porté par le CCAS, donc les autres services ont encore le choix de travailler ou non avec moi. Ça c'est peut-être la première difficulté. »

Cette coordinatrice revient sur la portée uniquement formelle de la « décision » municipale touchant à l'ASV, qui se réduit à un simple visa apporté à des choix, des projets, construit au sein du CCAS : « la ville de Talence n'a pas fait le choix d'une implication : c'est le CCAS qui a proposé à la municipalité d'entériner, par un arrêté municipal, la création d'un ASV, avec le coordinateur et l' élu référent. Ils ont validé à l'unanimité, mais il n'y a aucune implication de la ville pour l'instant » ; « le comité de pilotage a été initié parce que dans la méthodologie des ASV il faut un comité de pilotage. Donc c'est pour ça que j'en ai créé un, mais qui se voit, en fait, seulement deux fois par an et à qui je propose de valider les projets qu'on est en train de mettre en place. Mais bon, le comité de pilotage est l'instance qui doit être là. Il y a un comité technique qui regroupe les gens qui sont à l'initiative des projets, qui sont des agents de terrain. Après c'est entériné par le comité de pilotage parce qu'il faut faire comme ça, mais le comité de pilotage n'est pas force de proposition, parce que – l'Atelier santé ville, pour l'instant, n'est pas porté par la ville. » Nous nous trouvons donc face à une municipalité qui n'est ni décideur ni même partenaire actif pour l'ASV créé sur

son territoire et même en son nom, donc dont elle a, en partie au moins, la responsabilité politique. Significativement, à la question de savoir quels acteurs il serait souhaitable de voir s'impliquer, la réponse est aussi limpide que laconique : « La commune, voilà. »

Les collectivités territoriales aquitaines apparaissent comme des institutions parcourues de cloisonnements internes qui, du point de vue de l'agir sanitaire, empêchent de les considérer tout à fait comme des « niveaux » d'action publique, entités homogènes mettant en œuvre une politique cohérente. Chaque échelon territorial est le théâtre de multiples interventions qui ne connaissent pas de véritable mise en cohérence à l'échelle de l'institution politique locale. Dans ces conditions, un agir sanitaire que nous pourrions qualifier de multi actions, n'apparaît toutefois pas comme véritablement multi niveaux, puisque la pertinence de l'approche en termes de « niveaux », comme catégories politiques et organisationnelles d'action, s'avère limitée. En somme, nous observons une action à plusieurs niveaux, mais pas l'intervention *de* plusieurs niveaux.

1.2 Plusieurs font de concert mais ne font pas véritablement à plusieurs : une mise en cohérence limitée des représentations et des interventions

Nous avons souligné à maintes reprises la diversité comme le nombre croissant des acteurs impliqués de concert dans l'agir sanitaire. Cependant, l'approche en termes de gouvernance multi niveaux nécessite d'aller plus loin et de s'intéresser aux types de rapports entretenus par les dits niveaux, conçus cette fois non pas strictement comme des échelons de collectivités territoriales mais comme divers actants qui tous participent de l'agir sanitaire par les actions qu'ils mettent en œuvre.

Il s'agit à présent de questionner l'agir sanitaire dans sa dimension véritablement commune, sous l'angle des dynamiques de coordination et de coopération, donc de la construction collective des enjeux. Car seul un processus collectif de définition des problèmes et des solutions permet de conclure au déploiement d'une action publique multi niveaux, et pas seulement d'actions de multiples niveaux.

Or, ici réside une limite fondamentale de l'applicabilité de l'approche en termes de multi niveaux au cas de l'agir sanitaire : si de multiples acteurs sont investis dans la construction de cet agir, nous ne saurions pour autant conclure à sa co-construction.

Si nous utilisons le syntagme analytique de l'agir sanitaire, défini comme une action collective autour et sur un même objet santé, il ne faut pas surestimer, par cette définition englobante, l'aspect structuré, cohérent, de l'action. Il s'agit bien d'une action, d'une action collective, puisque des acteurs hétérogènes interviennent tous dans un champ conçu comme relatif à la « santé », dans le but de modifier leur environnement quotidien. Ils mettent en place des dispositifs qui ont une résonance publique, dans la mesure où il s'agit d'apporter un service aux populations, souvent en recherchant des partenariats techniques ou financiers, parfois en s'inscrivant des espaces de réflexion explicitement collégiaux. Cependant, les acteurs n'ont pas comme horizon d'action une réalisation coopérative, le cadre cognitif d'un engagement qui se voudrait *a priori* collectif.

Nous ne nous trouvons donc pas face à une action cohérente à laquelle chacun prendrait part, mais plutôt face à *des* actions qui, en s'agrégeant, en se rencontrant, en se croisant de manière aléatoire, voire en se confrontant, forment un agir sanitaire. Ce dernier n'est donc pas un cadre qui ferait sens pour toutes les parties prenantes, une catégorie structurée autour d'un objectif commun clairement et collectivement défini qui caractériserait une « politique de santé »⁶⁰⁹.

Ce n'est pas l'atomisation des acteurs en elle-même qui fait problème mais leur manque de coopération, cette dernière étant entendue comme l' « action de participer à une œuvre commune », le fait d' « agir ensemble dans un but commun »⁶¹⁰.

Tout d'abord, si plusieurs acteurs se partagent les responsabilités et ne détiennent qu'une part de légitimité ou de savoir technique pour la résolution d'un problème précis, l'observation des processus décisionnels met surtout en lumière une logique de fiefs dans laquelle chacun pense et élabore son action de manière autocentrée. Chaque acteur étant légitimement en mesure de ne faire qu'un peu, selon sa propre définition des cadres et des frontières de l'action, aucun n'a véritablement intérêt à agir avec les autres, c'est-à-dire en

⁶⁰⁹ Cet aspect a d'ores et déjà été pointé par de nombreux rapports et analyses traitant de la situation nationale. Tabuteau note par exemple que « force est de constater que la politique de santé reste rebelle aux tentatives de synthèse ». « Personne ne nie qu'il y ait une politique de l'éducation, de la défense ou de la culture. On est pour ou contre, mais leur existence n'est pas mise en cause. En matière de santé, il en va tout autrement. Les politiques sectorielles occupent le devant de la scène. Politique hospitalière, politique du médicament, politique conventionnelle ». Cf. D. Tabuteau, *Les contes de Ségur*, *op. cit.* p. 369

⁶¹⁰ J.-P. Neuville, « La tentation opportuniste. Figures et dynamique de la coopération interindividuelle dans le partenariat industriel », *Revue française de sociologie*, vol. 39, n° 1, 1998, pp. 71 – 103, ici p. 73

considérant les complémentarités et les coordinations entre interventions et au-delà, en construisant une véritable démarche coopérative. Ainsi fait-on en même temps, à côté, mais pas *avec* les autres acteurs en présence. La définition non stabilisée et évolutive de l'objet santé tend à favoriser ce manque de construction commune des enjeux. La mise en œuvre de partenariats se trouve limitée par la possibilité pour chaque partie de légitimement déterminer un sens propre qui sera la base de son intervention, mais qui n'est pas nécessairement identique, ni cohérent avec celui choisi par les autres.

Certes, des acteurs ont justement valorisé la dimension partenariale de leurs activités quotidiennes. Un inspecteur de la Ddass définit par exemple son travail de la manière suivante : « voir sur chaque dossier, qui on met autour de la table. C'est organiser des tables rondes, faire un tour de table, pour dire "voilà notre objectif de départ. Vous, est-ce que vous seriez prêts à nous rejoindre sur cet objectif là ?" ». La directrice de la Maison départementale de la santé girondine donne une représentation assez proche : « le partenariat c'est la moitié de mon emploi du temps ! On a des réunions de travail très régulières, que ce soit avec les collègues de Ddass et Drass, que ce soit avec le tissu associatif, que ce soit avec l'hôpital, et de ce côté-là on participe à je ne sais combien de réseaux de santé. Après de toute façon, nous, acteurs de santé du Conseil général, nous avons une tradition de travail en réseau bien avant les dispositifs réseaux. Depuis toujours on travaille de façon extrêmement partenariale ».

Pourtant, le discours des acteurs révèle globalement des configurations dans lesquelles chacun agit « dans son coin » sans réelle recherche de coordination et encore moins de coopération, ce qui donne lieu, au mieux à des interventions parallèles, mais souvent à des redondances, si ce n'est à des concurrences entre dispositifs, donc entre les acteurs qui en sont porteurs.

De nombreux entretiens révèlent souvent la méconnaissance des entreprises existantes – qui peut être le fruit d'une ignorance délibérée. Certains acteurs recherchent en effet, au travers de leur investissement dans l'agir sanitaire, un vecteur propre de légitimation, ou de valorisation institutionnelle. D'autres cependant, par une sorte d'excès de volontarisme, ne prennent simplement pas le temps de savoir ce qui se fait déjà, avant de faire eux-mêmes.

Ce sont les projets des collectivités territoriales qui suscitent le plus de réactions quant à leur plus-value limitée due à leur répétition, sous d'autres formes, d'actions existantes, notamment mises en œuvre par les professionnels et établissements de santé. Les discours

traduisent une tendance de ces échelons politiques à « faire » au plus vite et avec un affichage propre, plutôt que de soutenir des projets menés par d'autres.

Une directrice d'hôpital psychiatrique critique notamment l'intervention directe de sa municipalité d'implantation dans la problématique de la santé mentale : « j'ai assisté à une des réunions qui ont conduit à l'élaboration du Contrat urbain de cohésion sociale, où d'un coup on dit qu'il faut faire des ateliers santé, sur la santé psychique des habitants de la ville. Et ça, de façon complètement déconnectée de notre projet d'établissement. Les gens qui font ces négociations n'y connaissent rien à la santé mentale. Du coup ils vont avoir un discours qui ne va pas du tout être cohérent avec le nôtre. Parce que voilà, maintenant, dans les Contrats urbains de cohésion sociale il faut un volet santé. Qui a démontré que ça manquait ? Et si ça manque, est-ce que ça n'est pas parce que les acteurs de la santé ne font pas leur travail ? Est-ce qu'il n'y a pas ça, d'abord, à combler, avant de rajouter une couche ! »

De même un praticien hospitalier doute de la réelle pertinence des implications des collectivités territoriales dans un agir sanitaire qui déjà, fourmille de dispositifs et de projets : « j'ai un peu peur que ça vienne se superposer. La tendance, c'est quand même que chacun arrive avec son idée de génie, en ne tenant absolument pas compte de ce qui a déjà été fait avant. Si le Conseil général veut faire des choses, il faut qu'il finance des choses existantes. Je connais trop de réseaux, d'associations qui sont obligés de fermer parce qu'ils n'ont pas d'argent, alors qu'ils ont déjà travaillé sur les projets. Donc que le Conseil général se lance dans d'autres choses, ce n'est pas leur job. Il faut qu'ils donnent des orientations, mais qu'ils se mettent à réinventer la poudre, je ne crois pas que ce soit très judicieux. Ces institutionnels il faut qu'ils donnent des orientations. Mais que, après, chacun y aille de son projet, non. Je trouve qu'il y a beaucoup de gâchis d'énergie avec des choses comme ça. Moi-même je suis dans un réseau donc je connais les difficultés, etc. On n'a pas été soutenus par les institutionnels. Et puis à côté de ça, à un moment d'autres institutions voulaient monter un projet réseau. Mais il existait déjà ! Alors pourquoi aller encore... Donc je crois qu'il y a un certain gâchis. »

Mais les collectivités territoriales ne sont pas les seules institutions à se lancer dans des projets qui méconnaissent et reproduisent l'existant. Toutes des catégories d'acteurs parties prenantes de l'agir sanitaire apparaissent enclines à faire en leur nom propre.

« Je crois que c'est un problème majeur dans le secteur que je connais, témoigne un praticien hospitalier. Chacun fait des trucs dans son coin, souvent des choses bien d'ailleurs... et le voisin, il ne sait pas ! Mais c'est compliqué de bien communiquer. C'est compliqué de comprendre qui fait quoi. Et puis tant qu'on n'a pas vu la personne en face, c'est compliqué. On est chacun sur nos rails. Quand on a essayé de recenser les réseaux existants, on s'est aperçu qu'il y avait des réseaux sur des domaines quelquefois différents mais aussi quelquefois sur des domaines similaires à cinq kilomètres l'un de l'autre mais qui ne se connaissaient pas ! Parce que chacun était parti la fleur au fusil, avec son projet, financé, mais... sans le temps de prendre de la hauteur, pour regarder qui fait quoi à côté. [...] Ce n'est pas évident d'avoir une bonne visibilité de tout ce qui se fait. Résultat, ça veut dire que c'est de l'argent qui est mal dépensé... »

Un président de caisse primaire d'Assurance maladie décrit, dans plusieurs séquences de l'entretien, une situation non coopérative et même concurrentielle dans laquelle plusieurs font de concert mais ne souhaitent pas agir ensemble : « vous allez avoir l'Assurance maladie qui va faire son observatoire national, l'Urcam va en faire un autre, la Drass, bien sûr, a son staff de statistiques. Le Conseil régional ne s'en remet pas aux données de la Drass, parce que "c'est l'État, donc si on veut être indépendant il faut qu'on ait nos propres observateurs". Donc il y a des répétitions, il n'y a pas de construction ou d'organisation satisfaisante » ; « la mairie de Bordeaux n'a pas voulu adhérer à Association girondine de dépistage des cancers parce qu'elle a dit "moi je fais mon Conseil local". Mais son Conseil local touche à tout, au cancer, à la nutrition, etc. Résultat des courses : confusion ! Alors que c'est différent si on dit "je m'inscris, moi mairie de Bordeaux, dans ma responsabilité vis-à-vis des problèmes des citoyens. Quels sont les problèmes de santé qu'ils rencontrent et quelle est ma place là-dedans ? Il faut que je commence par définir quelle est ma place, c'est-à-dire qu'est-ce qui existe". [...] Donc on peut se faire la guerre et nuire à tout le monde, ou bien avoir une conception en termes de complémentarité en disant "quelle est ma spécificité à moi". Ça rejoint ce que je vous disais tout à l'heure : la caisse d'Assurance maladie qui fait son observatoire régional de santé, le Conseil régional qui veut en faire un, le Conseil général qui a fait sa Maison départementale de la santé, la mairie de Bordeaux qui fait son Conseil local de santé. Et puis tout le monde va venir voir un jour l'Assurance maladie pour dire "vous n'auriez pas trois sous ?". Et puis on va aller voir le GRSP en disant "vous n'auriez pas quatre sous ?" »

Un médecin de PMI décrit quant à elle « une pagaille d'initiatives » dans la mesure où « chacun y va de sa prestation ». Un de ses homologues d'un autre département considère aussi que « chacun est dans sa boutique, développe ses antennes, ses collaborations... [...] Au fond, chaque institution a ses propres problèmes de gestion et remplit des paniers percés. [...] Une association va faire son petit truc dans son coin, la mairie va saupoudrer, la PMI éponge les urgences en permanence parce qu'on a de plus en plus de monde, etc. Il ne faut pas penser à partir des institutions. Chacun a sa spécificité, mais pour bien les utiliser, il faudrait des circuits, en amont, en aval, une continuité. Or là on fait des prestations cloisonnées ». Ainsi, « penser une plaquette multi logos, quelque chose d'unitaire, c'est infaisable. C'est interdit ! L'Éducation nationale fait son truc dans son coin, le Conseil général fait sa promotion, etc. »

Dans ce contexte, c'est finalement une dynamique impossible de construction commune de l'action que révèlent les acteurs, soit par un simple manque d'investissement dans des démarches réellement collectives, soit par des réticences explicites et un refus de partage des objectifs et des solutions échafaudées.

« Il y a quelque chose qui nous paralyse en France, considère également un professeur de médecine, c'est la défense des prés carrés. Chacun a son pré carré. Donc si quelqu'un du Conseil général vient s'intéresser au côté sanitaire d'un peu trop près, tout le monde lui demande ce qu'il vient faire là. Ça ne le regarde pas ! Il y a vraiment des prés carrés. Ça doit exister ailleurs, mais chez nous c'est vraiment caricatural ». Selon un autre praticien hospitalier, « il faudrait réunir toutes les personnes compétentes sur une thématique pour créer une synergie, travailler en transversalité plutôt que de dire “ça c'est mon projet et ça c'est le projet du voisin. Et je défends ce que je fais parce que c'est la meilleure approche. Et je crains que l'autre personne qui fait un peu comme moi me prenne une partie des financements”. Actuellement il y a plutôt ce système de concurrence entre personnes qui travaillent sur la même thématique ».

La généralisation des représentations en termes de construction cloisonnée et même concurrentielle des interventions contredit la logique multi niveaux. Si divers niveaux sont impliqués dans l'agir sanitaire, les acteurs ne paraissent pas travailler à un schéma commun d'action, à la réalisation de buts collectifs mais plutôt interagir selon des perspectives multiples.

Une telle observation amène à réenvisager l'approche interorganisationnelle de la résolution de problèmes publics qui a donné lieu à une importante littérature, en matière de politiques publiques mais également dans l'analyse économique et les sciences de gestion, notamment à travers la notion de réseau⁶¹¹. La mobilisation de cette notion de réseau s'avère problématique dans le cas de l'agir sanitaire et n'est possible que si elle est assortie de cadrages définitionnels stricts.

L'agir sanitaire paraît illustrer la définition la plus lâche proposée par certains auteurs comme Heclo, considérant un réseau comme un maillage large d'acteurs multiples formé autour d'un problème spécifique de politique publique et caractérisé par une dispersion de la responsabilité⁶¹². Les acteurs aquitains que nous considérons traitent en effet tous plus ou moins directement de « santé » et se représentent comme tels. À travers son concept de *issue networks*, Heclo cherche à montrer que les politiques publiques ne sont pas le fait d'un ou deux intervenants bien identifiés mais sont générées par une configuration d'acteurs multiples et inter reliés. Le réseau apparaît dans son analyse largement diffus, fondé essentiellement sur une dépendance mutuelle et variable des acteurs : « il est presque impossible de dire où un réseau s'arrête et où son environnement commence »⁶¹³.

Cependant, de nombreuses approches en termes de réseaux dans le cadre de l'analyse des politiques publiques mettent en exergue une vision plus cohésive et structurante du réseau,

⁶¹¹ Voir notamment K. Hanf, F. W. Scharf, eds., *Interorganizational policy making, op. cit.* La résolution de problèmes publics peut être conçue comme interorganisationnelle si « à la fois la formulation et la mise en œuvre d'une politique publique impliquent de plus en plus différents niveaux de gouvernement et agences, ainsi que des interactions entre les autorités publiques et les organisations privées ». Cf. K. Hanf, « Introduction », in K. Hanf, F. W. Scharf, eds., *Interorganizational policy making, op. cit.* pp. 1 – 15, ici p. 1. Concernant l'approche par les réseaux, voir P. Le Galès, M. Thatcher, dir., *Les réseaux de politiques publiques. Débat autour de la notion de policy networks*, Paris, L'Harmattan, 2000 ; B. Marin, R. Mayntz, eds., *Policy Networks. Empirical evidence and theoretical considerations (Public Policy and Social Welfare)*, Boulder, Westview Press, 1991 ; J. C. Anderson, J. A. Narus, « A Model of the Distributor's Perspective of Distributor-Manufacturer Working Relationships », *Journal of Marketing*, vol. 48, 1984, p. 62 – 74

⁶¹² H. Heclo, « Issue Networks and the Executive Establishment », in A. King, ed., *The New American Political System*, Washington D.C., The American Enterprise Institute for Public Policy Research, 1978, pp. 87 – 124

⁶¹³ *Ibid.* p. 102

notamment s'agissant des *interorganizational networks* ou des *policy networks*⁶¹⁴. Derrière cet usage de la notion de réseau apparaît une dimension coopérative bien plus forte, dans la mesure où les acteurs formant le réseau travaillent à la réalisation d'objectifs communs, qui ont d'emblée été définis collectivement. Comme l'écrit par exemple Kenis, les réseaux de politiques publiques constitueraient « des groupes d'organisations observables et relativement stables, qui forment une alliance ou une coalition pour promouvoir l'intérêt collectif de tous ou une part des membres [de l'industrie]. Ils le font en négociant les intérêts communs ainsi qu'en hiérarchisant leurs priorités collectives »⁶¹⁵. Pour cet auteur, les relations sont stabilisées par le partage de normes, l'instauration d'une confiance et d'une bonne connaissance mutuelle. Des mécanismes normatifs mais aussi des processus de socialisation et de négociation explicite produiraient de la coordination.

Selon cette approche, l'agir sanitaire aquitain ne peut être défini comme un réseau, dans la mesure où, nous l'avons dit, les buts ne sont pas fondamentalement communs, au sein de la thématique générale de la « santé ». Il apparaît plus comme le fruit d'une adjonction d'actions, sans construction préalable de compromis, que comme le résultat projeté de l'intervention coordonnée d'une coalition. La co-présence d'une « collection de sous-systèmes aux prérogatives, aux compétences et aux ressources limitées » ne conduit pas mécaniquement à l'identification d'un « réseau interorganisationnel » qui pourrait être considéré comme une unité d'analyse de l'action publique comme Hanf l'appelle de ses vœux⁶¹⁶.

À l'absence de partage généralisé des dispositifs ou des instruments, s'ajoute d'ailleurs une hétérogénéité des registres mêmes de pratiques, donc des référentiels et des formes de l'action légitime. Les cadres cognitifs de l'intervention ne font pas l'objet d'une élaboration collective. En ce sens, les acteurs parties prenantes de l'agir sanitaire ne paraissent pas agir dans un cadre conventionnel, c'est-à-dire envisager leur propre action à l'aune d'une « convention » entendue comme un système de construction de références communes et d'attentes réciproques, donc comme une représentation partagée servant de fondement à

⁶¹⁴ K. Hanf, F. W. Scharf, eds., *Interorganizational policy making, op. cit.* ; B. Marin, R. Mayntz, eds., *Policy Networks, op. cit.*

⁶¹⁵ P. Kenis, « The preconditions for policy networks: some findings from a three-country study on industrial restructuring », in B. Marin, R. Mayntz, eds., *Policy Networks, op. cit.* pp. 297 – 330, ici p. 299

⁶¹⁶ K. Hanf, « Introduction », in K. Hanf, F. W. Scharf, eds., *Interorganizational policy making, op. cit.*

leurs anticipations⁶¹⁷. Pour les auteurs conventionnalistes la « convention » serait la base d'une coordination des activités conçue comme non nécessairement marchande : l'accord entre individus n'est possible que grâce à un cadre commun conventionnel fondant des règles de comportement et des modèles partagés d'évaluation. La coordination reposerait sur un accord implicite sur la manière d'évaluer les biens et les situations sociales, donc sur des valeurs collectives.

Or, si les acteurs aquitains parviennent à construire des accords situés ou à se rencontrer ponctuellement autour d'un projet précis, ils ne paraissent pas partager tout à fait les buts ultimes qu'ils fixent à leurs interventions. En d'autres termes, nous pouvons observer certains dispositifs situés et explicites de coordination, ce qui ne nous permet cependant pas de conclure à l'existence de véritable régimes de coopération : l'accord apparaît plus circonstanciel que conventionnel.

Pour un chef de service du Conseil général de la Gironde par exemple, la coordination interinstitutionnelle « est assez compliquée parce que chacun garde un peu ses propres orientations ». De même un médecin de PMI considère que les dynamiques transversales portées de concert par les échelons départementaux et régional ne peuvent être que limitées puisque « on a du mal à ce que ça fonctionne dans une unité d'état d'esprit ». Pour un de ses homologues « il n'y a absolument pas de culture commune. [...] Il faudrait traiter certains problèmes dans le partenariat, c'est-à-dire avoir plus d'articulation, de dialogue. Ce n'est jamais le problème de personne de dire, pour l'ensemble des besoins de la population, qu'est-ce qui manque. »

L'expérience des acteurs aquitains ne permet donc pas de conclure au déploiement d'une action publique multi niveaux tant la dimension collective de la construction des finalités et des stratégies apparaît limitée. Cette approche paraît alors devoir être dépassée : loin de l'image d'un réseau cohérent ou de dynamiques d'accord constamment réinvesties, nous

⁶¹⁷ Nous renvoyons ici aux auteurs du programme de recherche conventionnaliste, notamment A. Orléan, dir., *Analyse économique des conventions*, Paris, Presses Universitaires de France, 1994 ; R. Salais, E. Chatel, D. Rivaud-Danset, dir., *Institutions et conventions. La réflexivité de l'action économique*, Paris, Editions de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, 1998 ; P. Batifoulier, dir., *Théorie des conventions*, Paris, Economica, 2001 ; F. Eymard-Duvernay, dir., *L'économie des conventions*, *op. cit.*

nous trouvons plutôt face à ce que nous pourrions appeler une association-rivalité entre niveaux multiples.

Nous nous inspirons ici de la figure des associés-rivaux proposée par Dahl et reprise par Bourricaud qui caractérise, dans le cadre d'une décision prise dans un contexte collégial, des acteurs qui ne parviennent ni à s'entendre, ni à s'éliminer tout à fait, ni à se séparer⁶¹⁸. « Associés », ils ne peuvent agir sans les autres, « rivaux », l'avantage différentiel de chacun est conquis au détriment des autres.

Si les parties prenantes de l'agir sanitaire expérimentent seulement des partenariats stratégiques ponctuels qui ne reposent pas nécessairement sur un véritable accord sur la définition des buts ou le registre d'action à privilégier, cela ne signifie pas pour autant qu'ils évoluent de manière parallèle, avec une parfaite liberté d'action. Malgré leurs cadres cognitifs et leurs intérêts différents – voire divergents – ils appartiennent à des configurations communes, tous s'attachant à agir sur et avec un même objet, la santé, bien que la définition même de cet objet, nous l'avons vu, ne soit pas stabilisée.

Il s'agit donc de se garder d'une approche de type post-moderniste, célébrant l'éparpillement des intervenants, des référentiels et des responsabilités. Les acteurs connaissent bel et bien diverses formes d'interdépendance, à la fois financières, territoriales mais aussi en termes de pouvoir, dans la mesure où chacun construit une véritable légitimité à agir, mais ne peut en aucun cas agir seul et sur tout. Conformément à ce que soulignait Bourricaud, les parties prenantes de l'agir sanitaire ne peuvent espérer exercer un complet leadership sur la définition et le traitement des problèmes dits sanitaires, et en somme, ils ne peuvent faire sans les autres. Aussi seraient-ils « condamnés à vivre ensemble »⁶¹⁹, tout en construisant des alliances changeantes et des formules partielles de conciliation. En ce sens les acteurs se donnent à voir comme des associés-rivaux : ils ne peuvent se permettre de s'engager dans des conflits ouverts pour la conquête de nouveaux espaces de légitimité et tendent plutôt à construire des équilibres fragiles fondés sur le *statu quo*, dans lequel chacun accepte de laisser à l'autre une place pour la construction partielle de l'agir et une parcelle d'autorité. Partant, les espaces de pouvoir respectifs sont constamment redessinés, disputés, mais jamais complètement confisqués, puisque aucun acteur n'a la volonté véritable ni les

⁶¹⁸ R. A. Dahl, *Who governs ? Democracy and Power in an American City*, New Haven, Yale University Press, 1961; F. Bourricaud, *Esquisse d'une théorie de l'autorité*, op. cit.

⁶¹⁹ *Ibid.* p. 336

moyens matériels et symboliques d'assurer le contrôle d'espaces plus larges. Les rapports se fondent sur des alliances stratégiques et évolutives, construites au gré des situations, des problèmes et des ressources propres à chacun.

Sur cette base, le mode d'interaction à l'œuvre peut être qualifié de transactionnel.

Par le concept de transaction, les tenants de la sociologie de la transaction sociale cherchent à rendre compte des « compromis de coexistence »⁶²⁰, « compromis pratiques entre acteurs qui sont contraints à cohabiter »⁶²¹. La transaction n'est pas un moment formalisé et circonscrit tel que celui d'une négociation contractuelle ou d'un affrontement. Elle est conçue comme une dynamique : « Phénomène diffus et continu, non nécessairement explicite dans ses objectifs et ses procédures, et non pleinement conscient chez ses acteurs, la transaction est une modalité du rapport social par laquelle des acteurs concernés par un enjeu médiatisé par un objet commun développent des intérêts qui sont partiellement complémentaires mais aussi partiellement opposés, chacun s'efforçant de faire valoir son point de vue et d'atteindre ses objectifs »⁶²². Par cette approche, il s'agit d'éclairer la manière dont des parties prenantes détentrices de différentes formes de pouvoir, entrent en interférence, et comment, par cette interférence se produit une évolution des enjeux et des rapports sociaux.

L'approche par la transaction a le mérite d'éclairer la situation des acteurs de l'agir sanitaire qui certes, poursuivent des intérêts propres mais qui, dans un environnement concurrentiel dans lequel les actions doivent avoir une justification de l'ordre de l'intérêt des populations bénéficiaires, doivent construire des compromis situés et pratiques, plus ou moins explicites, avec les autres acteurs détenant une part de légitimité à intervenir. Ce sont ces multiples ajustements mutuels qui permettent *in fine* la co-existence de tous. La mise en œuvre des actions que des acteurs hétérogènes impulsent respectivement mais qu'ils ne réalisent jamais tout à fait seuls repose ainsi sur un processus continu d'association-rivalité alliant des rapports de forces autour de domaines d'action frontaliers ou historiquement

⁶²⁰ A. Bourdin, « Négocier ou coopérer : les conditions d'un choix », in M. Blanc, dir., *Pour une sociologie de la transaction sociale*, Paris, L'Harmattan, 1992, pp. 151 – 166, ici p. 152

⁶²¹ M. Blanc, « Introduction. Produire ou reproduire ? », in Blanc M., dir., *Pour une sociologie de la transaction sociale*, *op. cit.*, pp. 7 – 15, ici p. 13

⁶²² L. Voyé, « Transaction et consensus supposé », in Blanc M., dir., *Pour une sociologie de la transaction sociale*, *op. cit.*, pp. 194 – 213, ici p. 195

partagés à des dynamiques d'ajustement en situation qui rendent l'action matériellement possible et permettent que chaque acteur renouvelle sa posture de légitimité.

En ce sens, l'agir sanitaire se construit selon un processus que nous qualifions de kaléidoscopique. Le kaléidoscope caractérise parfaitement la multiplicité des formes d'intervention et des acteurs en présence, et la variabilité de leurs agencements, parfois leur chevauchement, qui font varier le tissu général mais également la coloration même de chaque entité présente, en même temps que sa place parmi les autres. Ce rapprochement appelle néanmoins certaines précautions, dans la mesure où la symbolique du kaléidoscope a plusieurs fois été utilisée en littérature ainsi qu'en sciences humaines et sociales, comme outil de compréhension du changement social.

Le kaléidoscope apparaît régulièrement dans l'œuvre proustienne, pour décrire la plasticité de la société, comme construction en perpétuel mouvement, composée d'assemblages variables entre diverses catégories d'acteurs sociaux⁶²³. Proust décrit comment les « petits losanges colorés » du kaléidoscope social bougent, créant de nouvelles hiérarchies et attribuant une place nouvelle à certains acteurs, qui par exemple, sont reçus dans les salons des aristocrates dont ils étaient autrefois exclus⁶²⁴. L'image est reprise dans la suite de son œuvre : il écrit que « le kaléidoscope social était en train de tourner et [que] l'affaire Dreyfus allaient précipiter les Juifs au dernier rang de l'échelle sociale »⁶²⁵.

Cependant, le kaléidoscope est également utilisé par les structuralistes pour penser les rapports entre changement et permanence, en montrant comment un nombre déterminé d'éléments, insérés dans un espace clos, peuvent se réorganiser selon diverses combinaisons et former un tout cohérent. Citons notamment Lévi-Strauss qui parle d'une logique qui « s'opère un peu à la façon du kaléidoscope : instrument qui contient aussi des bribes et des morceaux, au moyen desquels se réalisent des arrangements structuraux. Les fragments sont issus d'un procès de cassure et de destruction, en lui-même contingent, mis sous réserve que ses produits offrent entre eux certaines homologues : de taille, de vivacité de coloris, de transparence. Ils n'ont plus d'être propre [...] ; mais, sous un autre rapport, ils doivent en avoir suffisamment pour participer utilement à la formation d'un être d'un nouveau type :

⁶²³ A. Henry, « Le kaléidoscope », *Cahiers Marcel Proust*, n° 3, 1979, pp. 27 – 66

⁶²⁴ M. Proust, *À la recherche du temps perdu. À l'ombre des jeunes filles en fleur*, Paris, Gallimard, 1988, p. 88

⁶²⁵ M. Proust, *À la recherche du temps perdu. Le côté de Guermantes*, Bibliothèque électronique du Québec, ouvrage numérisé, 2008, p. 15

cet être consiste en arrangements où, par le jeu des miroirs, des reflets équivalent à des objets, c'est-à-dire où des signes prennent rang de choses signifiées ; ces arrangements actualisent des possibles, dont le nombre, même très élevé, n'est tout de même pas illimité puisqu'il est fonction des dispositions et des équilibres réalisables entre des corps dont le nombre est lui-même fini »⁶²⁶.

Nous devons clarifier les distances que nous prenons par rapport à ces définitions, à partir de notre observation de l'agir sanitaire. Si l'idée de plasticité, d'ajustements perpétuels apparaît centrale, nous ne pouvons considérer l'agir sanitaire comme un espace politique fermé, comprenant un nombre fini d'éléments. Si nous observons différents actants, nous ne sommes pas en mesure d'affirmer que leur nombre est – et sera – constant. L'observation des processus de transcodage par exemple, permet de penser que d'autres acteurs peuvent entrer dans le jeu. Par ailleurs, ce sont non seulement les combinaisons qui évoluent mais également, pourrions-nous dire, les morceaux de verre eux-mêmes qui, en se croisant, ou en s'entrechoquant avec d'autres, changent de forme. Contrairement à la perspective de Lévi-Strauss, les « fragments » de l'agir sanitaire n'apparaissent pas homologues mais bien divers, ils existent par eux-mêmes, avec des perspectives, des trajectoires et des intérêts qui leurs sont propres même s'ils sont construits au cours d'ajustements mutuels.

En ce sens, ce sont bien les multiples actants et leurs engagements qui forment un kaléidoscope et non une « société », une structure surplombante finie. S'ils créent des images changeantes en investissant l'agir sanitaire, leurs activités se superposant partiellement, ces images ne peuvent être considérées comme des fragments d'un dessin d'ensemble cohérent, fondé sur une loi générale d'arrangement des relations. Dans l'agir sanitaire, les possibles apparaissent infinis et contingents, sans que les acteurs ne perçoivent, d'ailleurs une cohérence d'ensemble. Ces précisions sémiologiques mènent à considérer l'agir sanitaire non pas strictement comme un kaléidoscope – le terme pouvant laisser entendre un objet réifié et nettement circonscrit – mais plutôt comme un construit kaléidoscopique caractérisé par des ajustements multiples et aléatoires entre des acteurs et des activités.

⁶²⁶ C. Lévi-Strauss, *La pensée sauvage*, Paris, Plon, 1976, pp. 49 – 50

Dans des configurations non véritablement coopératives, dans lesquelles des processus de perpétuation bureaucratiques côtoient des logiques d'action de type conservateur favorisant le maintien de pratiques et de hiérarchies anciennes, le discours sur le changement prend une résonance particulière. De fait les évolutions globales apparaissant fortement contraintes, donc peu généralisées. La coordination, la mise sur pieds de projets locaux, l'instauration d'une pratique novatrice, apparaissent dépendants de l'intervention de « personnes » qui par leur positionnement et leur investissement singuliers parviennent à instituer une actualisation dans la conservation.

2. Le caractère « personnel » de la production des coopérations situées

Dans un processus kaléidoscopique au sein duquel les interventions se construisent et se reconstruisent par des ajustements mutuels non stratégiquement planifiés, le facteur humain devient clef dans la mesure où la complexité concrète ou perçue empêche les transformations globales. Le climat des relations entre acteurs tout comme leurs interventions dépendent plus d'engagements personnels, selon une conjoncture spécifique, que d'une philosophie d'action généralisée, d'un mouvement de l'ensemble des parties prenantes. Seuls des acteurs individuels qui côtoient, connaissent, voire même incarnent à la fois la dynamique bureaucratique et les modèles traditionnels de hiérarchie et d'interaction, peuvent être des moteurs pour des actions réformatrices situées. Ces personnes clefs sont au fondement de partenariats négociés concrets qui permettent la résolution de problèmes sans que ni les identités traditionnelles ni les constructions bureaucratiques ne soient ébranlées. La personne est d'abord l'individu, entité morale et juridique, sujet détenteur de qualités propres, donc ayant à la fois une personnalité et une position. Cependant, conformément à l'approche antique, elle est aussi la *persona*, le « masque de théâtre », en d'autres termes le rôle social de l'individu. L'idée de personne inclut celle de manifestation d'un rôle en actes. En ce sens elle implique les autres acteurs qui, par leur regard sur un individu spécifique, reconnaissent ses actions et identifient son positionnement singulier dans l'agir sanitaire. Les mobilisations locales reposent fondamentalement sur des personnes à deux niveaux. Les acteurs aquitains ne construisent pas tant des coopérations institutionnelles que des arrangements interindividuels situés sur lesquels ils fondent leurs interventions. En découle une forte prégnance de l'engagement personnel dans le devenir de l'agir sanitaire : ce sont

des dynamiques sacerdotales qui sont à l'origine des mobilisations, dans le sens de don de soi pour une cause, de dévouement tel qu'il présente un caractère quasi sacré. Par le sacerdoce nous signifions donc l'exercice d'une fonction de haute dignité reconnue comme telle par les autres, mais également une notion de service rendu à la communauté. Il apparaît que c'est par cet engagement sacerdotal personnel de certains que l'action collective peut effectivement prendre forme.

2.1 L'agir sanitaire repose sur des arrangements interindividuels

Dans le cadre de configurations que les acteurs perçoivent comme complexes et non stabilisées, l'agir sanitaire ne peut exister seulement par les formules légales de coopération institutionnelles dont la présence ne peut garantir à elle seule, nous l'avons vu, des mobilisations collectives effectives.

Les projets qui émergent sur le territoire aquitain s'avèrent reposer sur les rapports individuels privilégiés que parviennent à tisser certains acteurs, en tant que personnes physiques incluses dans des réseaux d'interconnaissance non systématiquement institutionnalisés. Au-delà de ces mobilisations ponctuelles autour de projets, il apparaît que les rapports institutionnels eux-mêmes, entendus comme les relations courantes entre des institutions en tant qu'acteurs collectifs, bien que souvent réglementairement organisés, sont de la même manière soumis à des arrangements interindividuels entre leurs représentants physiques.

2.1.1 Les ententes situées comme fondement des dynamiques de projet

La formalisation et la mise en œuvre de projets sanitaires, par-delà les thématiques et les outils concrets privilégiés, paraissent dépendre moins du contexte réglementaire et institutionnel ou de leur opportunité effective compte tenu des caractéristiques de terrain que de rapports personnels privilégiés que des individus parviennent à tisser. Elles reposent donc sur la compatibilité des humeurs. Nous retrouvons en Aquitaine l'une des observations de Schweyer sur les réseaux de santé, qu'il considère comme développés « à partir de

relations personnelles des fondateurs », et « souvent bâtis sur les territoires identitaires et affinitaires des professionnels »⁶²⁷.

Comme l'explique une chargée de mission préfectorale c'est la personnalité et le dynamisme du coordinateur qui permet le développement des ASV, bien plus que les cadres institutionnels et les caractéristiques épidémiologiques ou sociales du territoire considéré : « l'impact des personnes est déterminant sur ces politiques là » ; « ce qui me paraît déterminant pour un ASV, pour qu'il marche, c'est que la personne qui va en assurer la coordination, l'ossature, soit reconnue par les autres, soit admise et reconnue. Si vous mettez une personne qui suscite immédiatement le rejet, ce n'est même pas la peine d'y penser. Quelle que soit la structure qui s'en occupe, la mairie, le CCAS, une association, il faut que la personne qui s'en occupe soit complètement reconnue dans sa fonction de coordination. Ça c'est déterminant. C'est à chaque fois ça qui fait la différence » ; « l'essentiel c'est que la prise en charge soit assurée par la bonne personne. Dans certain endroit, si c'est un service à la mairie et si la personne à la mairie est une personne qui est reconnue, et bien c'est ça qui va être déterminant. Et c'est ça qui fait à la fois la fragilité et l'énorme intérêt de ce projet, comme d'ailleurs de la politique de la ville en général : ce sont des politiques qui sont extrêmement dépendantes des acteurs en place, des personnalités en place. Effectivement, le jour où les personnes intéressantes ne sont plus là, tout est remis en question. »

Une coordinatrice d'ASV révèle d'ailleurs bien cette prédominance du facteur personnel dans ses tentatives de mise en cohérence avec des services municipaux : « c'est une question de personnalité. Au service jeunesse, les gens ont réellement envie de travailler en lien avec moi, peut-être aussi parce que c'est moi. Et il y a peut-être des gens qui n'ont pas envie de travailler justement parce que c'est moi. Parce qu'il ne faut pas se leurrer, ce n'est pas le tout d'écrire sur le papier de travailler en partenariat. Avec la Maison départementale de la solidarité et de l'insertion, on travaille très bien avec les assistantes sociales, parce qu'elles en ont envie, qu'on en a envie, on ne se fait pas la guéguerre. Mais il y a d'autres communes où il n'y a aucun travail en lien. C'est bien une histoire de personnes au départ ». Si les acteurs aquitains s'en remettent à des formes basiques de sociabilité, c'est d'abord pour pallier les difficultés et parfois les incompréhensions suscitées par un environnement

⁶²⁷ F.-X. Schweyer, « Les territoires de santé et la médecine libérale. Les enjeux d'une convergence », *Lien social et politiques*, n° 52, automne 2004, p. 35 – 46, ici p. 42 et 44

perçu comme particulièrement complexe et cloisonné. Comme le souligne un praticien hospitalier, « le système de santé est beaucoup trop complexe, mais il est tellement complexe qu'il en devient humain. Il est tellement complexe que ça devient une affaire d'hommes ».

Un médecin de PMI explique que dans le domaine du handicap des jeunes enfants, « il y a des articulations, mais qui reposent sur des liens personnels ou parce que des gens travaillent dans différents endroits du fait des temps partiels ». Elle décrit comment elle s'emploie à favoriser une prise en charge globale des patients en ne comptant que sur les liens tissés avec d'autres intervenants auprès de cette population : « sur des dynamiques individuelles, c'est-à-dire moi à titre personnel, dans les situations compliquées que je connais, je pense qu'on s'en débrouille mieux si j'arrive à créer des liens de qualité, avec le pédopsychiatre, avec le travailleur social, etc. [...] ça demande une énergie folle de coordination ».

Dans une logique similaire, un directeur d'hôpital souligne qu'une coopération entre plusieurs établissements de soins, notamment publics et privés, ne va pas de soi, même avec le partage d'un site géographique et ne peut émerger que « parce que les gens s'entendent bien, spontanément ».

Un praticien souligne aussi combien, pour des équipes de soignants, le montage de projets partenariaux avec les collectivités territoriales, organisations complexes et hiérarchisées, passe nécessairement par une recherche de la bonne personne qui en interne pourra relayer l'approche considérée et adresser les professionnels aux meilleurs interlocuteurs : « il y a une énorme consommation d'énergie pour arriver à entrer dans ces structures. On y arrive mais on n'a pas pu faire ça avec tous. On y est arrivé dans deux ou trois Conseils généraux où on avait des portes d'entrée avec des gens qui ont relayé et qui se sont occupé de faire avancer ça à l'intérieur de la structure. Mais si ces portes d'entrée qu'on a ne font pas avancer les choses dans leur structure, il ne se passe rien ».

Les rapports personnels sont une manière d'outrepasser les pesanteurs institutionnelles et le cloisonnement des métiers. De manière pragmatique, l'investissement individuel lourd dont il est question se fait dans la perspective d'une (re)connaissance interpersonnelle, plutôt que d'une rencontre formelle entre institutions ou d'un changement généralisé de la situation d'action. Il s'agit en somme de créer des ententes dans le système tel qu'il est, si ce n'est à sa marge.

Un inspecteur de Ddass mentionne l'importance de « la palabre » dans l'agir sanitaire, qui permet à la fois la connaissance et la confiance mutuelles, donc la véritable négociation, parfois hors des locaux institutionnels. De même le directeur du DSU de la ville de Bordeaux considère que l'instauration d'un lien privilégié avec des personnes est la seule manière de monter des projets partenariaux, en outrepassant, pour un temps donné seulement, les cloisonnements institutionnels : « ces barrières là, elles vont demeurer. [...] l'enjeu c'est de les faire plus ou moins sauter avec certains, sur un projet, à une époque. Donc avec une certaine personne, la barrière va sauter. Et puis d'un coup, il y aura un problème personnel et puis la barrière va remonter. Ça fait partie du jeu. [...] Je ne vois aujourd'hui ce qui pourrait se passer d'autre, c'est normal. [...] On doit essayer de les gérer. Mais elles ne vont pas disparaître ». Tout se passe, encore une fois, comme s'il s'agissait plus de faire avec un système, au besoin en en détournant ponctuellement les contraintes, que de chercher à modifier dans sa globalité une situation conçue comme « normale ».

Un praticien hospitalier décrit également la manière dont les projets parviennent à émerger dans des situations complexes et fortement réglementées, sur la base de rapports personnels d'appropriation réciproque, ce qui pour lui représente « un paradoxe ». « Si les gens s'entendent ça marche très bien, affirme-t-il. [...] ça fonctionne parce que les gens se font confiance » ; « on est dans une relation complexe, *a priori* inextricable, mais les relations humaines et la confiance font que dans certains endroits ça marche très, très bien ». Pour organiser un projet localement, sont nécessaires « des dizaines et des centaines de réunions, des heures de réunions », mais c'est hors du cadre planifié de l'interaction, en parallèle de ces rencontres institutionnalisées, que se font les avancées réelles. « C'est une histoire de personnes. Les institutions, elles, sont dans une logique de pré carré. Ça ne peut marcher que si les gens s'entendent. » Fondamentalement pour susciter des partenariats, un accord sur un travail commun, « il faut que les gens soient sympathiques, qu'ils acceptent de manger ensemble après la réunion ».

Des attachés de recherche clinique en charge du recueil de données dans les établissements pour la constitution d'une base de données de néphrologie donnent eux aussi un poids déterminant pour la réussite de cette mission aux rapports tissés avec les équipes soignantes : « c'est vrai que les centres avec lesquels ça marche le mieux, c'est les centres dans lesquels on a accroché avec l'équipe, avec les dirigeants, avec les médecins. Ça fonctionne souvent comme ça » ; « parmi les centres dont je m'occupe, les trois avec

lesquels ça marche le mieux, ce sont les trois dans lesquels je suis en lien très facile avec les personnes. Elles me joignent très facilement. Et puis ils sont vraiment sympathiques. » En fin de compte, pour le médecin qui coordonne ce travail, si le projet prend vie dans certains centres de dialyse, « ce n'est pas par des protocoles compliqués ! C'est la relation qu'elle a pu installer avec un médecin dans telle clinique, une secrétaire ou deux. Ça tient vraiment sur le rapport humain, sur la qualité des échanges, la confiance avec la secrétaire, avec la surveillante, avec le médecin. »

Plus largement, un autre patricien hospitalier considère que le partage des informations sur les patients en vue d'un travail coordonné relève bien plus de l'attitude quotidienne des professionnels, de leur envie de communiquer, des « images qu'on se donne les uns les autres », plutôt que de l'établissement du Dossier médical personnel – originellement appelé dossier « partagé » – par les autorités sanitaires : « oui, il peut y avoir un dossier commun, pourquoi pas, mais à mon sens, le facteur humain c'est quand même essentiel. »

Selon une logique illustrant le répertoire goffmanien, l'agir sanitaire apparaît finalisé « hors cadre », en coulisse des segments d'activité cadrés⁶²⁸. Les acteurs aquitains créent des « intrigues » à côté de « ce qui se produit officiellement » et c'est sur cette base qu'ils construisent la part véritablement créatrice des interactions, sur la base de pratiques communicationnelles et de dynamiques affectives. Ils produisent du dialogue au sens large, de la coopération dans un espace parallèle au « foyer d'attention officiel » que peut représenter une séance de travail pour l'application d'un dispositif ou une réunion institutionnelle.⁶²⁹

L'amorçage et la réussite d'un projet apparaissent donc dépendants de l'état des rapports humains entre les personnes qui se trouvent au point concret de l'interaction. Cependant, de manière plus paradoxale peut-être, ce sont une nouvelle fois ces ententes interindividuelles situées qui structurent de manière durable les relations institutionnelles elles-mêmes. Non seulement en sont-elles la base, mais les rapports entre organisations se donnent à voir fondamentalement et avant tout comme des rapports interpersonnels.

2.1.2 Des relations interinstitutionnelles synonymes de rapports interpersonnels

⁶²⁸ E. Goffman, *Les cadres de l'expérience*, op. cit. p. 201

⁶²⁹ *Ibid.*

Par-delà les moments concrets d'élaboration et de structuration de projets spécifiques, les relations interinstitutionnelles de longue durée reposent sur la qualité des rapports entre individus qui les représentent, donc les incarnent ponctuellement. Le climat d'entente, de confiance, construit par des personnes devient une variable clef, même pour des relations interinstitutionnelles réglementairement organisées et planifiées.

L'observation de l'agir sanitaire révèle ainsi un certain paradoxe des organisations modernes, dans la mesure où le phénomène bureaucratique, loin d'outrepasser les relations de face-à-face et d'en limiter l'incertitude par une institutionnalisation et une rationalisation des rapports, se trouve fondamentalement structuré sur des dynamiques individuelles d'ordre largement affectif. Il est vrai que la plus-value de conventions signées entre organisations est parfois soulignée : elle serait un facteur d'institutionnalisation de la coopération, au-delà de l'investissement d'une personne, voire après son départ de l'organisation considérée⁶³⁰. Cependant, l'observation de terrain montre qu'une intensification de la coopération automatiquement par l'instauration d'une formule contractuelle ne va pas de soi⁶³¹. Les acteurs rencontrés définissent largement, au contraire, les relations entre leurs organisations comme des relations avant tout entre des individus.

Ce caractère fondamentalement personnel des rapports interorganisationnels a notamment été souligné par Neuville, qui a étudié « les pratiques post-contractuelles des représentants des organisations partenaires » dans le cadre d'une formule spécifique de coopération entre firmes, le partenariat industriel⁶³². L'auteur met au jour « la place centrale occupée par la coopération interindividuelle derrière les représentations rhétoriques de la coopération interorganisationnelle », ce qui l'amène à souligner toute « l'instabilité et la complexité des

⁶³⁰ Nous faisons notamment référence aux interventions lors d'un groupe de travail dans le cadre de la Conférence Santé du Conseil régional du 28 mai 2008, « Promotion de la santé des jeunes : souffrance psychique, quels signaux, quelles réponses ? », Atelier 4, « Quelles modalités d'action privilégier pour une meilleure prise en charge ? »

⁶³¹ L'inscription d'individus ou d'organisations dans un cadre formel de coordination peut d'ailleurs être entendue comme l'avènement du conflit en tant que mode de coopération, dans la mesure où les acteurs ont « recours aux droits et aux devoirs formels » et se contentent d'appliquer strictement les dispositifs imposés de coordination, mais sans véritable appropriation. J.-P. Neuville, « La tentation opportuniste. Figures et dynamique de la coopération interindividuelle dans le partenariat industriel », *op. cit.* p. 73

⁶³² *Ibid.*

conditions dans lesquelles se définit la qualité de la coopération », celle-ci étant considérée comme construite entre des personnes physiques et non plus morales⁶³³. Même dans le cas de contrats formels passés entre structures, la coopération passe par les personnes physiques qui les représentent à un moment donné. Elle est donc toujours fondée sur la qualité de l'échange social instauré localement.

Parmi les figures de coopération, celle fondée sur la confiance apparaît alors à Neuville comme la plus rentable pour l'individu et comme la plus efficiente pour l'organisation qu'il représente, « parce qu'elle réduit simultanément les coûts de contrôle, de communication, de production et de coordination »⁶³⁴. La confiance permet de dépasser le caractère purement marchand de l'interaction, en termes d'échange de menaces ou de services, par l'élaboration d'un « contrat moral » entre individus. Cette notion de « contrat moral » proposée par Belley dans le cadre des relations de marché traduit une confiance qui n'est pas induite par des effets de réputation et de réseau mais qui fondamentalement s'élabore dans l'interaction⁶³⁵. Un tel contrat ne serait concevable qu'entre des acteurs « déjà liés par un attachement *intuitu personæ* et par les obligations qui naissent d'une relation privilégiée »⁶³⁶. Il suppose « l'expérience préalable d'échanges répétés entre les parties. L'habitude des interactions et de la communication améliore la connaissance mutuelle, augmente la capacité de prévoir le comportement de l'autre, favorise l'émergence d'une vision consensuelle des objectifs et des contraintes de l'échange à réaliser. Elle génère des attentes et des obligations plus souvent ressenties ou considérées comme allant de soi qu'exprimées formellement. Elle crée une familiarité qui va au-delà des strictes exigences de coordination requise pour une transaction particulière »⁶³⁷.

Dans la mesure où les formules de coordination formellement établies laissent toujours des marges d'indétermination, des rapports de confiance entre les individus qui représentent les organisations concernées sont nécessaires pour que s'établisse une interaction de qualité,

⁶³³ *Ibid.*

⁶³⁴ *Ibid.* p. 85

⁶³⁵ J.-G. Belley, « Le contrat comme phénomène d'internormativité », in J.-G. Belley, dir., *Le droit soluble. Contributions québécoises à l'étude de l'internormativité*, Paris, LGDJ, 1996, pp. 195 – 232 ; J.-G. Belley, « Une typologie sociojuridique du contrat », *Sociologie du travail*, vol. 38, n° 4, 1996, pp. 465 – 486

⁶³⁶ J.-G. Belley, « Le contrat comme phénomène d'internormativité », *op. cit.* p. 218

⁶³⁷ *Ibid.*

au-delà de l'affirmation de surface. Il s'agit donc de mettre en exergue les « contrats tacites » qui se nouent entre les acteurs aquitains, qui réduisent l'incertitude et forment la base des relations interorganisationnelles⁶³⁸.

En premier lieu, concernant les organisations administratives incarnant historiquement la « tutelle » en matière sanitaire et illustrant pourtant la figure de la bureaucratie, les acteurs témoignent de l'importance des rapports humains tissés en leur sein qui garantissent le bon accomplissement des missions et la qualité des interactions. Une chargée de mission au Sgar parle par exemple, à propos des rapports entre son institution et les services déconcentrés dans la région, d'une « espèce de *modus vivendi* qui n'est pas simple, qui dépend beaucoup des relations entre le Sgar et le Directeur régional des affaires sanitaires et sociales. Ici elles sont excellentes, donc ça tombe bien. On va essayer de travailler ensemble sans se marcher sur les pieds ». Ce type de représentations est aussi exprimé au sein de la Drass, également lorsqu'il est question de ses rapports avec les cinq Ddass de la région. Dans la mesure où le droit n'institue pas de claire hiérarchie entre les niveaux régional et départemental de services déconcentrés mais plutôt une division fonctionnelle des tâches, l'issue des débats peut reposer, selon le Directeur des affaires sanitaires et sociales, sur les « personnes » présentes dans les interactions organisées entre échelons, notamment la conviction « régionaliste » ou « départementaliste » des représentants des administrations départementales.

Ce fondement personnel des rapports institutionnels revient à divers niveaux dans l'agir sanitaire. Il est nettement mentionné au sujet des relations entre services déconcentrés et collectivités locales. Pour ne prendre qu'un exemple, nous pouvons citer le discours de deux agents de la mission Jeunesse-Solidarité du Conseil régional, sur les relations entretenues avec la Drass : « ça tient à la direction. Le directeur de la Drass aujourd'hui c'est un homme qui est ouvert, qui a envie de travailler en ouverture avec l'ensemble des partenaires ». De ce fait, « si demain ça change de directeur, et qu'on tombe sur un type qui ne jure que par "l'État", ça peut complètement changer la donne. C'est-à-dire que dans ce cas là, lui peut se bloquer sur ses prérogatives, essayer de faire de nous uniquement un tiroir-caisse. Dans ce

⁶³⁸ J.-P. Neuville, « La tentation opportuniste. Figures et dynamique de la coopération interindividuelle dans le partenariat industriel », *op. cit.* p. 99. Nous nous contenterons ici d'illustrer la prépondérance des relations interindividuelles basées sur la confiance dans les rapports entre organisations, sans chercher à déceler, comme Neuville, si la tentation de pouvoir agir de manière opportuniste est la source de la motivation des acteurs.

cas là, nous, on va se bloquer aussi parce qu'on ne veut pas être uniquement un tiroir-caisse. » En définitive, si « on n'a pas ce genre de relations pour le moment », c'est avant tout parce que « le type sait faire. C'est un vrai partenariat, mais ça tient des personnes ». Ces deux agents régionaux reviennent dans la suite de l'entretien sur une situation aquitaine favorable mais qui ne peut *a priori* être considérée comme généralisable à toutes les régions françaises, parce qu'elle repose sur les personnalités présentes comme interlocuteurs dans les services déconcentrés : « je suis quasiment convaincu que c'est une question de personnes » ; « ça ne suffit pas qu'il y ait une directive disant "travaillez ensemble". Il y a la mentalité de la personne, son parcours professionnel, sa vision des choses... »

De même, entre les administrations et les organisations effecteurs de soins, les relations sont dépendantes des connivences construites entre individus, largement fondées sur la personnalité des acteurs impliqués.

Les agents des services déconcentrés soulignent cette condition première qu'est l'entente avec les représentants des établissements dans l'instauration de bonnes relations. Une inspectrice de Ddass considère par exemple que les rapports avec les hôpitaux, « c'est beaucoup des relations *intuitu personae*, est-ce que ça ne passe pas ou est-ce que ça passe bien. [...] parfois il y a des réunions un peu chaudes. Après c'est comme toute relation humaine. Enfin humaine... institutionnelle. » La qualité relationnelle entre représentants des deux catégories d'organisation est la garantie, pour une autre inspectrice, d'une véritable coopération locale nécessaire à l'accomplissement des missions de chacun : « ça peut être purement formaliste, s'en tenir vraiment aux textes, et donc être assez distant, et là je pense qu'on ne construit pas grand chose. Si le relationnel est bon je pense qu'on peut aller beaucoup plus loin dans les relations de travail et on peut beaucoup plus creuser des dossiers. »

De même un médecin inspecteur, dans une autre Ddass, souligne que « pour les établissements ça dépend des relations qu'on noue. C'est vrai que dans les établissements avec lesquels on a des relations étroites avec le corps médical, avec les instances administratives, la direction, et qui trouvent qu'on leur a apporté une contribution tangible, et bien c'est vrai qu'ils ont tendance à faire appel à nous. C'est une question de relations. » Il revient assez largement sur la thématique de la confiance entre représentants des organisations, que les administratifs doivent travailler à construire au quotidien, en veillant à apparaître comme des interlocuteurs crédibles, grâce à un fort engagement personnel. Il

explique que c'est en montrant aux médecins ou au gestionnaires hospitaliers que les agents de la Ddass savent entendre leurs problèmes et participent à les résoudre, que le rapport de confiance peut être construit, condition d'un climat relationnel favorable : « c'est sûr que ça dépend de comment vous êtes. Si vous êtes un administratif cassant, en disant que de toute façon, la Sécu a dit ça donc il faut appliquer ça... Entre ça et puis dire, "on n'est pas d'accord avec tel point, mais on pense qu'il faut arriver au moins à ça", la relation n'est pas la même parce qu'ils se rendent compte qu'ils ont affaire à des gens qui sont aussi critiques » ; « à ce moment là, dans la relation individuelle, on n'est plus perçu comme l'administratif qui est là pour faire appliquer et c'est terminé. On est aussi perçu comme quelqu'un qui est capable de comprendre leurs problèmes et qui est capable de faire remonter leur parole. C'est ça qui est important. »

Cependant, les relations entre organisations administratives et hospitalières dépendent aussi largement des qualités personnelles des interlocuteurs au sein des structures de soins. Un inspecteur y revient à plusieurs reprises au cours de l'entretien : « ça dépend aussi des gens d'en face, des personnes avec qui vous avez des relations » ; « c'est variable, très variable. Ça dépend vraiment de la personnalité... Sur l'hôpital ici on a un directeur qui est très coopératif. Les deux autres directeurs sont très différents » ; « non, ça, il n'y a pas de loi là-dessus, c'est comme d'ailleurs avec les médecins. Il y a des médecins avec lesquels on a des relations très faciles et très bonnes, très constructives, et puis d'autres avec lesquels c'est plus difficile, ils n'apportent pas grand-chose » ; « ça dépend beaucoup des gens ».

Ce poids des relations personnelles construites au cours de l'expérience est tout autant présent dans le discours des professionnels rencontrés au sein des établissements de soins. Les directeurs d'hôpitaux considèrent leurs rapports avec les tutelles comme des construits relationnels individuels : « on retombe sur des considérations sur les relations interpersonnelles » affirme l'un d'entre eux, tandis qu'un de ses homologues considère le facteur humain comme « tout à fait déterminant ». Plusieurs d'entre eux assimilent d'ailleurs leurs relations avec l'ARH au rapport individuellement entretenu avec son directeur.

Du côté du corps médical également, rapports organisationnels et interindividuels ne font qu'un. Un chef de service hospitalier considère que les relations avec les services déconcentrés reviennent à « du cas par cas lié à des relations de personnes. » Un de ses confrères explique aussi, à propos des rapports entre praticiens opérateurs de réseaux et

interlocuteurs institutionnels « c'est difficile de généraliser parce que ça va vraiment dépendre des personnes. Moi il m'a semblé qu'à certains moments de mon exercice, j'ai pu bien travailler avec certains institutionnels, qui me faisaient confiance. [...]. Donc il m'a semblé qu'on a pu travailler comme ça sur un certain nombre de projets. »

De même, explique un praticien hospitalier responsable de réseau, « il y a souvent des attitudes un peu corporatistes de la part des médecins, des attitudes un peu dirigistes de la part des tutelles, mais il y a finalement des terrains d'entente. Dès qu'on installe des rapports personnels, tout devient facile. Moi je les ai installés ces rapports, parce que ça fait longtemps que je suis là, et que je les ai tous vu arriver, grandir, vieillir dans ces institutions, donc on se fait confiance ». Ainsi « dès qu'on a un rapport personnel avec les gens, on peut se disputer, [...] tout le monde tape du poing sur la table [...] et puis on s'arrange. »

Ce sentiment d'un lien institutionnel qui dépend de contacts personnels privilégiés et entretenus revient à l'analyse de la coopération proposée par Neuville qui considère que « quand bien même le contrat interorganisationnel garantirait une durée pluriannuelle aux deux organisations, il ne garantit pas la non-substitution de l'un des interlocuteurs qui interagissent au quotidien : telle personne, parce que mutée, promue ou congédiée, écourte brutalement l'horizon temporel de la coopération avec ses correspondants habituels »⁶³⁹. Dans une situation de coopération fondée sur la confiance et la prépondérance de relations interindividuelles, « tout changement d'interlocuteur » nécessite par conséquent la reconstruction du contrat moral entre acteurs représentant les institutions⁶⁴⁰. Une coordinatrice de réseau fait directement écho au problème de l'horizon temporel « indéfini » du partenariat soulevé par Neuville⁶⁴¹. Pour elle la (re)connaissance entre les établissements ou réseaux de soins d'une part et les administrations d'autre part « tient beaucoup à des personnes. Donc quand quelqu'un s'en va d'une structure, le lien n'est pas forcément suivi en interne, on perd vite les contacts. Ça tient beaucoup aux rencontres, aux échanges et à la poursuite de ces échanges. Parce qu'au sein des services, les personnes tournent, donc quand il y en a une qui s'en va, il faut essayer de garder le lien avec la nouvelle qui rentre dans la structure et c'est un travail de longue haleine. »

⁶³⁹ *Ibid.*

⁶⁴⁰ *Ibid.* p. 82

⁶⁴¹ *Ibid.* p. 74

Il apparaît bien, dans ces conditions, que l’agir sanitaire, individu-dépendant s’agissant du montage des projets et même des rapports institutionnels de plus longue durée, comporte une dimension très largement aléatoire, parce que dépendante de l’existence sur le terrain de « coalitions » situées⁶⁴².

Si les ententes interindividuelles apparaissent à présent au centre de l’agir sanitaire, l’analyse du facteur personnel doit cependant être approfondie en resserrant la focale pour traiter plus particulièrement de certains engagements personnels clefs. Dans des configurations marquées par une certaine difficulté de mise en application du changement, c’est par l’intervention d’individualités au positionnement particulier au sein de l’agir sanitaire que des dynamiques d’innovation et de coopération peuvent naître. Certains acteurs individuels paraissent en effet s’assigner une fonction sacerdotale de moteur de l’action, fonction qui d’ailleurs est reconnue par leurs partenaires locaux. Si les projets et les relations institutionnelles dépendent de personnes, il s’agit donc à présent de considérer ces personnes singulières qui sont à l’origine des mobilisations.

2.2 Des dynamiques d’engagement sacerdotales

Dans la mesure où, nous l’avons vu, l’agir sanitaire ne peut être conçu comme globalement animé par une dynamique réformatrice, la question doit être posée de l’origine des dynamiques collectives d’engagement. L’observation locale révèle que ces dernières comportent aussi une forte dimension personnelle : si ce sont les individus qui font vivre l’agir sanitaire, ce sont encore une fois des personnes, d’un type spécifique, qui impulsent les projets, sont véritablement au fondement des mobilisations collectives.

Indépendamment de leur statut ou de leur position dans la hiérarchie institutionnelle, certains acteurs individuels s’assignent un rôle de créateur, de mobilisateur puis d’accompagnateur des interventions situées. Ils font preuve d’un investissement personnel particulièrement fort qui devient un facteur explicatif central des mobilisations locales, bien plus qu’une philosophie d’action généralisée. Ces personnes singulières, qui sont souvent

⁶⁴² P. Hassenteufel et alii, « L’émergence d’une nouvelle santé publique. Forums d’action publique, coalitions de projets à Rennes et à Brest », *op. cit.* Les auteurs emploient, eux, ces termes à propos de la « production locale » d’actions de santé publique.

des personnalités charismatiques, font preuve d'un engagement sacerdotal, dans le sens d'un don de soi, d'un dévouement particulier, indépendamment d'une activité rémunérée, pour monter des partenariats, se mettre à l'interface des institutions et plus généralement des logiques d'action. Cette fonction plus conquise qu'attribuée, est cependant attestée par les autres acteurs, qui voient dans ces individus, non pas des représentants mais des figures facilitatrices, voire même créatrices, de l'agir.

Ici affleure un apparent paradoxe dans l'observation de l'action locale en matière de santé. La littérature sur les professions médicales a bien mis en lumière le changement actuel dans la manière dont les médecins envisagent leur activité : la charge professionnelle et symbolique du médecin jusqu'à une période très récente était qualifiée de « sacerdoce », notamment en milieu rural, dans la mesure où le praticien se devait d'être – et se concevait lui-même comme – dévoué à ses patients et corvéable à merci. Cependant le refus des nouvelles générations de reproduire l'expérience de leurs aînés a amené un désir d'évolution des rythmes de travail, qui se traduit notamment aujourd'hui par l'instauration d'horaires plus strictement respectés d'ouverture des cabinets et le renvoi des appels sur les centres 15. Aussi assistons-nous, en ce sens, à une relative disparition du modèle sacerdotal d'exercice médical.

L'observation de l'agir sanitaire aquitain révèle cependant que le type sacerdotal d'engagement continue d'exister, sous d'autres formes. Dans la mesure où le monde de la santé est constitué de « boutiques » cloisonnées, dans la mesure où il est parcouru d'intérêts divergents, dans la mesure où il est perçu comme particulièrement complexe par les acteurs mêmes qui y participent, le sacerdoce, comme engagement hors du commun pour une cause d'envergure collective, demeure nécessaire. La mobilisation au-delà des routines administratives ou professionnelles n'est possible que par l'intercession de « bonnes volontés » qui font don de leur temps, de leurs connaissances techniques et institutionnelles, de leurs réseaux, en somme de leur personne. Elle devient tributaire d'une personnalité, si ce n'est charismatique au moins convaincue, par laquelle tout se joue.

Il n'apparaît cependant pas qu'un modèle sacerdotal laisse simplement place à un autre. Le sacerdoce dont nous souhaitons à présent faire état ne peut être considéré comme un « modèle » comme l'était le mode d'exercice caractéristique des praticiens de campagne que nous venons d'évoquer. Cette forme d'engagement n'est en aucun cas généralisée, mais représente au contraire l'expérience isolée de certains acteurs. Le sacerdoce peut être

compris comme un modèle au sens où il force l'admiration, mais pas dans le sens où il est reproductible et reproduit à grande échelle, dans des situations multiples. Nous préférons donc évoquer des « dynamiques » sacerdotales, un « type » particulier d'engagement plutôt qu'un « modèle » sacerdotal à l'œuvre localement.

Cette mise en lumière de mobilisations fondées sur le sacerdoce de personnalités isolées est particulièrement importante dans une analyse de l'agir sanitaire aquitain, étant donné qu'elles paraissent à contre-courant des discours de simplification, la rationalisation, ou d'évaluation selon des critères objectivables affichés dans le texte même des réformes. L'agir sanitaire s'avère, paradoxalement, ne pas répondre aux règles officielles de modernisation de l'action publique.

Il s'agit à présent d'éclairer les ressorts de ce que nous nommerons dorénavant le sacerdoce, tels qu'ils apparaissent dans les configurations aquitaines, pour comprendre un peu mieux les conditions nécessaires à l'émergence de dynamiques situées d'action collective.

Le sacerdoce peut s'incarner dans des acteurs appartenant à différentes catégories *a priori*, donc un médecin, un travailleur social, un agent administratif ou encore un élu local. Il s'agit d'une figure clef pour la production locale d'action qui n'est pas dépendante de la fonction officielle ou des attentes de rôle.

Certaines caractéristiques communes permettent cependant de dépeindre celui qui prend part à l'agir sanitaire selon le mode du sacerdoce. Il apparaît d'abord intimement inséré dans le maillage institutionnel local. Il a appris à connaître le fonctionnement des organisations, mais bénéficie aussi d'un large réseau personnel et professionnel qui lui donne accès à l'information de manière plus ou moins informelle. Le plus souvent cet individu a d'ailleurs plusieurs « casquettes », dans le sens où il est légitimement détenteur de plusieurs rôles institutionnels qui, de fait, font qu'il appartient à plusieurs cercles de sociabilité complémentaires. Un médecin de PMI dont l'engagement en matière de prise en charge des jeunes enfants est particulièrement important énumère par exemple l'ensemble de ses attributions en tant que praticien, qui lui donne accès à différents univers institutionnels : en plus de son activité au Conseil général, elle est médecin de crèche et salariée d'un centre médico-psycho-pédagogique (CMPP), ce qui lui permet une vue d'ensemble des dispositifs existants pour l'accompagnement des enfants.

Le sacerdoce peut se retrouver chez un médecin inspecteur de santé publique, à la fois professionnel de santé et agent d'un service déconcentré, ou chez un professionnel de santé

élu local, ou encore dans le cas d'un médecin représentant de sa profession, dans un syndicat ou au sein de l'Urmla. Plusieurs élus locaux médecins considèrent que leurs attributions leur donnent toute légitimité, à la fois pour interpeller les professionnels de leur territoire mais également pour diffuser des idées, des valeurs, ou sensibiliser leurs homologues des collectivités à certains problèmes phares d'ordre sanitaire. Un élu régional, par ailleurs praticien hospitalier, explique par exemple comment sa double appartenance sociale lui a permis de s'exprimer légitimement sur des questions de santé et dans un second temps de faire évoluer l'approche des autres élus vers une conception plus rationnelle et réaliste de l'intervention des collectivités, au-delà de la seule défense des structures locales dans l'intérêt de leur circonscription : « je n'en tire absolument aucun orgueil mais c'est parce que j'étais médecin que dans les années 2000, quand je voyais mes collègues élus, n'ayant pas vraiment intégré la problématique, lancer des motions pour défendre les actions de proximité, je leur disais "attendez"... C'est certainement parce que j'étais médecin que j'étais accepté dans ce que je disais. Et c'est ça qui a amené peu à peu la mise en place de la commission santé, à écouter le directeur de l'ARH et tout ça. Donc j'étais médecin, et bien que dans l'opposition, la partie professionnelle, médicale, l'emportait. »

Quelle que soit leur appartenance professionnelle, les individus dont l'activité est de type sacerdotal ont tous construit une forte légitimité localement, à la force du poignet pourrions-nous dire. Ils ont fait preuve, en général sur une période de plusieurs années, d'un engagement particulièrement intense, du point de vue de la qualité de la réflexion mais aussi du nombre d'heures passées, pour mener à bien des expériences inédites et générer chez les autres acteurs des dynamiques d'apprentissage collectif et de rénovation des pratiques. Le sacerdoce ne revient donc pas seulement à une forme particulière de dévouement, mais bien à la reconnaissance de cet engagement par les partenaires locaux, qui s'en remettent à un individu, fort de ses compétences ou simplement de son aura, pour piloter les projets ou débloquer des situations conflictuelles.

Le sacerdoce observable dans l'agir sanitaire doit être compris comme pleinement associé aux productions bureaucratiques et aux dynamiques traditionnelles observées en Aquitaine et qui, nous l'avons dit, s'entretiennent mutuellement. Car ce type d'engagement est le fait d'individus qui sont en capacité d'évoluer assez facilement au cœur de ces deux dynamiques : ce sont des leaders traditionnels qui détiennent une force symbolique largement liée à leur fonction reconnue, à leurs qualités et au caractère hors du commun de

leur action ; mais ils maîtrisent également les rouages des organisations bureaucratiques que sont les administrations de tutelle ou les établissements de santé et savent par quelles voies accéder à leurs canaux décisionnels.

À cet égard, un dernier aspect de cette forme de sacerdoce doit être mentionné. Contrairement à celui de l'ecclésiastique qui prononce des vœux, le sacerdoce tel que nous l'envisageons ne résulte pas d'un choix délibéré, ponctuellement déterminé à un moment donné de la trajectoire professionnelle et personnelle. Il s'agit plutôt d'une situation de fait, non d'une volonté ou d'un projet identifié comme tel par l'acteur au moment de son engagement, mais d'une observation *ex post*. Cette observation pourra néanmoins être formulée par certains partenaires locaux, voire par l'acteur concerné lui-même, mais lorsqu'il est appelé à réfléchir à son propre engagement, devant une question soulevée par l'enquêteur. Significativement, un praticien finit par employer le terme de « sacerdoce » pour qualifier l'action d'un de ses confrères engagé dans plusieurs projets de réorganisation des pratiques des soignants en zone rurale, dans la mesure où « ça fait sept ans qu'il est sur son projet, qu'il y passe tout son temps libre », sans compter qu'il « accepte une baisse de revenu de quarante pour cent ». La part sacrificielle de l'engagement personnel apparaît comme un aspect fondamental du sacerdoce tel que nous l'observons, du moins dans la manière dont les partenaires le perçoivent sur le terrain.

Le sacerdoce dont nous traitons ne revient pas à une volonté délibérée de gravir un échelon supplémentaire dans la hiérarchie entre Dieu et les hommes. L'individu qui s'y engage ne cherche pas à se positionner à part ou au-dessus de ceux qui forment la multitude : il (s') investit pour le groupe mais aussi pour lui-même, sans nécessaire attente de retour immédiat en termes de gratification. Le sacerdoce ne correspond alors pas nécessairement à une stratégie visant à établir un leadership : si cela peut *in fine* être le cas, si les partenaires locaux s'en remettent parfois à lui et le citent en exemple, la volonté de commandement ou de prestige ne résume pas toute l'épaisseur du sacerdoce tel que nous l'identifions ici. Il peut en effet s'agir d'un engagement de type moral, altruiste, l'individu se sentant investi d'une tâche visant le bien commun. Apparaît donc une double facette de cet individu, qui fait preuve d'un engagement hors du commun, mais reste parmi la multitude.

Nous ne souhaitons pas nous attacher ici aux diverses formes de causalité qui peuvent pousser l'acteur à s'engager, envie de diriger, simple croyance dans la nécessité de travailler autrement, blessure narcissique, ou besoin de reconnaissance. Sans préjuger de la prégnance

de l'une de ces « bonnes raisons », nous cherchons seulement à montrer les ressorts de l'engagement sacerdotal tel qu'il apparaît dans l'agir sanitaire aquitain.

Le sacerdoce est d'abord le fait d'individus identifiés par leurs partenaires locaux comme de fortes personnalités, des leaders qui représentent de véritables moteurs pour l'agir local, au point parfois d'en incarner les dispositifs. Mais il se veut aussi une mission de mise en cohérence et en dialogue, encore une fois pour pallier les cloisonnements et la complexité : le sacerdoce devient en ce sens une activité d'interface constructive entre différents mondes sociaux.

2.2.1 *Le leader sacerdotal comme « forte personnalité »*

Le mouvement, l'innovation dans l'agir sanitaire, sont déterminés par l'engagement d'une personnalité charismatique dont l'autorité est fondée sur le dévouement hors du commun et justifiée par la dimension héroïque et le caractère quasi sacré de son action⁶⁴³.

Les acteurs identifient clairement les personnes clefs sans qui les projets, les partenariats, n'auraient pas vu le jour, indépendamment des incitations institutionnelles et de la disponibilité d'outils créés de manière réglementaire. La volonté de ces individus est affichée comme la source – et ressource – principale d'une mobilisation. Pour un directeur d'hôpital, les réseaux « reposent sur un investissement, une sorte de bénévolat des gens qui sont dedans ». Un praticien considère que rien n'est possible sans l'arrivée de « quelqu'un qui ait un certain charisme », sans « la force de la persuasion d'untel ou d'untel ». De même affirme un de ses confrères, « on réussit à monter des actions remarquables, avec à la base plus un charisme personnel que des directives ministérielles », « des projets peuvent fonctionner, basés sur des volontés et des investissements individuels » ; « c'est sûr, c'est toujours le fait de fortes personnalités ».

Les acteurs dont l'engagement est de type sacerdotal se chargent de l'impulsion des projets, de leur mise en forme première au-delà de la « bonne idée ». Mais ils portent aussi à bras le corps leur concrétisation en actes, sont présents à toutes les étapes de leur développement. En ce sens ils apparaissent comme des « leaders », au sens littéral de celui qui mène, qui

⁶⁴³ Nous nous rapportons ici à l'approche wébérienne de la domination charismatique. M. Weber, *Économie et société*, *op. cit.*

guide le groupe. Ils sont d'ailleurs qualifiés comme tels par leurs partenaires locaux qui ont suivi leur initiative et saluent leur mobilisation au long cours.

Un médecin de PMI prend l'exemple de l'inadaptation des dispositifs traditionnels de soins pour prendre en charge les publics issus de milieu précarisés ou de cultures différentes. Il souligne l'intérêt de créer un projet innovant, au cœur des quartiers qui ne peut voir le jour, dans un contexte de filières professionnelles fortement institutionnalisées, « sauf s'il y a un médecin inspecteur par exemple qui prend la chose à bras le corps. Parce que les réponses ne sont pas dans les systèmes existants ». De la même manière, selon une inspectrice de Ddass, « le projet sur les jeunes errant c'est parti de deux éducateurs, qui se sont dit "ces jeunes, on n'a rien à leur proposer, partout où on les envoie ils sont rejetés, donc il faut faire quelque chose". Et ils ont réfléchi, eux. Et nous on n'a fait que suivre. »

Deux chefs de services municipaux interrogés successivement affirment aussi que la création du Conseil local de santé de la ville de Bordeaux « est partie » d'une adjointe au maire. Ils reviennent sur cette idée d'un engagement personnel déterminant pour l'investissement formel de la municipalité : « il y a eu l'initiative d'une maire adjointe et ça s'est créé » ; « la ville, sous l'impulsion de sa maire adjointe à la santé, a décidé de la création du Conseil local de santé ».

La force reconnue à l'engagé sacerdotal est donc cette présence au moment de la réflexion mais qui se prolonge dans la mise en œuvre, imprimant finalement sa marque personnelle au format du projet.

« Les impulsions sont toujours portées par des leaders, affirme un responsable de structure d'éducation pour la santé. Si vous n'avez pas de leader reconnu, vous n'avez pas de dynamique, les portes ne s'ouvrent pas ». Le directeur de l'Urcam explique aussi l'engagement régional en faveur de la nutrition des enfants, uniquement par celui d'un praticien hospitalier, « parce qu'on a trouvé un leader. Ce n'est pas dans les textes, mais la coopération entre les acteurs a fait que. Dans ce cas là, on avait le profil. »

De même, pour le responsable du réseau consacré au recueil de données en néphrologie, si certaines équipes se mobilisent pour répondre aux sollicitations de son réseau, « c'est parce qu'il y a eu une individualité qui a fait qu'ils se sont bougés ». Par exemple, dans une clinique girondine, « c'est un médecin qui fait tout. Il fait tout, tout seul. À un moment il a essayé d'inclure ses collègues, mais du coup il a pris du retard. Donc ce n'est pas la structure qui s'est engagée, c'est une personne. » Or si ce praticien est particulièrement

investi dans le projet du réseau, c'est bel et bien parce qu'il en est l'un des instigateurs, « parce qu'il est dans la commission du réseau aussi, parce qu'il a été très volontaire. [...] Il s'est beaucoup investi. Il était finalement un des moteurs dans cette affaire ».

De manière générale, la plupart des acteurs locaux, sans même citer de mobilisations précises, pointent que s'investir dans l'agir sanitaire demande une énergie mais surtout une persévérance hors du commun, ce qui explique que seuls ceux dont la motivation est profonde et l'engagement convaincu peuvent concrétiser des projets. Le regard d'un consultant travaillant avec plusieurs réseaux aquitains, est particulièrement éclairant de ce point de vue : « ils se sont investis dans un projet professionnel et souvent personnel, ils y croient, ils ont mobilisé des gens. Donc quand se pose la question "je continue ou je ne continue pas", en fait c'est une fausse question. Parce qu'en fait ils continuent, la plupart. À partir du moment où ils ont commencé, ils continuent. Ils sont complètement pris au jeu » ; « il faut des super champions pour la course de haies. Donc n'arrivent au bout du compte que des gens qui ont tous de grosses personnalités, qui sont vraiment des leaders, pour pouvoir engager un groupe et lui faire faire tout un saut de haie particulièrement important. »

Les acteurs paraissent donc concevoir l'agir sanitaire comme fondé sur ces personnes à l'engagement extra-ordinaire, qui d'une part portent à bras le corps les projets et d'autre part parviennent à convaincre d'autres acteurs de les suivre.

Schweyer avait déjà montré, plus spécifiquement dans le cas des réseaux de santé, que leurs promoteurs étaient la plupart du temps « des professionnels de santé identifiés comme des personnalités locales », qui par un « effet de réputation » parviennent à agréger d'autres professionnels de santé autour du projet⁶⁴⁴.

L'échange entre le praticien leader du réseau de néphrologie plusieurs fois mentionné et un attaché de recherche clinique est, de ce point de vue, tout à fait éloquent. Le premier nous explique comment il a dû se déplacer dans les divers établissements associés, pour leur expliquer la démarche, mobiliser les équipes soignantes, en définitive pour que sa personne serve de caution au projet. L'attaché de recherche qui est chargé du travail de recueil de données auprès de ces équipes, considère sa mission comme tout bonnement impossible sans l'intercession de ce praticien :

⁶⁴⁴ F.-X. Schweyer, « Les territoires de santé et la médecine libérale. Les enjeux d'une convergence », *op. cit.* p. 42

« - Il faut que je vienne, et comme ils me connaissent depuis longtemps... enfin ce n'est pas parce que c'est moi mais...

- Si, si. C'est grâce à vous qu'on y arrive plus facilement.
- Quand je ne serai plus là il faudra bien que ça continue !
- Oui, mais vous nous avez amené au moins une fois dans chaque centre. Dans chaque centre, on y est allé une première fois avec Monsieur M. Donc c'était plus facile. »

Ces acteurs particulièrement engagés tendent à mener une véritable « entreprise morale », au sens où ils opèrent un travail d'argumentation et de conviction auprès de leurs pairs comme auprès des institutions, pour renforcer la crédibilité de leur démarche et y agréger d'autres participants⁶⁴⁵. Comme l'a souligné l'un de ces derniers, « on ne suit le projet que parce qu'il y a un type qui est particulièrement crédible. »

Ceux qui sont désignés par leurs partenaires comme des leaders reconnaissent d'ailleurs que leur engagement personnel a été déterminant. Les principaux intéressés partagent donc la vision commune de la nécessité d'une dynamique personnelle pour qu'une mobilisation locale voie le jour et se maintienne. Ils reviennent la plupart du temps sur leur expérience d'évolutions très lentes, de cadrages réglementaires complexes, de dynamiques institutionnelles non coopératives, bref sur autant de contraintes qui les ont conduit à s'investir personnellement pour monter et mettre en œuvre des projets.

Le médecin dont l'action a été explicitement qualifiée de sacerdoce par un de ses confrères admet combien « pour faire bouger les choses, ça prend du temps. Il faut se battre », décrivant les multiples déplacements effectués pour « interpeller » les institutions et convaincre les financeurs. Il revient sur des années de réflexion concertée avec les professionnels de santé du territoire « des week-ends entiers à travailler », sur les prises en charge mais aussi autour de concepts juridiques et financiers moins familiers. Si « avec un peu de patience et d'entêtement, ça marche », il reconnaît la lourdeur que cet investissement a représenté, puisqu' « il a fallu faire preuve de persuasion » sur un temps relativement long pour un praticien libéral, à la fois auprès des administrations et des confrères de son territoire. Or lui seul, à l'origine du lancement du projet, pouvait assurer cette mise en

⁶⁴⁵ Nous renvoyons, pour cette notion d'entreprise morale, au travail de H. Becker, *Outsiders. Etudes de sociologie de la déviance*, Paris, Métailié, 1985 (1^{ère} édition 1963)

discussion, la poursuite de la mobilisation, puisque de fait, il était le référent légitime des différentes catégories d'acteurs et celui qui en maîtrisait le mieux les rouages.

La maire adjointe à l'origine de la création du Conseil local de santé bordelais reconnaît également que la mobilisation des acteurs locaux lors du travail en commission est proportionnelle à son propre engagement et dépendante de sa présence, témoignant à elle seule des potentialités du projet : « au départ les gens étaient excessivement présents aux réunions mais c'est vrai qu'au départ j'étais présente à toutes les réunions aussi. Je faisais toutes les commissions, je faisais tout, j'étais tout le temps présente. »

Pareil appui des mobilisations collectives sur l'engagement d'un seul finit par entraîner une identification des projets qui va jusqu'à une véritable personnification. La personne clef devient un « personnage » incarnant la démarche partenariale, le réseau, ou encore la dynamique vertueuse de terrain. En ce sens nous pouvons parler de « figure » sacerdotale d'engagement, en tant que manifestation d'une réalité, forme qui devient une apparence concrète d'une idée⁶⁴⁶.

Il arrive bien souvent qu'un projet soit clairement identifié à la personnalité locale qui en est à l'origine et le porte, par exemple le praticien hospitalier référent d'une thématique particulière. La mention d'une pathologie, d'une approche de soin appelle alors immédiatement, dans le discours des acteurs, celle du nom de l'individu « très impliqué », ou qui « prend beaucoup sur son temps pour être une force de proposition » et qui incarne, par son investissement, les avancées accomplies en la matière. L'attaché de recherche clinique travaillant pour le réseau de néphrologie considère catégoriquement que les évolutions observées dans ce domaine sont « le fait de Monsieur M. ! », fondateur du réseau. Il finit par considérer, en présence de ce dernier, que « ce réseau c'est vous ».

2.2.2 *Le sacerdoce comme mission de passeur*

Parallèlement à cette impulsion, voire cette personnification des projets, l'engagement personnel revient à l'exploitation d'un positionnement frontière entre plusieurs mondes sociaux conférant une force mobilisatrice particulière. Le sacerdoce devient une mission de mise en cohérence et de médiation entre des professions clivées, des

⁶⁴⁶ Nous renvoyons ici à l'entreprise de définition de la « figure » par D. Fassin, « Politique des corps et gouvernement des villes », *op. cit.*

institutions qui peuvent s'ignorer ou ne pas se comprendre. Il s'agit en somme d'instaurer des échanges sociaux situés, interpersonnels, en se positionnant soit même comme point de passage légitime et accessible pour l'ensemble des parties, permettant l'émergence de partenariats. Ainsi « c'est toujours un individu » qui est à l'origine des mobilisations collectives, mais surtout « toujours une personne qui a des réseaux »⁶⁴⁷, ou plus exactement qui travaille à construire ou à faire vivre ces réseaux.

Les individus fortement engagés reviennent donc à des personnes que nous qualifierons de « frontières » ou « sécantes », qui se positionnent comme interfaces entre des univers institutionnels ou catégoriels différents et travaillent à leur intégration située⁶⁴⁸. Ce type de positionnement a largement été mis en valeur dans la littérature en sciences sociales, par l'analyse de l'action publique et plus généralement des dynamiques d'intervention collective. Au cours de sa mise en lumière du caractère fondamentalement interindividuel des rapports interorganisationnels, Neuville rappelle bien cette diversité de dénominations qui visent à approcher des types assez semblables, en soulignant combien « le “représentant”, le “relais” (Grémion, 1976 ; Friedberg, 1993), le “porte-parole” » (Callon, 1986, 1988), le “marginal-sécant” (Crozier, Friedberg, 1977) et autres “intermédiaires” (Eymard-Duvernay, 1994), deviennent, à travers leurs interactions, les éléments de base pour comprendre la coopération en tant que processus d'ajustement perpétuel d'intérêts non convergents. »⁶⁴⁹

Nous ne reviendrons pas sur les nuances définitionnelles résidant dans ces notions, auxquelles viennent s'ajouter celle des « ensembliers » étudiés par Saez, entités humaines

⁶⁴⁷ Ces termes sont empruntés à un praticien hospitalier.

⁶⁴⁸ Lorsque nous parlons de « sécant », nous nous rapprochons bien sûr de la figure du « marginal-sécant » proposée par Jamous dans sa *Sociologie de la décision (op. cit.)* et dont Crozier et Friedberg donnent une définition assez éclairante. Le « marginal-sécant » serait « un acteur qui est partie prenante dans plusieurs systèmes d'action en relation les uns avec les autres et qui peut, de ce fait, jouer le rôle indispensable d'intermédiaire et d'interprète entre des logiques d'action différentes, voire contradictoires » (M. Crozier, E. Friedberg, *L'acteur et le système. Les contraintes de l'action collective*, Paris, Le Seuil, 197, p. 86). Dans notre cas cependant, si le caractère sécant est fondamental, la marginalité de ces acteurs ne se vérifie pas.

⁶⁴⁹ J.-P. Neuville, « La tentation opportuniste. Figures et dynamique de la coopération interindividuelle dans le partenariat industriel », *op. cit.* p. 101

ou non dont le rôle pivot permet les coopérations⁶⁵⁰, celle des « appuis conventionnels » de Dodier, ressources permettant d'élaborer des communautés de perspectives pour coordonner les actions⁶⁵¹, ou encore celle du « courtier » qui pour Nay assure « une intersection permanente entre des groupes d'acteurs qui n'entretiennent pas ou peu de relations directes »⁶⁵².

Cette dernière notion de « courtier » a cependant été reprise par Nay et Smith qui, par un approfondissement de l'analyse, donnent un nouvel éclairage sur le positionnement et les activités des figures sacerdotales repérées dans l'agir sanitaire aquitain⁶⁵³. Les auteurs s'intéressent à des acteurs intermédiaires, « dont l'activité professionnelle ou militante les conduit – parfois en dépit de leur statut – à jouer un rôle important dans les relations nouées entre plusieurs univers institutionnels. Certains d'entre eux apparaissent comme des personnages secondaires dans la hiérarchie des responsabilités et du pouvoir [...]. Mais tous sont amenés à certains moments de leur activité, lorsque le contexte les y incite et pour des motifs qui peuvent varier [...] à intervenir de façon transversale “en sillonnant” plusieurs espaces institutionnels. »⁶⁵⁴ Ces acteurs « se distinguent par leur aptitude à intervenir dans différentes arènes dont les règles, les procédures, les savoirs et les représentations peuvent être sensiblement éloignés. Ils forgent aussi leur compétence sociale par leur capacité à se poser en relais entre des groupes, des milieux, des organisations dont les intérêts divergent, mais parallèlement tenus de coopérer, de travailler ensemble. »⁶⁵⁵ Ces individus impliqués dans le rôle d'intermédiaire étant extrêmement divers, l'analyse doit se centrer sur leur

⁶⁵⁰ G. Saez, « Les politiques publiques comme système de coopération », in J.-P. Gaudin, G. Novarina, dir., *Politiques publiques et négociation, op. cit.* pp. 19 – 43

⁶⁵¹ N. Dodier, « Les appuis conventionnels de l'action. Eléments de pragmatique sociologique », *Réseaux. Communication, Technologie, Société*, vol. 11, n° 62, 1993, p. 63 – 85

⁶⁵² O. Nay, *La région, une institution*, Paris, L'Harmattan, 1997, p. 169. Nay emploie la notion de courtier au sens de J. Boissevain (*Friends of Friends: Networks, Manipulators and Coalitions*, Oxford, Basil Blackwell, 1974) qui définit le courtier social comme l'acteur qui met les gens en relation et crée entre eux de la communication.

⁶⁵³ O. Nay, A. Smith, « Les intermédiaires en politique. Médiation et jeux d'institutions », in O. Nay, A. Smith, dir., *Le gouvernement du compromis. Courtiers et généralistes dans l'action publique*, Paris, Economica, 2002, pp. 1 – 21

⁶⁵⁴ *Ibid.* p. 11

⁶⁵⁵ *Ibid.* p. 12

activité même de médiation, donc non pas sur ce que ces acteurs sont au regard des organigrammes, mais sur ce qu'ils font, indépendamment de leur position institutionnelle.

Nay et Smith distinguent deux types d'activités, qui ne sont pas exclusifs mais peuvent se recouper ou se combiner, celle du « courtier » et celle du « généraliste ». L'activité de ce dernier « consiste à construire du “sens commun” entre des milieux institutionnels qui ne recourent pas aux mêmes savoirs et aux mêmes représentations (c'est la dimension cognitive de la médiation) », tandis que l'activité de courtier « consiste à rechercher des solutions acceptables entre des groupes éloignés qui peuvent trouver un avantage à coopérer même s'ils ne poursuivent pas les mêmes objectifs et n'ont pas les mêmes intérêts (c'est la dimension stratégique de la médiation) »⁶⁵⁶.

Ces deux aspects cognitif et stratégique transparaissent de concert chez les acteurs à l'engagement sacerdotal, qui cherchent à la fois à créer des coopérations situées et à construire un fond d'horizon commun sur la base de valeurs partagées, pour un enrichissement des cultures respectives des différents acteurs, afin que les partenariats aient une chance de persister par-delà les mobilisations ponctuelles que eux-mêmes arrivent à impulser. Nous l'avons dit, l'engagement dans une mission d'intermédiaire est facilité par le fait d'avoir plusieurs attributions professionnelles qui permettent de se positionner à la lisière de plusieurs mondes institutionnels. Cependant les personnes que nous identifions comme frontières ou sécantes se posent aussi – pour ne pas dire surtout – comme les tenants de plusieurs ordres de normativité qu'ils parviennent à combiner et à faire entrer en cohérence pour que des rencontres soient possibles entre des individus issus d'univers différents mais plus fondamentalement, aux dispositions cognitives *a priori* non congruentes.

Le discours d'un médecin aquitain reflète assez bien cette double dimension stratégique et cognitive, lorsqu'il décrit le cas de journées pluridisciplinaires consacrées au handicap organisées par une personne dont l'engagement relève du type sacerdotal. Il mentionne un confrère qui « faisait remuer les choses », « concevait ce que c'était de mettre en relation des gens d'institutions différentes », pour parvenir à créer les conditions d'« une production locale qui a mis des gens en relation ». En ce sens, cette personne sécante paraît bien se consacrer à une mission qui se rapproche du « courtier » de Nay et Smith, puisqu'elle assure

⁶⁵⁶ *Ibid.* p. 13

« l'intersection » entre des groupes d'acteurs, véritable « entremetteur » de leurs actions. Mais dans le même temps, le praticien que nous interrogeons considère que cette activité de médiation « a un peu changé la culture des gens. Ça a fait avancer les idées, les professionnels se sont mieux connus », ce qui correspond cette fois à l'activité du « généraliste » travaillant sur le partage des représentations entre différents milieux.

Ici réside une dimension essentielle de l'individu à l'engagement exceptionnel : s'il doit s'investir de manière intense et sur une relativement longue durée, c'est justement parce qu'il ne peut se contenter de faire se rencontrer des intérêts dans un projet, mais s'assigne pour mission de faire vivre une certaine internormativité.

Par internormativité nous entendons la rencontre entre plusieurs ordres normatifs⁶⁵⁷, plus exactement ce que Belley a identifié comme les « phénomènes d'interaction entre des normativités qui correspondent à des professions, des groupes, des communautés, des organisations ou des individus appelés à se rencontrer dans des contextes déterminés par des hasards de nature historique ou géographique et par les nécessités découlant de visées économiques ou sociopolitiques. »⁶⁵⁸

Les individus à l'engagement sacerdotal sont autant de lieux de rencontre, de « points de contact » entre ordres normatifs⁶⁵⁹, par exemple entre mondes médical et administratif. Ils se donnent à voir comme « des **passseurs** de normes », qui ont notamment un rôle de traduction des cadres administratifs, pour les rendre « acceptables et assimilables dans la culture médicale »⁶⁶⁰, mais dans l'autre sens, une fonction de décodage des « “exigences” normatives de la pratique médicale [...] à l'intention des administrateurs non-médecins »⁶⁶¹. Les médecins inspecteurs de santé publique illustrent bien ce positionnement de passeur, rendu possible par la possession d'une double casquette professionnelle et symbolique qui permet la construction de liens interpersonnels entre les services déconcentrés dont ils sont issus et les praticiens d'un territoire, donc la rencontre des normes propres à l'exercice

⁶⁵⁷ A.-J. Arnaud, dir., *Dictionnaire encyclopédique de théorie et de sociologie du droit*, Paris, LGDJ-EJA, 1993

⁶⁵⁸ J.-G. Belley « Une métaphore chimique pour le droit », in J.-G. Belley, dir., *Le droit soluble, op. cit.* pp. 7 – 20, ici p. 15

⁶⁵⁹ G. Rocher, « Les “phénomènes d'internormativité” : faits et obstacles », in J.-G. Belley, dir., *Le droit soluble, op. cit.*, pp. 25 – 42, ici p. 32

⁶⁶⁰ *Ibid.* C'est l'auteur qui souligne.

⁶⁶¹ *Ibid.* p. 33

médical et de la normativité administrative d'État. L'un d'eux explique combien son implication dans un projet est « indispensable » : si l'administration s'adressait aux professionnels, libéraux notamment, sans passer par un membre de la profession, « ça serait un chou blanc total parce que ce n'est pas le même monde, ils ont quand même une grosse horreur de la chose administrative les libéraux. En plus ils sont confrontés sur le terrain à des trucs concrets, à des gens qui vont mal, enfin ils ont aussi leur stress leur activité à gérer. Il ne faut pas leur donner des tableaux Excel à remplir en permanence, ils ne supportent pas. Il faut faire attention. Et c'est un peu la tendance de l'administration, de demander comme ça. Non, il faut une médiation je crois. Il faut arriver à les intéresser à des programmes. [...] je crois que c'est important qu'il y ait des médecins aux interfaces comme ça. Je crois que ce rôle d'interface est important, pour la légitimité, et puis pour ajuster les décisions. » Cette médiation est acceptée par les praticiens parce que les médecins inspecteurs font preuve au quotidien de leur compétence, soit de connaissances médicales techniques approfondies, qui les font apparaître comme des pairs et des aidants experts lors de situations de crise.

Mais ce sont surtout les professionnels de santé, au-delà de ceux exerçant dans l'administration, qui apparaissent comme des passeurs de normes particulièrement actifs dans l'espace aquitain, notamment les hospitaliers qui, par leur activité de concepteur et responsable de réseaux, sont amenés à construire des ponts entre les cadres normatifs des administrations qui financent et contrôlent et ceux des professionnels à impliquer dans les réseaux. Un praticien coordinateur, siégeant par ailleurs dans diverses instances et commissions régionales dédiées à la santé publique affirme, à propos des rapports entre ces dernières et l'hôpital, « je suis à l'interface et je passe mon temps à essayer de faire communiquer ces deux mondes ».

Comme le souligne Rocher, les leaders des réseaux comme les praticiens exerçant des fonctions administratives « sont appelés par ces fonctions à connaître les règles, à les accepter, à les utiliser. C'est eux qui vont donner à ces règles un **sens** acceptable à leurs collègues et les rendre cohabitables avec la culture médicale, par la traduction ou le décodage qu'ils en font »⁶⁶².

⁶⁶² *Ibid.* C'est l'auteur qui souligne. Les « règles » doivent ici être comprises à la fois comme les normes propres aux équipes gestionnaires des établissements, donc à l'administration de l'hôpital et celles qui régissent les administrations de tutelle.

Le discours d'un de ces médecins à l'engagement sacerdotal illustre tout à fait ce positionnement de point de rencontre entre plusieurs normativités. D'abord il confirme, en tant que chef de service, l'analyse de Rocher : selon lui l'échange entre administration de l'hôpital et praticiens serait possible seulement « quand on a des responsabilités administratives de pôle, de chefferie de service. Il faut avoir une mission administrative importante pour vraiment découvrir l'autre ». Mais surtout il explique comment, au fil de son engagement pour construire et animer un réseau de santé, il est parvenu à intégrer la normativité administrative des tutelles, à se l'approprier, pour devenir l'interface facilitatrice entre deux univers : « j'ai découvert le mode de pensée administratif, donc en l'occurrence aussi celui de ma propre institution, à l'occasion du réseau, explique-t-il. Et j'ai bien vu que, effectivement, on ne parlait pas la même langue. [...] Je pense que j'ai débordé de ma place : les administratifs me voient comme un soignant, c'est-à-dire qu'ils attendaient de moi que je coordonne des soignants et que je m'adresse à des soignants, que je rapporte la parole des soignants ; or moi pour coordonner, j'avais besoin de tout comprendre, c'est-à-dire aussi de déborder dans le champ administratif et politique. Pas pour prendre du pouvoir, mais simplement parce qu'il faut connaître les procédures, il faut comprendre comment ça marche, aussi pour comprendre leurs difficultés pour mieux accepter que ça ne fonctionne pas toujours bien. Ça a été à l'origine de frictions, de difficultés d'accordage, mais ça a été aussi très intéressant et très enrichissant, parce que je pense qu'on s'est apporté mutuellement des choses. Moi j'ai compris des choses des administratifs et dans l'autre sens eux aussi ont appris des choses de mon point de vue. »

C'est cette fonction centrale au cœur des processus d'internormativité qui pousse les acteurs sécants à s'engager tout particulièrement. Ils ont conscience que seules des personnes qui, comme eux, parviennent à composer avec plusieurs ordres cognitifs et normatifs, sont en capacité de ménager des espaces de coopération. Leurs démarches sont bien accueillies par les administratifs qui saluent leur pugnacité et reconnaissent leur aide fondamentale lorsqu'il s'agit d'infiltrer le monde des soignants parfois réfractaires aux projets institutionnels. À l'inverse, ces acteurs sont crédibles aux yeux de leurs confrères, ou en tout cas, comme le dit Rocher ont-ils « un important handicap de moins. [...] les passeurs appartiennent à la même culture professionnelle que leur confrères et consoeurs ; ils

peuvent compter sur une certaine solidarité. C'est à travers cette culture professionnelle partagée que peut s'établir une part de confiance »⁶⁶³.

Si certains individus font le choix de s'investir, indépendamment de leur statut institutionnel, dans la construction de ponts entre des catégories de partenaires hétérogènes et dans la mise en œuvre de projets locaux, c'est bel et bien parce qu'ils considèrent – et leurs partenaires le reconnaissent largement – que leur message peut avoir des « prétentions à la validité » bien supérieures à celui d'autres acteurs locaux⁶⁶⁴. En effet, si nous nous plaçons du point de vue de l'approche communicationnelle de la rationalité, qui a toute sa place dans une analyse soulignant l'importance des rapports interindividuels dans la compréhension de l'action publique, la validité d'un message ne repose pas sur la vérité de son contenu qui ne peut être totalement vérifiée, mais « souvent bien plus sur la crédibilité à laquelle le locuteur peut prétendre pour affirmer ou pour commander, par suite soit de son statut, soit de sa personnalité, soit des connaissances qu'on peut lui attribuer ou d'autres conditions plus ou moins externes au message lui-même et à son contenu. »⁶⁶⁵

C'est, en somme, un processus autoentretenu qui est à l'œuvre : des acteurs s'engagent de manière extra-ordinaire, par conviction et sentiment du devoir ; de ce fait ils acquièrent certaines compétences et ressources tant matérielles que symboliques, qui les font apparaître comme les plus légitimes pour structurer et mener les mobilisations locales.

Nous avons jusqu'ici mis en exergue un processus kaléidoscopique d'entrée en cohérence des acteurs reposant sur leurs ajustements multiples plutôt que sur la définition puis la mise en œuvre d'une « politique », dont l'analyse s'est poursuivie par l'identification de la dimension personnelle présidant à ces ajustements. Sur cette base, nous pouvons aller plus loin en analysant une autre dimension de l'ajustement, relative cette fois, plus généralement, au modèle d'intervention légitime en matière de santé. Cela revient à un nouvel éclairage de la dynamique d'actualisation conservatoire, qui se déploie à la fois au niveau des modes individuels d'engagement et à l'échelle globale de l'agir sanitaire.

⁶⁶³ *Ibid.*

⁶⁶⁴ Nous renvoyons ici à une expression de J. Habermas, *Théorie de l'agir communicationnel*, *op. cit.* p. 315

⁶⁶⁵ G. Rocher, « Les “phénomènes d'internormativité” : faits et obstacles », *op. cit.* p. 41

Section 2. La reproduction des hiérarchies historiques

Dans un contexte de modification des référentiels d'action favorisant l'affirmation d'acteurs hétérogènes, le questionnement sur la place du changement implique de s'intéresser au devenir du modèle français historiquement fondé sur la centralité médicale, tel qu'il se donne à voir à travers le cas aquitain. Conformément au processus d'actualisation conservatoire, le paradigme traditionnel ne cède pas la place à un nouveau, mais est ajusté, de manière incrémentale.

Nous souhaitons à présent relier les différents niveaux d'accomplissement des processus d'ajustement, du niveau des constructions de connexions entre acteurs à celui de l'évolution globale du modèle français d'intervention en santé. Le devenir de ce dernier est construit sur le mode de l'ajustement et non de la révolution justement parce que ses parties prenantes accomplissent leurs missions et entrent en cohérence au travers de mécanismes d'ajustement.

D'une part, certains professionnels de santé dont la place est historiquement centrale ajustent leurs pratiques pour les mettre en conformité avec des impératifs techniques, mais aussi territoriaux ou démocratiques contemporains, qui correspondent à la fois à des nécessités professionnelles et politiques. En ce sens, ceux que nous avons appelé les « promoteurs », qui cherchent à réformer leurs pratiques, se prémunissent en même temps contre la trop forte affirmation d'autres catégories d'acteurs, empêchant l'avènement d'un modèle alternatif d'intervention en matière de santé (**Paragraphe 1**). Ce mouvement est conforté par la position des autres catégories d'intervenants qui ne s'affirment pas contre le modèle traditionnel mais au contraire, spécifient leur identité et construisent leur légitimité justement en s'y ajustant (**Paragraphe 2**). Ces « facilitateurs » participent de l'actualisation conservatoire du modèle d'intervention dominant, en promouvant de nouveaux dispositifs d'action tout en réaffirmant explicitement ou en creux la centralité de l'activité médicale.

La conjonction des adaptations stratégiques des professionnels de santé d'une part, des positionnements des autres acteurs d'autre part, et enfin des ajustements trouvés entre ces deux catégories, fonde une dynamique de conservation des hiérarchies traditionnelles. Ce processus est porteur, cependant, d'une dimension d'évolution qui trouve sa source au centre historique du traitement public de la santé, soit dans les professionnels de santé. Nous

observons donc une diversification des formes d'engagement et des voix légitimes au sein de l'agir sanitaire, sans pour autant constater de véritable redistribution de l'autorité.

1. Une évolution incrémentale des constructions sanitaires qui passe par les acteurs historiques du soin : les promoteurs

La mise au jour d'un agir sanitaire aléatoire et la continuité des formes institutionnelles traditionnelles mettent fondamentalement en question l'aspect systémique du changement. La production de l'action publique est apparue fondée sur des implications et des rapports personnels ne permettant pas de conclure à l'imposition généralisée de nouveaux répertoires ni à la reproductibilité des innovations.

Des évolutions apparaissent tout de même dans l'espace aquitain, à la faveur d'implications situées de professionnels de santé. Certains d'entre eux modifient une part de leurs pratiques, devenant porteurs d'une évolution incrémentale de l'agir sanitaire. Par conséquent, ce ne sont pas des segments marginaux qui imposent peu à peu leurs conceptions, mais bien les acteurs centraux, historiquement légitimes, qui produisent de nouvelles formes d'intervention pouvant représenter des vecteurs d'évolution. Les acteurs historiques du soin ne peuvent en effet maintenir tout à fait leurs modes de faire traditionnels, notamment face aux multiples formes d'intégration entre soin et santé publique.

Des médecins localement influents se donnent à voir comme des « promoteurs » au sens où, par leur volonté de réaménager leurs pratiques, ils donnent une première impulsion à des modèles nouveaux qui, de leur fait, apparaissent réalisables et légitimes. Ces promoteurs ne constituent pas véritablement des réformateurs, dans la mesure où leurs démarches ne sont pas gouvernées par une volonté première de réforme de l'agir sanitaire dans sa globalité. Ils ne cherchent pas à défendre un nouveau paradigme de la santé, un nouveau modèle d'action, mais agissent au cœur du système historiquement construit et finalement dans l'intérêt même de ce système. Issus aussi bien de la médecine libérale que de l'hôpital, ils peuvent être des fondateurs ou des coordinateurs de réseaux de santé, mais également les instigateurs de structures pluridisciplinaires, ou encore des créateurs d'associations professionnelles cherchant à mutualiser les savoirs ou à coordonner les pratiques.

Plusieurs médecins aquitains sont apparus comme des promoteurs, s'impliquant de manière intense dans la réorganisation des pratiques locales. Ils peuvent être qualifiés par les autres

acteurs de « leaders », de « porteurs de projets », de « gens qui veulent bouger, au sein de l'hôpital et du libéral ».

Il est important de noter à ce niveau que les promoteurs insistent sur la nécessité pour eux de continuer d'exercer leur activité purement médicale. Il apparaît dans leur discours que leur légitimité même de promoteur auprès de leurs confrères et auprès des financeurs ne peut passer que par un contact permanent avec le terrain. Ils ne conçoivent pas de se substituer aux décideurs publics travaillant à plein temps à l'organisation du système de santé et soulignent que c'est justement par leur contact avec les patients et les autres professionnels qu'ils sont en capacité de faire évoluer leur activité.

L'objectif des promoteurs dans la construction de projets est avant tout l'évolution des pratiques, pour le bien à la fois des patients et des professionnels eux-mêmes. Leur argumentaire est d'une double nature : d'une part ils mettent en exergue leur volonté d'améliorer la prise en charge de leurs patients, notamment en intégrant la prévention ou l'approche pluridisciplinaire à leur fonctionnement traditionnel, d'autre part, ce sont non pas les prises en charge mais les conditions de prise en charge, donc les conditions de travail et de vie des praticiens qui sont un questionnement central. Car comme le montre Pasche dans son analyse des services de soins à domicile, ce qui déclenche le ressenti de lourdeur de la tâche pour certains praticiens, « ce qui rend les situations pénibles, ce sont davantage les difficultés de collaboration entre professionnels que la charge de travail, la fréquence des visites ou le degré d'incapacité fonctionnelle du patient [...] c'est ce qui se joue dans l'interaction qui domine le tableau »⁶⁶⁶.

Cependant, les répertoires de légitimation mobilisés peuvent *in fine* se rejoindre, dans la mesure où les professionnels soulignent qu'aider les populations ne peut passer que par une aide aux professionnels mêmes qui travaillent à leur santé, tandis que l'accomplissement de meilleures prises en charge, en termes de qualité et de simplification, ne peut que conforter le médecin et réduire sa pression professionnelle quotidienne. Des intérêts catégoriels voire personnels apparaissent donc rencontrer l'intérêt commun à l'ensemble des professionnels de santé et à toute la société. Tout se passe comme si l'évolution de l'agir sanitaire reposait sur une double convergence des intérêts : intérêts personnels et catégoriels d'une part, les

⁶⁶⁶ G. Pasche, « Situations lourdes : relations conflictuelles dans les services d'aide et des soins à domicile », in G. Cresson, M. Drulhe, F. X. Schweyer, *Coopérations, conflits et concurrences dans le système de santé*, op. cit. pp. 137 – 152, ici p. 149

promoteurs œuvrant, par leurs projets, aux meilleures conditions d'exercice de leurs confrères ; intérêts professionnels et intérêt général d'autre part, dans la mesure où la réorganisation des pratiques produit une évolution incrémentale de l'agir sanitaire qui, à terme, doit bénéficier à la collectivité. En témoigne cette vision de la plus-value des réseaux de santé, exprimée par la coordinatrice de l'un d'entre eux, lors de la restitution d'une séance de travail en atelier thématique : « le réseau cherche à apporter un service rendu aux professionnels qui, par ricochet, se répercute sur les patients »⁶⁶⁷.

Les professionnels promoteurs s'opposent, au regard de l'étude de terrain, à la figure du « pur soigneur », qui lui se refuse à envisager le réaménagement des pratiques. Les purs soigneurs peuvent être des médecins libéraux qui ne souhaitent pas s'impliquer dans des réseaux ou des pratiques de groupes au-delà du simple partage des murs d'un cabinet, ou des hospitaliers qui voient les actions de santé publique comme n'étant pas de leur ressort, voire qui mettent en doute leur légitimité même. Entrent dans cette catégories les praticiens qui refusent les sollicitations pour participer à des groupes de réflexion ou de travail, de la part des services déconcentrés, des collectivités, ou même de leurs confrères, pour se consacrer exclusivement à leur pratique de soin des individus composant leur file active ou leur clientèle. Le pur soigneur existe donc aussi bien parmi les libéraux et les hospitaliers : comme l'explique un spécialiste de ville, certains « veulent bouger, ont des idées », les autres souhaitant qu' « on les laisse dans leur coin » ; « ça dépend du caractère de chacun, pas du mode d'exercice. »

Si le promoteur s'implique dans la dimension organisationnelle de la profession, cherche à mettre en place des changements à son niveau et à créer un mouvement au sein de l'agir collectif, en plus ou aux côtés de son activité centrale de soin, le pur soigneur lui, revendique justement sa seule vocation curative, considérant qu'il n'est pas de son ressort de prendre en main la régulation du système dans lequel il évolue. Un généraliste considère de manière caractéristique que « dans notre quotidien de médecin généraliste, on n'est pas du tout concernés. C'est le problème des organisations ». Un de ses confrères estime dans ces conditions que « vingt pour cent des médecins réfléchissent. Ça ne veut pas dire qu'ils soient meilleurs que les autres, ça n'a rien à voir. Ils réfléchissent et disent "on ne peut pas continuer comme ça, la médecine faite comme ça elle n'est plus possible". Et quatre-vingts

⁶⁶⁷ J. Collombat, restitution de l'Atelier 1 « Le patient au centre du réseau », Quatrième Journée des réseaux de santé en Aquitaine, 18 janvier 2008, séance plénière de synthèse des ateliers

pour cent disent “nous on est dans notre coin, on n’a pas le temps de réfléchir, on fait notre boulot, du moment qu’on gagne notre vie, ça suffit”. »

La posture de pur soigneur peut d’ailleurs se rencontrer chez des praticiens qui critiquent fermement le « système », soulignant notamment sa complexité et la difficulté de leur travail quotidien, comme chez leurs homologues qui se satisfont globalement de l’organisation de leur environnement. Aussi ne peut-elle être assimilée à une simple posture de défiance vis-à-vis du système, ni à une attitude de passivité et de renoncement, voire de passager clandestin. Il s’agit avant tout d’une croyance dans la noblesse dans la mission du soigneur, qui ne peut, ni moralement ni matériellement, s’écarter de son cœur de métier. Explicitement, pour un médecin généraliste, « chacun son boulot » : « ce n’est pas mon boulot de réorganiser le système mais de soigner les gens, le mieux possible. Déjà que je ne connaîtrai jamais tous les protocoles, ni tous les médicaments ! » Il estime donc légitime de ne pas, en plus, « chercher à mélanger les genres » en s’occupant de régulation ou de réorganisation. Ce praticien considère qu’un homologue promoteur ne serait « pas représentatif » des préoccupations et des réflexes de leur profession, et sortirait peu ou prou de ce pour quoi il a été formé : « il ne fait pas de la médecine générale en réorganisant la profession ! »

Le refus de l’implication dans un agir collectif ou une démarche de changement ne revient pas systématiquement à un refus de principe, certains admettant l’intérêt des démarches des promoteurs, mais soulignant leur propre manque de temps, de personnel dans leurs structures, ou, pour les libéraux, leur obligation de faire fonctionner leur source de revenu. Un médecin généraliste souligne par exemple pourquoi la majorité des praticiens ne souhaitent pas s’investir dans un dialogue avec les pouvoirs publics ou leurs confrères pour repenser l’organisation globale de la pratique : « s’ils y étaient près, il y aurait cinquante pour cent de médecins syndiqués. Or il y a entre cinq et dix pour cent [...] Ils n’ont pas le temps : avec leur travail de présence et de défense de leur cabinet, de leur outil de travail économique, ils ne peuvent pas se permettre de dire “je vais me retirer, une fois par semaine, pour me réunir...” Quand on discute avec les confrères, il y en a, il y en a toujours... Mais on voit toujours les mêmes ! »

Certains praticiens considèrent comme tout bonnement impossible de travailler à une rénovation des façons de faire, tout en continuant de pratiquer la médecine, ce qui explique leur refus de s’éloigner de la stricte pratique curative individuelle pour laquelle ils ont été

formés : un spécialiste de ville souligne que « pour pouvoir discuter de ces grands trucs, il faut y passer tellement de temps qu'on ne travaille plus, on ne pratique plus. Donc on est hors du monde du... on n'est plus le nez dedans, donc on ne peut plus exactement savoir ce qui se passe à la base ». Un chef de service hospitalier va plus loin en dénonçant ce qu'il considère comme un abandon par certains médecins de leur mission première de soin : de plus en plus de praticiens s'investiraient « dans des structures piégeuses et technocratiques », donc « ne pratiquent pas », accentuant de fait le problème de la démographie médicale. Pour ce « patron » incarnant le modèle traditionnel de l'élite hospitalo-universitaire fondée par la réforme de 1958, le médecin doit avant tout soigner ses patients, donc simplement remplir sa mission et laisser au politique ou à l'administration le soin de traiter du volet organisationnel⁶⁶⁸.

Comme cela transparaît dans ces discours et conformément à la logique sacerdotale d'engagement parcourant l'agir sanitaire, les promoteurs apparaissent largement minoritaires, les purs soigneurs regroupant la plupart des médecins aquitains. Les promoteurs doivent ainsi lutter pour publiciser leurs projets, pour y adjoindre leurs confrères, et pour convaincre les autorités publiques. Le modèle du praticien libéral isolé ou de l'hospitalier enfermé dans sa structure ne disparaît pas. Bien loin d'un mouvement global d'évolution des pratiques, seule une frange marginale des professionnels centraux de l'agir sanitaire prend à bras les difficultés structurelles de l'exercice, en s'appuyant sur leurs réseaux de connaissance professionnels, voire des effets de réputation. Cet aspect alourdit d'ailleurs d'autant la mission qu'ils s'assignent, dans la mesure où la démarche de promoteurs ne va pas de soi pour la majorité des acteurs qu'ils doivent convaincre.

Nous rejoignons à cet égard l'analyse de Fassin spécifiquement dédiée aux réseaux ville-hôpital⁶⁶⁹. Il conçoit ces réseaux apparus dans le cadre de la prise en charge du sida comme une « fraction marginale du système médical français »⁶⁷⁰, les professionnels instigateurs

⁶⁶⁸ Pour une analyse des caractéristiques de cette élite hospitalière, nous renvoyons à l'analyse de la réforme hospitalière de 1958 proposée par H. Jamous, *Sociologie de la décision*, *op. cit.* La post-face est l'occasion de rapporter un entretien avec le professeur Debré, dont la réforme porte le nom. Ce dernier explique ainsi que « l'esprit de la réforme » était de « créer ce corps hospitalo-universitaire à vie austère, appliqué à son travail, vivant à l'hôpital du matin au soir » notamment au travers de l'instauration du temps plein hospitalier (cité p. 187).

⁶⁶⁹ D. Fassin, *Les enjeux politique de la santé*, *op. cit.*

⁶⁷⁰ *Ibid.* p. 114

étant des « médecins réformateurs aux marges » : en effet, « La quasi-totalité des médecins hospitaliers et la majorité des praticiens libéraux ne sont pas impliqués dans ces réseaux : c'est dire que l'on se situe bien aux marges de l'appareil sanitaire. »⁶⁷¹ Au regard de l'étude de terrain, cette approche peut être généralisée aux réseaux de santé au-delà de la prise en charge du sida, de même qu'à l'ensemble des projets des promoteurs, quelle que soit la forme donnée à leur démarche et les financements auxquels ils font appel.

En ce sens cette situation « aux marges » telle que l'entend Fassin ne contredit pas notre analyse d'une évolution de l'agir sanitaire prenant racine dans son cœur même. Si les praticiens promoteurs sont marginaux parmi leurs confrères libéraux et hospitaliers, ils demeurent tout de même au centre de l'action publique, appartenant à la profession jouissant d'une légitimité et d'un prestige inégalé, qui incarne historiquement l'intervention en matière de santé.

Nous devons également noter que les promoteurs ne correspondent pas systématiquement aux représentants syndicaux. Si ces derniers travaillent bien évidemment à l'amélioration des conditions d'exercice des praticiens et à leur organisation collective, il s'agit avant tout de défendre des intérêts catégoriels au cours de la négociation avec les pouvoirs publics, notamment l'Assurance maladie. Les praticiens soulignent souvent le rôle proprement politique des syndicats, qui agissent essentiellement selon la logique d'une lutte de pouvoir pour la préservation des intérêts. Les promoteurs, eux, empruntent des voies différentes pour tenter d'agir sur les conditions de la pratique médicale. Ils ne se considèrent en aucun cas comme des « représentants » de la profession auprès d'instances. Ils adoptent une démarche de résolution de problèmes situés, plus ou moins collectifs, mais partant toujours d'un constat local, qui ne prête pas *a priori* à une quelconque généralisation ou reproductibilité. La démarche réformatrice est fondée sur la construction de projets et non directement sur la négociation politique, même si celle-ci peut ensuite être mobilisée pour les nécessités des projets en question.

Il peut arriver que les promoteurs se servent des syndicats, ou recherchent leur appui, notamment pour publiciser leur démarche ou comme soutien logistique. Mais dans certains cas ils récuse justement la logique de représentants de la profession qui les obligerait à endosser eux-mêmes ce rôle de promoteurs : les représentants syndicaux sont accusés de ne

⁶⁷¹ *Ibid.* p. 123

s'attacher qu'à des problématiques financières, voire à des objectifs politiques. Les promoteurs cherchent alors à s'en démarquer en créant leurs propres réseaux de médiatisation, en faisant de l'aspect non exclusivement corporatiste et conservateur de leur démarche un argument de légitimation supplémentaire.

Les promoteurs sont donc des médecins qui se lancent dans une redéfinition, à leur niveau, des cadres au sein desquels ils exercent leur activité de soin. Ils participent ainsi de l'évolution d'un système dans lequel ils sont historiquement au centre. À ce titre leurs démarches paraissent bien s'apparenter à une « clinique des ensembles » telle que l'analysent Grelet et Lalande⁶⁷² au sens d'une intégration par les professionnels de santé des impératifs de santé publique et d'un élargissement de la conception de leur pratique, au-delà de la stricte activité curative individuelle. Les médecins et notamment les généralistes, « à défaut de pouvoir intégrer un dispositif national qui leur échappe, ou les ignore, et pris dans le même souci d'agir sur des ensembles, pour élargir leur capacité d'action [...] construisent leurs propres réseaux de santé publique : au travers de regroupements de professionnels de santé, de contacts avec les institutions sanitaires et sociales locales, de sollicitations des spécialistes hospitaliers, d'actions de formation continue. »⁶⁷³

Cependant les démarches des promoteurs n'apparaissent pas comme un tout structuré, ni s'inscrivent dans un processus collectif d'innovation. Les promoteurs ne forment pas un réseau institutionnalisé d'action publique, ni une catégorie homogène ou qui se percevrait comme unifiée. L'analyse de terrain ne permet pas de caractériser ces acteurs clefs, même s'ils sont particulièrement influents et actifs, comme les membres d'un collectif, d'une « coalition » au sens que donnent notamment Sabatier et Jenkins-Smith aux « *advocacy coalitions* »⁶⁷⁴. Selon cette approche, l'action publique découle de la mobilisation d'acteurs qui se coordonnent au sein de coalitions de cause, pour défendre la réalisation d'un système particulier de croyances qu'ils partagent.

Les promoteurs aquitains correspondent en partie à la description fournie par Sabatier et Jenkins-Smith qui mentionnent des acteurs qui « partagent un ensemble de croyances normatives et causales », ainsi qu'une certaine « perception de l'état du monde (incluant la

⁶⁷² S. Grelet, A. Lalande « La santé séparée. Le métier de médecin-inspecteur de santé publique », *Vacarme*, n° 12, été 2000, en ligne [page consultée le 5 juin 2007]. Disponible sur : www.vacarme.eu.org

⁶⁷³ *Ibid.*

⁶⁷⁴ P. Sabatier, H. C. Jenkins-Smith, *Policy change and learning*, *op. cit.*

magnitude des problèmes) » et de « l'efficacité des instruments de politiques publiques » pour la réalisation de buts⁶⁷⁵. Mais ils ne forment pas pour autant une *advocacy coalition* dans la mesure où ils ne s'organisent pas stratégiquement en un groupe explicitement délimité pour « manipuler les règles, les budgets et le personnel des institutions gouvernementales afin d'atteindre ces buts »⁶⁷⁶. Si les promoteurs font évoluer les référentiels de prises en charge curatives par leur implication dans des projets concrets, ils ne cherchent pas directement à contrôler le processus décisionnel. Leur objectif premier est d'amender leurs propres pratiques, non pas de changer le système global mais de faire évoluer leur profession, à leur échelle voire celle de leur confrères proches. Si, de fait, ils peuvent partager une même analyse des problèmes structurels du système de soin français ou utiliser des dispositifs similaires, ils fonctionnent avant tout sur un modèle de réflexion à l'échelle professionnelle, voire affinitaire, sans forcément avoir conscience de produire une évolution dépassant leur propre cas. Aussi les promoteurs forment-ils une catégorie analytiquement intéressante pour dépeindre des médecins qui possèdent certains traits communs, mais pas une coalition stratégique d'acteurs qui travailleraient de concert pour produire du changement.

Il s'agit à présent d'entrer dans le détail des deux dynamiques suivies par les promoteurs dans leurs démarches, à savoir l'évolution des prises en charge vers plus de globalité et l'approche territoriale. Si la première dimension correspond à une approche technique et centrée sur les professionnels de santé, médecins mais également paramédicaux, la seconde tend à élargir la focale. Elle prend en compte l'environnement de l'exercice, en incluant les conditions démographiques et géographiques, voire le contexte politique. Dans cette deuxième dimension, l'ouverture de la démarche des promoteurs s'accroît, notamment en direction des élus locaux, au point de rejoindre la logique de développement local qui était celle des acteurs réalisant un transcoding de la santé. La rénovation des pratiques professionnelles et la problématique de l'attractivité des territoires finissent par se recouper.

1.1 L'approche par la mutualisation et la globalisation des prises en charge

⁶⁷⁵ *Ibid.* p. 7

⁶⁷⁶ *Ibid.* p. 5

L'action des promoteurs en faveur d'une rénovation des pratiques s'adosse tout d'abord à leur intégration de l'idée qu'une prise en charge des patients plus globale, pluridisciplinaire, est nécessaire. L'argumentaire est bien évidemment de recentrer les pratiques sur les besoins multiformes des patients et de permettre une continuité et une coordination des services. Mais il s'agit aussi d'améliorer les conditions mêmes d'exercice de chacun, notamment en fluidifiant et en systématisant les réseaux d'adressage et d'orientation des patients entre divers professionnels, ou en favorisant le partage d'expérience. Il s'agit d'alléger la charge quotidienne du professionnel en démultipliant ses outils de réponse aux problèmes concrets des patients.

Les promoteurs montent donc des projets visant à inclure chaque praticien dans une sorte de filière de soins, allant du généraliste aux divers spécialistes, mais également du médecin aux paramédicaux, voire à l'éducateur thérapeutique⁶⁷⁷. Il s'agit également pour certains d'ouvrir leurs activités à d'autres acteurs, extérieurs *a priori* au monde du soin, tel que les enseignants de l'Éducation nationale, les éducateurs sportifs, les travailleurs sociaux ou encore les auxiliaires de vie.

Certains promoteurs sont d'abord repérables dans les réseaux de santé nés de la volonté de coordination des prestations : ils font partie du noyau dur de leurs fondateurs, en sont les coordinateurs médicaux, ou des membres particulièrement actifs. Nous retrouvons notamment des praticiens hospitaliers impliqués du fait de la spécificité des pathologies qu'ils traitent, notamment le sida, les addictions, ou de manière générale les maladies chroniques. Selon l'un d'eux par exemple, « pour l'infection VIH, il y a la nécessité de

⁶⁷⁷ L'éducation thérapeutique du patient fait partie des problématiques nouvelles qui soulèvent de nombreuses réflexions au niveau national et plus particulièrement en Aquitaine. Selon l'OMS, elle « comprend des activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage et d'accompagnement psycho social concernant la maladie, le traitement prescrit, les soins, l'hospitalisation et les autres institutions de soins concernées, et les comportements de santé et de maladie du patient. Elle vise à aider le patient et ses proches à comprendre la maladie et le traitement, coopérer avec les soignants, vivre le plus sainement possible et maintenir ou améliorer la qualité de vie ». Citation donnée par DHOS/DGS n° 2002/215, *Circulaire du 12 avril 2002 relative à l'éducation thérapeutique au sein des établissements de santé : appel à projets sur l'asthme, le diabète et les maladies cardiovasculaires*, en ligne [page consultée le 7 juillet 2009]. Disponible sur <http://www.sante-sports.gouv.fr/fichiers/bo/2002/02-18/a0181729.htm>. Cf. Organization mondiale de la santé, *Therapeutic patient education. Continuing education programmes for health care providers in the field of prevention of chronic diseases*, OMS, Bureau regional pour l'Europe Copenhague, 1998

coordonner les différents professionnels », car si « le médecin est très fort », il a « quand même besoin des autres ». Un de ses homologues mentionne aussi l'importance du « travail en multi partenariats » dans le domaine de la nutrition, parce que « tout seul on est tous très mauvais ». Mais les promoteurs peuvent également être des libéraux qui souhaitent dépasser la rupture avec l'hôpital et répondre à des difficultés qu'ils rencontrent quotidiennement dans leur exercice, notamment parce que leurs interlocuteurs sont multiples et parce qu'ils manquent de temps.

Ces démarches répondent directement aux préconisations de la DHOS en termes de coordination⁶⁷⁸. Cependant, si l'administration centrale met en exergue l'objectif de réorganiser donc d'améliorer les prises en charge, les promoteurs travaillent plutôt à améliorer les conditions de prise en charge. Ils conçoivent avant tout les réseaux comme des outils pour faciliter l'entraide ou le relais entre professionnels, le partage d'expérience. L'apport premier des réseaux qui est mis en avant n'est pas technique mais relationnel.

Cette opposition apparaît clairement dans l'échange entre une représentante de l'ARH et un promoteur de réseau lors d'une séance de travail commune, au cours de la Quatrième journée des réseaux de santé en Aquitaine⁶⁷⁹. Si la première rappelle que « si on s'en remet aux textes » le but des réseaux est « la prise en charge multiforme des patients », « l'approche globale de la situation du patient », le praticien libéral estime lui que cette définition « cadre bien [...] mais ne donne pas tout à fait le sens du réseau ». Il insiste sur l'aspect relationnel qui pour lui sous-tend la démarche, qui doit surtout créer « un être ensemble » pour les professionnels.

Les promoteurs s'attachent donc à faire vivre des équipes pluridisciplinaires ou à monter des rapports partenariaux dans une optique professionnelle, pour répondre à une complexité des situations qui handicape l'activité quotidienne de chacun. Comme le souligne une coordinatrice, « on s'est rendu compte à travers les échanges que les outils développés par

⁶⁷⁸ Nous renvoyons notamment à DHOS/03/DSS/CNAMTS, *Circulaire n° 2002-610 du 19 décembre 2002 relative aux réseaux de santé*, en ligne [page consultée le 7 juillet 2009]. Disponible sur : <http://www.sante-sports.gouv.fr/fichiers/bo/2003/03-03/a0030144.htm>

⁶⁷⁹ Quatrième journée des réseaux de santé en Aquitaine, 18 janvier 2008, Atelier 2, « Les professionnels de santé au service du réseau »

les réseaux sont souvent en direction des professionnels »⁶⁸⁰. Un médecin hospitalier exerçant en addictologie explique que la plus-value des réseaux est « le fait de structurer », de « diffuser les informations sur qui fait quoi » pour que chacun sache que pour des cas difficiles, voir « ingérables », il peut compter sur des « professionnels fiables, rapidement joignables ». Il souligne que par son action il n'entend pas créer une prise en charge nouvelle mais « diffuser des informations sur les structures de prise en charge ». Un autre promoteur explique lui que son réseau est « né du besoin qu'exprimaient les néphrologues de la région de mettre en commun des moyens ».

Plusieurs projets ont ainsi reçu des financements de l'ARH et de l'Assurance maladie pour créer des réseaux de santé censés mettre en œuvre des programmes de prévention secondaire et tertiaire ou produire des protocoles communs de soins. Cependant, pour beaucoup d'entre eux, les premières années d'existence sont avant tout dédiées à une activité relationnelle de mise en cohérence et d'interconnaissance. Certes les prises en charge ne peuvent en être que plus fluides et adaptées aux spécificités des cas, mais les dimensions privilégiées concernent le mieux-travailler, donc le mieux-être des praticiens. Les promoteurs affichent donc une volonté de lutter contre l'épuisement de certains, et contre le phénomène du *burn out* qui fait que des professionnels ne peuvent plus exercer, leur activité étant trop pesante. Il s'agit pour eux de pallier le désarroi parfois observé à l'échelle individuelle, mais aussi de lutter contre ces cessations d'activité qui réduisent d'autant les chiffres de la démographie médicale.

L'observation d'un atelier de réflexion entre professionnels aquitains est éclairante sur leurs attentes à l'égard des réseaux⁶⁸¹. La discussion est ouverte sur une mise en débat de l'appellation même de l'atelier, « Les professionnels de santé au service du réseau ». Pour l'ensemble des participants, il s'agit là d'une vision réductrice, à laquelle ils préfèrent ajouter l'idée de « réseau au service des professionnels ». La suite de l'échange confirme cette vision d'un objectif central de coordination qui équivaut à de l'entraide : un responsable de réseau souligne que les professionnels ont un « besoin d'être éclairés [...] d'avoir un recul sur la situation des patients ». Au-delà d'une valeur ajoutée technique,

⁶⁸⁰ J. Collombat, restitution de l'Atelier 1 « Le patient au centre du réseau », Quatrième Journée des réseaux de santé en Aquitaine, 18 janvier 2008, séance plénière de synthèse des ateliers

⁶⁸¹ Quatrième Journée des réseaux de santé en Aquitaine, 18 janvier 2008, Atelier 2, « Les professionnels de santé au service du réseau »

il s'agit avant tout de « s'appriivoiser les uns les autres » pour un hospitalier, un généraliste libéral insistant quant à lui sur le fait que « la plus-value c'est le nouveau regard », « le décloisonnement de l'esprit ». Ce promoteur mentionne le cas d'une prise en charge en soins palliatifs et identifie l'apport du réseau de la façon suivante : « dans le fond nous n'avons rien fait. Nous avons été autour. »

Cependant d'autres promoteurs prennent des voies différentes de celle des réseaux, ou au moins complémentaires.

Nous pouvons notamment mentionner la démarche menée en Aquitaine autour de l'éducation thérapeutique des patients, notamment ceux atteints de maladies chroniques. L'évolution d'une structure originale, le Centre d'éducation thérapeutique de Bordeaux (CETB) est révélatrice du glissement opéré de la prise en charge des patients vers une aide aux professionnels démunis face aux malades chroniques. Le CETB est dans un premier temps financé par le FAQSV et propose de l'éducation thérapeutique aux patients atteints d'asthme. Les promoteurs déposent ensuite un dossier pour la création parallèle d'un réseau : c'est le Réseau éducation asthme et allergies Aquitaine (RE3A), financé par la DRDR. Cette étape correspond à un élargissement des missions, au niveau des pathologies considérées comme des publics bénéficiaires. Il s'agit de faire de l'éducation thérapeutique pour des patients atteints de maladies respiratoires au-delà de l'asthme, notamment la Broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO). Par ailleurs le réseau devient prestataire de services auprès de praticiens souhaitant faire de l'éducation thérapeutique pour des patients atteints d'hépatite C, et monte des projets communs avec d'autres structures centrées sur une pathologie particulière, notamment l'obésité. En ce sens, il ne s'agit plus seulement d'aider des patients mais de fournir aux praticiens eux-mêmes un service nouveau.

Sur cette base, les promoteurs souhaitent, au moment de l'enquête, aller plus loin, avec la création d'une Maison de l'éducation thérapeutique pour les patients atteints de maladies chroniques (METP). L'un d'eux insiste sur le fait que cette dernière n'est pas conçue comme « un lieu de soin mais d'accueil » à la fois pour les médecins et les patients. La METP devrait « dispenser de l'éducation thérapeutique » tout en devenant « un lieu de formation professionnelle ». Elle se veut « un lieu unique » facilitant les démarches, contrairement aux réseaux centrés sur une pathologie, obligeant les praticiens, notamment les généralistes, à adhérer à des structures multiples.

Les promoteurs du CETB travaillent ainsi à publiciser leur démarche et l'éducation thérapeutique, non pas seulement en termes de plus-value pour la prise en charge des patients ou pour l'observance des traitements, mais en valorisant le versant du soutien aux praticiens. Les messages délivrés professionnels lors une manifestation qu'ils organisent en octobre 2007, les Premières journées pratiques d'éducation thérapeutique en médecine de ville, illustrent ce positionnement⁶⁸².

Pour un intervenant, l'éducation thérapeutique bénéficie au patient qui jouit d'une meilleure qualité de vie, mais aussi au médecin, dans la mesure où prendre en charge la maladie chronique devient « moins ennuyeux [...] moins répétitif ». L'éducation thérapeutique est présentée comme un gage de « gratification » et comme un « outil contre le *burn out* ». De même, la directrice du RE3A présente des outils créés « pour les médecins » par son réseau, conçu pour « amener des solutions aux médecins »⁶⁸³. Enfin un médecin généraliste intervenant au cours d'un atelier thématique explique le bénéfice pour des professionnels qui « sont maternés » par la structure d'éducation thérapeutique⁶⁸⁴.

1.2 La reconsidération des pratiques sous l'angle territorial

La seconde focale favorisée par les promoteurs rejoint l'approche par le développement territorial de certains pays ou du Conseil régional d'Aquitaine. Des praticiens inscrivent en effet leur réflexion dans un cadre territorial, parce que les difficultés qu'ils rencontrent sont intimement liées aux caractéristiques de l'espace géographique dans lequel ils exercent. Il s'agit souvent de médecins pratiquant en zones rurales qui font face à des problèmes spécifiques : les démarches d'amélioration des conditions d'exercice sont

⁶⁸² Premières journées pratiques d'éducation thérapeutique en médecine de ville. Le patient asthmatique et allergique, Arcachon, 13 et 14 octobre 2007. La double dimension aide au patient/aide au professionnel apparaît clairement dès l'invitation à cette manifestation, sous la forme d'une lettre adressée aux futurs participants. La formule d'introduction, « persuadés que l'éducation thérapeutique est un outil efficace dans la prise en charge des maladies chroniques, nous vous invitons à participer », contraste avec la dernière phrase, « nous voulons que ces journées entraînent l'amélioration de la qualité de l'exercice de notre métier ».

⁶⁸³ F. Martin-Dupont, « Réseau éducation asthme et allergies Aquitaine : expérience et présentation des outils existants », Premières journées pratiques d'éducation thérapeutique en médecine de ville, 13 octobre 2007

⁶⁸⁴ Premières journées pratiques d'éducation thérapeutique en médecine de ville, 13 octobre 2007, Atelier 1. « J'ai envie d'adresser un patient à l'école de l'asthme, comment faire ? »

corrélées à une réflexion sur l'attractivité des territoires. Comme nous avons déjà eu l'occasion de l'expliquer, les espaces ruraux sont aujourd'hui confrontés à une sorte de cercle vicieux qui mène à une raréfaction des professionnels de santé : l'exercice est plus contraignant, notamment du fait des distances à parcourir pour les visites à domicile, la charge de travail est supérieure puisque les professionnels sont peu nombreux. En conséquence les remplaçants voire les repreneurs de clientèle sont difficiles à trouver, les nouvelles installations sont rares, ce qui ne fait qu'accentuer la faiblesse des effectifs donc renforcer la pénibilité de l'exercice. Des praticiens exerçant dans ces zones tentent de briser cette spirale de désaffection, considérant qu'une amélioration de leurs conditions de travail ne peut passer que par la rénovation du cadre collectif d'exercice qui seule permettrait d'attirer de nouveaux praticiens.

Cette analyse est reprise par un promoteur aquitain qui illustre parfaitement la dimension territoriale de la réflexion sur les pratiques. Ce médecin généraliste exerçant à La Réole, donc dans la Gironde rurale, souligne que l'attractivité de ce type de zones pour les professionnels de santé n'est « pas qu'une question d'argent ». Les subventions pour inciter à l'installation « ne marchent pas seules », dans le sens où elles n'impliquent pas un véritable projet professionnel ancré dans le territoire. D'ailleurs, « plus que d'argent, c'est de sérénité dont nous avons besoin »⁶⁸⁵.

Les promoteurs tendent à transformer les rapports mêmes des professionnels de santé avec leur environnement géographique et politique : ils sont à l'origine d'une évolution professionnelle puisque dans leurs démarches, le praticien est conçu comme un maillon au sein d'un réseau local, comme directement ancré dans la vie sociale et impliqué dans le devenir de son territoire. Nous pouvons paraphraser Schweyer, en disant que les promoteurs ont pour « projet de répondre à des besoins de santé et (ou) aux difficultés rencontrées par les professionnels de santé libéraux. L'offre de services proposée est pensée à partir du territoire où exercent les professionnels »⁶⁸⁶. Une nouvelle fois, intérêts professionnels, intérêt du patient et intérêt général paraissent converger.

⁶⁸⁵ Cette dernière citation est tirée de l'article de N. Mayer, « Les médecins de campagne ont le blues », *20 minutes*, 16 février 2006, en ligne [page consultée le 22 janvier 2008]. Disponible sur : www.20minutes.fr,

⁶⁸⁶ F.-X. Schweyer, « Les territoires de santé et la médecine libérale. Les enjeux d'une convergence », *op. cit.* p. 42

Notre promoteur généraliste en rural donne plusieurs « raisons convergentes » qui font que « on bouge à La Réole ». Aux « exigences de l'exercice », liée à la multiplication des protocoles, à l'obligation de se former, ou encore à l'exigence des patients, vient s'ajouter la problématique de la démographie médicale qui en milieu rural amène une « pénibilité supplémentaire ». Le médecin se trouverait « au milieu d'une espèce de tourmente où il ne contrôle plus rien ». Pour ce praticien, de telles conditions font que « nous sommes des épouvantails à jeunes médecins », ce qui oblige à réfléchir localement pour « trouver un mode d'organisation du travail qui permet une qualité de travail ». Il souligne que cette réflexion ne peut se limiter aux seuls médecins, dans la mesure où ces derniers prescrivent très largement des soins infirmiers et de kinésithérapie pour lesquels les professionnels sont aussi en « nombre délicat » et « fonctionnent en flux tendus ». Un autre facteur de pénibilité du travail pour les praticiens vient de ce fait d'un « temps de coordination des soins [...] qui autrefois était tacite », mais qui aujourd'hui équivaut à une véritable négociation entre le médecin traitant et les autres professionnels surchargés. « Avant, le médecin prescrivait et les infirmiers faisaient, mais aujourd'hui ils ne sont plus assez nombreux. » Pour ce promoteur, « les attentes ont évolué donc il fallait changer les outils ». Il s'agit de « se coordonner pour être plus opérationnels », de « partager les actes entre différents acteurs et harmoniser les pratiques ».

S'il lui est apparu nécessaire d'agir lui-même, c'est parce que les réseaux thématiques « ne viennent pas jusque dans les campagnes à cause du manque d'effectifs », que « les pouvoirs publics ne trouvent pas de solutions » et que les syndicats « réfléchissent depuis la ville donc sans vivre les problèmes ». Ce qu'il met en avant est avant tout sa volonté de travailler dans de meilleures conditions, donc de créer un réseau de services pour « faciliter, gagner du temps, redonner de l'éthique et de la technique ». Il parle également d' « assouplir la vie » en optimisant le temps de travail et l'utilisation des forces présentes sur le territoire. Le fondement de sa démarche est donc tout à fait explicite : « Oublions un peu les patients et parlons de nous, professionnels. »

Ce témoignage renvoie une nouvelle fois à l'analyse de Schweyer sur les réseaux de santé locaux : « Le caractère innovant de la démarche consiste à donner du sens à une action collective en mobilisant une notion exogène à la pratique médicale quotidienne. Il ne s'agit pas de traiter un malade ici et maintenant mais de penser la prise en charge des malades d'un territoire, dans un avenir proche et dans le cadre d'une politique de santé. » En ce sens

Schweyer parle d'une double évolution que nous pouvons transposer à la démarche réolaise de rénovation des pratiques : « Il s'agit d'abord du développement d'une conception du travail de soin partagé qui tranche avec l'exercice médical, lequel reste le plus souvent solitaire. [...] La seconde évolution tient au dépassement de la seule clientèle comme objet de l'exercice professionnel qui, dès lors que l'on travaille en réseau, concerne une population sur un territoire. Certes, la permanence des soins (les gardes) impose cet élargissement du bassin d'action, mais c'est sur le mode de la contrainte et pour un temps éphémère. Le projet de travail en réseau rend la réflexion en termes de population à la fois explicite et volontaire.»⁶⁸⁷

Le promoteur de La Réole reprend cette double dimension lorsqu'il décrit le travail effectué depuis 1997 par un noyau dur de praticiens structurés dans un Service de continuité des soins médicaux. Les réunions interprofessionnelles organisées dans le cadre de cette structure associative sont conçues comme des « temps de territoire », destinés à une « réflexion collégiale sur des problèmes concrets ». Sur cette base, une démarche incrémentale de structuration collective de l'exercice médical a pu être menée, selon trois étapes successives.

Les professionnels ont d'abord créé, nous l'avons vu, un Centre d'accueil des premiers soins (Caps), lieu de garde ouvert sur le site de l'hôpital de La Réole, qui a permis de « redonner des horaires et du confort dans la pratique », ce qui à termes doit permettre d'« avoir une chance d'attirer des professionnels ».

Cependant, « restait à régler le problème du travail en cabinet », ce qui a mené à la mise en forme d'un projet de maison médicale pluridisciplinaire et multi sites conçue comme une « outil de réorganisation du travail ». Cette structure permet une coordination des professionnels et favorise l'exercice à temps partiel des partenaires au sein d'un « cabinet satellite » situé dans une zone particulièrement mal dotée du territoire. Une telle formule facilite la venue de nouveaux professionnels, puisque ces derniers peuvent exercer seulement une partie de leur temps en milieu rural isolé, sans avoir à faire le choix de s'y consacrer à plein temps. Avec un tel système, « un médecin est capable de poser sa plaque pour seulement deux jours par semaine. Le reste du temps notre maison est là pour s'occuper de ses patients. [...] on a gagné deux jours de médecins au lieu de rien ». La

⁶⁸⁷ *Ibid.* p. 44

maison médicale doit aussi être un « espace de formation », notamment pour les étudiants, dans le but encore une fois, en offrant des conditions avantageuses, de faire connaître ce type d'exercice aux jeunes médecins. En ce sens, le généraliste promoteur promeut une démarche de création d'un « projet professionnel complet », en soulignant les conditions agréables de travail et la dynamique collective, en équipe.

La dernière étape de la restructuration des pratiques professionnelles est la création d'un réseau santé-rural, qui a officiellement vu le jour le 1^{er} décembre 2007. Il vise à gérer les « situations complexes », donc à soutenir le travail quotidien des professionnels par ce qui est conçu comme une « coopération solidaire entre nous ». L'idée centrale est de mettre en service un numéro de téléphone unique dans le but de diriger le patient vers le « professionnel le plus proche, le plus disponible et le plus adapté au problème », grâce à un croisement en temps réel des agendas des différents praticiens du territoire. « Le médecin ne peut plus passer tout le temps à réguler, à coordonner les actions, à trouver les bons intervenants pour son patient » : le réseau est censé lui apporter ce soutien pour qu'il puisse consacrer son temps à l'activité médicale qui est le cœur de son métier.

Au travers de ces trois outils élaborés par et pour des professionnels locaux, en fonction de leurs contraintes territoriales, c'est toute l'organisation des soins qui évolue. Ainsi le service au patient est réorganisé, dans une logique collective, à partir d'un objectif initial d'optimisation du temps de travail. Le promoteur de ces projets, place au centre de la démarche, « la vraie liberté du médecin de demain », à savoir être libéré du poids de la gestion individuelle de l'entreprise qu'est son cabinet, des situations complexes ou simplement des plannings.

Cependant, chercher à reconstruire un confort de pratiques en prenant en compte l'ancrage territorial des professionnels et les difficultés spécifiques de ce « territoire » donne à cette démarche une dimension politique majeure. Les démarches situées des professionnels promoteurs peuvent être considérées comme des « outil[s] de réforme, dans un processus incrémental et territorialisé », participant d'une « transformation des représentations et des modes d'action des professionnels »⁶⁸⁸. Cette transformation tend à renouveler le rapport des professionnels de santé au politique, dans le sens de la classe politique locale et du devenir politique d'une collectivité. Les démarches des promoteurs rencontrent les

⁶⁸⁸ *Ibid.* p. 42 et p. 44

préoccupations des élus locaux sur le risque de désertification de leurs circonscriptions, ces deux catégories d'acteurs cherchant à s'allier pour restaurer les conditions de travail des professionnels et donc maintenir une offre de service. La réponse locale aux enjeux d'accessibilité des soins provient d'une alliance entre les professionnels de santé du territoire et ses élus autour de projets de proximité. La définition du « territoire », la représentation de ses frontières étant elles-mêmes largement politiques, alliant à des zonages administratifs des pratiques de l'espace et des représentations affinitaires, « L'intégration de la médecine libérale à un territoire de santé revient indéniablement à repolitiser la santé. »⁶⁸⁹ C'est en ce sens que l'action des promoteurs peut être identifiée à une action fondamentalement publique : elle part de préoccupations catégorielles, voire techniques, mais participe dans le même temps de la reconstruction plus large des modes d'intervention, puisque la réflexion sur la pratique quotidienne est replacée dans une dimension collective et d'adaptation à l'environnement.

Les dynamiques situées de changement issues du segment historique central de l'intervention sanitaire influent sur l'agir global dans la mesure où les outils locaux sont publicisés par les instances représentatives médicales et repris par les administrations publiques qui en font des modèles. Le promoteur de La Réole constate que « le produit se vend » : l'Urmla communique sur les outils qu'il met en place, de même que l'Ordre s'est approprié son projet de maison médicale libérale. L'ARH également étudie la reproductibilité des dispositifs réolais dans d'autres zones déficitaires de la région, notamment le sud Gironde.

De la même manière, l'Urcam suit et soutient les projets en faveur d'une intégration de l'éducation thérapeutique aux démarches de soins, car si cette dernière permet une aide aux praticiens confrontés à la maladie chronique, elle représente aussi un vecteur d'économie non négligeable. Des patient mieux informés et formés sur leurs propres pathologies et sur les protocoles à suivre pour la gestion quotidienne de leur traitement améliore l'observance

⁶⁸⁹ *Ibid.* p. 45

et limite le recours aux services d'urgence, ce qui réduit d'autant le « coût de la pathologie pour la société »⁶⁹⁰.

Cependant, c'est au cours d'un processus diffus de sensibilisation et d'apprentissage collectif que les démarches des promoteurs paraissent influencer sur la conception des soins des autres professionnels. Chez ces acteurs centraux dans l'univers du soin, la pratique médicale se conçoit comme ancrée dans une filière de soin ou dans un espace territorial, ce qui revient à une évolution par le bas, par les volontés de terrain, du modèle curatif individuel. Grâce à des échanges professionnels et des stratégies de publicisation, les démarches situées des promoteurs peuvent représenter des vecteurs de diffusion de nouveaux modes de faire parmi leurs confrères. Ce qui se joue, en quelque sorte, est la construction, d'une nouvelle idée du juste en matière d'engagement professionnel dans l'agir sanitaire.

Paradoxalement donc, ce ne sont pas tant les tenants déclarés de la santé publique ou du traitement de la « nouvelle question sociale » qui font évoluer la direction de l'agir sanitaire, que des acteurs historiques du soin, dont l'ancrage territorial ou le mode d'exercice spécifiques favorisent une réflexion au-delà de l'activité curative individuelle quotidienne. Ces derniers ne se positionnent pas dans une logique d'intervention en santé publique, mais l'intègrent à leurs pratiques de soin, participant ainsi à l'évolution du paradigme curatif.

La figure du promoteur paraît ainsi se rapprocher de celle du médiateur telle qu'elle est entendue par Jobert et Muller⁶⁹¹. Dans la mesure où nos promoteurs sont issus et incarnent le modèle sectoriel traditionnel du traitement de la santé, centré sur le paradigme curatif individuel, il apparaît possible d'emprunter la figure du médiateur, qui désigne un acteur participant activement à la construction d'un référentiel d'action publique, en tant que cadre cognitif et normatif structurant pour cette action. Individus appartenant à une élite, ici professionnelle, au sein d'un secteur d'action publique, les médiateurs travaillent à la construction des problèmes et proposent des solutions. En ce sens ils sont à l'origine de l'émergence d'un référentiel, donc de l'imposition des formes légitimes d'intervention.

Cependant des écrits plus récents de Muller reviennent sur cette analyse du rôle des médiateurs dans l'évolution des référentiels et permettent d'éclairer le double enjeu de

⁶⁹⁰ C. Van Kemmelbeke, « Education thérapeutique, disease management, coaching, entretien motivationnel, etc. est-ce envisageable pour la médecine de demain ? », Premières journées pratiques d'éducation thérapeutique en médecine de ville, Arcachon, 13 octobre 2007

⁶⁹¹ B. Jobert, P. Muller, *L'Etat en action*, op. cit.

l'activité des promoteurs. La construction d'un référentiel doit être conçue comme une construction à la fois de sens et de pouvoir : « c'est parce qu'il définit le nouveau référentiel qu'un acteur prend le leadership du secteur en affirmant son hégémonie mais, en même temps, c'est parce que cet acteur affirme son hégémonie que le référentiel devient peu à peu la nouvelle norme »⁶⁹².

Par l'activité de promoteurs, les médecins vont renouveler leur leadership au sein de l'agir sanitaire, en affichant leur capacité à prendre en compte les évolutions de leur environnement et à faire évoluer leurs pratiques, donc en affirmant leur légitimité à rester des acteurs centraux. Mais dans le même temps, c'est leur position d'acteurs incarnant l'élite historique en matière d'intervention en santé qui les rend légitimes pour prendre eux-mêmes en charge la relative réorientation de l'agir sanitaire. Les acteurs historiques gardent *in fine* la main dans et sur l'agir sanitaire en travaillant à l'adaptation incrémentale des référentiels, d'abord de pratiques professionnelles puis plus généralement de l'intervention publique légitime.

L'évolution des pratiques curatives se produit, nous l'avons vu, selon deux dimensions, à savoir l'approche de santé publique d'une part, intégrant les répertoires de la prévention et de la prise charge globale, et l'approche territoriale d'autre part, qui tend à replacer l'activité de chaque praticien dans une situation locale plus large. Ces deux angles d'évolution suivent très clairement les nouvelles normes d'action publique qui tendent à s'imposer en matière de santé. Les praticiens apparaissent donc avoir intégré certaines évolutions inéluctables de leur cadre de pratique et être pleinement conscients de difficultés nouvelles qu'ils doivent prendre en compte dans leurs choix techniques et organisationnels, même en temps que professionnels libéraux ou appartenant à un établissement. Cette contrainte de l'environnement global apparaît notamment à travers les problématiques de démographie médicale, qui soulèvent à la fois l'enjeu de la permanence des soins pour les usagers et celui de la charge d'activité pour les professionnels.

L'intérêt des promoteurs est d'aménager leurs pratiques pour qu'elles entrent en résonance avec les impératifs de santé publique et avec les problématiques territoriales. Il s'agit pour eux de s'adapter à l'évolution des impératifs normatifs en matière sanitaire et à l'entrée en scène de nouveaux acteurs engagés dans des activités de transcodage, potentiellement

⁶⁹² P. Muller, *Les politiques publiques, op. cit.* p. 70

concurrents, afin d'obtenir des financements spécifiques, mais également de ne pas perdre une part de leur légitimité en étant accusés d'être de purs techniciens d'organes. L'enjeu est de trouver des solutions pour faciliter leurs propres pratiques tout en reconstruisant leur légitimité pour conserver une place centrale dans l'agir sanitaire. Les nouveaux impératifs qui émergent en matière d'action publique constituent donc des contraintes mais aussi des instruments de rénovation du cœur de métier des soignants.

L'intégration des répertoires de la prise en charge globale et de l'approche territoriale collective dans l'exercice médical quotidien permet en définitive d'adapter le modèle curatif individuel aux évolutions de la société. Si l'objectif explicite des promoteurs est de trouver des modes d'exercice favorisant leurs conditions de travail et de vie, la conséquence finale est une perpétuation de leur position centrale dans l'agir sanitaire. Nous n'assistons donc pas à l'émergence d'un paradigme nouveau mais plutôt à l'évolution du paradigme biomédical, les promoteurs restaurant, par la même, la position d'autorité légitime des professionnels de santé.

L'action des promoteurs peut être éclairée par l'analyse proposée par Snow, Rochford, Worden et Benford en termes de « processus d'alignement de cadre », appliquée à l'étude des mobilisations sociales⁶⁹³. Ces auteurs procèdent à une extension de l'analyse goffmanienne des cadres comme schèmes d'interprétations permettant « de localiser, de percevoir, d'identifier et de classer un nombre apparemment infini d'occurrences »⁶⁹⁴. Un cadre regroupe donc les « éléments de base » à travers lesquels un individu définit les situations et organise son « expérience individuelle de la vie sociale »⁶⁹⁵.

Par « alignement de cadre », les auteurs désignent les liens qui peuvent s'établir entre les orientations cognitives de l'individu et des organisations de mouvement social « tels que certains intérêts, valeurs et croyances individuels et des activités, buts et idéologie des organisations de mouvement social sont congruentes ou complémentaires »⁶⁹⁶. Ils cherchent à éclairer les processus par lesquels certains objectifs et conceptions des mouvements

⁶⁹³ D. A. Snow, E. B. Rochford, S. Worden, R. D. Benford, « Frame alignment processes, micromobilization, and movement participation », *American Sociological Review*, vol. 51, août 1986, pp. 464 – 481

⁶⁹⁴ E. Goffman, *Les cadres de l'expérience*, *op. cit.* p. 30

⁶⁹⁵ *Ibid.* p. 22

⁶⁹⁶ D. A. Snow et alii, « Frame alignment processes, micromobilization, and movement participation », *op. cit.* p. 464

sociaux organisés entrent en cohérence avec des intérêts et valeurs individuels, élargissant d'autant leur recrutement. L'alignement de cadre, processus de concordance, de mise en conformité, entre les cadres interprétatifs des individus et des mouvements sociaux, apparaît comme une « condition nécessaire à la participation » à ces mouvements⁶⁹⁷.

Snow, Rochford, Worden et Benford identifient quatre types d'alignements de cadres : le comblement de cadre (*frame bridging*) qui correspond au lien établi entre plusieurs « cadres idéologiquement congruents mais structurellement séparés, à la faveur d'une question ou d'un problème particulier »⁶⁹⁸ ; l'amplification de cadre (*frame amplification*) qui revient à « la clarification ou la revitalisation d'un cadre interprétatif qui porte sur une question, un problème ou une série d'évènements »⁶⁹⁹ ; l'extension de cadre (*frame extension*) qui correspond à une « extension des frontières de ses cadres primaires » par un mouvement social « afin d'englober des intérêts ou des points de vue qui sont accessoires par rapport à ses objectifs principaux mais particulièrement saillants pour les adhérents potentiels »⁷⁰⁰ ; enfin la transformation de cadre (*frame transformation*) qui peut être définie comme les activités de création et de développement de nouvelles valeurs, accompagnées de l'abandon d'anciennes constructions de sens et formes d'accords, afin de rassembler et sécuriser les participants, lorsque les valeurs ou les causes défendues par un mouvement n'entrent plus en cohérence avec les modes de vie ou les cadres d'interprétations existants dans la société. Nous pouvons adapter cette analyse au cas des promoteurs, même si, encore une fois, ces professionnels ne tendent pas à constituer un mouvement social unifié. Les promoteurs conservent en effet leurs valeurs et les activités premières, tout comme leurs intérêts propres, mais y ajoutent de nouveaux objectifs, de nouvelles conceptions de leur activité. Partant, ils élargissent le champ même et le sens de leur action légitime. S'ils n'abandonnent pas leur vocation curative centrale, ils tendent à y mêler une réflexion et une volonté d'intervention sur les conditions de l'exercice professionnel, fondamentalement conçu comme partagé entre divers intervenants. Ils peuvent aussi y adjoindre une démarche de mobilisation en faveur de la prise en charge globale du patient ou visant à résoudre les problèmes d'inégalité de l'offre de soin dans les territoires.

⁶⁹⁷ *Ibid.* p. 467

⁶⁹⁸ *Ibid.*

⁶⁹⁹ *Ibid.* p. 469

⁷⁰⁰ *Ibid.* p. 472

L'observation de l'action des promoteurs permet de mettre à jour un enrichissement du cadre d'interprétation de l'activité médicale ainsi qu'une extension des formes de mobilisations légitimes des praticiens qui intègrent à leur activité une dimension collective pour entrer en cohérence avec les problématiques politiques d'accès et de qualité des soins. Par ces processus d'alignement des cadres professionnels, les promoteurs tendent à favoriser la restauration de leur leadership et leur positionnement symbolique central au sein de l'agir sanitaire.

L'analyse du terrain aquitain rejoint sur ce point les thèses de plusieurs auteurs qui montrent que des évolutions observables dans le « système de soins » ou le « secteur sanitaire » ne bouleversent pas pour autant son ordonnancement traditionnel, ni la hiérarchie de pouvoirs. Dans leurs études des réseaux, Fassin comme Schweyer mettent en question la capacité réelle des nouveaux modes d'organisation à « subvertir l'ordre sanitaire »⁷⁰¹. Schweyer souligne que s'agissant des réseaux la notion de « territoire » devient « une catégorie professionnelle » qui permet de valoriser une conception du soin élargie, les médecins exprimant de la sorte une « évidence de santé publique »⁷⁰² tout en restant des acteurs phares dans l'organisation des réseaux. Cette dynamique constitue un paradoxe pour l'auteur, les réseaux ayant pour but implicite de « dépasser une dimension exclusivement médicale »⁷⁰³.

Pour Fassin également, si la majorité des réseaux inscrivent leur action dans « un projet plus large visant à reconsidérer le rôle de la médecine dans la société »⁷⁰⁴, « dès lors que l'on s'efforce de dépasser les rhétoriques de justification et les généralités de circonstances, la dialectique de la subversion et de la routine ne se laisse pas saisir simplement. »⁷⁰⁵ Car se retrouvent souvent dans le fonctionnement des réseaux les « réalités habituelles de la

⁷⁰¹ D. Fassin, *Les enjeux politique de la santé*, *op. cit.* p. 120

⁷⁰² F.-X. Schweyer, « Les territoires de santé et la médecine libérale. Les enjeux d'une convergence », *op. cit.* p. 43

⁷⁰³ *Ibid.* La dimension de « catégorie professionnelle » donnée au territoire prend une importance spécifique pour les généralistes dans la mesure où elle permet de valoriser leur activité, par rapport aux autres professionnels, notamment les hospitaliers : la notion de territoire paraît « utilisée pour dire l'exercice "ancré" et multidimensionnel des généralistes. [...] Y faire référence est aussi, pour les médecins généralistes, une façon de "réenchanter" leur pratique » (p. 42).

⁷⁰⁴ D. Fassin, *Les enjeux politique de la santé*, *op. cit.* p. 121

⁷⁰⁵ *Ibid.* p. 119

médecine », notamment la prééminence de l'hôpital ou plus largement des médecins par rapport aux autres professionnels. L'activité en réseau est affichée comme synonyme d'un changement des pratiques, mais la « contestation apparente de l'ordre médical mérite toutefois d'être relativisée »⁷⁰⁶, parce que les rapports de force au sein du système de santé ne sont pas bouleversés.

De manière plus large, dans une analyse qui dépasse le cas spécifique des réseaux, Borraz et Loncle-Moriceau mettent en lumière les « permanences » observables dans le monde sanitaire, malgré une relative recomposition suite à l'apparition de la lutte contre le sida qui notamment, a renforcé le référentiel préventif⁷⁰⁷. Pour ces auteurs, l'épidémie de sida entraîne trois ordres de « décalages » dans l'organisation de la réponse publique à la maladie : entre une pathologie mal connue et les dispositifs institutionnels existants ; entre des structures qui toutes luttent contre le sida mais en ont des définitions différentes donc des approches parfois concurrentes ; enfin entre l'évolution rapide de l'épidémie et des dispositifs qui ne s'ajustent pas automatiquement. Si les observateurs insistent souvent sur le changement entraîné par la gestion de ces décalages, notamment une certaine remise en cause de l'autorité médicale, Borraz et Loncle-Moriceau soulignent au contraire les permanences à l'œuvre. Les recompositions observées resteraient « inscrites dans un modèle sanitaire organisé autour de deux pôles, l'hôpital public et la médecine libérale, dont elles épousent les formes légitimes »⁷⁰⁸.

Ces auteurs observent bien des évolutions dans les mobilisations et les prises en charge, notamment incarnées par les réseaux ville-hôpital et les Centres d'information et de soins de l'immunodéficience humaine qui, pour un temps, participent à mettre en question la centralité de l'hôpital et le monopole de l'expertise légitime des médecins. Néanmoins, l'institution médicale finit par sortir renforcée de cette période de crise. Assurément les praticiens hospitaliers « ont du reconquérir la confiance du “grand public” ainsi qu'une capacité d'expertise et de traitement, tout en gérant l'adéquation du sida avec l'organisation hospitalière et en répondant aux contestations dont ils étaient l'objet – et plus généralement à la multiplication d'initiatives dans le domaine sanitaire susceptibles de déplacer le centre

⁷⁰⁶ *Ibid.*

⁷⁰⁷ O. Borraz, P. Loncle-Moriceau, « Permanences et recomposition du secteur sanitaire », *op. cit.*

⁷⁰⁸ *Ibid.* p. 39

de gravité en matière de prise en charge hors de l'hôpital. »⁷⁰⁹ Mais après une période de contestation, l'hôpital public s'organise et parvient à imposer ses règles institutionnalisées et ses répertoires d'action. Au niveau des associations par exemple, certaines se rapprochent de l'hôpital par les liens qu'elles développent avec lui ou par les formes mêmes qu'elles adoptent, tandis que d'autres s'en écartent, mais au risque de perdre leur crédibilité.

L'épidémie et sa capacité à créer du désordre montrent en fait la « capacité du secteur sanitaire à organiser la lutte contre le sida de manière à préserver ses "mythes" et ses répertoires d'action »⁷¹⁰. Car les professionnels hospitaliers, « incités à assurer la maîtrise d'un champ alimentant indirectement la contestation d'une prise en charge uniquement médicale », s'engagent à la fois dans l'action curative et préventive, en révisant leurs modes d'intervention classiques. Cela leur permet de retrouver une efficacité donc une légitimité sociale et d'occuper « un champ annexe de la prise en charge leur donnant la possibilité de prendre la parole et de diffuser des connaissances »⁷¹¹. L'hôpital exerce une influence centrale sur le contenu du discours de la prévention, un « magistère moral » délégitimant tout discours alternatif⁷¹².

Dans ces conditions, la prévention apparaît comme une opportunité pour que des groupes professionnels se réforment et fassent évoluer leur identité. Si le sida entraîne une redéfinition des cadres d'action, il ne permet pas, pour autant, de passer du modèle curatif individuel à un modèle de santé publique qui se serait développé en marge des cadres jusque-là dominants. Lorsque les formes de mobilisation alternatives s'inscrivent trop en opposition à l'hôpital ou aux médecins, elles peinent à se légitimer ou à obtenir des financements. Pour survivre, elles doivent se rapprocher des lieux légitimes de définition des interventions et en reproduire les traits dominants. Finalement le modèle sanitaire apparaît relégitimé, sans modification profonde de sa hiérarchie ni des valeurs dominantes. Les cadres institutionnels et cognitifs ne sont qu' « ajustés et remaniés pour tenir compte d'une représentation sociale de la maladie qui a évolué mais qui demeure centrée sur la profession médicale. »⁷¹³ La force des soignants a été d'intégrer les changements « tout en

⁷⁰⁹ *Ibid.* p. 45

⁷¹⁰ *Ibid.* p. 47

⁷¹¹ *Ibid.* p. 52

⁷¹² *Ibid.* p. 53

⁷¹³ *Ibid.* p. 58

maintenant la structure hiérarchique et les principes du modèle curatif sur lesquels il repose »⁷¹⁴.

Nous en revenons à ce que nous affirmions au travers d'un processus d'interrelation identifié entre soin et santé publique : les acteurs centraux de l'activité curative se réapproprient le référentiel et le discours de la santé publique, s'y intègrent, s'en servent même, pour dramatiser leur action. Ils font par là même évoluer leur propre champ d'intervention pour rester le centre de gravité d'un agir collectif qui intègre peu à peu les répertoires de la prise en charge globale, de la prévention, de la collaboration pluridisciplinaire, etc.

Nous ne pouvons cependant pas interpréter cette action comme systématiquement stratégique de la part des soignants promoteurs. Ces derniers ne donnent pas à voir un but ultime de perpétuation de leur leadership au travers de leur mobilisation en faveur de l'évolution des pratiques, mais de fait, leur action produit les effets décrits par Borraz et Loncle-Moriceau.

Des praticiens promoteurs apparaissent donc comme les vecteurs d'une évolution incrémentale de fait de l'agir sanitaire, ce qui ne permet pas de conclure à un mouvement généralisé de changement, d'autant que leur action tend à préserver les positions traditionnelles. L'attitude des autres acteurs renforce ce phénomène, comme s'ils avaient intégré la centralité des soignants comme un cadre avec lequel il faudrait composer et par rapport auquel il s'agirait de trouver son positionnement propre. Tout se passe comme si les acteurs parties prenantes de l'agir sanitaire mais non praticiens de santé ne cherchaient pas à dépasser le modèle biomédical traditionnel, justement pour être légitimes et trouver une identité par rapport à ce modèle. Ces acteurs ne s'affichent pas comme l'incarnation d'un modèle alternatif mais comme des « facilitateurs », comme des rouages pouvant travailler à améliorer les résultats du système existant, le centre de gravité de l'agir sanitaire demeurant les professionnels du curatif. Le maintien de ce rôle subsidiaire peut d'ailleurs, nous le verrons, représenter un positionnement stratégique.

⁷¹⁴ *Ibid.*

2. Les acteurs marginaux se posent eux-mêmes en béquilles du droit commun curatif : les facilitateurs

L'étude de terrain permet de montrer que les acteurs non soignants porteurs des dynamiques de transcodage qui font irruption dans l'agir sanitaire, à travers des entrées diverses que nous avons déjà eu l'occasion de détailler, maintiennent en permanence dans leur discours et leurs représentations, le lien entre leur propre action et le curatif. Ils se positionnent eux-mêmes comme subsidiaires par rapport aux soignants. Le modèle biomédical est conçu comme le droit commun, adossé à une sorte d'autorité naturelle des médecins qui déterminent le cadre à travers lequel sont pensées les objets et l'action publique. Ils adoptent une posture volontairement conçue comme périphérique, ne considérant pas et même ne souhaitant pas incarner un nouveau droit commun sanitaire qui contredirait le modèle curatif traditionnel.

Si le ministre Mattei parlait, rappelons-le, d'un système de santé devant marcher sur les « deux jambes » que sont le soin et la santé publique⁷¹⁵, l'analyse du positionnement des acteurs non soignants tend plutôt à montrer qu'ils ne cherchent pas à devenir une de ces jambes, d'égale importance avec la dimension du soin, mais se cantonnent à un rôle de béquille. Ils définissent paradoxalement eux-mêmes leur action comme secondaire, ils se vivent et se disent comme simples soutiens pour les pratiques historiques des soignants, ou considèrent prendre part à des dispositifs d'appoint, amenés à disparaître une fois le besoin tari, une fois l'accès au droit commun légitime restauré.

Les agents ou élus de collectivités territoriales et les responsables de pays affichent une préoccupation sanitaire, manifestent un souci concernant une thématique qui leur paraît importante, démontrent leur investissement en la matière, mais ils ne se donnent pas à voir comme des acteurs de premier plan. Leur engagement n'apparaît que comme un appui à d'autres acteurs sans que cela donne lieu à une recherche de centralité dans l'agir sanitaire. Ils contribuent, par leurs représentations mêmes de leurs actions, au renforcement d'un modèle traditionnel, certes amendé, mais toujours légitime.

⁷¹⁵ Nous rapellons que ces mots de J. F. Mattei sont tirés d'une interview parue dans le *Bulletin de l'ordre des médecins*, n° 18, octobre 2003, en ligne [page consultée le 9 juin 2006]. Disponible sur : www.bulletin.Conseil-national.medecin.fr

Émerge ici une nouvelle figure au sein de l'agir sanitaire, englobant des acteurs qui se donnent à voir comme des « facilitateurs ». s'ils peuvent être des moteurs du processus de transcodage de la santé, ils ne cherchent pas pour autant à incarner un nouveau paradigme d'intervention et réfutent même leur catégorisation comme « acteurs » à part entière de l'agir sanitaire. Ils ne tendent donc pas à asseoir de pouvoir en la matière et considèrent leur rôle comme celui de facilitateurs du droit commun, dans le sens où ils travaillent surtout à soutenir d'autres acteurs qu'ils conçoivent comme spécialisés et donc légitimes. L'amélioration de l'accès ou des conditions de soin devient un argument justifiant l'intervention d'acteurs qui ne sont pas directement impliqués dans l'activité de soin.

Cette position est cependant importante, du fait de la nébuleuse d'acteurs potentiellement impliqués dans l'agir sanitaire et de la persistance des catégorisations et des cloisonnements entre intervenants. C'est précisément parce que les acteurs sont nombreux et non systématiquement coopératifs que le facilitateur devient incontournable. Son positionnement revient à un mode spécifique de légitimation pour les acteurs non centraux de l'agir sanitaire.

Plusieurs acteurs aquitains tendent à se spécialiser dans cette activité de soutien au droit commun, soit pour aider à sa pleine réalisation, soit pour pallier ses lacunes éventuelles. Les acteurs paraissent avoir intégré la supériorité du modèle curatif individuel et travaillent à son maintien dans les meilleures conditions territoriales et sociales possibles. Mais ce processus ne revient pas seulement à une détermination cognitive qui s'imposerait aux acteurs : rester facilitateur, donc dans une posture de latéralité, peut également correspondre à un choix stratégique, certains acteurs préférant rester marginaux et construire leur légitimité sur ce choix volontairement décentré plutôt que de risquer de se voir conférer des responsabilités plus lourdes et contraignantes. Il s'agit à présent de comprendre comment cette identité spécifique est construite par certains acteurs aquitains, pour envisager son impact sur le devenir de l'agir sanitaire.

2.1 Les facilitateurs ont intégré le modèle curatif et entendent aider à sa réalisation

La démarche du facilitateur dans l'agir sanitaire peut prendre deux formes, liées entre elles mais distinctes. Faciliter l'action publique d'autres acteurs peut revenir, à un premier niveau, à compléter leur action, à combler ses lacunes, notamment en direction de certaines

populations socialement ou géographiquement isolées. Mais à un second niveau, nous pouvons observer une sorte de spécialisation du rôle du facilitateur, qui devient un coordinateur, par le développement d'une fonction d'animation. L'aide aux acteurs se trouve ici plus en amont : le facilitateur n'assiste pas ses partenaires dans la réalisation d'interventions situées mais travaille à construire les conditions même de l'action collective en réunissant des partenaires. Aussi le facilitateur devient-il un rouage essentiel de la coopération locale.

2.1.1 Une posture d'acteurs complémentaires périphériques

Le premier aspect de la figure du facilitateur est de favoriser le bon accomplissement des dispositifs de droit commun, donc de faciliter leurs conditions de mise en œuvre ou leur accès pour les usagers, tout en affichant une posture de latéralité.

Ce positionnement est caractéristique des acteurs œuvrant au sein des ASV qui se veulent avant tout des palliatifs, lorsque l'accès aux soins ou les déterminants de santé deviennent problématiques dans des quartiers dits prioritaires de la politique de la Ville, en cohérence avec sa logique de rattrapage. Le coordinateur régional des ASV définit la politique de la Ville comme « un dispositif qui abonde les autres dispositifs. C'est-à-dire que ce n'est pas un dispositif de droit commun ; c'est un dispositif qui vient compléter d'autres dispositifs qui, dans le cadre des quartiers prioritaires, ne suffisent pas, ont des carences ou des difficultés. » Or, complète-t-il, « le droit commun santé a du mal », notamment parce qu'il est mal utilisé par les personnes les plus précarisées. Là réside le rôle des ASV qui doivent justement essayer de travailler aux failles de ce « droit commun » définit comme « avoir un médecin, connaître les urgences, le centre anti-poison ». Pour le coordinateur des ASV c'est sur ces services et leur accès que les populations doivent être informées car ils représentent « l'essentiel ».

Les ASV ont donc pour fonction selon lui de « faciliter l'intégration des individus dans le droit commun ou faciliter l'implantation du droit commun sur les territoires ». Ils ont théoriquement vocation à disparaître une fois ces objectifs atteints, à partir du moment où « le ministère de la Santé, sur tel quartier, il y arrive très bien ». L'intervention qui en découle en matière de santé est par définition non généralisée et à la marge des dispositifs sectoriels historiques.

Le discours mobilisé reprend d'ailleurs la logique affichée par certains promoteurs, à savoir que favoriser l'implantation et le maintien de services aux populations passe nécessairement par un soutien aux professionnels eux-mêmes. Le coordinateur régional des ASV parle d'un « lieu qui doit favoriser les pratiques, les conditions de pratique des professionnels ou des dispositifs de droit commun. »

Ce positionnement de facilitateur comme aidant ponctuel – auprès des usagers et des professionnels – apparaît également dans le cas de l'intervention des collectivités territoriales.

« Nous, notre travail c'est de ré envoyer au médecin traitant, clairement, considère le médecin responsable de la Maison départementale de la santé girondine. Notre travail ce n'est pas de fidéliser des gens. C'est de leur permettre que le fonctionnement avec leur médecin en ville soit un fonctionnement adéquat pour eux. » Notre interlocutrice revient à plusieurs reprises sur ce qu'elle souhaite afficher comme le cœur de sa mission, et somme toute sa raison d'être : « l'idée c'est que le droit commun puisse servir aux gens de façon utile pour eux » ; « puisqu'en fait on n'est pas là pour se substituer à, mais pour accompagner, développer là où c'est manquant. On est toujours quand même complémentaire du système de soins ».

Selon un agent d'une municipalité girondine, l'apport de l'échelle communale revient également à « essayer de pallier des manques ». « Je pense qu'il faut rester très modeste, ajoute-t-il, considérant qu'il s'agit pour sa municipalité de faire « des petites choses ». De la même manière pour le Directeur du DSU de la ville de Bordeaux « dire que l'état de santé global de la ville de Bordeaux s'est amélioré, on n'en sait rien et ce n'est pas l'objectif du Conseil local de santé. C'est ailleurs que ça se joue. [...] c'est avant tout les actions des praticiens qui vont, elles, le permettre. » Si cet acteur explique par ailleurs les apports et les retombées locales de l'existence du CLS, donc affiche son utilité, il continue néanmoins de considérer que les seuls acteurs déterminants dans l'état de santé des populations sont les professionnels de santé. Ces derniers sont conçus comme centraux, de fait mais de manière légitime. Ainsi, « il faut voir dans quelle catégorie on boxe », ce directeur exprimant encore une fois une position subalterne par rapports aux acteurs spécialisés, professionnels de santé et administrations.

Les municipalités sont alors conçues comme des acteurs complémentaires agissant en appui pour faciliter le travail des autres intervenants. Pour la chargée de projet du Conseil local de

santé bordelais, ce dernier n'est « pas une instance supplémentaire », mais un outil et un lieu d'éclaircissement du paysage local pour les divers intervenants spécialisés⁷¹⁶. Face au manque criant de « lisibilité du système », son rôle serait en effet de « mettre à plat les différentes structures qui existent sur la ville » et de créer des outils « d'aide à l'interconnaissance », tant pour améliorer les parcours des usagers que pour faciliter l'activité quotidienne des professionnels. Des répertoires professionnels ont notamment été créés, diffusés tout particulièrement aux médecins généralistes, de même qu'un cycle de « rencontres multi professionnelles » a été initié.

Les agents du Conseil régional affichent une position similaire de retrait et insistent sur l'humilité de leur investissement dans l'agir sanitaire qui ne peut être que périphérique. La mission Jeunesse ne fait « pas grand-chose », confient ses agents ; « on est un partenaire discret ». Le budget est « infime », ce qui leur semble logique dans la mesure où « l'échelon régional pertinent pour ça, ça reste la Drass ». Dans ces conditions, « nous on est plus en recherche de comment on peut essayer de travailler avec, de compenser certaines choses, de mettre un peu de sous sur deux trois trucs » poursuit un agent ; « on n'a pas de projet hyper ambitieux en matière de santé. Donc il ne s'agit pas de piquer des compétences aux uns et aux autres, simplement d'apporter un petit quelque chose supplémentaire, une expertise pour le traitement des dossiers, un peu de sous... »

Le discours apparaît assez proche à propos de l'action régionale en faveur du maintien de l'offre médicale dans les territoires ruraux. Un directeur insiste sur l'aspect « modeste » de l'action du Conseil régional, ce dernier n'étant « pas en première ligne » : « on ne claironne pas ! [...] On mène ce type d'opération de manière très volontariste et très expérimentale. » D'après la chargée de mission santé, la Région « a simplement cherché à avoir un regard complémentaire ». Elle reviendra à plusieurs reprises sur cette idée, la vocation régionale étant « d'intervenir en appui, sur des champs complémentaires », affirmant avant tout que « la Région n'a pas la volonté de s'afficher comme expert », donc insistant sur l'aspect délibérément assistantiel et marginal de son intervention.

Les pays également, peuvent se positionner comme acteurs facilitateurs restant en retrait. La directrice du pays Médoc est particulièrement explicite sur la démarche adoptée vis-à-vis des professionnels de santé du territoire : « il ne faut pas trop s'imposer, pas trop la ramener,

⁷¹⁶ Ces mots sont tirés d'une intervention lors de la séance de l'Atelier 4 « Quelles modalités d'action privilégier pour une meilleure prise en charge ? » de la Conférence santé du Conseil régional du 28 mai 2008.

mais en même temps, être là quand ils ont besoin d'un coup de main. » Cette idée est reprise par une chargée de mission du pays des Landes de Gascogne qui explique que sa légitimité est d'agir « seulement sur des actions complémentaires », sans chercher à « se substituer » aux acteurs spécialisés.

Nous pouvons enfin mentionner, parmi les démarches caractéristiques des facilitateurs, certains projets dont l'objectif explicite est encore une fois d'aider les professionnels présents sur un territoire. C'est notamment le cas du réseau santé social de Haute Gironde, spécifiquement créé en 2001 à l'initiative de la Commission locale d'insertion (CLI) et de la Mission locale pour « accompagner les médecins, les professionnels des secteurs sanitaire, social, de l'Éducation nationale, donc toutes les personnes qui peuvent être en contact avec une personne en situation de précarité, pour les aider dans leur pratique quotidienne »⁷¹⁷. En ce sens, « le réseau n'est pas là pour se substituer à ce qui existe déjà, mais pour compléter des demandes ou des besoins sur le territoire et qui ne sont pas pris en charge dans le cadre des dispositifs de droit commun. »

Cette structure a mis en place des services pour faciliter l'accès des usagers à ce droit commun, tels qu'une aide au transport vers le soin ou une aide à l'acquisition d'une mutuelle pour des publics dont les revenus dépassaient le plafond de la CMU complémentaire. Mais le réseau a également créé un « outil à destination des professionnels » cette fois, à travers une structure d'accueil et d'orientation conçue pour « venir en aide aux professionnels quand ils sont confrontés à une situation de vulnérabilité sociale et psychique »⁷¹⁸. Le renforcement du droit commun passe explicitement par un soutien aux professionnels qui l'assurent au quotidien, justement pour que leur action soit maintenue dans un territoire rural difficile.

2.1.2 La fonction centrale de coordination : le facilitateur comme animateur

Cependant, la figure du facilitateur a une autre dimension, plus positive : elle correspond non plus seulement à un simple soutien aux missions exercées par d'autres

⁷¹⁷ Cette définition est donnée par la coordinatrice du réseau, prenant la parole lors des Journées organisées par le Conseil général de Gironde intitulées « Lutte contre l'exclusion et souffrance psychosociale », les 18 et 19 juin 2007.

⁷¹⁸ *Ibid.*

acteurs mais à une fonction spécifique dans l'agir sanitaire, celle d'animateur qui parvient à réunir des partenaires hétérogènes, à instaurer un débat et à en faire émerger des propositions constructives.

Ce rôle d'animateur est celui qui est le plus largement mis en avant par les facilitateurs, car au-delà du seul appui apporté à d'autres, il constitue une mission propre dont les acteurs tirent une légitimité et un certain pouvoir au sein de l'agir sanitaire, dans la mesure où ils sont des vecteurs, des médiateurs, pour que d'autres intervenants spécialisés puissent entrer en discussion⁷¹⁹. Sans cette action d'animation en partie au moins désintéressée, les mobilisations collectives ne pourraient avoir lieu et aboutir à des actions concrètes dans l'espace local.

En ce sens, cette figure du facilitateur tend à se rapprocher de celle du « médiateur citoyen » décrite par Six⁷²⁰. Cet auteur distingue deux types de médiateurs dans l'action publique, les médiateurs institutionnels et les médiateurs citoyens. Si les premiers « accomplissent un travail spécifique au service à la fois de leur institution et des clients de cette institution », travail pour lequel ils sont spécifiquement mandatés et explicitement reconnus, les seconds sont d'une toute autre origine et leur mission même apparaît d'une autre nature bien que relevant aussi de la médiation⁷²¹. Issus non pas de l'organigramme des institutions mais de groupes sociaux, « ce sont des médiateurs "naturels" [...]. Ils n'ont pas de pouvoir en tant que tel, ils ne sont pas des juges qui vont trancher ni des arbitres auxquels on délègue la conclusion d'un différend ; ils n'ont d'autorité que morale. »⁷²² Leur utilité sociale et leur légitimité dans le processus d'action collective résident finalement dans le fait qu'ils « ouvrent une voie neuve par rapport à l'impasse où l'on s'est fourvoyé ou par rapport à un dilemme dont on veut se sortir »⁷²³.

⁷¹⁹ Notons que ce positionnement diffère de celui des acteurs à l'engagement de type sacerdotal précédemment étudié : ces derniers se trouvent en effet à l'intérieur même des mondes sociaux qu'ils parviennent à faire se rencontrer et la réussite des projets qui en résulte peut bénéficier à leur propre pratique professionnelle. Dans le cas des facilitateurs au contraire, il s'agit plutôt d'une position de tiers.

⁷²⁰ J. F. Six, *Dynamique de médiation*, Paris, Desclée de Brouwer, 1995

⁷²¹ *Ibid.* p. 37. Six mentionne pas exemple parmi les médiateurs institutionnels le Médiateur de la République ou celui de la Ville de Paris.

⁷²² *Ibid.* p. 38

⁷²³ *Ibid.* p. 38 – 39

Si l'on s'adresse au médiateur institutionnel pour la résolution d'un problème pour lequel il apparaît comme expert, le rôle du médiateur citoyen est plutôt d'incarner une « tierce personne » qui n'aurait pas pour mission d'être un arbitre ni une aide technique, mais plutôt d'apporter un soutien aux parties prenantes de la résolution d'un problème et de faire avancer le débat. Les médiateurs citoyens ne doivent pas directement régler le problème ou le conflit, mais bien mettre en relation les personnes qui elles, par la mobilisation de leurs propres ressources, seront à même de trouver des solutions localisées. En ce sens, être un médiateur citoyen est plus « un art de la relation personnelle et sociale » qu'une compétence technique clairement déterminée ou institutionnellement reconnue⁷²⁴. Ce médiateur se doit d'être créatif et critique, indépendant mais néanmoins responsable : « dans son travail de catalyse, [il] n'est pas un spectateur qui se lave les mains, il est en cause dans la médiation »⁷²⁵.

Dans ces conditions, le facilitateur tel que nous l'avons identifié paraît bien prendre cette place de médiateur citoyen dans la construction de l'agir sanitaire : s'il n'est pas un acteur historiquement explicitement compétent pour résoudre les problèmes publics sanitaires, il se pose en tiers clef pour l'entrée en cohérence des intervenants locaux et leur mobilisation autour de solutions innovantes. Il ne s'agit donc pas d'un rôle clairement institutionnalisé, stabilisé parce que relevant de compétences légales propres, mais plutôt d'une attitude stratégique échafaudée directement par l'acteur individuel ou collectif, à partir de ses ressources matérielles et symboliques. Comme le note Six, « l'identité du médiateur n'est pas une identité innée mais acquise ; [...] celle-ci doit sans cesse être actualisée, affinée, travaillée. L'identité du médiateur n'est pas une identité donnée une fois pour toute, elle est à inventer constamment comme identité médiatrice. »⁷²⁶

Certains dispositifs sont spécifiquement créés autour de cette « identité médiatrice ». Les ASV notamment, nous sont présentés par les acteurs qui en ont la charge avant tout comme une « méthode de travail », comme une « démarche ». Une chargée de mission du Sgar parle d' « une vraie méthode qui va consister à mettre autour de la table tous ceux qui ont quelque chose à voir avec la santé ». Elle insiste sur l'effort de réunification des énergies

⁷²⁴ *Ibid.* p. 42

⁷²⁵ *Ibid.* p. 210

⁷²⁶ *Ibid.* p. 204

propre à l'ASV qui permet de valoriser l'existant : « ça ne veut pas dire que les choses ne se faisaient pas avant. Ça veut dire que dans bon nombre de cas, elles se faisaient de manière dispersée. Là, l'avantage, c'est qu'on va pouvoir mutualiser ce qui se faisait avant et peut-être se rendre compte de ce qui peut manquer ». Cet aspect est également souligné par un coordinateur d'un ASV girondin, qui explique que c'est justement « par la mise en commun » des visions des divers intervenants que « certaines choses qui ne se voient pas » sont révélées. La raison d'être de son dispositif est de « confronter les avis de tout le monde ».

Cependant d'autres acteurs se spécialisent progressivement dans l'animation et y trouvent une légitimité particulière.

C'est par exemple de cette manière qu'est décrit le rôle du Préfet. Selon la chargée de mission traitant des questions de santé, il a « une fonction politique », dans la mesure où il ne détient pas les leviers financiers en matière sanitaire mais conserve une fonction d'animation locale « au-delà des compétences réglementaires ». Le représentant de l'État intervient « comme arbitre, comme coordonnateur », notamment dans le domaine de la démographie médicale, même si cette problématique échappe à sa responsabilité réglementaire. Il serait la « seule institution en capacité, finalement, de fédérer tout le monde autour de la table » pour des questions d'accès territorial aux soins qui préoccupent les élus mais dont les clefs appartiennent à l'ARH pour le volet hospitalier et aux praticiens libéraux. Ainsi, « même si l'État a perdu considérablement de son rôle, le Préfet garde quand même toujours cette fonction un peu d'arbitrage ou de recours », donc d'interface politique.

La même analyse apparaît chez certains acteurs des pays : une chargée de mission parle d'un « travail d'animation » ; une directrice identifie sa structure à « une tête de réseau » permettant la coordination des acteurs locaux. Mais le positionnement de fédérateur des énergies et de coordinateur apparaît tout particulièrement chez certaines collectivités territoriales.

C'est notamment le cas des mairies, conformément à leur pouvoir réglementaire et symbolique de convocation de tous. La municipalité, capable de mobiliser et fédérer les énergies locales au-delà des logiques sectorielles, s'avère un acteur clef dont le pouvoir réside dans son activité cruciale de mise en relation, son rôle d'instance de médiation dans le cadre de dispositifs partenariaux. Elle devient un échelon légitime et pertinent pour

intervenir dans l'agir sanitaire du fait de son rôle de « fédérateur », d' « intermédiaire politique », seul habilité à « mettre autour de la table » des acteurs qui ne partagent pas *a priori* les mêmes perspectives⁷²⁷. Comme le souligne Guyot, « Fréquemment, elle apparaît comme un médiateur potentiel favorisant une concertation de proximité entre les différents acteurs et institutions publiques ou privées susceptibles de participer à la prise en charge des problèmes de santé »⁷²⁸.

Seule l'institution municipale et tout particulièrement l' élu sont reconnus comme légitimement en mesure de réunir des partenaires hétérogènes, institutionnels, professionnels ou simples citoyens autour d'un enjeu local commun, donc de mettre en œuvre une coopération large et de la faire connaître au plus grand nombre. Pour les partenaires spécialisés dans la santé, aussi bien publics que privés, la médiation municipale permet de dépasser des catégorisations. Ne possédant pas de champ d'intervention précis en matière de santé, cet échelon peut apparaître légitime pour réunir et chapeauter de manière neutre l'ensemble des parties. Pour un élu municipal aquitain, les mairies qui n'ont « aucune influence » sur le corps médical ou son organisation sur le territoire, peuvent néanmoins « être facilitatrices ; incitatrices et facilitatrices. » Selon lui, même si *in fine*, sur des thématiques précises identifiées localement, « le problème se résout par une volonté des professionnels », « on peut être incitateur, on peut être lieu de discussion, de rapprochement ».

L'élue en charge de la santé à la mairie de Bordeaux souligne aussi combien « il nous est reconnu, à nous, ce rôle, cette légitimité, de réunir tous les acteurs ». Un agent municipal souligne d'ailleurs que ce rôle d'animateur est rendu nécessaire par les cloisonnements entre les autres acteurs locaux : « les gens du social, les gens de la santé, ce ne sont pas les mêmes cultures, pas les mêmes mondes, donc ils ne parlent pas nécessairement la même langue. Donc ce n'est pas des gens qu'il est facile de mettre autour de la table. D'où l'opportunité qu'on leur propose. » « C'est très compliqué », ajoute-t-il, notamment parce que « les *a priori* sont très forts. C'est difficile, quand on est persuadé de faire ce qu'on peut avec très peu d'argent, d'aller rencontrer quelqu'un dont on est persuadé que c'est de sa faute ou qu'il fait moins bien avec plus d'argent. Et ça c'est le sens de ce qu'on fait ici. On

⁷²⁷ Ces expressions sont tirées d'entretiens avec des agents municipaux définissant la plus-value, donc la légitimité de l'intervention municipale.

⁷²⁸ J.-C. Guyot, « Les municipalités face aux nouveaux enjeux de santé publique », *op. cit.* p. 90

met toujours autour de la table [...] des gens qui ne seraient jamais venus spontanément se confronter l'un à l'autre. C'est le sens de ce que l'on fait. »

Le Conseil local de santé bordelais incarne pour cet agent « l'idée d'avoir une instance qui rassemble les différents partenaires de la santé au sens large [...] donc de créer une instance dans laquelle le réseau des acteurs de cette santé globale se réunissent ». « L'idée, répète-t-il lui aussi, c'est de mettre autour de la table des gens » qui, eux, travailleront à « construire de l'action ».

L'image de l'animateur apparaît tout particulièrement, dans le discours de cet acteur, en opposition avec un rôle de véritable fournisseur d'intervention concrète sur le terrain sanitaire : « on met en œuvre des actions... enfin, on crée les conditions de mise en œuvre des actions », ce qui passe notamment par la recherche de cofinancements auprès et entre des acteurs possédant des enveloppes spécifiquement dédiées à la santé. Il considère fondamentalement que « c'est cette notion de réseau qui est certainement la meilleure illustration du succès de la démarche. Des gens qui au bout de cinq ans continuent à voir un intérêt à discuter et à fréquenter des gens avec qui *a priori* ils ne l'auraient pas fait... s'ils le font c'est qu'ils y voient quelque chose, un plus personnel ou en termes professionnels. Donc oui, ça porte des fruits. Mais ces fruits là, pas d'autres. » L'objectif même de la démarche apparaît donc bien de réussir à animer un débat, à faciliter l'action publique, mais pas de travailler directement à améliorer l'état de santé des populations locales.

Cette vocation des collectivités territoriales à construire un rôle d'animateur local transparaît également dans le discours des acteurs du Conseil régional.

De manière significative, « je m'occupe de réunir les responsables de la santé publique en Aquitaine, de faire le lien entre ces responsables pour impulser cette politique », explique l'élue en charge des services publics de proximité et de la problématique sanitaire, au sujet de son action de lutte contre la désertification médicale. « Je mène la réflexion politique pour la faire partager aux acteurs responsables de la santé en Aquitaine. [...] J'ai constitué un groupe de travail au Conseil régional qui regroupe tous ces responsables, oui j'ai mis en place ce dialogue. » Elle souligne, comme les acteurs municipaux, l'importance de sa position médiatrice, sans laquelle ce dialogue n'aurait pu se mettre en place : « certains ne se connaissaient pas. Il faut voir d'où on arrive ! C'est-à-dire que certaines institutions ne se connaissaient pas entre elles, et elles se sont découvertes ici, au Conseil régional d'Aquitaine. » Elle explique que le positionnement de ce dernier « est particulièrement

intéressant et motivant parce qu'il crée du lien entre les institutions et il apporte un autre regard sur la santé. [...] il fait remonter les informations que nous livre le vécu au niveau des élus, au niveau des professionnels, auprès des institutions en charge de l'organisation. » Dans cette position d'interface réside l'intérêt et la légitimité de l'intervention de la Région animatrice, à savoir créer « un lien concret, politique » en matière sanitaire entre les « organisateurs » administratifs, les professionnels et les élus locaux.

Pour cette élue régionale, l'action facilitatrice de sa collectivité s'avère centrale, dans la mesure où elle permet, à sa manière, de créer les conditions d'une nouvelle réflexion sur l'intervention locale, grâce à un apprentissage collectif des acteurs qu'elle amène à se rencontrer qui font évoluer leurs représentations et leurs modes de faire : « non seulement je fais bouger la réflexion sur les territoires, au travers de la prise de conscience des élus et des professionnels, mais après je fais bouger la réflexion au niveau des institutions responsables de la santé en Aquitaine. Voilà, à l'amont et à l'aval, de ceux qui décident à ceux qui appliquent. Et le Conseil régional dans ce cas là, il est à l'interface et il crée un lien entre tous. [...] je considère que ça n'a jamais été fait et que c'est une condition de renouer avec une nouvelle politique de santé, c'est une condition d'efficacité de la politique de santé régionale. La preuve c'est que tout le monde vient participer à la réflexion. Le succès de notre réflexion est là. »

Les agents régionaux relaient très largement l'image de leur institution comme animateur des échanges locaux touchant à la santé. Un directeur explique que la vocation du Conseil régional est de « sensibiliser », de « faire réfléchir », puis d' « accompagner ce qui se passe localement ». La mission du Conseil régional est donc pour lui d' « aider à ce que les choses se mettent en place localement ». Or, dans la mesure où « l'organisation de rencontres est nécessaire pour que des solutions naissent sur le terrain », le rôle de sa collectivité est affiché comme clef dans le développement des partenariats locaux. Elle a non seulement « engagé un dialogue avec les professionnels », mais « facilité le dialogue entre ces professionnels et les élus locaux, et avec l'administration aussi. [...] On a fait bouger aussi les départements ». Fondamentalement, « on a mis autour de la table du monde qui se voyait bilatéralement ou qui ne se voyaient pas, parce qu'ils avaient une certaine méconnaissance les uns des autres. C'est un des principaux enseignements. » C'est encore une fois la différence entre le positionnement de créateur et metteur en oeuvre de projets

concrets et celui d'animateur que cet acteur met en valeur : « par ces initiatives là on fait réfléchir les autres. C'est ça qui est intéressant ».

Un tel positionnement de ces différents acteurs en tant qu'animateurs pose la question de sa justification auprès de leurs partenaires. À ce niveau, l'absence de compétence réglementaire apparaît en somme être la clef pour devenir un facilitateur, dans la mesure où, paradoxalement, elle donne certaines prérogatives. Car pour être légitime, l'animateur doit faire figure d'acteur extérieur à l'enjeu central du débat instauré et dont les intérêts n'y sont pas directement liés. Il doit être assez proche de la problématique traitée pour en connaître les enjeux et avoir des relais auprès des intervenants à mobiliser, mais il doit également apparaître comme suffisamment détaché pour arbitrer la discussion, trier les propositions sans parti pris.

L'élue en charge du Conseil local de santé bordelais rapporte en ces termes le témoignage d'acteurs impliqués dans la démarche : « ce que disaient les acteurs dès le départ c'est qu'ils trouvaient qu'un élu, une municipalité seule, sur un territoire, avait la légitimité totale pour eux de réunir les acteurs. C'est-à-dire que, si c'était l'Assurance maladie par exemple qui réunissait ces acteurs là, certains peut-être ne viendraient pas ou ne comprendraient pas. Les médecins libéraux par exemple. Je me souviens des réflexions que j'avais eu... j'avais eu un appel à la deuxième conférence locale, d'un dermatologue. Il m'appelle et me dit "attendez, c'est bien la ville qui organise, ce n'est pas l'Assurance maladie ?". Parce que bien sûr l'Assurance maladie fait partie de tous ces partenaires et elle est complètement dans le Conseil local. Il y a l'Assurance maladie, il y a la Ddass, il y a toutes les institutions. Mais l'organisateur est la ville. »

De même dans le cas de la collectivité régionale, un directeur conçoit que « le fait que la Région n'ait pas de compétence, c'est peut-être un atout » pour mener à bien la mission d'animation qu'elle se donne. Cela lui permettrait d'instaurer une « réflexion informelle, volontariste, participative », autour de laquelle « il n'y a rien d'écrit ». « La force effectivement de la Région, poursuit-il, c'est qu'elle n'avait ni compétences ni budget particuliers, et que les professionnels étaient peut-être un peu plus libres » pour déterminer des solutions localisées non bridées par un champ réglementaire strictement délimité.

L'élue en charge de la santé va dans le même sens, puisqu'elle considère que « le Conseil régional, qui finalement a une position de neutralité, a certainement facilité le lien entre des acteurs de santé qui parfois peuvent être en rivalité. Cet espace de neutralité, et en même

temps cet espace... disons, de pouvoir, a fait que venir parler au Conseil régional a été quelque chose qui a été acté par tous les acteurs. » D'après elle, certains auraient été beaucoup plus réticents si l'impulsion avait été celle de l'administration de l'État ou de l'Assurance maladie, dans la mesure où les acteurs auraient craint d'être soumis aux canaux de prise de décision traditionnels de ces administrations, ou à une formalisation des débats et des procédures ne facilitant pas l'innovation. Pour l'élue régionale, « c'est certainement plus facile comme ça, pour mettre tout le monde autour de la table. Aujourd'hui c'est la plus-value. C'est celle que j'ai trouvée. [...] je ne m'avance pas en terrain qui ne m'est pas autorisé. Mais je trouve que cet espace de neutralité est intéressant, et en même temps cet espace d'écoute et cet espace d'observation. On est là-dedans. » Dans l'esprit des partenaires, le Conseil régional animateur garantirait l'aspect informel de l'investissement, donc la réversibilité des démarches, mais surtout l'absence de récupération institutionnelle. Un acteur sans prérogative légale offrirait une garantie de liberté tant de parole que dans les formes de réponses imaginées face aux problèmes locaux.

La mise en exergue par les acteurs de leur fonction nécessaire d'animateur local révèle qu'un tel positionnement représente une ressource de pouvoir, notamment pour des échelons de collectivités territoriales qui ne possèdent pas la compétence de droit commun en matière de régulation sanitaire. Si les facilitateurs se positionnent volontairement comme soutien périphérique aux acteurs historiques de l'agir sanitaire, il ne s'agit donc pas seulement d'une volonté désintéressée d'aider tout en restant dans l'ombre.

La question de l'usage stratégique de l'absence de compétence réglementaire amène à considérer un autre aspect de la figure du facilitateur, qui encore une fois permet de comprendre pourquoi le modèle curatif et ses acteurs centraux se maintiennent. Si les acteurs facilitateurs ne souhaitent pas conquérir une position plus centrale, c'est parce qu'ils trouvent un certain confort dans une marginalité somme toute moins contraignante, politiquement comme financièrement, que l'exercice d'une mission juridiquement reconnue et clairement encadrée.

2.2 La posture de latéralité comme choix stratégique des acteurs

La mise en valeur par les acteurs de leur engagement comme animateur dans l'agir sanitaire reflète, paradoxalement, une certaine volonté institutionnelle et politique

d'acquérir une position privilégiée dans la configuration locale, en apparaissant comme indispensable à l'entrée en cohérence des autres acteurs. Une situation de leadership, dans le sens de configuration où les relations entre les acteurs confèrent à l'un d'eux une position dominante, peut ainsi résulter d'une activité de médiation que certains développent, renforçant par là leur position, leur capacité d'influence⁷²⁹. En effet, lorsqu'un acteur devient un « intégrateur systématique », c'est-à-dire un acteur qui par ses actions s'impose comme point de passage obligé dans une négociation située, donc comme point de convergence des anticipations et calculs des autres parties prenantes, il tend à construire un « leadership de médiation »⁷³⁰.

En ce sens, l'affichage d'une constante ouverture aux propositions de divers partenaires alliée à un discours de modestie nous paraissent relever de la recherche d'une nouvelle forme de « grandeur » au sens de Boltanski et Thévenot⁷³¹. Comme l'a bien souligné Ségas dans son analyse du développement local, la redéfinition de l' élu – et plus largement d'une collectivité – en tant qu'animateur s'accompagne en effet d'un « processus de re-légitimation ou de ré-enchantement du politique »⁷³². L'ouverture à un mode de traitement pluriel et négocié de l'action publique et sa facilitation serait un « symbole de sa (nouvelle) grandeur », puisque par ce positionnement spécifique, le pouvoir politique répondrait à un besoin localisé de coordination et de participation. Il s'agit en somme d'une « reformulation de la nécessité de l'intervention publique », pas d'un affaiblissement de l'échelon politique concerné⁷³³.

Le positionnement d'animateur au sein de l'agir sanitaire correspond alors bel et bien à une stratégie institutionnelle, voire personnelle, spécifique qui est construite au fil de l'action et au gré des problèmes à résoudre, fondée sur une nouvelle « grandeur » de l'animation. L'affichage d'un positionnement modeste, de simple tiers, permet aux institutions – et tout

⁷²⁹ J. Lagroye, « Le leadership en questions. Configurations et formes de domination », *op. cit.*

⁷³⁰ F. Dupuy, J.-C. Thoenig, *La loi du marché. L'électroménager en France, aux États-Unis et au Japon*, Paris, L'Harmattan, 1986, repris par Lagroye, « Le leadership en questions. Configurations et formes de domination », *op. cit.*

⁷³¹ L. Boltanski, L. Thévenot, *De la justification. Les économies de la grandeur*, Paris, Gallimard, 1991

⁷³² S. Ségas, « L' élu animateur : savoirs de la “bonne gouvernance” territoriale et légitimation d'un nouvel ordre politique local », in R. Pasquier, V. Simoulin, J. Weisbein, *La gouvernance territoriale, op. cit.*, pp. 191 – 208, ici p. 192

⁷³³ *Ibid.*

particulièrement les échelons d'exercice du pouvoir politique que sont la Région et les municipalités – de s'élever « à la dignité supérieure d'animateurs » qui leur confère « une position symbolique dominante par rapport aux êtres qu'ils animent », puisque c'est eux qui supervisent l'entrée des autres acteurs locaux au sein de l'espace de négociation et de coordination, leur offrant la possibilité de participer à la poursuite du bien collectif⁷³⁴. Le positionnement d'animateur local de l'agir sanitaire revient donc à une forme de renouvellement des modes de légitimation pour des acteurs non symboliquement et historiquement centraux. Cette stratégie tend cependant à les détourner d'un autre objectif qui aurait pu être de forger une compétence spécifique en matière de santé et de revendiquer une centralité techniquement et politiquement justifiée dans l'agir sanitaire.

Par ailleurs, dans la mesure où le facilitateur adopte un positionnement volontariste, en appui d'autres acteurs, il apparaît en mesure de déterminer plus librement le degré de son implication, de même qu'il sera plus libre de pérenniser ou non son intervention. Par ce choix de demeurer marginal, un acteur se ménage, pourrions-nous dire, une porte de sortie. L'implication périodique peut ainsi cesser sans que l'édifice de l'action publique n'en soit pour autant remis en question. Le facilitateur restant dans un rôle servant à soutenir, à fluidifier les rapports, ou à combler des lacunes localisées, ce sont les acteurs spécialisés dits de droit commun qui supportent, en dernière instance, la responsabilité de l'intervention publique.

Si les facilitateurs ne souhaitent pas se voir attribuer cette responsabilité c'est qu'ils craignent les transferts de charges de la part de l'État. Chercher une position centrale équivaldrait de fait à accorder aux problématiques sanitaires des financements explicitement fléchés et importants, ce que les collectivités territoriales ne sont pas prêtes à faire, notamment dans une période de restriction budgétaire du niveau national. Les collectivités font le choix de se maintenir à la marge et se contentent d'apporter des fonds essentiellement dédiés à l'ingénierie de projet ou au pilotage, dont les montants sont extrêmement éloignés de ceux consacrés au financement des soins ou à l'investissement dans des structures.

⁷³⁴ *Ibid.*, p. 201

Comme le souligne un agent municipal bordelais, « il y a les financements propres du Conseil local de santé, mais après on va aller les chercher, selon l'action, selon le projet, selon l'administration, à la Ddass, à la Drass, au Conseil général... Souvent on est sur des financements croisés. Ça peut être des fondations aussi, des programmes nationaux... C'est le sens de ce qui se fait globalement ici ». Encore une fois la municipalité investit dans sa mission de coordination mais peu dans le financement direct d'actions.

Les collectivités estiment avoir un budget insuffisant pour financer le cœur de l'agir sanitaire et craignent le retrait de l'État. De ce fait, les élus s'impliquent dans la réflexion, la prise de conscience, le dialogue avec les institutions ou les professionnels mais refusent que la santé devienne une ligne budgétaire à part entière, donc une charge financière.

La chargée de mission du Sgar explique que le budget des services de l'État étant actuellement « en grande souffrance », « on va aller au maximum chercher les collectivités », à travers diverses formules partenariales. Or il apparaît clairement que « les collectivités veulent venir sur ces questions là mais ont extrêmement peur de venir sur des dépenses, des dépenses de santé qui ont la réputation d'être un gouffre sans fond ; donc à la fois une envie d'y venir mais une espèce de *stop and go* permanent des collectivités. Envie d'y venir sur les questions d'aménagement du territoire, sur la question de la démographie médicale, mais surtout pas de venir dans des endroits, dans des structures où l'on serait amené à dépenser de l'argent ». Les collectivités territoriales refusent en particulier de mobiliser des budgets de fonctionnement, privilégiant, par exemple dans les ASV, un financement d'ingénierie.

De la même manière, si certaines municipalités et les cinq Conseils généraux de la région acceptent de faire partie du GRSP, aucun n'a effectivement investi de fonds dans ce qui devait être des enveloppes communes pour financer la santé publique. Elles acceptent de siéger, de se concerter mais refusent de mobiliser des fonds qui seront dispersés sur l'ensemble du territoire régional, donc sans garantie que leur investissement bénéficiera à leur propre territoire ou à leurs priorités.

Les collectivités craignent également de devenir des responsables de fait de l'action publique, ce qui permettrait à l'État de se désengager, voire à terme de décentraliser la compétence sur la santé, extrêmement coûteuse et dont les bénéfices ne peuvent être mesurés qu'à long terme, dans un temps qui n'est pas celui de la compétition politique.

Le coordinateur régional des ASV trouve ici la principale explication de la frilosité des communes à se lancer dans des dispositifs à vocation sanitaire : « un des grands enjeux pour les communes c'est "si j'accepte ça, est-ce que je vais pas me retrouver à devoir monter un centre de soins ou un dispensaire, est-ce que l'État ne va pas me demander d'assumer ses compétences en termes de santé ?" Parce que les communes, à chaque fois disent "attention, relisez les textes, on n'a pas de compétences en santé". Donc les partenaires municipaux ne se sentaient pas de partir sur de la santé ». Un responsable de service municipal reconnaît, de manière caractéristique, que « si les choses se passent mal, il y a toujours la tentation de dire "attendez, la santé ce n'est pas nous. La santé c'est votre compétence État. Donc assumez déjà votre compétence et puis on en reparlera". ».

L'enjeu apparaît tout particulièrement dans le discours des agents de la Région, notamment parce que leur périmètre d'intervention correspond à l'échelle le plus souvent mise en avant pour la territorialisation de la santé. La présence de représentants des Conseils régionaux au sein de l'instance exécutive de l'ARH est d'ores et déjà permise par la loi, d'aucuns prônant même une décentralisation des questions sanitaires au profit des Régions, ou au moins leur reconnaissance en tant que contre pouvoir aux administrations déconcentrées. Dans ces conditions, les acteurs rencontrés au sein du Conseil régional d'Aquitaine s'attachent à rappeler que s'ils s'engagent dans l'agir sanitaire, cela ne relève pas de leur compétence, et se montrent extrêmement prudents en ce qui concerne l'implication financière de leur collectivité en la matière⁷³⁵.

Comme l'explique un directeur, il n'y aurait « pas vraiment de fonds dédiés à la santé », « on reste très pragmatique là-dessus ». Il va plus loin en affirmant que « on ne s'est pas vraiment investi justement pour l'instant. On y est, on participe [...] mais aujourd'hui on n'a pas une politique de la santé. Parce qu'on n'y est pas conduit par les compétences qui nous sont transférées. Et on est vraiment sur une approche très pragmatique, très prudente, très partielle. Très partielle. » De même, la présence d'élus régionaux dans le GRSP équivaut pour lui à « seulement une présence, pas une participation réelle ».

⁷³⁵ Cette observation se retrouve dans les résultats d'une enquête menée par l'URML de Rhône-Alpes. Les acteurs régionaux mènent des actions « assez marginales d'un point de vue financier », empreintes de « prudence et attentisme » s'agissant du renforcement de leurs compétences en matière de santé. Cf. Y. Bourgueil, M. Serre, *Quelle politique régionale pour la santé en France ?*, Rapport URML Rhône-Alpes, 2002, pp. 13 – 14

De son côté, l'élue en charge de la santé, bien qu'elle vante assez largement, nous l'avons vu, l'approche développée par sa collectivité, répète qu'un investissement global dans l'agir sanitaire ne relève pas de son champ de compétence : « je pense qu'aujourd'hui c'est loin d'être, ça n'est pas une compétence du Conseil régional. Est-ce que ça doit le devenir, la question doit être débattue. De mon point de vue on en est loin. Mais vraiment très loin » ; « je crois que là-dessus il faut être très clair : ce n'est certainement pas à la Région Aquitaine de financer l'Observatoire régional de la santé » ; « de mon point de vue ce n'était pas au Conseil régional d'aller financer les maisons de santé, je vous rappelle qu'on n'a pas de compétence ! » Ainsi, compétence et effort financier paraissent bien aller systématiquement de pair, ce qui représente la base du refus des acteurs régionaux de devenir des acteurs de premier plan.

Les agents manifestent à plusieurs reprises leur crainte de se voir transférer cette fameuse compétence qui équivaldrait à un transfert de charges pesant lourdement sur la fiscalité locale. « On est prudent, explique un directeur, parce qu'on n'a pas les compétences et on ne souhaite pas non plus aller trop vite. Parce qu'on sait très bien comment ça se passe. On veut aller trop vite et puis après on vous refile le bébé et on n'a plus de quoi l'habiller. » Il revient d'ailleurs sur cette idée dans la suite de l'entretien : « ça reste quand même quelque chose qui n'est pas une compétence première de la Région. Donc le président a le souci d'éviter justement que ça ne devienne une compétence première. Parce qu'il y a toujours la crainte aussi, que l'État cherche à refiler un petit peu ce qu'il ne veut plus financer aux Régions. Donc là-dessus les Régions sont prudentes ».

Ce discours est repris par le Directeur général des services, qui met en valeur les responsabilités prises par la Région en matière sanitaire tout en affirmant son refus de les approfondir. Il souligne les innovations de l'Aquitaine en faveur de la formation des aides-soignantes ou des métiers du médico-social, tout comme il considère que dans le domaine de la démographie médicale, « on a notre place. [...] On est sur ce terrain de réflexion, en termes de services indispensables à la population et d'aménagement harmonieux du territoire. » Cependant, de manière tout à fait significative, « après, pour tout ce qui est financement des équipements, de l'hôpital, ou le reste, on a les deux pieds sur le frein. On a des moyens limités et on couine en permanence, sur la perte de nos ressources fiscales. On a peur de ce qui peut se passer. »

Le transfert d'une compétence aussi large que la santé, mobilisant des enveloppes considérables, est assimilé à une perte d'autonomie financière mais également politique. Les acteurs interrogés dans les collectivités reprennent souvent le cas de la décentralisation de la gestion du RMI au Conseils généraux qui pour eux représente d'une certaine manière un exemple à ne pas reproduire.

Avec le transfert du RMI, les Conseils généraux doivent gérer des masses financières énormes pour le paiement d'une allocation dont l'État continue de fixer le montant et les conditions d'attribution. En ce sens, le Département n'a de marge de manœuvre que sur l'organisation du volet insertion qui représente une part résiduelle du budget. Plusieurs agents expliquent dans ces conditions que la collectivité départementale, au moins en ce qui concerne le RMI, tend à fonctionner comme une administration déconcentrée de l'État du fait de l'importance des masses budgétaires consacrées aux compétences obligatoires et aux prestations. L'un d'eux estime par exemple qu'« on se retrouve à servir des prestations qui masquent le reste et qui peuvent nous amener à fonctionner plus comme un service déconcentré de l'État que comme vraiment une collectivité décentralisée. Nos masses budgétaires deviennent tellement grosses qu'à un moment donné on risque de perdre même de vue qu'on a des marges de manœuvre ». Un de ses homologues souligne également « toute l'ambiguïté de transposer une collectivité territoriale en un service déconcentré de l'État, parce que finalement c'est ce qu'on devient aujourd'hui ».

Les acteurs régionaux refusent donc de devenir détenteur d'une compétence santé qui signifierait au bout du compte gérer des fonds d'État, donc devenir une sorte de structure de transit d'enveloppes dédiées à renouveler des budgets de fonctionnement ou dont l'utilisation serait largement définie par Paris. En ce sens la posture de facilitateur est privilégiée, puisqu'elle permet l'intervention légitime sans pour autant signifier l'instauration d'une compétence nouvelle, strictement définie. Nous en revenons à la logique présidant aux dynamiques de transcodage, tout comme nous retrouvons le caractère fondamentalement partagé du leadership : construit au travers d'interventions partielles et par l'ajustement des missions établies plutôt que par une refondation des rapports d'autorité, l'agir sanitaire apparaît, à nouveau, largement marqué par un processus permanent d'actualisation des domaines d'activité et des positions de pouvoir.

Conclusion

L'analyse de l'agir sanitaire en tant que processus de représentation, de formulation et d'intervention donc comme espace thématique, symbolique et politique, a consisté, fondamentalement, en une observation « de près ». Il s'est agi de rendre compte de la fabrique des objets et des dynamiques d'engagement plurielles, sur, autour, dans la santé, en se fondant sur ce que les acteurs font et disent faire.

En ce sens, le déploiement de l'agir sanitaire représente une tentative de dépassement, ou plutôt de déplacement du regard de l'analyste de politiques publiques comme du sociologue de la santé, le point de vue privilégié étant celui des dynamiques cognitives et stratégiques en train de se constituer. La santé est conçue au travers d'une approche inductive qui opère un décentrage par rapport aux catégories nosologiques et institutionnelles, qui deviennent de possibles objets de mise en récits ou des formes investies par les acteurs en situation, plutôt que des points de départ *a priori* pour l'analyse⁷³⁶. De même les multiples interventions publiques des acteurs de terrain n'ont pas été saisies à la lumière d'un cadre théorique délimité ou comme illustration d'un modèle, puisque nous ne pouvions manifestement pas présumer lequel serait le plus pertinent pour saisir un agir pluriel dans ses parties prenantes et ses modes d'engagement. Nous nous sommes efforcés de « suivre les acteurs » afin de rendre compte de leurs activités, mais aussi des controverses qu'ils alimentent, des cadres explicatifs auxquels ils font appel et des façons dont ils créent des connexions plus ou moins coopératives pour agir sur et dans des situations données⁷³⁷.

L'enquête visant à dénouer les ressorts de l'agir sanitaire ne se veut pas être une analyse de la mise en œuvre locale d'une politique de santé, sectoriellement et institutionnellement définie, ni une sociologie des institutions sanitaires que sont l'hôpital, l'administration déconcentrée ou encore la médecine. Notre approche est plutôt une entreprise de suivi des

⁷³⁶ Nous nous rapprochons ici de la démarche promue par Schurmans et Charmillot, M.-N Schurmans, M. Charmillot, « Les sciences sociales face au paradigme médical : approche critique », *op. cit.*

⁷³⁷ B. Latour, *La science en action. Introduction à la sociologie des sciences*, Paris, La Découverte, 2005 (1^{ère} édition 1987) ; B. Latour, *Changer de société, refaire de la sociologie*, *op. cit.* notamment p. 213

processus de constitution à la fois d'un objet d'intervention et des associations, au sens latourien du terme, visant à agir sur la réalité qu'il représente. Elle relève d'une analyse de la construction de la connaissance et de l'action, ce qui implique une réflexion sur les dynamiques du pouvoir. En ce sens, l'approche constructiviste doit se comprendre dans son double niveau : d'abord produire des *accounts on accounts* dans la lignée de l'ethnométhodologie, mais également prendre comme objet d'analyse les processus de construction de catégories, de groupes, d'interventions ou d'accords⁷³⁸.

Rendre compte de l'agir sanitaire revient donc à un questionnement sur la santé mais aussi, fondamentalement, sur l'agir, soit sur les formes et les ressorts de l'engagement et sur le changement. Le point de vue « de près » que nous avons privilégié permet un nouvel éclairage sur *le dire, le faire* et finalement *le devenir*.

Notre analyse est conçue comme une réflexion à partir des commentaires des individus qui font : il s'est agi de « faire résonner le vocabulaire des acteurs »⁷³⁹, ce qui explique le recours à des données discursives brutes, parfois triviales, portant nécessairement l'empreinte personnelle, professionnelle et temporelle de nos interlocuteurs. Or ces derniers parlent de ce qu'ils font et de ce qu'ils sont, mais aussi de ce qu'ils considèrent comme des leçons de l'expérience, procédant à une activité de cadrage de situation.

Le discours des acteurs recèle une double dimension autorisant justement notre double perspective constructiviste, abordant d'une part l'expérience vécue ici et maintenant et d'autre part les processus de plus large portée⁷⁴⁰. Les individus s'expriment selon des formes caractéristiques du « voilà ce que je sais », « voilà ce que je fais », qui se veulent,

⁷³⁸ Nous faisons ici allusion à la distinction proposée par Vincent Dubois, à des fins de clarification analytique entre le constructivisme épistémologique et le constructivisme programmatique. V. Dubois, « Le constructivisme et l'analyse des politiques publiques », Intervention au séminaire général de Spirit, Sciences Po Bordeaux, 29 avril 2008. Dans la première approche qui est celle de l'ethnométhodologie, une chose existe parce qu'elle a été dite ; dans la seconde, caractéristique par exemple de l'analyse de la construction des cadres en tant que groupe social proposée par Boltanski, il s'agit d'analyser les rapports sociaux qui font qu'une chose se construit d'une manière donnée.

⁷³⁹ B. Latour, *Changer de société, refaire de la sociologie*, op. cit. p. 45

⁷⁴⁰ Nous retrouvons la distinction faite par Latour entre le « social n° 3 » des interactions de face-à-face et le « social n° 2 » qui se rapporte à des formes d'association plus stabilisées. B. Latour, *Changer de société, refaire de la sociologie*, op. cit.

nous l'avons dit, foncièrement partielles car relevant de leur expérience singulière. Ils donnent à voir ce qu'ils entendent du monde complexe auquel ils prennent part mais sans prétendre en maîtriser tous les enjeux, ce qui participe de l'impression de flou des configurations. Leur discours, caractérisé par une profonde intrication de dimensions qui se veulent purement désignatives et de données expressives, révèle les processus hétérogènes de construction de l'expérience⁷⁴¹. Cependant dans le même temps, les acteurs procèdent à une activité définitionnelle de portée plus générale, qui relève du cadrage de cette expérience, fondée sur les réglementations ou les tendances lourdes qu'ils perçoivent. Les parties prenantes de l'agir sanitaire ne sont donc pas apparues comme des « idiots culturels », imbriqués dans un ici et maintenant dont ils ne saisissent pas les ressorts⁷⁴² : leurs mises en récits témoignent d'une intention de cadrage des situations, à la fois rétrospectif, en termes de leçons tirées de l'expérience, et prospectif, concernant ce qui est à prévoir ou à craindre pour demain.

Aussi la visée ethnométhodologique fondée sur ce que disent vivre ou disent voir les individus a-t-elle nécessairement été doublée d'une approche de type configurationnel touchant aux cadres institutionnels, aux structures juridiques et aux rapports de leadership au long cours. D'une conception duale du dire comme fondateur des expériences individuelles et comme vecteur de la construction de situations dépassant les interactions de face-à-face, nous pouvons tirer une réflexion sur le faire des individus : l'agir doit être compris dans toute son épaisseur, comme l'intervention d'individus sur le monde et comme structuration d'un espace de sens dans laquelle sont pris ces individus. L'analyse de l'agir sanitaire rencontre *in fine* un questionnement sur l'individu et la société.

Une analyse de type politique et notamment l'interrogation du leadership à l'œuvre dans l'agir sanitaire amène, tout en privilégiant la parole des acteurs, à porter l'attention sur les

⁷⁴¹ Voir notamment C. Taylor, *La liberté des modernes*, Paris, Presses Universitaires de France, 1997. La dimension désignative du langage est centrée sur le référent ; elle correspond à une description de parties du monde objectivement identifiables, par l'émission de mots qui y font référence. La dimension expressive est, elle, centrée sur le locuteur ; elle désigne des choses mais également des relations entre ces choses et la pensée propre de l'individu, sa perception de ces choses et l'investissement personnel qu'il met dans sa démarche de construction signifiante.

⁷⁴² H. Garfinkel, *Studies in Ethnomethodology*, *op. cit.*

configurations relationnelles et de pouvoir, sans oublier les cadres cognitifs et normatifs qui forment les bases de leur légitimation. La focale politique permet un regard au-delà du monde vécu des phénoménologues.

L'observation de processus en déroulement met en lumière des acteurs dont la perception du jeu et des enjeux est parfois floue. « Ce qui se passe ici » est conçu comme la réalité, mais ses représentations sont partielles ou ses interprétations ancrées dans des usages institutionnels ou catégoriels dépassant largement le cadre des connexions de face-à-face. À travers notre vue de près, les individus apparaissent donc pris dans des formes d'expérience, pour reprendre le vocabulaire simmélien⁷⁴³, leurs expressions sur ce qu'ils font les donnant à voir comme des acteurs et pourtant comme des agents mus par et dans des dynamiques qui les dépassent.

L'agir sanitaire représente une occasion de montrer combien il est primordial pour le politiste de considérer la complexe intrication entre l'intentionnalité humaine, le monde tel qu'il est vécu, et un monde « extérieur », donné, qu'il soit défini comme la société ou la nature, surplombant ou sous-jacent⁷⁴⁴. Suivre les acteurs nous a en effet montré des façons de dire et de faire, des stratégies d'engagement, des capacités interprétatives et créatives, mais également « Des contraintes, forgées au cours de l'Histoire [qui] encadrent bien [...] la pensée et l'action, par le fait de s'être cristallisées dans des conventions collectives et appareillées dans des objets. »⁷⁴⁵ Ainsi, « Les interactions qui se jouent au présent constituent en permanence un espace de négociation du sens attribué aux objets du monde. Les dimensions socio-historiques et actionnelles sont dès lors dans un rapport constant de constitution réciproque. »⁷⁴⁶

Nous avons révélé des acteurs mais aussi des formes qui comptent, qui apparaissent avec une certaine régularité dans les représentations, définissant un horizon des possibles et des façons de faire légitimes. Bien évidemment ce sont d'abord des formes institutionnelles

⁷⁴³ G. Simmel, *Philosophie de l'argent*, Paris, Presses Universitaires de France, 1987 (1^{ère} édition 1900) ; *Sociologie. Études sur les formes de la socialisation*, Paris, Presses Universitaires de France, 1999 (1^{ère} édition 1908)

⁷⁴⁴ B. Latour, *L'Espoir de Pandore. Pour une version réaliste de l'activité scientifique*, Paris, La Découverte, 2001 (1^{ère} édition 1999)

⁷⁴⁵ M.-N. Schurmans, M. Charmillot, « Les sciences sociales face au paradigme médical : approche critique », *op. cit.* p. 333

⁷⁴⁶ *Ibid.*

telles que l'hôpital, l'État mais également la médecine. Ce sont aussi des formes en tant que modes d'organisation des rapports sociaux. Aussi avons-nous mis en lumière l'ajustement comme processus privilégié d'association, ou l'engagement individuel comme fondement des dynamiques rénovatrices.

En ce sens, ce qui se passe ici et est dit par les acteurs doit être perpétuellement replacé dans des mécanismes de plus large portée, construits mais néanmoins structurants, l'agir sanitaire devant être compris comme fondé sur la concomitance et la réciprocité des face-à-face et de formes plus stabilisées.

L'approche constructiviste trouve une nouvelle résonance, à partir des liens réenvisagés entre l'individu et la société. Nous avons cherché à nous départir de la seule approche naturaliste de la santé, en dépassant le cadre biomédical et en questionnant les catégories utilisées par les acteurs. Le regard porté sur la santé telle qu'elle se fait permet de mettre en lumière ses processus de construction : « ce qu'on appelle la santé est également le résultat du travail individuel et collectif des agents à travers des modèles et des images, au prix de conflits et de controverses, en mobilisant des alliances et en développant des stratégies »⁷⁴⁷. Cependant nous dit l'anthropologie politique, déployer le réseau des interactions et des controverses à l'œuvre en matière de santé nécessite d'allier à cette perspective constructiviste une grille de lecture réaliste, qui « analyse comment les faits supposés de nature sont aussi le produit des structures et des agencements, des modes de différenciation et des processus d'inégalité, de l'action publique et des initiatives privées qui ont pour effet de prévenir ou d'accélérer l'usure ou la souffrance. »⁷⁴⁸ En fin de compte, pour reprendre Fassin, la santé existe à la fois comme, « un construit social, au sens de ce que les agents traduisent dans le langage de la maladie, et une production de la société, au sens de ce que l'ordre du monde inscrit dans les corps. »⁷⁴⁹

Notre analyse politique de l'agir sanitaire ne s'attache pas en propre aux processus de construction des problèmes en termes médicaux, soit au phénomène de « sanitarisat

⁷⁴⁷ D. Fassin, « Le sens de la santé. Anthropologie des politiques de la vie », *op. cit.* p. 384

⁷⁴⁸ *Ibid.* Le nécessaire rapprochement entre constructivisme et réalisme fait écho à la dialectique que préconise Latour entre relativisme, ou plutôt « relativité », et objectivisme. Il s'agit pour l'auteur d'être capable de se mouvoir entre les cadres de références, de saisir la diversité des perspectives, tout en effectuant un « retour à l'empirisme », aux objets. B. Latour, *Changer de société, refaire de la sociologie*, *op. cit.* p. 213

⁷⁴⁹ D. Fassin, « Le sens de la santé. Anthropologie des politiques de la vie », *op. cit.*

social, mais plus largement aux dynamiques de construction des problèmes publics, des controverses comme relevant d'une « santé » dont les termes eux-mêmes ne sont pas stabilisés. De même, nous ne nous attachons pas à mettre en lumière les cadres institutionnels, structurels, donc politiques, qui produisent un état de santé, en inscrivant leur marque sur le corps des individus, mais bien à montrer comment ces « structures », ces « agencements » produisent un horizon des possibles et inscrivent leur marque dans les processus d'engagement et d'association expérimentés par les acteurs, en formant la base des dynamiques de leadership et de légitimation.

La dialectique entre construction et production de la santé se voit en somme transposée, dans notre approche, pour une dialectique entre construction et production de l'agir sanitaire. Ce syntagme permet à la fois de saisir les catégories servant à désigner les problèmes et à caractériser les formes d'activités, et de décrire l'horizon politique, cognitif et institutionnel, dans et par lequel des acteurs fondamentalement inégaux car ne possédant pas les mêmes ressources matérielles et symboliques construisent leurs engagements. C'est bien là que réside l'intérêt de l'analyse proprement politique, à savoir de déporter le regard d'un objet en forme de catégorie (la santé) à un objet en forme d'agir collectif (l'agir sanitaire), approfondissant par conséquent l'approche processuelle du social.

L'alliance constamment réaffirmée entre construction des catégories et des formes d'action et production des ordres et horizons de l'action, permet finalement d'identifier notre analyse de l'agir sanitaire à une approche théorique de la « structuration » de la santé telle qu'elle serait définie par Giddens, c'est-à-dire une construction fondée sur une relation réciproque entre des pratiques sociales et des modèles régularisés d'interaction⁷⁵⁰. Le devenir que nous avons décrit doit être compris comme un agrégat d'activités et de formes d'activités.

L'agir sanitaire, à la fois vécu et cadre d'expérience, se donne à voir comme en perpétuel devenir, certes organisé autour de métiers, de compétences, d'institutions, mais non systématiquement structuré. Les acteurs ont livré des expressions peu construites, des catégories poreuses, donc des objets mal dits, soit en définitive ce qui s'apparente à un bruit de fond sur et dans un monde collectif sans contours établis ni contenu stable.

⁷⁵⁰ A. Giddens, *La constitution de la société*, *op. cit.*

L'observateur comme les acteurs sont confrontés à un agir sans principe d'ordonnement autre que celui de l'ajustement entre des représentations et des activités éparpillées, parce que non systématiquement concordantes, ni encore moins coordonnées. La dynamique de construction fondée sur l'ajustement, par une permanente adaptation de chacun sans principe directif ni ordre de légitimation unique, constitue en quelque sorte le *théma* résidant derrière toute entreprise. Holton définit les « thémata » – ou thèmes – comme « ces préconceptions fondamentales, stables et largement répandues, qu'on ne peut réduire directement à l'observation ou au calcul analytique, ni ne les en dériver »⁷⁵¹. Ils sont de l'ordre « des présuppositions, des notions, des termes fondamentaux, des jugements et décisions méthodologiques »⁷⁵² et sont au fondement de la motivation à agir.

L'ajustement adaptatif apparaît comme le thème de l'agir sanitaire, puisqu'il représente la base commune des interprétations des acteurs et de leurs dynamiques d'engagement, donc des images qu'ils ont du monde dans lequel ils évoluent et des façons de faire qu'ils échafaudent en situation. C'est lui qui, d'un point de vue analytique, permet d'aller au-delà de l'étude cas, par un élargissement des observations faites sur le terrain aquitain.

Processus kaléidoscopique plutôt que tube fermé d'un kaléidoscope, l'agir sanitaire doit être compris comme une dynamique, une trame, plutôt que comme un système local d'action publique. Il est un révélateur des rapports de pouvoir, des dynamiques de légitimation et des forces créatrices qui se nouent dans et autour de la santé et peut servir à l'éclairage de multiples situations locales. L'analyse de l'agir sanitaire ouvre donc la possibilité d'une entreprise comparative dans l'espace mais aussi dans le temps.

De même, le matériau discursif dont nous disposons est conçu comme extensible, puisque l'agir sanitaire est susceptible de faire et voir émerger de nouvelles voix, au gré des associations. Des analyses centrées sur la construction des rôles et des identités professionnelles se sont notamment penchées sur la sociologie des professionnels

⁷⁵¹ G. Holton, *L'invention scientifique*, *op. cit.* p. 22. L'auteur propose une analyse de l'activité de recherche scientifique, mais précise que « la plupart sinon la totalité de ces *thémata* ne sont pas restreints à un pur emploi dans le contexte scientifique, mais semblent provenir du fond moins spécialisé de notre capacité générale à imaginer » (p. 65)

⁷⁵² *Ibid.* p. 52

paramédicaux sur lesquels nous ne sommes pas revenus en détail⁷⁵³. L'implication des travailleurs sociaux dans l'agir sanitaire, sous-entendant une évolution de leur identité professionnelle, tout comme l'influence des secrétaires médicales sur les conditions de travail des médecins, ont également affleuré au cours de l'enquête. Les dynamiques propres à ces acteurs n'ont pas fait l'objet de développements spécifiques mais représentent des perspectives d'analyse intéressantes, à partir des processus déjà mis en lumière : elles permettraient de plonger plus profondément dans les « micro-mondes » que sont les hôpitaux, les cabinets médicaux, ou encore les réseaux de santé⁷⁵⁴ et de cerner les rôles de ces catégories professionnelles dans le déroulement des processus d'ajustement caractéristiques de l'agir sanitaire, ce qui n'était pas, à proprement parler, notre propos.

De même d'autres acteurs pourront trouver de nouvelles formes de légitimité ou faire valoir leurs missions dans l'agir sanitaire, justement parce qu'il est construit sur le mode de l'ajustement qui laisse relativement ouvert l'horizon futur des connexions. Dans ces conditions, il paraît envisageable d'explorer de nouveaux recoins du monde qu'il constitue, notamment au travers des façons de dire d'autres acteurs, sans que cela ne contredise les dynamiques d'entrée en cohérence que nous avons mises en lumière. La création des ARS, mais également d'éventuels procédés de délégation de tâches des médecins aux professionnels paramédicaux, ou encore la création d'un métier d'éducateur thérapeutique sont autant de pistes permettant de prolonger l'analyse de l'agir sanitaire par un questionnement sur l'adaptation réciproque entre l'agir et ces nouveaux acteurs.

Le thème de l'éparpillement impliquant des savoirs et des connexions nous conduit à revenir sur l'usage du terme de « système », problématique s'agissant de l'agir sanitaire dans la mesure où une construction véritablement systémique requiert un certain degré d'intégration.

⁷⁵³ Nous renvoyons à deux ouvrages classiques: A. Strauss, ed., *Social Organization of Medical Work*, Chicago, University of Chicago Press, 1985 ; Carricaburu D., Ménoret M., *Sociologie de la santé, op. cit.* Voir également F. Douguet, A. Vilbrod, *Le métier d'infirmière libérale : Portrait sociologique d'une profession en pleine mutation*, Paris, Seli Arslan, 2007

⁷⁵⁴ V. Boissonnat, « Un "objet-réseau" : la radiographie de dépistage du cancer du sein », in G. Cresson, M. Drulhe, F. X. Schweyer, dir., *Coopérations, conflits et concurrences dans le système de santé, op. cit.*, pp. 47 – 87, ici p. 67

La notion de « système de santé » est extrêmement usitée, dans le discours spontané comme dans la littérature, la plupart du temps pour qualifier les espaces nationaux. Elle correspond à la fois à un secteur de politique publique – donc à un objet de l’analyse sectorielle – et à un réseau de politique publique – donc à un objet d’analyse relationnelle.

Dans le cas de l’agir sanitaire aquitain, l’utilisation de l’expression « système de santé » fait problème. La notion de système vient du grec *sunistenai* signifiant « grouper », « placer ensemble ». Cette nécessité fondamentale d’une union pour établir un rapport systémique sous-entend l’idée d’une certaine interdépendance entre les parties qui agissent avec et par rapport à d’autres. À ce titre, la définition proposée par Lalande et reprise par Teil est révélatrice de la difficulté de l’emploi de cette notion pour qualifier l’agir sanitaire aquitain : un système serait « un ensemble d’éléments, matériels ou non, qui dépendent réciproquement les uns des autres de manière à former un tout organisé »⁷⁵⁵. Nous l’avons vu, l’aspect relationnel et la dimension collective ne font pas de doute dans notre cas. Mais la formation d’un tout ne peut être affirmée. Car elle sous-entendrait une approche des interventions de chacun au sein et en fonction d’une entité globale, ou au moins d’un processus coopératif, conformément à des buts finaux partagés et perçus comme tels. Or, si les acteurs de l’agir sanitaire doivent faire ensemble, donc composer avec la présence nécessaire mais concurrentielle d’autres acteurs tenants d’une légitimité, leurs interventions ne peuvent être considérées comme des efforts tournés vers la réalisation de finalités collectivement établies.

L’agir sanitaire illustre, de ce point de vue, la définition d’un système de santé proposée par Boissonnat : il s’agit d’ « un agrégat hiérarchisé et évolutif de micro-mondes sociaux, multiples, hétérogènes et aux frontières poreuses, qui s’affrontent, s’enrôlent ou se fondent et aboutissent – en remaniant de la sorte les rapports de force – à modifier l’économie de leurs coopérations. Ils constituent autant de pôles de régulation plus ou moins autonomes ou interdépendants, qui peuvent exercer des effets synergiques ou au contraire

⁷⁵⁵ A. Teil, encadré « Qu’appelle-t-on système de soins ? », *Actualité et dossiers en santé publique*, n° 33, décembre 2000, pp. 26 – 27, ici p. 26. Citation de A. Lalande, *Vocabulaire technique et critique de la philosophie*, Paris, Presses Universitaires de France, 2006 (1^{ère} édition 1902-1923). Notons à cet égard que la formation d’un tout ne revient pas à une entité figée une fois pour toutes dans l’espace et le temps : le nombre des éléments comme leurs qualités ou leurs relations sont évolutives.

antagonistes »⁷⁵⁶. Cependant, malgré l'usage du terme « système », cette définition parfaitement adaptée à notre objet nous paraît justement laisser de côté une dimension clef de la construction systémique, à savoir la dimension de la finalité commune aux éléments du système. Comme le souligne Teil en effet, « La notion de système est indissociable de la notion de finalité en tant que caractéristique intrinsèque de la réalité étudiée. La finalité est l'élément du système qui en crée l'unité »⁷⁵⁷. De même la littérature sur les réseaux d'action publique met en exergue cet aspect. Mayntz définit par exemple un *policy system* comme un réseau d'acteurs « qui traitent conjointement une tâche spécifique »⁷⁵⁸.

La dimension systémique de l'agir paraît alors devoir être mise en question, puisque l'action publique s'est bien avérée construite par les interventions de plusieurs actants plus ou moins interdépendants, mais pas véritablement à plusieurs. L'agir sanitaire est une unité d'analyse mais pas une unité de sens pour les acteurs, dans la mesure où ce qui fait sens, ce sont les interconnexions situées, les perpétuels ajustements rendus nécessaires par des objectifs individuels ou institutionnels partiellement concordants, mais non pas des buts véritablement systémiques. Le caractère fondamentalement réticulaire de l'agir déployé selon des processus kaléidoscopiques non circonscrits ne permet pas de conclure à l'existence d'un système.

L'agir sanitaire ne peut être assimilé à un système de santé aquitain, la dimension relationnelle n'étant pas doublée d'un sens – dans les deux acceptions du terme – collectivement établi. Il tend au contraire à se rapprocher, par extension, de l'analyse que fait Teil d'un « système de soins » qui n'en est pas un en France : ses entités sont fortement cloisonnées, ne concourent pas à la réalisation d'objectifs partagés et « n'ont d'interactions entre elles que lorsqu'elles y sont contraintes » ; de même il « repose sur des habitudes de pratiques qui se maintiennent et s'entretiennent par la non révision des systèmes d'éducation et de formation des professionnels, par les bastions érigés de toutes parts »⁷⁵⁹.

Bastions et habitudes reviennent justement aux formes dont nous venons de souligner la prégnance. Leur constante actualisation, à travers la fabrique des associations entre acteurs,

⁷⁵⁶ V. Boissonnat, « Un “objet-réseau” : la radiographie de dépistage du cancer du sein », *op. cit.* p. 67

⁷⁵⁷ A. Teil, encadré « Qu'appelle-t-on système de soins ? », *op. cit.* p. 26

⁷⁵⁸ R. Mayntz, « Intergovernmental implementation of Environmental policy », in K. Hanf, F. W. Scharf, eds., *Interorganizational policy making*, *op. cit.*, pp. 201 – 214, ici p. 201

⁷⁵⁹ A. Teil, encadré « Qu'appelle-t-on système de soins ? », *op. cit.* p. 27

sans que ces derniers ne s'entendent définitivement sur des fins ni qu'une autorité de régulation incontestée ne fixe le sens des actions, est caractéristique d'un monde foncièrement évolutif mais ne procédant pas de la mise en question des modes d'intervention passés. L'agir sanitaire paraît plutôt ancré dans des dynamiques de bricolage sans principe unificateur, fondées sur les effets cumulatifs du changement et de la permanence. Son analyse n'a donc pas consisté en l'élucidation d'une substance qui résiderait derrière les accomplissements des individus ou en la mise au jour d'un modèle de gouvernance qui échapperait aux acteurs de terrain. L'agir sanitaire apparaît comme un espace de sens et pouvoir, structuré, au sens de Giddens, par des dynamiques d'ajustement sans fin – donc sans finalité collective éditée et sans terminaison – qui sont le socle à la fois de recompositions et de phénomènes de conservation. Ceci nous a conduit à rejeter une approche en termes de « gouvernance ». Tandis que l'objet de cette dernière est la coordination pour la réalisation de l'action publique, « le management des interdépendances », l'agir sanitaire renvoie, quant à lui, à des situations d'interdépendance, mais non à une dynamique visant leur gestion systémique et systématique⁷⁶⁰.

⁷⁶⁰ A.-F. Taiclet, « Le développement économique au regard des hypothèses de la gouvernance territoriale », *op. cit.* p. 109. L'auteur reprend une expression de Mayntz, dans R. Mayntz, *Soziale dynamik und politische Steuerung. Theoretische und methodologische Überlegungen*, Frankfurt, New York, Campus, 1997

Bibliographie

Ouvrages de sciences humaines et sociales

Ouvrages à usage général

ARNAUD A.-J., dir., *Dictionnaire encyclopédique de théorie et de sociologie du droit*, Paris, LGDJ-EJA, 1993, 758 p. (1^{ère} édition 1988)

AUBY J. B., *La décentralisation et le droit*, Paris, LGDJ, 2006, 154 p.

AUSTIN J. L., *Quand dire c'est faire*, Paris, Le Seuil, 1991, 202 p. (1^{ère} édition 1962)

BATIFOULIER P., dir., *Théorie des conventions*, Paris, Economica, 2001, 328 p.

BAUMAN Z., *La société assiégée*, Rodez, Éditions Le Rouergue-Chambon, 2005, 343 p. (1^{ère} édition 2002)

BECK U., *La Société du risque. Sur la voie d'une autre modernité*, Paris, Flammarion, 2003, 522 p.

BECKER H., *Outsiders. Études de sociologie de la déviance*, Paris, Métailié, 1985, 248 p. (1^{ère} édition 1963)

BELLEY J.-G., *Le droit soluble. Contributions québécoises à l'étude de l'internormativité*, Paris, LGDJ, 1996, 288 p.

BERGER P. L., LUCKMAN T., *La construction sociale de la réalité. Un traité de sociologie de la connaissance*, Paris, Méridiens Klincksiek, 1986, 288 p. (1^{ère} édition 1966)

BERTHELOT J.-M., dir., *Épistémologie des sciences sociales*, Paris, Presses universitaires de France, 2001, 593 p.

BEVIR M., RHODES R. A. W., *Interpreting British Governance*, London, Routledge, 2003, 240 p.

BLANC M., dir., *Pour une sociologie de la transaction sociale*, Paris, L'Harmattan, 1992, 291 p.

BOISSEVAIN J., *Friends of Friends: Networks, Manipulators and Coalitions*, Oxford, Basil Blackwell, 1974, 167 p.

BOLTANSKI L., THÉVENOT L., *De la justification. Les économies de la grandeur*, Paris, Gallimard, 1991, 483 p.

BONNY Y., *Sociologie du temps présent. Modernité avancée ou postmodernité ?*, Paris, Armand Colin, 2004, 256 p.

BORGETTO M., LAFORE R., *La République sociale. Contribution à l'étude de la question démocratique en France*, Paris, Presses Universitaires de France, 2000, 377 p.

BOUDON R., *L'idéologie, ou l'origine des idées reçues*, Paris, Fayard, 1986, 330 p.

BOUDON R., *Raison, bonnes raisons*, Paris, Presses Universitaires de France, 2003, 192 p.

BOURDIEU P., *La Distinction. Critique sociale du jugement*, Les Éditions de Minuit, Paris, 1979, 670 p.

BOURDIEU P., *Ce que parler veut dire. L'économie des échanges linguistiques*, Paris, Fayard, 1982, 243 p.

BOURDIEU P., *Homo academicus*, Paris, Les Éditions de Minuit, 1984, 302 p.

BOURDIEU P., *Questions de sociologie*, Paris, Les Éditions de Minuit, 2002, 277 p.

BOURDIN A., *La question locale*, Paris, Presses Universitaires de France 2000, 253 p.

BOURRICAUD F., *Esquisse d'une théorie de l'autorité*, Paris, Plon, 1961, 422 p.

BURNS T. R., FLAM H., *The Shaping of Social Organization. Social Rule System Theory with Applications*, London, Sage publications, 1987, 448 p.

CALLON M., LASCOUMES P., BARTHE Y., *Agir dans un monde incertain. Essai sur la démocratie technique*, Paris, Le Seuil, 2001, 357 p.

CERTEAU (DE) M., *L'invention du quotidien, I. Arts de faire*, Paris, Gallimard, 1990, 352 p. (1^{ère} édition 1980)

CERTEAU (DE) M., GIARD L., MAYOL P., *L'invention du quotidien, II. Habiter, cuisiner*, Paris, Gallimard, 1994, 448 p (1^{ère} édition 1980)

CHATEAURAYNAUD F., *La faute professionnelle. Une sociologie des conflits de responsabilité*, Paris, Métailié, 1991, 474 p.

CHATEAURAYNAUD F., TORNAY D., *Les sombres précurseurs. Une sociologie de l'alerte et du risque*, Paris, Éditions de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales, 1999, 476 p.

COMMAILLE J., JOBERT B., dir., *Les métamorphoses de la régulation politique*, Paris, LGDJ, 1998, 381 p.

CONEIN B., DODIER N., THÉVENOT L., dir., *Les objets dans l'action. De la maison au laboratoire*, Paris, Éditions de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales, 1993, 290 p.

CORCUFF P., *Les nouvelles sociologies*, Paris, Nathan, 1995, 126 p.

COULON A., *L'école de Chicago*, Paris, Presses Universitaires de France, 1992, 127 p.

CROZIER M., *Le phénomène bureaucratique. Essai sur les tendances bureaucratiques des systèmes d'organisation modernes et sur leurs relations en France avec le système social et culturel*, Paris, Le Seuil, 1971, 413 p.

CROZIER M., FRIEDBERG E., *L'acteur et le système. Les contraintes de l'action collective*, Paris, Le Seuil, 1977, 500 p.

DAHL R. A., *Who governs ? Democracy and Power in an American City*, New Haven, Yale University Press, 1961, 355 p.

DHUME F., *La coopération dans l'action publique*, Paris, L'Harmattan, 2006, 330 p.

DUBOIS V., *La Vie au guichet. Relation administrative et traitement de la misère*, Paris, Economica, 1999, 210 p.

DUPUY F., THOENIG J.-C., *La loi du marché. L'électroménager en France, aux États-Unis et au Japon*, Paris, L'Harmattan, 1986, 264 p.

DURAN P., *Penser l'action publique*, Paris, LGDJ, 1999, 212 p.

DURKHEIM E., *Les formes élémentaires de la vie religieuse. Le système totémique en Australie*, Paris, Presses universitaires de France, 1968, 647 p (1^{ère} édition 1912)

DUVAL J., *Le mythe du « trou de la Sécu »*, Paris, Raisons d'Agir, 2007, 135 p.

EDELMAN M., *Pièces et règles du jeu politique*, Paris, Le Seuil, 1991, 249 p.

EHRENBERG A., *L'individu incertain*, Paris, Calmann-Lévy, 1995, 351 p.

ELLUL J., *L'illusion politique*, Paris, La Table ronde, 2004, 362 p. (1^{ère} édition 1965)

EYMARD-DUVERNAY F., dir., *L'économie des conventions. Méthodes et résultats. Tome I Débats*, Paris, La Découverte, 2006, 334 p.

EYMARD-DUVERNAY F., dir., *L'économie des conventions. Méthodes et résultats. Tome II Développements*, Paris, La Découverte, 2006, 481 p.

FAURE A., DOUILLET A.-C., dir., *L'action publique et la question territoriale*, Grenoble, Presses Universitaires de Grenoble, 2005, 300 p.

FAURE A., POLLET G., WARIN P., dir., *La construction du sens dans les politiques publiques. Débats autour de la notion de référentiel*, Paris, L'Harmattan, 1995, 191 p.

FONTAINE J., HASSENTEUFEL P., dir., *To Change or not to Change? Les changements de l'action publique à l'épreuve du terrain*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, 2002, 305 p.

FOUCAULT M., *Dits et écrits*, Paris, Gallimard, 1994, 848 p.

FRANÇOIS B., NEVEU E., dir., *Espaces publics mosaïques. Acteurs, arènes et rhétoriques des débats publics contemporains*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, 1999, 322 p.

FREITAG M., *Dialectique et Société. Tome II, Culture, pouvoir et contrôle : les modes de reproduction formels de la société*, Montréal, Lausanne, Les Éditions Saint-Martin, L'Âge d'Homme, 1986, 443 p.

FRIEDBERG E., *Le pouvoir et la règle. Dynamiques de l'action organisée*, Paris, Le Seuil, 1997, 422 p. (1^{ère} édition 1993)

GARFINKEL H., *Studies in Ethnomethodology*, Malden MA, Polity Press, 1984, 304 p. (1^{ère} édition 1967)

GARIÉPY M., MARIÉ M., dir., *Ces réseaux qui nous gouvernent ?*, Paris, L'Harmattan, 1997, 467 p.

GARRAUD P. *Le chômage et l'action publique. Le « bricolage institutionnalisé »*, Paris, L'Harmattan, 2000, 241 p.

GAUDIN J.-P., *Gouverner par contrat. L'action publique en question*, Paris, Presses de Sciences Po, 1999, 233 p.

GAUDIN J.-P., *Pourquoi la gouvernance ?*, Paris, Presses de Sciences Po, 2002, 137 p.

GAUDIN J.-P., *L'action publique. Sociologie et politique*, Paris, Presses de Sciences Po - Dalloz, 2004, 242 p.

GAUDIN J.-P., NOVARINA G., dir., *Politiques publiques et négociation. Multipolarité, flexibilité, hiérarchies*, Paris, CNRS éditions, 1997, 173 p.

GIDDENS A., *New Rules of Sociological Method. A positive critique of interpretative sociologies*, New York, Basic Book Publishers, 1976, 196 p.

GIDDENS A., *La constitution de la société. Éléments de la théorie de la structuration*, Paris, Presses Universitaires de France, 1987, 474 p. (1^{ère} édition 1984)

GOFFMAN E., *La mise en scène de la vie quotidienne*, Paris, Les Éditions de Minuit, 1973, 2 volumes, 251 p. et 372 p. (1^{ère} édition 1956)

GOFFMAN E., *Les rites d'interaction*, Paris, Les Éditions de Minuit, 1974, 230 p. (1^{ère} édition 1967)

- GOFFMAN E., *Façons de parler*, Paris, Les Éditions de Minuit, 1987, 277 p.
- GOFFMAN E., *Les cadres de l'expérience*, Paris, Les Éditions de Minuit, 1991, 573 p. (1^{ère} édition 1974)
- GOSS S., *Making Local Governance Work. Networks, Relationships and the Management of Change*, New York, Palgrave Mac Millan, 2001, 224 p.
- GREIMAS A. J., *Sémantique structurale*, Paris, Presses Universitaires de France, 1986, 262 p. (1^{ère} édition 1966)
- HABERMAS J., *L'Espace public*, Paris, Payot, 1978, 322 p.
- HABERMAS J., *Théorie de l'agir communicationnel*, Paris, Fayard, 1987, 2 volumes, 448 p. et 480 p.
- HANF K., SCHARPF W., eds., *Interorganizational Policy Making. Limits to Coordination and Central Control*, London, Sage publications, 1978, 373 p.
- HASSENTEUFEL P., *Sociologie politique : l'action publique*, Paris, Armand Colin, 2008, 294 p.
- HIRSCHMAN A. O., *Exit, Voice, and Loyalty: Responses to Decline in Firms, Organizations and States*, Cambridge, Harvard University Press, 1970, 162 p.
- HIRSCHMAN A. O., *Rival Views of Market Society and Other Recent Essays*, New York, Viking, 1986, 197 p.
- HIRSCHMAN A. O., *Deux siècles de rhétorique réactionnaire*, Paris, Fayard, 1991, 295 p.
- HOLTON G., *L'invention scientifique. Thémata et interprétation*, Paris, Presses Universitaires de France, 1982, 472 p. (1^{ère} édition 1973)

HUSSERL E., *Recherches logiques*, Paris, Presses Universitaires de France, 1961, 3 tomes, 284, 279 et 308 p. (1^{ère} édition 1900)

JOAS H., *La créativité de l'agir*, Paris, Les Éditions du Cerf, 1999, 306 p. (1^{ère} édition 1992)

JOBERT B., MULLER P., *L'État en action. Politiques publiques et corporatismes*, Paris, Presses Universitaires de France, 1987, 242 p.

JOBERT B., REVESZ B., *Représentation sociale et planification. Recherche pour une approche intégrative des indicateurs sociaux*, Grenoble, Cerat, 1972, 147 p.

LASCOUMES P., *L'Écopouvoir. Environnements et politiques*, Paris, La Découverte, 1994, 317 p.

LATOURE B., *Nous n'avons jamais été modernes. Essai d'anthropologie symétrique*, Paris, La Découverte, 1991, 210 p.

LATOURE B., *L'Espoir de Pandore. Pour une version réaliste de l'activité scientifique*, Paris, La Découverte, 2001, 347 p. (1^{ère} édition 1999)

LATOURE B., *La science en action. Introduction à la sociologie des sciences*, Paris, La Découverte, 2005, 664 p. (1^{ère} édition 1987)

LATOURE B., *Changer de société, refaire de la sociologie*, Paris, La Découverte, 2007, 406 p. (1^{ère} édition 2005)

LE BART C., *Les maires : sociologie d'un rôle*, Villeneuve d'Ascq, Presses Universitaires du Septentrion, 2003, 222 p.

LE BART C., LEFEBVRE R., dir., *La proximité en politique. Usages, rhétoriques et pratiques*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, 2005, 305 p.

LE GALÈS P., LASCOUMES P., *Gouverner par les instruments*, Paris, Les Presses de Sciences Po, 2004, 370 p.

LE GALÈS P., THATCHER M., dir., *Les réseaux de politiques publiques. Débat autour de la notion de policy networks*, Paris, L'Harmattan, 2000, 272 p.

LÉVY-STRAUSS C., *La pensée sauvage*, Paris, Plon, 1976, 389 p. (1^{ère} édition 1962)

LIPSKY M., *Street Level Bureaucracy: Dilemmas of the Individual in Public Services*, New York, Russell Sage Foundation, 1980, 244 p.

MARCH J. G., OLSEN J. P., *Ambiguity and Choice in Organizations*, Bergen, Universitetsforlaget, 1979, 408 p. (1^{ère} édition 1976)

MARIÉ M., *Les terres et les mots. Une traversée des sciences sociales*, Paris, Méridiens Klincksieck, 1989, 256 p.

MARIN B., MAYNTZ R., eds., *Policy Networks. Empirical Evidence and Theoretical Considerations (Public Policy and Social Welfare)*, Boulder, Westview Press, 1991, 330 p.

MAYNTZ R., *Soziale dynamik und politische Steuerung. Theoretische und methodologische Überlegungen*, Frankfurt, New York, Campus, 1997, 342 p.

MBACK C. N., dir., *Démocratisation et décentralisation. Genèse et dynamiques comparées des processus de décentralisation en Afrique subsaharienne*, Paris, Karthala, 2003, 528 p.

MÉNY Y., THOENIG J.-C., *Politiques publiques*, Paris, Presses Universitaires de France, 1989, 391 p.

MINTZBERG H., *Structure et dynamique des organisations*, Paris, Les Éditions d'organisation, 1982, 434 p.

MULLER P., *Les politiques publiques*, Paris, Presses universitaires de France, 2006 (1^{ère} édition 1990), 126 p.

NACHI M., *Introduction à la sociologie pragmatique. Vers un nouveau style sociologique ?*, Paris, Armand Colin, 2006, 224 p.

NAY O., *La région, une institution*, Paris, L'Harmattan, 1997, 377 p.

NAY O., SMITH A., dir., *Le gouvernement du compromis. Courtiers et généralistes dans l'action publique*, Paris, Economica, 2002, 237 p.

ORLÉAN A., dir., *Analyse économique des conventions*, Paris, Presses Universitaires de France, 2004, 432 p. (1^{ère} édition 1994)

PASQUIER R., SIMOULIN V., WEISBEIN J., dir., *La gouvernance territoriale. Pratiques, discours et théories*, Paris, LGDJ, 2007, 235 p.

ROSANVALLON P., *La nouvelle question sociale. Repenser l'Etat-providence*, Paris, Le Seuil, 1995, 222 p.

ROSANVALLON P., *Le modèle politique français. La société civile contre le jacobinisme de 1789 à nos jours*, Paris, Le Seuil, 2004, 445 p.

SABATIER P., JENKINS-SMITH H. C., eds., *Policy Change and Learning. An Advocacy Coalition Approach (theoretical lenses on public policy)*, Boulder, Westview press, 1993, 304 p.

SALAI R., CHATEL E., RIVAUD-DANSET D., dir., *Institutions et conventions. La réflexivité de l'action économique*, Paris, Éditions de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales, 1998, 303 p.

SEN A., *Repenser l'inégalité*, Paris, Le Seuil, 2000, 281 p.

SIMMEL G., *Philosophie de l'argent*, Paris, Presses Universitaires de France, 1987, 662 p. (1^{ère} édition 1900)

SIMMEL G., *Sociologie. Études sur les formes de la socialisation*, Paris, Presses Universitaires de France, 1999, 772 p. (1^{ère} édition 1908)

SIX J. F., *Dynamique de médiation*, Paris, Desclée de Brouwer, 1995, 281 p.

SMITH A., SORBETS C., dir., *Le leadership politique et le territoire : les cadres d'analyse en débat*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, 2003, 293 p.

STEINMO S. et alii, eds., *Structuring Politics. Historical Institutionalism in Comparative Analysis*, New York, Cambridge University Press, 1992, 272 p.

STRAUSS A., dir., *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme*, Paris, L'Harmattan, 1992, 319 p.

STRAUSS A., CORBIN J., *Basics of Qualitative Research : Grounded Theory Procedures and Techniques*, Newbury Park, CA, Sage Publications, 1990, 272 p.

TAYLOR C., *Multiculturalisme. Différence et démocratie*, Paris, Aubier, 1994, 144 p.

TAYLOR C., *La liberté des modernes*, Paris, Presses Universitaires de France, 1997, 308 p.

THÉVENOT L., *L'Action au pluriel. Sociologie des régimes d'engagement*, Paris, La Découverte, 2006, 310 p.

TILLY C., *La France contestée de 1600 à nos jours*, Paris, Fayard, 1986, 622 p.

WEBER M., *Sociologie de la religion. Économie et société*, traduit et présenté par Kalinowski I., Paris, Flammarion, 2006, 512 p.

WEBER M., *Économie et société*, Paris, Plon, 1971, 336 p. (1^{ère} édition 1921)

WEBER M., *L'Éthique protestante et l'esprit du capitalisme*, Paris, Gallimard, 2004, 531 p. (1^{ère} édition 1905)

YANOW D. *How Does a Policy Mean? Interpreting Policy and Organizational Actions*, Washington D. C., Georgetown University Press, 1996, 290 p.

Ouvrages spécialisés sur la santé

ADAM P., HERZLICH C., *Sociologie de la maladie et de la médecine*, Paris, Nathan, 2004, 128 p. (1^{ère} édition 1994)

AÏACH P., DELANOË D., dir., *L'ère de la médicalisation. Ecce homo sanitas*, Paris, Economica, 1998, 251 p.

ARLIAUD M., *Les médecins*, Paris, La Découverte, 1987, 125 p.

ASHTON J., SEYMOUR H., *The New Public Health*, Buckingham, Open University Press, 1988, 184 p.

AUBIN G., GALLINATO B., dir., *Les espaces locaux de la protection sociale. Études offertes au Professeur Pierre Guillaume, colloque de Bordeaux février 2003*, Paris, Comité aquitain d'histoire de la Sécurité Sociale, 2004, 550 p.

AUGÉ M., HERZLICH C., *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Paris, Archives contemporaines, 1984, 278 p.

BASS M., *Promouvoir la santé*, Paris, L'Harmattan, 1994, 304 p.

BASTIDE R., *Sociologie des maladies mentales*, Paris, Flammarion, 1965, 283 p.

BATIFOULIER P., GADREAU M., dir., *Éthique médicale et politique de santé*, Paris, Economica, 2005, 223 p.

BUSE K. et alii, *Making Health Policy*, Milton Keynes, Open University Press, 2005, 216 p.

CALLON M., RABEHARISOA V., *Le pouvoir des malades. L'association française contre les myopathies et la recherche*, Paris, Presses de l'École des mines de Paris, 1999, 181 p.

CANGUILHEM G., *Le normal et le pathologique*, Paris, Presses Universitaires de France, 2006, 224 p. (1^{ère} éd. 1966)

CARRICABURU D., MÉNORET M., *Sociologie de la santé. Institutions, professions et maladies*, Paris, Armand Colin, 2004, 235 p.

COMITI V.-P., *Histoire du droit sanitaire français*, Paris, Presses Universitaires de France, 1994, 128 p.

CONTANDRIOPOULOS A.-P., SOUTEYRAND Y., dir., *L'hôpital stratège : dynamique locale et offre de soins*, Montrouge, Libbey Eurotext, 1996, 317 p.

CRESSON G., DRULHE M., SCHWEYER F.-X., dir., *Coopérations, conflits et concurrences dans le système de santé*, Rennes, Éditions de l'École Nationale de la Santé Publique, 2003, 288 p.

DODIER N., *Leçons politiques sur l'épidémie de sida*, Paris, Éditions de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales, 2003, 360 p.

DOUGUET F., VILBROD A., *Le métier d'infirmière libérale : Portrait sociologique d'une profession en pleine mutation*, Paris, Seli Arslan, 2007, 287 p.

DRULHE M., *Santé et société : le façonnement sociétal de la santé*, Paris, Presses Universitaires de France, 1996, 390 p.

FASSIN D., *L'espace politique de la santé. Essai de généalogie*, Paris, Presses Universitaires de France, 1996, 324 p.

FASSIN D., dir., *Les figures urbaines de la santé publique. Enquête sur des expériences locales*, Paris, La Découverte, 1998, 238 p.

FASSIN D., *Les enjeux politiques de la santé. Etudes sénégalaises, équatoriennes et françaises*, Paris, Karthala, 2000, 344 p.

FLEURET S., SÉCHET R., dir., *La santé, les soins, les territoires. Penser le bien-être*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2002, 236 p.

FOUCAULT M., *Naissance de la clinique, une archéologie du regard médical*, Paris, Presses Universitaires de France, 1963, 214 p.

FOUCAULT M., *Histoire de la sexualité I, La volonté de savoir*, Paris, Gallimard, 1976, 211 p.

FOUCAULT M., dir., *Les machines à guérir, aux origines de l'hôpital moderne*, Paris, Pierre Mardaga Éditions, 1979, 184 p.

FREIDSON E., *La profession médicale*, Paris, Payot, 1984, 371 p. (1^{ère} édition 1970)

GADAMER H. G., *Philosophie de la santé*, Paris, Grasset, 1998, 183 p.

GARRIGOU A., *La santé dans tous ses états*, Biarritz, Atlantica, 2000, 362 p.

GOFFMAN I., *Asiles*, Paris, Les Éditions de Minuit, 1968, 447 p.

GUYOT J-C., HÉRAULT B., dir., *La santé publique. Un enjeu de politique municipale*, Pessac, Maison des sciences de l'homme d'Aquitaine, 2001, 283 p.

HASSENTEUFEL P., *Les médecins face à l'État. Une comparaison européenne*, Paris, Presses de Sciences Po, 1997, 367 p.

HERZLICH C., *Santé et maladie. Analyse d'une représentation sociale*, Paris-La Haye, Mouton, 1969, 214 p.

HERZLICH C., *Médecine, maladie et société. Recueil de textes présentés et commentés*, Paris, La Haye, Mouton, 1970, 318 p.

HERZLICH C., PIERRET J. *Malades d'hier et d'aujourd'hui : de la mort collective au devoir de guérison*, Paris, Payot, 1984, 295 p.

HIPPOCRATE, *De l'art médical*, Paris, Le livre de Poche, 1994, 606 p.

HOURS B., dir., *Systèmes et politiques de santé. De la santé publique à l'anthropologie*, Paris, Karthala, 2001, 358 p.

ILLICH I., *Némésis médicale. L'expropriation de la santé*, Paris, Le Seuil, 1975, 223 p.

IMMERGUT E., *Health Politics. Interests and Institutions in Western Europe*, New York, Cambridge University Press, 1992, 362 p.

JAMOUS H., *Sociologie de la décision. La réforme des études médicales et des structures hospitalières*, Paris, Les Éditions du CNRS, 1969, 259 p.

JEAN P., *Éléments de droit hospitalier*, Master 2 Droit de la santé et de la protection sociale, Université de Pau et du Pays de l'Adour, 2006-2007, fascicule 5, 63 p.

JODELET D., *Folies et représentations sociales*, Paris, Presses Universitaires de France, 1989, 398 p.

JOUBERT M., LOUZOUN C., dir., *Répondre à la souffrance sociale*, Paris, Érès, 2005, 188 p.

KERVASDOUÉ (DE) J., *La santé intouchable. Enquête sur une crise et ses remèdes*, Paris, Lattès, 1996, 294 p.

KERVASDOUÉ (DE) J., *La qualité des soins en France*, Paris, Les Éditions de l'Atelier, 2000, 180 p.

KERVASDOUÉ (DE) J., dir., *La crise des professions de santé*, Paris, Dunod, 2003, 352 p.

KERVASDOUÉ J. (DE), PICHERAL J., *Santé et territoire. Carnet de santé de la France 2004*, Paris, Dunod, 2004, 224 p.

LECLERC A., dir., *Les inégalités sociales de santé*, Paris, La Découverte, 2000, 448 p.

LECORPS P., PATURET J-B., *Santé publique, du biopouvoir à la démocratie*, Rennes, Éditions de l'École Nationale de la Santé Publique, 1999, 186 p.

LE FAOU A.-L., *Les systèmes de santé en questions : Allemagne, France, Royaume-Uni, Etats-Unis et Canada*, Paris, Ellipses Marketing, 2003, 224 p.

LEHMANN C., *Patients si vous saviez... Confessions d'un médecin généraliste*, Paris, Robert Laffont, 2003, 345 p.

LORIOU M., *L'impossible politique de santé publique en France*, Toulouse, Erès, 2002, 166 p.

MORDELET P., *Gouvernance de l'hôpital et crise des systèmes de santé*, Rennes, Éditions de l'École Nationale de la Santé Publique, 2006, 367 p.

MORELLE A., *La défaite de la santé publique*, Paris, Flammarion, 1996, 389 p.

PALIER B., *La réforme des systèmes de santé*, Paris, Presses Universitaires de France, 2004, 127 p.

PALIER B., *Gouverner la sécurité sociale*, Paris, Presses Universitaires de France, 2005, 528 p.

PENEFF J., *La France malade de ses médecins*, Paris, Les empêcheurs de tourner en rond, 2005, 360 p.

SAN MARTIN H., *Santé publique et médecine préventive*, Paris, Masson, 1987, 297 p. (1^{ère} édition 1983)

SCHWEYER F.-X., dir., *Normes et valeurs dans le champ de la santé*, Rennes, Éditions de l'École Nationale de la Santé Publique, 2004, 306 p.

SETBON M., *Pouvoirs contre le sida. De la transfusion sanguine au dépistage : décisions et pratiques en France, Grande-Bretagne et Suède*, Paris, Le Seuil, 1993, 420 p.

SFEZ L., *La santé parfaite, critique d'une nouvelle utopie*, Paris, Le Seuil, 1995, 398 p.

STARR P., *The Social Transformation of American Medicine*, New York, Basic Books, 1982, 514 p.

STEFFEN M., *Les États face au sida en Europe*, Grenoble, Presses Universitaires de Grenoble, 2001, 261 p.

STEFFEN M., *Health Governance in Europe : Issues, Challenges, and Theories*, London, New York, Routledge, 2005, 224 p.

STEUDLER F., *Sociologie médicale*, Paris, Armand Colin, 1972, 388 p.

STRAUSS A., ed., *Social Organization of Medical Work*, Chicago, University of Chicago Press, 1985, 310 p.

TABUTEAU D., *Les contes de Ségur. Les coulisses de la politique de santé (1988-2006)*, Paris, Ophrys santé, 2006

TESSIER S., ANDRÉYS J.-B., RIBEIRO M.-A., *Santé publique, santé communautaire*, Paris, Maloine, 2004, 341 p. (1^{ère} édition 1996)

THOMAS W. I., THOMAS D., *The Child in America: Behavior Problems and Programs*, New York, Knopf, 1928, 583 p.

VIGNERON E., dir., *Pour une approche territoriale de la santé*, Paris, Éditions de l'Aube – Datar, 2003, 286 p.

VIGNERON E. et alii, *Santé et territoire, une nouvelle donne*, La Tour d'Aigues, Paris Éditions de l'Aube – Datar, 2003, 239 p.

WILSFORD D., *Doctors and the State. The Politics of Health Care in France and the United States*, Durham, NC' Duke University Press, 1991, 380 p.

Autres ouvrages

Littérature

BRUCKNER P., *L'euphorie perpétuelle. Essai sur le devoir de bonheur*, Paris, Grasset, 2000, 280 p.

DRUON M., *Les rois maudits. Tome III, Les poisons de la couronne. 1315-1316*, Paris, Del Duca, 1956, 291 p.

PROUST M., *À la recherche du temps perdu. À l'ombre des jeunes filles en fleur*, Paris, Gallimard, 1988, 568 p. (1^{ère} édition 1919)

PROUST M., *À la recherche du temps perdu. Le côté de Guermantes*, Bibliothèque électronique du Québec, ouvrage numérisé, 2008, 339 p. (1^{ère} édition 1921)

Philosophie et philosophie des sciences

KÜHN T. S., *La structure des révolutions scientifiques*, Paris, Flammarion, 1983 (1^{ère} édition 1962), 286 p.

LALANDE A., *Vocabulaire technique et critique de la philosophie*, Paris, Presses Universitaires de France, 2006, 1323 p. (1^{ère} édition 1902-1923)

PRIGOGINE I., *From being to becoming. Time and complexity in the physical sciences*, San Francisco, W. H. Freeman and Company, 1980, 272 p.

PRIGOGINE I., STENGERS I., *La nouvelle alliance. Métamorphose de la science*, Paris, Gallimard, 1986, 439 p. (1^{ère} édition 1979)

SLOTERDIJK P., *Bulles. Sphères I*, Paris, Pauvert, 2002, 687 p.

Articles de périodiques

ANDERSON J. C., NARUS J. A., « A Model of the Distributor's Perspective of Distributor-Manufacturer Working Relationships », *Journal of Marketing*, vol. 48, 1984, pp. 62 – 74

BARBIER M., « Une interprétation de la constitution de l'ESB comme problème public européen », *Revue Internationale de Politique Comparée*, vol. 10, n° 2, 2003, pp. 233 – 246

BATE P., « Changing the culture of a hospital: from hierarchy to network community », *Public Administration*, vol. 78, n° 1, 2000, pp. 485 – 512

BATESON G. et alii., « Toward a Theory of Schizophrenia », *Behavioral Science*, vol.1, 1956, pp. 251 – 264

BELLEY J.-G., « Une typologie sociojuridique du contrat », *Sociologie du travail*, vol. 38, n° 4, 1996, pp. 465 – 486

BLAIS F., « Choix et limites de l'allocation des ressources en santé. Pourquoi est-ce nécessaire ? Pourquoi est-ce difficile ? », *Éthique publique. Revue internationale d'éthique sociétale et gouvernementale*, vol. 5, n° 1, printemps 2003, pp. 9 – 14

BLATRIX C., « Devoir débattre. Les effets de l'institutionnalisation de la participation sur les formes de l'action collective », *Politix*, vol. 15, n° 57, 2002, pp. 79 – 102

BLONDIAUX L., SINTOMER Y., « L'impératif délibératif », *Politix*, vol. 15, n° 57, 2002, pp. 17 – 35

BOAS T. C., « Conceptualizing Continuity and Change: The Composite-Standard Model of Path Dependence », *Journal of Theoretical Politics*, vol. 19, n° 1, 2007, pp. 33 – 54

BOLTANSKI L., « Les usages sociaux du corps », *Les Annales*, vol. 26, n° 1, 1971, pp. 205 – 233

BORRAZ O., LONCLE-MORICEAU P., « Permanences et recompositions du secteur sanitaire », *Revue Française de Sociologie*, vol. 41, n° 1, janvier - mars 2000, pp. 37 – 70

BOSSERT T., « Analyzing the Decentralization of Health Systems in Developing Countries: Decision Space, Innovation and Performance », *Social Science and Medicine*, vol. 47, n° 10, 1998, pp. 1513 – 1527

BRAS P. L., « Notre système de soins sera-t-il mieux gouverné? », *Droit social*, n° 11, 2004, pp. 967 – 978

BRÉMOND M., « Les syndicats de médecins contre l'organisation de la protection sociale, tout contre », *Pouvoirs*, n° 89, 1999, pp. 119 – 134

BRÉMOND M., « Peut-on parler d'une politique de soins ? », *Actualité et Dossiers en Santé Publique*, n° 33, décembre 2000, pp. 21 – 22

BROWN D., « Remèdes, financement public et insatisfaction politique. La réforme de la politique de santé en Europe vue par un chercheur américain », *Revue Française des Affaires Sociales*, n° 2-3, avril-septembre 2006, pp. 333 – 351

BRUN N., « Ce que “prendre soin” veut dire », *Revue hospitalière de France*, n° 506, septembre - octobre 2005, p. 1

BURY J. A., « Éducation thérapeutique et démocratie sanitaire : du quotidien au politique », *Revue Francophone Psycho-oncologie*, vol. 2, n° 4, 2003, pp. 113 – 119

CALLON M., « Éléments pour une sociologie de la traduction. La domestication des coquilles Saint-Jacques et des marins pêcheurs dans la baie de Saint-Brieuc », *L'année sociologique*, n° 36, 1996, pp. 169 – 208

CATRICE-LOREY A., STEFFEN M., « La mise en oeuvre des réformes des systèmes de santé bismarckiens : des capacités inégales », *Revue Française des Affaires Sociales*, n° 2-3, 2006, pp. 171 – 189

CLAVERANNE J.-P., BRÉMOND M., TEIL A., Introduction du dossier « Organisation, décision et financement des systèmes de soins », *Actualité et Dossiers en Santé Publique*, n° 33, décembre 2000, pp. 19 – 20

COHEN M. D., MARCH J. G., OLSEN J. P., « A Garbage Can Model of Organizational Choice », *Administrative Science Quarterly*, vol. 17, n° 1, 1972, pp. 1 – 25

CONTANDRIOPOULOS A.-P., « Régulation d'un système de soins sans murs », *Revue hospitalière de France*, n° 505, juillet-août 2005, pp. 44 – 45

CORIN E., « Les détours de la raison. Repères sémiologiques pour une anthropologie de la folie », *Anthropologie et sociétés*, vol. 17, n° 1-2, 1993, pp. 5 – 20

DAVEZIE L., « De la question sociale à la question spatiale », *Lien social et politiques*, n° 52, automne 2004, pp. 47 – 53

DAVIES A., « Foundation hospitals: a new approach to accountability and autonomy in the delivery of public services? », *Public Law*, winter 2004, pp. 808 – 828

DENT M., « Post-New Public Management in public sector hospitals? The UK, Germany and Italy », *Policy & Politics*, vol. 33, n° 4, 2005, pp. 623 – 636

DESAGE F., GODARD J., « Désenchantement idéologique et réenchantement mythique des politiques locales », *Revue Française de Science Politique*, vol. 55, n° 4, 2005, pp. 633 – 661

DESFORGES F., « Histoire et philosophie : une analyse de la notion de santé », *Histoire, économie et société*, vol. 20, n° 20-3, 2001, pp. 291 – 301

DEZALAY T., GUEISSAZ A., MAILLET C., « Réalité et perception des dimensions spatiales et socio-culturelles de l'accessibilité des services collectifs.", *EspacesTemps.net*, [Textuel 2 février 2007]. Disponible sur : <http://espacestemps.net/document2621.html>.

DODIER N., « Les appuis conventionnels de l'action. Eléments de pragmatique sociologique », *Réseaux. Communication, Technologie, Société*, vol. 11, n° 62, 1993, pp. 63 – 85

DONZELOT J., EPSTEIN R., « Démocratie et participation : l'exemple de la rénovation urbaine », *Esprit*, juillet 2006, pp. 5 – 34

DOOLEY C., « Reflections on “Region” in Recent Writings on the History of Health and Medicine in Canada », *Journal of Canadian studies*, vol. 41, n° 3, fall 2007, pp. 166 – 184

DOUILLET A.-C., « Les élus ruraux face à la territorialisation de l'action publique », *Revue Française de Science Politique*, vol. 53, n° 4, août 2003, pp. 583 – 606

DURAN P., THOENIG J.-C., « L'État et la gestion publique territoriale », *Revue Française de Science Politique*, vol. 46, n° 4, 1996, pp. 580 – 623

FAVEREAU O., « Point théorique : entretien sur l'économie de conventions », *Critique Economique*, n° 12, 2004, pp. 127 – 152

FERONI I., LOVELL A., « Prévention du VIH et toxicomanie à Marseille. Esquisse pour une santé publique locale », *Les Annales de la recherche urbaine*, n° 73, décembre 1996, pp. 23 – 32

FRIGOLI G., « Lorsque gérer l'action sociale devient affaire d'action collective. Une contribution à l'analyse des partenariats dans l'action sociale territorialisée. Le cas de la lutte contre l'exclusion », *Revue Française des Affaires Sociales*, n° 4, 2004, pp. 85 – 103

FRINAULT T., « La réforme française de l'allocation dépendance ou comment bricoler une politique publique », *Revue Française de Science Politique*, vol. 55, n° 4, 2005, pp. 607 – 632

GERMAIN A., ESTÈBE P., « Le territoire comme instrument providentiel de l'État social », *Lien social et politiques*, n° 52, automne 2004, pp. 5 – 10

GRAMAGLIA C., « Mise à l'essai du concept de sphère sur le terrain des conflits environnementaux », *ethnographiques.org*, n° 6, novembre 2004, en ligne [page consultée le 25 mars 2006]. Disponible sur : <http://www.ethnographiques.org/documents/article/ArGramaglia.html>

GUIGNER S., « L'odyssée de l'administration européenne de la santé : la quête d'un leadership », *Politique européenne*, n° 11, automne 2003, pp. 31 – 54

HALL P. A., TAYLOR R., « La science politique et les tris néo-institutionnalismes », *Revue Française de Science Politique*, vol. 47, n° 3-4, 1997, pp. 469 – 496

HARTMANN L., ULMANN P., ROCHAIX L., « Régulation de la demande de soins non programmés en Europe », *Revue Française des Affaires Sociales*, n° 2-3, 2006, pp. 91 – 119

HASSENTEUFEL P., « Think social, act local », *Politiques et Management Public*, vol. 16, n° 3, 1997, pp. 1 – 11

HASSENTEUFEL P., « Vers le déclin du “pouvoir médical” ? Un éclairage européen : France, Allemagne, Grande Bretagne », *Pouvoirs*, n° 89, 1999, pp. 51 – 64

HASSENTEUFEL P., PALIER B., « Les trompe-l’oeil de la ‘gouvernance’ de l’assurance maladie. Contrastes franco-allemands », *Revue Française d’Administration Publique*, n° 113, 2005, pp. 13 – 28

HENRY A., « Le kaléidoscope », *Cahiers Marcel Proust*, n° 3, 1979, pp. 27 – 66

HOOD C., « The ‘New Public Management’ in the 1980s: variations on a theme », *Accounting, Organizations and Society*, vol. 20, n° 2, 1995, pp. 93 – 109

JOBERT B., « Bureaucraties sociales et planification locale », *Annuaire de l’aménagement du territoire*, Tome VIII, 1977, pp. 237 – 250

JOBERT B., « Les institutions sanitaires : quatre dimensions de l’action démocratique », *Revue Française des Affaires Sociales*, n° 2, juin 2000, pp. 34 – 44

JOBERT B., « Représentations sociales, controverses et débats dans la conduite des politiques publiques », *Revue Française de Science Politique*, vol. 42, n° 2, 1992, pp. 219 – 234

JOBERT B., REVESZ B., « Politiques résiduelles et planification sociale », *Cahiers internationaux de sociologie*, n° 63, 1977, pp. 243 – 260

JOUBERT M. et alii, « Étude de la souffrance psychosociale et de ses facteurs modérateurs chez les consultants en situation de précarité dans un centre de prévention sanitaire et sociale », *Revue d’Épidémiologie et de Santé Publique*, n° 48, 2000, pp. 351 – 362

LAJUDIE B., « La région, échelon régulateur de la complexité locale », *Pouvoirs locaux*, n° 68, 2006, pp. 90 – 91

LASCOUMES P., « La précaution comme anticipation des risques résiduels et hybridation de la responsabilité », *L'Année sociologique*, vol. 46, n° 2, 1996, pp. 359 – 382

LASCOUMES P., « Normes juridiques et mise en œuvre des politiques publiques », *L'Année sociologique*, vol. 40, 1990, pp. 43 – 71

LASCOUMES P., « L'utilisateur, acteur fictif ou vecteur de changement dans la politique de santé ? », *Sève*, n° 1, 2003, pp. 59 – 70

LASCOUMES P., « L'utilisateur dans le système de santé : réformateur social ou fiction utile ? », *Politique et Management Public*, vol. 25, n° 2, juin 2007, pp. 129 – 144

LASCOUMES P., LE BOURHIS J.-P., « Le bien commun construit territorial. Identités d'action et procédures », *Politix*, n° 42, 1998, pp. 37 – 66

LAUDE A., « Les médecins et les malades face au droit », *Revue française d'Administration Publique*, n° 113, septembre 2005, pp. 113 – 120

LEHMAN E. W., « Towards a Macrosociology of Power », *American Sociological Review*, vol. 34, n° 4, august 1969, pp. 453 – 465

LONCLE P., ROUYER A., « La participation des usagers : un enjeu de l'action publique locale », *Revue Française des Affaires Sociales*, n° 4, 2004, pp. 133 – 154

LORRAIN D., « Le secteur public local entre nationalisation et décentralisation », *Les Annales de la recherche urbaine*, n° 13, hiver 1981, pp. 53 – 104

LOWI T., « American Business, Public Policy, Case Studies and Political Theory », *World Politics*, vol. 16, n° 4, 1964, pp. 677 – 715

LÖWY M., « Le concept d'affinité élective chez Weber », *Archives des sciences sociales des religions*, n° 124, juillet-septembre 2004, pp. 93 – 103

MASSÉ R., « Le risque en santé publique : pistes pour un élargissement de la théorie sociale », *Sociologie et société*, vol. 39, n° 1, printemps 2007, pp. 13 – 27

MAUDET G., « La “démocratie sanitaire” : penser et construire l’usager », *Lien social et politiques*, n° 48, automne 2002, pp. 95 – 102

MOON G., « (Re)placing Research on Health and Health Care », *Health and Place*, vol. 1, n° 1, 1995, pp. 1 – 4

MULLEN P. D. et alii, « Settings as an important dimension in health education/promotion policy, programs and research », *Health Education and Behaviour*, vol. 22, n° 3, 1995, pp. 329 – 345

MULLER P., « Esquisse d’une théorie du changement dans l’action publique. Structures acteurs et cadres cognitifs », *Revue Française de Science Politique*, vol. 55, n° 1, 2005, pp. 155 – 187

NEUVILLE J.-P., « La tentation opportuniste. Figures et dynamique de la coopération interindividuelle dans le partenariat industriel », *Revue Française de Sociologie*, vol. 39, n° 1, 1998, pp. 71 – 103

PAICHELER G., « Présentation », *Sociologie et société*, vol. 39, n° 1, printemps 2007, pp. 5 – 12

PALIER B., « La référence au territoire dans les nouvelles politiques sociales », *Politique et management public*, vol. 16, n° 3, pp. 13 – 41

PHANUEL D., « Confiance et consentement des malades : le défi de l’information », *Revue du Recemep*, en ligne [page consultée le 20 juin 2005]. Disponible sur : www.unice.fr/recemep/contenurevue/Articles.html

PIERSON P., « Increasing Returns, Path Dependence and the Study of Politics », *American Political Science Review*, vol. 94, n° 2, 2000, pp. 251 – 267

PINSON G., SALA PALA V., « Peut-on vraiment se passer de l'entretien en sociologie de l'action publique », *Revue Française de Science Politique*, vol. 57, n° 5, 2007, pp. 555 – 597

POLLET G., « La construction de l'État social à la française : entre national et local (XIX^{ème} et XX^{ème} siècles) », *Lien social et politiques*, n° 33, printemps 1995, pp. 115 – 131

POLTON D., « Décentralisation des systèmes de santé : un éclairage international », *Revue Française des Affaires Sociales*, n° 4, 2004, pp. 267 – 299

QUERRIEN A., LASSAVE P., « La ville, acteur de santé publique », *Les annales de la recherche urbaine*, n° 73, décembre 1996, pp. 3 – 4

RÉMY P. L., « Système de santé et principe de précaution », *Actualité et Dossiers en Santé Publique*, n° 33, décembre 2000, encadré p. 29

RHODES R. A. W., « The New Governance: Governing Without Government », *Political Studies*, vol. 44, n° 4, 1996, pp. 652 – 667

SAINT-ANDRÉ J.-P., RICHARD I., « La crise de la démographie médicale : une illusion ? », *Esprit*, n° 1, 2007, pp. 65 – 75

SANNINO N. et alii, « L'éducation thérapeutique du patient asthmatique suivi en médecine de ville vaut-elle le coût ? », *Actualité et Dossiers en Santé Publique*, n° 59, juin 2007, pp. 9 – 14

SCHURMANS M.-N., CHARMILLOT M., « Les sciences sociales face au paradigme médical : approche critique », *Sociologie Santé*, n° 26, juin 2007, pp. 317 – 335

SCHWEYER F.-X., « La régulation régionale du système hospitalier : pilotage par l'État ou territorialisation ? », *Politiques et Management Public*, vol. 16, n° 3, septembre 1998, pp. 43 – 68

SCHWEYER F.-X., « Les territoires de santé et la médecine libérale. Les enjeux d'une convergence », *Lien social et politiques*, n° 52, automne 2004, pp. 35 – 46

SNOW D. A., ROCHFORD E. B., WORDEN S., BENFORD R. D., « Frame Alignment Processes, Micromobilization, and Movement Participation », *American Sociological Review*, vol. 51, august 1986, pp. 464 – 481

STASSE F., « Les acteurs de la politique de santé » *Pouvoirs*, n° 89, 1999, pp. 65 – 78

STRAUSS A., « Work and the Social Division of Labor », *The sociological Quarterly*, vol. 26, n° 1, 1985, pp. 1 – 19

SWANSON E. B., RAMILLER N. C., « The Organizing Vision in Information Systems Innovation », *Organization Science*, vol. 8, n° 5, 1997, pp. 458 – 474

TABUTEAU D., « Introduction », *Revue Française d'Administration Publique*, n° 113, 2005, pp. 7 – 12

TABUTEAU D., « La santé en quête de politique », *Sève*, n° 14, printemps 2007, pp. 29 – 44

TALBOT D., « Les institutions créatrices de proximités », *Revue d'Économie Régionale et Urbaine*, n° 3, 2008, pp. 289 – 310

TEIL A., « Qu'appelle-t-on système de soins ? », *Actualité et Dossiers en Santé Publique*, n° 33, décembre 2000, encadré pp. 26 – 27

TWOHIG P. L., « Introduction. Written on the Landscape: Health and Region in Canada », *Journal of Canadian studies*, vol. 41, n° 3, fall 2007, pp. 5 – 17

VERHOEST K., PETERS B. G., BOUCKAERT G., VERSCHUERE B., « The study of organisational autonomy: a conceptual review », *Public administration and development*, n° 24, 2004, pp. 1 – 16

VIDAL L., « L’anthropologie, la recherche et l’intervention sur le sida en Afrique. Enjeux méthodologiques d’une rencontre », *Sciences sociales et santé*, 1995, vol. 13, n° 2, pp. 5 – 27

VIET V., « Le local dans tous ses états », *Revue Française des Affaires Sociales*, n° 4, octobre - décembre 2004, pp. 7 – 15

VIGNERON E., A. CORVEZ A., SAMBUC R., « Santé et territoires : les enjeux du futur à l’horizon 2020 », *Territoires 2020*, n° 3, juin 2001, pp. 87 – 99

VINCENT G., « Les réformes hospitalières », *Revue Française d’Administration Publique*, n° 113, 2005, pp. 49 – 64

WALT G. et alii, « ‘Doing’ Health Policy Analysis: Methodological and Conceptual Reflections and Challenges », *Health Policy and Planning*, n° 23, 2008, pp. 308 – 317

WORMS J.-P., « Le préfet et ses notables », *Sociologie du travail*, n° 3, 1966, pp. 249 – 275

Chapitres d’ouvrages collectifs

AÏACH P., « De la mesure des inégalités : enjeux sociopolitiques et théoriques », in Leclerc A., dir., *Les inégalités sociales de santé*, Paris, La Découverte, 2000, pp. 83 – 91

ALVARENGA A., « Transaction sociale et ordre spatio-temporel », in Blanc M., dir., *Pour une sociologie de la transaction sociale*, Paris, L'Harmattan, 1992, pp. 20 – 38

BACQUÉ M.-F., « L'anthropologie médicale, au carrefour des représentations individuelles et collectives de la maladie et de la santé », in Zittoun R., Dupont B.-M., *Penser la médecine. Essais philosophiques*, Paris, Ellipses, 2002, pp. 223 – 238

BATIFOULIER P., GADREAU M., « Régulation et coordination du système de santé. Des institutions invisibles à la politique économique », in Eymard-Duvernay F., dir., *L'économie des conventions. Méthodes et résultats. Tome II. Développements*, Paris, La Découverte, 2006, pp. 453 – 468

BELLEY J.-G., « Une métaphore chimique pour le droit », in Belley J.-G., dir., *Le droit soluble. Contribution à l'étude de l'internormativité*, Paris, LGDJ, 1996, pp. 7 – 20

BELLEY J.-G., « Le contrat comme phénomène d'internormativité », in Belley J.-G., dir., *Le droit soluble. Contribution à l'étude de l'internormativité*, Paris, LGDJ, 1996, pp. 195 – 232

BLANC M., « Introduction. Produire ou reproduire ? », in Blanc M., dir., *Pour une sociologie de la transaction sociale*, Paris, L'Harmattan, 1992, pp. 7 – 15

BOISSONNAT V., « Un “objet-réseau” : la radiographie de dépistage du cancer du sein », in Cresson G., Drulhe M., Schweyer F.-X., dir., *Coopérations, conflits et concurrences dans le système de santé*, Rennes, Éditions de l'École Nationale de la Santé Publique, 2003, pp. 47 – 87

BOURDIN A., « Négocier ou coopérer : les conditions d'un choix », in Blanc M., dir., *Pour une sociologie de la transaction sociale*, Paris, L'Harmattan, 1992, pp. 151 – 166

CAILLOSSE J., « Questions sur l'identité juridique de la gouvernance », in Pasquier R., Simoulin V., Weisbein J., dir., *La gouvernance territoriale. Pratiques, discours et théories*, Paris, LGDJ, 2007, pp. 35 – 64

CALLON M., « What does it mean to say that economics is performative? », in Mackenzie D. et alii, eds., *Do Economics Make Markets? On the Performativity of Economics*, Princeton, Princeton University Press, 2007, pp. 311 – 357

CATLLA M., « De la genèse d'une régulation territorialisée à l'émergence d'une gouvernance territoriale », in Pasquier R., Simoulin V., Weisbein J., dir., *La gouvernance territoriale. Pratiques, discours et théories*, Paris, LGDJ, 2007, pp. 89 – 107

CLÉMENT S., DRULHE M., MANTOVANI J., MEMBRADO M., « La santé et la question sociale à l'épreuve de la ville. Mobilisation urbaine et précarité à Toulouse », in Fassin D., dir., *Les figures urbaines de la santé publique, Enquête sur des expériences locales*, Paris, La Découverte, 1998, pp. 110 – 142

COLLOVALD A., « Le verre de lait de Pierre Mendès-France ou l'oubli des origines politiques », in Garrigou A., dir., *La santé dans tous ses états*, Biarritz, Atlantica, 2000, pp. 35 – 54

COMMAILLE J., JOBERT B., « La régulation politique : l'émergence d'un nouveau régime de connaissance », in Commaille J., Jobert B., dir., *Les métamorphoses de la régulation politique*, Paris, LGDJ, 1998, pp. 11 – 32

COONAERT M., « Transaction sociale, règles et régulation : une voie pour la construction de la cité », in Blanc M., dir., *Pour une sociologie de la transaction sociale*, Paris, L'Harmattan, 1992, pp. 136 – 150

EYMARD-DUVERNAY F., FAVEREAU O., ORLÉAN A., SALAIS R., THÉVENOT L., « Valeurs, coordination et rationalité : trois thèmes mis en valeur par l'Economie des

conventions », in Eymard-Duvernay F., dir., *L'économie des conventions. Méthodes et résultats, Tome I. Débats*, 2006, Paris, La Découverte 2006, pp. 23 – 44

FASSIN D., « Politique des corps et gouvernement des villes », in Fassin D., dir., *Les figures urbaines de la santé publique. Enquête sur des expériences locales*, Paris, La Découverte, 1998, pp. 7 – 46

FASSIN D., « L'anthropologie entre engagement et distanciation : essai de sociologie des recherches en sciences sociales sur le sida en Afrique », in Becker C., Dozon J.-P., Obbo J.-P., Toure M., dir., *Vivre et penser le sida en Afrique*, Paris, Karthala, 1999, pp. 41 – 66

FASSIN D., « Le sens de la santé. Anthropologie des politiques de la vie », in Saillant F., Genest S., dir., *Anthropologie médicale. Avantages locaux, défis globaux*, Paris, Anthropos, 2005, pp. 383 – 399

FAVEREAU O., « La théorie de la régulation sociale est-elle au centre de l'économie des conventions ? », in Terssac (de) G., dir., *La théorie de la régulation sociale de Jean-Daniel Reynaud. Débats et prolongements*, Paris, La Découverte, 2003, pp. 367-384

FONTAINE J., HASSENTEUFEL P., « Quelle sociologie du changement dans l'action publique ? Retour au terrain et "refroidissement" théorique », in Fontaine J., Hassenteufel P., dir., *To change or not to change. Les changements de l'action publique à l'épreuve du terrain*, 2002, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, 2002, pp. 9 – 29

FOUILLEUX E. « Propositions pour une approche dynamique des processus d'inertie et de changement dans les politiques publiques. L'exemple de la PAC », in Fontaine J., Hassenteufel P., dir., *To change or not to change. Les changements de l'action publique à l'épreuve du terrain*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, 2002, pp. 255 – 279

FRANÇOIS B., NEVEU E., « Introduction », in François B., Neveu E., dir., *Espaces publics mosaïques. Acteurs, arènes et rhétoriques des débats publics contemporains*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, 1999, pp. 13 – 58

GARRIGOU A., « Penser la santé », in Garrigou A., dir., *La santé dans tous ses états*, Paris, Atlantica, 2000, pp. 7 – 16

GAUDIN J.-P., « L'espace public des politiques contractuelles », in François B., Neveu E., dir., *Espaces publics mosaïques. Acteurs, arènes et rhétoriques des débats publics contemporains*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, 1999, pp. 231 – 247

GAUDIN J.-P., NOVARINA G., « Introduction », in Gaudin J.-P., Novarina G., dir., *Politiques publiques et négociation. Multipolarité, flexibilité, hiérarchies*, Paris, CNRS Éditions, 1997, pp. 7 – 15

GLASMAN G., « La lente émergence des politiques éducatives territoriales », in Faure A., Douillet A.-C., dir., *L'action publique et la question territoriale*, Grenoble, Presses Universitaires de Grenoble, 2005, pp. 107 – 130

GUIGNER S., « L'eupéanisation cognitive de la santé : entre imposition et persuasion », in Baisnée O., Pasquier R., dir., *L'Europe telle qu'elle se fait. Européanisation et sociétés politiques nationales*, Paris, CNRS Éditions, 2007, pp. 262 – 281

GUYOT J.-C., « Les municipalités face aux nouveaux enjeux de santé publique », in Guyot J.-C., Hérault B., dir., *La santé publique. Un enjeu de politique municipale*, Pessac, Maison des sciences de l'homme d'Aquitaine, 2001, pp. 71 – 93

GUYOT J.-C., « L'acteur associatif dans le champ de la politique locale de santé publique », Guyot J.-C., Hérault B., dir., *La santé publique. Un enjeu de politique municipale*, Pessac, Maison des sciences de l'homme d'Aquitaine, 2001, pp. 169 – 195

GUYOT J.-C., « La santé des exclus au risque d'une politique de la ville », in Guyot J.-C., Hérault B., dir., *La santé publique. Un enjeu de politique municipale*, Pessac, Maison des sciences de l'homme d'Aquitaine, 2001, pp. 271 – 283

GUYOT J.-C., HÉRAULT B., « L'initiative municipale dans le champ de la santé », in Guyot J.-C., Hérault B., dir., *La santé publique. Un enjeu de politique municipale*, Pessac, Maison des sciences de l'homme d'Aquitaine, 2001, pp. 11 – 25

HANF K., « Introduction », in Hanf K., Scharf F. W., eds., *Interorganizational Policy Making. Limits to Coordination and Central Control*, London, Sage publications, 1978, pp. 1 – 15

HASSENTEUFEL P. et alii, « L'émergence problématique d'une nouvelle santé publique. Forums d'action publique et coalitions de projets à Rennes et à Brest », in Fassin D., dir., *Les figures urbaines de la santé publique. Enquête sur des expériences locales*, Paris, La Découverte, Paris, 1998, pp. 84 – 109

HECLO H., « Issue Networks and the Executive Establishment », in King A., ed., *The New American Political System*, Washington, D.C., The American Enterprise Institute for Public Policy Research, 1978, pp. 87 – 124

HÉRAULT B., « Villes, santé et système politique local », in Guyot J.-C., Hérault B., dir., *La santé publique. Un enjeu de politique municipale*, Pessac, Maison des sciences de l'homme d'Aquitaine, 2001, pp. 27 – 69

JOBERT B., « Les politiques sociales et sanitaires », in GRAWITZ M., LECA J., dir., *Traité de science politique*, Tome IV, Paris, Presses Universitaires de France, 1985, pp. 301 – 342

JOBERT B., « Ambiguïtés, bricolages et modélisation. La construction intellectuelle des politiques publiques », in CRESAL, *Les raisons de l'action publique : entre expertise et débat*, Paris, L'Harmattan, 1993, pp. 101 – 106

JOBERT B., « Rhétorique politique, controverses scientifiques et construction des normes institutionnelles : esquisse d'un parcours de recherche », in Faure A., Pollet G., Warin P.,

dir., *La construction du sens dans les politiques publiques, Débats autour de la notion de référentiel*, Paris, L'Harmattan, 1995, pp. 13 – 24

KENIS P., « The Preconditions for Policy Networks: some Findings from a Three-country Study on Industrial Restructuring », in Marin B., Mayntz R., eds., *Policy Networks. Empirical evidence and theoretical considerations (Public Policy and Social Welfare)*, Boulder, Westview Press, 1991, pp. 297 – 330

KENIS P., SCHNEIDER V., « Policy networks and policy analysis: scrutinizing a new analytical toolbox », in B. Marin, R. Mayntz, eds., *Policy Networks. Empirical evidence and theoretical considerations (Public Policy and Social Welfare)*, Boulder, Westview Press, 1991, pp. 25-59

LAGROYE J., « Le leadership en questions. Configurations et formes de domination », in Smith A., Sorbets C., dir., *Le leadership politique et le territoire : les cadres d'analyse en débat*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, 2003, pp. 47 – 69

LASCOURMES P., « Rendre gouvernable : de la “traduction” au “transcodage”. Analyse des processus de changement dans les réseaux d'action publique », in J. Chevalier, dir., *La gouvernabilité*, Paris, Presses Universitaires de France, 1996, pp. 325 – 338

LE GALÈS P., « Régulation, gouvernance et territoire », in Commaille J., Jobert B., dir., *Les métamorphoses de la régulation politique*, Paris, LGDJ, 1998, pp. 203 – 240

LE GALÈS P., « Gouvernance », in Boussaguet L., dir., *Dictionnaire Des Politiques Publiques*, Paris, Presses de la Fondation Nationale de Sciences Politiques, 2006, pp. 242 – 250

LENDVAI N., STUBBS P., « Policies as Translation: Situating Transnational Social Policies », in Hodgson S. M., Irving Z., eds., *Policy Reconsidered: Meanings, Politics and Practices*, Bristol, Policy Press, pp. 173 – 191

LOWI T., « The State in Politics », in Noll R. G., ed., *Regulatory Policy and the Social Sciences*, Berkeley, University of California, 1985, pp. 67 – 110

LUSSAULT M., « L'instrument sanitaire. Rôles et valeurs de la santé publique dans les politiques territoriales à Tours », in Fassin D., dir., *Les figures urbaines de la santé publique. Enquête sur des expériences locales*, Paris, La Découverte, 1998, pp. 174 – 202

MAILLARD (DE) J., ROCHÉ S., « La sécurité entre secteurs et territoires », in Faure A., Douillet A.-C., dir., *L'action publique et la question territoriale*, Grenoble, Presses Universitaires de Grenoble, 2005, pp. 33 – 51

MAYNTZ R., « Intergovernmental Implementation of Environmental Policy », in Hanf K., Scharf F. W., eds., *Interorganizational Policy Making. Limits to Coordination and Central Control*, London, Sage publications, 1978, pp. 201 – 214

MÉRIAUX O., « Le débordement territorial des politiques sectorielles », in Faure A., Douillet A.-C., dir., *L'action publique et la question territoriale*, Grenoble, Presses Universitaires de Grenoble, 2005, pp. 27 – 32

NAY O., SMITH A., « Les intermédiaires en politique. Médiation et jeux d'institutions », in Nay O., Smith A., dir., *Le gouvernement du compromis. Courtiers et généralistes dans l'action publique*, Paris, Economica, 2002, pp. 1 – 21

O' DONNELL G., « On the Fruitful Convergences of Hirschman's Exit, Voice and Loyalty and Shifting Involvements: Reflections from the Recent Argentine Experience », in Foxley A. et alii, eds., *Development, Democracy and the Art of Trespassing*, Notre Dame (USA), University of Notre Dame Press, 1986, pp. 249 – 268

PASCHE G., « Situations lourdes : relations conflictuelles dans les services d'aide et des soins à domicile », in Cresson G., Drulhe M., Schweyer F.-X., dir., *Coopérations, conflits et concurrences dans le système de santé*, Paris, Éditions de l'École Nationale de la Santé Publique, 2003, pp. 137 – 152

RÉMY J., « La vie quotidienne et les transactions sociales : perspectives micro et macro-sociologiques », in Blanc M., dir., *Pour une sociologie de la transaction sociale*, Paris, L'Harmattan, 1992, pp. 83 – 111

REYNAUD J.-D., « Réflexion : la négociation, l'accord, le dispositif », in Terssac (de) G., dir., *La théorie de la régulation sociale de Jean-Daniel Reynaud. Débats et prolongements*, Paris, La Découverte, 2003, pp. 179 – 190

ROCHER G., « Les “phénomènes d'internormativité” : faits et obstacles », in Belley J.-G., dir., *Le droit soluble. Contribution à l'étude de l'internormativité*, Paris, LGDJ, 1996, pp. 25 – 42

SAEZ G. « Les politiques publiques comme système de coopération », in Gaudin J.-P., Novarina G., dir., *Politiques publiques et négociation. Multipolarité, flexibilité, hiérarchies*, Paris, CNRS Éditions, 1997, pp. 19 – 43

SAEZ G., « L'action publique culturelle et la transition territoriale du système politique », in Faure A., Douillet A.-C., dir., *L'action publique et la question territoriale*, Grenoble, Presses Universitaires de Grenoble, 2005, pp. 229 – 250

SALAI R., « Action publique et conventions : états des lieux », in Commaille J., Jobert B. dir., *Les métamorphoses de la régulation politique*, Paris, LGDJ, 1998, pp. 55 – 81

SALA PALA V., « Quoi de neuf dans les “nouvelles” politiques sociales ? Le cas de la production urbaine du droit au logement à Rennes et Brest », in Fontaine J., Hassenteufel P., dir., *To change or not to change. Les changements de l'action publique à l'épreuve du terrain*, 2002, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, pp. 115 – 141

SÉCHET R., « Penser le bien-être », in Fleuret S., Séchet R., dir., *La santé, les soins, les territoires. Penser le bien-être*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, 2002, pp. 13 – 32

SÉGAS S., « L' élu animateur : savoirs de la "bonne gouvernance" territoriale et légitimation d'un nouvel ordre politique local », in Pasquier R., Simoulin V., Weisbein J., dir., *La gouvernance territoriale. Pratiques, discours et théories*, Paris, LGDJ, 2007, pp. 191 – 208

SIMOULIN V., « La gouvernance territoriale : dynamiques discursives, stratégiques et organisationnelles », in Pasquier R., Simoulin V., Weisbein J., dir., *La gouvernance territoriale. Pratiques, discours et théories*, Paris, LGDJ, 2007, pp. 15 – 32

TAICLET A.-F., « Le développement économique au regard des hypothèses de la gouvernance territoriale », in Pasquier R., Simoulin V., Weisbein J., dir., *La gouvernance territoriale. Pratiques, discours et théories*, Paris, LGDJ, 2007, pp. 109 – 127

THOENIG J. C., « L'usage analytique du concept de régulation », in Commaille J., Jobert B., dir., *Les métamorphoses de la régulation politique*, Paris, LGDJ, 1998, pp. 35 – 53

VALARIÉ P., « Gouverner l'archipel urbain. Actions et réseaux de santé publique à Béziers », in Fassin D., *Les figures urbaines de la santé publique. Enquête sur des expériences locales*, Paris, La Découverte, 1998, pp. 47 – 83

VOYÉ L., « Transaction et consensus supposé », in Blanc M., dir., *Pour une sociologie de la transaction sociale*, Paris, L'Harmattan, 1992, pp. 194 – 213

YOUINOU-LE BIHAN B., « Régulation partenariale ou dirigisme étatique ? Naissance et développement des institutions de théâtre public à Rennes de 1949 à 1989 », in Fontaine J., Hassenteufel P., dir., *To change or not to change. Les changements de l'action publique à l'épreuve du terrain*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, 2002, pp. 31 – 52

Thèses et mémoires

LAGRAULET C., *La décentralisation face au défi de la complexité dans le domaine de l'aide et de l'action sociales. Etude de cas du Conseil Général de la Haute-Garonne*, Mémoire de recherche, Toulouse, Institut d'Études politiques, 2007, 143 p.

MAILLARD (DE) J., *La politique de la ville : une institutionnalisation inachevée. Institutions, réseaux et apprentissages*, Thèse de doctorat de science politique, Bordeaux, CERVL, 2000, 711 p.

PAILLER A., *L'approche territoriale des services de santé sur le pays des Landes de Gascogne*, Mémoire de DESS 15929, Bordeaux, Université Montesquieu Bordeaux IV, 2003, 74 p.

PHILIPPE S., *Souffrance psychique et action publique : l'institutionnalisation de la norme "santé mentale" dans le dispositif psychiatrique girondin*, Thèse de doctorat de science politique, Bordeaux, CERVL, 2002, 645 p.

ROBERT É., *Des médecins élus locaux en Aquitaine*, Thèse de doctorat de science politique, Bordeaux, CERVL, 2003, 472 p.

SÉGAS S., *La grammaire du territoire : action publique de développement et lutte politique dans les « pays »*, Thèse de doctorat de science politique, Bordeaux, CERVL, 2004, 495 p.

Communications

BATIFOULIER P., DOMIN J.-P., GADREAU M., « La crise de l'assurance maladie est-elle imputable à l'orientation marchande de l'État social ? », Colloque International *État et régulation sociale. Comment penser la cohérence de l'intervention publique ?*, Paris 11 – 13 septembre 2006, en ligne [page consultée le 5 juin 2009]. Disponible sur : http://matisse.univ-paris1.fr/colloque-es/pdf/articles/batifoulier_domin_gadreau.pdf

BERGERON H., « Des décisions qui ont une histoire : l'exemple de l'alcool », Colloque Décision en santé publique : obligation, négociation, participation ?, Montpellier, 22 – 24 novembre 2007, en ligne [page consultée le 8 juillet 2008]. Disponible sur : http://www.cso.edu/upload/pdf_actualites/CSO-Bergeron-Colloque%20SFSP1.pdf

BERTHET T., « Légitimation à responsabilité limitée et action publique territoriale : l'exemple de la proximité dans les politiques d'emploi et de formation », Séminaire général de Spirit, 15 janvier 2007, Spirit, en ligne [page consultée le 5 juin 2009]. Disponible sur <http://spirit.sciencespobordeaux.fr/ARCHIVE/SEMINAIRES/E-17112006-GERRI.pdf>

DECHAMP G., ROMEYER C., « Trajectoires d'appropriation des principes de nouvelle gouvernance hospitalière par les médecins », XV^{ème} conférence internationale de management stratégique, Annecy/ Genève, 13-16 juin 2006, en ligne [page consultée le 8 juin 2009]. Disponible sur : <http://www.strategie-aims.com/aims06/www.irege.univsavoie.fr/aims/Programme/pdf/SI1%20DECHAMP.pdf>

DUBOIS V., « Le constructivisme et l'analyse des politiques publiques », Séminaire général de Spirit, Sciences Po Bordeaux, 29 avril 2008, compte-rendu en ligne [page consultée le 5 juin 2009]. Disponible sur : http://www.spirit.sciencespobordeaux.fr/ARCHIVE/DOCUMENTS/S%C3%A9ance3_Vincent_Dubois.pdf

FREESE K., « Développements sur la diffusion des indicateurs de santé dans la communauté européenne », Conférence internationale, La réduction des inégalités de santé en Europe : une approche régionale, Bordeaux, Conseil régional d'Aquitaine, 29 juin 2007

GRENIER G., VAN KEMMELBEKE C. « Éducation thérapeutique, disease management, coaching, entretien motivationnel, etc. est-ce envisageable pour la médecine de demain ? », Premières journées d'éducation thérapeutique en médecine de ville, Arcachon, 13 octobre 2007

GUIGNER S., « Vers une Europe cognitive : les mécanismes d'eupéanisation de la santé », Rencontres doctorales européennes organisées par la chaire Jean Monnet de l'Institut d'Études Politiques de Paris, Workshop « European Public Policies and Public Policies in Europe », 11 juin 2004, en ligne [page consultée le 25 mars 2006]. Disponible sur : www.portedeurope.org/conferenze/doc_conf2004/Guigner_paper.doc

LANEYRIE J.-M., « Dans le cadre d'un nouveau contexte législatif, quelle place pour les collectivités locales dans l'élaboration d'une politique de santé publique? », in Délégation Interministérielle à la Ville, *Actes du séminaire « Les élus et les programmes territoriaux de santé publique »*, 27 janvier 2005, en ligne [page consultée le 1^{er} mai 2006]. Disponible sur : www.i.ville.gouv.fr/divbib/doc/elus_sante.pdf

MARTIN-DUPONT F., « Réseau éducation asthme et allergies Aquitaine : expérience et présentation des outils existants », Premières journées pratiques d'éducation thérapeutique en médecine de ville, 13 octobre 2007

MICHEL P., « L'évaluation des pratiques professionnelles en santé (EPP) : enjeux et organisation en France », Conférence, L'évaluation des pratiques professionnelles en santé : une opportunité pour faire évoluer les pratiques, l'organisation et les résultats des soins , Université Victor Ségalen Bordeaux II, 14 juin 2007

VIGNERON E., GLATRON M., JACOB J.-Y., « Santé publique et aménagement du territoire », Actes du 11^{ème} Festival international de géographie de Saint-Dié des Vosges, Géographie et santé, 2000, en ligne [page consultée le 17 juin 2005]. Disponible sur : www.xxi.ac-reims.fr/fig-st-die/actes/actes_2000/vigneron/article.html

Documentation grise

ARH Aquitaine, *Schéma régional d'organisation sanitaire 2006 – 2011*, mars 2006, 268 p.

BOURGEUIL Y., SERRE M., *Quelle politique régionale pour la santé en France ?*, Rapport URML Rhône-Alpes, 2002, 47 p.

BUR Y., *Rapport d'information en conclusion des travaux de la mission sur les Agences régionales de santé*, présenté à l'Assemblée Nationale le 6 février 2008, 168 p.

COMMISSION DE CONCERTATION RELATIVE AUX MISSIONS DE L'HÔPITAL, *État des lieux réalisé par la commission de concertation relative aux missions de l'hôpital, présidée par M. Gérard Larcher*, 14 décembre 2007, 14 p.

CONSEIL ÉCONOMIQUE ET SOCIAL, *Aménagement du territoire et établissements de santé*, Rapport de M. Picard, section économies régionales et aménagement du territoire, mai 2004, 172 p.

CONSEIL ÉCONOMIQUE ET SOCIAL, *L'Hôpital public en France : bilan et perspectives*, Étude présentée par E. Molinié au nom de la section des affaires sociales, juin 2005, 274 p.

DATAR, *Territoires de l'hôpital et territoires de projets de santé*, Paris, La Documentation française, 2004, 93 p.

DÉLÉGATION INTERMINISTÉRIELLE À LA VILLE, *Actes du séminaire « Les élus et les programmes territoriaux de santé publique. Bilan et perspectives des Ateliers Santé-Ville »*, 27 janvier 2005, en ligne [page consultée le 1^{er} mai 2006]. Disponible sur : www.i.ville.gouv.fr/divbib/doc/elus_sante.pdf, 62 p.

DIRECTION DE L'HOSPITALISATION ET DE L'ORGANISATION DES SOINS, DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ, *Circulaire n° 2002/215 relative à l'éducation thérapeutique au sein des établissements de santé : appel à projets sur l'asthme, le diabète et les maladies cardiovasculaires*, 12 avril 2002, en ligne [page consultée le 7 juillet 2009]. Disponible sur : www.sante-sports.gouv.fr/fichiers/bo/2002/02-18/a0181729.htm

DIRECTION DE L'HOSPITALISATION ET DE L'ORGANISATION DES SOINS,
DIRECTION DE LA SÉCURITÉ SOCIALE, *Circulaire n° 2002-610 relative aux réseaux de santé*, 19 décembre 2002, en ligne [page consultée le 7 juillet 2009]. Disponible sur : www.sante-sports.gouv.fr/fichiers/bo/2003/03-03/a0030144.htm

DIRECTION DE L'HOSPITALISATION ET DE L'ORGANISATION DES SOINS,
Circulaire n° 2004-101 relative à l'élaboration des Sros de troisième génération, 5 mars 2004, en ligne [page consultée le 4 août 2009]. Disponible sur : www.sante-sports.gouv.fr/fichiers/bo/2004/04-13/a0131013.htm

DRASS Aquitaine, Plan Régional de Santé Publique 2005-2008, Avant-propos, mars 2005, en ligne [page consultée le 17 juin 2009]. Disponible sur http://aquitaine.sante.gouv.fr/download/avant_propos.pdf, 1 p.

ÉVIN C., *Synthèse des travaux et conclusions du groupe de travail sur la régionalisation du système de santé*, Assemblée Nationale, Commission des affaires culturelles, familiales et sociales, mars 2000, 10 p.

FLAJOLET A., *Peut-on réduire les disparités de santé ? Rapport sur les disparités territoriales du résultat des politiques de prévention sanitaire*, Paris, La Documentation française, 25 juillet 2008, 151 p.

GRALL J.-Y., *Rapport de la Mission de médiation et propositions d'adaptation de la permanence des soins*, août 2007, 46 p.

HAUT COMITÉ DE LA SANTÉ PUBLIQUE, *La santé en France*, Paris, La Documentation française, 2002, 412 p.

HENGEN G., *Présentation du dispositif bordelais en matière de prévention et de Sécurité*, en ligne [page consultée le 15 janvier 2008]. Disponible sur : <http://www.crime-prevention-intl.org>

INSPECTION GÉNÉRALE DES AFFAIRES SOCIALES, *Santé, pour une politique de prévention durable. Rapport annuel 2003*, Paris, La Documentation française, 2003, 399 p.

INSPECTION GÉNÉRALE DES AFFAIRES SOCIALES, *Améliorer la prise en charge des malades chroniques : les enseignements des expériences étrangères de disease management*, Rapport RM2006-136P, Paris, La Documentation française, 2006, 210 p.

INSPECTION GÉNÉRALE DES AFFAIRES SOCIALES, *Les politiques sociales décentralisées. Rapport annuel 2007-2008*, Paris, La Documentation française, 2009, 169 p.

INSPECTION GÉNÉRALE DES FINANCES, INSPECTION GÉNÉRALE DES AFFAIRES SOCIALES, INSPECTION GÉNÉRALE DE L'ENVIRONNEMENT, COMITÉ PERMANENT DE COORDINATION DES INSPECTIONS, Rapport 2004061, *Évaluation de l'application de la loi du 1er juillet 1998 relative au renforcement de la veille et du contrôle sanitaires*, Paris, La Documentation française, 2004, 2 tomes, 152 et 120 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE, *Projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires*, 2008, 73 p.

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE, *Circulaire n° 2001-012 relative aux orientations générales pour la politique de santé en faveur des élèves*, 12 janvier 2001, en ligne [page consultée le 4 août 2009]. Disponible sur : www.education.gouv.fr/bo/2001/special1/texte.htm

MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ, MINISTÈRE DE L'AMÉNAGEMENT DU TERRITOIRE ET DE L'ENVIRONNEMENT, DATAR, CREDES, *Quel système de santé à l'horizon 2020 ? Rapport préparatoire au schéma de services collectifs sanitaires*, Paris, La Documentation française, 2000, 358 p.

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, DU TRAVAIL ET DE LA SOLIDARITÉ, MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES

HANDICAPÉES, MINISTÈRE DE LA FONCTION PUBLIQUE, DE LA RÉFORME DE L'ÉTAT ET DE L'AMÉNAGEMENT DU TERRITOIRE, DATAR, *Circulaire relative à l'expérimentation de démarches locales partagées de santé et d'action sociale et médico-sociale dans le cadre des projets territoriaux de développement*, 16 avril 2003, 6 p.

ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUE, *Vers des systèmes de santé plus performants : le projet de l'OCDE sur la santé*, Paris, Éditions OCDE, 2004, 137 p.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, *Therapeutic patient education. Continuing education programmes for health care providers in the field of prevention of chronic diseases*, OMS, Bureau regional pour l'Europe Copenhague, 1998, 76 p.

PAYS BASQUE, *Synthèse de la contribution de l'atelier Santé-Social. Définir une cohérence territoriale des politiques sanitaires et sociales à l'échelle du Pays Basque*, juin 2006, 19 p.

PAYS ET QUARTIERS D'AQUITAINE, Compte-rendu de la journée régionale « Santé, région et territoire » de Captieux du 15 juin 2005, en ligne [page consultée le 20 juin 2006]. Disponible sur : http://www.aquitaine-pqa.fr/index.php?module=documents&JAS_DocumentManager_op=viewDocument&JAS_Document_id=279

PHILIPPE S., REIX F., RUI S., *La prise en charge du mal-être social et de la souffrance psychosociale sur le territoire du Pays Adour Landes Océanes. Enjeux, représentations et pratiques*, Rapport pour le Pays Adour Landes Océanes, octobre 2003, 22 p.

RITTER P., *Rapport sur la création des Agences Régionales de Santé*, janvier 2008, 61 p.

SOUBIE R., *Santé 2010. Équité et efficacité du système*, rapport Commissariat au plan, Paris, La Documentation Française, 1993, 514 p.

SOUBIE R., PORTOS J.-L., PRIEUR C., *Livre blanc sur le système de santé et d'assurance maladie*, Paris, La Documentation française, 1994, 560 p.

Autres sources

Presse généraliste

Autrement, n° 161, Infiniment médecins. Les généralistes entre la science et l'humain, février 1996

L'Aquitaine, le journal d'information du Conseil régional d'Aquitaine, n° 20, juin-juillet-août 2006, en ligne [page consultée le 17 juin 2006]. Disponible sur : <http://journal.aquitaine.fr/index.php?to=112>

DUHAMEL A., « Rugby, objet politique identifiable », *Libération*, mercredi 12 septembre 2007, en ligne [page consultée le 3 mars 2008]. Disponible sur : www.liberation.fr

GIBIER H., « On veut éviter d'accroître les charges sociales en gérant mieux la sécurité sociale », *L'Expansion*, 19 mai 1993, en ligne [page consultée le 15 juillet 2008]. Disponible sur : www.lexpansion.com

GRELET S., LALANDE A., « La santé séparée. Le métier de médecin-inspecteur de santé publique », *Vacarme*, n° 12, été 2000, en ligne [page consultée le 5 juin 2007]. Disponible sur : www.vacarme.eu.org

ILLICH I., « L'obsession de la santé parfaite », *Le monde diplomatique*, mars 1999, p. 28

MAYER N., « Les médecins de campagne ont le blues », *20 minutes*, 16 février 2006, en ligne [page consultée le 22 janvier 2008]. Disponible sur : www.20minutes.fr

TRÉPEAU M., « La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique », *Regards sur l'actualité*, n° 308, février 2005, pp. 79 – 92

Presse spécialisée

CLAMADIEU R, DEPERNET A., « Vers une politique régionale de santé », *La Gazette des communes*, 6 décembre 2004, pp. 58 – 59

DESEUR A., « Une nouvelle organisation pour la permanence des soins », *Le Bulletin de l'ordre des médecins*, n° 2, février 2007, en ligne [page consultée le 28 novembre 2007]. Disponible sur : www.bulletin.conseil-national.medecin.fr

DUCLoux M., « Des devoirs et des responsabilités du patient », *Le Bulletin de l'ordre des médecins*, n° 3, mars 2004, en ligne [page consultée le 9 juin 2006]. Disponible sur : www.bulletin.conseil-national.medecin.fr

DUCLoux M., « Confraternité, la noblesse de notre profession », *Le Bulletin de l'ordre des médecins*, n° 5, mai 2005, en ligne [page consultée le 9 juin 2006]. Disponible sur : www.bulletin.conseil-national.medecin.fr

FRÉTARD L., « Les français et l'assurance maladie. Un attachement culturel presque... génétique ! », *Hospitalis*, printemps 2007, n° 2, p. 5

GARCIA SANCHEZ C., « Le concept de participation », *La lettre de l'Institut Renaudot*, n° 26, en ligne [page consultée le 10 juin 2006]. Disponible sur : www.renaudot.free.fr/documents/lettres/lettre26.html

Hospitalis, entretiens avec Michel Naiditch et Pierre Aïach, n° 2, printemps 2007, pp. 3 – 5

Le Bulletin de l'ordre des médecins, n° 4, avril 2002, en ligne [page consultée le 9 juin 2006]. Disponible sur : www.bulletin.conseil-national.medecin.fr

Le Bulletin de l'Ordre des médecins, n° 18, octobre 2004, en ligne [page consultée le 9 juin 2006]. Disponible sur : www.bulletin.conseil-national.medecin.fr

Le Bulletin de l'ordre des médecins, n° 2, février 2007, en ligne [page consultée le 28 novembre 2007]. Disponible sur : www.bulletin.conseil-national.medecin.fr

LEGMANN M., éditorial, « Le médecin doit pouvoir être heureux dans son travail », *Le Bulletin de l'ordre des médecins*, n° 7, septembre 2007, p. 3

LEGMANN M., éditorial, « Réhabilitons les compétences », *Le Bulletin de l'ordre des médecins*, n° 9, novembre 2007, en ligne [page consultée le 9 juin 2006]. Disponible sur : www.bulletin.conseil-national.medecin.fr

Les Cahiers hospitaliers, n° spécial, La proximité : garantie de sécurité ?, Compte-rendu de colloque, juin 2004, « Comment fédérer les énergies locales ? Les réseaux et les restructurations », pp. 25 – 43

Les Cahiers hospitaliers, n° 219, Les réseaux de santé, janvier 2006

Les feuillets de l'Urmla, n° 6, avril 2006

L'Union d'Aquitaine, n° 32, troisième trimestre 2005

L'Union d'Aquitaine, n° 34, premier trimestre 2006

MOREAU F., « Le pays, un espace pour repenser l'offre de santé », *La Gazette des communes*, 13 décembre 2004, pp. 30 – 31

PELTIER C., « La prévention parent pauvre des soins », *Le Bulletin de l'ordre des médecins*, n° 6, juin 2002, en ligne [page consultée le 9 juin 2006]. Disponible sur : www.bulletin.conseil-national.medecin.fr

Projet, n° 263, dossier « La santé, l'expert et le patient », septembre 2000

Revue des deux mondes, Soins de soi et souci de soi, mai 2005

Revue des deux mondes, État d'urgence, juin 2005

Sites Internet

Académie de Bordeaux : www.ac-bordeaux.fr

Association Asais : <http://asais.over-blog.com/categorie-832208.html>

Centre national de la fonction publique territoriale : www.cnfpt.fr

Conseil régional d'Aquitaine : www.region.aquitaine.fr/politiques-regionales/sante-solidarite/sante-solidarite.html

Délégation interministérielle à l'aménagement et à la compétitivité des territoires : www.datar.gouv.fr, www.diact.gouv.fr

Dictionnaires en ligne : www.le-dictionnaire.com, www.mediadico.com

Groupement régional de santé publique Aquitaine : www.grsp-aquitaine.fr/pdf/communication2007_2008.pdf

Haute autorité de santé : www.has-sante.fr

Ministère de la Santé : www.sante.gouv.fr

Ministère de l'Éducation nationale : www.education.gouv.fr

Ministère de la Ville : <http://www.ville.gouv.fr/politique-de-la-ville/index.htm>

Organisation mondiale de la santé : www.euro.who.int/AboutWHO

Pays Adour Landes de Gascogne : www.pays-adour-landes-océanes.fr,

Pays de la Haute Gironde : www.pays-hautegironde.fr

Union Européenne : www.ec.europa.eu

Union régionale des médecins libéraux d'Aquitaine : www.urmla.org

Urcam Aquitaine : www.aquitaine.assurance-maladie.fr

Villes santé de l'OMS : www.villes-sante.com

Liste des acronymes

AAN : Association Aquitaine de Néphrologie
ANPAA : Association Nationale de Prévention en Alcoologie et en Addictologie
ASAIS : Association d'Aide à l'Insertion Sociale
ASE : Aide Sociale à l'Enfance
AFSSA : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Aliments
AFSSAPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé
AFSSET : Agence Française de Sécurité Sanitaire de l'Environnement et du Travail
ALO : Adour Landes Océanes (pays)
ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation de la Santé
ANPAA : Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie
ARH : Agence Régionale d'Hospitalisation
ARS : Agence Régionale de Santé
ASV : Atelier Santé Ville
BOP : Budgets Opérationnels de Programmes
BPCO : Broncho Pneumopathie Chronique Obstructive
CAF : Caisse d'Allocation Familiale
CAPS : Centre d'Accueil des Premiers Soins
CCAS : Centre Communal d'Action Sociale
CETB : Centre d'Éducation Thérapeutique de Bordeaux
CFA : Centre de Formation d'Apprentis
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CIADT : Comité Interministériel à l'Aménagement du Territoire
CIS : Comité Inter associatif sur la Santé
CLAT : Centre de Lutte Anti Tuberculeux
CLI : Commission locale d'insertion
CLIN : Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales
CLSPD : Conseil Local Sécurité et Prévention de la Délinquance
CME : Commission Médicale d'Établissement
CMPP : Centre Médico-Psycho-Pédagogique

CMU : Couverture Médicale Universelle
CNAM : Caisse Nationale d'Assurance maladie
CNFPT : Centre National de la Fonction Publique Territoriale
CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
CTE : Comité Technique d'Établissement
CODES : Comité Départemental d'Éducation pour la Santé
COTOREP : Commission Technique d'Orientation et de Reclassement Professionnel
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPOM : Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens
CRAES : Comité Régional Aquitain d'Éducation pour la Santé
CRAM : Caisse Régionale d'Assurance Maladie
CRS : Conférence Régionale de Santé
CRT : Centre de Ressources Territorial
CTE : Comité Technique d'Établissement
CTRI : Comité Technique Régional et Interdépartemental
DAM : Délégué de l'Assurance Maladie
DATAR : Délégation à l'Aménagement du Territoire et à l'Action Régionale
DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DG : Direction Générale
DGS : Direction Générale de la Santé
DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
DIACT : Délégation Interministérielle à l'Aménagement et à la Compétitivité des Territoires
DIV : Délégation Interministérielle à la Ville
DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
DRDR : Dotation Régionale pour le Développement des Réseaux
DRTEFP : Direction Régionale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle
EGOS : États Généraux de l'Organisation des Soins
ELSM : Échelon Local du Service Médical de l'Assurance maladie
ENRICH: European Network Regions Improving Citizens' Health
EPP : Évaluation des Pratiques Professionnelles
ESB : Encéphalopathie Spongiforme Bovine

FAQSV : Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville
FICQS : Fonds d'Intervention pour la Coordination et la Qualité des Soins
FNPEIS : Fonds National de Prévention d'Éducation et d'Information Sanitaire
GIP : Groupement d'Intérêt Public
GRSP : Groupement Régional de Santé Publique
HAS : Haute Autorité de Santé
HCSP : Haut Conseil de la Santé Publique
HLM : Habitation à Loyer Modéré
IGAS : Inspection Générale des Affaires Sanitaires et Sociales
INPES : Institut national de Prévention et d'Éducation pour la Santé
INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
InVS : Institut de Veille Sanitaire
IRDES : Institut de Recherche et de Documentation en Économie de la Santé
IST : Infection Sexuellement Transmissibles
IVG : Interruption Volontaire de Grossesse
LMD : Licence, Master, Doctorat
LOADDT : Loi d'Orientation pour l'Aménagement et le Développement Durable du Territoire
LOADT : Loi d'Orientation pour l'Aménagement et le Développement du Territoire
LOLF : Loi Organique relative aux Lois de Finances
MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées
MDS : Maison Départementale de la Santé
MERRI : Missions d'Enseignement, Recherche, Référence et Innovation
METP : Maison de l'Éducation Thérapeutique du Patient
MIGAC : Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation
MILDT : Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et les Toxicomanies
MOC : Méthode Ouverte de Coordination
MSD : Maison de la Solidarité Départementale
OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Économique
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ONDAM : Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie
OQOS : Objectifs Quantifiés de l'Offre de Soins

ORSA : l'Observatoire Régional de la Santé d'Aquitaine
PAPLS : Programme Aquitain des Professionnels Libéraux pour la Santé
PJJ : Protection Judiciaire de la Jeunesse
PMI : Protection Maternelle et Infantile
PNNS : Programme National Nutrition Santé
PRAPS : Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins
PRS : Programme Régional de Santé
PRSP : Programme Régional de Santé Publique
PSPH : Participant au Service Public Hospitalier
RGPP : Révision Générale des Politiques Publiques
SCHS : Service Communal d'Hygiène et de Santé
SCSM : Service de Continuité des Soins Médicaux
SGAR : Secrétariat Général des Affaires Régionales
SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation de France
SROS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
SSC : Schéma de Services Collectifs
UE : Union Européenne
URCAM : Union Régionale des Caisses d'Assurance maladie
URML : Union Régionale des Médecins Libéraux
URMLA : Union Régionale des Médecins Libéraux d'Aquitaine
VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine