



**HAL**  
open science

# Le double changement du concept au modèle d'action managériale. Le cas du pilotage de la transformation des organisations territoriales de santé par les Agences régionales de santé, à travers la réforme des Dispositifs d'appui à la coordination

Laëtitia Borel

## ► To cite this version:

Laëtitia Borel. Le double changement du concept au modèle d'action managériale. Le cas du pilotage de la transformation des organisations territoriales de santé par les Agences régionales de santé, à travers la réforme des Dispositifs d'appui à la coordination. Gestion et management. Université Paris-Saclay, 2024. Français. NNT : 2024UPASI004 . tel-04929577

**HAL Id: tel-04929577**

**<https://theses.hal.science/tel-04929577v1>**

Submitted on 4 Feb 2025

**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.

# Le double changement : du concept au modèle d'action managériale

Le cas du pilotage de la transformation des organisations  
territoriales de santé par les Agences régionales de santé, à  
travers la réforme des Dispositifs d'appui à la coordination

*Double change: from concept to managerial action model*

*The case of the management of the transformation of territorial health  
organisations by the Regional health agencies, through the reform of the  
Coordination support units*

## Thèse de doctorat de l'université Paris-Saclay

École doctorale n°630 : Droit, Economie, Management (DEM)

Spécialité de doctorat : Sciences de gestion

Graduate School : Economie - Management

Référent : Université de Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines

Thèse préparée au sein du laboratoire **Larequoi** (Université Paris-Saclay, UVSQ),  
sous la direction de **Annie BARTOLI**, Professeure des Universités

Thèse soutenue à Guyancourt, le 8 octobre 2024, par

**Laëtitia BOREL**

## Composition du Jury

Membres du jury avec voix délibérative

### **Etienne MINVIELLE**

Professeur des universités  
Ecole Polytechnique et CNRS

Président

### **Michel CREMADEZ**

Professeur émérite  
HEC Paris

Rapporteur et Examineur

### **Corinne ROCHETTE**

Professeure des universités  
Université Clermont Auvergne

Rapporteur et Examinatrice

### **Aline COURIE LEMEUR**

Maître de conférences, HDR  
UVSQ

Examinatrice

**Titre :** Le double changement : du concept au modèle d'action managériale

*Le cas du pilotage de la transformation des organisations territoriales de santé par les Agences régionales de santé (ARS), à travers la réforme des Dispositifs d'appui à la coordination (DAC)*

**Mots clés :** Double changement, Système de santé, Organisation, Acteurs, Culture organisationnelle, Systèmes relationnels

**Résumé :** Cette recherche se donne comme objet l'exploration du concept de « double changement » qui apparaît, à ce jour, peu décrit dans la littérature.

Cet intérêt pour cette notion émane de l'observation des réformes impulsées, depuis les années 2010, par les pouvoirs publics relatives à l'organisation du système de santé en France. Ces dernières ont en commun d'être menées sous l'égide du paradigme du parcours de santé (Bloch et Hénaut, 2014 ; Féry-Lemonnier et al., 2014). Celui-ci semble s'incarner à travers :

- La volonté de déployer une organisation de santé territoriale décloisonnée s'articulant sur la capacité des acteurs de santé à coopérer ensemble et à mutualiser leurs compétences, dans un contexte où leurs modes de fonctionnement sont historiquement marqués par des clivages importants.
- Une conception renouvelée du rôle des autorités sanitaires, et notamment des Agences Régionales de Santé (ARS) dans le cas retenu ici, par le biais d'une nouvelle forme de gouvernementalité sanitaire (Aubert et al., 2020).
- Une dimension culturelle et relationnelle forte placée au cœur du processus de changement.

Dans cette perspective, il s'agit pour les institutions de tutelles régionales de conduire simultanément le changement dans les territoires, tout en opérant leur propre mutation. D'une position de régulateur, elles sont supposées progressivement glisser vers une posture de tutelles-partenaires, en soutien des acteurs de santé.

Nos objectifs seront, dès lors, de mettre en évidence la relation d'interdépendance existant entre transformation des tutelles de santé et transformation de l'organisation des acteurs de santé, ainsi que les apports d'une telle approche.

Pour analyser et décrypter ce processus, nous recourrons à l'association et au prolongement de travaux théoriques existants, empruntant aux domaines :

- Du management (Morgan, 1989 ; Argyris et Schön, 2002 ; Pettigrew, 1985, 1987) ;
- De la sociologie des organisations (Bernoux, 1985 et 2010 ; Crozier, 1994 ; Crozier et Friedberg, 1977 ; Osty et al., 2007) ;
- Et de la culture organisationnelle (Shein, 1985 ; Johnson et al., 2017 ; Thévenet, 2017).

De manière complémentaire, nous mènerons une étude de terrain fondée sur l'adoption d'une démarche qualitative (Dumez, 2013) et d'une posture de recherche ingénierique (Chanal et al, 2015). Nous nous axerons sur le cas du double changement de l'ARS Ile-de-France, et plus spécifiquement sur sa stratégie de transformation interne, couplée à l'accompagnement au changement mis en œuvre auprès des acteurs de santé. Nous nous focaliserons sur l'exemple de la création des DAC (Dispositifs d'Appui à la Coordination) reposant sur la convergence d'entités existantes aux cultures et pratiques différentes.

A l'appui de la combinaison de ces sources théoriques et empiriques, nous tenterons :

- De proposer une conceptualisation du double changement.
- D'identifier la plus-value et l'intérêt de sa mobilisation, via le repérage des ressorts managériaux et des conditions favorables à son déploiement.
- Et enfin, de définir un modèle d'action managériale à l'usage des praticiens.

**Title:** Double change: from concept to managerial action model

*The case of the management of the transformation of territorial health organisations by the Regional health agencies, through the reform of the Coordination support units*

**Keywords:** Double change, Healthcare system, Organisation, Actors, Organisational culture, Relational systems

**Abstract:** The aim of this research is to explore the concept of "double change", which has been little described in the literature.

This interest in the concept stems from the observation of the reforms initiated by the public authorities since the 2010s in relation to the organisation of the health system in France. What these reforms have in common is that they are being carried out under the aegis of the healthcare pathway paradigm (Bloch and Hénaut, 2014; Féry-Lemonnier and al., 2014). This seems to be embodied in:

- The desire to develop a regional healthcare organisation that breaks down barriers, based on the ability of healthcare actors to collaborate and pool their skills, in a context where their operating methods have historically been characterized by major divisions.
- A renewed conception of the role of the health authorities, and particularly the Regional Health Agencies (ARS) in this case, through a new form of health governmentality (Aubert and al., 2020).
- A strong cultural and relational dimension at the heart of the change process.

From this point of view, the aim is for regional supervisory bodies to drive change in the regions, while at the same time undergoing their own transformation. From a position of regulator, they should gradually move towards a position of guardian-partner, supporting healthcare actors.

Our objectives will therefore be to highlight the interdependence between the transformation of health supervision and the transformation of the organisation of healthcare actors, as well as the benefits of such an approach.

In order to analyse and decipher this process, we will combine and extend existing theoretical work from the fields of:

- Management (Morgan, 1989; Argyris and Schön, 2002; Pettigrew, 1985, 1987).
- Sociology of organisations (Bernoux, 1985 and 2010; Crozier, 1994; Crozier and Friedberg, 1977; Osty and al., 2007).
- And organisational culture (Shein, 1985; Johnson and al., 2017; Thévenet, 2017).

Complementarily, we will conduct a field study based on the adoption of a qualitative approach (Dumez, 2013) and an engineering research stance (Chanal and al., 2015). We will focus on the case of the double change of the ARS Ile-de-France, and more specifically on its internal transformation strategy, coupled with the change support implemented with healthcare stakeholders. We will focus on the example of the creation of the DAC (Coordination Support Units) based on the convergence of existing entities with different cultures and practices.

By combining these theoretical and empirical sources, we will attempt to:

- Propose a conceptualisation of dual change.
- Identify the added value and benefits of its use, by pinpointing the managerial drivers and favorable conditions for its deployment.
- And finally, define a model of managerial action that practitioners can use.

---

## REMERCIEMENTS

---

*En guise d'avant-propos, je souhaitais adresser mes remerciements à toutes les personnes qui ont été présentes tout au long de ce travail de thèse...*

**Je remercie sincèrement** ma directrice de thèse, Annie Bartoli, qui m'a laissée voguer librement tout en me guidant et en m'aidant toujours à maintenir le cap durant ce parcours.

**Je remercie** Aline Courie Lemeur pour son appui bienveillant et ses précieux conseils.

**Je remercie également** les autres membres de mon jury : Etienne Minvielle, Michel Crémadez et Corinne Rochette.

**Je remercie** le laboratoire Larequoi pour qui je garderai un attachement tout particulier.

**Je remercie** l'ensemble des professionnels des DAC mais aussi la FACS d'Ile-de-France, la FACS nationale, les institutions de tutelles et le cabinet conseil qui m'ont accordé de leur temps, en se livrant au « jeu » des entretiens, dans le cadre de mon dispositif empirique.

**Je remercie** mon compagnon qui a toujours été présent à mes côtés pendant ce marathon. Je le remercie pour sa patience, sa tendresse et ses encouragements sans faille.

**Je remercie, enfin,** mes proches et plus particulièrement ma mère pour son soutien continu.

\*\*\*\*\*

---

## SOMMAIRE

---

<i>Introduction générale</i> .....	9
<i>Première partie : Analyse contextuelle. Le parcours de santé comme fondement d'un changement culturel et systémique ?</i> .....	15
<b>Chapitre I : Le parcours dans les politiques publiques de l'Etat</b> .....	<b>16</b>
Section 1 : Panorama d'un engouement généralisé.....	16
Section 2 : Parcours et Individus : des parcours institutionnalisés aux parcours individualisés.....	18
Section 3 : Parcours et Organisation : d'une logique de structures vers une logique de parcours.....	20
Section 4 : Du concept de départ à ses usages par les pouvoirs publics.....	21
Section 5 : Vers une tentative de qualification et définition du parcours.....	24
Section 6 : Focus sur l'usage du parcours dans les politiques de santé.....	27
<b>Chapitre II : Organisation du système de santé et transformation : décryptage sous l'angle du « système » et enjeux du recours au parcours</b> .....	<b>33</b>
Section 1 : Pilotage et Organisation : un système de santé fragmenté.....	33
Section 2 : La création organisationnelle pour répondre à la complexité inhérente à tout système et ses dérives : de la complexité du système de santé à sa complication.....	47
Section 3 : Les jeux d'acteurs et de pouvoir : « L'acteur et le système » (Crozier et Friedberg, 1977).....	49
Section 4 : Un système figé qui ne parvient pas à s'adapter aux évolutions contextuelles, malgré les nombreuses réformes déjà conduites.....	51
Section 5 : Les enjeux du recours au parcours pour transformer le système de santé.....	52
<b>Chapitre III : Les acteurs des parcours de santé : essor et multiplication généralisée des dispositifs interstitiels d'appui à la coordination</b> .....	<b>56</b>
Section 1 : Le développement d'une nouvelle catégorie d'acteurs à l'interface des différents secteurs de la santé.....	56
Section 2 : L'écosystème des fonctions de coordination au service des parcours : entre profusion et confusion, sources d'une perte de sens et de cohérence.....	63
Section 3 : L'efficacité de la politique publique de coordination en santé interrogée.....	67
Section 4 : Vers une tentative d'optimisation et de clarification.....	68
<b>Chapitre IV : Territoire et gouvernance des politiques publiques de santé : une approche renouvelée à l'aune du paradigme du parcours</b> .....	<b>69</b>
Section 1 : Territoire et parcours de santé.....	69

Section 2 : Gouvernance et parcours de santé.....	73
<i>Deuxième partie : Construction de l'ancrage théorique. Du paradigme du parcours au modèle organisationnel.....</i>	<i>83</i>
<b>Chapitre V : Le modèle de l'organisation holographique de Morgan (1989) pour appréhender la nouvelle organisation territoriale de santé projetée par les pouvoirs publics.....</b>	<b>84</b>
Section 1 : Photographie de l'état actuel de nos connaissances à ce stade de la recherche .....	84
Section 2 : « Images de l'organisation » (Morgan, 1989) : du cheminement au choix du recours à la métaphore du « cerveau » pour penser l'organisation de santé selon l'approche « parcours » .....	86
Section 3 : Présentation des quatre principes du modèle de l'organisation holographique et leur déclinaison au système de santé .....	94
<b>Chapitre VI : La caractérisation du nouveau rôle des autorités sanitaires locales, dans ce modèle organisationnel .....</b>	<b>100</b>
Section 1 : La position charnière des autorités de santé régionales .....	100
Section 2 : Une tentative d'esquisse du nouveau rôle des ARS, à travers le 3 <sup>ème</sup> principe du modèle d'organisation holographique.....	104
<b>Chapitre VII : Un double changement (culturel) à engager pour les ARS : Accompagner le changement tout en impulsant sa propre transformation .....</b>	<b>108</b>
Section 1 : Un changement au carrefour de deux logiques : entre changement prescrit et changement construit.....	108
Section 2 : Une approche culturelle du changement, à travers le paradigme du parcours .....	110
Section 3 : Un processus de changement envisagé à travers l'apprentissage en boucle double (Argyris et Schön, 2002). .....	114
Section 4 : Le double changement pour qualifier la nécessité de conduire deux niveaux de changement simultanément.....	115
Section 5 : La formulation d'une proposition de recherche, associée à la définition des objectifs, axes de travail et choix réalisés .....	119
<i>Troisième Partie : Elaboration du cadre empirique.....</i>	<i>123</i>
<b>Chapitre VIII : Posture épistémologique et méthodologique .....</b>	<b>124</b>
Section 1 : Orientation épistémologique et construction de notre objet de recherche .....	124
Section 2 : Approche méthodologique.....	132
<b>Chapitre IX : Cadre de l'enquête - Etude du double changement à conduire par les tutelles régionales de santé : L'exemple de l'ARS Ile-de-France, à partir du cas des DAC.....</b>	<b>136</b>
Section 1 : Le couple « ARS-DAC » au sein de la région Ile-de-France.....	136
Section 2 : La stratégie de transformation de l'ARS Ile-de-France .....	139
Section 3 : La convergence des réseaux de santé et des MAIA au sein d'une structure unique (le DAC) comme support d'observation et d'analyse du processus de double changement.....	140

Section 4 : De la divergence à la convergence des dispositifs de coordination .....	144
Section 5 : Les enjeux du changement dans le cadre du DAC .....	149
Section 6 : La cartographie des parties prenantes en présence.....	153
Section 7 : La temporalité retenue .....	155
<b>Chapitre X : Protocole d'enquête : recueil et analyse des données .....</b>	<b>156</b>
Section 1 : La structuration du dispositif de recherche empirique à partir du triptyque du changement de Pettigrew.....	156
Section 2 : L'image de la culture pour analyser le processus de double changement : présentation du modèle d'analyse culturelle défini .....	158
Section 3 : L'architecture globale du dispositif empirique.....	165
Section 4 : Les modalités d'enquête .....	168
<i>Quatrième partie : Premier niveau de résultats – « Contexte » et « contenu » du changement .....</i>	<i>179</i>
<b>Chapitre XI : Contexte du changement .....</b>	<b>180</b>
Section 1 : Théorie d'usage des ARS .....	181
Section 2 : Théorie d'usage des acteurs de santé du territoire : identification des tissus culturels respectifs des réseaux de santé et des MAIA, en vue de leur rapprochement au sein d'un dispositif unique, le DAC .....	217
Section 3 : Synthèse globale : Représentation des théories d'usage et de l'écosystème des univers comportementaux.....	240
<b>Chapitre XII : Contenu du changement .....</b>	<b>245</b>
Section 1 : Théorie professée : Identification de la trame culturelle qui sous-tend le paradigme du parcours .....	245
Section 2 : Les éléments organisationnels et de gestion de la trame culturelle du parcours .....	264
Section 3 : Les éléments sociologiques de la trame culturelle du parcours .....	279
Section 4 : Mise en miroir de la théorie professée et des théories d'usage des acteurs .....	288
<i>Cinquième partie : Deuxième niveau de résultats et discussion – Analyse du « processus » de double-changement .....</i>	<i>297</i>
<b>Chapitre XIII : Résultats relatifs au processus de double changement .....</b>	<b>298</b>
Section 1 : La stratégie .....	299
Section 2 : L'opérationnalité du cadre défini par les tutelles.....	318
Section 3 : Les moyens mis en œuvre pour accompagner le changement.....	335
Section 4 : Les systèmes relationnels et le positionnement des acteurs.....	348
<b>Chapitre XIV : Discussion et recommandations .....</b>	<b>381</b>

Section 1 : Méthode d'analyse des résultats.....	381
Section 2 : Processus de passage de la théorie professée vers des théories d'usage renouvelées des acteurs, couplé à une assise organisationnelle .....	382
Section 3 : Management des systèmes de relations entre acteurs : évolution, redéfinition et remise en question .....	394
Section 4 : Vers un cadre propice à l'évolution de la culture organisationnelle et au développement de nouveaux modes de relations.....	402
Section 5 : Les apports d'une démarche de double changement dans le processus de transformation...	408
<b>Chapitre XV : Limites et perspectives.....</b>	<b>411</b>
Section 1 : Les limites .....	411
Section 2 : Les perspectives .....	414
<i>Conclusion générale .....</i>	<i>416</i>
<i>Bibliographie .....</i>	<i>423</i>
<b>Etat de l'art théorique.....</b>	<b>424</b>
<b>Littérature grise.....</b>	<b>431</b>
<i>Annexes .....</i>	<i>435</i>
<b>Liste des annexes.....</b>	<b>436</b>
<b>Annexe 1 : Panorama des agences sanitaires .....</b>	<b>437</b>
<b>Annexe 2 : Typologie des acteurs et de leurs systèmes de relations (Osty et al., 2007) .....</b>	<b>438</b>
<b>Annexe 3 : Guides d'entretiens semi-directifs .....</b>	<b>439</b>
<i>Sigles et abréviations.....</i>	<i>455</i>
<i>Table des matières .....</i>	<i>460</i>
<i>Table des tableaux.....</i>	<i>468</i>
<i>Table des figures.....</i>	<i>471</i>

## Introduction générale

Dans son rapport intitulé « Des systèmes de santé renforcés sauvent plus de vies » (2006), l'Organisation Mondiale de la Santé qualifie ces derniers comme « la totalité des organisations, institutions et ressources consacrées à la production d'actions visant principalement à améliorer, maintenir ou restaurer la santé ».

« Organisations », « Institutions » et « Ressources » sont positionnées comme les termes phares de cette définition. Le choix d'en faire usage comme entrée en matière de notre propos n'est naturellement pas anodin. Cela marque notre souhait d'afficher l'orientation de notre recherche sur l'aspect organisationnel du système de santé en nous consacrant :

- **A la transformation de l'organisation territoriale du système de santé en France,**
- **Aux institutions de tutelles** en charge de la définition du cadre et du pilotage de la politique publique de santé,
- **Et à la ressource humaine de l'organisation**, à savoir les acteurs de santé, reliée aux systèmes culturels et relationnels sous-jacents et aux capacités de coopération entre les parties prenantes.

Notre intérêt pour cet angle d'analyse émane de l'observation, depuis quelques temps déjà, sinon d'un tournant, au moins de l'adoption d'une approche nouvelle des politiques nationales de santé publique. « Modernisation », « innovation », « transformation » sont annoncées comme les maîtres mots de ce processus qui semble, avant tout, constituer une réforme organisationnelle de notre système de santé. Les intitulés des textes législatifs sont, de ce fait, explicites, à travers la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 et plus récemment, la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé du 24 juillet 2019. Il est à préciser que cette dynamique prend aussi place dans un contexte de contraintes économiques importantes induisant la nécessité d'une réflexion sur l'optimisation des moyens humains et financiers et sur de nouveaux modèles économiques.

Bien évidemment, cette volonté de faire évoluer le système de santé français et son organisation n'est pas récente. De nombreux projets de transformation ont été entrepris par le passé. Néanmoins, le mouvement en cours s'inscrit dans un cadre particulier. Nous constatons notamment que ces mesures et orientations sont menées sous l'égide du « parcours de santé ». Celui-ci est devenu, depuis les années 2010, un nouveau paradigme positionné au centre des réformes, et bien analysé également par un ensemble de chercheurs (Bloch et Hénaut, 2014 ; Féry-Lemonnier et al., 2014). Il a pour finalité l'amélioration de l'efficacité du système de santé, tout en garantissant sa qualité (Bartoli et Blatrix, 2022).

De cette approche découle la nécessité de mettre en œuvre une organisation décloisonnée, reposant sur une meilleure coordination entre les acteurs de santé, et axée sur les besoins du patient. Dans un environnement marqué par un clivage historique entre les différents secteurs de la santé et entre la ville et l'hôpital, elle vise un renforcement de la coopération entre les professionnels, raccordé à une forte dimension territoriale. Le Ségur de la Santé en 2020 est venu réaffirmer cette ambition.

Dans cette perspective, les pouvoirs publics ont laissé aux professionnels l'initiative de s'organiser eux-mêmes dans les territoires. Le Plan national pour l'égal accès aux soins (Octobre 2017) formulait d'ailleurs son axe 4 : « Une nouvelle méthode : faire confiance aux acteurs des territoires pour construire des projets et innover dans le cadre d'une responsabilité territoriale ». L'Etat s'adosse sur plusieurs piliers pour asseoir cette configuration d'auto-organisation territoriale régulée : une gouvernance et une responsabilité populationnelle partagées, l'animation territoriale, le recours aux

outils numériques pour favoriser les échanges d'informations, le regroupement de dispositifs et de professionnels, des modes de financement expérimentaux invitant au développement de pratiques collectives innovantes, etc.

Cette démarche semble se fonder sur l'émergence progressive d'un nouveau type de « gouvernamentalité sanitaire » (Aubert et al., 2020) introduite plus ou moins formellement par les pouvoirs publics. Elle se base sur un principe de co-construction de l'action publique, concernant les sujets liés aux parcours de santé. Il s'agit alors pour les institutions publiques de santé de :

- Fixer le cadre général et les grandes orientations.
- Mettre en place les conditions et outils (mesures incitatives et/ou coercitives) nécessaires pour soutenir la collaboration entre l'ensemble des parties prenantes, l'opérationnalisation étant ensuite à la main des acteurs de « terrain ».

Cela s'exprime, par ailleurs, à travers une conception renouvelée du rôle des autorités sanitaires et notamment des tutelles régionales (dans le cas présenté ici : les Agences Régionales de Santé – ARS), situées à l'interface des politiques nationales de santé et des territoires. D'une position de régulateur, elles sont supposées progressivement glisser vers une posture de tutelles-partenaires, en appui des acteurs de santé, suggérant de réinterroger leurs modalités de relations avec ces derniers. Elles sont positionnées en première ligne pour déployer la réforme dans les territoires, tout en facilitant le rapprochement entre politiques publiques de santé et enjeux locaux.

Dans cette période charnière, faite de défis importants pour le système de santé en France, la difficulté est de savoir comment ce changement pourra être stratégiquement piloté (Bartoli et Hermel, 1986, 1989) et en quoi le champ du management pourra apporter des éclairages utiles et une aide à l'identification des conditions de réussite. Pour tenter d'appréhender cela, nous avons choisi de penser ces évolutions organisationnelles à partir du modèle holographique de Morgan (1989), faisant appel à la métaphore du cerveau. En référence aux quatre principes de ce dernier et en prenant appui sur le prolongement du concept de l'apprentissage en boucle double (Argyris et Schön, 2002), nous avons émis l'hypothèse que la structuration des parcours de santé dans les territoires induisait un mécanisme de « double changement » pour les institutions de tutelles. En effet, elle sous-entend d'opérer leur propre mutation, tout en accompagnant les acteurs de terrain vers l'atteinte d'un nouveau schéma d'organisation territoriale de santé. Au regard de cette caractérisation du changement visé et du contexte dans lequel il s'inscrit, nous cherchons à étudier le processus mis en œuvre en faveur de cette évolution (Pettigrew, 1985, 1987 ; Autissier, 2018).

Nous verrons que le changement impacte toutes les parties prenantes amenant une transformation de leurs métiers, de leur position dans l'écosystème et de leurs interrelations avec les différentes entités qui le composent (Bernoux, 1985 et 2010 ; Crozier, 1994 ; Crozier et Friedberg, 1977 ; Osty et al., 2007). Provoquant le face-à-face de cultures différentes, il bouscule les normes de fonctionnement, les habitudes et les modes de pensée de chacun, mettant en évidence la nécessité d'un cheminement à engager pour opérer le passage d'une logique individuelle, de structures, de secteurs ou encore de métiers à une logique collective et transversale de missions partagées. Dans cette phase de transition et où nous semblons évoluer « d'un système vers un autre », ces éléments ont pour incidence une mutation en profondeur des modalités d'organisation des acteurs, à la fois interne (au sein de leurs structures) mais aussi externe. Au vu de la prégnance de ces enjeux suscitant des confrontations et questionnements culturels, mêlant tout à la fois aspects symboliques et systèmes de gestion et de pouvoir, nous avons fait le choix de recourir aux travaux sur la culture organisationnelle (Shein, 1985 ;

Johnson et al., 2017 ; Thévenet, 2017), associés à la théorie d'action (Argyris et Schön, 2002), comme grille de lecture de ce processus de double changement.

Partant de la proposition de recherche selon laquelle *la réussite du changement sur le terrain passe par la capacité des tutelles de santé territoriales de l'Etat à faire évoluer leurs rôles, postures et principes de fonctionnement*, notre travail s'ordonnera autour de 3 axes :

- La transformation des institutions de tutelles, dont les fondements culturels sont fortement ancrés dans un modèle d'essence bureaucratique ;
- L'accompagnement des acteurs de santé et le contexte mis en place afin d'encourager le rapprochement et la cohabitation de cultures et structures organisationnelles diverses et hétérogènes ;
- La pertinence du recours à une logique de double changement comme levier.

L'une des finalités poursuivies par cette exploration est de *mettre en évidence la relation d'interdépendance existant entre transformation des tutelles de santé et transformation de l'organisation des acteurs de santé dans les territoires, ainsi que les effets de potentialisation réciproque liée au caractère bilatéral d'un double changement*. En vue d'une traduction opérationnelle, il s'agit d'identifier les ressorts managériaux et les conditions favorables au déploiement d'une telle approche, visant la convergence et l'apport mutuel de deux mouvements de changement simultanés, poursuivant un même but : assurer la pérennité du système de santé et son adaptation continue aux besoins des patients et de la société.

Notre orientation épistémologique a fortement influencé nos choix dans la manière d'aborder et traiter notre sujet de recherche. Celle-ci est intrinsèquement reliée à notre double casquette de « chercheur-praticien », à la fois doctorant et professionnel exerçant des fonctions dans le secteur de la santé. Nous nous inscrivons, en ce sens, dans l'optique d'une thèse tant académique que professionnelle. En outre, notre parcours antérieur est fortement empreint des sciences sociales, ce qui nous a particulièrement sensibilisée aux approches sociologiques de l'organisation. Cela se reflète dans le but de notre projet de recherche qui est de comprendre les processus humains et sociaux en jeu au sein des organisations. Nous souhaitons apporter une représentation intelligible d'un processus de changement complexe, où l'axe culturel et relationnel occupe une place centrale, bien que non exclusive, et constitue notre angle d'analyse principal. Notre préoccupation est de comprendre les acteurs, leurs logiques d'actions, leurs interrelations, leurs représentations et de tenter d'en donner du sens, tout en tenant compte de leurs interactions avec les structures et les stratégies en place (Bartoli et Hermel, 1989). A la lumière de ces éléments, notre posture rejoint celle de la recherche ingénierique (Chanal et al, 2015), reliée à une logique de raisonnement abductif (Peirce, 1931). Notre objectif est de concilier la réalisation d'une recherche utile pour les praticiens exerçant au sein d'une organisation, tout en contribuant à la création de connaissances scientifiques nouvelles.

Nous avons opté pour une démarche de recherche qualitative au sens de Dumez (2013) et longitudinale (2009 à 2021), prenant place sur la région Ile-de-France, à travers l'analyse croisée du couple « tutelles-acteurs de terrain ». Notre terrain d'étude s'attache aux relations entre l'ARS et les Dispositifs d'Appui à la Coordination (DAC), constituant l'une des parties prenantes de la future organisation territoriale de santé. Déployés depuis juillet 2019 (Loi Ma santé 2022), les DAC doivent permettre de fluidifier les parcours de santé complexes et organiser les prises en charge. Confrontés à une évolution à la fois interne et territoriale, se traduisant par le regroupement de plusieurs dispositifs aux cultures et histoires différentes, ils sont pleinement touchés par les mutations en cours. De plus,

de par la mission d'animation territoriale de proximité qui leur a été confiée par le législateur, ils peuvent s'avérer un outil à mobiliser par l'ARS pour faciliter l'appropriation du paradigme du parcours dans les territoires. En effet, ils constituent des dispositifs interstitiels situés au carrefour des différents secteurs de la santé et représentent en ce sens une catégorie d'acteurs particulière.

La collecte de notre matériel a reposé sur plusieurs supports : la réalisation de trente-deux entretiens semi-directifs, la conduite de deux études de cas, une immersion sur le terrain et des observations participantes. Ces modalités ont été complétées par une analyse sémantique, menée à l'appui de la littérature grise représentant un volume de soixante-sept documents (textes législatifs et institutionnels, discours, communiqués de presse, comptes-rendus de réunions, rapports, etc.).

Notre dispositif empirique s'articule ainsi autour des axes suivants :

- Un modèle théorique socle, s'appuyant sur la représentation holographique de Morgan (1989).
- Un cadre dans lequel prend place notre dispositif d'enquête : l'étude du processus de double changement mis en œuvre pour atteindre le modèle visé, à partir du couple « ARS-DAC ».
- Un support pour le recueil et la structuration des données nécessaires en vue d'appréhender ce phénomène, reposant sur le triptyque du changement de Pettigrew (Contenu-Contexte-Processus).
- Une grille de lecture retenue pour l'analyse des éléments collectés : la variable culturelle (Argyris et Schön, 2002 ; Johnson et al., 2017 ; Autissier et Moutot, 2003).

Enfin, il nous semble important, avant d'achever ce propos introductif, de revenir sur la structuration de notre travail afin d'en faciliter et guider la lecture qui va suivre :

La première partie de notre thèse peut être considérée comme une phase d'analyse contextuelle. Elle a vocation à définir les fondements sur lesquels va reposer cette recherche et se compose de six axes : « Parcours de santé » – « Organisation » – « Acteurs » – « Territoire » et « Gouvernance ». Le parcours, en tant que paradigme, représente davantage un cap à atteindre, une vision de la conception du système de santé que les pouvoirs publics entendent déployer. Notre objectif sera, dès lors, d'identifier les composantes tangibles, dans lesquelles le parcours s'incarne. Nous verrons que celui-ci se matérialise à travers :

- Un modèle d'organisation territoriale.
- Un certain mode de gouvernement de l'action publique.
- Une dimension culturelle forte placée au cœur du processus de changement à conduire.

La deuxième partie permettra de formuler une proposition de modélisation théorique de ces trois dimensions (Morgan, 1989). Il s'agira également de qualifier plus précisément cette forme d'auto-organisation territoriale des acteurs et le rôle des autorités sanitaires régionales. Cela nous amènera à analyser plus finement les ressorts de la démarche de double changement à engager.

La troisième partie nous conduira à nous focaliser sur la construction de notre projet de recherche empirique d'un point de vue épistémologique et méthodologique. Nous y associerons une présentation du cadre de notre enquête, du protocole retenu et du design de recherche élaboré.

La quatrième partie sera consacrée à la présentation des résultats relatifs au « contexte » culturel dans lequel prend place le changement étudié et au « contenu » de celui-ci appréhendé à travers le paradigme du parcours de santé, en référence au triptyque de Pettigrew.

Au regard de ces deux composantes (« contexte » et « contenu »), nous nous attacherons, au sein de la cinquième partie, à l'étude de la troisième brique de ce triptyque, à savoir ici le « processus » de double changement, constituant le cœur de notre sujet. Notre objectif sera d'observer la manière dont est pensé et conduit celui-ci. Nous tenterons, ensuite, de prolonger cette analyse à travers une partie dédiée à la discussion de ces résultats qui aboutira à une proposition de modèle d'action managériale du changement, inscrite dans une vision culturelle et relationnelle confortée par une assise organisationnelle. Et enfin, nous conclurons notre propos sur les limites de ce travail et sur les perspectives à venir.

Première partie : Analyse contextuelle. Le parcours de santé comme fondement d'un changement culturel et systémique ?

# Chapitre I : Le parcours dans les politiques publiques de l'Etat

## Section 1 : Panorama d'un engouement généralisé

Dès le début des années 2000, le « parcours » fait son incursion pour s'inscrire progressivement au centre des réformes organisationnelles du système de santé. L'emploi du parcours semble s'imposer comme le nouveau cadre de références (Bouquet et Dubéchet, 2017) ; à tel point que son omniprésence tend à nous questionner sur la nature de l'usage de cette notion par les acteurs politiques et institutionnels. Entre véritable fondement conceptuel pour repenser en profondeur notre système de protection sociale ou dévoiement vers un outil de communication marketing, nous vous proposons de faire la part des choses en revenant sur le sens de cette notion et d'en mesurer les implications dans la vision et la conception du modèle de santé en France. Cela nous paraît un point de départ essentiel dans la mesure où le « parcours » semble être érigé par les pouvoirs publics comme le nouveau paradigme au coeur du processus de changement à mener.

En adoptant une perspective plus systémique, nous constatons que « l'approche parcours » (Bloch in Minvielle (dir.), 2018) traverse de très nombreux secteurs des politiques sociales entendues au sens large (famille, santé, emploi, retraite, handicap, perte d'autonomie liée à l'âge et dépendance, protection de l'enfance, lutte contre la précarité et les exclusions, intégration des migrants, éducation, etc.), positionnant celle-ci comme un élément stratégique de la transformation de l'action publique. Le parcours se décline de multiples manières et de façon exponentielle, à partir des années 2000, comme en témoigne la fréquence accrue de son usage pour qualifier à la fois des dispositifs, des outils et des démarches, des orientations et textes de lois ou encore des programmes d'actions. Ce tour d'horizon, nullement exhaustif, en donne un aperçu général :

TABLEAU 1 : USAGE DU PARCOURS DANS LES POLITIQUES SOCIALES

Secteur	Nature du recours au parcours
<b>Sanitaire et médico-social</b>	Appréhendé initialement sous l'angle du « <b>parcours de soins</b> » (Loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie), son périmètre sera ensuite étendu au « <b>parcours de santé</b> » dès la décennie 2010.  A titre d'exemple, le titre II de la loi de modernisation de notre système de santé du 26 Janvier 2016 s'intitule : « Faciliter au quotidien les parcours de santé ». Cette dernière favorisera la création de dispositifs ayant vocation à mettre en place des parcours de santé dit coordonnés.
<b>Action sociale</b>	L'usage du « <b>parcours de vie</b> » dans ce secteur sous-tend une plus grande prise en compte du droit des usagers et l'individualisation de l'accompagnement, dans une logique multidimensionnelle englobant tous les aspects de la vie de l'usager.  Deux textes législatifs sont particulièrement emblématiques de cette ambition : la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale instituant, entre autres, le projet personnalisé et le décret du 26 novembre 2004 relatif au document individuel de prise en charge.
<b>Insertion des migrants</b>	L'engagement dans « <b>un parcours personnalisé d'intégration républicaine</b> » est inscrit dans le code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (Article L413-2), suite à une ordonnance du 16 décembre 2020.
<b>Handicap</b>	Le « <b>parcours</b> » est une notion centrale <b>associé au « projet de vie »</b> , introduit au sein de la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

	<p>Dans le rapport « Zéro sans solution », paru en 2014, il est mentionné « <b>le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture</b>, pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches ».</p> <p>Le secrétariat d'État chargé des Personnes handicapées, a annoncé en 2020, le <b>lancement d'une plateforme en ligne « Mon parcours handicap »</b>, conçue dans une logique de point d'entrée unique d'information, d'orientation et de services.</p>
<b>Emploi</b>	Depuis le 1er janvier 2018, les contrats aidés sont transformés en « <b>parcours emploi compétences</b> ».
<b>Insertion des jeunes</b>	Le gouvernement a créé un « contrat engagement jeune », défini comme « <b>un parcours entièrement personnalisé</b> » ( <a href="https://travail-emploi.gouv.fr">https://travail-emploi.gouv.fr</a> , consulté le 04 août 2022) <sup>1</sup> , s'inscrivant dans la continuité du plan « Un jeune, Une solution ».
<b>Scolarité</b>	« <b>Les parcours éducatifs</b> » sont inscrits dans la loi d'orientation et de programmation pour la refondation de l'école de la République du 8 juillet 2013.
<b>Famille</b>	La Caisse Nationale d'Allocations Familiales (Cnaf) a mis en place, en 2021, un « <b>Parcours séparation</b> », pour répondre à l'évolution des schémas familiaux.
<b>Protection de l'Enfance</b>	<b>La continuité et la stabilité des parcours</b> sont au centre des actions structurantes de la Protection judiciaire de la jeunesse, depuis la note d'orientation du 30 septembre 2014.

Bien d'autres exemples pourraient encore être cités. Néanmoins, ce panorama, volontairement succinct et partiel, permet de refléter l'engouement actuel pour ce concept. Cela transparaît également au niveau des ressources humaines, à travers l'émergence de nouveaux métiers et fonctions, comme « référent de parcours » pour l'accompagnement individuel d'usagers en grande difficulté sociale<sup>2</sup> ou encore « assistant au parcours et au projet de vie » (Merini et al., 2021) auprès des personnes en situation de handicap. Bloch et Hénaut (2014) mettront, par ailleurs, en évidence l'émergence de nouveaux types de professionnalités en santé pour accompagner le déploiement organisationnel et territorial des parcours de santé en favorisant les logiques d'intégration et de coopération entre les acteurs de santé (Pilote MAIA, référents Alzheimer, etc.). Cela donnera lieu, en conséquence, au développement d'une offre de formations diverse et hétérogène, proposée notamment par les IRTS, des organismes privés, des universités ou encore l'EHESP<sup>3</sup>. Dans la même perspective, le rapport « Coordination institutionnelle des acteurs » (2015), émanant des Etats généraux du travail social, préconise de « développer dans tous les secteurs des réseaux intégrés ». Ces derniers se matérialisent, entre autres, sous la forme de plateformes ou dispositifs d'appui à la coordination des parcours. Dans le secteur du handicap, les communautés 360 lancées en 2020 doivent, par exemple, permettre la « structuration d'un réseau de professionnels soutenant les parcours de vie des personnes » (<https://handicap.gouv.fr>, consulté le 10 août 2022).

Nous retrouvons également la mention du parcours dans la caractérisation des missions de certaines institutions de tutelles, comme les Agences Régionales de Santé qui « ont pour mission de structurer les parcours de santé » (<https://www.ars.sante.fr>, consulté le 04 août 2022). La CNSA affirme, dans un rapport de 2012, « promouvoir la continuité des parcours de vie ». Les ARS ont d'ailleurs réalisé, en 2016, un « Lexique des Parcours de A à Z » proposant une définition des concepts les plus

<sup>1</sup> L'ensemble des références issues de la consultation de sites Internet est détaillé au sein de la bibliographie.

<sup>2</sup> La création de cette fonction est préconisée dans le rapport « Coordination institutionnelle des acteurs », remis en 2015 à l'issu des Etats Généraux du travail social.

<sup>3</sup> Par exemple, les IRTS et organismes privés proposent des formations en vue d'exercer une mission de référent de parcours. L'EHESP met en place des formations continues telles que « Améliorer la qualité d'accompagnement par l'intégration du parcours de santé des personnes âgées vulnérables » ou encore « PACTE Soins primaires : Coordinateur de regroupements pluri-professionnels de soins primaires ». Les universités, quant à elles, proposent des DU ou DIU, comme l'Université Lyon 1 avec un « DIU santé – Construction et coordination des parcours de santé ».

fréquemment évoqués dans les parcours de santé, démontrant à quel point l'usage du parcours est entré dans le langage courant des réformes et orientations actuelles visant l'évolution de nos politiques sociales. Ce lexique constitue un glossaire spécialisé faisant, dès lors, du « parcours de santé », un domaine spécifique de connaissances et d'actions, témoignant de son ancrage fort dans les orientations d'action publique.

## Section 2 : Parcours et Individus : des parcours institutionnalisés aux parcours individualisés

Certains parleront sans doute d'effet de mode. Nous ne saurions leur reprocher face au constat d'un affichage accru, voire excessif, du parcours au sein des politiques sociales, donnant parfois le sentiment d'une forme d'instrumentalisation de ce concept, avec le risque de le voir réduit à un simple outil de communication et d'en perdre le sens. Néanmoins, contrairement à un simple phénomène en vogue souvent éphémère, le parcours semble bien s'inscrire dans la durée. Bien qu'il ne connaisse son véritable essor qu'à partir des années 2000, l'origine de son incursion au sein de l'action publique n'est pas si récente et tend aujourd'hui encore à perdurer. Un rapide retour historique nous permet de mieux comprendre l'apparition de ce concept dans les politiques publiques ainsi que son évolution et ses fondements. En effet, les prémices, puis l'usage généralisé, du parcours dans les politiques publiques semblent coïncider avec le cycle de vie de la crise que traverse notre système de protection sociale et de solidarités collectives, depuis la fin de la période dite des 30 Glorieuses. Cela repositionne, dès lors, l'enjeu déjà ancien mais toujours aussi actuel de sa nécessaire transformation pour l'adapter aux nouveaux besoins de la population, tout en assurant sa pérennité, notamment d'un point de vue économique. Progressivement, le parcours s'imposera comme le levier à mobiliser pour penser autrement les politiques sociales et conduire le changement.

Le 20<sup>ème</sup> siècle est marqué par la structuration des politiques publiques et le développement de notre système de protection sociale, amenant l'Etat « à agencer les individus de manière plus officielle » (Cavalli, 2007, pp. 57-58). Les trajectoires de vie sont dès lors segmentées et standardisées chronologiquement (Kohli, 1986, cité dans Cavalli, 2007) via la scolarisation, la création des pensions de retraite, etc. ; ponctuées par différentes transitions permettant de passer d'une étape à une autre du parcours de vie. La survenue d'événements dans les parcours, dits risques sociaux, sont alors couverts par le système de protection sociale et de solidarités établi au lendemain de la guerre. Mais à partir des années 1970, ce processus d'institutionnalisation du parcours de vie se voit progressivement remis en cause. « Le pouvoir des institutions dans la structuration des parcours individuels s'avère en déclin » (Cavalli, 2007, p. 60). Cela est à rapprocher d'une évolution du contexte dans lequel a pris place ce modèle. En effet, les deux chocs pétroliers successifs marquent la fin des « 30 Glorieuses » et le début d'une crise mondiale qui se répercutera sur les trajectoires de vie individuelles de la population, notamment professionnelles, incitant les pouvoirs publics à modifier leur approche des problèmes sociaux, en raison du caractère devenu instable et précaire du marché de l'emploi et ses conséquences directes sur le niveau de vie de la population. De plus, notre système de protection sociale fondé sur un principe d'ouverture de droits lié au statut de travailleur et d'ayant-droit dans un contexte de plein emploi, laisse dès lors un nombre croissant de personnes en dehors de ce filet de sécurité. Nous assistons au début d'une distorsion entre le modèle de protection sociale et l'environnement dans lequel il s'inscrit, ou dit autrement entre « parcours de vie institutionnalisé » et « parcours de vie individuels », marqués auparavant par une relative stabilité et qui se retrouvent de plus en plus complexes et diversifiés (Cavalli, 2007). C'est dans ce contexte que les pouvoirs publics commencent, au début des années 80, à réfléchir à une nouvelle approche des problèmes sociaux,

dans le cadre des politiques d'insertion. La création du Revenu Minimum d'Insertion (RMI) en 1988 et l'instauration d'un contrat d'insertion qui lui est associé, constitue, à ce titre, un jalon important. Il introduit une forme d'individualisation des politiques de solidarités, tenant davantage compte des trajectoires sociales et professionnelles spécifiques des personnes, témoignant d'une forme de « déclin des solidarités collectives au profit d'une solidarité renouvelée autour de l'individu » (Duvoux, 2008, p. 187).

En effet, les mutations de l'environnement et de la société, traversés par de multiples bouleversements (précarité de l'emploi, mobilité des carrières professionnelles, vieillissement de la population, recomposition des familles, développement des maladies chroniques...), amènent peu à peu de nouveaux besoins et attentes des citoyens, à travers des « réponses de plus en plus spécialisées »<sup>4</sup>, tout en s'inscrivant dans une approche globale, plus transversale et moins segmentée des parcours. De plus, la discontinuité et la complexité croissante des trajectoires conduisent « à réinterroger la prise en compte des événements auxquels les individus sont confrontés et les dispositifs censés les protéger face aux risques sociaux qui en découlent » (Lignon, 2020). Cela réinterroge donc à la fois la manière de penser l'accompagnement des personnes et leur prise en charge mais aussi le contenu même des dispositifs. En vue d'accompagner ces changements, le système de protection sociale a donc progressivement adopté une approche fondée sur les parcours. « En s'intéressant à toutes les composantes et les changements de vie, la notion de parcours cherche à identifier et analyser ce qui structure chaque itinéraire, dans un contexte social et historique particulier »<sup>5</sup> pour penser de nouveaux droits collectifs.

« Déchronologisation et déstandardisation des trajectoires » (Cavalli, 2007, p. 60) ne signifient pas pour autant que nous assistons à un processus de désinstitutionnalisation des parcours. Aujourd'hui, les parcours faisant preuve « de plus grandes variations interindividuelles » (ibid.), il s'agit plutôt, à travers le paradigme du parcours utilisé par les pouvoirs publics, de concevoir de « nouvelles réponses collectives à des besoins et attentes diversifiés des individus » (Bouquet et Dubéchet, 2017, p.22). Cette nouvelle norme du parcours de vie accorde plus de souplesse et liberté aux individus pour élaborer leur projet de vie (notion fortement corrélée au parcours, notamment avec son introduction dans la législation par la loi handicap de 2005), mettant l'accent sur une plus grande participation, responsabilisation et autonomisation de la personne, l'invitant à devenir acteur de son projet de vie. Ainsi, « au lieu de désinstitutionnalisation du parcours de vie, [Leisering] propose alors de parler « d'institutionnalisation de la flexibilité » (2003, p. 222), voire d'institutionnalisation du parcours de vie individualisé » (Cavalli, 2007, p. 65). Le parcours au sein des politiques publiques questionne donc véritablement la vision de notre modèle social, ainsi que le positionnement de l'Etat et la place de l'individu.

En outre, cela n'est pas sans conséquence sur les pratiques des acteurs des politiques sociales. L'adoption de la logique « parcours » transforme la relation à l'utilisateur qui devient une sorte de « bénéficiaire-partenaire » (Duvoux, 2008, p. 187), en induisant une nouvelle approche du droit des usagers et de la citoyenneté. A ce titre, les lois relatives aux secteurs social et médico-social de 2002 et 2004 sont significatives de ce mouvement. De même, la loi du 11 février 2005 sur le handicap, en affirmant « que la dépendance n'annihile pas toute référence à un projet pour la personne, [représente] une nouvelle façon, pour le législateur, de consolider le droit des « usagers » et de viser l'horizon d'une citoyenneté encore à conquérir » (Jaeger, 2017, p. 51). Par conséquent, « la

---

<sup>4</sup> Ces propos sont extraits d'un entretien avec Dominique Libault réalisé le 8 avril 2022, consulté le 10 août 2022 sur le site de la Caisse des dépôts.

<sup>5</sup> Ibid.

participation des personnes est une dimension désormais incontournable de l'accompagnement. Nous sommes passés du « pour » au « avec », d'où la nécessité de veiller à ce que les personnes soient parties prenantes des décisions dans un processus qui va de la consultation à la participation effective » (Groupe de travail sur la place des usagers, Etats généraux du travail social, 2015).

« Une nouvelle façon de penser l'intervention auprès des personnes en difficulté du fait de la maladie, du handicap, de l'âge, des difficultés sociales et économiques » (Bouquet et al., 2017, p. 8) s'amorce avec ce mouvement. Il ne convient plus « de planifier des actions, en postulant l'adhésion de l'« usager » à la réalisation d'objectifs définis par l'identification de besoins objectivés, mais d'assurer un accompagnement au déroulement incertain, parfois erratique, en tout cas correspondant mieux aux réalités de la personne » (Jaeger, 2017, p. 45), envisagé dans une perspective non linéaire et inscrit dans une perspective au long cours.

### Section 3 : Parcours et Organisation : d'une logique de structures vers une logique de parcours

A travers le recours au parcours, l'objectif est également de casser les cloisonnements institutionnels et silos existants entre acteurs et structures pour amener davantage de coordination et de coopération, dans un contexte où ces derniers agissent souvent en parallèle, se croisent, voire se superposent sans jamais réellement converger, formant dès lors « un univers » complexe, sinueux et peu lisible pour l'utilisateur (Bouquet et Dubéchet, 2017, p. 18). La finalité sous-jacente est de « mettre en cohérence, autour de la personne et de son parcours, l'ensemble des interventions » (Ibid.). Le parcours entend donc dépasser la fragmentation entre secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux.

La finalité est d'assurer une meilleure qualité de prise en charge de la personne, couplée à une perspective d'amélioration de l'efficacité organisationnelle et économique (éviter les redondances d'actes et d'interventions, mutualiser les compétences et les services, ...). Cet enjeu organisationnel autour d'une meilleure coordination et coopération est d'autant plus cruciale aujourd'hui, dans un contexte de pénurie de ressources humaines et d'un manque d'attractivité des secteurs de la protection sociale. L'enjeu d'optimisation et de mutualisation des ressources est donc particulièrement prégnant. Cela implique de réaliser un virage important en passant d'une logique individuelle de structures, d'établissements, de secteurs ou de métiers (prédominante encore aujourd'hui) à une logique collective de parcours. Concrètement, cela nécessite de parvenir à bâtir et « prioriser un réseau cohérent et territorialisé de ressources sanitaires et sociales » (Ibid.), « de construire des passerelles entre les domaines d'action » (Ibid., p. 22) et d'en assurer la coordination et le pilotage.

Mais de nombreuses difficultés se posent pour assurer, en pratique, la cohérence des parcours, notamment « des résistances à s'affranchir des différents statuts et espaces juridiques dont relèvent les dispositifs qu'un individu doit traverser » (Ibid., p. 23). La transversalité et la continuité des parcours se heurtent à d'importants clivages institutionnels, souvent durablement ancrés. « De nombreux rapports d'experts ont été consacrés à cette question, étant entendu que les clivages sont la règle : ils concernent tout autant les politiques de l'éducation, de la justice, du travail... Ainsi, le législateur n'a cessé, depuis plusieurs années, d'appeler à ne pas se contenter d'élaborer des projets dont la réalisation était systématiquement compromise par l'existence de fractures structurelles » (Jaeger, 2017, pp. 45-46). Par ailleurs, le parcours laisse également entrevoir un changement culturel d'envergure pour les acteurs, dans la mesure où le parcours réinterroge les pratiques où les maîtres-mots deviennent la coordination et la collaboration.

## Section 4 : Du concept de départ à ses usages par les pouvoirs publics

Ainsi, dans un contexte marqué par une transformation de l'environnement, induisant l'apparition d'une nouvelle forme de risques sociaux, couplé à de nouvelles attentes et besoins de la population, « la question de l'adaptation de la protection sociale aux réalités contemporaines » se pose aujourd'hui à l'ensemble des secteurs de « l'Etat social » (Béland, in Giraud et al., 2022, p. 304). Mais, malgré la prise de conscience déjà ancienne par les pouvoirs publics de la nécessité de repenser le système de protection sociale, force est de constater que celui-ci peine à se réformer en profondeur ; restant toujours, de manière prépondérante, assis sur les fondations construites au lendemain de la guerre. Actuellement, comme nous venons de l'entrevoir, les pouvoirs publics entendent mener ce changement d'envergure, à l'appui du parcours. Mais le recours au parcours est loin d'être anodin. De « concept » au départ interrogeant le rôle et le positionnement de « l'Etat social » et la vision de notre modèle sociétal, le parcours devient peu à peu le nouveau « paradigme » positionné au centre des réformes menées par les pouvoirs publics devant permettre d'engager un véritable changement culturel. Ce dernier concerne à la fois les professionnels mais aussi les autorités de tutelles elles-mêmes œuvrant à la mise en œuvre des politiques sociales, ainsi que la population pour qui le modèle actuel de l'Etat social, même en crise, « constitue pour beaucoup de personnes le seul repère dans lequel elles ont été socialisées » (Cavalli, 2007, p. 67). Mais dans le même temps, le parcours constitue aussi un « outil » de gestion publique. Nous ne pouvons pas, en effet, ignorer que l'essor du parcours dans les politiques sociales est contemporain du développement du New Public Management ; faisant également du parcours un outil visant une meilleure efficacité de notre système de protection sociale. Cela met en évidence un double usage du parcours par les tutelles que nous allons explorer à présent.

### A. Le parcours comme nouvel outil de gestion publique

L'usage gestionnaire du parcours par les pouvoirs publics doit permettre de soutenir une logique de performance et d'efficacité de notre système de protection sociale ; marqué sans doute, au départ, par l'influence de la propagation des théories du New Public Management au sein de l'action publique de l'Etat.

En effet, à travers une mise en perspective de la notion de parcours au regard du contexte plus global des politiques publiques, nous nous rendons compte que sa diffusion généralisée à partir des années 2000 est contemporaine de la mise en place d'une nouvelle démarche de modernisation de l'Etat où se joue une logique combinée d'évaluation, d'efficacité, de qualité et de baisse des dépenses, avec la mise en place de la RGPP (Révision Générale des Politiques Publiques) de 2007 à 2012 sous Sarkozy. Elle sera remplacée par la MAP (Modernisation de l'Action Publique) sous le gouvernement Hollande et enfin par une nouvelle réforme de l'Etat baptisée « Action Publique 2022 » sous l'ère Macron. Bien que la forme diffère, l'objectif (la transformation publique) et le contenu restent les mêmes : « Améliorer l'efficacité de l'Etat et la qualité des services publics et baisser les dépenses publiques de façon pertinente » (Löchen, 2021, p. 57). A titre d'illustration, le domaine de la santé a été fortement marqué par cela via notamment les politiques de rationalisation des organisations hospitalières, la mise en place des Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Gestion (CPOM), ou bien encore, plus anecdotique, la création en 2009 d'une Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé (ANAP)

Plusieurs exemples de réformes ou d'expérimentations de nouveaux modes de financements, conduites sous l'égide du parcours, peuvent ainsi être mis en évidence. Citons, parmi eux, la réforme Serafin-PH, réformant le système de tarification des établissements et services médico-sociaux

accompagnant les personnes handicapées. « L'objectif assigné à cette réforme est d'établir des modalités d'allocation de ressources qui garantissent une équité entre les établissements et services en fonction des prestations qu'ils apportent au regard des attentes et des besoins des personnes. Elle doit faciliter les parcours des personnes » (Deveau, 2017, p. 59). Son acronyme est, dans ce cadre, particulièrement révélateur : « Services et Établissements : Réforme pour une Adéquation des FINancements aux parcours des Personnes Handicapées ». Une autre illustration est l'article 51 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale de 2018 qui introduit un dispositif permettant d'expérimenter de nouvelles organisations en santé reposant sur des nouveaux modes de financement, « et ce, dès lors que ces nouvelles organisations contribuent à améliorer le parcours des patients, l'efficacité du système de santé, l'accès aux soins ou encore la pertinence de la prescription des produits de santé » (<https://solidarites-sante.gouv.fr>, consulté le 8 décembre 2022). En filigrane, apparaît également une forme de rationalisation des parcours des patients. Ainsi, le site national de l'ARS mentionne que la structuration des parcours sous-tend, entre autres, d' « organiser les bons soins par les bons professionnels dans les bonnes structures au bon moment et au meilleur coût » (<https://www.ars.sante.fr>, consulté le 5 août 2022). « Cette approche, prégnante dans l'élaboration des programmes régionaux de santé des ARS, nécessite de cartographier les étapes du trajet du patient tout au long de son parcours de santé en identifiant :

- L'accès aux soins : l'endroit et la manière dont la prise en charge est effectivement réalisée et, le cas échéant, la manière dont elle devrait l'être ;
- La pertinence : le coût et l'efficacité de chaque intervention ;
- La structuration et l'organisation des prises en charge » (Ibid.).

Cela se reflète également à travers la modélisation de parcours type (parcours cancer, parcours diabète, etc.). Nous tendons ainsi vers la modélisation de parcours type et leur calibrage, entraînant de nouveau un risque de segmentation et compartimentation de l'individu (Jaeger, 2017). Cela met en exergue la difficulté de concilier ce double usage du parcours : entre la vision, les valeurs portées par le paradigme du parcours et l'outil de gestion publique au service d'une forme de rationalisation et d'efficacité, prenant place dans le cadre d'une démarche globale de modernisation de l'Etat. Enfin cela pose la question de l'évaluation des politiques sociales, de leur efficacité et impacts conduites sous l'égide du parcours de santé et en tant que nouvel outil de gestion publique

#### B. Le parcours comme nouveau paradigme pour conduire un changement culturel

Comme nous avons pu le voir, le parcours représente pour les pouvoirs publics le support pour la construction d'une conception renouvelée de notre système de protection sociale et son organisation, de la place de l'individu-citoyen et du positionnement de l'Etat. Le parcours est porteur d'une nouvelle vision et de valeurs qui questionnent la place des acteurs professionnels et institutionnels, leurs modalités de relation ainsi que leurs normes de fonctionnement. C'est, par conséquent, un véritable changement culturel qui semble se jouer.

Le choix réalisé, ici, de parler de changement culturel n'est pas anodin et amène à adopter un certain regard sur le processus de réforme que l'Etat a pour ambition de mener. Il s'agit de partir du postulat que le changement de l'organisation repose avant tout sur « la transformation des personnes qui la composent, ou plus exactement des rapports qu'elles ont entre elles, et du système de règles, d'échanges et de coutumes » (Crozier, 1994, pp. 201-202). Cela place l'humain comme la ressource fondamentale du système, autour de laquelle s'articulent toutes les autres. Ce qui s'avère d'autant plus prégnant dans les politiques sociales dont les métiers revêtent une dimension relationnelle forte,

alliant des compétences tant basées sur des savoir-faire que des savoir-être, ainsi que des interactions nombreuses entre les parties prenantes. La ressource humaine n'est pas appréhendée dans une approche individuelle, mais comme « un ensemble de relations organisées avec une culture » (Ibid., pp. 31-32). « L'évolution de la culture organisationnelle devient, dans cette vision, une dimension intrinsèque du changement qui implique de réinterroger les modes de raisonnement et le comportement des acteurs, et plus particulièrement le système relationnel qui s'y rattache » (Borel et Cenard, 2022). « Le changement décrit dans cette recherche doit, en effet, permettre la mise en place d'une nouvelle organisation humaine, dont la réussite est conditionnée par l'aptitude de ces acteurs à collaborer ensemble et à mutualiser leurs compétences respectives » (Ibid.).

Pour mener ce changement, les pouvoirs publics entendent ériger le parcours comme le nouveau paradigme organisationnel qui devra se situer au cœur de la culture organisationnelle des acteurs. Johnson (1988, p. 84) caractérise le paradigme organisationnel comme « l'ensemble des croyances et des hypothèses répandues dans l'organisation et perceptibles dans les histoires et explications des dirigeants, qui joue un rôle central dans l'interprétation des stimuli environnementaux et dans la configuration des réponses stratégiques pertinentes pour l'organisation ». Il correspond aux « schémas de pensée implicites qui donnent du sens et orientent les comportements » (Johnson et al., 2017, p. 209). Johnson l'assimile au noyau dur situé au sein d'une « « trame culturelle » reliant aspects symboliques, structures et système de gestion » (Laroche et Nioche, 1998, p. 351). Comme nous avons pu déjà le souligner, de nombreux projets de réformes ont déjà été entrepris auparavant mais sans jamais parvenir à opérer un réel changement en profondeur. Nous pourrions alors faire preuve de scepticisme face un énième plan de transformation, placé sous l'égide d'un concept arboré par les pouvoirs publics dans de multiples registres et sous diverses formes jusqu'à parfois en perdre le sens. Néanmoins, en positionnant le parcours comme nouveau paradigme organisationnel qui doit guider l'action des acteurs, cela permet d'agir sur les aspects symboliques que sont les valeurs, l'identité professionnelle ou encore les postures des acteurs ; tout autant que sur les organisations et les structures mettant l'accent sur leur étroite interdépendance et sur la dimension avant tout humaine de l'organisation. Ce qui place, à ce titre, cette dynamique de changement dans une perspective renouvelée amenant « une nouvelle manière de travailler » (Rapport « Experts, acteurs, ensemble... pour une société qui change », Piveteau, 2022) qui « bouleverse les pratiques professionnelles »<sup>6</sup>, dans un contexte particulièrement complexe à ce jour « marqué par des attentes salariales et des difficultés de recrutement »<sup>7</sup>.

De plus, une telle approche du changement n'est pas sans créer des formes de résistance ou de craintes chez les acteurs. Les identités et les repères de chacun sont bousculés dans un contexte où le sentiment d'appartenance reposait, jusqu'à présent, sur « le corporatisme (« on est éducateur, médecin, psychologue, infirmier, assistant social, kinésithérapeute, etc. ») mais également sur le communautarisme (« on fait partie d'une équipe, d'un établissement, d'une unité, d'un groupe de vie »). Ces appartenances visent à se maintenir car elles apparaissent aux yeux des acteurs comme des points de repères stables, comme des garanties de légitimité et de conditions de travail acceptables. Or, le changement important d'organisation que génère l'évolution actuelle et à venir des dispositifs d'action sociale et médico-sociale semble défaire ces appartenances et peuvent donc créer un sentiment d'insécurité et une perte de repères » (Loubat, 2013, p. 13). Le paradigme du parcours vient ainsi remettre en cause cet ordonnancement historique que nous n'avons pas su dépasser jusqu'alors,

---

<sup>6</sup> Ces propos sont extraits d'un entretien avec Dominique Libault réalisé le 8 avril 2022, consulté le 10 août 2022 sur le site de la Caisse des dépôts.

<sup>7</sup> Ibid.

mettant aussi en exergue l'importance de penser le processus qui devra permettre d'accompagner ce changement auprès des acteurs et la nécessité d'établir un contexte propice et favorable à une telle évolution. Ce dernier est fortement corrélé à l'organisation et au positionnement de l'administration publique en charge du pilotage et du déploiement de ce changement. Or, sa composition actuelle se caractérise par de « multiples tuyauteries dont les strates et les acteurs possèdent des logiques parfois divergentes, par stratégie ou par ignorance. C'est ainsi qu'aucune MDPH, qu'aucune ARS, ne fonctionnent exactement de la même façon, et que ce qui est prôné à Lille, peut ne pas l'être à Rennes, à Marseille ou à Fort de France... Et que dire des conseils généraux, traversés qui plus est par des implications et des stratégies politiques locales. Autrement dit, les opérateurs n'ont pas toujours à faire à des interlocuteurs prévisibles et continus » (Ibid., pp. 13-14). A cela s'ajoute, un fonctionnement institutionnel encore fortement cloisonné et vertical. Dans le champ plus particulier de la santé, l'action publique se caractérise par un nombre considérable d'interventions, d'orientations et de normes « qui ne cesse de s'amplifier et provoque un véritable collapsus du secteur. La multiplicité des donneurs d'ordre nationaux aboutit à une complexité que ne peuvent corriger les efforts de coordination heureusement entrepris. La difficulté à tracer une direction claire et à trancher certains choix conduit, de plus, à un processus d'expérimentation quasi-perpétuel qui ajoute à la complexité déjà grande du système et épuise les plus entreprenants. Des simplifications radicales sont par conséquent à entreprendre pour redonner de la clarté à l'action publique et des latitudes aux acteurs du changement » (Rapport du HCAAM, 2018).

Nous pouvons donc, dans cette perspective, évoquer qu'un double changement culturel doit s'engager, tant au niveau des « concepteurs et accompagnateurs » de la transformation que constituent les acteurs publics que des « accompagnés », à savoir les acteurs professionnels intervenant sur le terrain, dans les territoires, auprès de la population. Nous aurons l'occasion d'y revenir plus en détail tout au long de notre propos, mais cela nous permet dans un premier temps de mesurer les implications liées à l'usage du parcours dans les politiques sociales.

## Section 5 : Vers une tentative de qualification et définition du parcours

Comme nous avons pu l'entrevoir, le parcours se révèle un concept polysémique, pouvant faire l'objet d'usages multiples et être appréhendé sous différents angles. Sans prétendre à l'exhaustivité, nous avons tenté d'en définir certains contours, plus précisément en lien avec le sujet de notre recherche.

Au-delà, de la référence politique et institutionnelle du parcours auquel nous avons consacré l'essentiel de notre propos, le domaine de la recherche s'est également intéressé à ce concept, depuis déjà plus d'un demi-siècle, prenant sa source aux États-Unis. Il apparaît pour la première fois de manière formelle dans l'essai du sociologue Léonard D. Cain en 1964, pour se développer, par la suite, dans de nombreux domaines, comme la sociologie, psychologie, socio-économie, démographie, socio-histoire et en épidémiologie (Charruault, 2020). Il constitue aujourd'hui un axe majeur de la recherche (Ibid.). Dans le champ de la recherche, le parcours « permet d'être attentif tout à la subjectivité des individus, exprimée à travers des récits de vie, et aux contextes sociaux dans lesquels ils s'expriment. À l'opposé d'une conception linéaire et continue, le concept de parcours vise à appréhender les événements, les tournants, les arrêts, les ruptures, et les bifurcations. Il implique la continuité d'un cheminement vers un but mais sans préjugé d'une linéarité, puisque l'individu est soumis aux aléas de leurs supports. [...] il permet de rendre compte des inégalités de supports dont disposent les individus, pour construire leurs chemins, selon leurs contextes de vie » (Zimmermann, cité dans Robin, 2016, p. 37).

Dans le cadre de l'action publique, le parcours a été mobilisé dans un contexte de mutation de l'environnement dans lequel ont pris place les fondations du système de protection sociale, caractérisé par l'émergence de trajectoires individuelles de plus en plus discontinues, en rupture avec leur relative stabilité antérieure, et le développement de situations nécessitant des prises en charges de plus en plus complexes. Le parcours est donc apparu comme une nouvelle manière de penser la protection sociale en vue de son adaptation aux modifications et contraintes de l'environnement, tout en lui associant une logique performative. Reposant initialement sur le concept de parcours mobilisé dans les sciences sociales centré sur l'individu et la prise en compte de sa trajectoire individuelle, le parcours est devenu peu à peu le nouveau paradigme organisationnel positionné au centre des réformes et un outil au service d'une meilleure gestion publique.

Cette évolution de l'usage du parcours au service de l'action publique peut être illustré à travers un exemple qui peut paraître anecdotique, mais qui permet de bien appréhender le mouvement qui s'est opéré. Au-delà du domaine des politiques sociales, le parcours apparaît également dans les rapports de l'administration publique avec les usagers, fortement corrélé à la notion de qualité du service rendu, renvoyant dès lors le parcours à sa fonction d'outil de gestion publique visant son optimisation et une meilleure performance. Ainsi, est notamment proposé de cartographier le parcours de l'utilisateur, à travers la représentation de son cheminement et de ses points de contact avec les services administratifs de l'Etat. Le terme « parcours usager » désigne, dans ce contexte, « l'outil qui permet de formaliser les différentes étapes par lesquelles passe un usager tout au long de sa relation avec une institution à l'occasion d'une démarche de service » (<https://www.economie.gouv.fr>, consulté le 12 décembre 2022). Les pouvoirs publics affichent, sans ambiguïté, son rattachement à la notion de « parcours client », utilisé dans le secteur commercial comme en témoigne les propos suivants, sur le site du Ministère de l'Economie et des Finances : Le parcours usager « est issu du concept marketing de « parcours client » » (Ibid.). « Dans un environnement global où la satisfaction client est devenue un enjeu commercial crucial et l'expérience client une expertise à part entière, l'utilisateur s'est habitué à un taux de service très élevé dans ses démarches quotidiennes, et communique de façon quasi instantanée sa satisfaction ou sa déception dans toute situation de consommation » (Ibid.). L'objectif est de « rester connecté avec le niveau d'attente de l'utilisateur et d'être en mesure d'y répondre au mieux. Au-delà de la satisfaction immédiate, c'est la relation de confiance avec l'institution qui en dépend », et ce « dans l'optique de garantir un service optimal » (Ibid.).

Cela illustre l'évolution du parcours dans l'action publique. Du concept de départ, axé sur une meilleure compréhension des trajectoires individuelles en vue de repenser la conception de système de protection sociale et renouveler l'approche des risques sociaux auxquels sont confrontés la population, le parcours est devenu peu à peu un outil de gestion publique et d'optimisation organisationnelle, dans de nombreux domaines de l'action publique. Pour autant demeure encore un lien étroit entre le « concept » et l'utilisation qu'en font les pouvoirs publics, comme en témoigne l'évolution de la place de l'utilisateur. En évoquant la référence « au parcours client », dont émane la notion de « parcours usager », cela met l'accent sur l'adoption d'un nouveau paradigme organisationnel où l'organisation cherche ainsi à s'adapter à partir et en fonction des besoins des usagers. L'utilisateur est, dans cette conception, placée au centre du système et devient un acteur à part entière. « On est alors bien loin de l'ancienne terminologie d'« assujetti » qui évoquait très directement une certaine passivité obligée face aux administrations » (Bartoli et Blatrix, 2015, p. 124). Cela marque une sorte de bascule d'une vision purement institutionnelle de la réponse aux besoins des usagers, à partir d'une offre de services pensée à priori, vers l'élaboration de parcours centrés sur l'utilisateur à partir desquels doivent découler ensuite les modalités d'organisation. Cela constitue, dès lors, une remise en cause des pratiques et

normes de fonctionnement, constituant de ce fait un véritable changement culturel dans la mesure où cela rebat les cartes du jeu actuel, interrogeant le positionnement et les modalités relationnelles de chacun, tant des usagers, des pouvoirs publics et des professionnels intervenant dans les territoires auprès de la population.

La définition du parcours de la CNSA (2012) nous semble intéressante, de ce point de vue, car elle nous permet à la fois de retrouver les fondements de l'approche conceptuelle du parcours, à travers l'accent mis sur la prise en compte et la compréhension des trajectoires individuelles, tout en énonçant la question de l'adaptation des politiques publiques que cela implique :

*« La notion de parcours de vie recouvre le cheminement individuel de chaque personne dans les différentes dimensions de sa vie : personnelle et relationnelle, professionnelle et sociale, familiale et citoyenne.*

*Utilisée dans le champ de la santé (au sens large de l'OMS), la notion de parcours de vie désigne l'ensemble des événements intervenant dans la vie d'une personne et les différentes « périodes » et transitions qu'elle connaît. Ces derniers affectent son bien-être physique, mental et social, sa capacité à prendre des décisions ou à maîtriser ses conditions de vie, ses interactions avec son entourage, sa participation à la vie sociale.*

*Cette notion, qui repose donc sur le vécu de la personne dans son environnement, interroge les politiques publiques dans de nombreux domaines (santé mais aussi éducation, formation, justice, protection de l'enfance et des majeurs, accessibilité, logement, emploi, etc.) et la façon dont elles parviennent (ou non) à favoriser l'adéquation des parcours des personnes avec leur projet de vie et la continuité des différentes formes d'accompagnement qui leur sont offertes (soins, accompagnement social et médico-social, ressources, ...)*

*Pour le Conseil de la CNSA, les politiques publiques dans le champ de la santé doivent donc favoriser la continuité des parcours de vie des personnes de façon à éviter, ou à défaut accompagner, les ruptures brutales non anticipées, prendre en compte l'ensemble des besoins et y apporter des réponses adéquates, dans le respect de leur projet de vie, de leurs aspirations ou préférences personnelles et de leur dignité humaine. »*

Ainsi, « bien qu'il soit malaisé d'articuler et de capter l'ensemble des concepts et des principes au coeur de ce paradigme, il offre un cadre théorique solide et riche, permettant d'appréhender les dynamiques des trajectoires scolaires, familiales, professionnelles, de santé et autres au regard des contextes dans lesquelles elles s'inscrivent » (Charruault, 2020, p. 12). Cela donne lieu à de nombreuses déclinaisons possibles de parcours « à étudier en articulant l'approche quantitative et qualitative, [tant] dans leur dimension compréhensive – interpréter le sens et l'interdépendance des parcours – comme dans leur dimension opérationnelle – comprendre et accompagner les parcours... » (Bouquet et Dubéchet, 2017, p. 16), tel que le laisse transparaître la définition de la CNSA.

Dans ce cadre, Zimmermann (cité dans Robin, 2016, p. 34) évoquera le parcours comme « un concept trait d'union », entre catégorie de la pratique et concept sociologique », caractérisant, selon nous, l'usage qui semble être fait actuellement du parcours par les pouvoirs publics et traduisant son caractère hybride, entre concept, outil de gestion et paradigme au cœur d'un changement culturel visant à accompagner l'évolution des normes, valeurs et pratiques des acteurs pour transformer l'organisation.

A l'issu de ce premier cadrage général du parcours au sein de l'action publique nous ayant permis de mieux le qualifier et l'appréhender, il convient à présent de se centrer plus spécifiquement sur une déclinaison spécifique de cette notion, à savoir le parcours de santé, constituant un axe central de notre recherche.

## Section 6 : Focus sur l'usage du parcours dans les politiques de santé

### A. L'évolution de l'environnement du système de santé

Comme nous avons pu le voir, l'introduction du parcours dans les politiques publiques répond à une évolution du contexte dans lequel celles-ci prennent place, nécessitant d'engager un processus d'adaptation, voire de transformation. Un focus sur les politiques de santé nous permet, à présent, de préciser la nature des modifications qui se sont plus spécifiquement opérées dans l'environnement du système de santé et d'en mesurer les impacts. Ces mutations, qui se révèlent multifactorielles, peuvent ainsi se caractériser selon quatre dimensions :

→ **Epidémiologique.** L'Ined évoque une « transition épidémiologique ou sanitaire » ([www.ined.fr](http://www.ined.fr), consulté le 20 septembre 2022) qui se traduit par une baisse de la mortalité et un allongement de l'espérance de vie. Cette évolution démographique est le fruit de la conjugaison de plusieurs facteurs : l'amélioration de l'hygiène et de l'alimentation, les avancées scientifiques et techniques ayant permis des progrès conséquents tant au niveau diagnostique que thérapeutique, l'organisation des services de santé.

Une conversion s'est ainsi progressivement opérée. Les maladies infectieuses et aiguës ont cédé le pas à l'accroissement des maladies chroniques (cancer, diabète, etc.), des polyopathologies et pathologies neuro-dégénératives (Cremadez et Bichier, 2012), générant des situations de dépendance notamment chez les sujets âgés, « pour lesquelles il n'existe pas de remède mais avec lesquelles la médecine permet de vivre au long cours [...] » (Pierru, in Giraud et al., 2022, p. 87). Ces dernières s'avèrent à la fois plus coûteuses pour le système de santé et bien souvent complexes au niveau de leur prise en charge, supposant un changement de paradigme (Ibid.), et par conséquent des « mutations socio-économiques considérables » (Cremadez et Bichier, 2012, p. 44). En effet, l'organisation de notre système de santé, orientée historiquement vers la prise en charge « aiguë, curative, hospitalière, mono-pathologique et mono-professionnelle » doit dorénavant évoluer vers une prise en charge « chronique, médico-psycho-sociale, ambulatoire, pluri-professionnelle et intégrant mieux la perspective de la personne » (Bloch et al., in Louazel et al, 2018, p. 267). « Le centre du système se déplaçant de l'hôpital vers la personne dans ses différents lieux de vie [...], les conséquences de la fragmentation des acteurs deviennent plus visibles et plus prégnantes » (CNSA, 2012, p. 37). Le modèle actuel, encore fortement compartimenté et cloisonné entre les différents secteurs et « corporations » professionnelles, se révèle peu adapté à l'accompagnement croissant de situations à domicile inscrites dans la durée. Celles-ci nécessitent, en effet, une pluralité d'intervenants dont il s'agit de coordonner et articuler les interventions dans une logique dépassant le seul prisme médical, en vue d'une prise en charge globale, faisant écho à une autre évolution de la santé, cette fois-ci d'ordre conceptuelle, dont les fondements sont à rechercher dans la définition de la santé de l'OMS.

→ **Conceptuelle.** L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (Préambule à la Constitution de l'OMS, 1946). La santé est donc appréhendée dans une approche globale et est associée à la notion de bien-être. La France a confirmé son adhésion

à cette vision en ratifiant, en 1986, la charte d'Ottawa qui précise que la promotion de la santé a pour but de « donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer ». Cremadez et Bichier (2012, p. 44) souligneront, dans ce cadre, que « dans nos pays occidentaux, santé et « bien-être » ont de plus en plus tendance à se confondre, provoquant une extension du champ initial de la médecine et un recours croissant à ses services ». La santé, dans son acception globale, englobe donc les aspects médicaux mais aussi psychologiques, sociaux et environnementaux des individus, aboutissant à une vision multidimensionnelle des situations prises en charge. Au-delà de cette extension du périmètre de la santé et de ses activités, s'ajoute également un élargissement des parties prenantes impliquées, notamment les usagers du système de santé, dont l'origine est à rapprocher d'une évolution politico-sociale du traitement des questions de santé.

→ **Politico-sociale.** Au fil des années, la santé a gagné l'espace public, certains parlant ainsi « d'espace public de la santé » (Pierru, in Giraud et al., 2022). Celle-ci n'est plus l'apanage d'un cercle restreint d'acteurs. Elle s'élargit progressivement à d'autres groupes à partir des années 80, avec tout d'abord, l'entrée « en crise » du système de santé. L'Etat lance, dans ce cadre, des campagnes de communication afin de sensibiliser l'opinion sur la nécessité de maîtriser les dépenses d'assurance maladie. En parallèle de la médiatisation sur le « trou de la Sécu », les pouvoirs publics « élaborent des groupes de travail mis en place au sein du Plan, à la recherche de nouvelles façons de voir et de dire la santé » (Ibid. p. 91).

A cela s'ajoute, les différents scandales et crises sanitaires, fortement médiatisés, qui ont traversé le pays (sida, sang contaminé, vache folle, amiante... et plus récemment le COVID). La décennie 1990 voit alors, entre autres, apparaître une nouvelle génération d'associations de malades plus militantes et les médias s'emparent des sujets de santé (Romeyer, 2010) . Ainsi, « des controverses qui restaient jusque-là confinées aux cénacles des décideurs publics, des spécialistes et des groupes d'intérêt ont été de plus en plus portées » (Pierru, in Giraud et al., 2022, p. 83) sur le devant de la scène publique.

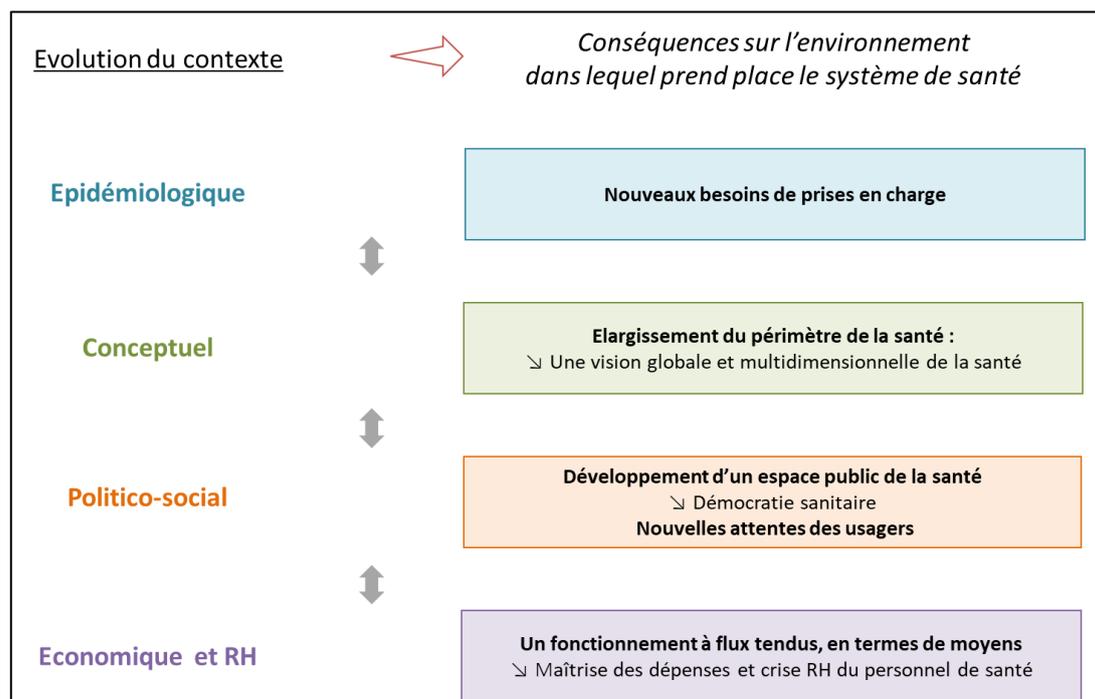
A travers un processus de socialisation progressif de la médecine, la santé est devenue « une préoccupation sociale et politique majeure » (Ibid.), élargissant « l'espace des agents et groupes autorisés à parler de santé : associations de malades et d'usagers, auxquels ont été reconnus des droits individuels et collectifs en 2002, associations de consommateurs, lanceurs d'alerte, collectifs citoyens se voient désormais comme acteurs légitimes d'une « démocratie sanitaire » émergente » (Ibid., p. 94).

Les attentes des usagers en matière de santé ont également évolué, impactant la relation usagers et professionnels de santé ; cela se traduisant par un souhait de « prise en considération des besoins d'information, de dialogue, la recherche d'un consentement « éclairé » des patients et la reconnaissance de leurs droits » (Cremadez et Bichier, 2012, p. 45). Les personnes « ne se satisfont plus d'une relation de dépendance » face au corps médical, elles souhaitent comprendre, être reconnues et entendues (Ibid.). Elles « attendent des réponses de plus en plus globales, des solutions qui intègrent le soin, l'éducation, la prévention et l'information, facilitent l'accès aux services, et en garantissent la sécurité et la continuité » (Ibid.). Ce constat est à mettre en exergue, d'un point de vue systémique, au regard d'un phénomène à l'œuvre depuis quelques années caractérisé par « un déplacement du centre de gravité de la manière dont est organisée et pensée la vie sociale : à une société et des institutions toutes puissantes, capables de régenter collectivement les trajectoires de vie, succède une attention plus grande portée aux dynamiques conduisant les individus à avoir plus de liberté et à négocier leur parcours de vie par rapport aux normes dominantes. Cette liberté n'est évidemment jamais totale dans la mesure où elle dépend des ressources des individus, mais elle est

malgré tout le signe d'une société moins normative » (Argoud, 2013, p. 18), basée sur « la reconnaissance de la singularité des individus » (Ibid.). Ainsi, l'usager-citoyen tend à devenir tout à la fois acteur de la santé, à un niveau collectif (via le principe de la démocratie sanitaire), et de sa propre santé, à un niveau individuel.

→ **Economique** : A ces éléments épidémiologiques et sociologiques, s'ajoute également une autre dimension majeure à prendre en compte : le contexte économique. Au lendemain de la seconde guerre mondiale, le système de santé est en pleine structuration. La période « faste » des 30 Glorieuses a permis « le financement de l'extension et de la modernisation du parc hospitalier, la socialisation croissante de la demande de soins ou encore l'apparition de médicaments et de technologies coûteux » (Pierru, in Giraud et al., 2022, p. 80). L'accroissement « des dépenses de santé était l'indicateur de sociétés en pleine « modernisation » » (Ibid. p. 79), favorisant, de ce fait, la transition épidémiologique évoquée ci-dessus. Mais, à partir des années 70, cette logique s'inverse : « le ralentissement de la croissance met durablement en évidence l'effet ciseaux entre les recettes de l'assurance maladie et ses dépenses. L'augmentation, jadis désirée, des dépenses de santé devient un problème public » (Ibid., p. 87). L'Etat s'inquiète de « la soutenabilité pour les finances publiques de taux de croissance à deux chiffres des dépenses de santé » (Ibid. p. 80). « Se mettent [dès lors] en place de véritables politiques publiques visant à maîtriser les dépenses de santé, à réguler les pratiques médicales, à garantir la qualité et la sécurité des soins » (Ibid., p. 79). Entrent ainsi dans le langage courant de la santé, la notion d'indicateurs de résultats, de performance et de rationalisation, non sans faire écho à l'introduction, dans les politiques publiques françaises, du New Public Management. Mais, malgré les réformes qui se sont succédé force est de constater que les résultats ne sont pas totalement au rendez-vous et que la maîtrise des dépenses reste un sujet de forte actualité aujourd'hui encore. A cela s'ajoute, une crise des ressources humaines en santé sans précédent (déjà latente mais renforcée suite à la pandémie du COVID) ; l'ensemble des secteurs de la santé souffrant aujourd'hui d'un réel manque d'attractivité. Une véritable problématique de moyens (financiers et humains) se pose ; le système de santé semblant, de plus en plus, fonctionner à flux tendus. Ce qui pourrait à terme (si ce n'est pas déjà le cas) remettre en question l'égal accès de tous à une offre de santé de qualité sur l'ensemble du territoire, tant en ville qu'en établissement.

FIGURE 1 : SYNTHÈSE DES MUTATIONS DE L'ENVIRONNEMENT DANS LEQUEL PREND PLACE LE SYSTÈME DE SANTÉ



Ces différents paramètres interdépendants nous permettent d'éclairer la nature des mutations de l'environnement dans lequel prend place le système de santé, se caractérisant par :

- De nouveaux besoins de prise en charge des usagers
- Une nouvelle conception de la santé qui a vu son périmètre étendu à une vision globale et multi dimensionnelle
- Le développement d'un espace public de la santé avec de nouvelles attentes des usagers positionnés à la fois comme un acteur de la santé (démocratie sanitaire) et de leur propre santé.
- Un fonctionnement à flux tendus, au regard de moyens financiers (maîtrise de dépenses) et humains (crise RH du personnel de santé) contraints.

#### B. L'introduction du parcours de santé pour répondre aux défis de transformation du système de santé

Ce qui aboutit à une inadaptation de la structuration actuelle de notre système de santé. Ce constat n'est pas nouveau. Comme nous l'avons souligné, dès les années 80, une prise de conscience a lieu et, à partir de la décennie 90, de nombreux plans et réformes se succèdent, notamment inscrits dans une logique de limitation et rationalisation des dépenses de santé. Malgré tout, il semblerait que le système de santé peine à se transformer en profondeur, ce dernier paraissant « être entré en crise pour ne plus en sortir » (Pierru, in Giraud et al., 2022, p. 82). Dans ce contexte, « la notion de parcours (parcours de soins, parcours de santé ou plus largement parcours de vie) tend, à partir des années 2000, à devenir un nouveau paradigme autour duquel s'articulent les propositions d'amélioration du système de santé et des politiques publiques » (CNSA, 2012, p. 37). A travers le recours aux parcours, il s'agit de mener une réforme organisationnelle du système de santé.

Le parcours fait ainsi officiellement son entrée, au niveau des politiques nationales, avec « la structuration des soins de premier recours (loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie). Nous

parlions alors de parcours de soins, dont le médecin traitant en représentait la porte d'entrée » (Borel, in Courie-Lemeur (dir.), 2023). Cette notion a, dans ses prémices, plutôt été promue dans une optique de rationalisation des dépenses de santé (Bloch et Hénaut, 2014, p. 100). Néanmoins, elle marque un moment de « bascule d'une approche purement institutionnelle et organisationnelle de la réponse aux besoins de santé, vers la construction de parcours dans une approche centrée autour du patient » (Marin, 2020, in Rieutort (dir.), p. 53).

« A partir des années 2010, les acteurs nationaux font de plus en plus fréquemment usages du parcours dans leurs actions (Féry-Lemonnier, Monnet et Prisse, 2014), sous l'impulsion des travaux du HCAAM. Ces derniers ont mis en exergue le besoin prégnant d'améliorer les parcours des patients en situation complexe, également source d'une meilleure efficacité économique de notre système de santé (HCAAM, 2012). Ils figurent, dès lors, dans chacune des lois de financement de la Sécurité Sociale à partir de 2012 ainsi que dans de nombreux plans de santé publique. L'optimisation des parcours de santé est au cœur de la stratégie nationale de santé annoncée en 2013 » (Borel, in Courie-Lemeur (dir.), 2023). La création des ARS, par la loi HPST du 21 Juillet 2009, s'inscrit dans cette mouvance. Ces dernières sont alors « présentées comme la clé de voûte de la réforme de l'organisation du système de santé » (Löchen, 2021, p. 67). Elles ont vocation à rompre la segmentation sectorielle, entre la prévention, la médecine de ville, l'hôpital et le médico-social et de faciliter le déploiement des parcours, faisant de l'échelon régional le niveau pertinent pour penser la réorganisation territoriale du système de santé.

En 2016, la loi de modernisation de notre système de santé placera pleinement le parcours comme le nouveau paradigme au centre des réformes. « D'une représentation initialement médicale, nous évoluons vers une dimension globale en parlant désormais de parcours de santé (voire de vie), visant la progression de l'efficacité, la fluidité et la continuité des prises en charge, à travers une vision transversale (à la fois soignante et sociale) de la personne malade » (Borel, in Courie-Lemeur (dir.), 2023). Cette loi « comporte une cinquantaine d'actions structurantes pour les parcours : équipes de soins, communautés professionnelles de territoires, fonctions d'appui aux professionnels de santé pour la coordination des parcours complexes, politique de santé mentale, etc. » (Bloch et al., in Louazel et al., 2018, pp. 268-269).

« L'enjeu du recours au parcours de santé est double. Il doit à la fois permettre de mieux maîtriser les dépenses [...], tout en garantissant la qualité de l'offre de santé, [son adaptation aux besoins] et l'égalité d'accès aux soins. Mais en quoi peut-il constituer un levier de cette transformation à engager ? » (Borel, in Courie-Lemeur (dir.), 2023).

Une des défis majeurs réside dans la nécessité de parvenir à un décloisonnement en intégrant de la transversalité, à la fois verticale et horizontale, au sein et entre les différentes strates de l'organisation de notre système, tant au niveau des pouvoirs publics et des politiques, des institutions mais aussi dans les territoires entre les professionnels du soin et de l'accompagnement (Bloch et al., in Louazel et al., 2018, pp. 268-269). En effet, « l'action publique dans le champ de la santé et de l'action sociale se caractérise par une fragmentation en sous-secteurs aux cultures institutionnelles, aux expertises professionnelles et aux leviers d'intervention propres : le secteur ambulatoire, le secteur hospitalier, le secteur social, le secteur médicosocial, le « secteur personnes âgées », le « secteur personnes handicapées », le « secteur santé mentale », etc. Dans le champ de la santé (au sens large, incluant le social et le médico-social), l'enchevêtrement des compétences de régulation s'ajoute à la fragmentation des acteurs : l'articulation entre le niveau régional auquel a été déconcentrée l'action

de l'Etat et de l'assurance maladie (ARS) et le niveau départemental auquel ont été en partie décentralisées les politiques d'action sociale reste difficile » (CNSA, 2012, p. 35).

Cette problématique organisationnelle génère un manque d'articulation entre les différents soins et aides mis en place autour du patient, concernant en particulier les situations les plus complexes nécessitant de multiples interventions. Ce qui entre « en contradiction avec le caractère multidimensionnel des problèmes à traiter, et notamment le besoin de réponses globales, cohérentes et rapides aux situations des usagers du système de santé » (Ibid.). « En l'absence d'une réponse coordonnée, les impacts sont multiples : redondance des actes, risque de rupture dans les prises en charge, etc. Le parcours est, par conséquent, appréhendé comme la nouvelle logique à adopter pour penser la structuration du système de santé en partant des besoins des patients pour faire évoluer l'offre. Cette conception est sous-tendue par la mise en œuvre d'une organisation territoriale de santé décloisonnée, avec pour objectif de favoriser la coopération et la mutualisation des pratiques entre les acteurs de santé » (Borel, in Courie-Lemur (dir.), 2023).

Le parcours constitue avant tout un changement de paradigme, dans la mesure où il vient réinterroger les pratiques et les postures professionnelles, les modes de raisonnement et le comportement des acteurs à tous les niveaux, et plus particulièrement le système relationnel qui s'y rattache. Il devra, en théorie, favoriser la réactivité des multiples acteurs dont les rôles sont enchevêtrés, pour trouver des réponses innovantes aux besoins du patient et cela quel que soit le contexte et constitue en soi un véritable changement culturel pour l'ensemble des parties prenantes.

Cela implique, en effet, la construction d'un « réseau cohérent et territorialisé de ressources » nécessitant de passer « d'une logique de structures à une logique de parcours » et de « bien articuler toutes les « dimensions » en jeu pour garantir une quelconque efficacité, un quelconque effet pour les personnes, un impact territorial sur les problématiques locales » (Bouquet et Dubéchet, 2017, pp. 20-22). La loi santé 2019 conforte cette idée par la création de collectifs de soins dans les territoires, le déploiement généralisé des CPTS et le regroupement des dispositifs d'appui à la coordination des situations complexes au sein d'un dispositif unique : les DAC. En pratique, de nombreuses difficultés subsistent encore pour assurer la fluidité des parcours, notamment des freins structurels et résistances des acteurs à l'abolition des frontières entre les différents espaces administratifs, institutionnels et juridiques dont dépendent les dispositifs et structures (Ibid., p. 23), le modèle de financement mais aussi la confrontation de cultures différentes entre les acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux.

Ces différentes orientations et mesures législatives adoptées par les pouvoirs publics, « placées sous le signe des « parcours » témoignent d'une prise de conscience partagée, mais la cohérence de la stratégie reste à construire », comme le soulignait la CNSA dans son rapport de 2012 (CNSA, 2012, p. 38). Aujourd'hui, la stratégie semble mieux définie, mais se pose à présent la question de l'opérationnalisation de l'approche parcours, le pilotage et l'accompagnement de son déploiement ainsi que la mise en place de conditions propices.

Par ailleurs, la conduite de ce changement prend place dans un contexte organisationnel éminemment complexe. Le nombre considérable d'entités, de parties prenantes et d'embranchements qui se sont constitués et superposés au fil du temps apparaît tentaculaire et leurs interconnexions souvent peu lisibles (voire peu établies), constituant un terreau favorable à la formation de freins profondément ancrés, tant structurels qu'au niveau des acteurs qui y évoluent. Afin de mieux appréhender ces obstacles au changement, il convient de s'arrêter sur une présentation du système de santé en vue de fournir un fil d'Ariane à notre lecteur au risque sinon qu'il se perde dans ce labyrinthe organisationnel, au sein duquel interviennent des jeux d'acteurs et pouvoirs particulièrement périlleux. Cela constitue,

pour nous, un prérequis avant d'aller plus loin dans notre propos et nous permettra ainsi de prendre la mesure de l'ambition portée par le paradigme du parcours et du défi que cela implique.

## Chapitre II : Organisation du système de santé et transformation : décryptage sous l'angle du « système » et enjeux du recours au parcours

Pour évoquer l'organisation de la santé dans son ensemble, nous la qualifions communément de « système » de santé. Mais à quoi renvoie la notion de « système » ? Il est maintenant, depuis longtemps, utilisé dans le champ de la recherche en management des organisations et a permis l'élaboration de nombreuses théories (dont la plus emblématique en est l'approche systémique) sur lesquelles nous ne reviendrons pas ici dans le détail. Une définition générique désigne le système comme « un ensemble d'éléments, matériels ou non, qui dépendent réciproquement les uns des autres de manière à former un tout organisé » (Lalande, cité dans Teil, 2000, pp. 26-27). « On s'intéresse alors à un ensemble d'objets ainsi qu'aux conditions de leur constitution et de leur cohésion » (Teil, 2000, pp. 26-27). Dans ce cadre, nous vous proposons de revenir sur les caractéristiques organisationnelles de ce système que constitue la santé et les problématiques qui le traversent aujourd'hui afin de mieux comprendre le contexte dans lequel prend place la mobilisation du paradigme du parcours qui semble lui-même s'inscrire dans une approche systémique. Par la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016, celui-ci devient « l'une des modalités principales retenues pour réorganiser le système de santé français. Ces parcours visent, par la coordination des acteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux, en lien avec les usagers et les collectivités territoriales, à garantir la continuité, l'accessibilité, la qualité, la sécurité et l'efficience de la prise en charge de la population, en tenant compte des spécificités géographiques, démographiques et saisonnières de chaque territoire – et tout cela afin de concourir à l'équité territoriale. Les attentes ainsi formulées s'apparentent fortement à ce qui définit classiquement en France le service public. Il apparaît que le parcours de santé est le mode d'organisation cible pour la structuration des soins de santé primaires et leur articulation avec les soins secondaires et tertiaires » (Marin et al., in Raimondeau et al., 2020, p. 514). Cela nous permet ainsi de positionner le périmètre du parcours de santé et de circonscrire d'une certaine manière, notre propos relatif à l'organisation du système de santé et son administration par l'Etat.

### Section 1 : Pilotage et Organisation : un système de santé fragmenté

Pour débiter ce périple, nous avons souhaité revenir, tout d'abord, sur l'organisation de l'administration de la santé par l'Etat, entendu ici dans un sens large intégrant les secteurs sanitaire, médico-social et social, conformément à l'approche « parcours » qui englobe ces trois dimensions et tend vers leur décloisonnement.

Sans revenir aux fondements historiques, il apparaît que l'administration centrale de la santé par l'Etat a été « évolutive à la fois quant à ses champs de compétence (relations entre l'État, les collectivités territoriales et la Sécurité sociale), son organisation géographique (équilibre entre les niveaux départemental et régional) et ses modes d'organisation (services administratifs « classiques » ou « agences ») » (Raimondeau et Marin, in Raimondeau et al., 2020, pp. 258-259). Au moment de l'écriture de cette thèse, cette administration s'articule autour du Ministère de la santé et de la prévention et du Ministère des solidarités, de l'autonomie et des personnes handicapées pour se décliner et se déployer à travers :

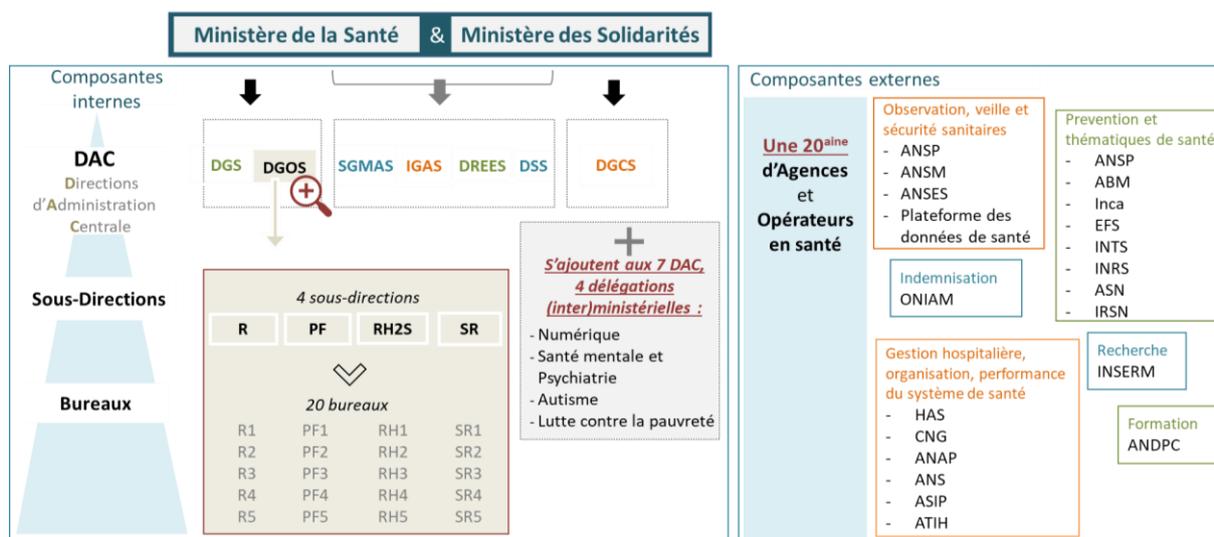
- Deux niveaux organisationnels :
  - **National** constitué par les directions d'administration centrales et des agences (et/ou opérateurs).
  - **Régional** à travers les ARS. A noter que ces dernières sont-elles même composées de Délégations Départementales (DD). Néanmoins, elles ne disposent pas d'autonomie décisionnelle et la définition de la politique de santé territoriale prend place dans une dimension qui reste régionale, à travers le PRS (Projet Régional de Santé). Le rôle des Délégations Départementales tend, peu à peu, à être davantage valorisé dans le cadre de l'approche « Parcours » ; les réformes qui s'inscrivent dans ce paradigme entendant valoriser la prise en compte des spécificités locales et le rôle d'animateur de territoire joué par les DD.
- Deux types de structures organisationnelles dont la principale est représentée par des agences et opérateurs nationaux et régionaux de santé qui sont généralement des établissements publics. Les directions d'administration centrales (DAC), composantes internes des Ministères de la santé et des Solidarités sont, quant à elles, des services administratifs classiques.

Ainsi, de prime abord, l'organisation peut paraître relativement simple et lisible : une administration d'Etat structurée autour du Ministère de la santé et du Ministère des solidarités, « largement constituée par des opérateurs, regroupés sous l'expression « agences de santé », seules perdurant sous une forme traditionnelle d'organisation les directions d'administration centrale (DAC) » et « construite depuis 2010 – avec la mise en place des agences régionales de santé – sur deux niveaux décisionnels, national et régional » (Raimondeau et Marin, in Raimondeau et al., 2020, p. 283).

Mais, si nous nous penchons de plus près sur cette organisation, nous entrons dans un dédale organisationnel qui apparaît dès lors plus complexe, fait de multiples branches, redondances et superpositions, que ce soit au niveau du périmètre d'interventions de chaque entité et sous-entités, de leurs missions ou encore de leurs responsabilités. De plus, nous observons la réalisation d'une scission ministérielle entre la santé et les affaires sociales, opérée depuis mai 2022 (correspondant à la mise en place d'un nouveau gouvernement suite à la réélection d'Emmanuel Macron pour un second mandat présidentiel). Il est à noter, que sous la première présidence de ce dernier, elles étaient regroupées sous la bannière d'un Ministère unique des solidarités et de la santé. Au regard du paradigme du Parcours réaffirmé par la dernière loi Ma Santé 2022, cette décision interroge d'un point de vue organisationnel, car elle ne favorise pas, à priori, un décloisonnement entre les secteurs et les acteurs qui apparaissait déjà difficile sous un Ministère unique.

Une représentation schématique et visuelle nous a paru pertinente pour illustrer nos propos. De manière délibérée, nous avons privilégié une présentation à partir des sigles et acronymes de chaque structure et entité afin de représenter cet écheveau que constitue aujourd'hui l'organisation et le pilotage du système de santé.

FIGURE 2 : ADMINISTRATION DE LA SANTE PAR L'ÉTAT ORGANISEE AUTOUR DU MINISTERE DE LA SANTE ET DU MINISTERE DES SOLIDARITES - NIVEAU ORGANISATIONNEL NATIONAL



Source : A l'appui de Raimondeau et Marin, in Raimondeau et al., 2020

Arrêtons-nous tout d'abord sur les composantes internes de ces deux ministères. Nous dénombrons sept DAC (Directions d'Administration Centrale), dont quatre faisant l'objet d'une autorité commune, et quatre directions ministérielles ou interministérielles :

TABEAU 2 : COMPOSANTES INTERNES DE L'ADMINISTRATION NATIONALE DE LA SANTE

Composantes		Domaine d'activités	Ministère de rattachement		
			Santé	Solidarités	Autorité commune
<b>DAC - Directions d'Administration Centrale</b> (Non intégrées les DAC communes relatives aux fonctions support)					
<b>DGCS</b>	Direction générale de la cohésion sociale	<b>Périmètre : Social et Médico-social :</b> - Prévention et lutte contre les exclusions - Hébergement et logement des publics sans abri ou mal logés - Autonomie des personnes âgées et personnes handicapées - Politique familiale, protection de l'enfance et adultes vulnérables - Définition du cadre d'intervention des professionnels du secteur social et médico-social et des organismes prestataires de services - Financement des établissements et services sociaux et médico-sociaux.		X	
<b>DGOS</b>	Direction générale de l'offre de soins	<b>Offre de soins :</b> - Régulation de l'offre - Décloisonnement de l'offre hospitalière et ambulatoire - Performance, qualité et sécurité - Ressources humaines en santé	X		

<b>DGS</b>	Direction générale de la santé	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Santé des populations</b></li> <li>- Produits de santé</li> <li>- <b>Veille et sécurité sanitaire</b></li> <li>- Risques environnementaux et alimentaires</li> </ul>	X		
<b>DREES</b>	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques	<b>Etudes, évaluation et statistiques</b>			X
<b>DSS</b>	Direction de la sécurité sociale	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Missions générales d'élaboration et de mise en oeuvre de la politique relative à la Sécurité sociale</b></li> <li>- Tutelle de l'ensemble des organismes de sécurité sociale</li> <li>- Participation à la surveillance des organismes de protection complémentaire et de la mutualité.</li> </ul>			X
<b>IGAS</b>	Inspection générale des affaires sociales	<b>Inspections, Audits et Evaluations</b>			X
<b>SGMAS</b>	Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Positionnement interministériel (santé, solidarités, travail, emploi et formation professionnelle)</li> <li>- <b>Mission générale de modernisation des ministères et de coordination nationale et régionale</b></li> <li>- Et notamment, pilotage des ARS</li> </ul>			X
<b>Autre</b>					
<b>DNS</b>	Délégation ministérielle au <b>numérique en santé</b>		X		
	Délégation ministérielle à la <b>santé mentale et à la psychiatrie</b>		X		
	Délégation interministérielle à la stratégie nationale pour l' <b>autisme</b> au sein des troubles du neuro-développement			X	
	Délégation interministérielle à la <b>prévention et lutte contre la pauvreté</b>			X	

Sources :

<https://solidarites-sante.gouv.fr>, consulté le 20 décembre 2022

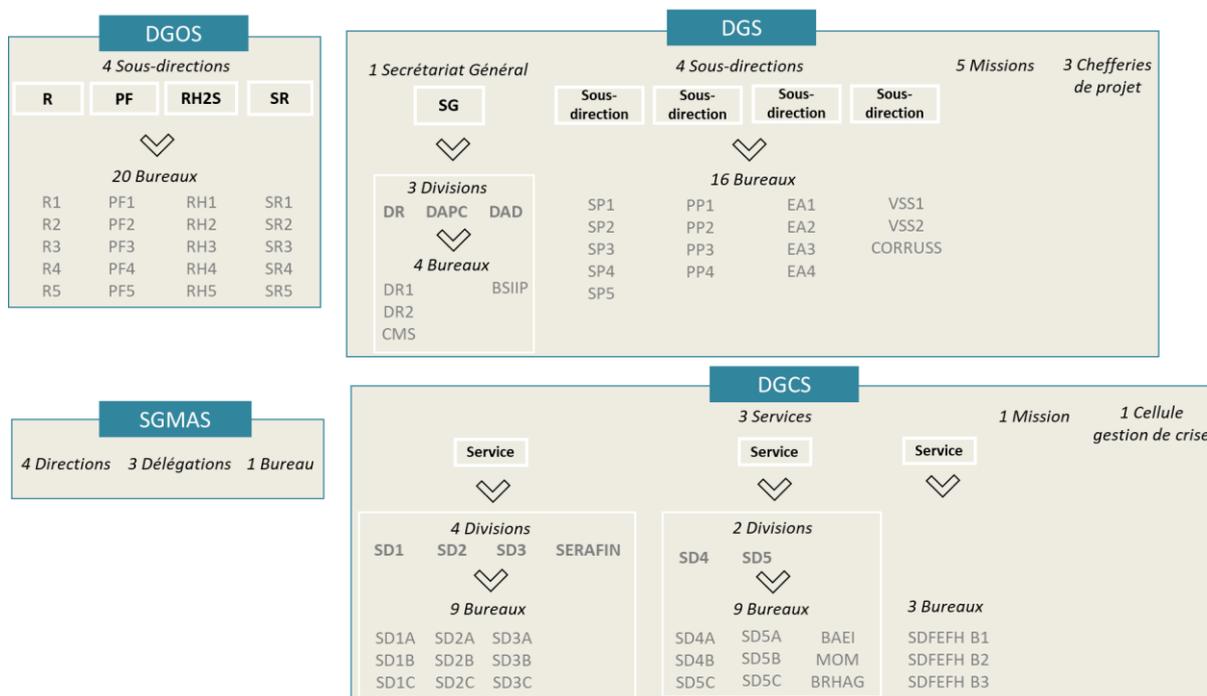
Raimondeau et Marin, in Raimondeau et al., 2020

Un premier niveau de divisions apparaît ainsi, constitué de 11 composantes réparties entre les deux Ministères. Les DAC assujetties à une autorité commune peuvent se définir comme des fonctions transversales, à travers leurs missions de coordination générale (SGMAS), d'évaluation (DREES), d'audits et d'inspection (IGAS) ou encore de pilotage de la politique de Sécurité sociale et la tutelle des organismes qui en relèvent. En revanche, les DAC faisant l'objet d'une séparation d'autorité ont spécifiquement trait au pilotage et à la gestion des secteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux. L'offre de soins relève spécifiquement du Ministère de la santé, le social et le médico-social du Ministère des solidarités.

De plus, si nous zoomons encore davantage sur l'organisation interne respective de ces DAC, nous recensons alors au moins deux autres niveaux de subdivisions. Nous identifions, tout d'abord, des Directions thématiques ou fonctionnelles. Ces dernières peuvent comporter, à leur tour, des Sous-directions ou encore des Divisions ; l'unité de base étant le Bureau. Ces embranchements nombreux aboutissent à des effets de compartimentation et de spécialisations extrêmes peu propices à une logique transversale et globale. A titre d'exemple :

- **La DGOS** est composée de 4 sous-directions comprenant 5 bureaux chacune ; auxquelles s'ajoutent des chefferies de projet spécifiques.
- **Le SGMAS** est constitué, quant à lui, de 4 Directions, 3 délégations et un Bureau.
- **La DGS** est dotée d'1 secrétariat général et de 4 sous-directions. Chacun d'eux étant également subdivisé en bureaux. A cela s'ajoute, 5 missions et 3 directeurs de projets en charge de dossiers thématiques.
- **La DGCS** compte 3 Services principaux. Plus spécifiquement, le service des « politiques sociales et médico-sociales » se décline en 4 divisions et 9 sous-divisions pour ainsi former une organisation à 3 niveaux.

FIGURE 3 : EXEMPLE D'ORGANISATION DES DIRECTIONS D'ADMINISTRATION CENTRALE



Source : <https://solidarites-sante.gouv.fr>, consulté le 20 décembre 2022

Cela permet de mettre l'accent sur cette organisation tentaculaire que représente les Ministères de la santé et des solidarités, allant des DAC à leurs subdivisions en sous-directions et bureaux aboutissant à autant de spécialisations et de niches au sein du système de santé.

QUELQUES EXEMPLES POUR ILLUSTRER :

→ La sous-direction « Santé des populations et prévention des maladies chroniques » de la DGS est composée d'un bureau spécifiquement dédié aux « *Maladies chroniques non transmissibles* », tandis qu'un autre sera responsable des « *Infections par le VIH, IST, hépatites et tuberculose* », de la « *santé mentale* » ou encore de la « *prévention des addictions* ».

→ Au sein de la DGOS, sa sous-direction de « la régulation de l'offre de soins » disposera, parmi les 5 unités qui la compose, d'un bureau « *Prises en charge post aigües, pathologies chroniques et santé mentale* », faisant écho à des thématiques des bureaux de la DGS évoqués à l'instant, se distinguant par de subtiles différenciations de périmètre. L'un étant axé sur la notion de prévention et l'autre sur la régulation de l'offre de soins, mais peu lisible pour un observateur externe.

→ Il est à souligner que le Ministère de la santé dispose également d'une « *Délégation ministérielle à la santé mentale et psychiatrie* »

Ainsi, le sujet de la santé mentale se retrouve découpé, dans le cadre de ces exemples, entre deux sous-directions et une délégation ministérielle.

Cela donne lieu à un enchevêtrement organisationnel interne éminemment complexe, sans évoquer les jeux d'acteurs, de pouvoir et de concurrence que cela génère entre les parties prenantes. A cela s'ajoute le développement d'agences en santé (Cf. annexe 1), à partir des années 90, dont la cohabitation peut s'avérer parfois délicate avec les DAC mais aussi au niveau des services déconcentrés de l'Etat.

L'intronisation des agences au sein des politiques publiques en France est généralement présentée comme une innovation récente prenant sa source dans la diffusion des théories du New Public Management et importée de pays étrangers comme le Royaume-Uni, la Suède ou les Pays-Bas. Mais elles peuvent aussi être appréhendées comme les héritières d'une tradition française plus ancienne qui est celle des offices (Conseil d'Etat, 2012, p. 11). Quoi qu'il en soit, un fait est certain, c'est que le phénomène de création des agences a connu « une indéniable accélération tout au long du 20<sup>ème</sup> siècle et jusqu'aux années récentes » (Ibid.), sous l'influence directe du New Public Management qui a également permis leur conceptualisation. En effet, « la délégation de la mise en œuvre des politiques publiques à des agences autonomes est l'une des idées fortes de la « nouvelle gestion publique ». Elle s'oppose au modèle traditionnel et hiérarchique de l'administration qualifié de « wébérien » » (ibid., p. 36). Le recours aux agences traduit donc une volonté de l'Etat de sortir d'une logique organisationnelle purement bureaucratique, fortement hiérarchisée et pyramidale dans un objectif de modernisation de gestion ou réorganisation administrative. Néanmoins, en parallèle de cette ambition, le processus d'agencification est aussi venu, dans le même temps, si non alourdir, du moins complexifier encore davantage la lisibilité de l'administration de la santé en France, faisant coexister des Directions d'Administration Centrale encore fortement inscrites dans le modèle bureaucratique traditionnel dont les embranchements et niveaux de divisions sont déjà très nombreux, aux côtés d'agences constituées et créées de façon très hétérogène, sans stratégie cohérente, ni vision d'ensemble préalable.

La création des agences s'est réalisée au coup par coup et au fil de l'eau « en réponse à des besoins particuliers » (Ibid., p. 22) aboutissant à « un paysage très disparate, aucune agence ne ressemblant tout à fait à une autre par ses missions ou son statut » (Conseil d'Etat, 2012, p. 22). L'IGF (Inspection Générale des Finances), dans un rapport de 2012 (p. 3), précise que « le phénomène d'« agencisation »

de l'Etat n'est pas si simple à appréhender. En effet, il n'existe pas, actuellement, de recensement, au sein d'un même périmètre, de toutes les entités contrôlées et exerçant pour son compte des missions de service ». L'absence de définition et de critères uniques de recensement des agences s'expliquent, en partie, par le foisonnement et la coexistence de différents statuts et régimes juridiques, des modes de fonctionnement divers, ou encore la grande variété de fonctions occupées et missions confiées, rendant cet exercice particulièrement ardu tant leur forme et leur objet diffèrent. Elles peuvent avoir été créées pour répondre à une crise, suite à la mise en place d'une nouvelle politique publique ou pour accentuer son affichage, en vue d'une réorganisation administrative ou encore pour coordonner des politiques décentralisées, etc. Mais cela témoigne aussi d'une faiblesse de l'Etat dans le suivi global des agences (l'IGF [2012] évoquant un « suivi éclaté ») et met l'accent sur le développement d'un phénomène d'ampleur qui s'est déroulé de façon erratique.

Ainsi, l'IGF (toujours dans son rapport de 2012) définit les agences dans une acception très large, tandis que, dans le même temps, le Conseil d'Etat (2012) en donne une définition beaucoup plus resserrée aboutissant à la détermination d'un périmètre des agences et, donc des dénombrements, fortement différents. Néanmoins, le Conseil d'Etat et l'IGF s'accordent sur la carence, voire même l'absence d'un réel pilotage par l'Etat de ces nouveaux modes de gestion alternatifs. Or, il apparaît que « la multiplication des agences a fait émerger une exigence de coordination » (Tabuteau, 2013, p. 40) de ce nouveau système. Dans cette perspective, Le Conseil d'Etat et l'IGF mettent respectivement en avant la nécessité d'une « clarification » (Conseil d'Etat, 2012) et de se doter d'une « doctrine d'usage » (IGF, 2012) des agences en vue de mieux les encadrer et rationaliser leur création. Cela sous-entend de donner une définition des agences afin de les identifier et les situer dans le paysage, de préciser leur positionnement au sein de l'administration de l'Etat et de déterminer des lignes conductrices pour la création et le suivi des agences. L'absence d'évaluation des risques et avantages des agences ainsi que de leurs impacts sur les politiques publiques engendrent aujourd'hui des problèmes de gestion publique : une multiplication des acteurs et zones de frottement, des fonctions de conception et exécution parfois mal dissociées créant des doublons et une inefficience de gestion, etc.

Le problème majeur ne semble donc pas résider dans la création des agences en tant que telles, mais se situe plutôt au niveau de « la cohérence d'ensemble de l'action de l'Etat » (Conseil d'Etat, 2012, p. 13). De plus, cela témoigne d'un processus d'organisation et réorganisation des structures de l'Etat qu'on modèle et remodèle encore, aboutissant à la superposition et l'enchevêtrement de diverses entités formant un écheciveau organisationnel qu'il apparaît difficile de démêler. En théorie, la délégation de la mise en œuvre des politiques publiques à des agences ou opérateurs devait permettre de recentrer les administrations centrales sur une fonction stratégique. Mais, en pratique, cela se traduit autrement, au niveau des administrations centrales, tout d'abord, rencontrant « des difficultés importantes à exercer leur rôle de pilotage ; elles sont en outre concurrencées par les agences sur les fonctions de conception des politiques publiques » (Ibid.). Face à des dispositifs souvent mieux dotés, tant quantitativement que qualitativement, avec à leur tête des dirigeants disposant d'un important réseau de relais politiques, reprendre la main n'a rien d'aisé pour des administrations centrales qui apparaissent déstabilisées, qui avaient peu investi cette fonction de stratégie et de pilotage des agences au départ et qui ne sont pas toujours dotées des compétences nécessaires pour jouer ce rôle.

De plus, des zones de frictions font également leur apparition au niveau des services déconcentrés de l'Etat. « Ces derniers se situent sur le même terrain que les agences, celui de la mise en œuvre des politiques publiques. Les relations entre les agences et l'ensemble formé par les préfets et les services déconcentrés sont à géométrie variable et souvent d'une grande complexité. Il en résulte que

l'organisation d'ensemble de l'action territoriale de l'Etat, dont les relais sont aussi bien les services déconcentrés que les agences, est aujourd'hui très difficile à appréhender » (Conseil d'Etat, 2012, p. 13).

Plusieurs visions des agences en résultent alors. Tandis que certains y voient un démembrement interne de l'Etat (comme c'est le cas de l'IGF), le Conseil d'Etat préconise, quant à lui, d'appréhender les agences comme des composantes de l'Etat au sens large. Il s'agit, alors, de « renforcer la cohérence de cet ensemble formé par l'Etat et les agences » que le Conseil d'Etat qualifie de « réseau Etat-agences » (Ibid., p. 14) intervenant « dans un même espace public élargi » (Ibid., p. 116).

Malgré cette vision différente, un même constant ressort pour ces deux acteurs : une insuffisance de commandement et d'animation de ce dispositif d'agences par l'Etat. Dans le domaine de la santé qui nous occupe plus spécifiquement dans le cadre de cette recherche, il en résulte que « l'enjeu du pilotage de la flotte des agences sanitaires est devenu crucial. Le ministère de la santé doit impérativement s'imposer comme le navire amiral de l'armada qui s'est constituée » (Tabuteau, 2013, p. 40). En effet, dans le secteur de la santé, les agences ont véritablement commencé à voir le jour en France, dans les années 90, au lendemain de plusieurs scandales sanitaires (comme l'affaire du « sang contaminé » pour n'en citer qu'un). Circonscrit au départ à une mission de veille et sécurité sanitaire et à l'évaluation de la qualité des soins, « le processus s'est ensuite étendu à l'ensemble du champ de l'administration sanitaire, avec une vingtaine d'opérateurs organisés selon des périmètres variables » (Raimondeau et Marin, in Raimondeau et al., 2020, p. 264). « De nombreuses missions de gestion ou de régulation économique du secteur de la santé ont également été confiées à des agences » (Tabuteau, 2013, p. 40).

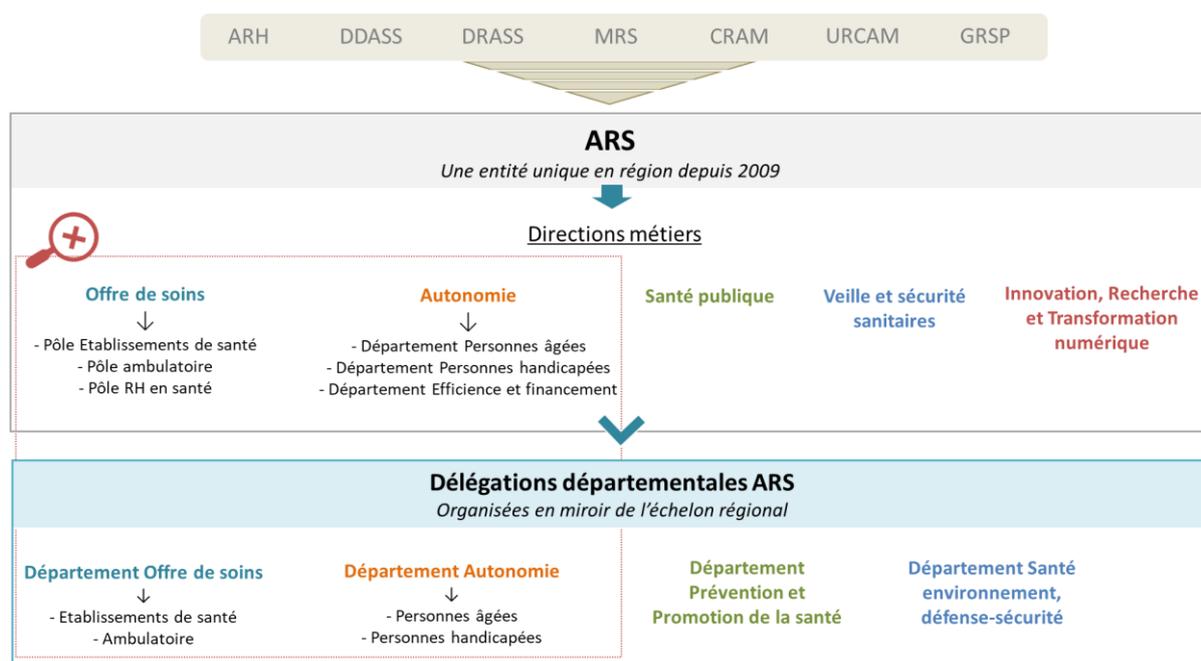
L'objectif était, pour nous, d'appréhender l'essor des agences en santé comme une nouvelle création organisationnelle qui a émergé, comme nous l'avons vu, sous l'influence du New Public Management. Dans ce contexte, le développement d'agences ou opérateurs publics a constitué une réponse possible « pour faire face à toute une série d'enjeux d'évolution du système de santé et de son administration » (Raimondeau et Marin, in Raimondeau et al., 2020, p. 265). La décision de créer une agence peut ainsi, selon les cas, renvoyer « à la volonté de développer une expertise [...] ou une fonction spécialisée [...]. Une agence peut être aussi le lieu d'un transfert de responsabilité administrative et juridique plus ou moins complet » (Ibid.). Sans remettre en question le bien-fondé de la création de ces agences, il apparaît néanmoins, qu'en l'absence d'une stratégie claire et d'une réelle coordination par l'Etat, ces entités sont venues s'ajouter au millefeuille organisationnel de l'administration de la santé, qui apparaît aujourd'hui disparate et confus, où la place prise par les agences se confond parfois avec les prérogatives et responsabilités des DAC. Cela conduit à mettre en évidence deux enjeux : le renforcement de la coordination entre agences et la répartition des rôles entre DAC et agences car, comme nous l'avons vu, bien que le pouvoir décisionnaire soit, en principe, détenu par les DAC, il en résulte généralement que « l'expertise, l'information et les moyens humains sont à l'agence, ce qui peut rendre les modalités historiques de pilotage et de tutelle administrative délicates à appliquer » (Ibid., p. 266).

Rapprochons-nous à présent du niveau territorial. L'organisation de l'administration de la santé par l'Etat se décline, comme nous avons pu le souligner plus haut, sur deux strates géographiques : national, que nous venons d'aborder à travers la présentation du « réseau Etat-Agences » (Conseil d'Etat, 2012), et régional incarné par les ARS. Ces dernières sont relativement récentes puisqu'elles ont été créées par la loi dite HPST du 21 juillet 2009. L'institution des ARS est contemporaine de la généralisation du recours au parcours de santé comme cadre de références placé au centre des

réformes du système de santé. Les ARS sont donc fortement empreintes des fondements de ce nouveau paradigme. Elles ont, par ailleurs, « été conçues comme les acteurs centraux du système de santé au niveau de la région. Établissements publics de l'État, elles sont chargées de la déclinaison et de la mise en oeuvre régionale de la politique nationale de santé » (Raimondeau et Marin, in Raimondeau et al., 2020, p. 278). Nous reviendrons plus en détail sur la création et l'évolution de cette autorité de santé territoriale dans un chapitre ultérieur qui lui sera pleinement dédié, dans la mesure où elle constitue un acteur central de notre recherche. Mais, dans le cas présent, ce qui nous intéresse plus précisément est de mettre en évidence la structure de son organisation en vue de poursuivre notre cartographie organisationnelle de l'administration de la santé.

Mises en place dans une optique de simplification du système de santé français, les ARS ont permis l'unification, au niveau régional, des ressources de l'Etat et de l'Assurance maladie, en vue de mener une politique cohérente inscrite dans une approche globale et décloisonnée de la santé rassemblant l'offre de soins hospitalière et ambulatoire ainsi que le médico-social. Elles regroupent en une seule entité les nombreux organismes antérieurement chargés des politiques de santé dans les régions et les départements, se substituant à sept structures préexistantes<sup>8</sup> comme l'illustre le schéma ci-dessous :

FIGURE 4 : ORGANISATION TERRITORIALE DE L'ADMINISTRATION DE LA SANTE PAR L'ÉTAT



Cette convergence au sein d'un établissement unique permet une réelle simplification de l'organisation territoriale de santé, notamment d'un point de vue externe, mettant fin à la coexistence d'un nombre important de structures, au niveau départemental et régional. La politique de santé territoriale s'incarne dès lors dans un Projet régional de santé (PRS), défini par chaque ARS et en cohérence avec la politique nationale de santé inscrite, quant à elle, dans le cadre d'une Stratégie nationale de santé (SNS) depuis 2013. De plus, l'organisation de l'ARS doit, en principe, faciliter le

<sup>8</sup> Les ARH (Agences régionales de l'hospitalisation), les DRASS et DDASS (Directions régionales et départementales des affaires sanitaires et sociales), l'URCAM (Union régionale des caisses d'assurance maladie), le GRSP (Groupement régional de santé publique), les MRS (Missions régionales de santé), les CRAM (Caisses régionales d'assurance maladie), auxquels s'ajoute l'intégration des moyens du service médical de l'assurance maladie.

processus de concertation avec les autres parties prenantes du territoire à travers deux outils principaux (Raimondeau et Marin, in Raimondeau et al., 2020) :

- Les commissions de coordination des politiques publiques associant les services de l'Etat, les collectivités territoriales et les organismes de sécurité sociale.
- La conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA) regroupant les collectivités territoriales, les usagers et associations, les représentants des conseils territoriaux de santé, les organisations représentatives des salariés, des employeurs et des professions indépendantes, les professionnels de santé, les gestionnaires des établissements de santé et médico-sociaux, les organismes de protection sociale, etc. Elle constitue le vecteur principal pour le développement de la démocratie sanitaire.

Néanmoins, la concrétisation réelle d'une approche globale, décloisonnée et concertée de la santé, favorisée en théorie par la mise en place de cette nouvelle organisation territoriale de santé, n'apparaît pas si aisée. En effet, le schéma présenté ci-dessus nous permet de disposer d'une vue sur un organigramme type (simplifié) d'une ARS et de ses délégations départementales. Nous nous sommes, ici, appuyés sur l'organisation de l'ARS Ile-de-France déclinée en cinq directions métiers distinctes. Un focus plus spécifique sur la Direction de l'Offre de soins et de l'Autonomie permet d'observer que, malgré une convergence de structures, l'appréhension du sanitaire (Offre de soins) et du médico-social (Autonomie) par l'ARS reste fortement cloisonnée. Ces deux directions distinguent également l'ambulatoire et l'offre hospitalière côté sanitaire, ainsi que le public âgé et celui en situation de handicap pour le versant médico-social à travers des pôles ou départements spécialisés. Cette scission entre le volet sanitaire et médico-social dans deux Directions distinctes représente la situation majoritaire observée au sein des organigrammes des ARS. Sur l'ensemble des 17 ARS dont les organigrammes sont consultables, nous constatons que c'est le cas de douze d'entre elles. Cinq ARS ont toutefois fait le choix de regrouper l'offre de soins et le médico-social au sein d'une direction commune.

TABEAU 3 : POSITIONNEMENT DE "L'OFFRE DE SOINS" ET DU "MEDICO-SOCIAL" DANS LES ORGANIGRAMMES DES ARS

« Offre de soins » et « Médico-social » scindés en deux Directions	Une Direction unique « Offre de soins » et « Médico-social »	Non renseigné
ARS Ile-de-France ARS Hauts-de-France ARS Normandie ARS Centre-Val-de-Loire ARS Grand Est ARS Auvergne-Rhône-Alpes ARS Corse ARS Nouvelle-Aquitaine ARS Bourgogne-Franche-Comté ARS Provence-Alpes-Côte d'Azur ARS Guyane ARS Martinique	ARS Bretagne ARS Pays de la Loire ARS Occitanie ARS Guadeloupe ARS Réunion	ARS Mayotte
<b>12 ARS</b>	<b>5 ARS</b>	<b>1 ARS</b>

Source : Organigrammes des ARS (consultés le 23/12/22)

Ainsi, les ARS restent fortement organisées, en leur sein, en miroir de la structuration nationale où, de manière schématique, l'offre de soins et le médico-social/social sont aux mains de deux directions

d'administration centrale distinctes : la DGOS (relevant du Ministère de la santé) et la DGCS (rattachée au Ministère des solidarités). En conséquence, le modèle d'organisation nationale se retrouve au niveau régional pour se répercuter, par ricochet, sur l'organisation-même des délégations départementales qui disposent généralement de départements thématiques reproduisant l'organigramme régional de l'ARS. La compartimentation et la spécialisation sont donc tout aussi présentes à un niveau horizontal (illustré par le nombre d'entités et subdivisions nationales) que vertical (de la strate nationale à la strate située au plus près du terrain en lien direct avec les acteurs de santé).

Force est de constater, au regard de ces éléments, que « le foisonnement institutionnel du secteur de la santé ne facilite pas la compréhension des processus de choix et l'identification des centres de décision qui orientent au quotidien son fonctionnement. Les autorités disposant de compétences décisionnelles, normatives ou budgétaires, sont particulièrement nombreuses et disparates » (Tabuteau, 2013, p. 43). De plus, il en découle également une forte spécialisation des sujets et thématiques qui tend à perdurer, malgré la généralisation du « parcours » dans les politiques publiques depuis les années 2010. Cette situation est d'autant plus accentuée, tant au niveau national que territorial, de par les champs de compétences et pouvoirs détenus par d'autres acteurs aux côtés de l'Administration de la santé de l'Etat venant dès lors s'ajouter à cet échec organisationnel. Parmi, les plus emblématiques, citons les Conseils départementaux détenant la compétence sociale, dans le cadre des politiques de décentralisation, ou encore l'Assurance maladie, voire même la CNSA (Caisse Nationale de Solidarités pour l'Autonomie) représentant la 5<sup>ème</sup> branche de la Sécurité sociale, positionnée au cœur des dispositifs de prise en charge du handicap et de la perte d'autonomie, et donc fortement investie sur le champ médico-social.

Ainsi, la création des ARS en 2009 a certes permis la mise en place d'une nouvelle structuration apparaissant « particulièrement opportune d'acteurs sanitaires dont la multiplicité était source de cloisonnements institutionnels et de faiblesses professionnelles liées à l'éparpillement des maigres moyens mis à la disposition de cette myriade de structures » (Ibid., p. 40), ainsi qu'une (toute) relative convergence des champs sanitaires et médico-sociaux, au niveau local, via leur regroupement sous la même tutelle. En revanche, elle n'a fait qu'accentuer davantage les frontières avec le secteur social à la main des conseils départementaux (Löchen, 2021). Au sein des territoires, nous assistons à une gouvernance éclatée entre les niveaux décentralisés (représentés par les départements) et déconcentrés de l'Etat (à savoir les ARS à l'échelle régionale), voire à des enchevêtrements souvent complexes, dont le médico-social situé à l'intersection en est une bonne illustration. L'éclatement des champs de compétences entre ces deux tutelles, et leur manque d'articulation, ne leur permettent pas, à ce jour, d'assurer la coordination de l'ensemble des services et dispositifs nécessaires à la continuité des parcours.

Ces difficultés se retrouvent également dans les relations de l'Etat avec l'Assurance Maladie. « De nombreux rapports ont dénoncé, dans les dernières années, la complexité de la gouvernance du système de santé et d'assurance maladie français et ses difficultés de pilotage, liées notamment à la répartition des responsabilités entre l'État et l'assurance maladie » (Polton, 2017), mettant de là-même en évidence le caractère dual du pilotage de la santé entre ces deux acteurs. Lors de la présentation de la loi portant réforme de l'assurance maladie du 13 août 2004, Xavier Bertrand (alors ministre de la santé) soulignait que : « l'enchevêtrement des acteurs concernés et des compétences entraîne une déresponsabilisation aux conséquences néfastes. Plus personne ne sait plus qui fait quoi, qui est responsable de quoi et devant qui. (...) Il nous faut donc réorganiser en profondeur notre système en clarifiant les responsabilités de chacun des acteurs » (Ibid.). Dans ce cadre, la loi de 2004

est venue instaurée une nouvelle gouvernance en créant notamment une Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam), confiée au Directeur de la Cnamts nommé pour une durée de cinq ans par le gouvernement (Tabuteau, 2013, p. 41). Les pouvoirs de l'Assurance maladie ont donc été renforcés, tout en limitant le pouvoir des partenaires sociaux, acteurs historiques de l'Assurance Maladie. « Dans le même temps, les prérogatives du directeur général de la Cnamts, également directeur général de l'Uncam, ont été considérablement accrues. Au sein du régime général, il a autorité sur le réseau des caisses et dispose de l'ensemble des services d'expertise et de contrôle, qui constituent l'ossature de la politique d'assurance maladie et de gestion du risque, et par là même largement de la politique de santé. Au titre de l'Uncam, il négocie et conclut avec les syndicats des professions de santé les conventions régissant la médecine de ville, établit les conditions de remboursement des actes ou prescriptions et peut moduler le ticket modérateur dans des limites fixées par décret. Ainsi au gré d'un pat inattendu, la partie d'échecs entre le pouvoir politique et les caisses d'assurance maladie a permis l'autonomisation d'une technocratie de l'assurance maladie » (Ibid., p. 42). Il est à noter toutefois que la loi HPST est venue de nouveau réorganiser le paysage institutionnel en 2009, en renforçant, cette fois, le positionnement de l'État via la création des agences régionales de santé (ARS), symbole d'un « pouvoir unifié de pilotage du système de santé dans les territoires » (Polton, 2017).

L'organisation actuelle de l'offre de santé et les problématiques rencontrées sur le terrain portent les stigmates de cette structure complexe et compartimentée de l'Administration de la Santé par l'Etat et de cette distribution de pouvoirs multi-acteurs. Ce qui a eu pour effet d'engendrer une fragmentation importante entre secteurs sanitaire, médico-social et social, entre la ville et l'hôpital, entre le public et le privé, à l'origine de nombreux dysfonctionnements concourant à l'inadaptation de notre système de santé. En outre, Bloch et Hénaut (2014, p. 12) soulignent qu'« avant d'être ancrée dans les cultures professionnelles, la division de notre système de protection sociale en deux, voire trois blocs séparés — le secteur sanitaire d'un côté, et les secteurs social et médico-social, de l'autre — est [...] devenue institutionnelle et juridique au début des années 1970 avec la promulgation de deux séries de lois : « *La loi hospitalière du 31 décembre 1970 avait prévu dans les deux ans qui suivaient des dispositions spécifiques du secteur social et médico-social. C'est, en fait, au bout de cinq ans que sont votées les deux lois de 1975, marquant une fracture nette entre le champ de la maladie et du soin, d'une part, celui du handicap et de l'inadaptation d'autre part* » (Jaeger, 2012, p. 2). Plus tard, comme elle ne porte que sur les politiques d'aide et d'action sociale, la décentralisation engagée en 1982 à la suite de la loi Defferre a encore accusé « le divorce du sanitaire et du social » (Anghelou, 1994), le premier secteur étant géré par l'État et le second par les collectivités territoriales ». Chaque entité du système de santé s'est donc constituée indépendamment des unes des autres ; la communication et les interactions entre elles restant généralement limitées et retreintes. Ce dernier s'assimile davantage à l'addition de sous-systèmes qui se sont développés au cours du temps, et dont les connexions n'ont pas été véritablement pensées et établies. En effet, en l'absence d'une forme de cohérence et de cohésion d'ensemble et de finalités communes entre les différentes composantes du système de santé, celui-ci s'est traduit par « une juxtaposition d'entités sans lien entre elles au niveau de l'offre, de la demande et des financements » (Teil, 2000, pp. 26-27), ayant pour conséquence organisationnelle :

- Un cloisonnement Ville-Hôpital sous-tendu par :
  - Une méconnaissance réciproque entre les acteurs de ville et les acteurs hospitaliers
  - Des approches et des enjeux différents

- Deux structurations organisationnelles qui se font face, fortement opposées : entre un système hospitalier pyramidal organisé en services, selon une logique biomédicale (par organes, types de pathologies), laissant apparaître une organisation complexe et peu lisible pour les professionnels de ville ; et une organisation de la ville, au contraire, peu structurée au niveau des professionnels de santé libéraux
- Une compartimentation de la prise en charge des patients entre les secteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux, induisant un risque de rupture dans la continuité des prises en charge.
- Des découpages territoriaux différents
- Une communication entre secteurs complexe à établir, particulièrement prégnante entre acteurs médicaux et sociaux, prenant sa source sur trois niveaux :
  - Une dimension « individuelle » liée à la profession et au champ d'intervention (sanitaire, social, médico-social, administratif/gestion) induisant des langages, des positionnements et des modes d'exercice différents pouvant impacter la coopération entre les acteurs (visions et priorisations différentes, intérêts divergents, etc.).
  - Une dimension « collective » liée à l'appartenance à une structure avec ses propres objectifs, missions, enjeux, contraintes, stratégies et organisations pouvant également complexifier les relations entre acteurs.
  - Une dimension institutionnelle marquée par un manque de liens entre les principales instances de tutelles locales, mais aussi nationales.

L'écart semble donc particulièrement important entre le système actuel et le paradigme organisationnel du parcours. En effet, comment opérer le « passage » :

- Du cloisonnement et de la compartimentation des composantes du système à une logique de parcours transversal, multidimensionnel et continu ?
- D'une logique de structures, par type de secteurs ou encore par métiers à une logique de missions et de responsabilités partagées sur un territoire ?
- D'une méconnaissance et d'une communication parfois complexe entre acteurs à une coalition et fonctionnement en réseau ?

La CNSA (2012) précisait que dans le champ des politiques en faveur du soutien à la perte d'autonomie des personnes âgées, les chercheurs du projet PRISMA France avait pointé, en 2008, « le grand nombre d'acteurs stratégiques (à tous les niveaux de prise de décision) ayant des champs de compétence et de légitimité se chevauchant, sans acteur pivot responsable de la définition, du suivi et de l'imputabilité de la politique » (Somme et Saint-Jean, 2008, cité dans CNSA, 2012, pp. 40-41) à mettre en œuvre. Ce même constat peut également être formulé, comme nous avons pu le voir, à l'échelle globale du pilotage du système de santé. La multiplicité d'acteurs induisant une superposition des rôles et responsabilités qui s'entremêlent et se chevauchent, rendent peu lisible la gouvernance du système de santé, tout en étant source d'ambiguïté sur les périmètres de chacun.

Face au constat par les pouvoirs publics de la fragmentation du système et du manque de continuité des services proposés à la population dans les territoires, « de nombreux outils de coopération entre les acteurs des secteurs sanitaire et médico-social ont successivement vu le jour » (CNSA, 2012, pp. 40-41). De même, « des initiatives de coordination se sont depuis longtemps développées sur le terrain

(réseaux de santé, équipes mobiles, coordinations locales, etc.), portées souvent par des professionnels militants » (Bloch et al., in Louazel et al., 2018, pp. 268-269). Mais ils se sont généralement heurtés à un écueil, lié à un manque d'« impulsion suffisamment cohérente et lisible de la part des pouvoirs publics » (CNSA, 2012, pp. 40-41) ; l'« alignement des stratégies des pouvoirs publics [restant encore] concrètement difficile à obtenir » (Ibid.), malgré les dispositifs et orientations en faveur de l'évolution de la gouvernance.

Par ailleurs, l'un des freins majeurs aux tentatives de coordination et de coopération entre les acteurs est lié à « la construction même de notre système de santé et son caractère « hybride » » (CNSA, 2012, p. 40). Nous assistons à une « juxtaposition d'instruments d'intervention des pouvoirs publics nationaux et territoriaux qui n'obéissent pas à la même logique » (Ibid.). En témoigne, la multiplication de services d'appui à la coordination de situations de patients dites complexes et de dispositifs visant la coopération entre acteurs. Ils ont été créés sans réelle ligne conductrice, générant un effet d'empilement et de superpositions de missions aux périmètres flous, source de concurrence et conflits entre acteurs mais surtout d'un manque de lisibilité du système de santé. Ce constat peut évidemment être aussi formulé « au niveau des circuits de financement : les différentes sources de financement mobilisées pour les soins et l'accompagnement d'une personne en situation de handicap ou en perte d'autonomie ne sont pas régies par les mêmes règles d'engagement et critères d'éligibilité » (Ibid.) par exemple, confortant davantage encore ce cloisonnement. Les tutelles dont relèvent les acteurs de santé ne sont pas toujours les mêmes, certains d'entre eux, en fonction de leur activité, disposant même parfois d'une co-tutelle dont les visions stratégiques ne sont pas toujours alignées.

A des fins d'illustrations, arrêtons-nous plus particulièrement sur l'une des missions centrales des ARS : la régulation de l'offre de santé en région, visant à mieux répondre aux besoins et à assurer l'efficacité du système de santé, dans le cadre d'une approche globale et décroisée. Pour mémoire, l'ambition qui a conduit à la création des ARS était la réunion des compétences relevant du champ hospitalier, ambulatoire et médico-social au sein d'une entité unique. Concernant le volet hospitalier (public et privé), celui-ci se situe « au coeur des activités décisionnelles des ARS » (Tabuteau, 2013, p. 44), en lien avec le Ministère de santé. Ainsi, l'ARS dispose des leviers de régulation nécessaires dans ce domaine, produisant en revanche « un contraste saisissant avec les autres secteurs de la santé où ses compétences sont partagées et le plus souvent limitées » (Ibid., p. 45).

La régulation de l'offre de santé par l'ARS comporte une dimension territoriale forte visant, entre autres, une meilleure répartition des médecins de ville et l'amélioration de l'organisation de l'offre de soins ambulatoire sur le territoire. Or, il s'avère que la tâche s'avère peu aisée dans la mesure où celle-ci se trouve percutée par « un jeu conventionnel complexe » (Ibid., p. 46) qui échappe à sa main à ce jour et dont les cartes sont notamment détenues par l'Assurance Maladie et les syndicats médicaux, disposant d'« une véritable délégation de pouvoir que le Parlement [leur] a consentie [...] pour définir les règles applicables à l'installation des professionnels, à la fixation de leurs tarifs et à la gestion de la relation avec les assurés sociaux » (Ibid., p. 45). Officiellement, les négociations interviennent donc entre ces deux parties prenantes, mais le Gouvernement est, cependant, présent en coulisse, au regard des enjeux qui se jouent : « équilibre des finances sociales, répartition des professionnels sur le territoire, limitation du reste à charge pour les assurés sociaux, objectifs de santé publique, respect de référentiels médico-économiques... » (Ibid., p. 45). A ce trio, s'ajoute un quatrième acteur entré en scène depuis quelques années : l'Unocam (Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire), créée par la loi du 13 août 2004, en miroir de l'Uncam, traduisant la volonté de plus en plus manifeste « de faire progressivement reposer le financement de la santé sur deux piliers équivalents » (Ibid., p. 43). Cette configuration, constituant un terrain fertile en termes de

confrontation d'intérêts divers et de lutte de pouvoirs entre les membres de ce quatuor, limite de fait la capacité d'action des ARS qui ne semblent pas détenir le pouvoir en la matière.

Le secteur médico-social, quant à lui, reste aux prises d'une dichotomie des pouvoirs entre l'ARS et les conseils départementaux (Tabuteau, 2013), notamment concernant la planification, le financement et le contrôle d'un certain nombre d'établissements médico-sociaux impliquant une forme de cotutelle conjointe et concertée qui ne semble pas si simple dans les faits. Cela met, une fois encore, en exergue une imbrication des compétences « à l'origine d'une complexité particulièrement regrettable dans un secteur dont les acteurs, souvent associatifs, n'ont pas toujours les ressources des structures hospitalières ou des organisations de professionnels de santé. Le financement ternaire des maisons de retraite – tarifs hébergement, dépendance et soins – faisant intervenir l'État, l'assurance maladie et les conseils généraux illustre le délicat enchevêtrement juridique et budgétaire du secteur médico-social » (Ibid., p. 47). Là encore, nous constatons que la création des ARS n'a pas permis une réelle convergence d'ensemble dont les impacts s'avèrent particulièrement prégnants pour les acteurs de santé sur le terrain amenés à jongler dans cet écosystème institutionnel. Cela s'avère d'autant plus dommageable pour le patient qui semble se situer tout au bout de la chaîne, tandis que le paradigme du parcours de santé tend à le repositionner, au contraire, au centre du système.

## Section 2 : La création organisationnelle pour répondre à la complexité inhérente à tout système et ses dérives : de la complexité du système de santé à sa complication

La complexité d'un système peut être liée à sa composition même, à la multiplicité des objectifs, convergents ou non, auxquels une organisation doit répondre, aux logiques différentes qu'elle doit combiner, aux caractéristiques de son environnement, ou encore au nombre de composantes et acteurs nécessaires pour concevoir et mettre en œuvre une politique publique de santé s'agissant du cadre présent, etc. En vue de répondre à cette complexité, il a été observé que la création organisationnelle pouvait être perçue par les acteurs comme un levier à mobiliser (Castel et Hénaut, in Borraz, 2022, p. 159), mais qui peut aussi conduire à des dérives, où complexité vient parfois se confondre avec complication du système.

Le recours répété à la « transformation organisationnelle des architectures étatiques » (Bezes et Le Lidec, 2016, p. 407) par les gouvernements, qualifiée de « politique de l'organisation » (Bezes et Le Lidec, 2016), est un phénomène qui a considérablement pris de l'ampleur depuis les années 80. Il consiste à modifier, déplacer et réaménager les éléments composant la structure de l'administration de l'Etat : tantôt en créant des entités ad hoc en vue d'autonomiser ou spécialiser une fonction, un sujet ; tantôt, au contraire, en fusionnant des structures pour lutter contre la fragmentation issue d'une spécialisation trop importante, etc. ; permettant ainsi de redistribuer les tâches, les rôles, et par là-même les pouvoirs (Ibid.). Tous ces mécanismes peuvent tout aussi bien être mobilisés séparément que simultanément, l'un pouvant aussi être considéré, à une période, comme le remède des travers de l'autre et vice-versa, s'opposer tout autant que se compléter en fonction des contextes. Mais, quel que soit l'objectif visé et le moyen utilisé, il s'agit toujours d'intervenir sur la division du travail, tant au niveau vertical qu'horizontal, répondant à des enjeux de différentes natures : amélioration de l'efficacité, jeux de pouvoir et de positionnement d'acteurs, affichage politique, etc. De nombreux secteurs de l'action publique, dont celui de la santé, ont ainsi fait l'objet de multiples « initiatives visant à « manipuler la machine » et à bouleverser les architectures étatiques en « jouant » avec les « briques » que sont les différentes organisations au sein des ministères. À chaque fois, il s'agit de construire et reconstruire les structures des administrations publiques à la manière d'un jeu indéfiniment reconduit

de Lego bureaucratique » (Bezes et Le Lidec, 2016, p. 407). L'essor des agences aux côtés des Directions d'administration centrale, la décision de réunir les Ministères de la santé et des solidarités, ou au contraire de les scinder, et la création des ARS représentent autant d'exemples d'un processus qui semble devenir une « technique de gouvernement » (Ibid., p. 410), à laquelle les acteurs politiques recourent de plus en plus fréquemment. Cela donne lieu à des mouvements erratiques d'organisation, désorganisation et réorganisation qui finissent par se chevaucher, au fil du temps et des gouvernements en place, formant un millefeuille qui rend difficile l'identification d'une tendance cohérente globale. En effet, une nouvelle création organisationnelle vient souvent se cumuler aux précédentes qui continuent à subsister ou dont les empreintes, au moins, demeurent.

La formation d'un système aux innombrables strates dépasse, par ricochet, les frontières de l'administration de l'Etat pour se prolonger au sein même de l'organisation des opérateurs de l'offre de santé dans les territoires laissant apparaître un nombre considérable d'acteurs, de dispositifs et de structures relevant, comme nous l'avons vu, de tutelles, de logiques d'intervention et de financement qui peuvent être différents. En vue de pallier cette fragmentation présentes à tous les niveaux, des chercheurs ont mis en évidence, aux côtés des politiques de l'organisation, l'utilisation par les pouvoirs publics d'un nouveau type de création, cette fois-ci inter-organisationnelle, qualifiée de « politiques d'organisation » (Castel et Hénaut, in Borraz, 2022, pp. 160-161). La différence sémantique paraît subtile mais elle laisse apparaître un nouveau processus qui s'est développé, depuis les années 2000 (pour ce qui est du secteur de la santé) : la création de dispositifs de coordination et de fonctions transverses visant à favoriser les liens entre les éléments du système afin de casser les silos et cloisonnements ainsi générés (Ibid.), préjudiciables tant en termes de qualité pour le patient que d'efficience économique. Mais cette solution organisationnelle ayant, au départ, pour finalité la fluidification du système, semble souffrir aujourd'hui des mêmes maux qui avaient conduit à son usage par les pouvoirs publics : « la multiplication de ces nouvelles organisations, que l'on supprime rarement même quand leur efficacité est limitée, pose de nouveaux problèmes de coordination, que l'on tente de résoudre en créant d'autres organisations coordinatrices » (Ibid., pp. 167-168). Les dispositifs et fonctions créés se sont donc progressivement empilés, produisant à la fois des redondances et spécialisations fortes. De plus, « les professionnels qui les ont coconstruites localement, en interaction avec les cahiers des charges et les labels fournis par des administrations intervenant aux niveaux national ou régional, se sont tellement investis dans leur conception et leur mise en oeuvre que, par la suite, ils les défendent lorsqu'elles sont menacées de disparition ou de restructuration » (Ibid., p. 166), rendant leur remise en question délicate, d'un point de vue politique. Cette création inter-organisationnelle a également donné lieu à l'entrée d'une nouvelle catégorie d'acteurs (animateurs territoriaux, référents de parcours, coordinateurs...) dans le champ de la santé (Bloch et Hénaut, 2014). L'Etat tente, à présent, d'endiguer ce phénomène par la convergence de certains de ces dispositifs au sein de guichet unique, mais tout en recréant dans le même temps de nouveaux dispositifs... Cela semble donc constituer une forme de cercle vicieux que Castel et Hénaut (2022) ont qualifié, en référence à Crozier, de « cercle vicieux néo-bureaucratique » (Castel et Hénaut, in Borraz, 2022, p. 167). Le paradigme du parcours parviendra-t-il à briser ce cercle vicieux, sachant que les « politiques d'organisation » visant à appuyer les logiques coopératives et collectives entre les acteurs s'inscrivent dans ce paradigme. Celui-ci n'a donc pas, a priori, constituer un garde-fou suffisant pour empêcher l'apparition d'une forme de dérive organisationnelle. Cela montre, qu'à ce stade, le paradigme du parcours semble encore se situer au stade du discours officiel et qu'il s'avère nécessaire de réfléchir au processus à conduire pour permettre son appropriation au sein de la culture-même des acteurs, partant du postulat que pour agir sur les organisations, il faut d'abord agir sur les acteurs qui conçoivent et composent les organisations (Crozier, 1994). Mais cela peut induire de fortes résistances

dans la mesure où cela vient rebattre les cartes du jeu actuel et, potentiellement redistribuer les pouvoirs, rôles et places de chacun des acteurs qui avaient appris à manœuvrer et naviguer dans ce système. Cela nous permet de mettre l'accent sur une autre difficulté à réformer en profondeur le système de santé : les jeux d'acteurs.

### Section 3 : Les jeux d'acteurs et de pouvoir : « L'acteur et le système » (Crozier et Friedberg, 1977)

En partant du postulat de Crozier et Friedberg (1977) selon lequel l'organisation n'est pas une « donnée naturelle » mais un « construit social », cela implique, dès lors, d'en analyser les enjeux et intérêts, d'en décrypter les mécanismes de pouvoirs, les règles du jeu et appréhender les stratégies développées par les acteurs.

Pendant longtemps, la santé a constitué le domaine réservé de la profession médicale ; l'intervention de l'Etat étant circonscrite à la seule gestion des épidémies, puis à l'assistance médicale aux plus pauvres. Son rôle et ses attributions ont pris aujourd'hui une tout autre ampleur, se voyant désormais « investi de larges prérogatives et de lourdes responsabilités tant en matière de santé publique que d'assurance maladie » et détenant « une prééminence juridique et politique que lui confère le vote par le Parlement des lois de financement de la sécurité sociale » (Tabuteau, 2013, p. 50). Néanmoins, cette ascension de l'Etat en tant que pilote du système de santé, n'empêche pas celui-ci d'être « en proie à des enjeux de pouvoir considérables » (Ibid., p. 38) entre des groupes d'acteurs qui se sont considérablement élargis et multipliés au fil du temps, intensifiant par conséquent les « conflits de légitimité » (Ibid., p. 39) dont le système de santé peine à s'extirper.

Le système de santé s'est véritablement organisé et développé sous la forme que nous lui connaissons aujourd'hui, au lendemain de la seconde guerre mondiale, sous l'égide d'un cercle d'acteurs qualifié par certains auteurs de « triangle de fer formé par les décideurs publics, les partenaires sociaux et la profession médicale libérale et hospitalière » (Pierru, in Giraud et al., 2022, pp. 86-87). L'expansion du système de santé, durant toute la période des 30 glorieuses, avait alors permis de mettre en place et maintenir un relatif consensus entre ces acteurs, satisfaisant les intérêts de chacun. Mais, à partir du milieu des années 70, « les intérêts des pouvoirs publics et ceux de la profession médicale et, au-delà, des groupes économiques et sociaux (industriels, élus locaux, syndicats hospitaliers, etc.) qui contribuaient à – et profitaient de – l'essor de l'offre de soins, commencent à diverger » (Pierru, in Giraud et al., 2022, p. 89). Cela est à corréliser avec l'entrée « en crise » du système de santé, marquant le début de la mise en place de politiques de rationalisation et de maîtrise des dépenses de santé par les pouvoirs publics, renforçant les rapports de force entre ces acteurs et la défense de leurs positions et enjeux respectifs. Par ailleurs, le contexte actuel, caractérisé par des restrictions de moyens et une crise profonde des ressources humaines en santé contraint le système de santé à un fonctionnement en flux tendu. Cette situation tend à cristalliser plus encore les affrontements entre acteurs.

La scène de la santé s'est également ouverte à de nouveaux acteurs, des mouvements et des changements de positions se sont opérés entre les parties prenantes. Ainsi, certains acteurs parviennent à maintenir ou à accroître, à l'image de l'Etat, leur pouvoir sur le système de santé. Mais d'autres, au contraire, perdent leur influence. C'est le cas, par exemple, des partenaires sociaux, dont le rôle a été considérablement réduit au sein de la gouvernance de la Sécurité Sociale, au profit justement de l'Etat. D'autres parties prenantes élargissent leurs zones d'influence comme les industriels qui, au-delà du périmètre des produits de santé, s'étendent aux domaines des nouvelles technologies, des systèmes d'information numériques et de gestion de données en santé. D'autres

acteurs occupent, quant à eux, une place historique particulière, notamment les professions médicales comme l'illustre le fonctionnement de la représentation du corps médical qui s'est doté « cumulative-ment d'académies, de structures ordinales, d'unions régionales et nationale (URPS et UNPS) et de syndicats représentatifs dotés d'un pouvoir quasi législatif » (Tabuteau, 2013, p. 49). Pour mémoire et comme souligné plus haut, les syndicats nationaux ont obtenu de négocier, dans le cadre de conventions avec l'Uncam et avec l'approbation de l'Etat, l'organisation et le financement de la médecine de ville. « Peu de professions, peut-être même aucune, exercent une influence aussi directe et aboutie sur leur environnement économique et social et sur les politiques les concernant » (Ibid. p. 50). Bien que le taux de syndicalisation et la participation aux élections de représentants syndicaux diminuent questionnant par là-même la légitimité des représentants ainsi élus, cela met en évidence l'élaboration par la profession médicale d'un système ayant, pendant longtemps, fonctionné quasiment en indépendance, définissant elle-même son cadre de références et d'actions. Les réformes menées en vue d'engager la transformation du système de santé est, de ce point de vue, assez illustrative de la relation ambiguë entre la profession médicale et l'Etat. Ce dernier fait du développement de l'exercice collectif et coordonné des professionnels de santé de ville une priorité majeure, qui se traduit, à ce jour, par des mesures qui restent d'ordre incitative, comme en témoigne Ma santé 2022, avec le déploiement de CPTS (Communautés Professionnelles Territoriales de santé).

Deux processus à l'œuvre ont également contribué à complexifier davantage encore les jeux d'acteurs, à travers le déplacement de la santé dans l'espace publique (lié à la médiatisation de la « crise » du système de santé et à la survenue de plusieurs scandales sanitaires) (Pierru, in Giraud et al., 2022) et le phénomène de socialisation et d'évolution conceptuelle de la santé. Cela aboutit à une extension du périmètre de l'écosystème de santé et du nombre de parties prenantes, via la formation de groupes d'acteurs de plus en plus nombreux et conséquents, avec des intérêts et enjeux propres. Citons notamment les associations de patients ou d'usagers du système de santé qui prennent une place croissante ou encore les médias qui s'emparent des sujets de santé. Cette dynamique d'accroissement des acteurs, en particulier la diversité des groupes professionnels, participe à creuser davantage les divisions. Elles apparaissent d'autant plus exacerbées en contexte de crise et de changement, au sein d'un système à l'organisation de plus en plus compliquée, où les différentes parties qui le composent se sont développées indépendamment des unes des autres sans réelle cohésion d'ensemble. Cela a favorisé la naissance de cultures organisationnelles différentes entre secteurs mais aussi l'émergence de logiques de « corporations » professionnelles aux pratiques et modes de pensées propres.

Ainsi, « le consensus de la période antérieure est de plus en plus difficile à reconduire tant les intérêts et les visions de ce que devrait être le système de soins se multiplient. Au-delà des conflits entre médecins libéraux et médecins hospitaliers, chaque compartiment de l'offre de soins devient un lieu d'affrontements : entre généralistes et spécialistes, mais aussi entre spécialités médicales ou encore entre professions médicales et paramédicales. À l'hôpital, devenu une organisation éminemment complexe, la situation est encore plus conflictuelle, entre statuts (hospitalo-universitaires *versus* simples praticiens hospitaliers), entre médecins et infirmières revendiquant une reconnaissance par les pouvoirs publics et une émancipation relative par rapport au « pouvoir médical », entre soignants et administration qui ne cesse de gagner en autorité et pouvoir » (Pierru, in Giraud et al., 2022, p. 90). Il en est de même au sein de l'Administration de la santé par l'Etat, dont les différentes strates horizontales et verticales sont propices au développement de compartimentations et cloisonnements entre acteurs, où chacun tente de faire valoir ses objectifs et enjeux propres, en jouant avec le système et les zones de manœuvre dont il dispose pour maintenir sa position.

Les interrelations, jeux de pouvoir, alliances et conflits entre des acteurs revendiquant chacun une forme de légitimité, qu'elle soit politique, institutionnelle, scientifique, professionnelle, sociale, associative ou encore citoyenne, produisent « une texture complexe et une organisation collective soumise au jeu de leur concurrence, et parfois même de leur superposition » (Tabuteau, 2013, p. 48), donnant lieu à un système de santé que l'Etat peine, de ce fait, à réformer. Ce contexte apparaît, en effet, peu propice à la coopération entre acteurs, au regard des antagonismes organisationnels et professionnels ainsi créés ; chaque entité et groupes d'acteurs disposant d'une culture et rationalité qui lui est propre, prenant place dans un entrelacement organisationnel diffus.

Comment dans ce cadre parvenir à un consensus autour d'un sens commun de la santé et à une collaboration entre ces acteurs où, ne l'oublions pas, « derrière la distribution des pouvoirs se joue l'avenir du pacte social pour la santé » (Ibid., p. 55) ? Le parcours, érigé par les pouvoirs publics comme le nouveau paradigme au centre de la transformation du système de santé, vient, en théorie, réinterroger l'organisation humaine actuelle, les rapports entre les individus et la place de chacun. Vu sous ce prisme, la réforme du système de santé remet en question les modèles culturels en vigueur dans lequel sont fortement ancrés les normes, valeurs, pratiques et comportements des acteurs, et constitue, par conséquent, un véritable changement culturel.

#### Section 4 : Un système figé qui ne parvient pas à s'adapter aux évolutions contextuelles, malgré les nombreuses réformes déjà conduites

Il apparaît que le système de santé « n'intègre que très lentement les évolutions de la société » (Teil, 2000, pp. 26-27), malgré les nombreuses réformes qui se sont succédé dans le temps. L'état des lieux réalisé met en exergue un frein structurel important à l'adaptation du système et au déploiement de la logique « parcours », alimenté, dans le même temps, par un nombre important de parties prenantes induisant des enjeux de pouvoir et de positionnement prégnants. A savoir qui de l'œuf ou la poule a précédé l'autre, nous ne saurions trancher cette question existentielle. En revanche, l'organisation actuelle ne peut que constituer un ferment aux jeux d'acteurs. De même, ces derniers, laissant percevoir des intérêts et logiques propres, ont très certainement nourri cette complexité organisationnelle que nous avons décrite. Nous sommes donc face à des processus organisationnels et des jeux d'acteurs qui s'auto-stimulent et s'exacerbent l'un l'autre, participant au maintien d'un système de santé figé, qui peine à se transformer. En découle une structuration actuelle de la santé qui peut se définir à la fois comme :

- Un système cloisonné, caractérisé par une fragmentation et compartimentation de ses composantes, avec une faible communication et coordination entre elles.
- Un système complexe, voire compliqué, aux multiples strates, enchevêtrements et redondances, tant au niveau stratégique qu'opérationnel, conduisant à un imbroglio organisationnel et une chaîne de pilotage peu lisibles. La lourdeur qui en découle semble peu propice à une forme de flexibilité et agilité du système, nécessaire à son adaptation aux contraintes de l'environnement.
- Un système composé d'acteurs aux schémas de références (normes, valeurs, pratiques) et motivations propres, constituant un terreau fertile aux divisions et jeux d'acteurs, intensifié par l'absence d'un schéma de références commun. Ainsi, le système de santé semble reposer « 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 pour protéger et pérenniser chaque situation locale, pour renforcer les cloisonnements et délimiter les territoires » (Teil, 2000, pp. 26-27).

## Section 5 : Les enjeux du recours au parcours pour transformer le système de santé

Comme nous avons pu le voir, à travers l'usage du paradigme du parcours, il s'agit de conduire un changement visant à :

- Etablir les connexions et mettre du lien entre les composantes du système de santé.
- Simplifier et assouplir les organisations et modes de fonctionnement.
- Intégrer les mutations de l'environnement et adopter une capacité d'adaptation continue.
- Faire évoluer les pratiques et normes de référence des acteurs vers une zone de rencontre culturelle commune de coopération et de responsabilité partagée pour faciliter la régulation du système et guider l'action collective ; tout en conservant les spécificités et expertises propres de chaque élément apportant sa plus-value au système, à travers la combinaison des complémentarités de chaque composante.

Celui-ci est alors amené à traverser les différentes strates qui composent le système de santé ; chacun de ces niveaux laissant apparaître des enjeux spécifiques mais interdépendants entre eux, comme en témoigne le tableau présenté ci-dessous.

TABLEAU 4 : ENJEUX RELATIFS AU DEPLOIEMENT D'UNE APPROCHE "PARCOURS" AUX DIFFERENTS NIVEAUX DE L'ECOSYSTEME DE SANTE

Les pouvoirs publics	Les secteurs de la santé Sanitaire, médico-social et social Ville-Hôpital	Les professionnels de santé
<b>Enjeux</b>		
<p>Mise en place d'un contexte favorable au déploiement de l'approche parcours dans les territoires</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;"><b>ENJEU CONTEXTUEL</b></p>	<p>Mise en place d'une coordination intra-organisationnelle et inter-organisationnelle</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;"><b>ENJEU ORGANISATIONNEL</b></p>	<p>Evolution des pratiques, métiers, compétences, postures</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;"><b>ENJEU CULTUREL</b></p>
<b>Implications résultant de ces enjeux</b>		
<p><b>Au niveau national :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Une coordination renforcée entre les administrations centrales, agences et assurance maladie : vers une plus grande « intégration institutionnelle » (CNSA, 2012, p. 50).</li> <li>• Une nouvelle forme de gouvernamentalité sanitaire (nous y reviendrons ultérieurement).</li> <li>• La création des conditions nécessaires au déploiement des parcours en donnant aux acteurs de terrain les moyens « de faire » et en levant les obstacles à la coopération : Systèmes d'informations partagés (échanges d'information), évolution des modes de financement, reconnaissance du temps de la coopération, révision des formations initiales pour favoriser la connaissance et les liens entre les métiers de la santé, attractivité des métiers et conditions de travail, etc.</li> <li>• « Constance et persévérance sur le plan de la méthode » (Ibid., p. 54) : vers « une recherche de consolidation et de sécurisation des dispositifs en place ou émergents » (Ibid.). « La question de la coordination ne trouvera pas une réponse unique et miraculeuse (les multiples tentatives précédentes</li> </ul>	<p><b>Organisation interne :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les soins primaires → Vers une médecine dite « de parcours » (développement des modes d'exercices coordonnés).</li> <li>• Etablissements de santé → Vers des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT).</li> <li>• Etablissements et services médico-sociaux : Transformation de l'offre (Plan d'action ministériel « Ambition 2019-2022 »).</li> <li>• Dispositifs d'appui à la coordination : Une convergence vers des DAC.</li> </ul> <p><b>Organisation externe :</b></p> <p>Renforcement des interactions et partenariats entre secteurs.</p> <p>« Chaque secteur comporte sa part de complexité par la diversité des structures, des compétences, des spécialités à mobiliser, ce</p>	<p>« « L'organisation de la prise en charge ne peut plus être la résultante de hiérarchies entre acteurs et de cloisonnements de l'organisation. (...) L'interdépendance entre acteurs individuels et institutionnels, devenue déterminante, nécessite une perception partagée de l'ensemble du parcours patient* ». Devant la chronicité, « la médecine s'exerce aujourd'hui dans le cadre d'une immense chaîne de travail reliant des dizaines d'acteurs** » » (CNSA, 2012, p. 45).</p> <p>*Michel Cremadez et Edouard Bichier (2012), « Du séjour au parcours de soins – Les obstacles culturels et organisationnels » in <i>Revue hospitalière de France</i>, n° 546, mai-juin 2012.</p> <p>** Jean-Cristophe Mino, Marie-Odile Frattini, Emmanuel Fournier (2012), « Vers une médecine de l'incurable », in <i>Revue hospitalière de France</i>, n° 549, novembre-décembre 2012.</p> <p><b>Une évolution culturelle et une redéfinition des identités professionnelles :</b></p>

<p>l'ont montré) : il s'agit d'un travail à mener de façon continue et pérenne en agissant sur différents leviers avec constance et lisibilité, en cessant d'empiler les expérimentations partielles et non soutenues dans la durée » (CNSA, 2012, p. 54).</p> <p>Une démarche à inscrire :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- « Dans la durée, avec une vraie évaluation de l'amélioration du service apporté » (Ibid.).</li> <li>- « Sous l'égide d'un pilote légitime aux yeux de tous les acteurs » (Ibid.).</li> </ul> <p><b>Au niveau local :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Une mise en cohérence territoriale entre tutelles à travers une plus grande « proximité institutionnelle » (Ibid., p. 49) (vers une « gouvernance partenariale », une stratégie coordonnée et des indicateurs communs d'évaluation).</li> <li>• Evolution du positionnement des tutelles : appui et accompagnement des acteurs de terrain.</li> </ul>	<p>qui amène les acteurs d'un secteur donné à consacrer beaucoup de temps et d'énergie pour s'articuler avec les services/professionnels de son secteur. « Mais l'approche parcours nécessite aussi le renforcement des interactions et des partenariats entre secteurs [...] » (Bloch et al., in Louazel et al., 2018, p. 276).</p> <p>« Ceci n'est pas sans poser problème car les organisations, les processus de travail, les outils, les modes de financement, les cultures ne sont pas les mêmes. » / « Historiquement ces secteurs ont peu collaboré et ne se connaissent pas bien. Les formations ne sont pas toujours les mêmes. » / « L'existence de professionnels ayant une double culture sanitaire et médico-sociale et pouvant jouer un rôle de passeur peut être essentielle » (Ibid., p. 277).</p>	<p>« Une évolution des postures dans la relation à l'utilisateur » (Bloch et al., in Louazel et al., 2018, p. 277).</p> <p>« Un besoin accru de travail en équipe et de coordination des soins et des accompagnements » (Ibid., p. 278).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• « L'émergence de nouvelles fonctions, voire de nouveaux métiers pour la coordination et l'accompagnement des parcours » (Ibid., p. 279).</li> <li>• Pour les responsables et managers d'établissements et de structures :</li> </ul> <p>Cela « conduit les responsables de structures à développer de nouvelles compétences dans un nouveau champ appelé « pilotage territorial » : diriger un établissement consiste en effet maintenant et de plus en plus à s'inscrire dans une approche populationnelle et dans un projet de territoire » (Ibid., p. 281).</p>
--	---	--

Au regard du contexte mis en exergue dans cette partie, nous pouvons, malgré tout, légitimement nous questionner sur le recours au « parcours » pour mener la transformation du système de santé. En quoi diffère-t-il des tentatives précédentes et comment peut-il concrètement devenir un levier opérationnel du changement ? Trois enjeux tendent à se dégager, à ce premier stade :

- Inscrire le parcours dans une approche systémique apparaît indispensable, au regard du niveau de fragmentation atteint par le système de santé, que ce soit au niveau horizontal et verticale.
- Positionner le parcours comme un nouveau paradigme organisationnel au centre d'un changement culturel à mener, plaçant le curseur sur les ressources humaines de l'organisation et ses schémas de références culturelles pour agir ensuite sur l'organisation elle-même. En cela, la parcours constitue une nouvelle façon d'appréhender le processus de changement à conduire, où la culture constitue la base du diagnostic et de l'action (Argyris et Schön, 2002).
- Redonner du sens « au parcours » faisant l'objet d'un usage surabondant et de déclinaisons multiples, qualifiant des objets de différentes natures dans de nombreux domaines, témoignant d'une utilisation potentiellement excessive. Le risque est alors une perte de sens, au profit d'un abus d'instrumentalisation, nous faisant oublier les fondements conceptuels (abordés précédemment) qui guident cette approche. En l'absence d'un réel contenu, il sera alors difficile de faire du parcours le moteur d'une évolution culturelle.

La réforme du système de santé, à l'appui du recours au parcours, constitue une restructuration profonde du modèle actuel caractérisé par le passage d'une organisation en silo à une organisation transversale, touchant l'ensemble des acteurs. « Cette réorganisation globale du système renforce également la dissociation des fonctions de pilotage et de régulation qui relèvent – à titre quasi exclusif, désormais – de l'État, de celles relatives au déploiement et à l'organisation du système de santé qui renvoient à l'action des opérateurs en santé » (Marin, in Raimondeau et al., 2020, p. 233), nous permettant de toucher du doigt le développement d'une nouvelle gouvernamentalité sanitaire sur laquelle nous reviendrons par la suite.

Il nous semble également important de rappeler que le parcours constitue, certes, pour les pouvoirs publics un paradigme situé au cœur d'un changement culturel, tout autant qu'un outil de gestion publique. En effet, la politique de santé s'inscrit dans un processus plus global de modernisation de l'État « qui trouve sa traduction dans la déclinaison de la Révision générale des politiques publiques, la Modernisation de l'action publique et, plus récemment, dans l'« Action publique 2022 » » (Ibid.), inspirée des concepts du New Public Management. L'inscription de la réforme du système de santé au sein d'une démarche systémique de modernisation de l'État permet d'affirmer que le changement culturel à conduire concerne tout autant les opérateurs de l'offre de santé dans les territoires que l'administration de l'État elle-même. L'intervention du Président de la République, lors de la Convention Managériale de l'État en Avril 2021<sup>9</sup>, est d'ailleurs sans équivoque concernant cette ambition d'une transformation de l'Action publique. Il invite, ainsi, à « continuer ce travail de réformes de nos propres organisations, de notre propre action », rappelant qu'« il y a des décennies maintenant que l'on parle de la réforme de l'État », faisant également état d'un « émiettement de l'action publique », au détriment de sa cohérence. Il met l'accent sur un changement de positionnement de l'État à engager, à travers : une plus grande proximité, un décloisonnement, l'adoption d'une posture

---

<sup>9</sup> Intervention du Président de la République à l'occasion de la convention managériale de l'État le 8 avril 2021

d'« un Etat qui conseille, qui accompagne et pas simplement qui contrôle et sanctionne », le souhait de « donner plus de place, de force aux acteurs de terrain », la capacité d'être « à la bonne vitesse de décision » sous-entendant une plus grande réactivité et la possibilité de réajustements, une action publique « plus simple et plus innovante », etc. Il remet en cause, dès lors, la « culture de la norme », évoquant « une révolution culturelle » à mener. Cette mise en perspective nous permet de repositionner la politique de santé dans un contexte de transformation de l'action publique, dont s'avère fortement empreint le paradigme du parcours. En effet, à travers ces extraits choisis du discours du président de la République, faisant lui-même référence à un changement culturel, nous retrouvons un certain nombre d'orientations qui fondent l'approche du parcours.

Néanmoins, le chemin à parcourir reste long et ardu. L'organisation actuelle du système de santé nous montre que l'intégration du parcours comme nouveau paradigme organisationnel dans les cultures des acteurs reste aujourd'hui partielle, bien que fortement présent dans les discours. Les tentatives menées jusqu'alors ne semblent pas avoir permis, d'un point de vue systémique, à casser les silos et spécialisations extrêmes ainsi que les effets de superposition et à éviter la reproduction de dérives organisationnelles, liés tout autant à des freins structurels, jeux d'acteurs et résistances culturelles.

## Chapitre III : Les acteurs des parcours de santé : essor et multiplication généralisée des dispositifs interstitiels d'appui à la coordination

### Section 1 : Le développement d'une nouvelle catégorie d'acteurs à l'interface des différents secteurs de la santé

Afin de pallier la fragmentation du système de santé déjà longuement évoquée en amont, et plus particulièrement le morcellement entre les secteurs sanitaire, médico-social et social ainsi qu'entre la ville et l'hôpital, les pouvoirs publics ont eu recours, depuis une trentaine d'années, « à un ensemble de stratégies destinées à rationaliser l'organisation des soins et des services : gestion de cas, intégration, coordination, réseau et, plus récemment, parcours » (Bloch et Hénaut, 2014, p. 6) ; ce dernier constituant, à ce jour, le paradigme dominant situé au centre des réformes du système de santé. Nous plaçons ces différents mécanismes dans le cadre des « politiques d'organisation » (Castel et Hénaut, in Borraz, 2022, pp. 160-161) présentées précédemment et visant à favoriser les liens et les connexions entre les différentes entités du système de santé. Ils ont donné lieu dans les territoires à la création de multiples dispositifs ad hoc d'appui à la coordination et à l'organisation des parcours – Réseaux de santé, Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie (MAIA), Centre Local d'Information et de Coordination gérontologique (CLIC), Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM), Communautés 360 pour le handicap, etc. – mais aussi à l'émergence et au développement de nouveaux métiers et compétences que Bloch et Hénaut (2014) qualifient de « nouvelles professionnalités » – Pilote MAIA, coordonnateur de parcours, chef de projet E-parcours, etc. Aujourd'hui, ces entités transversales semblent s'établir durablement dans le paysage de la santé, venant créer une nouvelle catégorie d'acteurs, positionnés à l'interface des différents secteurs traditionnels de la santé. En référence aux travaux de Latour (2007) ou encore de Bergeron et al. (2013), Aubert et al. (2020) font appel au concept d'acteurs frontières nous permettant de préciser la place et la vocation de ces parties prenantes, positionnées « aux frontières des connaissances et des actions de plusieurs mondes sociaux, et [caractérisées] par leur capacité à faire vivre des projets de coopération impliquant les acteurs de ces différents univers » (Aubert et al., 2020,

p. 9). En focalisant, dans cette partie, notre propos sur ces « acteurs hybrides et interstitiels » (Bertillot, 2017, p. 9), nous nous intéressons aux politiques d'organisation mises en oeuvre au niveau opérationnel et concernant les « dynamiques impulsées à l'échelle des territoires locaux de l'action publique » (Ibid., p. 7) en vue d'appuyer le déploiement de l'approche parcours ; et dont l'ARS est en charge d'en assurer l'animation et le pilotage.

L'émergence des réseaux de santé, à partir des années 80, autour de pathologies lourdes et/ou de maladies chroniques, avec notamment le VIH comme point de départ, constitue la première génération contemporaine de dispositifs d'appui à la coordination. Ils contribueront fortement à la diffusion et à la formalisation de la notion de coordination. En effet, dans ce contexte de gestion de crise sanitaire majeure que représente la survenue du SIDA, un coup de projecteur est mis sur le besoin prégnant de coopération et de mise en lien entre les acteurs de santé de la ville et de l'hôpital, mettant en exergue l'enjeu de la coordination mais aussi la place de l'usager, reliée à une revendication forte des patients atteints de VIH (via les associations AIDES et Act Up). Bien que ces mêmes constats aient déjà pu être formulés sur d'autres pathologies auparavant, ils trouvent, avec le Sida, « un écho de résonance sans précédent au travers d'une pathologie nouvelle et, à cette époque, toujours mortelle » (Barré et al., 2005, p. 19). Démunis face à l'apparition de situations d'un genre nouveau et devant l'inadaptation structurelle du système de santé (Ibid.), les acteurs de santé inventent une nouvelle modalité organisationnelle : les réseaux. Ces initiatives de terrain, le plus souvent informelles, marquent un jalon important, esquissant les premières formes organisationnelles d'une coordination locale pour pallier la spécialisation et la logique en silo du système de santé, portant en son sein les germes du paradigme du « parcours » de santé. En effet, à ce moment-là, « l'enjeu est majeur de relier, autour d'une même personne malade, l'ensemble des ressources nécessaires pour répondre à ses besoins, qu'ils soient médicaux, psychologiques ou sociaux » (Ibid., p. 20). « Regard nouveau porté sur la réalité, [...] le réseau devient un facteur de réorganisation de l'offre de soins, articulée autour du sujet souffrant, dans un contexte de spécialisation et de complexité croissantes » (Ibid.). Le patient et ses besoins sont replacés au centre du système, à partir desquels les professionnels s'organisent et se coordonnent pour proposer une prise en charge adaptée, constituant un renversement de logique. Les réseaux auront constitué le support d'un apprentissage organisationnel entre les acteurs de terrain, qui viendront nourrir les politiques publiques, qui à leur tour, institutionnaliseront progressivement les réseaux dans le paysage de la santé selon un jeu de « prescriptions réciproques » (Bloch et Hénaut, 2014, p. 145) entre initiatives locales et politiques publiques.

A partir de 1991, les réseaux s'ouvrent à d'autres pathologies et problématiques : les addictions, le cancer, la précarité ou encore la prise en charge des personnes âgées. L'Etat commence à financer ces modalités organisationnelles, mais cela reste une démarche ponctuelle, faisant des réseaux des dispositifs précaires dont la pérennité et la sécurisation ne sont pas assurées. De plus, il apparaît que plus les circulaires, notamment celles se succédant entre 1991 et 1996, « se montrent directives sur la manière d'organiser les réseaux plus leur constitution s'avère difficile. Un enseignement se dégage de cette période : un réseau ne se décrète pas » (Barré et al., 2005, p. 21). En effet, le travail en réseau sous-entend la coopération et la mise en place de pratiques coordonnées entre des secteurs et des professionnels que tout semble opposer, au regard de leur cloisonnement et compartimentation originelle. Cela requiert un temps d'apprentissage et d'appropriation collectives. Par ailleurs, le développement progressif de nouveaux modes de fonctionnement nécessite « des compétences nouvelles de la part de ceux qui se lancent dans la création d'un réseau de santé » (Ibid.). Le même constat peut être formulé concernant la diffusion de l'approche parcours, qui s'imposera à partir de

2010. Elle repose, en grande partie, sur une mobilisation des acteurs de terrain, « seuls en capacité de donner une consistance à cette nouvelle logique » (Aubert et al., 2020, p. 3) dans les territoires, dont le caractère apparaît « flou et polysémique (Bourgeuil, 2014) » (Ibid.) ; les pouvoirs publics privilégiant, de ce fait, « une approche territorialisée et négociée des politiques publiques sanitaires » (Ibid.). A travers le recours à des dispositifs comme le réseau mais aussi les nouvelles entités qui se développent abondamment ensuite (présentées dans le tableau ci-dessous) – plus particulièrement dans le champ de la perte d'autonomie des personnes âgées, la santé mentale et le handicap – il s'agit de rationaliser la coordination entre les acteurs de terrain.

TABLEAU 5 : PANORAMA DES DISPOSITIFS D'APPUI A LA COORDINATION DES PARCOURS DE SANTE

*Non exhaustif – Ciblé au territoire francilien :*

Dispositifs de coordination ad hoc		
Dispositifs de coordination	Création	Tutelle locale
<b>Dispositifs d'appui aux parcours des personnes âgées</b>		
<b>Réseaux de santé en gérontologie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Années 90 jusqu'en 2012</b> : puis fusion des réseaux monothématiques en <b>réseaux plurithématiques</b> : gérontologie – soins palliatifs – cancérologie</li> <li>▪ <b>2019</b> : <b>Intégration au sein d'un dispositif unique : le DAC</b> (Dispositif d'Appui à la Coordination) <u>Contexte</u> : Stratégie de transformation du système de santé Ma Santé 2022</li> </ul>	ARS
<b>CLIC</b> <i>Centres Locaux d'Information et de Coordination</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>2000</b> <u>Contexte</u> : Circulaire du 6 juin 2000</li> <li>▪ <b>2019</b> : <b>Intégration au sein d'un dispositif unique : le DAC</b> (Facultatif pour les CLIC : sur accord du Conseil Départemental (CD) de chaque territoire) <u>Contexte</u> : Stratégie de transformation du système de santé Ma Santé 2022</li> </ul>	CD
<b>MAIA</b> <i>Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie.</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>2009</b> <u>Contexte</u> : 3e Plan Alzheimer (2008-2012)</li> <li>▪ <b>2019</b> : <b>Intégration au sein d'un dispositif unique : le DAC</b> <u>Contexte</u> : Stratégie de transformation du système de santé Ma Santé 2022</li> </ul>	ARS
<b>PAERPA</b> <i>Personnes Agées en Risque de Perte d'Autonomie</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>2013</b> <u>Contexte</u> : Stratégie nationale de santé</li> <li>▪ <b>2019</b> : <b>Intégration au sein d'un dispositif unique : le DAC</b> <u>Contexte</u> : Stratégie de transformation du système de santé Ma Santé 2022</li> </ul>	ARS
<b>Centres territoriaux de ressources</b>	<p>2022 <u>Contexte</u> : Article 47 de la LFSS 2022 (Loi de Financement de la Sécurité Sociale)</p>	ARS

<b>Dispositifs d'appui aux parcours des personnes en situation de handicap</b>		
<b>UMI</b> <i>Unité Mobile Interdépartementale</i> Autisme	2010 <u>Contexte</u> : Groupe de travail sur l'organisation de l'offre de soins pour les personnes atteintes d'autisme, dans le cadre du volet psychiatrie du schéma régional d'organisation des soins (SROS) 2006-2010 (en Ile-de-France)	ARS
<b>ERHR</b> <i>Equipe Relais Handicap Rare</i>	2014 <u>Contexte</u> : 2 <sup>e</sup> Schéma national d'organisation sociale et médico-sociale pour les handicaps rares 2014-2018.	ARS
<b>PCPE</b> <i>Pôle de Compétences et de Prestations Externalisées</i> Tout handicap	2016 <u>Contexte</u> : - Démarche nationale « Une réponse accompagnée pour tous » dans le champ du handicap (RAPT) -Rapport « Zéro sans solution » (Juin 2014) -Plans nationaux dont le Plan Autisme 2013-2017 et le 2 <sup>nd</sup> schéma handicaps rares	ARS
<b>DIH</b> <i>Dispositif Intégré Handicap</i> Tout handicap Avant 2018 : autisme seulement	2018 <u>Contexte</u> : Démarche nationale « Une réponse accompagnée pour tous » dans le champ du handicap (RAPT)	ARS
<b>Communautés 360</b> Tout handicap	2020 <u>Contexte</u> : Conférence Nationale du Handicap le 11 février 2020	ARS
<b>Dispositifs d'appui au parcours en Santé mentale</b>		
<b>PTSM</b> <i>Projet Territorial de Santé Mentale</i>	2016 <u>Contexte</u> : Loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016.	ARS
<b>CLSM</b> <i>Contrats Locaux de Santé Mentale</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ De nombreuses incitation à leur création depuis 1972</li> <li>▪ 2016 : Inscription dans le cadre des politiques de santé publique et de la politique de la ville, via notamment la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, qui définit leur rôle dans la mise en place des PTSM.</li> </ul>	Elus locaux
<b>Dispositifs d'accompagnement et de coordination pour la sortie d'hospitalisation</b>		
Accompagnement et coordination du retour à domicile <b>PRADO</b>	Maternité (2010) / Sortie de chirurgie (2012) Insuffisance cardiaque (2013) / BPCO (2015) AVC et Personnes âgées (depuis 2017)	CPAM

<p>Répondre aux problématiques de parcours bloqués (patients hospitalisés de longue durée et médicalement sortants) dans les établissements de santé, privés et publics</p> <p><b>CARSIC</b></p> <p><i>Cellules d'Appui à la Résolution des Situations Complexes</i></p>	<p>2020-2021</p>	<p>ARS</p>
<p><b>Dispositifs d'appui aux parcours polythématiques</b></p>		
<p><b>Réseaux de santé plurithématique</b></p> <p>Gérontologie – Soins Palliatifs - Cancérologie</p>	<p><u>Plusieurs jalons :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Années 80-90</b> : émergence et formalisation progressive, sous la forme de réseaux monothématiques (sida, addictions, précarité, santé mentale, cancer, personnes âgées, soins palliatifs, périnatalité...).</li> <li>▪ <b>En 2011</b>, en regroupant les types de réseaux de santé par grandes thématiques, 20 ensembles de réseaux différents avaient été dénombrés (Rapport d'activité du FIQCS – 2011).</li> <li>▪ <b>2012</b> : regroupement des réseaux monothématiques en réseaux trithématiques (Gérontologie – Cancer – Soins palliatifs).</li> </ul>	<p>ARS</p>
<p><b>PTA</b></p> <p><i>Plateforme Territoriale d'Appui</i></p> <p>Toute situation complexe</p>	<p>2016</p> <p><u>Contexte</u> : Loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016.</p>	<p>ARS</p>
<p><b>DAC</b></p> <p><i>Dispositifs d'Appui à la Coordination</i></p>	<p>2019</p> <p><u>Contexte</u> :</p> <p>*Stratégie de transformation du système de santé – Ma Santé 2022</p> <p>*Loi du 24 Juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p><b>Convergence des dispositifs suivants pour former une seule structure et une équipe unique :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Réseaux de santé</li> <li>-PTA</li> <li>-MAIA</li> <li>-PAERPA</li> <li>-CLIC : uniquement sur la base du volontariat de chaque Conseil Départemental</li> </ul>	<p>ARS</p>

La lecture de ce tableau laisse apparaître un développement exponentiel des dispositifs de coordination à partir des années 2010 et ce jusqu'à aujourd'hui, concomitamment avec la généralisation du paradigme du parcours de santé. Les réseaux de santé monothématiques, biens qu'antérieurs, feront aussi l'objet d'une réforme importante en 2012 visant leur évolution en réseaux plurithématiques ainsi qu'une redéfinition de leur rôles et missions. Initialement, le parcours s'est d'abord ajouté et placé aux côtés de notions comme la coordination ou encore l'intégration, jusqu'à les dominer et les intégrer en acquérant progressivement le statut de nouveau paradigme placé au centre des réformes du système de santé. La coordination et l'intégration, portés tout particulièrement par des dispositifs comme les réseaux et les MAIA, constituent, dès lors, des corollaires du parcours, au même titre que d'autres notions comme « ruptures, transitions, continuité, cohérence et fluidité des parcours, prise en charge globale, accompagnement, ou encore réponse graduée [qui] ont envahi l'espace des politiques publiques de santé à tous les niveaux d'intervention » (Bloch et Hénaut, 2014, p. 107). Les dispositifs de coordination se retrouvent, quant à eux, positionner comme un outil de régulation territoriale au service des parcours.

L'exemple des MAIA, dans le secteur de la perte d'autonomie des personnes âgées, est significatif de cette démarche. Ces dernières ont d'abord vu le jour sous une forme expérimentale, dans le cadre du 3<sup>ème</sup> plan Alzheimer en 2009, et sont ensuite généralisées à tout le territoire national entre 2011 et 2016, dans un espace déjà bien occupés par d'autres dispositifs tels que les CLIC (à partir de l'année 2000) et les réseaux de santé. Elles sont promues, non pas comme un dispositif, mais une méthode d'action innovante (importée des pays anglo-saxons et notamment du Canada) visant le déploiement d'une nouvelle stratégie de mise en lien des acteurs et composantes du système de santé allant au-delà de la « simple » coordination, à travers l'intégration des champs sanitaire, social et médico-social à l'échelle d'un territoire. Elles constituent une démarche plus formalisée que les réseaux et les CLIC, mais elles sont surtout initiées et fortement cadrées par les pouvoirs publics. « Le modèle est construit autour de la déclinaison locale d'outils génériques devant incarner la logique de « guichet intégré » sur chaque territoire : diagnostic territorial de l'offre, annuaires des acteurs de l'autonomie, référentiels permettant de différencier les missions des différents services, outils partagés d'évaluation des besoins » (Bertillot, 2017, p. 11). Ce modèle est « porteur d'une ambition nationale claire de rationalisation de l'organisation des services » avec pour objectif « de formaliser les missions des professionnels, de simplifier les organisations et d'optimiser la régulation publique » (Ibid.). Les MAIA, prenant place dans le cadre d'une approche descendante nettement institutionnalisée, auront du mal à s'implanter dans les territoires et a emporté l'adhésion des acteurs de terrain, notamment sanitaires. Empreintes de théories gestionnaires et d'une méthodologie faisant appel à un jargon spécifique, elles pourront parfois susciter de la défiance chez les acteurs de terrain et être perçues comme dérangeantes dans la mesure où elles ont explicitement vocation à normaliser les modalités de coopération entre acteurs et à harmoniser les outils (Bertillot, 2017).

Les réseaux et les MAIA illustrent l'hétérogénéité des dispositifs existants. En effet, il témoigne véritablement de conceptions et fondement différents : l'un émanant du terrain et reposant sur un militantisme originel, et le second initié par les pouvoirs publics dans un cadre extrêmement théorisé et institutionnalisé dès le départ. Il en découle, dès lors, un paysage constitué de dispositifs aux cultures très diverses, bien qu'appartenant à une même et grande famille. Ces deux logiques soulignent également la difficulté pour les pouvoirs publics de parvenir à trouver un équilibre juste et subtil entre un mode de structuration « suffisamment informel pour entretenir une dynamique relationnelle et une forme de créativité tout en étant formalisé (Schweyer & alii, 2003) » (Bruyère et Bonafini, 2008, p. 14).

Par ailleurs, bien que les pouvoirs publics aient procédé à la création de nombreux dispositifs de coordination de manière relativement considérable, leur positionnement n'en reste pas moins ambivalent : à la fois valorisés comme porteur d'une vision nouvelle de l'organisation de la santé, ils bénéficieront longtemps d'un statut précaire comme en témoigne la tardive reconnaissance réglementaire des réseaux de santé. En effet, il leur faudra attendre 2002<sup>10</sup> pour bénéficier d'un statut unifié et ne plus constituer une modalité dérogatoire. D'autre part, le financement incertain, composite et non pérenne de celui-ci maintiendra longtemps les réseaux dans un statut fragile, limitant de fait leur développement et leur consolidation ; ne bénéficiant d'une projection pluriannuelle qu'à partir de 2012, via la mise en place des CPOM (Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens). L'accompagnement et le pilotage de ces dispositifs par les pouvoirs publics sont également remis en cause. Un rapport de l'Igas sur les réseaux de santé, en 2006<sup>11</sup>, dénonce « la faiblesse du pilotage » et de l'animation tant technique (caractérisée par une approche bureaucratique, cloisonnée et administrative) que politique, questionnant la vision stratégique des actions et expérimentations menées jusqu'alors. « Les mécanismes institutionnels de financement et d'accompagnement [...] sont jugés peu opérants, voire contre productifs » (Poutout, 2007, pp. 49-50). Ainsi, bien que les pouvoirs publics affichent les dispositifs de coordination comme des leviers de la transformation du système de santé, il s'avère qu'ils sont, dans les faits, peu appuyés (ou de façon inadaptée) disposant le plus souvent de conditions précaires, liés à des financements et des politiques non pérennes. Ils sont certes institutionnalisés dans le paysage, mais leur consolidation et pérennité ne sont pas assurées pour autant.

## Section 2 : L'écosystème des fonctions de coordination au service des parcours : entre profusion et confusion, sources d'une perte de sens et de cohérence

Aux côtés de ce développement très actif de dispositifs et fonctions ad hoc, dont la vocation première est d'appuyer la coordination des parcours et l'intégration des acteurs, nous recensons également de nombreux autres supports de natures et de formes très diverses. Sans prétendre à l'exhaustivité, les politiques d'organisation menées dans les territoires, depuis maintenant plusieurs années, donnent lieu à un patchwork au sein duquel nous distinguons :

- Les parties prenantes (notamment les effecteurs de soins et de prestations médico-sociales) intégrant dans leurs missions usuelles et leurs pratiques une fonction de coordination à travers :
  - Les modes d'exercice coordonnés des professionnels de santé de ville, relatifs à la structuration des soins de premier recours
  - La coordination réalisée par les acteurs hospitaliers et la coopération inter-hospitalière
  - La coordination effectuée par les acteurs médico-sociaux
- Les outils et leviers réglementaires tels que :
  - Le développement des usages numériques
  - Les incitations financières et les mesures favorisant l'expérimentation et l'innovation

---

<sup>10</sup> Loi du 4 mars 2002 relative au droit des malades et à la qualité du système de santé

<sup>11</sup> Cf. bibliographie pour la référence du rapport

TABLEAU 6 : AUTRES SUPPORTS DEVELOPPES AUX COTES DES DISPOSITIFS DE COORDINATION AD HOC

*Non exhaustif – Ciblé au territoire francilien :*

Modes d'exercice coordonné des professionnels de santé de ville
<p><b>Définition :</b></p> <p>L'exercice coordonné est destiné, quelle que soit sa forme (lieu commun ou non), à organiser les soins de premier recours dans un territoire, permettant aux professionnels de santé de mieux structurer leurs relations et de mieux se coordonner, autour d'un projet de santé commun.</p> <p><b>Des modes d'exercice coordonné, comme :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Les ESP</b> (Loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016) – <i>Equipes de Soins Primaires</i></li> </ul> <p><u>Plusieurs modalités de regroupement possibles pour constituer une ESP :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>↳ <b>CDS</b> : Centre de santé</li> <li>↳ <b>MSP</b> : Maison de santé pluridisciplinaire</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Les CPTS</b> (Loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016) – <i>Communautés Professionnelles Territoriales de Santé</i></li> </ul> <p><u>Constituant une forme de coordination plus large que les ESP :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>↳ Peuvent regrouper plusieurs ESP, des professionnels de santé de ville, des établissements de santé, des acteurs de la prévention ou promotion de la santé ou encore des établissements et services médico-sociaux, sociaux...</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Les protocoles de coopération entre professionnels de santé</b></li> <li>↳ Permet la mise en place de délégations d'actes dérogatoires, entre des médecins et des professionnels paramédicaux.</li> <li>↳ <i>Exemple : Asalée</i> (2004) → protocole de coopération entre infirmiers et médecins généralistes, dans le cadre des maladies chroniques.</li> </ul>
Coordination territoriale réalisée par les établissements sanitaires ET Coopération inter-hospitalière
<p><b>Intégration d'une fonction de coordination dans les missions des établissements de santé, comme :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Les HAD</b> – <i>Hospitalisation à Domicile</i></li> <li>▪ <b>Les hôpitaux de proximité</b> (Décret du 12 mai 2021 relatif à la labellisation des hôpitaux de proximité)</li> <li>▪ <b>Les établissements de santé, via le portage d'équipes mobiles</b> (soins palliatifs, gériatrie, psychiatrie, précarité, etc.)</li> <li>▪ <b>Les CMP</b> – <i>Centres Médico-Psychologiques</i> : unités d'accueil et de coordination pour des soins psychiatriques en milieu ouvert (prévention, diagnostic, soins ambulatoires et interventions à domicile)</li> </ul> <p><b>Coopération inter-hospitalière, à travers notamment :</b></p> <p><b>Les GHT</b> (Loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016) – <i>Groupements Hospitaliers de Territoire</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>↳ Mode de coordination entre établissements de santé sur un territoire, autour d'un projet médical partagé. Permettant également la mutualisation de compétences et de certaines fonctions supports.</li> </ul>
Coordination territoriale réalisée par les acteurs médico-sociaux
<p><b>Intégration d'une fonction de coordination dans les missions d'acteurs médico-sociaux, comme :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Les SSIAD</b> (1981) – <i>Services de Soins Infirmiers à Domicile</i></li> <li>▪ <b>Les SAMSAH</b> (2005) – <i>Services d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés</i></li> <li>▪ <b>Les MDPH</b> (2005) – <i>Maisons Départementales pour les Personnes Handicapées</i></li> </ul>

## Le numérique pour appuyer la coordination entre acteurs

### **Le programme E-Parcours (action n°14 de la feuille de route nationale du numérique en santé – 2019)**

- ↳ Organise la mise à disposition d'un bouquet de services numériques de coordination en vue d'appuyer la transformation numérique et de favoriser les échanges d'informations et le décloisonnement des prises en charge entre les professionnels exerçant dans les secteurs sanitaire, médico-social et social
- ↳ Via le déploiement et l'usage de services socles tels que le dossier médical partagé (DMP), par exemple
- ↳ Propose également un volet de financement de projets organisationnels et numériques en appui à la coordination usuelle et complexe mise en œuvre par les nouvelles organisations territoriales type CPTS et DAC.
- ↳ Mise en place de **chefs de projet E-Parcours** dans les territoires pour accompagner ce déploiement

## Incitations financières au développement de l'exercice coordonné et à l'expérimentation de nouveaux modes d'organisation innovants

### **L'ACI – Accord Conventionnel Interprofessionnel**

- ↳ Rémunération collective en vue de favoriser la structuration des modes d'exercice coordonné par les professionnels de santé de ville.

### **L'Article 51 de la LFSS 2018 (Loi de Financement de la Sécurité Sociale)**

- ↳ Expérimentation, à l'initiative des professionnels, de modes de coopération et de financement innovants dérogeant à ceux prévus par la réglementation en vigueur et à certaines règles relatives à l'organisation des soins.
- ↳ Objectif : Définir un cadre permettant aux acteurs, regroupés en dynamiques territoriales, de proposer des modes de financement susceptibles d'améliorer et fluidifier les parcours à travers la mise en place d'organisations favorisant le maintien au domicile, la coordination des professionnels, etc.

Cette visualisation d'ensemble des supports existants nous permet de mieux appréhender l'écosystème dans lequel prennent place les dispositifs de coordination ad hoc qui nous intéressent plus spécifiquement. Ce qui frappe, en premier lieu, est la multiplicité des différents mécanismes mobilisés. Nous observons que chaque secteur, chaque pathologie ou problématique a fait l'objet de la création de structures ou programmes spécifiques, combinées à l'intégration de fonctions de coordination au sein des missions d'un certain nombre d'effecteurs de soins et de prestations (hôpitaux, services et établissements médico-sociaux, professionnels de santé de ville...), interrogeant la cohérence d'ensemble de ces politiques d'organisation. Pour une même thématique, plusieurs entités peuvent même coexister. L'exemple de la coordination gérontologique est assez illustratif. Des postes de coordonnateurs de proximité avaient déjà été envisagés dès 1981. Les réseaux gérontologiques naîtront dans les années 90, arriveront à leur tour les CLIC en 2000, puis se créeront les fonctions de gestionnaires de cas dans le cadre des MAIA, et enfin le dispositif PAERPA. Certes, chaque dispositif ou fonction apporte une nuance par rapport à la précédente, mais cela aboutit malgré tout à un empilement de dispositifs. Dans ce cadre, de nombreux rapports nationaux ont souligné cette abondante création. L'IGAS (2014, p. 15), évoquait un « pléthore de structures, de fonctions et de processus sans véritable liaison entre la prise en charge médico-sociale et la prise en charge clinique », faisant état de « structures dispersées » (Ibid., p. 22) et d'organisations qui « se sont multipliées au gré des plans de santé publique » (Ibid., p. 17). Cette foisonnante création trouve plusieurs origines. Elle peut être associée, d'une part, à une volonté de trouver des réponses de plus en plus fines et personnalisées aux besoins des patients. Mais, d'autre part, elle prend aussi racine dans la fragmentation même de l'administration des pouvoirs publics exposée en amont, où les cloisonnements entre l'Etat et l'Assurance Maladie, entre les administrations centrales de l'Etat et la

CNSA ou encore entre l'Etat et les collectivités territoriales persistent (IGAS, 2014, p. 24). Chacun de ces dispositifs est impulsé et piloté sous l'égide de différentes tutelles : l'Etat, via la Direction générale de l'offre de soins (DGOS), la Direction de la sécurité sociale (DSS), la Direction générale de la santé (DGS), ou encore la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) ; l'Assurance Maladie ; les Collectivités territoriales, etc. L'ARS est supposé, quant à elle, « coordonner ces coordonnateurs » (HCAAM, 2018, p. 72).

TABLEAU 7 : ILLUSTRATION DU CLOISONNEMENT DES POLITIQUES D'ORGANISATION TERRITORIALE : LE CAS DES DISPOSITIFS D'APPUI AUX PARCOURS DES PERSONNES AGEES

Dispositifs	Date création (Période : années 2010)	Pilotage national
Réseaux de santé	Années 90 : réseaux gérontologiques 2012 : évolution en réseaux plurithématiques	DGOS
CLIC	2000	Conseil départemental
MAIA	2009	CNSA
PAERPA	2013	DGOS et DSS

En partie liée à cette foisonnante création, le besoin de coordination subsiste et, pour y répondre, « on ne cesse d'ajouter des dispositifs pour relier les structures, les procédures, les financements et les acteurs. Une part de plus en plus importante de l'énergie collective est ainsi consacrée à franchir des obstacles institutionnels au détriment des actions elles-mêmes et au prix d'une usure grandissante des professionnels concernés » (Poutout, 2005, p. 38). Cela n'est pas sans faire référence au phénomène de « cercle vicieux néo-bureaucratique » mis en exergue précédemment, dans le cadre des politiques d'organisation menées par les pouvoirs publics. Le HCAAM, dans un rapport de 2018 relatif à sa contribution à l'élaboration de la stratégie de transformation du système de santé, recensait « 17 modes ou conditions d'exercices, dispositifs spécifiques de coordination et incitations financières à la coordination qui peuvent se déployer en même temps sur le même territoire » (HCAAM, 2018, p. 72), précisant que ce décompte n'était probablement pas exhaustif. Le HCAAM dressait un bilan sévère sur cette situation qui « produit dans la réalité quotidienne des professionnels et des usagers des effets désastreux. Ce maquis conduit, pour les professionnels, à un sentiment de concurrence généralisée entre les dispositifs, structures et programmes, doublé d'une confusion quant à leurs responsabilités propres. Il génère chez les usagers et les citoyens, un sentiment d'inégalité d'accès à ces services, mal connus et mal répartis sur le territoire. Cette situation génère une sous-utilisation de ces services » (Ibid.). Une tentative de rapprochement et de fusion de certains dispositifs avait été menée en 2012, à travers le regroupement des réseaux de santé monothématiques au sein de réseaux plurithématiques. En effet, la DGOS avaient alors recensé vingt types de réseaux thématiques différents, aboutissant à un paysage très éclaté et hétérogène de ces dispositifs. Il était alors devenu « difficile d'identifier des objectifs opérationnels communs à l'ensemble des réseaux de santé » fonctionnant « le plus souvent sans cahier des charges type, sans cadre préalable d'évaluation des résultats, avec des finalités diverses » et ne permettant « plus de définir objectivement leur rôle et leur positionnement dans l'offre de soins » (DGOS, 2012, p. 7). Néanmoins, dans le même temps, de nombreux autres dispositifs de coordination continueront à voir le jour, comme l'illustrent les tableaux présentés ci-dessus.

### Section 3 : L'efficacité de la politique publique de coordination en santé interrogée

Face à cette impression de dispersion et d'empilement, l'efficacité réelle des mesures et initiatives engagées donne matière à questionnement. Il apparaît bien souvent que ces dispositifs de coordination disposent de peu de moyens, au regard des besoins à couvrir. Ce sont le plus souvent de petites équipes avec des ressources matérielles et financières limitées. Néanmoins, la mobilisation cumulée des sommes dédiées à cette politique représente, au total, un engagement important de financements publics. Cela interroge la pertinence de la stratégie retenue, semblant privilégier un processus de création organisationnelle, plutôt que le renforcement et la consolidation des dispositifs déjà en place ; pour des résultats et une efficacité réelle mal connus de ces mécanismes, restant aujourd'hui encore peu évalués. S'ils le sont, c'est généralement de manière individuelle et non dans le cadre global de la « politique d'organisation » déployée au niveau local de l'action publique. Bloch et Hénaut (2014, p. 80) pointent aussi « des rapports qui ne vont pas assez loin et des évaluations insuffisantes » ou incomplètes. Les auteurs notent que ce constat tient également à des problématiques de temporalité différente entre le calendrier politique et le temps nécessaire requis pour l'évaluation, aboutissant à des évaluations partielles ou inabouties : « les bilans de réformes ou de plans sont souvent réalisés deux ou trois ans après leur mise en place, ce qui est insuffisant pour beaucoup d'actions complexes comme la mise en place de dispositifs de coordination. Souvent, on renseigne les indicateurs de moyens (comme le nombre de structures créées, le nombre de personnes accueillies) mais très rarement les indicateurs d'impact. Il y a ainsi peu d'apprentissage possible [...] » (Ibid., p. 84). Aux côtés du défaut d'évaluations et/ou de leur manque de consistance, d'autres freins sont identifiés. « Quand bien même le diagnostic réalisé et les pistes d'actions sont pertinents, [...], on observe souvent un décalage entre ce qui est prescrit par les pouvoirs publics, et ce qui est effectivement mis en place. Plusieurs freins d'ordre institutionnel expliquent ce phénomène : le manque de moyens engagés, le manque d'opérationnalité de certains textes, les phénomènes de dépendance au sentier, les cloisonnements administratifs et le manque de cohérence entre les différents plans d'action publique » (Ibid., p. 85) donnant lieu à des mesures et propositions « parfois contradictoires ou impossibles à mettre en œuvre simultanément » (Ibid., p. 88), ou encore la résistance des acteurs au changement. La segmentation de l'administration s'avère particulièrement mise en cause. Dans son avis du 18 juin 2013, la Conférence nationale de santé écrit : « Il est même possible de considérer que c'est la désorganisation de l'échelon national et "ses fractures institutionnelles" qui empêchent aujourd'hui le bon avancement de l'organisation et de la coordination régionales » (Ibid., p. 87).

Bien que le législateur ait tenté de clarifier et préciser les rôles et missions de ces dispositifs de coordination, ils semblent, malgré tout, faire l'objet d'une politique organisationnelle confuse, caractérisée tout à la fois : par le développement continu d'une profusion d'entités de coordination ; et, dans le même temps, par des réformes favorisant leur convergence, voire leur fusion, afin de renforcer leur lisibilité et efficacité. Nous avons assisté, au cours du temps, à des périodes de rapprochements partiels ne concernant qu'une partie de ces dispositifs, visant leur ouverture polythématique afin de pallier leur spécialisation trop importante et les zones de redondance pouvant s'avérer contre-productives, tout en poursuivant la mise en place de nouveaux dispositifs le plus souvent spécialisés. Ces derniers semblent également tiraillés entre deux conceptions : d'une part, celle des partisans d'une consolidation pérenne de ces dispositifs, prônant leur reconnaissance et leur institutionnalisation comme une catégorie d'acteurs à part entière, aux côtés des établissements sanitaires et médico-sociaux ; et, d'autre part, les tenants d'une fonction temporaire et transitoire de

ces dispositifs amenés à disparaître lorsque l’appropriation de l’approche parcours sera réalisée au sein des cultures professionnelles des acteurs, qui intégreront dès lors la coordination et la collaboration interdisciplinaire dans leurs routines et modes de fonctionnement quotidien courants. Ils ont aussi, tout au long de leur histoire, étaient régulièrement mis en balance entre deux perceptions : tantôt porteurs de valeurs et d’attentes fortes sur leur capacité à faciliter la transformation du système de santé, tantôt décrié remettant en cause leur efficacité et leur reprochant leur effet « millefeuilles ». Les dispositifs de coordination semblent être aux prises avec une stratégie, sinon contradictoire, du moins ambivalente de la part des pouvoirs publics.

#### Section 4 : Vers une tentative d’optimisation et de clarification

Cela traduit, selon nous, une forme de dérive organisationnelle à laquelle la loi Ma santé 2022 du 24 Juillet 2019 tente de répondre, à travers le regroupement de plusieurs de ces dispositifs : les réseaux de santé, les MAIA, les PAERPA, les PTA et enfin, à caractère optionnel, les CLIC (sous réserve de l’accord local de chaque Conseil Départemental qui en assure la tutelle). Dans ce cadre, dès 2018, les ARS se sont vues confier par la Direction Générale de l’Offre de Soins (DGOS), la mission « d’organiser le rapprochement entre ces entités, sous l’intitulé « Convergence des Dispositifs d’Appui à la Coordination » (DAC), au sein d’une structure et équipe uniques. Le but est de développer un dispositif agile, polyvalent et expert des parcours complexes destiné à apporter un soutien aux professionnels de santé dans la prise en charge de leurs patients. La constitution d’un DAC par territoire, regroupant les expertises des dispositifs existants, doit permettre de :

- Fluidifier les parcours de santé complexes et organiser les prises en charge,
- Apporter des réponses concrètes aux professionnels, comme aux patients, qui soient davantage coordonnées, et ce, quels que soient la pathologie du patient, son âge et la complexité de sa situation.

Les pouvoirs publics entendent ériger le DAC en véritable coordinateur de territoire afin de pallier la redondance des dispositifs existants et constituer un même et unique interlocuteur » (Borel et Cenard, 2022). « Une réforme initiée en 2012 avait déjà entrepris de regrouper les Réseaux monothématiques au sein d’organisations plus importantes polythématiques. D’autre part, les Plateformes Territoriales d’Appui (PTA), enclenchées en 2016, étaient annonciatrices de cette évolution puisqu’elles avaient permis de réfléchir au rapprochement des structures de coordination d’un territoire. » (Ibid.). En Ile-de-France, ce regroupement concerne principalement les Réseaux de santé et les MAIA, à partir de l’élaboration d’un projet co-construit entre les acteurs de terrain. « L’initiative est laissée aux professionnels des Réseaux et MAIA pour s’organiser sur chaque territoire, à partir d’un socle commun d’organisation et de missions défini au sein d’un référentiel régional publié par l’ARS Ile-de-France ; cette dernière se positionnant dans un rôle d’appui » (Ibid.).

Confrontés au regroupement de plusieurs dispositifs, les acteurs des DAC sont donc pleinement touchés par les mutations en cours, engendrées par les réformes en faveur de la transformation du système de santé. La réussite de ce changement « est conditionnée par l’aptitude de ces acteurs à collaborer ensemble et à mutualiser leurs compétences respectives » (Ibid.). Or, il apparaît que la politique menée jusque-là a abouti à la formation d’entités de coordination de nature très hétérogènes, relevant d’histoires et de fondements culturels souvent différents, et parfois même concurrentiels. Cela pose, dès lors, la question de l’accompagnement au changement des DAC conduit

par les autorités sanitaires de tutelle. Cela nous apparaît d'autant plus crucial qu'ils sont soumis, à travers le déploiement de la logique parcours, à la fois à un changement interne mais aussi externe qui interroge, de manière plus systémique, leur positionnement dans l'écosystème de la santé, de par leur vocation transversale. En effet, le DAC assure également une mission d'animation territoriale de proximité et d'observatoire des ruptures de parcours ; ce dernier constituant potentiellement un outil mobilisable par les ARS pour appuyer et contribuer au déploiement de la logique parcours auprès des acteurs des territoires locaux. Il constitue, à ce titre, à la fois une des parties prenantes de la nouvelle organisation territoriale de santé que les pouvoirs publics entendent déployer et qu'il s'agit d'appuyer mais aussi, en tant qu'outil des politiques d'organisation, un vecteur de la diffusion et de l'appropriation de la logique parcours dans les territoires.

Paradoxalement à cette volonté d'optimisation et d'unification de ces dispositifs, les pouvoirs publics continuent à créer de nouveaux dispositifs spécialisés. Nous dénombrons dans le tableau 5 ci-dessus pas moins de cinq entités actives actuellement en Ile-de-France sur le sujet du handicap, dont les communautés 360 depuis 2020. En 2021, l'ARS Ile-de-France développe encore un autre dispositif : les CARSIC pour répondre aux problématiques de parcours bloqués (patients hospitalisés de longue durée et médicalement sortants) dans les établissements de santé, privés et publics. En 2022, des centres territoriaux de ressources en gérontologie voient le jour. Ces créations récentes interpellent, notamment au niveau de leur articulation avec les DAC (déployés dès 2019) qui devaient représenter un guichet unique pour tout professionnel de santé confronté à une situation complexe, nécessitant un appui à la coordination ; tout en étant doté d'une mission d'animation territoriale. Mais au-delà de ces controverses et contradictions mises en lumière, l'évolution des politiques d'organisation locales depuis les années 80 avec les premiers réseaux jusqu'à ce jour avec les DAC nous montre aussi « que la nécessité de relier « des gens de disciplines diverses » a des difficultés à s'imposer dans un système de représentations qu'ont les acteurs de la maladie, de l'individu souffrant, de leur discipline, des autres disciplines, du système de santé et des interactions en son sein » (Barré et al., 2005, p. 49).

## Chapitre IV : Territoire et gouvernance des politiques publiques de santé : une approche renouvelée à l'aune du paradigme du parcours

### Section 1 : Territoire et parcours de santé

#### A. Le territoire dans les politiques de santé : un concept évolutif et un caractère multifacette

Le recours au concept de territoire au sein des politiques publiques de santé n'est pas un phénomène nouveau. Néanmoins, il a été amené à subir, avec le temps, certaines évolutions. D'un outil de planification verticale et d'administration purement sanitaire au départ, pour s'élargir ensuite aux activités sociales et médico-sociales, il se voit maintenant positionner comme l'un des piliers de la nouvelle organisation de santé, dans le cadre d'une démarche qui se veut plus horizontale. Il occupe une place centrale, comme en témoigne la fréquence de son emploi, au sein des textes législatifs ainsi que dans les programmes nationaux et régionaux récents. Une analyse sémantique de ces documents est, en ce sens, assez révélatrice et laisse apparaître ce que le territoire tend à recouvrir aujourd'hui.

TABLEAU 8 : USAGE DE LA NOTION DE TERRITOIRE DANS LES TEXTES OFFICIELS DE POLITIQUES DE SANTE

Éléments sous-jacents au « territoire »	Extraits de textes et programmes nationaux et régionaux	Sources
<b>Pilotage</b>	<b>Création des ARS</b> : Choix de l'échelon régional pour piloter la mise en œuvre des politiques de santé	Loi HPST du 21 juillet 2009
	↳ « Faire le choix de l'action territoriale avec les agences régionales de santé »	Stratégie Nationale de Santé (SNS) 2013
<b>Organisation</b>	« <b>Rénover</b> l'approche territoriale de la santé »	Projet Régional de Santé (PRS) 2013-2017 - ARS Ile-de-France
	« <b>Co-construire un projet d'animation et d'aménagement du territoire</b> par les professionnels de santé, les usagers, les institutions et les élus des territoires »	Plan pour l'égal accès aux soins dans les territoires – Octobre 2017
	Construire des « <b>parcours de santé territorialisés</b> »	PRS 2018-2022 – ARS Ile-de-France
	« Parmi les chantiers prioritaires : <b>L'organisation territoriale</b> »	Ma Santé 2022
<b>Cadre territorial</b>	Le Projet Régional de santé (PRS) de l'ARS Ile-de-France identifie plusieurs niveaux de territoire : - Régional - Départemental - Infra-départemental : dénommé le territoire de coordination	PRS 2018-2022 - ARS Ile-de-France
<b>Spécificités et Différentiation</b>	« Conduire une politique de santé partagée avec tous les acteurs <b>au plus près de la réalité des territoires</b> »	PRS 2013-2017 – ARS Ile-de-France
	« Projets de santé <b>adaptés aux spécificités</b> de chaque territoire »	SNS 2018-2022
	« <b>Approche différenciée</b> en fonction des territoires »	PRS 2018-2022 – ARS Ile-de-France
<b>Le territoire comme lieu d'action</b>	« en privilégiant une logique territoriale »	SNS 2013
	« <b>La territorialisation de l'action</b> »	PRS 2013-2017 – ARS Ile-de-France
	« L'approche territoriale constitue <b>le niveau et le levier principal d'actions</b> »	PRS 2018-2022 – ARS Ile-de-France
	« La réussite de Ma santé 2022 se jouera sur les territoires »	Ma santé 2022
<b>Dynamiques professionnelles et intégration</b>	« <b>Faire confiance aux acteurs des territoires</b> pour construire des projets et innover »	Plan pour l'égal accès aux soins dans les territoires – Octobre 2017
	« Accompagner les <b>dynamiques issues des territoires</b> »	SNS 2018-2022
	« <b>Dynamique territorialisée</b> »	
	« Fonctionnement en <b>équipes territoriales</b> » « <b>Coalitions territoriales</b> multi-acteurs »	PRS 2018-2022 – ARS Ile-de-France

	« Constituer un <b>réseau territorial</b> de proximité fortement <b>intégré</b> »	Contribution du HCAAM à la stratégie de transformation de notre système de santé - Avis et Rapport 2018
	« <b>Fédérer les acteurs</b> de la santé dans les territoires au service des usagers »	Séjour de la santé 2020
	« <b>Rassembler la ville et l'hôpital</b> autour d'un <b>projet de santé de territoire</b> »	Ma santé 2022
<b>Dispositifs territoriaux</b>	Plateformes territoriales d'appui – PTA Groupements hospitaliers de territoires – GHT Communautés professionnelles territoriales de santé – CPTS Conseils territoriaux de santé – CTS Projets territoriaux de santé mentale – PTSM	Loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016

Au regard de ces éléments, le territoire apparaît multi-facette, tout à la fois :

- **Stratégique**, symbolisant un choix d'administration de la politique publique de santé. A travers la création des ARS en 2009, la région est consacrée comme le cadre territorial retenu pour unifier le pilotage et le déploiement opérationnel des orientations nationales de santé ; traduisant également la réaffirmation de la place de l'Etat central à l'échelle des territoires.
- **Polysémique**, avec un découpage territorial en plusieurs niveaux lui attribuant des fonctions différentes :
  - La région place le territoire comme le lieu institutionnel de planification et de régulation de l'offre de santé.
  - Le département fait du territoire l'espace de la démocratie sanitaire, symbolisé par les Conseils Territoriaux de Santé, composé de représentants des différentes catégories d'acteurs du système de santé, dont les usagers.
  - La maille de proximité infradépartementale, qualifiée par l'ARS Ile-de-France de « territoire de coordination », doit permettre le développement d'une « responsabilité populationnelle » partagée entre l'ensemble des acteurs de santé.
- **Singulier**, pour une prise en compte des spécificités et problématiques locales en vue d'adapter la déclinaison des politiques nationales aux besoins ; interrogeant de fait l'équilibre entre différenciation et intégration.
- **Opérationnel**, appréhendé comme le « lieu de l'action » et d'impulsion des « dynamiques » professionnelles.
- **Réticulaire**, positionnant le territoire local comme l'espace favorable au décloisonnement entre les acteurs de santé, à travers la formation de « coalitions », « d'équipes », d'un « réseau » fortement « intégré » autour de « projets de santé de territoire ». Pour ce faire, de nombreux dispositifs ayant pour fondement la logique territoriale, voient le jour comme les CPTS, les PTA (et maintenant les DAC), les PTSM, les GHT, etc. représentant autant de mesures incitatives et/ou coercitives en faveur du développement de la coordination et coopération entre acteurs.

## B. L'organisation territoriale : un support pour la matérialisation du paradigme du parcours santé

L'organisation territoriale devient, dans cette perspective, un enjeu majeur de la transformation du système de santé. Les pouvoirs publics affichent un mode de gouvernement s'appuyant sur la co-construction – « Co-construire un projet d'animation et d'aménagement du territoire par les professionnels de santé, les usagers, les institutions et les élus des territoires » (Plan pour l'égal accès aux soins, 2017) – et sur la capacité des acteurs de terrain à s'organiser – « Faire confiance aux acteurs des territoires pour construire des projets et innover » (Ibid.). Dans ce cadre, la stratégie nationale de transformation « Ma santé 2022 » précise qu'il revient « aux agences régionales de santé, en lien avec l'assurance maladie, et avec l'ensemble des acteurs publics, d'accompagner les professionnels et les établissements dans cette nouvelle dynamique territoriale et de mettre en place les espaces nécessaires avec les partenaires en région pour suivre et soutenir les différentes démarches qui seront initiées, en s'appuyant également sur la démocratie sanitaire ». Les ARS auront, notamment, pour rôle d'appuyer les initiatives territoriales portées par les acteurs de santé, de faciliter leur émergence et de favoriser leur mise en lien. Dans cette optique, « l'horizontal tend progressivement à s'imposer au vertical » (Jeannin, in Rieutord et al., 2020, p. 135), l'ARS devenant, en quelque sorte, « manager-acteur d'un système territorial, mettant en oeuvre des compétences de facilitateur et de médiateur » (Ibid.).

Le « territoire » est naturellement étroitement imbriqué au « parcours », les textes officiels évoquant l'élaboration de « parcours de santé territorialisés ». Le parcours représente le support d'une nouvelle vision de l'organisation de santé et « constitue avant tout un changement de paradigme, dans la mesure où il vient réinterroger les pratiques et les postures professionnelles, les modes de raisonnement et le comportement des acteurs, et plus particulièrement le système relationnel qui s'y rattache » (Borel, in Courie-Lemur (dir.), 2023) Il représente un cap, une certaine conception du système de santé, revêtant un caractère essentiellement abstrait. Le territoire lui offre un support pour sa matérialisation. En effet, « pour devenir opérationnel, il devra prendre corps dans un territoire, c'est-à-dire dans un espace où les professionnels de santé pourront se retrouver pour tisser des liens et faire équipe pour travailler collectivement autour du patient et de projets communs (Desaulle, in Féry-Lemonnier et al. (dir.), 2014). » (Ibid.) ; faisant par extension du territoire le lieu d'un apprentissage collectif entre les parties prenantes de cet écosystème. « Cette convergence entre parcours et territoire s'exprime de manière explicite avec la loi Santé de 2019 qui a pour ambition de créer des « collectifs de soins » dans les territoires, associant les mondes sanitaire, social et médico-social. Le changement qui s'initie doit permettre la mise en place d'une nouvelle organisation humaine, dont la réussite est conditionnée par l'aptitude de ces acteurs à coopérer ensemble et à combiner leurs compétences respectives, dans des espaces territoriaux définis par les ARS » (Ibid.). Le territoire glisse désormais « de la fonction de zone d'organisation des opérateurs en santé à celle beaucoup plus stratégique, de « territoire de parcours en santé » » (Marin, in Rieutort et al., 2020, p. 55).

FIGURE 5 : LE PARCOURS : DU PARADIGME A SON OPERATIONNALISATION DANS LES TERRITOIRES



Le paradigme du parcours et sa matérialisation au sein des territoires impliquent un changement culturel tant chez les opérateurs de santé que les tutelles sanitaires en charge de piloter le déploiement d'une nouvelle organisation territoriale, orienté autour d'un enjeu central : celui de la coordination de l'action collective. Les acteurs de terrain sont impactés par ce changement qui devra prendre corps à travers l'élaboration de nouvelles pratiques professionnelles et de modes de fonctionnement collectifs. Mais il en va de même des tutelles, notamment régionales, qui doivent accompagner cette transformation et créer les conditions propices au décloisonnement et à la coopération. Ce qui implique une évolution de leur positionnement. De plus, l'enjeu culturel apparaît majeur, dans un contexte territorial où de multiples cultures se côtoient, voire se confrontent, laissant apparaître autant de manières de voir et penser le système de santé. Il s'agit, dès lors, pour les ARS de soutenir le développement d'une culture commune, axée sur la coopération autour des parcours de patient et le partage de valeurs communes, au sein des territoires, tout en faisant évoluer ses propres schémas de références.

## Section 2 : Gouvernance et parcours de santé

### A. Vers une nouvelle forme de « gouvernamentalité » de l'action publique en santé

Dans ce cadre, le paradigme du parcours de santé semble s'accompagner d'une volonté de changement dans la manière de penser l'action publique. Le recours combiné aux notions de « gouvernamentalité » et de « gouvernance » nous fournit un support d'analyse d'un mouvement qui semble lentement s'opérer. L'usage de la « gouvernance » nous permettra d'adopter un regard macroscopique, en resituant ce processus de mutation dans un contexte plus global. De son côté, la mobilisation de la « gouvernamentalité sanitaire », via les travaux d'Aubert et al. (2020, 2021), nous apporte, dans un premier temps, un éclairage plus spécifique sur les caractéristiques de la nouvelle forme de gouvernement des politiques publiques de santé qui semble sous-tendre l'approche « parcours ». Cette dernière repose sur la volonté affichée d'une évolution de la posture de l'Etat, de

son rôle et de ses relations avec les autres parties prenantes ainsi sur que la mobilisation de nouveaux instruments de régulation. Pour analyser ce phénomène, Aubert et al. recourent à la « gouvernamentalité », néologisme employé pour la première fois par Foucault en 1978 et qui occupera une place majeure dans la suite de son oeuvre (Aggeri, in Gilbert et al., 2021, p. 71). Dans une approche générale, la gouvernamentalité constitue « un cadre d'analyse des pratiques de gouvernement » (Aubert et al., 2021, p. 5) et de l'évolution des modes d'action publique. Celui-ci peut être mobilisé comme grille d'analyse d'une politique publique et de ses mécanismes en vue de sa caractérisation mais aussi être appréhendé comme une « une forme d'action de l'Etat » (Ibid.), où « il s'agit moins de contraindre ou de punir que d'inciter, de guider et d'orienter la conduite des autres et de soi-même. Foucault résume cette nouvelle rationalité du pouvoir comme la « conduite des conduites ». La gouvernamentalité libérale et néolibérale qu'il analyse est une réflexion critique sur le gouvernement : il s'agit de ne point trop gouverner et de respecter la liberté d'entreprendre des individus » (Aggeri, in Gilbert et al., 2021, p. 71) en cherchant davantage à guider « les comportements plutôt qu'à les conformer » (Aubert et al., 2021, p. 5). A partir de cette grille de lecture, Aubert et al. (2021) ont analysé l'action publique de santé dans une perspective historique en vue de déterminer les différents régimes de gouvernamentalité qui se sont succédé, voire enchevêtrés, depuis la fin du XVIII<sup>ème</sup> siècle jusqu'à nos jours. Ils en ont identifié quatre, dont « le régime du décloisonnement » (Ibid., p. 22) qui émerge progressivement à partir des années 2000. Ce dernier est corrélé à l'introduction puis à la généralisation du paradigme du parcours au sein des réformes du système de santé. D'abord circonscrit à une vision soignante, le parcours est alors mobilisé dans une logique de rationalisation des soins avec pour objectif une efficacité accrue. Il s'ouvre ensuite sur une conception globale de la santé intégrant les secteurs sanitaire, médico-social et social, s'appuyant sur des techniques de gouvernement visant à favoriser la coopération et la coordination entre les acteurs.

Selon Aubert et al. (2020), l'émergence de cette forme de gouvernamentalité sanitaire introduite par les pouvoirs publics « se base sur un principe de co-construction de l'action publique, concernant les sujets liés aux parcours de santé, où l'initiative est laissée aux acteurs pour s'organiser dans les territoires. L'Etat s'appuie sur plusieurs piliers pour asseoir ce modèle d'auto-organisation territoriale : la gouvernance et la responsabilité populationnelle partagées, l'animation territoriale, le recours aux outils numériques pour favoriser les échanges d'information, des modes de financement expérimentaux [...], etc. Le rôle de l'Etat est alors de fixer le cap général, c'est-à-dire les grandes orientations, et de mettre en place les conditions et outils (mesures incitatives et/ou coercitives) nécessaires pour favoriser la collaboration entre l'ensemble des parties prenantes ; l'opérationnalisation étant ensuite à la main des acteurs de terrain » (Borel, in Courie-Lemur (dir.), 2023). En 2016, la loi de modernisation de notre système de santé est assez significative de ce mouvement, à travers la création de dispositifs visant la formalisation de l'action collective dans les territoires et faisant écho à la fonction réticulaire de ce dernier mis en évidence précédemment : comme les CPTS (mode d'exercice coordonné des professionnels de santé de ville), les GHT (portant sur la collaboration entre établissements de santé), ou encore les PTA (qui deviendront ensuite des DAC) marquant une étape intermédiaire dans la convergence des dispositifs d'appui à la coordination, etc. De son côté, l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale de 2018 offre la possibilité d'expérimenter, à l'initiative des professionnels, des modes de coopération et de financement innovants dérogeant à ceux prévus par la réglementation en vigueur et à certaines règles relatives à l'organisation des soins. « Les modalités de l'intégration retenues par les pouvoirs publics témoignent d'une vision moins descendante de la relation avec les acteurs de terrain, désormais orientée par un principe de délégation (Cazin, 2017). Le cadrage réglementaire reste en effet assez souple, et l'outillage

déployé à l'appui de l'intégration propose une panoplie d'instruments juridiques et financiers variés, à la disposition des acteurs pour asseoir leur stratégie locale » (Aubert et al., 2021, p. 22). Le plan national pour l'égal accès aux soins (octobre 2017) formule d'ailleurs son axe 4 : « Une nouvelle méthode : faire confiance aux acteurs des territoires pour construire des projets et innover dans le cadre d'une responsabilité territoriale ». L'analyse sémantique des textes et discours officiels de ces dernières années illustrent cette tendance, à travers la mise en exergue de mots et expressions récurrents traduisant la méthode managériale sur laquelle les autorités sanitaires semblent vouloir s'appuyer pour déployer l'approche parcours au sein des territoires :

TABLEAU 9 : IDENTIFICATION DES ELEMENTS RELATIFS AUX MODALITES ORGANISATIONNELLES DEFINIES PAR LES AUTORITES SANITAIRES, DANS LE CADRE LA MISE EN OEUVRE DE L'APPROCHE "PARCOURS"

Fondements	Extraits de verbatims	Source
Confiance	« <b>Faire confiance aux acteurs des territoires</b> »	- Plan pour l'égal accès aux soins dans les territoires - Octobre 2017 - SNS 2018-2022 - Ma Santé 2022
	« <b>Travailler ensemble et en confiance</b> » au sein des territoires de coordination « Une nouvelle méthode : <b>faire confiance aux acteurs</b> des territoires pour construire des projets et innover <b>dans le cadre d'une responsabilité territoriale</b> »	PRS 2018-2022 – ARS Ile-de-France
Souplesse	« <b>Laisser aux équipes la plus grande souplesse d'organisation</b> pour mieux s'adapter aux réalités populationnelles et territoriales »	SNS 2013
	« <b>Donner davantage de souplesse aux acteurs de terrain</b> »	SNS 2018-2022
Autonomie	« <b>Donner aux acteurs plus d'autonomie</b> en vue de mieux coordonner les parcours »	PRS 2018-2022 – ARS Ile-de-France
	« <b>Redonner de l'autonomie aux acteurs</b> dans un cadre de responsabilité clair »	Contribution du HCAAM à la stratégie de transformation de notre système de santé - Avis et Rapport 2018
Participation	« Adopter de nouvelles méthodes d'action privilégiant simplicité et rapidité ; <b>participation et autonomie des acteurs</b> »	Contribution du HCAAM à la stratégie de transformation de notre système de santé - Avis et Rapport 2018
<i>En s'appuyant sur :</i>		
Les dynamiques issues des territoires	« Créer des <b>dynamiques locales</b> »	Plan pour l'égal accès aux soins dans les territoires – 10/2017
	« <b>Dynamiques issues des territoires</b> »	SNS 2018-2022
	« Une <b>dynamique territorialisée</b> , portée en premier lieu par les professionnels et acteurs de santé » « Des dynamiques locales fortes, préfigurant un fonctionnement en « <b>équipes territoriales</b> », doivent apparaître et être soutenues. »	PRS 2018-2022 – ARS Ile-de-France

	« Mobiliser les professionnels dans des dynamiques positives et partagées plutôt que par des outils de régulation. »	
	« Dynamiques de coopération »	Ma Santé 2022
Les initiatives des professionnels	« Faire émerger et accompagner des initiatives territoriales innovantes de prises en charge intégrées »	PRS 2013-2017 – ARS Ile-de-France
	« S'appuyer sur les initiatives des professionnels de santé » « Encourager les initiatives locales »	SNS 2018-2022
	« Initiatives portées par les acteurs de terrain » « Accompagnement des initiatives à fort potentiel portées par les acteurs de terrain »	PRS 2018-2022 – ARS Ile-de-France

En vue de compléter ces éléments, il semble intéressant de relever également les verbatims auxquels ont recours les pouvoirs publics pour caractériser, en miroir, le rôle et la posture qu'ils entendent endosser pour accompagner les acteurs de terrain et faciliter l'appropriation de telles modalités organisationnelles et managériales, induisant également un changement dans la relation entre tutelles et opérateurs de santé. Ces derniers sont encouragés à s'auto-organiser dans les territoires, faire preuve d'une posture entrepreneuriale ; les tutelles se positionnant dans un rôle d'appui et de facilitation.

TABLEAU 10 : IDENTIFICATION DES ELEMENTS DE LANGAGE RELATIFS A LA POSTURE ET AUX ROLES AFFICHES DES AUTORITES SANITAIRES, DANS LE CADRE DE LA MISE EN OEUVRE DE L'APPROCHE "PARCOURS"

Positionnement des tutelles	Extraits de verbatims	Source
Accompagner Soutenir Appuyer Encourager Faciliter	« Accompagner la création d'organisations innovantes » « Accompagnement des dynamiques issues des territoires »	SNS 2018-2022
	« Soutenir les évolutions organisationnelles des professionnels » « Encourager les initiatives locales »	
	« Faciliter l'action coordonnée des professionnels » « Faciliter le décroisement et les liens entre les acteurs » « Faciliter les expérimentations par les acteurs de terrain »	
	« Accompagner la mise en place de coalition d'acteurs au sein des dynamiques territoriales, à l'échelle des territoires » « L'Agence est déterminée à se positionner en appui de ces initiatives, d'abord pour formaliser un cadre leur permettant d'émerger, ensuite en leur fournissant un appui, un accompagnement via une « offre de services », paramétrable mais homogène »	PRS 2018-2022 – ARS Ile-de-France
	« Faire évoluer l'action des ARS vers l'accompagnement des projets plutôt que leur contrôle »	Rapport Notat : Recommandations du Ségur – Juillet 2020
	« Accompagner les professionnels et les établissements dans cette nouvelle dynamique territoriale et mettre en place les espaces nécessaires avec les partenaires en région pour suivre et soutenir les différentes démarches qui seront initiées »	Ma Santé 2022

<b>Détecter</b> <b>Faire émerger</b> <b>Susciter</b>	« Les délégations départementales <b>suscitent et accompagnent</b> les initiatives locales »	PRS 2013-2017 – ARS Ile-de-France
	« <b>Détecter et accompagner</b> les initiatives portées par les acteurs de terrain » « <b>Faire émerger et soutenir</b> des territoires de coordination à l’initiative des acteurs »	PRS 2018-2022 – ARS Ile-de-France
<b>Orchestrer</b> <b>Coordonner</b> <b>Assembler</b> <b>Animer</b>	« La loi HPST a doté les ARS d’une <b>mission de coordination</b> des politiques publiques ayant un lien avec la santé en région. » « L’objectif pour l’ARS est <b>d’orchestrer la complémentarité des actions</b> »	PRS 2013-2017 – ARS Ile-de-France
	L’ARS : " <b>Un assembleur</b> " pour permettre aux acteurs de travailler ensemble et " <b>un stimulateur</b> "	Discours introductif du DGA ARS IdF - Journée francilienne de la recherche-innovation : Innover en santé 26/06/19 - ARS IdF
	« Développement du <b>rôle d’animateur-facilitateur des ARS</b> »	Rapport Notat : Recommandations du Ségur – 07/ 2020
<b>Dialoguer</b> <b>Concerter</b> <b>Collaborer</b> <b>Construire avec</b>	« Assurer avec les collectivités territoriales une <b>collaboration</b> de qualité » « <b>Construire la politique régionale de santé avec l’ensemble des partenaires</b> » « Les délégations territoriales seront les animateurs indispensables pour assurer <b>la concertation</b> entre les acteurs et partenaires, et créer l’articulation opérationnelle des dispositifs »	PRS 2013-2017 – ARS Ile-de-France
	« Renforcer le <b>dialogue territorial</b> avec les élus »	Séгур de la santé 2020
	« <b>Dialoguer en permanence</b> avec les professionnels de santé libéraux et les acteurs publics de la santé »	Rapport Notat : Recommandations du Ségur – Juillet 2020
<b>Favoriser l’apprentissage et le développement de capacités</b>	« Favoriser la transversalité et le <b>développement des capacités organisationnelles</b> autour de projets de santé non exhaustifs mais qui seront le support de <b>l’apprentissage d’un fonctionnement collectif</b> » « <b>Renforcer les capacités à la conduite du changement</b> »	PRS 2018-2022 – ARS Ile-de-France
A l’appui de :		
<b>La territorialisation et l’animation territoriale</b> ↓ <b>ARS</b>	« Les <b>ARS</b> doivent, par ailleurs, pleinement <b>prendre leur place sur leurs territoires</b> »	SNS 2013
	« <b>Les délégations territoriales</b> s’inscrivent dans la stratégie régionale et sont <b>garantes de la territorialisation des politiques et des projets de santé</b> »	PRS 2013-2017 – ARS Ile-de-France
	« La qualité de <b>l’animation territoriale</b> sera une condition essentielle de la réussite au plan local des politiques publiques conçues par l’ARS »	

	« <b>Renforcer l'animation territoriale</b> conduite par les agences régionales de santé »	LMSS 2016
	« <b>L'adaptation de l'animation territoriale</b> aux conditions locales est une nécessité pour répondre aux enjeux de santé publique et pour favoriser la structuration des parcours de santé »  « <b>Une animation territoriale portée par les délégations départementales</b> de l'Agence »	PRS 2018-2022 – ARS Ile-de-France
	« Renforcer le niveau départemental des ARS » : « <b>mise en place d'animateurs facilitateurs</b> de projets auprès des professionnels »	Recommandations du Ségur de la Santé : Rapport Notat – Juillet 2020

Ce renouvellement de positionnement semble être plus particulièrement attribué aux autorités sanitaires régionales, à savoir les ARS, avec un coup de projecteur sur la fonction d'« animateur-facilitateur » des délégations départementales représentant l'échelon local de proximité. La place occupée par les tutelles régionales de santé s'avère donc un point d'analyse important dans la déclinaison de cette nouvelle forme de gouvernementalité, prenant corps à travers la figure institutionnelle des ARS. Situées à l'interface des politiques nationales et du terrain, elles occupent une position charnière. Créées en 2009 et « intrinsèquement liées à l'essor du parcours et à l'évolution de la représentation des territoires, elles doivent incarner en quelque sorte ce nouveau paradigme qui prend place progressivement. La mise en place des ARS est justifiée par la nécessité de décroiser, d'unifier et d'apporter de la transversalité entre les secteurs hospitalier, médico-social, de la prévention et de la médecine de ville afin de casser l'organisation « en tuyau d'orgue » (Evin, 2019) et améliorer la fluidité des parcours des patients » (Borel, in Courie-Lemeur, 2023). Les ARS se voient charger « de territorialiser les politiques nationales » (Epstein, 2015, p. 464), sous l'égide d'une institution unique (pour rappel, les ARS sont issues de la fusion de 7 entités), témoignant également de la volonté de l'Etat central de se positionner comme l'acteur majeur de la régulation territoriale de la santé, dotant comme nous l'avons vu le territoire d'une fonction stratégique, voire politique, forte.

« Pour appuyer ces transformations, le renforcement de l'animation territoriale par les ARS semble apparaître comme un levier pour le législateur. Le Ségur de la Santé, en 2020, consacre un volet à l'évolution des ARS en indiquant la nécessité d'une accentuation de l'échelon départemental et de leur capacité d'accompagnement des projets. Dans cette optique, les ARS doivent à la fois soutenir les transformations en cours dans les territoires, appuyer les acteurs de santé dans leurs projets et favoriser les articulations entre ces derniers. L'ARS se voit positionner dans un nouveau rôle de facilitateur et de tisseur de liens, tout en exerçant sa fonction d'autorité d'Etat (ARS Pays de la Loire, [www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr](http://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr), consulté le 5 février 2022), pleinement ancré en proximité. La fonction des délégations départementales apparaît comme un enjeu fort de la stratégie des ARS ; le Ségur de la Santé préconisant une consolidation et reconnaissance de leur rôle. D'une posture de régulateur, l'ARS doit aujourd'hui devenir une tutelle-partenaire des acteurs de santé, dont les délégations départementales semblent constituer l'un des leviers » (Borel, in Courie-Lemeur, 2023).

Aubert et al. (2020, pp. 3-4) précisent que cette nouvelle forme de gouvernementalité sanitaire vise « les politiques portant sur des sujets effectivement encore flous », et notamment, dans notre cas, la déclinaison organisationnelle et territoriale des parcours de santé, « sur lesquels l'Etat tente d'organiser une réflexion collective destinée à mieux définir les problèmes à gérer, et à co-construire, avec les acteurs de terrain, des solutions partenariales. Cette approche décline dans le champ de la

santé la théorie de « l'institutionnalisation de l'action collective » proposée par Duran et Thoenig (1996), qui souligne que face à la complexité et la transversalité des problèmes auxquels il est désormais confronté, l'Etat a re-défini son rôle de régulateur, passant d'un modèle centralisé de déclinaison locale de solutions édictées au plan national, à un modèle « a-centrique », relevant d'un « système d'ordre négocié » (Lascoumes et Le Galès, 2012), dans lequel l'Etat institue des capacités de discussion entre une grande variété d'acteurs, au service de la conceptualisation conjointe des problèmes et des actions à mener ». L'Etat institutionnalise ainsi les notions de co-construction et d'élaboration collective de réponses afin de faire face aux problématiques organisationnelles des territoires. Les acteurs en charge de la mise en œuvre disposent d'« espaces d'action », mais qui restent malgré tout surveillés (Lascoumes et Le Galès, 2018). En effet, même si les textes actuels promeuvent leur auto-organisation dans le cadre d'une responsabilité territoriale et populationnelle partagées, c'est une auto-organisation qui s'opère dans un cadre régulé. L'ARS se voit dotée d'« une fonction d'institutionnalisation de l'action collective dans les territoires (Duran, Thoenig, 1996) » (Epstein, 2015, p. 464), résumée « par Jacques Donzelot et Philippe Estèbe (1994) dans la figure de « l'État animateur » » (Ibid., p. 467) mais aussi de régulation de la coopération entre les acteurs des territoires. Ainsi, tout en favorisant leur autonomie, en vue de renforcer leur capacité d'initiatives et d'innovation, l'Etat tente d'orienter le comportement des acteurs, de les encourager « à se constituer en acteur collectif et à développer des projets répondant aux priorités nationales » (Ibid., p. 477). Cette démarche est soutenue par différents instruments (réglementation, incitations financières, appels à projets, fixation d'objectifs et définition d'indicateurs de performance, etc.), alliés à la volonté d'une évolution de posture des tutelles qui repose, pour sa part, davantage sur des savoir-être fortement éloignés des savoir-faire techniques et des modes de régulation traditionnels des autorités sanitaires.

De plus, cette nouvelle conception modifie les relations de l'Etat avec les acteurs de terrain remettant en cause les règles du jeu actuel et nécessitant, de part et d'autre, un apprentissage collectif. Mais le chemin à parcourir semble long et ardu, dans un contexte où les modes de fonctionnement des autorités sanitaires, et notamment les ARS situées en première ligne, sont aujourd'hui encore jugés trop centralisés, technocratiques et déconnectés des acteurs des territoires. Cette nouvelle forme de « gouvernementalité sanitaire » analysée par Sardas et al. (2020, 2021) traduit, par ailleurs, une forme d'adaptation de l'Etat face aux mutations de l'environnement et à la nouvelle donne qui en découle, bien au-delà du champ de la santé et du périmètre national. La gouvernance nous permet d'adopter une vision systémique pour replacer les transformations des techniques de gouvernement dans une perspective plus générale.

#### B. Un mouvement qui prend place dans un contexte plus global d'évolution de l'exercice du pouvoir de l'Etat

En effet, depuis les années 90, le « gouvernance » semble devenue « le mot fétiche, censé condenser et résumer à lui seul l'ensemble des transformations qui affectent l'exercice du pouvoir dans les sociétés contemporaines » (Chevallier, 2003, p. 203), et notamment celui de l'Etat ; son usage faisant l'objet de nombreux débats. Pour notre part, elle nous procure surtout un cadre d'analyse (Le Galès, 2014), permettant d'interroger les changements qui s'opèrent concernant le positionnement de l'Etat et la conduite de l'action publique, à un niveau macroscopique. En effet, l'engouement actuel pour la « gouvernance » correspond à un processus d'évolution du contexte, tant d'un point de vue sociétal, politique et économique traversant l'ensemble des organisations sociales à tous les échelons : international, européen, national ou encore local. Dans un environnement qui se complexifie et se compose d'une multiplicité de parties prenantes aux enjeux et intérêts divers, détenant chacun des

ressources spécifiques créant une forme d'interdépendance entre les acteurs, la conception traditionnelle du rôle de l'Etat et des modes de régulation classiques sont remis en cause au profit d'une conception renouvelée, où celui-ci ne détient plus à lui seul l'ensemble des cartes maîtresses du jeu. L'Etat est à la recherche de nouveaux modes d'exercice du pouvoir et de la direction de l'action publique, marquant l'érosion d'un modèle d'autorité unilatérale.

Face à l'intrication et à la multiplicité des problématiques à traiter, l'Etat se voit contraint de coopérer avec d'autres parties prenantes. Le recours à la gouvernance signifie, dès lors, « qu'aucun acteur ne saurait à lui seul maîtriser les processus décisionnels ; prenant acte de la complexité des problèmes et de l'existence de pouvoirs multiples, il s'agit de coordonner leur action et d'obtenir leur coopération » (Chevallier, 2003, p. 207). Cela conduit à associer divers groupes d'acteurs aux processus décisionnels « amenés à participer, d'une manière ou d'une autre, dans un cadre formel ou de façon informelle, à la prise des décisions » (Ibid.). La gouvernance suppose aussi « que les solutions consensuelles, reposant sur l'accord des différents acteurs, vont être systématiquement préférées aux formules de type autoritaire : les choix seront le résultat de négociations et de compromis, prenant en compte les points de vue des parties en présence » (Ibid.), « dans le cadre d'un processus d'élaboration collective » (Ibid.). Cela place le décloisonnement et la coopération au centre des processus.

Néanmoins, la gouvernance n'implique pas une déresponsabilisation de l'Etat. Celui-ci ne saurait s'effacer complètement et être positionné au même niveau que l'ensemble des acteurs, abandonnant son rôle de régulateur et de puissance publique élue. La gouvernance ne doit pas être pensée comme antagoniste à l'acte de gouverner mais bien comme un mode d'adaptation plus souple de l'exercice du pouvoir politique afin de résoudre aux mieux les problèmes ou conflits qui se posent et favoriser la légitimité des décisions et orientations prises par l'Etat, dans le cadre d'un processus de coordination horizontale et d'un espace concerté et régulé. Ainsi, il serait erroné de croire que « le politique » et la « notion de gouvernement » s'effacent au profit de la « gouvernance », bien au contraire. De même, le rôle de l'Etat reste prépondérant car il tend à se positionner comme le régulateur et à poser le cadre de l'action publique : « La gouvernance présuppose dans tous les cas la définition d'un cadre d'interaction et l'existence de règles du jeu, qui impliquent un élément d'« extériorité institutionnelle », mais encore les procédés de gouvernance viennent se lover dans les techniques du gouvernement classiques, dont ils épousent les formes et suivent les procédures ; il s'agit donc davantage d'une adaptation de ces techniques au nouveau contexte social que d'une rupture avec elles. » (Ibid., p. 215).

Ces premiers éléments de compréhension mis en exergue à travers le croisement des notions de gouvernementalité sanitaire et de gouvernance, nous permettent de dégager plus précisément les caractéristiques qui fondent la nouvelle forme de gouvernement des politiques publiques de santé, qui s'esquisse dans les textes et discours officiels. Le tableau ci-dessous tente d'en dresser et synthétiser les principaux traits :

TABEAU 11 : CARACTERISTIQUES DE LA NOUVELLE FORME DE GOUVERNEMENT DES POLITIQUES PUBLIQUES DE SANTE, SOUS TENDUE PAR L'APPROCHE "PARCOURS", A L'AUNE DE LA GOUVERNEMENTALITE SANITAIRE ET DE LA GOUVERNANCE

Caractéristiques	Éléments de précision
<p><b>Un « polycentrisme institutionnel » :</b> « Soit l'existence d'une grande complexité institutionnelle qui empêche de distinguer un lieu unique de pouvoir, de décision et d'exécution » (Le Galès, in Boussaguet et al., 2014, p. 301)</p>	<p><b>Une fragmentation des centres de décision et des pouvoirs :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Au sein même de l'administration centrale de l'Etat</li> <li>- Entre l'Etat, ses agences, l'Assurance Maladie ou encore la CNSA</li> <li>- Entre l'ARS et les collectivités territoriales</li> </ul> <p>Nécessitant pour l'Etat la mise en place d'une coordination horizontale entre ces parties prenantes en vue d'apporter lisibilité, cohérence et favoriser la définition d'une stratégie unifiée.</p>
<p>« <b>Une ouverture des processus de décision</b> » à d'autres acteurs (Ibid.)</p> <p><b>Mais la conservation par l'Etat d'une position centrale</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Un espace public de la santé qui s'est élargi</b> au fil du temps à de multiples parties prenantes, aux différents intérêts, enjeux, ressources et niveaux de pouvoirs.</li> <li>- <b>De nouvelles attentes des citoyens-usagers</b> du système de santé : Démocratie sanitaire</li> <li>- <b>Une nécessité pour l'Etat de coopérer</b> et d'établir des espaces de concertation avec les acteurs de l'écosystème de la santé pour : <ul style="list-style-type: none"> <li>o Trouver des réponses à des problématiques complexes, face auxquelles l'Etat seul est impuissant.</li> <li>o Faciliter l'adhésion aux orientations de politiques nationales</li> <li>o Parvenir à un équilibre entre des intérêts divergents, identifier les sources éventuelles de conflits et les axes de compromis possibles</li> </ul> </li> </ul> <p>Pour autant, cela ne signifie pas « que l'action publique soit devenue le simple produit d'un ajustement spontané ou de compromis négociés entre les acteurs sociaux : ce serait ignorer les conflits d'intérêts, l'inégalité des ressources, le poids des rapports de force ; <b>l'intervention d'une instance d'arbitrage est indispensable</b> pour permettre de surmonter les oppositions, dépasser les contradictions éventuelles » (Chevallier, 2003, p. 215).</p>
<p>« <b>Les formes et instruments de l'action publique</b> sont parfois privilégiés sur la substance même des programmes publics » (Le Galès, in Boussaguet et al., 2014, p. 301)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Un accent mis sur l'outillage et les mécanismes (incitatifs ou coercitifs) au service du décloisonnement et de la coordination :</b> Principe de responsabilité territoriale entre les acteurs, incitations financières, création de dispositifs de coopération territoriaux, animation territoriale, systèmes d'information, création de fonctions/métiers pour appuyer la mise en lien des acteurs, etc.</li> <li>- <b>En vue d'institutionnaliser la co-construction entre acteurs de terrain et l'élaboration collective des réponses</b></li> <li>- Constituant <b>une forme de rationalisation de la coopération, soutenu par le paradigme du parcours</b>, en faveur d'une meilleure efficacité du système de santé.</li> </ul>
<p>« <b>Un rapport différent à la contrainte et à l'autorité</b>, vécue et conçue de façon plus horizontale, coopérative et souple, avec le développement d'instruments d'action publique moins contraignants » (Ibid.)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Un cadre réglementaire plus souple</b></li> <li>- <b>De nouveaux principes managériaux dans les territoires :</b> confiance, souplesse, autonomie et participation ↳ <b>Objectif :</b> « Mobiliser les professionnels dans des dynamiques positives et partagées plutôt que par des outils de régulation » (PRS 2018-2022 – ARS IdF)</li> <li>- <b>Une tutelle partenaire qui accompagne et appuie les opérateurs en santé et qui co-construit avec les acteurs</b></li> </ul>

<p><b>Un positionnement renouvelé des autorités sanitaires</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>L'Etat, au niveau national : définit le cadre de l'action publique (périmètre, objectifs, instruments)</b></li> <li>- <b>L'ARS comme « manager-acteur »</b> (Jeannin, in Rieutord et al., 2020, p. 135) de ce nouveau système territorial, en charge : <ul style="list-style-type: none"> <li>o « De territorialiser les politiques nationales » (Epstein, 2015, p. 464)</li> <li>o D'incarner la figure de « l'État animateur » (Ibid., p. 467)</li> <li>o De réguler la coopération entre les acteurs des territoires</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>Une auto-organisation territoriale régulée</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Un principe de délégation aux opérateurs de santé pour la mise en œuvre</b></li> <li>- <b>Le territoire comme le lieu de l'action et des dynamiques professionnelles,</b> propice aux coopérations et à la formation de collectifs d'acteurs</li> </ul>

« Ainsi, dans ce chantier de réforme du système de santé, l'Etat semble vouloir se positionner en maîtrise d'ouvrage pour fixer le périmètre et les objectifs, déléguant la maîtrise d'œuvre aux acteurs de terrain, constituant en quelque sorte les artisans en charge de la construction de cette nouvelle organisation dans chaque territoire » (Borel, in Courie-Lemur (dir.), 2023), qui semble s'apparenter à une forme d'auto-organisation territoriale régulée. Les autorités régionales, à savoir l'ARS, se situent pour leur part à l'interface de ces deux logiques, à la croisée des politiques nationales et des territoires, lieu de leur opérationnalisation.

Les éléments de contexte exposés tout au long de cette première partie, nous permettent ainsi de dresser une première esquisse des éléments structurant la transformation du système de santé en cours, conduit sous l'égide du parcours de santé :

FIGURE 6 : L'INCARNATION DU PARADIGME DU PARCOURS DE SANTE



Le parcours, en tant que paradigme, représente davantage un cap à atteindre, une vision de la conception du système de santé que les pouvoirs publics entendent mettre en œuvre. Les éléments exposés dans cette première partie nous permettent d'identifier des composantes tangibles, dans lequel le parcours s'incarne : un modèle d'organisation territoriale, un mode de gouvernement de l'action publique, une dimension culturelle forte placée au cœur du processus de changement à conduire. A l'appui d'une proposition de modélisation théorique de ces trois dimensions, nous allons à présent tenter d'aller-plus loin en cherchant à qualifier plus précisément cette forme d'auto-organisation territoriale des acteurs mais aussi le rôle des autorités sanitaires régionales, positionnées comme nous l'avons vu, à une position charnière. Cela devra nous permettre, in fine, d'analyser plus finement les ressorts de la démarche de changement à engager.

Deuxième partie : Construction de l'ancrage théorique. Du  
paradigme du parcours au modèle organisationnel

## Chapitre V : Le modèle de l'organisation holographique de Morgan (1989) pour appréhender la nouvelle organisation territoriale de santé projetée par les pouvoirs publics

### Section 1 : Photographie de l'état actuel de nos connaissances à ce stade de la recherche

La première partie de notre travail a été consacrée à l'analyse de l'utilisation du « parcours » par les pouvoirs publics comme levier pour transformer le système de santé. Cela nous a permis de mieux appréhender la nature et l'origine de cette notion placée depuis les années 2010 au centre des réformes conduites, le contexte dans lequel son usage s'inscrit ainsi que les implications qui en découlent, notamment en termes de changement. Avant de poursuivre notre exploration, le schéma ci-dessous propose une synthèse des éléments qui ont été mis en exergue, nous permettant de disposer d'une « photographie » d'ensemble représentant le stade actuel de notre cheminement :

FIGURE 7 : SYNTHÈSE DE LA 1<sup>ÈRE</sup> PARTIE : L'APPROCHE "PARCOURS" POUR TRANSFORMER LE SYSTÈME DE SANTÉ

### 1. Un usage hybride du parcours par les pouvoirs publics pour transformer le système de santé

A la fois :

« **Concept trait d'union**, entre catégorie de la pratique et concept sociologique » (Zimmermann, 2014)  
*Approche politique et sociétale des politiques de santé (vision)*

**Outil de gestion publique**  
*Approche performative (budgétaire et organisationnelle) des politiques de santé*

**Paradigme organisationnel** (Johnson, 1988) au cœur de la « future » culture professionnelle des acteurs  
*Approche culturelle des politiques de santé*

Partie I :  
 1. Le parcours dans les politiques publiques de l'Etat

### 2. L'adoption d'une perspective systémique

→ **Pour un décryptage du contexte organisationnel du système de santé, dans lequel s'inscrit le recours au parcours :**

- Un haut niveau de fragmentation et de complexité de l'organisation et du pilotage  
*De la création organisationnelle – via les politiques de l'organisation/d'organisation – à la dérive organisationnelle*
- Des jeux d'acteurs et de pouvoir prégnants / Des rationalités et des cultures hétérogènes
- Un système figé qui peine à s'adapter aux mutations de l'environnement

**&**

→ **Pour appréhender les enjeux du changement selon l'approche parcours :**

- **Organisationnel** : Quelle modélisation organisationnelle du système de santé sous-jacente au parcours ?
- **Contextuel** : Quel contexte favorable au déploiement de l'approche parcours dans les territoires ?
- **Culturel** : Quels leviers pour une évolution des cultures organisationnelles des acteurs ?

↓

Agir sur les aspects symboliques (valeurs, identités professionnelles, postures, pratiques...), tout autant que sur les structures organisationnelles et modes de gestion

**Un changement qui impacte les acteurs de terrain et les autorités sanitaires**

Partie I :  
 2. L'organisation du système de santé sous l'angle du système

### 3. Le territoire

- Un des piliers de la nouvelle organisation de santé
- Un caractère multifacette
- Un espace d'apprentissage collectif

↓

**Le lieu de l'action et de l'opérationnalisation de l'approche parcours**

Partie I :  
 4. Territoire et gouvernance

### 4. Les acteurs d'appui au déploiement des parcours dans les territoires

Emergence de « **nouvelles professionnalités** » (Bloch et Hénaut, 2014)

↓

Des « **acteurs frontières** » (Latour, 2007 ; Bergeron et al., 2013 ; Aubert et al., 2020), à la croisée des différents secteurs traditionnels de la santé

↓

Un outil de rationalisation de la coordination entre les acteurs de terrain, prenant place dans les « **politiques d'organisation** » (Castel et Hénaut, 2022) mises en oeuvre à l'échelle des territoires

↓

**Focus sur les DAC**

Partie I :  
 3. Les acteurs des parcours de santé et de la coordination

### 5. Un nouveau mode de gouvernement de l'action publique

La « **gouvernementalité sanitaire** » (Aubert et al., 2020 et 2021)  
 ↘ Une conception renouvelée du rôle des autorités sanitaires et du rapport aux acteurs de terrain

↓

**Focus sur l'ARS, à l'interface de l'Etat et des territoires :**

- Créer les conditions propices au changement et accompagner la transformation auprès des acteurs
- Tout en faisant évoluer son propre positionnement

Partie I :  
 4. Territoire et gouvernance

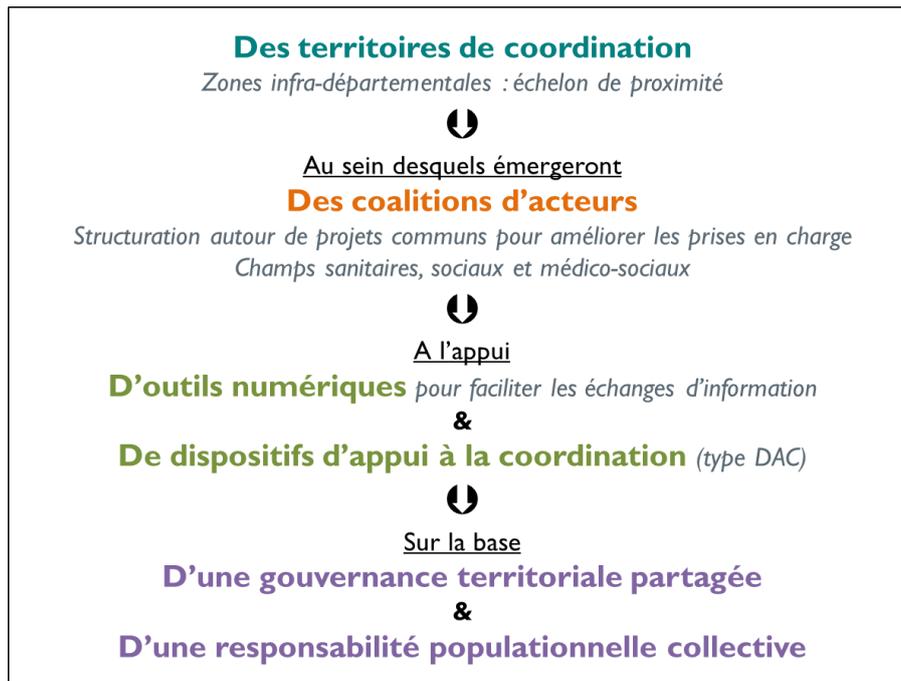
Cette photographie met en avant plusieurs points focaux de notre raisonnement. Tout d'abord, elle nous rappelle que l'introduction puis la généralisation du parcours dans les politiques de santé sont le fruit d'un processus d'hybridation de cette notion entre concept, outil et paradigme (Johnson, 1988 ; Johnson et al., 2017) positionné comme le nouveau cadre de référence culturel pour penser le système de santé. Il a, entre autres, conduit à la définition d'une nouvelle forme de gouvernabilité sanitaire par l'Etat (Aubert et al., 2020), à la reconnaissance d'une nouvelle catégorie d'acteurs pour appuyer le déploiement de la logique parcours dans les territoires et à une volonté de renforcement de la territorialisation. Mais comment cela se matérialise-t-il concrètement à ce jour ? En d'autres termes, comment passer de l'état de paradigme à une modélisation organisationnelle du système de santé sous-tendue par l'approche parcours ?

## Section 2 : « Images de l'organisation » (Morgan, 1989) : du cheminement au choix du recours à la métaphore du « cerveau » pour penser l'organisation de santé selon l'approche « parcours »

Le projet régional de santé de l'ARS Ile-de-France 2018-2022 (constituant notre terrain d'étude) nous apporte des prémices de réponse en vue d'une conceptualisation. Ce dernier se décline en cinq axes de transformation qui s'appuient sur une dynamique territorialisée portée par les professionnels de santé. Pour se faire, l'ARS a défini un socle d'organisation reposant sur les piliers suivants :

- La définition de « territoires de coordination » qui mailleront l'ensemble de la région, représentant l'échelon opérationnel pour la mobilisation des acteurs de santé.
- Au sein desquels émergeront des « coalitions d'acteurs » sanitaires, médico-sociaux et sociaux qui devront se structurer autour de projets communs. L'objectif est de favoriser un décloisonnement de leurs pratiques, la coopération entre secteurs et les interfaces entre la ville et l'hôpital.
- A l'appui d'outils numériques (Terr-eSanté) mais aussi de dispositifs d'appui à la coordination (comme les DAC évoqués en amont).
- En soutenant les évolutions organisationnelles des professionnels.
- Sur la base d'une gouvernance territoriale et d'une responsabilité populationnelle partagées.

FIGURE 8 : SOCLE D'ORGANISATION TERRITORIALE DE LA SANTE DEFINIE PAR L'ARS ILE-DE-FRANCE



Afin de mieux qualifier cette future organisation territoriale de santé et percevoir les enjeux liés à son déploiement, nous avons fait le choix de nous appuyer sur les travaux de Morgan issus de son ouvrage « Images de l'organisation » (1989). Celui-ci nous fournit une connaissance des différents courants et théories des organisations ainsi qu'une méthode d'analyse de ces dernières, à partir de l'utilisation de métaphores. A chacune d'elles correspond une image de l'organisation, caractérisée par une certaine manière de l'appréhender, de la décoder et de la penser. Tantôt, l'organisation est assimilée à une machine, un organisme, un cerveau, une culture, un système politique ou encore un instrument de domination, etc. L'intérêt réside dans la combinaison et la confrontation de plusieurs images. Chaque métaphore nous permet de chausser une paire de lunettes spécifique pour représenter l'organisation, en adoptant un angle de vue particulier. Le recours à plusieurs métaphores élargit le champ de vision au travers de perspectives multiples, s'apparentant, en quelque sorte, à une vision kaléidoscopique de l'organisation. En conséquence, en fonction de l'allégorie choisie, l'image de l'organisation change. Par un croisement des regards, cette démarche offre un décryptage multifacette d'une même situation organisationnelle ; enrichissant sa compréhension, son interprétation et élargissant la nature des leviers d'actions potentiellement mobilisables. Cette approche visuelle des théories des organisations s'avère accessible et mobilisable par des praticiens en vue de réaliser, par exemple, un diagnostic ou une évaluation pouvant servir de base à la définition d'une stratégie et d'un plan d'actions. Cela fournit au gestionnaire ou manager « une variété de lectures » (Morgan, 1989, p. 2). Morgan nous propose une méthode activable sur « le terrain », dont le recours aux images en facilite l'appropriation et nous guide sur la manière de mobiliser en pratique les théories des organisations, en nous invitant à adopter différentes postures pour voir l'entreprise. Cette approche de la théorie des organisations a particulièrement retenu notre intérêt de par son caractère original ouvrant, selon nous, la porte à une forme de créativité et inventivité, à travers le recours à des représentations figuratives de l'organisation et de ses problématiques managériales.

Quelques points de vigilance sont, malgré tout, à prendre en considération. Le processus d'analogie entre image et organisation est, certes, une démarche intellectuelle intéressante et séduisante mais doit faire l'objet de précautions :

- Une image correspond à une certaine représentation de la réalité d'une organisation, et chacune des métaphores présentent ses avantages et ses limites, que Morgan prend le soin d'exposer.
- Cette visualisation de la situation reste parcellaire et non exhaustive, « mettant en lumière certaines interprétations » et en « reléguant d'autres à l'arrière-plan » (Morgan, 1989, p. 3).
- Le choix des images orientera le sens de l'analyse et les préconisations qui en découleront.

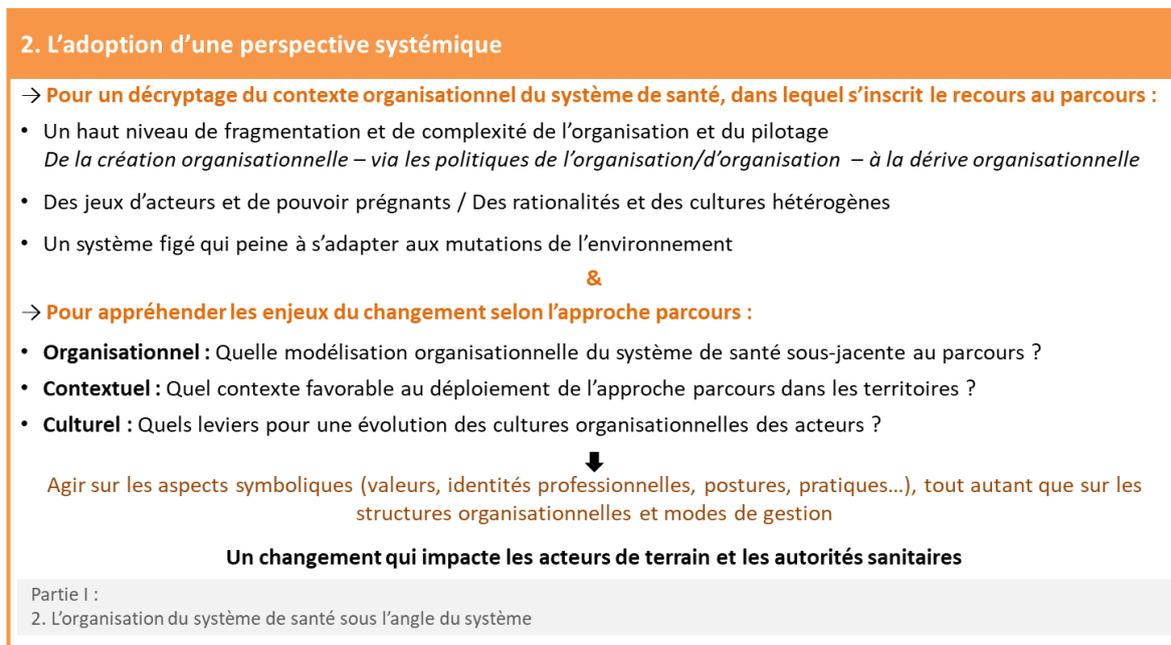
L'emploi d'une métaphore est donc loin d'être anodin. C'est pour cette raison que l'auteur met l'accent sur l'importance de recourir à la combinaison de différentes images pour lire l'organisation. Morgan estime que « les organisations sont en général complexes, ambiguës et remplies de paradoxes. Le véritable défi, c'est d'apprendre à composer avec cette complexité » (Ibid., p. 8). L'objectif, à travers ce modèle, est de disposer de plusieurs clés de compréhension pour saisir un même phénomène. Il est également important d'avoir conscience des implications conceptuelles qu'engendrent le recours à une ou plusieurs images. Dans ce cadre, il paraît essentiel de guider notre choix au regard de la situation organisationnelle à étudier, des objectifs poursuivis, de la perspective d'approche que nous souhaitons adopter et du positionnement du chercheur et/ou du praticien qui en fait usage.

Morgan nous invite à considérer les organisations de manière protéiforme. « Une organisation comparable à une machine conçue pour atteindre des buts particuliers peut être simultanément une espèce d'organisme qui survivra dans certains environnements, mais pas dans d'autres ; un système de traitement de l'information capables de certaines formes d'apprentissage, mais pas d'autres ; un milieu culturel caractérisé par des valeurs, des croyances et des pratiques sociales distinctives ; un système politique dans lequel les gens se bousculent pour servir leurs intérêts ; une arène dans laquelle se déroulent des luttes inconscientes ou idéologiques ; un artefact ou encore la manifestation d'un processus plus profond de changement social ; un instrument utilisé par un groupe pour exploiter et dominer d'autres groupes, et ainsi de suite » (Ibid., p. 378). Il ne s'agit pas, pour autant, de mobiliser l'ensemble des images pour décrypter l'organisation mais retenir celles qui nous paraissent les plus pertinentes en fonction des objets organisationnels et la nature des problématiques. « L'utilité d'une image dépend en général des buts de l'analyse » (Ibid. p. 388).

Dans notre cas, plusieurs images pourraient s'avérer pertinentes pour analyser le système de santé et le processus de transformation à l'œuvre. Afin d'opérer un choix parmi ces images et éviter une forme de dispersion, nous nous sommes posés la question suivante : Quels usages de ces images pour quels objectifs ? Notre objectif, dans cette seconde partie, est de recourir à une image en vue de modéliser l'organisation du système de santé visée par les pouvoirs publics, correspondant à l'étape de description du contenu du changement à atteindre, en référence au triptyque de Pettigrew « Contexte – Contenu – Processus ». L'appui sur les propriétés de la métaphore retenue devra nous permettre de mieux en appréhender ses caractéristiques. En effet, chacune des images « explore une façon de penser l'organisation, en partant du principe que nous pouvons utiliser les idées et concepts ainsi engendrés pour mieux comprendre les organisations dans des contextes spécifiques » (Ibid., p. 7).

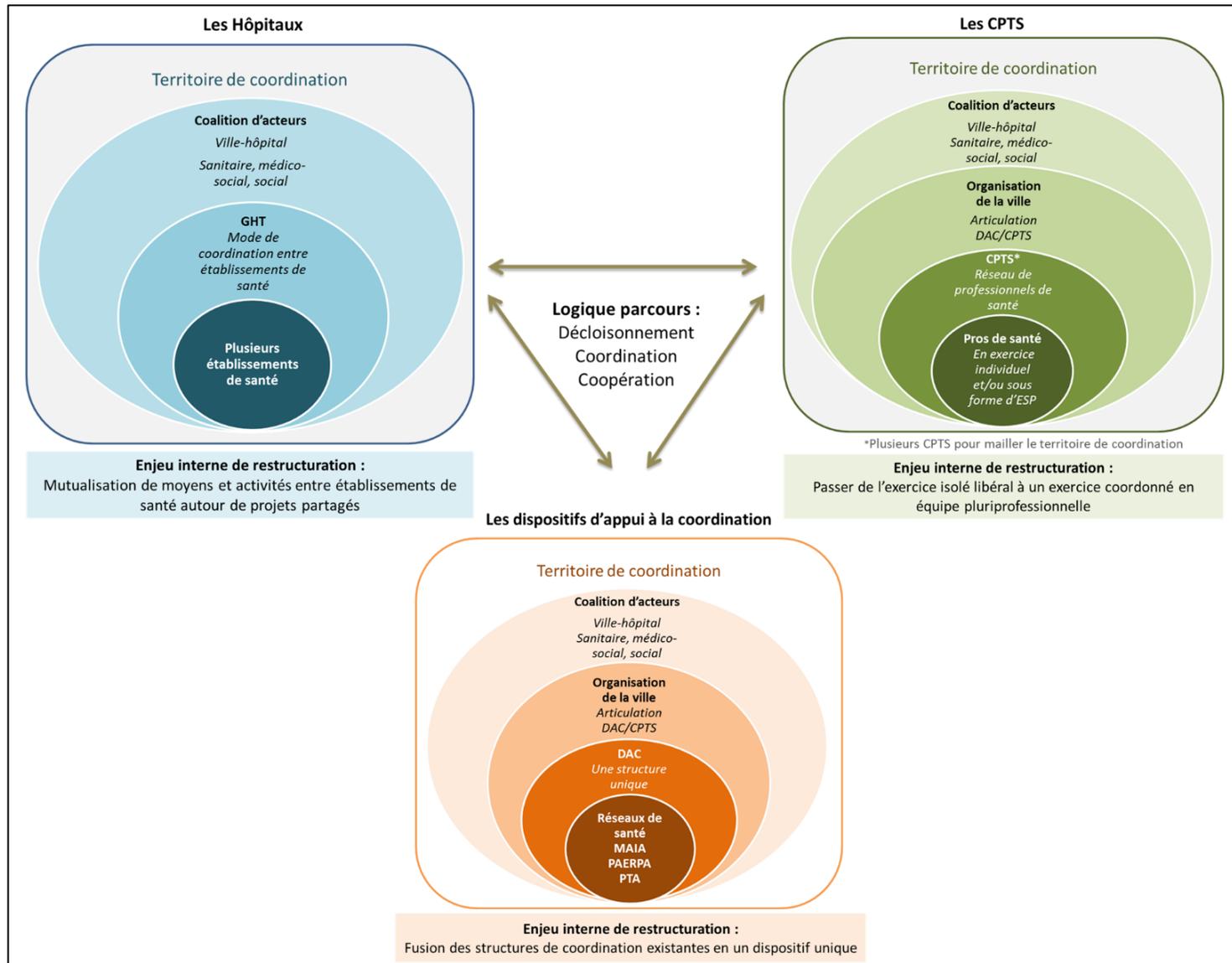
Afin de conceptualiser ce modèle cible, notre cheminement nous a conduit, tout d’abord, à revenir sur les problématiques organisationnelles du système de santé précédemment exposées et les enjeux identifiés, résumés à travers l’extrait du schéma suivant.

FIGURE 9 : EXTRAIT DE LA FIGURE 7 - L'APPROCHE "PARCOURS" POUR TRANSFORMER LE SYSTEME DE SANTE



Au regard de ces éléments, nous avons initialement pensé nous inspirer de la métaphore de l'organisme de Morgan. Celle-ci envisage l'organisation comme un système vivant, faisant appel à la biologie et aux théories de l'écologie des organisations. Cette image fixe notre « attention sur la compréhension et sur la gestion des besoins de l'organisation et sur les relations avec le milieu dans lequel elle se trouve » (Morgan, 1989, p. 4). Elle nous permet d'appréhender le système de santé à travers l'enjeu de son adaptation à l'environnement dans lequel il prend place qui, nous l'avons vu, a subi des mutations importantes au cours du temps. Cette image fait également écho à l'approche systémique à laquelle nous avons déjà fait référence à plusieurs reprises. Elle trouve sa principale source d'inspiration dans les travaux de Ludwig von Bertalanffy qui a développé l'approche dit des systèmes ouverts (théorie générale des systèmes) dans les années 30. Outre l'importance de la relation à l'environnement externe, cette approche met en évidence l'existence de sous-systèmes reliés entre eux composant l'organisation interne : « Si nous définissons l'organisation tout entière comme un système, les autres niveaux peuvent être perçus comme des sous-systèmes, tout comme molécules, cellules et organes peuvent être perçus comme sous-systèmes d'un organisme vivant, bien qu'ils soient, individuellement, des systèmes ouverts complexes » (Ibid., p. 41). Ainsi, l'analyse de la constitution d'une coalition d'acteurs, sur chaque territoire de coordination en Ile-de-France à travers la métaphore de l'organisme, nous permet de regarder plus précisément les différentes strates qui composent ce réseau global d'acteurs, comparable à l'image « de poupées russes », contenant « des ensembles à l'intérieur d'ensembles » (Ibid., p. 41), chacun soumis à des enjeux propres. Le schéma, présenté ci-dessous permet d'illustrer ce propos à travers un zoom sur trois entités du système de santé : les Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT), les Communautés Professionnelles Territoriales de santé (CPTS) et les Dispositifs d'Appui à la Coordination (DAC). Toutes trois issues de la loi de modernisation de notre système de santé 2016 et/ou de la dernière la loi Santé 2022, elles sont particulièrement représentatives des réformes conduites sous l'égide du parcours.

FIGURE 10 : ZOOM SUR TROIS COMPOSANTES DU SYSTEME DE SANTE



« Tous les éléments dépendent de tous les autres », impliquant de « trouver les moyens pour gérer les rapports entre les sous-systèmes les plus importants et l'environnement » (Morgan, 1989, p. 41). De plus, Morgan nous précise, qu'à travers cette image, nous sommes amenés à considérer « les différentes sortes d'organisation comme autant d'espèces diverses » (Ibid., p. 4). Cela met l'accent, au sein de cet écosystème de la santé, sur l'existence de multiples « espèces » et « sous-espèces » d'organisations, cohabitant et parfois se confrontant, allant de la tendance bureaucratique à l'adhocratie faisant écho aux configurations organisationnelles de Mintzberg, entre lesquelles il convient d'établir des échanges et un réseau de connexions. La mise en œuvre de ce modèle sous-tend donc une réelle complexité organisationnelle car il apparaît que diverses logiques se côtoient impliquant la coexistence de paradigmes structurels disparates et apparaissant parfois peu compatibles. A Bartoli et C Blatrix (2015) évoque une « juxtaposition de rationalités locales » accentuée par une division des tâches et une spécialisation des unités que l'on retrouve généralement dans les organisations publiques, mais aussi dans ce contexte avec un cloisonnement actuel entre les secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux et entre la ville et l'hôpital. Les diversités et divergences culturelles mises en évidence en amont et la nécessité de parvenir à co-construire un schéma de références commun trouvent, par conséquent, leur corollaire en termes fonctionnel. En effet, cela met en évidence un niveau d'agrégation élevé, tant verticalement qu'horizontalement, partant « d'individus pour arriver à des groupes d'individus, puis à des départements constitués d'un grand nombre de petits groupes, puis à des divisions ou regroupements de départements, pour terminer par l'organisation toute entière qui s'étend au domaine plus large de l'environnement dans lequel elle évolue et agit en rapport avec d'autres organisations » (Argyris et Schön, 2002, p. 50). A chacune de ces strates organisationnelles, peuvent être attribués « des intérêts, des intentions, des valeurs et des théories d'usage qui lui sont propres » (Ibid.), se rattachant à des cultures ainsi que des rationalités spécifiques et, in fine, à autant de manières de voir et penser le système de santé, son fonctionnement ou encore ses finalités.

L'image de l'organisme précise donc davantage encore notre compréhension du contexte organisationnel dans lequel prend place le changement à mener. A travers un focus sur l'imbrication de multiples strates composant le système interne de santé dans les territoires, leur interdépendance ainsi que la variété des configurations organisationnelles et rationalités en présence, elle éclaire d'un regard plus aigu la fragmentation et la complexité du système de santé. Elle confirme la nécessité de recourir à un référentiel organisationnel s'inscrivant dans une approche systémique, mettant particulièrement l'accent sur les conditions de connexion et de cohésion des différents éléments du système. En poursuivant notre cheminement basé sur l'analogie avec les systèmes vivants, cela nous a progressivement conduit à nous focaliser sur les fonctions du système nerveux, et plus précisément le cerveau. Celui-ci nous fournit un cadre d'analyse qui nous permet de franchir une étape supplémentaire dans notre réflexion, en appréhendant plus finement les caractéristiques dont le modèle d'organisation de santé cible pourrait être dotées, au regard de l'éclairage complémentaire apporté par la métaphore de l'organisme.

Nous associons généralement au cerveau les caractéristiques suivantes :

- La communication, en lien avec le processus de connexion des neurones entre eux, par l'intermédiaire des synapses
- Le traitement de l'information
- L'adaptation et la souplesse, en référence à la plasticité du cerveau

- La coordination, faisant écho au contrôle et à la coordination des mouvements
- La prise de décisions
- La créativité que l'on pourrait rapprocher de l'enjeu d'innovation organisationnelle.
- La simplification de situations complexes : « malgré la complexité des processus naturels, le cerveau doit trouver des solutions, et ces solutions relèvent de principes simplificateurs. Elles permettent de traiter très rapidement, avec élégance et efficacité, des situations complexes, en tenant compte de l'expérience passée et en anticipant l'avenir » (Berthoz, 2009, p. 17), à travers un processus qu'Alain Berthoz nomme « simplicité ».
- Enfin, tout comme l'organisation, le cerveau est un objet éminemment complexe faisant aujourd'hui encore l'objet de nombreuses recherches. En effet, nous ne sommes pas encore parvenus à l'appréhender totalement.

Morgan s'interroge alors sur la possibilité de créer des organisations reprenant les propriétés et caractéristiques du cerveau, dotées des mêmes capacités de souplesse, de résistance et de créativité, posant ainsi la question de la duplication de son fonctionnement à celui de l'organisation. Pour se faire, il s'appuie sur l'association de la cybernétique et de l'holographie pour penser une organisation à l'image du cerveau, à travers l'élaboration d'un modèle structurant reposant sur 4 principes (redondance des fonctions, variété requise, spécification critique minimale, apprendre à apprendre), en vue du développement de systèmes auto-organisés. A travers ces quatre principes, Morgan rend ce modèle aisément exploitable. L'intérêt de ce dernier réside dans son approche. Morgan n'a pas attribué les fonctions du cerveau à une composante spécifique de l'organisation (traditionnellement la direction générale ou la direction de la stratégie d'une entreprise), mais les a appliquées à l'organisation globale « comme si elle était un cerveau » afin « de voir si l'on peut créer de nouvelles formes d'organisation qui diffusent des compétences similaires à celles du cerveau à travers toute l'entreprise, plutôt que de les limiter à certaines unités ou parties » (Morgan, 1989, p. 81).

Ces quatre principes nous ont paru particulièrement intéressant et pertinent pour appréhender les problématiques auxquelles se trouvent confrontés le système de santé et ainsi caractériser l'organisation de santé cible à atteindre. Fortement inspirés des principes de l'holographie (Introduire le tout dans les parties - Créer de la connectivité et de la redondance - Créer la spécialisation et la généralisation simultanées - Créer la capacité de s'auto-organiser), ils permettent de mettre l'accent sur les enjeux phares visant à optimiser et transformer le système de santé.

TABLEAU 12 : LES 4 PRINCIPES DU MODELE HOLOGRAPHIQUE DE MORGAN (1989) POUR APPREHENDER LES ENJEUX DE LA TRANSFORMATION DU SYSTEME DE SANTE

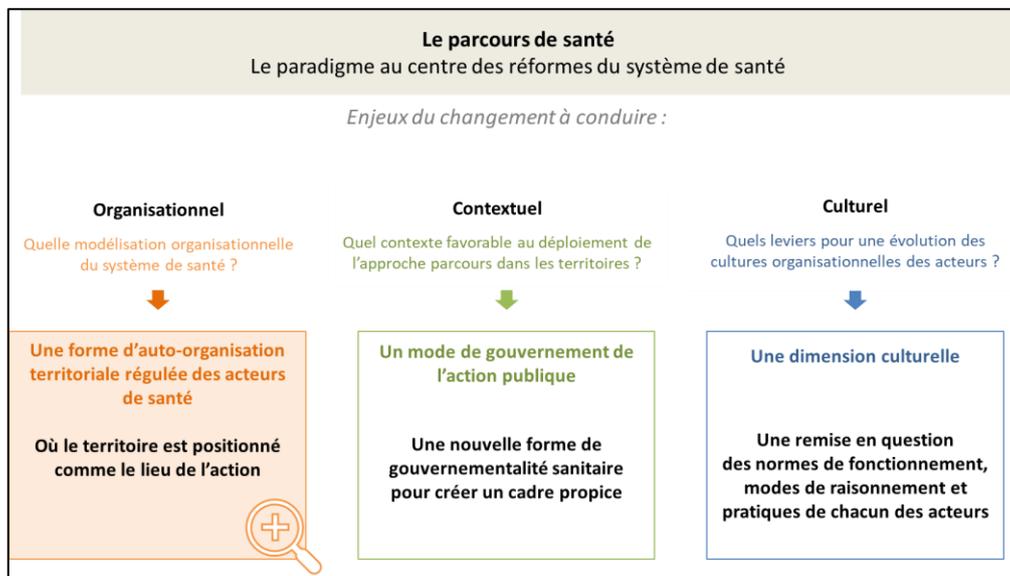
Enjeux relatifs à l'évolution de l'organisation territoriale de santé	Déclinaisons organisationnelles	Principes du modèle holographique (Morgan 1989)
<p>→ Favoriser le lien et les connexions entre les entités du système de santé</p>	<p>⇒ <b>Un réseau inter-organisationnel</b></p> <p>Permettant à des unités autonomes d'interagir de façon durable dans un cadre collectif</p> <p>A travers une coopération ayant pour vocation de valoriser et combiner les complémentarités entre des entités confrontées aux mêmes enjeux stratégiques et aux mêmes contraintes structurelles (Assens, 1999)</p>	<p>Redondance des fonctions &amp; Variété Requisite</p>
<p>→ Etablir un contexte favorable au déploiement de ce changement</p> <p>A travers la mise en place d'un nouveau mode gouvernement de l'action publique en santé</p> <p>Favorisant l'autonomie des acteurs dans les territoires et la co-construction</p>	<p>⇒ <b>Une forme d'auto-organisation régulée</b></p>	<p>Spécification critique minimale</p>
<p>→ Elaborer un cadre de références commun qui s'ajuste et s'adapte</p> <p>En fonction des besoins et de l'environnement, permettant de réguler le système et d'assurer sa cohésion</p>	<p>⇒ <b>Une organisation aux configurations transitoires</b></p> <p>Mettant l'accent sur son caractère non figé et à sa capacité à évoluer en fonction des mutations de l'environnement et des besoins du système, impliquant flexibilité, réactivité et adaptation</p>	<p>Apprendre à Apprendre</p>

En conclusion de notre première partie, nous avons mis en avant trois dimensions tangibles dans lesquelles le paradigme du parcours tend à s'incarner, dans le cadre des réformes actuelles : un modèle d'organisation territoriale, un mode de gouvernement de l'action publique et une dimension culturelle forte placée au cœur du processus de changement à conduire. Au regard de ces dernières, nous vous proposons de décliner les quatre principes qui caractérisent le modèle holographique de Morgan et qui doivent permettre le développement d'une structure de type auto-organisationnelle.

### Section 3 : Présentation des quatre principes du modèle de l'organisation holographique et leur déclinaison au système de santé

#### A. « Redondance des fonctions » et « Variété requise » : Caractérisation du modèle d'organisation territoriale cible

FIGURE 11 : ENJEUX ET COMPOSANTES IDENTIFIEES POUR UNE MATERIALISATION ORGANISATIONNELLE DE L'APPROCHE PARCOURS DANS LES TERRITOIRES (1/3)

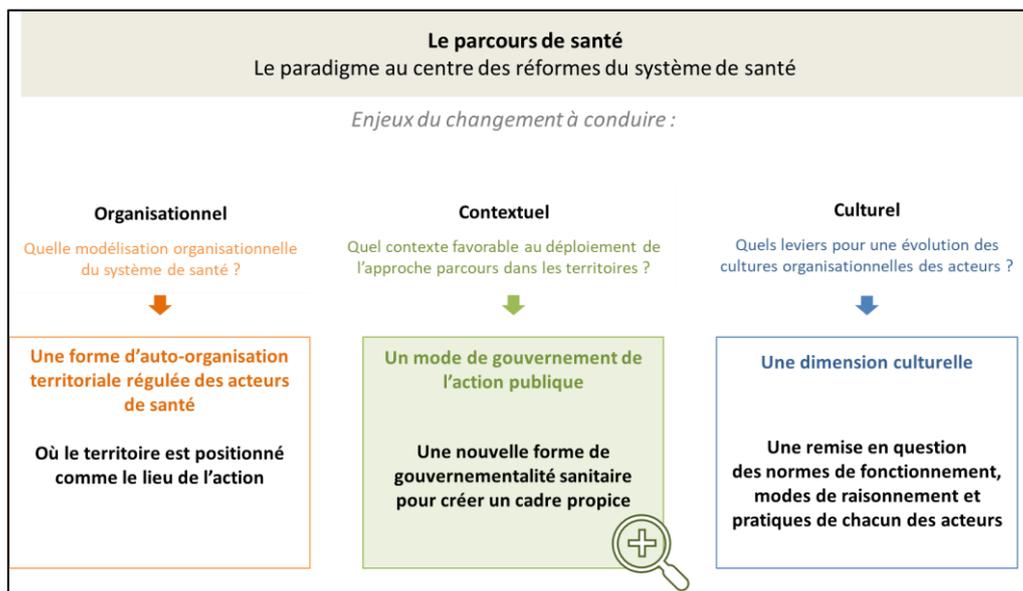


« Selon les principes de Morgan, chaque membre de l'organisation doit posséder une ou des expertises spécifiques, source de diversités et complémentarités (variété requise) » (Borel, in Courie-Lemeur (dir.), 2023). Morgan stipule également que « le niveau de variété interne doit être tout autant important et complexe que l'environnement pour faire face aux problématiques posées par celui-ci » (Ibid.). Cela peut s'exprimer par la présence de diverses entités individuelles disposant de compétences et capacités propres et particulières. « Celles-ci doivent être couplées à une forme de polyvalence des compétences, des connaissances communes à l'ensemble des acteurs et des valeurs partagées (redondance des fonctions), vecteurs d'homogénéisation et de continuité » (ibid.). « Le but est de conférer à l'organisation une forme de souplesse, de cohésion, de réactivité et de capacité à se réorganiser. Il s'agit de trouver un équilibre entre homogénéisation et diversité pour gagner en faculté d'adaptation et en inventivité » (Ibid.), ou, exprimé autrement, de créer simultanément généralisation et spécialisation. Dans le cas de figure des parcours de santé, cela sous-entend le rapprochement des secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux mais également de la ville et l'hôpital, via des missions partagées entre les professionnels de santé (coordination et organisation des parcours de santé), nécessitant pour leur mise en œuvre la mobilisation de compétences et ressources propres (médicales, paramédicales, sociales...), qui devront être articulées et mutualisées » (Ibid.). L'enjeu est de conserver la diversité de l'offre de santé, en termes de compétences et de niveau d'expertises, tout en apportant une cohésion d'ensemble, en dotant, par exemple, les acteurs d'une responsabilité commune vis-à-vis de la population et du territoire, en promouvant la formation de coalitions d'acteurs, mais aussi via le renforcement d'une vision, de normes et valeurs communes, une sorte d'ADN ou culture commune. Cela prend également appui sur la capacité des acteurs à développer une intelligence en réseau, impliquant coordination, coopération et flux d'échanges facilités par des outils et fonctions transverses, tels que les systèmes d'informations ou encore les dispositifs d'appui à la coordination

visant à faciliter le lien et l'interconnaissance entre les acteurs. Ainsi, malgré la présence d'entités qui peuvent être diverses et nombreuses, celles-ci doivent parvenir à rester soudées et intégrées à l'organisation globale, chacune d'elles possédant dans sa propre structure les caractéristiques de l'ensemble et nécessaire au fonctionnement global.

**B. « Spécification critique minimale » : Positionnement des autorités sanitaires et création d'un contexte propice au développement d'une forme d'auto-organisation territoriale régulée**

FIGURE 12 : ENJEUX ET COMPOSANTES IDENTIFIEES POUR UNE MATERIALISATION ORGANISATIONNELLE DE L'APPROCHE PARCOURS DANS LES TERRITOIRES (2/3)

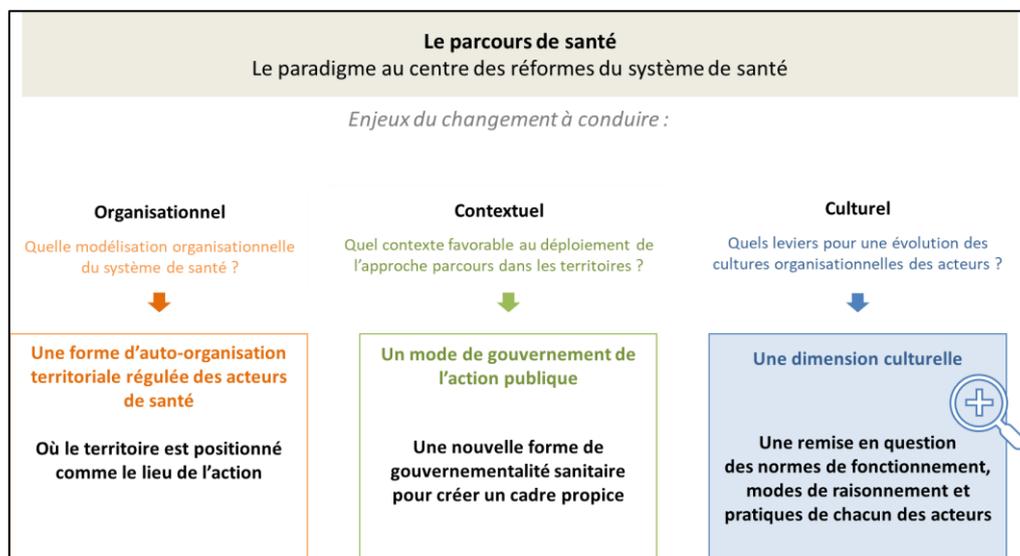


Selon ce principe, « l'instauration d'un cadre souple et peu prescriptif est requise pour faciliter l'auto-organisation (spécification critique minimale). Il est préconisé que : « les gestionnaires et concepteurs de l'organisation soient avant tout des gens qui en facilitent et en orchestrent le développement, créant des conditions favorables qui lui permettent de trouver sa forme propre » (Morgan, 1989, pp. 109-110). Nous voyons bien le parallèle qui peut être fait avec la volonté affichée de l'Etat d'instaurer une nouvelle manière de penser l'action publique, au travers d'une forme différente de gouvernamentalité sanitaire » (Borel, in Courie-Lemur (dir.), 2023). Ce principe nous permet donc de réfléchir aux conditions à mettre en place par les concepteurs du changement (ici, les tutelles) pour favoriser le déploiement de la nouvelle organisation territoriale de santé. Il interroge, dans le même temps, le rôle et la posture des autorités sanitaires dont la propre transformation est aussi une condition sine qua non à la réussite du changement qui s'opère, au regard d'un fonctionnement et d'un positionnement actuels pouvant constituer un frein au changement envisagé. Ce principe met l'accent sur les prérequis au développement d'un système auto-organisé, encourageant une autonomie responsable et un espace suffisant laissés aux acteurs pour s'organiser et déterminer eux-mêmes leurs degrés d'action. Néanmoins, une autonomie totale ne peut être concédée aux acteurs, notamment dans le cadre de la mise en œuvre d'une politique d'action publique où l'Etat en reste le garant et le garde-fou, faisant écho à l'équilibre à trouver entre autonomie et régulation, dans le cadre d'une forme d'auto-organisation « maîtrisée » ou « raisonnée ». Cela interroge ainsi la notion d'auto-

organisation des acteurs de santé dans les territoires et ses limites où le discours actuel des tutelles est de laisser la main aux acteurs pour s'organiser dans les territoires.

C. « Apprendre à apprendre » : Un processus de changement mobilisant la culture organisationnelle et l'apprentissage pour passer d'un système figé vers un système qui s'adapte et s'auto-régule en continu

FIGURE 13 : ENJEUX ET COMPOSANTES IDENTIFIEES POUR UNE MATERIALISATION ORGANISATIONNELLE DE L'APPROCHE PARCOURS DANS LES TERRITOIRES (3/3)



Ce 4<sup>ème</sup> principe trouve ses origines dans la cybernétique, dont l'une des figures majeures de ce champ disciplinaire est Norbert Wiener. Cette dernière a permis la définition d'une théorie de la communication et de l'apprentissage s'appuyant sur la notion de rétroaction négative basée sur la faculté d'un système (Morgan, 1989, p. 91) :

- A identifier et repérer les éléments significatifs de l'environnement.
- A « rattacher l'information obtenue aux normes de fonctionnement qui guident son comportement ».
- « A détecter les déviations significatives à ces normes ».
- Et enfin, à mettre en place les mesures correctives nécessaires quand surviennent des écarts.

Néanmoins, les « capacités d'apprentissage d'un tel système sont limitées, car il peut seulement conserver la direction déterminée par les normes de fonctionnement qui le guident » (Ibid.). Ainsi, lorsque les mesures définies par les normes ne sont plus adaptées pour répondre aux changements ou aux modifications, « l'intelligence du système » tombe en panne, car la rétroaction négative essaie de conserver un modèle de comportement qui ne convient plus » (Ibid.). Ce constat a poussé les cybernéticiens à opérer une distinction entre apprendre (rétroaction négative) et apprendre à apprendre mettant en exergue la capacité du système à réinterroger la pertinence et la validité de ses normes de fonctionnement, si ces celles-ci ne s'avèrent plus adaptées. Argyris et Schön (2002) parleront, pour leur part, « d'apprentissage en boucle simple » et « d'apprentissage en boucle double ».

Ce principe fait, pour nous, écho au processus de changement à conduire, c'est-à-dire à la manière d'atteindre le modèle organisationnel visé. L'enjeu principal est avant tout « de faire évoluer les modalités de fonctionnement actuelles des professionnels encore fortement cloisonnées vers une perception globale et collective de la réponse aux besoins de santé. Ce changement, avant tout humain, nécessite d'identifier « la façon dont on réussit à obtenir les convergences et coordinations indispensables à une coopération efficace » (Crozier, 1994, p. 62), nécessitant de fait un travail sur les postures professionnelles et la co-construction de « nouveaux cadres de références communs » (Aubert et al., 2020). Cela suppose une stratégie explicite d'accompagnement du changement, laquelle serait alors sous-tendue par la mise en place d'un processus d'apprentissage organisationnel. Schön (1978) va plus loin en précisant qu'au-delà de la capacité à changer les institutions pour répondre aux mutations de l'environnement, il faut tendre vers le développement de véritables « systèmes apprenants », capables de s'auto-transformer. Il s'agit de requestionner de manière continue les limites fixées dans l'organisation afin de les adapter à l'évolution des besoins, selon le mécanisme d'apprentissage en boucle double (Argyris et Schön, 2002). Dans cette approche, l'apprentissage n'est plus seulement un levier d'appropriation et d'ancrage du changement, il est à l'origine même du changement » (Borel, in Courie-Lemeur (dir.), 2023). Ainsi, ce principe met plus particulièrement l'accent sur la construction d'un schéma de références commun entre acteurs (s'apparentant à la culture organisationnelle), qui soit également capable de s'adapter et s'ajuster en remettant en cause les valeurs et normes de fonctionnement internes qui le constituent pour s'auto-adapter à des nouveaux besoins. Néanmoins, la mise en place effective d'une démarche d'apprentissage en boucle double s'avère dans les faits souvent difficiles à mettre en place. Parmi les principaux obstacles, nous pouvons notamment citer des organisations aux cloisonnements verticaux et horizontaux importants, entraînant « des images différentes de la situation globale » (par services, secteurs) « sans savoir comment elles s'adaptent à l'image générale » couplés souvent à des objectifs sectoriels considérés comme des fins en soi (Morgan, 1989, p. 94). Par ailleurs, « l'existence de ces divisions tend à exacerber les distinctions entre les divers éléments de l'organisation et encourage le développement de systèmes politiques qui élèvent d'autres barrières encore à l'apprentissage » (Ibid.). Ces éléments tendent à faire écho aux problématiques auxquelles le système de santé est confronté.

#### D. Synthèse

Même si l'apprentissage en boucle double et l'atteinte d'un modèle organisationnel, à l'image du cerveau, constituent des idéaux organisationnels, ils nous fournissent néanmoins un cadre d'analyse et de référence pertinent, au regard des enjeux qui traversent le système de santé. En effet, ce modèle promeut tout particulièrement l'initiative, l'autonomie, la souplesse, la collaboration, la coordination horizontale plutôt qu'une logique verticale descendante. Nous retrouvons ces mêmes caractéristiques au sein des verbatims utilisés par les pouvoirs publics pour qualifier la réforme du système de santé, que nous avons d'ailleurs commencé à mettre en exergue dans la première partie de notre recherche. A l'aide des deux schémas suivants, nous avons tenté de représenter visuellement le modèle théorique de Morgan (1989) et sa déclinaison adaptée à l'organisation de santé projetée par les pouvoirs publics.

FIGURE 14 : MODELE THEORIQUE DE MORGAN (1989) : L'ORGANISATION HOLOGRAPHIQUE (1/2)

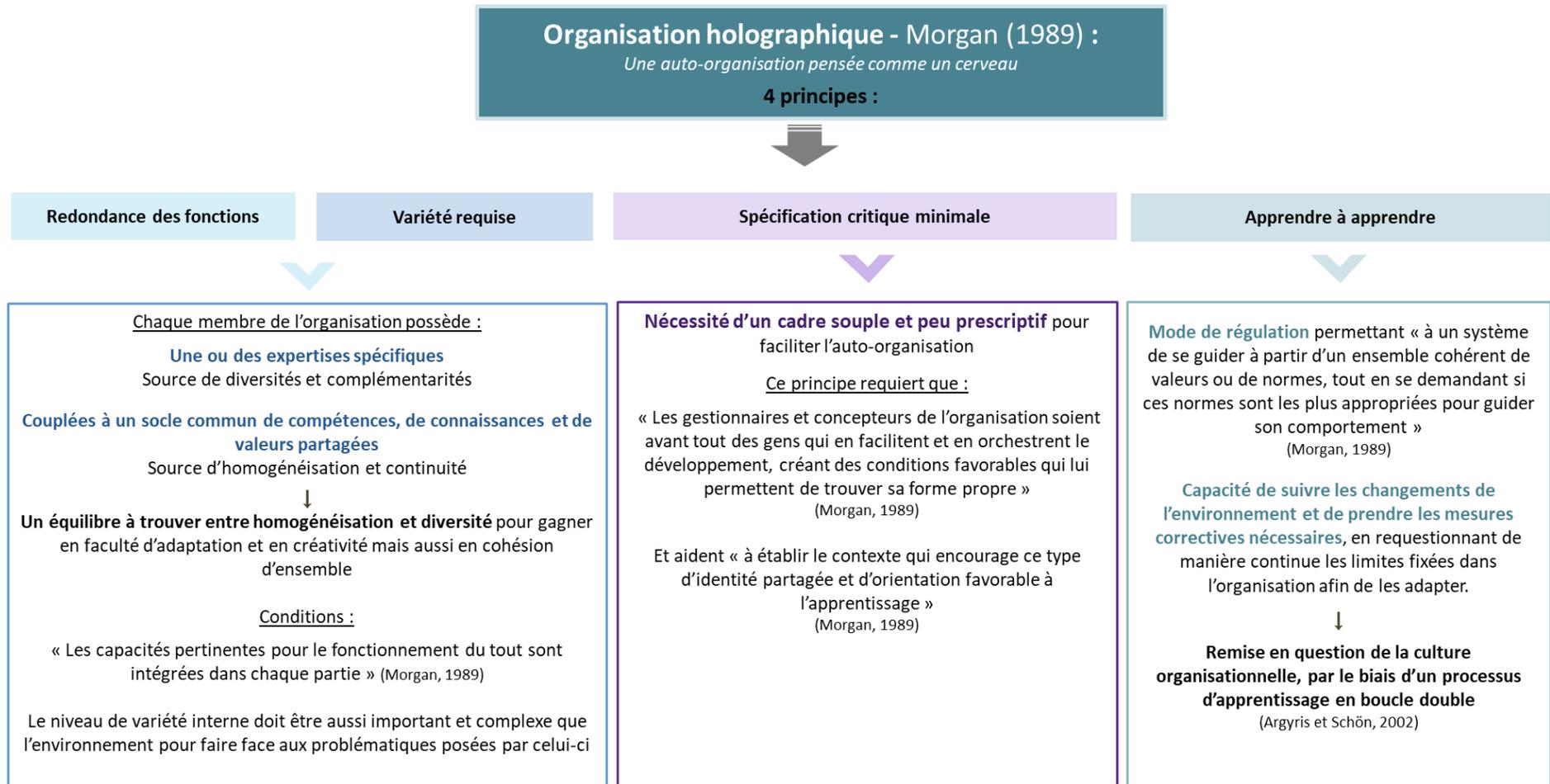
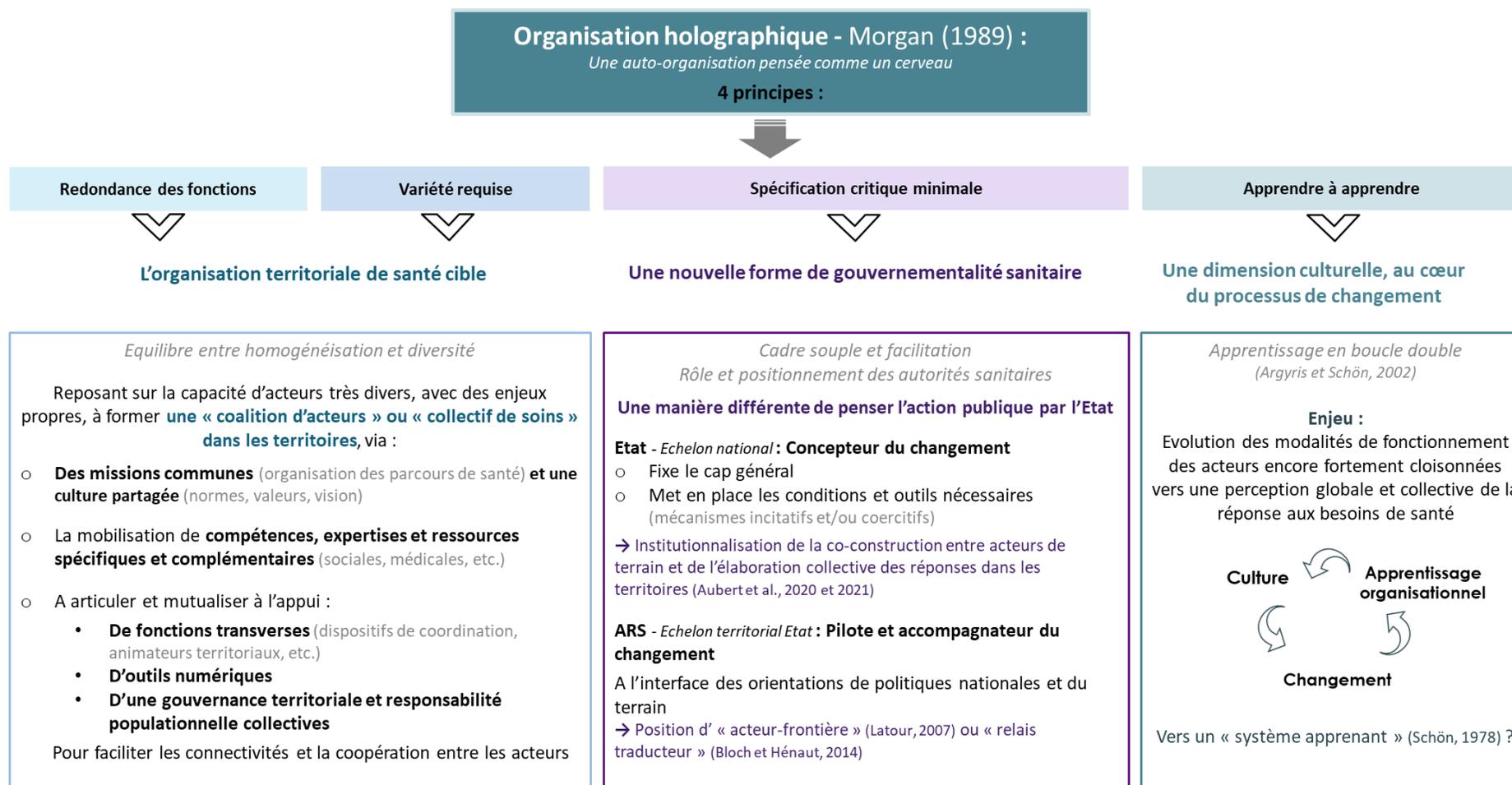


FIGURE 15 : DECLINAISON DU MODELE THEORIQUE DE MORGAN (1989) A L'ORGANISATION DE SANTE (2/2)



## Chapitre VI : La caractérisation du nouveau rôle des autorités sanitaires locales, dans ce modèle organisationnel

### Section 1 : La position charnière des autorités de santé régionales

Afin de poursuivre notre proposition de conceptualisation du système de santé à partir du modèle de Morgan, sous-tendue par l'approche parcours, nous allons à présent revenir plus précisément sur le choix affiché de l'Etat de déployer un mode alternatif de gouvernance de l'action publique en santé. Comme nous avons eu l'occasion de l'aborder dans la première partie de notre travail, Aubert et al. (2020, 2021) qualifient cette orientation de nouvelle forme de « gouvernamentalité sanitaire » (Cf. partie « territoire et gouvernance), que nous avons choisi d'associer au 3<sup>ème</sup> principe de Morgan : la « spécification critique minimale ». L'organisation holographique s'apparente, dans notre cas, à une forme d'auto-organisation territoriale régulée des acteurs de santé, en référence à l'alliance des principes de « redondance des fonctions » et « variété requise ». Ces deux principes créent des systèmes qui ont la capacité de s'auto-organiser. « Toutefois, pour que cette capacité puisse se matérialiser et prendre la bonne direction, il ne faut pas oublier deux autres principes d'organisation » (Morgan, 1989, p. 109) : « apprendre à apprendre » faisant référence à l'apprentissage en boucle double (Argyris et Schön, 2002) et la « spécification critique minimale » qui nous intéresse ici. Cette dernière fait tout particulièrement écho au rôle des concepteurs et accompagnateurs du changement, à savoir, les autorités sanitaires. Cela nous renvoie à l'enjeu contextuel et à la mise en place de conditions propices au déploiement du paradigme du parcours dans les territoires, fortement conditionné au positionnement des tutelles et au cadre défini par celles-ci. Dans cette configuration, l'Etat, au niveau national, semble endosser le rôle de concepteur du changement, tandis que les tutelles régionales, c'est-à-dire les ARS, en représentent les pilotes et accompagnateurs auprès des opérateurs de santé. Elles semblent être placées en première ligne pour incarner la posture renouvelée de l'Etat, occupant une position d'interface entre les politiques nationales et les territoires (ou dit autrement le « terrain »).

Comme nous l'avons abordé antérieurement, les ARS sont intrinsèquement liées à l'approche parcours dont elles ont la charge d'assurer la structuration et la mise en œuvre dans les territoires. Installées de manière effective depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2010 et issues de la fusion de sept entités, elles embrassent un vaste périmètre de missions allant de la prévention aux soins jusqu'à l'accompagnement médico-social, auquel s'ajoute la veille sanitaire. Elles incarnent l'aboutissement d'un long processus de régionalisation des politiques de planification de l'offre de santé, amorcé dès les années 70, et marque la position centrale de l'Etat en matière de régulation régionale. Les ARS doivent ainsi assurer la déclinaison des politiques de santé dans la région, dans une logique transversale et décloisonnée, inscrit dans le cadre d'un pilotage unifié des quatre secteurs représentés par l'hôpital, la médecine de ville, le médico-social et la santé publique. La création des ARS est, en parallèle, associée à un objectif d'amélioration de l'efficacité du système de santé et à un enjeu prégnant de maîtrise des dépenses. Néanmoins, malgré un large spectre de compétences et de responsabilités érigeant les ARS comme les pilotes du déploiement des parcours de santé dans la région, elles apparaissent, dans la réalité, entravées dans l'exercice de leur missions. En effet, elles détiennent rarement l'intégralité des cartes maîtresses du jeu et ne disposent pas de la maîtrise de l'ensemble des leviers d'actions qui leur seraient nécessaires. Ces derniers étant, dans de nombreux cas, partagés (comme avec les conseils

départementaux pour le secteur médico-social) ou à la main d'autres acteurs (citons l'exemple de l'Assurance maladie pour la médecine de ville), induisant une fragmentation des pouvoirs et des compétences. Ce qui représente un frein réel à leur potentielle capacité à opérer une transformation réelle du système de santé. De plus, elles se situent au carrefour de tensions historiques (antérieures et/ou liées à leur création-même) et d'un jeu complexe d'acteurs entre de nombreuses entités (Assurance Maladie, Directions d'administrations centrales de l'Etat, CNSA, Conseils départementaux, corps préfectoral, élus locaux, etc.), ne facilitant pas toujours les coopérations entre institutions. Les ARS semblent subir tout autant cette configuration tant horizontalement que verticalement, qu'en constituer une des parties prenantes. Par ailleurs, bien que symbolisant la territorialisation des politiques de santé de l'Etat, le contrôle et la centralisation opérés par le niveau national restent forts, l'ARS occupant une position hybride, voire ambiguë, entre autonomie théorique (en sa qualité d'agence dotée d'un statut d'Etablissement Public Administratif) et forte dépendance à l'administration nationale dans la pratique.

Nous l'avons vu, le parcours semble faire l'objet de l'instauration d'une nouvelle forme de gouvernabilité sanitaire, synonyme d'une conception renouvelée du rôle des autorités sanitaires, impactant, à première vue, fortement les ARS. Il s'agit, entre autres, d'accentuer la proximité de ces dernières et d'affermir leur liens avec les acteurs locaux et de santé. La stratégie retenue semble reposer sur une consolidation de leur ancrage territorial, via le renforcement de l'échelon départemental de l'ARS (représenté par les délégations départementales), et la réaffirmation du rôle majeur « d'animateur-facilitateur » des ARS. Ces dernières se voient soumises à une évolution de leur posture de tutelle de régulation vers celle de tutelle-partenaire, dans une logique de co-construction avec les parties prenantes des territoires et d'appui aux acteurs de santé. L'enjeu de cette évolution est également de gommer la perception communément admise selon laquelle les ARS constituent « un mastodonte technocratique » (MECSS, 2021, p. 7) fortement éloigné du terrain, d'autant plus renforcé depuis la réforme des régions en 2015, ayant conduit à une extension d'ampleur de leur périmètre géographique pour un certain nombre d'entre elles. Ce sentiment de distanciation des ARS du « terrain » ainsi que leur structuration bureaucratique caractéristique de l'organisation de l'administration publique française est, entre autres, à rapprocher du gigantisme de ces entités institutionnelles comparables à de véritables colosses. En effet, les ARS sont le fruit de deux changements d'envergure :

- En 2010, au moment de leur création : à travers la fusion de sept entités dont les ARS ont repris les missions ainsi que les personnels aux pratiques, modes de fonctionnement et identités professionnelles fortement disparates.
- En 2015, à peine 5 ans après leur naissance : via la fusion de plusieurs ARS ; leur effectif passant de 26 à 17 ARS aux périmètres géographiques considérablement étendus.

Ces premiers éléments contextuels, que nous aurons le loisir d'analyser de manière beaucoup plus fine lors de la phase d'enquête et de restitution des résultats, nous permet de mieux appréhender la position charnière et particulièrement complexe qu'occupent les ARS, illustrée au sein du tableau suivant :

TABLEAU 13 : "L'ENTRE-DEUX" DES ARS

Position de l'ARS	Éléments de précision	
<p><b>Entre gigantisme et proximité</b></p>	<p>« <b>Des mégastructures au périmètre d'action considérable</b> »            (MECSS, 2021, p. 13)            → Compétences et missions            → Périmètre géographique            ↓  <i>Perception des acteurs :</i>            Des ARS éloignées du « terrain »            Un « mastodonte technocratique » (Ibid., p. 7)</p>	<p>Renforcement de l'échelon départemental des ARS  <i>Séгур de la santé (2020)</i>            ↓  <b>Le levier des délégations départementales</b>            Pour renforcer la proximité et les liens avec les territoires</p>
<p><b>Entre unification et fragmentation du pilotage des politiques de santé régionales</b></p>	<p><b>Création des ARS : symbole de l'unification du pilotage des politiques de santé dans les territoires.</b></p> <p>↓</p> <p><i>Contexte actuel :</i>            Un écosystème politique et institutionnel :            - Aux enchevêtrements organisationnels complexes              - Aux tensions historiques            - Aux jeux d'acteurs et de pouvoirs prégnants            ↓            Fragmentation/éclatement des pouvoirs, des centres décisionnels et des compétences de régulation            Coopérations inter-institutionnelles parfois compliquées            ↓  <b>Des ARS entravées, ne disposant pas de la maîtrise de l'ensemble des leviers nécessaires à l'accomplissement de leurs missions.</b></p>	
<p><b>Entre autonomie et dépendance vis-à-vis de l'Etat national</b></p>	<p>Un positionnement ambigu            ↓  <b>Des ARS oscillant entre Agence et Service déconcentré de l'Etat</b>            ↓            Une marge de manœuvre limitée</p>	
<p><b>Entre centralisation et territorialisation des politiques de santé</b></p>	<p>Le territoire affiché comme un des piliers centraux de la transformation du système de santé            ↓  <b>Mais une centralisation de l'Etat au niveau national qui reste forte</b></p>	
<p><b>Entre logique d'intégration nationale et différenciation territoriale des politiques de santé</b></p>	<p><b>Entre action unifiée de l'Etat pour assurer le déploiement d'une politique nationale de santé</b>            Egalité de l'offre de santé (accès, qualité et niveau de service)            ↓  <b>Et adaptation aux spécificités et besoins locaux</b></p>	
<p><b>Entre les institutions nationales et les territoires</b></p>	<p><b>A la croisée de deux mondes sociaux</b>            ↓            Entre le marteau des directives et orientations nationales et l'enclume des acteurs locaux            ↓            Confrontation de la logique administrative/politique/réglementaire avec la logique de terrain</p>	

<p><b>Entre autonomie laissée aux acteurs de terrain</b> pour s'organiser dans les territoires <b>Et rôle d'autorité publique</b> (régulation et contrôle)</p> <p><b>&amp;</b></p> <p><b>Entre appui aux acteurs de terrain et co-construction</b> <b>Et rôle d'autorité publique</b> (régulation et contrôle)</p>	<p><i>Principe de la nouvelle gouvernamentalité sanitaire :</i> <b>Une nouvelle forme de « management » et de relations :</b> Favoriser l'autonomie des acteurs Proposer un cadre plus souple Faciliter les initiatives Faire confiance aux acteurs de terrain pour s'organiser Appuyer les acteurs</p> <p>...</p> <p>↓</p> <p><b>Tout en conservant une position de régulation/contrôle de l'Etat</b>, dans la mesure où il s'agit de mettre en œuvre des politiques publiques impliquant :</p> <p>↓</p> <p>L'usage de ressources publiques, la responsabilité de l'Etat, des engagements vis-à-vis de la population, un principe d'égalité en matière d'offre et d'accès à la santé, l'application de textes de lois, etc.</p>
<p><b>Entre modèle d'organisation bureaucratique</b> (au sens de Weber) <b>Et modèle d'organisation « en mode parcours »</b></p>	<p><i>Caractéristiques actuelles de l'ARS :</i> Cloisonnement des activités et division des tâches, organisation verticalisée, centralisation des décisions et compétences stratégiques au niveau du siège, faiblesse de l'échelon départemental, forte logique administrative, etc.</p> <p>↓</p> <p><b>Vers une organisation plus souple, décloisonnée et transversale</b> <b>caractéristique de l'approche parcours</b></p>
<p><b>Entre savoir-faire traditionnels</b> de l'administration publique <b>Et nouveaux savoir-être</b></p>	<p>Entre savoir-faire technique et procédural (profils juridico-administratifs)</p> <p>↓</p> <p>Et développement de savoir-être : capacités managériales, relationnelles et politiques, posture d'appui aux acteurs de santé, conduite de projets, etc.</p> <p>↓</p> <p><b>Rôle d'animateur facilitateur des ARS</b> <i>Séjour de la santé (2020)</i></p> <p>↓</p> <p><b>Appui sur le levier des Délégations départementales</b></p>

Ces « entre-deux » entre lesquels semble osciller l'ARS laissent percevoir de nombreux enjeux de nature certes différente mais reliés entre eux, traduisant tout à la fois :

- Un décalage entre le discours affiché et la réalité organisationnelle et politique.
- Une posture délicate d'équilibriste.
- La difficulté de trouver le « juste » emplacement du curseur entre deux « états ».
- La nécessité d'atteindre un niveau suffisant de complémentarité.

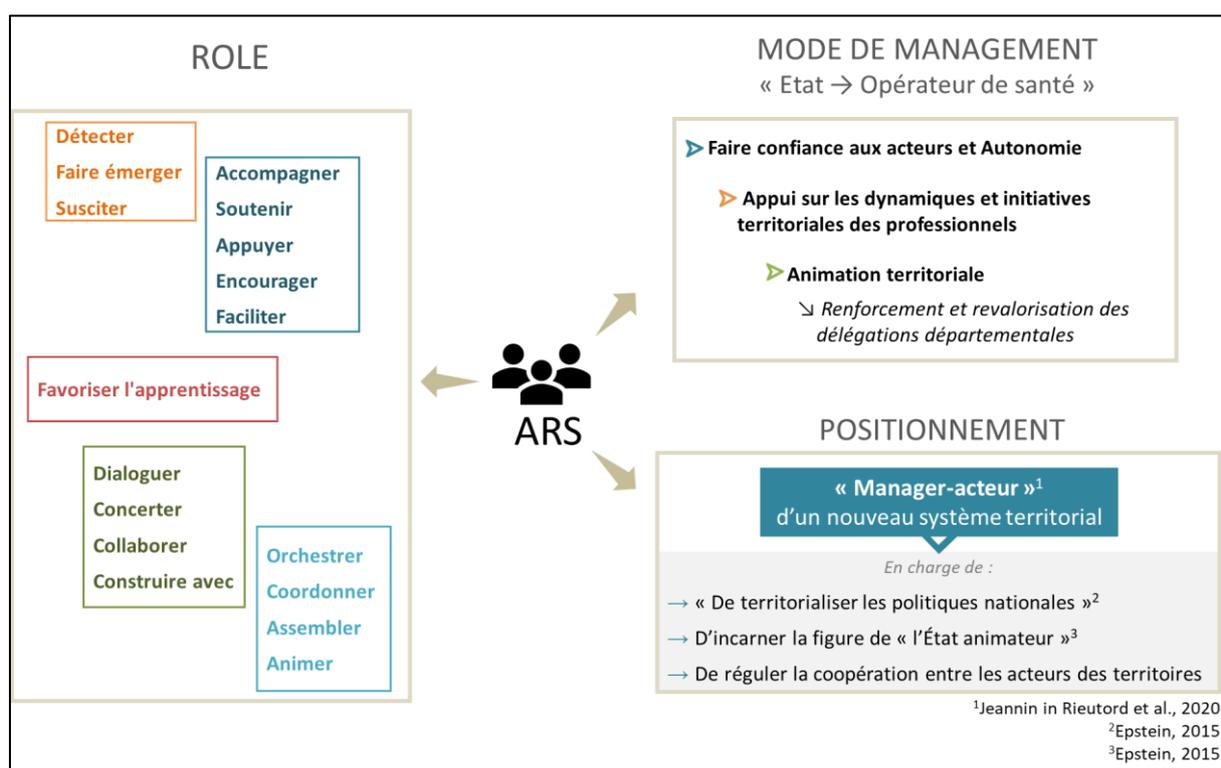
A ce positionnement composite, parfois flottant voire paradoxal, s'ajoute une remise en question de la légitimité des ARS. Ces dernières faisaient déjà l'objet de critiques mais celles-ci ont été particulièrement ravivées et exacerbées lors de la crise sanitaire du COVID. Leur capacité à assurer leur transformation, mais aussi à clarifier et affirmer leur positionnement, apparaît donc cruciale dans ce contexte. D'autant plus qu'elles se voient attribuer le rôle stratégique de pilote et accompagnateur du

changement dans les territoires en vue d'assurer le déploiement de la nouvelle organisation de santé, selon l'approche parcours.

## Section 2 : Une tentative d'esquisse du nouveau rôle des ARS, à travers le 3<sup>ème</sup> principe du modèle d'organisation holographique

Afin de commencer à esquisser le nouveau rôle de l'ARS, nous nous sommes appuyés comme point de départ de notre réflexion sur la réalisation d'une synthèse des premiers éléments dont nous disposons et mis en exergue dans notre chapitre consacré à la gouvernance et au territoire. Nous avons opté pour une représentation schématique. L'accent est mis sur le rôle, le mode de management et le positionnement « affichés » et visés des ARS dans les discours et documents officiels (stratégie nationale de santé, projet régional de santé de l'ARS Ile-de-France, Ségur de la santé, etc.) depuis les années 2010, correspondant à la généralisation du paradigme du parcours dans les politiques de santé.

FIGURE 16 : UNE CONCEPTION RENOUVELEE DU ROLE DES AUTORITES SANITAIRES AUPRES DES ACTEURS DE SANTE DANS LES TERRITOIRES



Source : Partie I – Chapitre IV « Territoire et gouvernance »

Comme nous avons pu le décliner tout au long de nos propos, « optimiser les parcours de santé dans les territoires est un objectif ambitieux qui ne peut se résumer à la description et à l'application de parcours standardisés » (Bloch et al., in Louazel et al., 2018, pp. 270-271). L'approche parcours incite, plus fondamentalement, à une transformation dans la manière de penser l'accompagnement des personnes ; la place de ces dernières faisant l'objet d'une nouvelle conception. L'utilisateur-patient se voit positionner au centre du système de santé où il constitue un acteur à part entière de sa prise en charge. Cela conduit à une évolution profonde à la fois des pratiques et modes de fonctionnement des acteurs mais aussi de l'organisation du système de santé dans son ensemble qui doit, par ailleurs, s'articuler

autour d'une responsabilité populationnelle partagée au sein des territoires. Dans ce contexte, les ARS apparaissent comme « des acteurs régulateurs naturels de ces transformations » (Bloch et al., in Louazel et al., 2018, pp. 270-271). A ce titre, elles doivent :

- « **Concevoir la transversalité des parcours** en co-construisant un schéma cible d'organisation des professionnels dans les territoires de santé, avec leurs partenaires » (Ibid.). Ce dernier est alors déployé opérationnellement par les acteurs de santé « qui doivent autant que possible être force de proposition, en mettant en oeuvre des dispositifs et des processus (système d'information partagé, protocoles pluri-professionnels, formation interprofessionnelle...) qui leur permettent de travailler différemment et d'optimiser ainsi les parcours » (Ibid.).
- « **Organiser un nouveau mode de coopération** avec les acteurs dans les territoires de santé, qui doit se développer dans le cadre d'une gouvernance partagée » (Ibid.), à un niveau opérationnel et à un niveau stratégique permettant d'associer l'ensemble des parties prenantes : allant des opérateurs de santé aux décideurs et financeurs institutionnels (conseils départementaux, assurance maladie, unions régionales des professionnels de santé, représentants des usagers, élus locaux, etc.).

Pour décliner cette nouvelle approche transversale et coopérative, plusieurs leviers semblent retenus :

- **La co-construction** impliquant :
  - D'une part, la mise en place « d'un système d'ordre négocié » (Lascoumes et Le Galès, cité dans Aubert et al., 2020) où l'Etat devient une tutelle-partenaire des acteurs locaux, incitant à l'instauration de pratiques collaboratives avec et entre ces derniers.
  - D'autre part, la nécessité d'un apprentissage collectif (en référence au 4<sup>ème</sup> principe de Morgan) en vue de créer un cadre de références commun à cette nouvelle configuration relationnelle.
- **La souplesse et l'autonomie**, reposant sur une marge de manœuvre laissée aux acteurs dans les territoires « afin qu'ils puissent prendre des initiatives adaptées à leurs réalités et besoins et convertir le cadrage régional et départemental en plan d'action » (Bloch et al., in Louazel et al., 2018, pp. 270-271).
- **La définition d'un sens commun**, basé « sur une même compréhension de « là où nous allons ensemble », rendue difficile par la multiplication des dispositifs et mesures nationales. Il s'agit [...] de donner du sens à la politique de l'ARS, ce qui suppose des compétences particulières en communication et en animation ainsi que des espaces d'échanges adaptés » (Ibid.).

Dans ce cadre, le cheminement de Morgan nous amène vers une piste qui nous semble originale pour tenter de penser autrement le cadre fixé aux acteurs pour réguler leur action, tout en favorisant leur autonomie et en conciliant l'enjeu d'un management par le sens. En vue de nourrir sa réflexion, Morgan s'inspire du modèle japonais où l'action des acteurs de l'organisation est guidée, non pas par des objectifs explicites et des attendus précis, mais par un ensemble de valeurs qui forme une ligne conductrice et encadrée par des limites permettant de définir un espace circonscrit au sein duquel un ensemble d'actions s'avère possible. D'après les japonais, les objectifs « émergent d'un processus plus fondamental d'exploration et de compréhension des valeurs qui guident ou devraient guider le fonctionnement d'une entreprise [...]. Une action choisie dans cet ensemble ne sera pas

nécessairement la meilleure, mais elle répondra aux critères jugés essentiels à la réussite » (Morgan, 1989, pp. 99-101).

L'élaboration d'un cadre de références par valeurs pour guider l'action rejoint, selon nous, la question du sens. Ce qui peut s'avérer un levier particulièrement fédérateur pour des acteurs de santé dont le métier est avant tout tourné vers le soin et l'accompagnement des personnes. De plus, cela permet de réfléchir à la définition d'un cadre plus souple et moins mécaniste, à travers la détermination d'une zone d'actions dans laquelle les acteurs auront la capacité et la liberté d'évoluer ; régulée par un système commun de valeurs et de limites. Cela reste conditionné, en revanche, par la capacité des autorités sanitaires, en lien avec les parties prenantes, à réinterroger régulièrement la pertinence de ces valeurs et normes en vigueur, en fonction de l'évolution de l'environnement et de la stratégie. Cela fait le lien avec le principe « Apprendre à apprendre », promouvant l'instauration d'une dynamique continue et intégrée d'apprentissage en boucle double (Argyris et Schön, 2002).

A partir de ces éléments, nous pouvons tenter de modéliser le rôle de l'ARS qui serait alors de :

- « Favoriser la « stimulation de l'exploration collective » (Cazin, 2017, cité dans Aubert et al., 2020) entre acteurs dans les territoires. Cela signifie, entre autres, de favoriser l'interconnaissance, le dialogue et la mise en lien entre des acteurs appartenant à des cultures différentes, en les fédérant autour d'un objet commun (le parcours patient), apporter du sens et mettre en place des zones de confrontations des idées et des points de vue, permettant en même temps la régulation de conflits éventuels.
- Instaurer une base propice à l'émergence d'une telle démarche, c'est-à-dire un cadre à la fois souple et suffisamment flexible, tout en apportant un socle minimal de structuration.
- Accompagner la mise en œuvre opérationnelle des résultats issus de cette exploration collective, devant aboutir à une réelle réorganisation territoriale des acteurs de santé » (Borel, in Courie-Lemeur (dir.), 2023), et créer les conditions nécessaires à l'appropriation par les acteurs de terrain.
- « Faciliter le rapprochement entre politiques publiques nationales et problématiques de terrain.
- Être garant d'une forme de cohérence d'ensemble, au niveau local, mais aussi au regard des orientations nationales » (Ibid.).

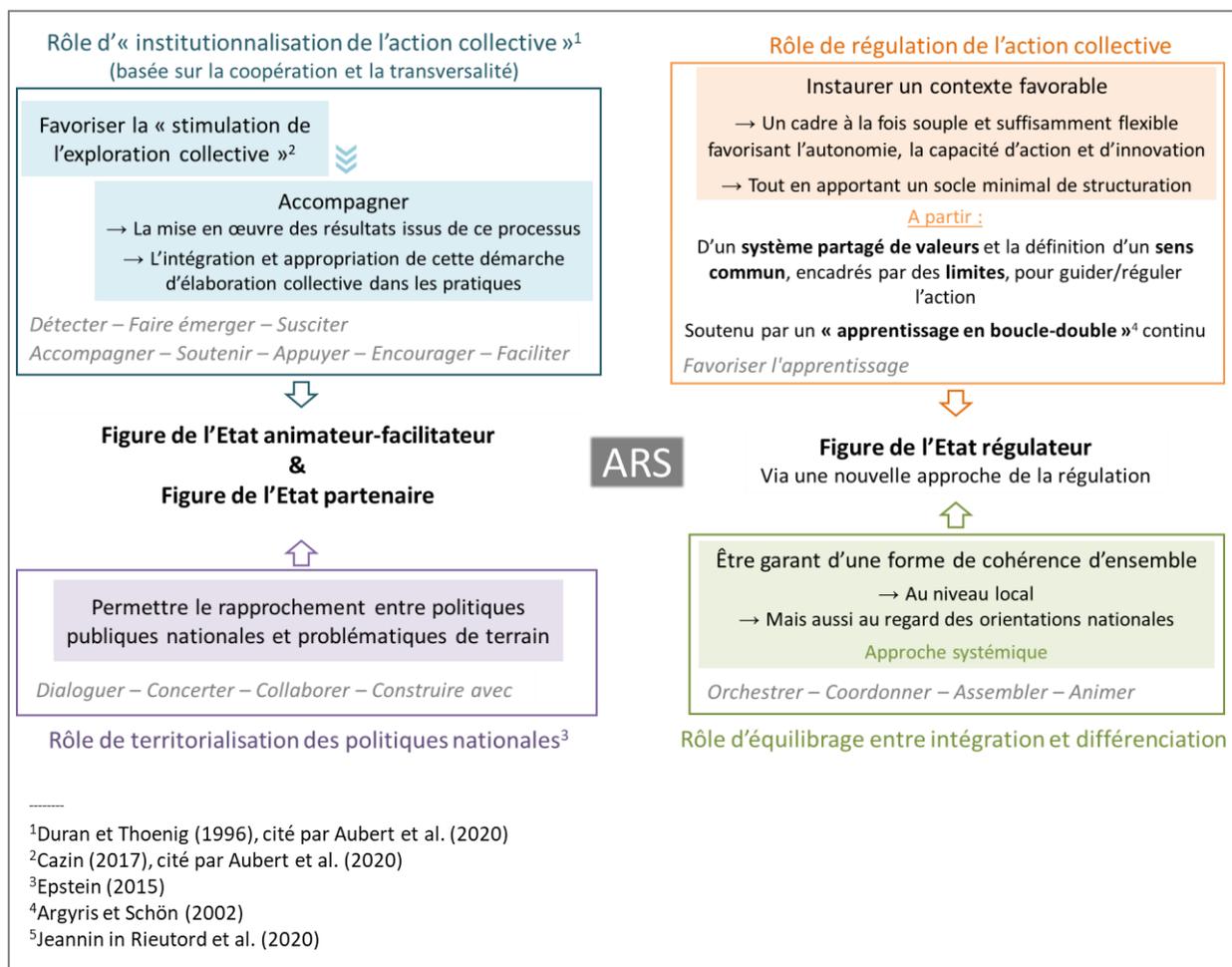
Les ARS se voient revêtir un rôle de facilitateur et, de manière plus stratégique encore, « d'institutionnalisation de l'action collective » (Duran et Thoenig, 1996, in Aubert et al., 2020). L'Etat institutionnalise les notions de co-construction et de discussion avec et entre les acteurs de terrain, d'élaboration et structuration collectives des réponses afin de faire face aux problématiques organisationnelles des territoires. Les notions de co-construction, de coordination transversale et de coopération doivent devenir les nouvelles normes de fonctionnement ancrées dans les cultures organisationnelles des acteurs de santé mais aussi des tutelles, dans le cadre du paradigme du parcours.

Mais pour se faire, les ARS doivent elle-même engager une transformation de leurs pratiques et de leurs organisations ; l'ARS Ile-de-France ayant d'ailleurs intitulée sa stratégie de changement interne : « se transformer pour transformer », traduisant de manière explicite l'hypothèse selon laquelle le propre changement des autorités sanitaires conditionne le changement des acteurs de santé dans les

territoires. Or, nous l'avons vu, les ARS « se heurtent encore à de puissants obstacles, à la fois en leur sein et dans les territoires de santé » (Bloch et al., in Louazel et al., 2018, pp. 270-271). En effet, au regard des éléments mis en exergue dans le tableau ci-dessus, « un cap important reste à franchir car il apparaît que le fonctionnement de l'ARS s'inscrit dans une structure de type bureaucratique, encore fortement cloisonnée et verticalisée à ce jour. De plus, au-delà des savoir-faire techniques inhérents au fonctionnement des ARS, ces nouvelles missions posent la question de l'évolution des compétences : les savoir-faire techniques, jusqu'ici prépondérants, doivent aujourd'hui se combiner avec le développement de compétences relationnelles (voire politiques) davantage basées sur des savoir-être » (Borel, in Courie-Lemur (dir.), 2023). De plus, au sein même des territoires, « les acteurs sont cloisonnés et difficiles à mobiliser. La culture de collaboration est émergente et les patients sont peu acteurs de leur prise en charge » (Bloch et al., in Louazel et al., 2018, pp. 270-271).

Notre modèle théorique d'auto-organisation régulée des acteurs (de type holographique) prend donc place dans ce contexte, impliquant un changement de paradigme pour l'Etat et les acteurs de terrain. Celui-ci se caractérise par une évolution de la place et des fonctions de chacun dans le système ainsi que des interrelations Etat/acteurs de terrain. Au regard de ces éléments, cela nous amène, à présent, à proposer une première modélisation théorique du rôle des ARS nous permettant d'identifier trois figures de l'Etat, semblant se combiner pour caractériser le nouveau positionnement des ARS. Le schéma ci-dessous en propose une représentation :

FIGURE 17 : PRINCIPE DE "SPECIFICATION MINIMALE" (MORGAN, 1989) APPLIQUE A L'ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTE, DANS LE CADRE DE L'APPROCHE PARCOURS : ROLES ET FIGURES DE L'ETAT



L'ARS devient, dans ce modèle, un « manager-acteur » d'un nouveau système territorial :

- **Un manager** incarné par les figures de :
  - **L'Etat animateur-facilitateur** qui suscite l'émergence de dynamiques territoriales, mais aussi qui appuie et accompagne les acteurs de santé dans leurs projets et initiatives, tout en œuvrant à la diffusion de nouvelles pratiques.
  - **L'Etat-régulateur**, fondé, dans le cadre du modèle holographique de Morgan, sur une nouvelle approche de la régulation prenant appui :
    - D'une part, sur l'adoption d'une approche systémique de l'organisation territoriale de santé afin d'assurer la cohérence d'ensemble et une adéquation pertinente entre intégration et différenciation
      - ↳ *En lien avec les principes de redondance des fonctions et variété requise*
    - Et d'autre part, sur le recours à une démarche d'apprentissage collectif en boucle-double permettant une forme d'auto-régulation du système, à partir d'un socle commun de normes, valeurs et limites, régulièrement réinterrogées afin de les adapter et s'assurer de leur pertinence, au regard de l'évolution de l'environnement.
      - ↳ *En lien avec le principe apprendre à apprendre*
- **Un acteur incarné par la figure de l'Etat partenaire** qui « fait avec » les acteurs locaux.

## Chapitre VII : Un double changement (culturel) à engager pour les ARS : Accompagner le changement tout en impulsant sa propre transformation

### Section 1 : Un changement au carrefour de deux logiques : entre changement prescrit et changement construit

Suite à la conceptualisation d'un modèle d'organisation territoriale cible des acteurs de santé (sur la base des principes de la « redondance des fonctions » et de la « variété requise ») et du rôle des concepteurs et accompagnateurs du changement, en lien avec la définition d'un cadre propice (à partir du principe de la « spécification critique minimale »), une nouvelle interrogation émerge à présent dans le fil de notre raisonnement. Comment appréhender le processus de changement ?

L'identification du type de changement auquel nous faisons face nous apporte un premier éclairage. Autissier et Moutot (2003, p. 93) ont établi une typologie du changement, en fonction de son rythme (progressif ou brutal) et de son intentionnalité (imposé ou volontaire), leur permettant de distinguer quatre modèles distincts :

TABLEAU 14: TYPOLOGIE DES TYPES DE CHANGEMENT

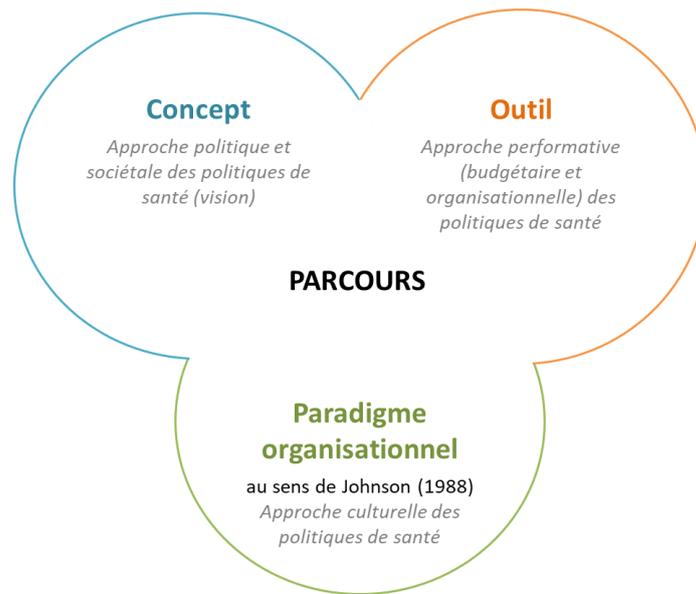
<b>Progressif</b>	<p><b>Changement prescrit</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Réponse à des contraintes de l'environnement (réglementaire, technologique, etc.)</li> <li>✓ 12 à 36 mois</li> </ul>	<p><b>Changement construit</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Evolution de l'organisation qui amène à changer les manières dont les acteurs se représentent leur entreprise</li> <li>✓ 1 à 10 ans</li> </ul>
	<p><b>Brutal</b></p>	<p><b>Changement de crise</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Solution à un dysfonctionnement</li> <li>✓ 1 jour à 3 mois</li> </ul>
	<b>Imposé</b>	<b>Volontaire</b>

Source : Autissier et Moutot (2003)

Dans notre cas, nous positionnons le changement au carrefour de deux approches : entre changement prescrit et changement construit. Dans les deux configurations, nous constatons qu'il s'agit d'un changement progressif. Pour rappel, les tentatives de réformes impulsées pour transformer le système de santé ont été nombreuses par le passé et celles conduites plus spécifiquement sous l'égide du parcours ont véritablement débuté à partir des années 2010, correspondant à la période de sa généralisation dans les politiques de santé, et se poursuivent encore à ce jour. Ainsi, malgré la crise COVID et la prégnance actuelle des problématiques auxquelles se trouve confronté le système de santé, nous ne saurions parler d'un changement au rythme brutal.

En revanche, son intentionnalité semble s'articuler entre logique prescriptive et logique de co-construction. Ce changement, que nous circonscrivons au déploiement de l'approche parcours dans les territoires, répond à des contraintes de l'environnement (évolution des besoins de santé et de prises en charge, des attentes de la société, du contexte financier, etc.) imposant d'opérer des réformes. Cela se traduit notamment par des mesures coercitives, à travers la législation, la réglementation ou des outils budgétaires. Nous nous situons donc dans la perspective d'un changement prescrit. Mais dans le même temps, au regard de la nouvelle forme de gouvernabilité sanitaire initiée par l'Etat, sa déclinaison opérationnelle semble reposer sur un principe d'élaboration collective avec et entre les acteurs de santé. Bien que certaines mesures s'imposent aux acteurs (tels que le regroupement des établissements hospitaliers au sein de GHT ou encore la fusion des dispositifs de coordination et d'appui au parcours au sein de structures uniques : les DAC), la main leur est laissée pour s'organiser dans les territoires, privilégiant des projets construits collectivement entre les acteurs. De plus, d'autres mesures relèvent uniquement de l'incitatif. C'est notamment le cas des CPTS visant à favoriser le développement de l'exercice collectif des professionnels de santé de ville. Autissier et Moutot (2003, p. 95) précisent que, dans le cadre d'un changement construit, la conduite de celui-ci relève davantage d'une méthodologie de gestion de projet, marquée par la volonté de faire partager les objectifs et les actions à un grand nombre d'acteurs en vue de rechercher leur adhésion et leur participation. Ils ajoutent que ce type de changement « concerne généralement des changements de culture ou des manières de penser son activité ». C'est effectivement ce qui semble, entre autres, visé par les pouvoirs publics, à travers l'usage du parcours représentant, comme nous l'avons vu, une notion hybride positionnée à l'interface du concept, de l'outil et du paradigme organisationnel, au sens de Johnson (1988).

FIGURE 18 : LE PARCOURS, UNE NOTION HYBRIDE



Chacune de ces trois facettes ne sont pas isolées les unes des autres mais sont, au contraire, fortement imbriquées. Néanmoins, au regard du type de changement auquel nous avons affaire et des premiers paramètres exposés à ce stade, nous souhaitons plus particulièrement nous focaliser sur le recours au parcours en tant que paradigme organisationnel.

## Section 2 : Une approche culturelle du changement, à travers le paradigme du parcours

Tout au long de notre propos, nous avons régulièrement fait mention de la variable culturelle comme constituant un paramètre majeur de l'évolution du système de santé à prendre en compte. Nous avons pointé la nécessité d'agir sur les aspects symboliques (valeurs, identités professionnelles, postures, pratiques, etc.) des acteurs, tout autant que sur les structures organisationnelles et de gestion. Le tableau ci-dessous nous permet de revenir sur ces éléments, sur lesquels nous prendrons appui pour poursuivre notre cheminement :

TABLEAU 15 : SYNTHÈSE DES ÉLÉMENTS ORIENTANT LE CHOIX D'UNE APPROCHE DU CHANGEMENT SOUS L'ANGLE CULTUREL

Items	Éléments d'analyse
<p><b>Le parcours comme paradigme organisationnel</b></p> <p>↓</p> <p>Au sens de Johnson (1988)</p>	<p><b>Définition</b></p> <p>« Ensemble des croyances et des hypothèses répandues dans l'organisation [...], qui joue un rôle central dans l'interprétation des stimuli environnementaux et dans la configuration des réponses stratégiques pertinentes pour l'organisation » (Johnson, 1988, p. 84)</p> <p>↓</p> <p>Correspond aux « <b>schémas de pensée implicites qui donnent du sens et orientent les comportements</b> » (Johnson et al., 2017, p. 209).</p> <p>↓</p> <p><b>Le noyau dur situé au sein d'une « trame culturelle »</b> reliant aspects symboliques, structures et système de gestion » (Laroche et Nioche, 1998, p. 351).</p>

	<p><b>Usages dans les politiques de santé</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Support pour la construction d'une conception renouvelée du système de santé et de son organisation</li> <li>- Porteur d'une vision et de valeurs nouvelles</li> </ul> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;"><b>Le parcours doit devenir le nouveau paradigme au centre de la culture organisationnelle des acteurs de santé et des tutelles</b></p> <p style="text-align: center;">La co-construction, la coordination transversale et la coopération comme nouvelles normes de fonctionnement</p> <p><b>Implications sur l'orientation du changement</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Agir sur les aspects symboliques</b> (valeurs, identités professionnelles, postures des acteurs)</li> <li>- <b>Tout autant que sur les organisations et les structures</b></li> <li>- Mettant l'accent sur leur étroite interdépendance et sur la dimension avant tout humaine de l'organisation</li> </ul>
<p><b>Contexte culturel dans lequel prend place le changement</b></p>	<p>→ <b>Des cultures et rationalités propres</b> à chaque catégorie d'acteurs, secteurs, strates et sous-systèmes de l'organisation de santé.</p> <p>→ <b>Un sentiment d'appartenance qui repose jusqu'à présent sur « le corporatisme</b> (« on est éducateur, médecin, psychologue, infirmier, assistant social, kinésithérapeute, etc. ») <b>mais également sur le communautarisme</b> (« on fait partie d'une équipe, d'un établissement, d'une unité, d'un groupe de vie ») » (Loubat, 2013, p. 13).</p> <p><b>Impliquant</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Des confrontations culturelles, voire des oppositions</li> <li>- Le maintien des cloisonnements</li> <li>- Autant de manière de voir et penser le système de santé</li> </ul> <p><b>Renforcés par l'organisation et le positionnement de l'administration publique en charge du pilotage</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fragmentation des compétences de régulation (nombreux donneurs d'ordre et financeurs), faible coordination inter-institutions voire des formes de concurrence, fonctionnement en silo, enchevêtrement organisationnel complexe et peu lisible...</li> <li>- Faisant obstacle à la définition d'une stratégie et d'une vision unifiées et partagées.</li> </ul>
<p><b>Impacts culturels du changement</b></p>	<p><b>Un changement qui impacte à la fois</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Les acteurs de santé dans les territoires</b> : Vers un fonctionnement en réseau et une logique collective</li> <li>- <b>Les tutelles</b> : Vers une redéfinition de leurs rôles, positionnement et rapports aux acteurs, dans le cadre d'une nouvelle forme de gouvernamentalité sanitaire (Aubert et al., 2020)</li> </ul> <p><b>Une culture qui doit être en phase avec la stratégie, questionnant :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les compétences, pratiques et métiers</li> <li>- Les valeurs et normes de fonctionnement</li> <li>- Les appartenances historiques de chacun des acteurs</li> <li>- Les comportements en termes de modalités relationnelles des acteurs et de postures</li> <li>- La structure de l'organisation de santé et de ses sous-systèmes</li> <li>- Etc.</li> </ul>

	<p><b>Deux niveaux d'impacts :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Evolution des sous-cultures individuelles</li> <li>- Construction d'une culture macro commune</li> </ul>
<p><b>Perspective d'approche adoptée pour analyser le changement</b></p>	<p><b>Un changement de l'organisation du système de santé</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Reposant sur « la transformation des personnes qui la composent</b>, ou plus exactement des rapports qu'elles ont entre elles, et du système de règles, d'échanges et de coutumes » (Crozier, 1994, pp. 201-202).</li> <li>- Positionnant l'humain comme la ressource fondamentale du système</li> <li>- Appréhendée comme « un ensemble de relations organisées avec une culture » (Ibid., pp. 31-32)</li> </ul> <p style="text-align: center;">↓</p> <p><b>L'évolution de la culture organisationnelle comme une dimension intrinsèque du changement</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Agir sur l'humain pour agir sur l'organisation</b></p> <p>Mise en place d'une nouvelle organisation humaine, dont la réussite est conditionnée par l'aptitude des acteurs à réinterroger leurs cadres de références, collaborer ensemble et à mutualiser leurs compétences respectives</p>
<p><b>Mobilisation de la variable culturelle dans le modèle de Morgan</b></p>	<p><b>Redondance des fonctions</b></p> <p>Une vision, des valeurs et des pratiques partagées : une culture commune à tous      ↘ <i>Pour assurer la cohésion et l'homogénéité du système</i></p> <p><b>Spécification critique minimale</b></p> <p>Mise en place d'une forme d'auto-organisation territoriale « maîtrisée » basée sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Une autonomie laissée aux acteurs de santé pour s'organiser dans les territoires</li> <li>- Régulée par un cadre de références par valeurs et un sens commun pour guider et encadrer leur action</li> </ul> <p>↘ <i>Une nouvelle approche de la régulation et du pilotage par les tutelles</i></p> <p><b>Apprendre à apprendre</b></p> <p>2 enjeux :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>La conduite du changement</u> : Faire évoluer la posture des acteurs        ↘ <i>D'une logique individuelle en silo, par structures, par secteurs, par politiques ou institutions à une perception globale et collective de la réponse aux besoins : une logique en réseau</i></li> <li>- <u>En routine</u> : Développer la capacité du système à réinterroger en continu son cadre de références (valeurs, normes) pour s'assurer qu'il s'avère toujours adapté        ↘ <i>Une forme de système apprenant (Schön, 1978)</i></li> </ul> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;"><b>Agir sur les fondements culturels des acteurs</b></p>

Bien que relevant tous du monde de la santé, chacun des acteurs a forgé son propre système de valeurs associé à des structures organisationnelles, de gestion et de pouvoir spécifiques. Cela est notamment généré par l'appartenance à des métiers (identités professionnelles), communautés, structures, secteurs (sanitaire, médico-social, social) ou encore espaces (Ville et Hôpital) différents, mettant en lumière la présence de différentes sous-cultures qui se côtoient au sein de l'écosystème de la santé. Ce phénomène se retrouve souvent dans les organisations où « de nombreux systèmes de valeurs sont en concurrence, et composent une mosaïque de réalités organisationnelles plutôt qu'une culture d'entreprise uniforme » (Morgan, 1989, p. 138), potentiellement source de clivages et de difficultés de communication. Dans le système de santé, l'émergence et l'installation de ces sous-cultures sont aussi intensifiées par les politiques de l'Etat et la fragmentation du pilotage du système de santé par les

autorités sanitaires. Cela nous rappelle la « métaphore de la citadelle », désignant « des normes, valeurs, routines et discours qui sont distinctifs et qui [...] rendent la coordination et la collaboration difficiles, si ce n'est impossible » (Hatch et Cunliffe, 2009, pp. 225-226) entre les membres d'une organisation. Au regard du changement conduit sous l'égide du parcours, la mise en place en place des conditions nécessaires pour le développement d'une culture dite forte (Chatman et Cha, 2003) caractérisée par « la présence d'un accord sur les valeurs communes et par l'intensité avec laquelle ces valeurs sont défendues », apparaît centrale. Le principe de la redondance des fonctions précise, à ce titre, que « les capacités pertinentes pour le fonctionnement du tout sont intégrées dans chaque partie » (G Morgan, 1989), pouvant, entre autres, se matérialiser par la définition d'un système de valeurs et normes partagées, ainsi qu'un sens commun qui va guider l'action collective des acteurs et assurer la cohésion du système. Par ailleurs, le paradigme du parcours appelle à une conception nouvelle du système de santé, invitant à penser autrement son organisation, la place des patients ou encore les rapports entre les acteurs. Parallèlement à l'enjeu collectif de construire une trame culturelle commune, apparaît un enjeu de nature plus individuelle venant requestionner et mettre en confrontation les cultures respectives de chacune des parties prenantes. Cela fait également écho au principe de « spécification critique minimale » où l'État doit se positionner en facilitateur de ces évolutions en faisant évoluer son propre paradigme.

La culture se voit alors positionnée comme un élément prépondérant, représentant à la fois :

- « Un élément contextuel de ce changement qu'il convient de prendre en compte dans la manière de penser et de conduire celui-ci. Johnson et al. (2017) et Pettigrew (Autissier et al., 2018) mettent en évidence la nécessité d'une analyse des forces culturelles en présence, mais aussi « l'intérêt d'une démarche se basant sur l'histoire de l'organisation, dans l'étude du changement stratégique et organisationnel » (Ibid., p. 300).
- L'épicentre de ce changement qui, selon Bernoux, est « une opération qui n'a de consistance que dans la mesure où elle aboutit à modifier les règles du jeu entre acteurs, c'est-à-dire le système de relations dans l'organisation » (Bernoux, 2010, p. 101) ; impliquant, de ce fait, un apprentissage. Mais, « la difficulté vient de ce que l'apprentissage de la nouvelle pratique sociale se fait à l'intérieur de l'ancienne, de ce qu'il faut inventer des relations différentes dans un système qui vit une certaine pratique » (Bernoux, 1985, pp. 200-201) ; pointant ainsi l'importance sur la manière dont est conduit et accompagné le changement, c'est-à-dire le processus de changement » (Borel et Cenard, 2022).

Dans ce cadre, le 4<sup>ème</sup> principe de Morgan « apprendre à apprendre » semble nous fournir un support intéressant pour appréhender le processus de changement. Comme nous l'avons mentionné en amont, ce principe s'appuie sur la capacité du système à réinterroger la pertinence de ses valeurs et normes de fonctionnement pour s'assurer de leur adéquation aux besoins et à l'environnement, et le cas échéant les adapter. La conduite du changement s'apparente alors, au regard de ce principe, à une démarche d'apprentissage organisationnel en « double-boucle » (Argyris et Schön, 2002). Dans cette optique, il s'agit de créer les conditions favorables à une remise en question des cadres de références culturels au sein de l'organisation et à l'établissement de nouveaux modes de relations (Borel et Cenard, 2022) en vue :

- Dans une première phase, d'atteindre le modèle cible d'organisation territoriale de la santé, à travers l'appropriation du paradigme du parcours au sein des cultures organisationnelles des parties prenantes.

- Dans un second temps, d'évoluer vers un « système apprenant » (Schön, 1978) doté de la capacité à évaluer en continu la validité des valeurs et normes qui constituent son paradigme, intégrée dans les routines des acteurs.

La culture est alors vue « comme un « processus vivant » (Bernoux, 2010, p. 56) et évolutif, « en construction et reconstruction permanentes » (ibid., p. 57) » (Borel et Cenard, 2022). « Le management prend également tout son sens dans la mesure où l'enjeu sera d'identifier les leviers susceptibles de favoriser l'émergence d'un cadre propice permettant de réinterroger les pratiques et les perceptions préexistantes » (Ibid.).

Cette approche du changement place ainsi la culture à la base du diagnostic et de l'action (Argyris et Schön, 2002), au sein de la conduite d'une transformation organisationnelle, où la ressource humaine est située au centre. La culture est ainsi appréhendée comme « une grille de lecture de cette « société humaine » particulière » (Thévenet, 2017, p. 44) » (Borel et Cenard, 2022) que constitue l'organisation. L'apprentissage en boucle double, quant à lui, vient se situer au cœur du processus de changement à conduire, mettant l'accent sur l'enjeu d'évolution des schémas culturels des parties prenantes pour agir sur l'organisation du système de santé, venant former un triptyque « Culture – Changement – Apprentissage ».

### Section 3 : Un processus de changement envisagé à travers l'apprentissage en boucle double (Argyris et Schön, 2002).

L'analyse des mécanismes d'apprentissage selon l'approche d'Argyris et Schön (2002), reliée au 4<sup>ème</sup> principe de l'organisation holographique de Morgan distinguant « apprendre » et « apprendre à apprendre », nous a conduit à prolonger notre réflexion relative à la qualification du changement à l'œuvre. Nous savons, à ce stade, que cette modélisation de l'apprentissage fait apparaître deux niveaux :

- **L'apprentissage en boucle simple.** Il consiste à agir « uniquement » sur les stratégies d'action de l'organisation à travers la définition de nouvelles orientations ou l'adaptation des objectifs par exemple. Mais celle-ci reste pensée en cohérence avec le schéma culturel en usage, préservant le cadre actuel des valeurs et normes de fonctionnement. Cela peut constituer un frein important dans un environnement complexe et instable nécessitant une adaptation permanente. En effet, lorsque les mesures définies par les normes ne sont plus adaptées pour répondre aux changements ou aux modifications, « « l'intelligence du système » tombe en panne car la rétroaction négative [principe cybernétique assimilable à l'apprentissage en boucle simple] essaie de conserver un modèle de comportement qui ne convient plus » (Morgan, 1989). Le changement reste donc bien souvent partiel et peut conduire, à terme, à un risque de dérive organisationnelle « lorsque les stratégies se développent de manière incrémentale à partir d'influences historiques et culturelles, jusqu'à empêcher l'organisation de rester en phase avec les évolutions de son environnement » (Johnson et al., 2017, p. 216).
- **L'apprentissage en boucle double.** Il réinterroge les stratégies d'action mais également le « tissu culturel » (Johnson et al., 2017) à partir duquel elles s'élaborent, c'est-à-dire les valeurs directrices, schémas de pensée et normes de fonctionnement qui guident le comportement des membres de l'organisation. De la même manière, selon Crozier et Friedberg (1977), il ne suffit pas « d'intégrer toutes les activités indispensables à la poursuite d'un résultat, mais aussi

[d'] intégrer les relations de pouvoir et les stratégies des acteurs qui assurent l'exécution de ces activités » (Crozier et Friedberg, 1977, p. 95), compte tenu de leur niveau d'influence sur l'organisation. Nous avons entrevu cet aspect au sein de la première partie de cette thèse, lors de notre présentation du système de santé. Nous avons consacré une partie de nos propos aux jeux d'acteurs et de pouvoir en présence. Cela nous avait permis de pointer l'importance de requestionner également la dimension relationnelle (fortement imbriquée aux schémas culturels des parties prenantes) dans la conduite de ce changement, au regard de cet écosystème complexe d'interactions entre acteurs dotés chacun d'enjeux et d'intérêts propres.

De nombreux auteurs ont souligné la difficulté de mener un tel niveau de changement ; les managers restant souvent « contraints à l'inertie par les routines organisationnelles, les convictions et les processus politiques » (Johnson et al., 2017, p. 209) dont il s'avère difficile de s'affranchir. Néanmoins, il permet d'engager une réelle transformation en profondeur, via une appropriation et un ancrage plus important des évolutions opérées puisqu'il agit sur les fondements culturels de l'organisation, reliant aspects symboliques, éléments d'histoire, systèmes relationnels, modes d'organisation et de gestion.

#### Section 4 : Le double changement pour qualifier la nécessité de conduire deux niveaux de changement simultanément

Les réformes actuelles du système de santé, conduites sous l'égide du parcours, visent à atteindre un modèle d'auto-organisation régulée des acteurs de santé dans les territoires. Ces derniers peuvent être assimilés à l'unité opérationnelle. Les autorités de tutelles, de leur côtés, constituent les concepteurs et accompagnateurs du changement. Dans la continuité de l'apprentissage en simple et boucle double et en fonction des éléments de contexte déjà mis en exergue, nous identifions, une échelle complémentaire à partir de laquelle il semble intéressant de se référer pour étudier le processus de changement mis en œuvre :

- **Un premier niveau, dit changement simple**, basé sur une démarche d'apprentissage en boucle double. Il se focalise uniquement sur l'évolution des paradigmes des acteurs de « terrain », c'est-à-dire l'unité opérationnelle composant la future organisation de santé territoriale visée.
- **Un deuxième niveau dit double changement**. Nous nous appuyons sur le postulat selon lequel il ne s'agit pas seulement d'agir sur l'unité opérationnelle, à savoir les opérateurs de santé dans les territoires, mais également sur les concepteurs et accompagnateurs, à savoir les autorités sanitaires, en tant qu'unité stratégique et managériale, en charge de poser le cadre, réguler et piloter le système. Nous l'avons évoqué précédemment, la structuration des politiques et le positionnement actuel de l'administration publique de l'Etat constituent aujourd'hui un frein au déploiement effectif d'un véritable changement. La fragmentation des compétences de régulation (nombreux donneurs d'ordre et financeurs), la faible coordination inter-institutions (voire les formes de concurrence), le fonctionnement en silo ou encore l'enchevêtrement complexe et peu lisible de leur organisation font obstacles à la définition d'une vision unifiée et partagée. Par ailleurs, cela se répercute en miroir dans les modes de fonctionnement et de relation des acteurs situés sur le terrain, renforçant les cloisonnements sectoriels, structurels et culturels. La prise en compte de ce second niveau de changement semble donc essentiel pour mener une réelle transformation en profondeur. Cela fait écho au

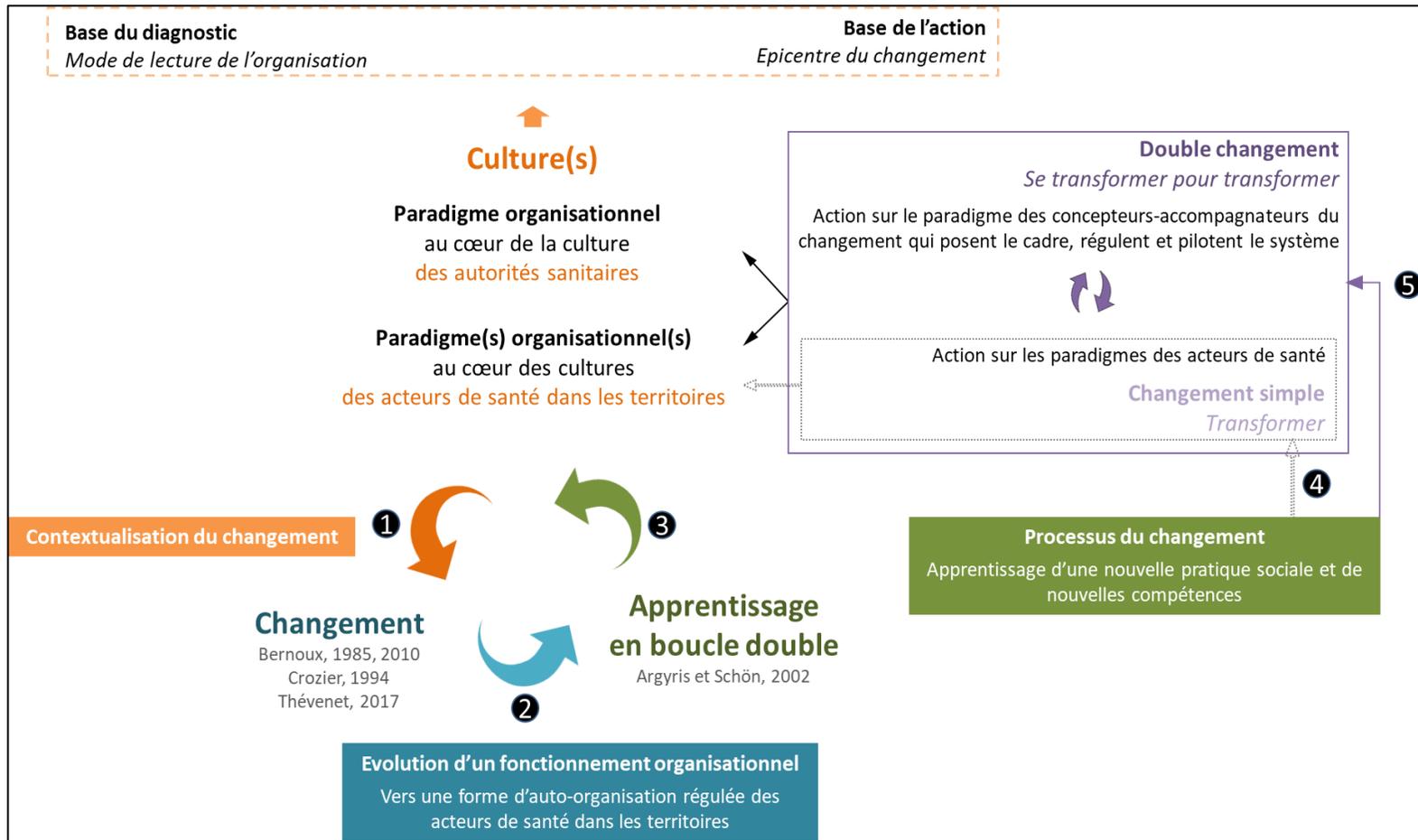
3<sup>ème</sup> principe de Morgan de « spécification critique minimale » auquel nous avons consacré notre précédent chapitre. L'objectif, à travers cette approche de double changement, est d'apporter un cadre propice au déploiement de l'approche parcours dans les territoires, faciliter la levée des freins et construire du sens auprès des acteurs qui feront vivre cette future organisation de santé, à savoir les opérateurs de santé situés en première ligne auprès des patients. En l'absence de ce niveau de remise en question, le changement ne pourra être que partiel et limité, à l'instar de l'apprentissage en boucle simple. En effet, si le contexte dans lequel prend place l'action de l'unité opérationnelle reste figé et n'évolue pas, la capacité des acteurs de terrain à s'organiser dans les territoires, selon les préceptes du parcours encourageant transversalité et coopération, restera contrainte et entravée. Il faut donc aussi agir sur le cadre au sein duquel s'inscrit l'action des acteurs, fortement conditionné par le positionnement des autorités sanitaires ; tout comme il faut agir sur les stratégies d'action mais aussi sur les paradigmes à partir desquels elles se forment et qui influent sur le comportement des acteurs de l'organisation (en référence à l'apprentissage en boucle double).

Cela nous permet de définir un cadre d'analyse à partir de la perspective du double changement :

TABLEAU 16 : SOCLE THEORIQUE SUR LEQUEL S'APPUIE NOTRE PROPOSITION DE MODELISATION DU CHANGEMENT

Base de l'action	Qualification	Principes de Morgan
<p>Agir sur :</p> <p><b>Les stratégies d'action</b></p> <p><i>mais aussi</i></p> <p><b>Les paradigmes situés au cœur des cultures organisationnelles des acteurs</b></p>	<p><b>Apprentissage en boucle-double</b></p> <p>(Argyris et Schön, 2002)</p>	<p>« Apprendre à apprendre »</p>
<p>Agir sur les paradigmes :</p> <p><b>Des acteurs de terrain</b></p> <p><i>mais aussi</i></p> <p><b>Des tutelles</b></p> <p>→ Nous renvoyant à la stratégie interne de transformation de l'ARS Ile-de-France pour assurer le déploiement des parcours dans les territoires</p>	<p><b>« Se transformer pour transformer »</b></p> <p>(ARS Ile-de-France)</p>	<p>« Spécification critique minimale »</p>

FIGURE 19 : TRIPTYQUE DE L'APPROCHE CULTURELLE DU DOUBLE-CHANGEMENT



En conséquence, les éléments suivants constituent les notions clés retenues pour appréhender ce changement :

- Un changement au carrefour de deux logiques : entre changement prescrit et changement construit (Autissier et Moutot, 2003) ; le type de changement étant à prendre en compte dans le choix du style de conduite de changement qui sera adopté.
- Une approche culturelle du changement, à travers le paradigme du parcours : la culture est positionnée à la base du diagnostic et de l'action permettant de relier aspects symboliques, comportements, stratégie, structures organisationnelles et mode de gestion.
- Un processus de changement envisagé à travers l'apprentissage en boucle double (Argyris et Schön, 2002).
- Un double-changement simultané : impliquant d'agir à la fois sur les paradigmes des parties prenantes constituant l'unité opérationnelle et sur les paradigmes des acteurs représentant l'unité stratégique et managériale, c'est-à-dire les institutions de tutelles.

En raison de sa position charnière à la frontière des politiques nationales et du « terrain », l'ARS se voit confier le pilotage et l'accompagnement de ce changement dans les territoires. Au sein du chapitre précédent, nous avons proposé une modélisation de son nouveau rôle, liée à l'introduction d'une conception rénovée de la gouvernamentalité sanitaire de l'Etat (Aubert et al., 2020). Ces éléments, reliés à une dynamique de double changement, impliquent, dès lors, une transformation majeure pour l'ARS, questionnant :

- Sa capacité dynamique à faire évoluer ses métiers. Selon Johnson et al. (2017), qui s'appuient sur les travaux de David Teece, elle se définit par l'« aptitude d'une organisation à renouveler et à recréer ses ressources et ses compétences afin de répondre aux exigences d'un environnement mouvant » (Johnson et al., 2017, pp. 135-136), permettant « d'étendre ou de modifier les capacités opérationnelles de l'organisation » (Ibid.).
- L'adaptation de son organisation et de son approche managériale (tant interne qu'externe auprès des opérateurs de santé), en vue de faciliter le développement d'un positionnement et de compétences en corrélation avec les nouvelles figures de l'Etat évoquées précédemment.
- Une remise en question culturelle, et donc l'aptitude à réinterroger en profondeur les systèmes de valeurs et référentiels traditionnels touchant aux racines et repères collectifs mais aussi les comportements, modes de fonctionnement et rapports aux acteurs de santé.

Bien que cela restera à approfondir et à conforter lors de la phase d'enquête, nous pouvons d'ores et déjà supposer que l'écart est important entre le cadre actuel de l'ARS et les notions clés au cœur du parcours, invitant à reconsidérer son rôle, sa posture et son organisation à travers le prisme de la transversalité et de la coopération. Cette dernière se trouve ainsi confrontée à engager un double changement :

- Accompagner le changement auprès des acteurs des territoires pour répondre aux principes de « redondance des fonctions » et « variété requise » du modèle holographique de Morgan.
- Tout en se transformant elle-même, en référence à l'évolution de son rôle appréhendé à travers le principe de spécification critique minimale.

- Sur la base d'une démarche d'apprentissage collectif des acteurs de santé et de l'ARS elle-même, selon le principe « Apprendre à apprendre ».

## Section 5 : La formulation d'une proposition de recherche, associée à la définition des objectifs, axes de travail et choix réalisés

Partant de la proposition de recherche selon laquelle *la réussite du changement sur le terrain passe par la capacité des tutelles de santé territoriales de l'Etat à faire évoluer leurs rôles, postures et principes de fonctionnement*, les objectifs de ce travail seront d'interroger :

- L'écart entre la stratégie définie, l'aptitude et la mise en œuvre effective de transformation des autorités de santé, dont les fondements culturels sont fortement ancrés dans un modèle d'essence bureaucratique ;
- L'accompagnement des acteurs de santé et le contexte mis en place afin d'encourager la convergence et la cohabitation de cultures et structures organisationnelles diverses et hétérogènes ;
- La valeur ajoutée (au sens qualitatif du terme) du recours à une logique de double changement comme levier.

Trois axes de travail se dégagent ainsi pour la phase d'enquête.

TABLEAU 17 : AXES DE TRAVAIL DEFINIS POUR LA PHASE D'ENQUETE, AU REGARD DE LA PROPOSITION DE RECHERCHE

La transformation des institutions de tutelles	L'accompagnement au changement des acteurs de santé dans les territoires	La pertinence d'une démarche de double changement
<p>→ Analyser les fondements culturels des institutions de tutelles.</p> <p>→ Appréhender les leviers susceptibles de favoriser leur transition culturelle en vue d'une évolution organisationnelle.</p>	<p>→ Comprendre le choc culturel induit par le déploiement d'une nouvelle organisation de santé territoriale pour les acteurs de santé.</p> <p>→ Identifier les conditions susceptibles de favoriser la convergence et la cohabitation de cultures et structures organisationnelles diverses et hétérogènes dans le cadre d'une approche systémique, ainsi que les enjeux qui en découlent.</p> <p>→ Analyser les modalités de conduite du changement mises en place par les tutelles, au regard du type de transformation (entre approche prescrite et construite).</p>	<p>→ Mettre au jour les leviers et les processus de management propres à accompagner et favoriser le déploiement du double changement.</p> <p>↳ <i>Et notamment :</i> Analyser comment une forme de coopération « tutelles-acteurs de terrain » peut constituer un levier pour les institutions de tutelles pour accompagner le déploiement d'un nouveau paradigme organisationnel dans les territoires.</p> <p>→ Interroger la plus-value et les limites d'une démarche bilatérale de double changement simultané des tutelles et des opérateurs de santé.</p> <p>↳ <i>Et notamment :</i> Etudier l'effet de la rencontre de ces deux processus : vers une zone de convergence bottom up/top down ?</p>

L'une des finalités poursuivies est, en conséquence, de *mettre en évidence la relation d'interdépendance existant entre transformation des tutelles de santé et transformation de l'organisation des acteurs de santé dans les territoires, ainsi que les effets de potentialisation*

*réciproque liée au caractère bilatéral d'un double changement.* En vue d'une traduction opérationnelle, il s'agira d'identifier les ressorts managériaux et les conditions favorables au déploiement d'une telle approche, visant la convergence et l'apport mutuel de deux mouvements de changement simultanés, poursuivant un même but final : assurer la pérennité du système de santé et son adaptation continue aux besoins des patients et de la société.

Le fil d'Ariane de notre cheminement nous a donc conduit à élaborer un support théorique au sein duquel a pris place la problématisation de notre réflexion, reliée à la formulation d'objectifs de recherche. C'est à partir de ces éléments que va, à présent, prendre place la poursuite de notre réflexion et de notre travail, reposant sur la base suivante :

- **Un paradigme : le parcours de santé**, situé au cœur des réformes conduites. Il doit constituer un nouveau schéma de références pour penser le système de santé, son organisation, les pratiques et les relations entre acteurs.
- **Une modélisation organisationnelle du parcours**, à partir de l'adaptation du concept holographique de Morgan (1989) pour appréhender la nouvelle organisation de santé projetée par les pouvoirs publics.
- **Un espace d'opérationnalisation et de matérialisation de ce paradigme** : le territoire.
- Nécessitant **un changement** pour l'ensemble des acteurs, **et notamment un double changement pour les autorités sanitaires.**
- Analysé à travers **l'approche culturelle comme grille de lecture.**

Nous avons, dans cette perspective, choisi de recourir à deux images de l'organisation (Morgan, 1989) :

- Le cerveau pour caractériser le modèle organisationnel à atteindre et décrire le contenu du changement visé.
- La métaphore de la culture pour décrypter le processus de changement, partant du postulat que la nature du changement est culturelle. Il s'avère alors nécessaire d'agir sur l'humain (donc sur la culture) pour faire évoluer le système organisationnel vers les caractéristiques d'un modèle de type holographique, au regard des principes de Morgan.

L'usage d'autres images aurait également apporté des points de compréhension complémentaire. En effet, nous avons vu que la métaphore de l'organisme pouvait être particulièrement utile. Tout comme la présence de multiples cultures peut être reliée à la métaphore du politique, caractérisée par un focus particulier sur les jeux et positions d'acteurs qui caractérisent le système de la santé, faisant apparaître autant d'intérêts et enjeux propres et propices à l'émergence de conflits et oppositions pouvant freiner le processus de changement en cours. Le recours à la métaphore de la machine éclairerait, quant à elle, le mode de fonctionnement actuel des autorités sanitaires, s'inscrivant aujourd'hui encore dans un mode d'organisation et de fonctionnement à tendance bureaucratique encore fortement cloisonné et verticalisé. Ce qui interroge la capacité d'une structure de type bureaucratique à accompagner la formation d'une auto-organisation souple et flexible de type organique dans les territoires, à l'image du cerveau.

Nous pouvons aisément percevoir l'intérêt d'un croisement de regard entre ces différentes métaphores mettant, par exemple, l'accent sur la relation entre configuration organisationnelle, culture et système politique. Chaque métaphore permet d'analyser une situation organisationnelle sous un angle particulier, leur croisement permettant de combiner les regards. Ainsi, l'emploi de

chaque métaphore a sa pertinence ; chacune d'elles amenant des questions différentes sur la nature de l'organisation comme le montre le tableau ci-dessous.

TABLEAU 18 : L'APPORT DU RECOURS A DES METAPHORES COMPLEMENTAIRES DE L'ORGANISATION

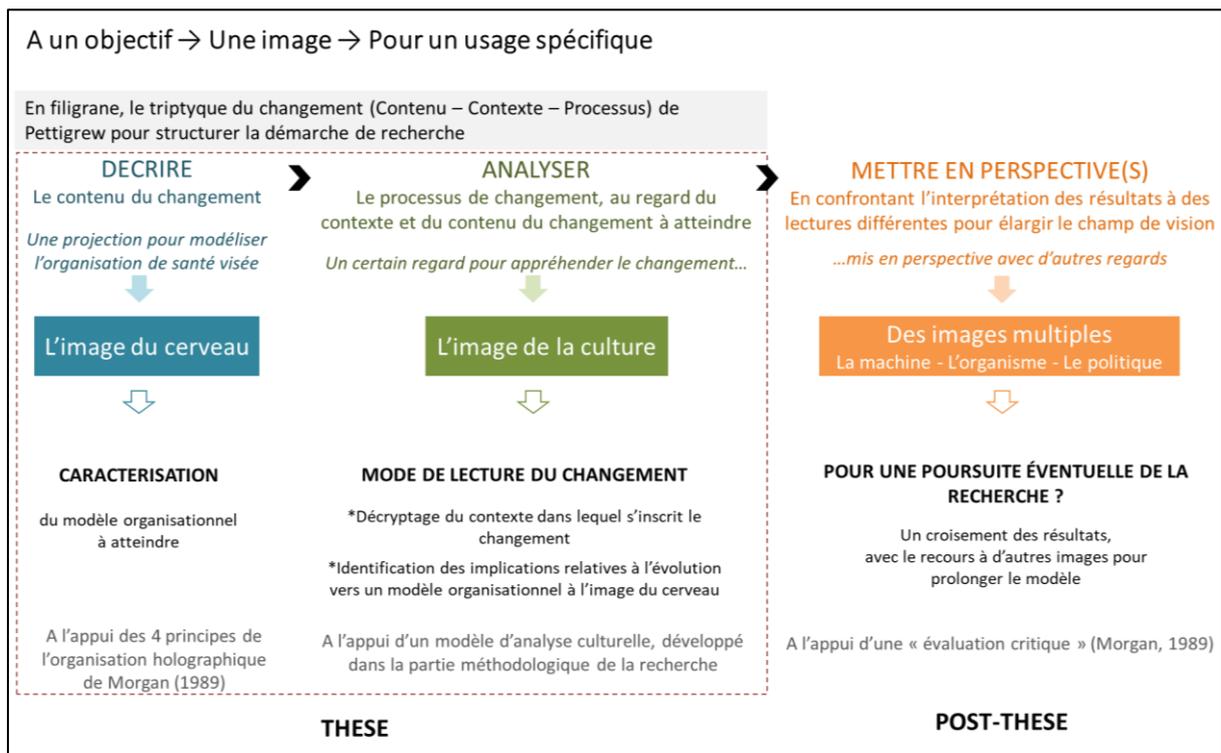
Métaphores complémentaires	Éléments mis en exergue à travers ces images
<b>L'organisme</b>	<p>La métaphore de l'organisme peut être empruntée concernant :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La mise en évidence de <b>la coexistence d'une grande variété d'espèces d'organisation</b>, au sein de l'écosystème de santé.</li> <li>- <b>La prise en compte des sous-systèmes de l'organisation</b>, une organisation à plusieurs strates où chacune des entités dispose d'une rationalité et d'enjeux internes propres devant former, demain, une forme d'auto-organisation.</li> <li>- <b>L'enjeu d'adaptation de l'organisation à son environnement.</b></li> </ul>
<b>Le système politique</b>	<p><b>La métaphore du politique met en évidence les « différents ensembles d'intérêts, de conflits, de jeux de pouvoir »</b> (Morgan, 1989, p. 5) <b>et leur influence dans le processus de changement en cours :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les jeux d'acteurs et les univers comportementaux (Argyris et Schön, 2002) qui régissent les rapports entre les acteurs constituent un élément contextuel majeur car ils peuvent constituer un véritable frein au changement, avec la présence de groupes d'acteurs très importants et hétérogènes, chacun dotés d'une culture et histoire propres.</li> <li>- De plus, dans le changement analysé ici, il s'agit de faire évoluer les rapports entre acteurs.</li> </ul>
<b>La machine</b>	<p><b>La métaphore de la machine met l'accent sur le caractère bureaucratique des autorités sanitaires, concepteurs et accompagnateurs d'un changement</b> visant :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'évolution des tutelles vers un modèle plus ouvert et transversal.</li> <li>- Tout en accompagnement la formation d'une organisation de type organique au sein des territoires, caractérisée par une forme de souplesse et de dynamisme, à travers la convergence d'acteurs relevant eux-mêmes de structures organisationnelles hétérogènes.</li> </ul> <p>Au regard de cette configuration de type bureaucratique des tutelles, comment l'ARS peut parvenir à s'ouvrir à d'autres modes de pensée pour faire évoluer son organisation ?</p>

« En étudiant une entreprise avec les lunettes que nous procure une métaphore donnée, nous faisons émerger une façon de diriger et concevoir l'organisation qui s'accorde à une image en particulier. La métaphore de la machine nous suggère une approche mécaniste. Celle de l'organisme montre comment organiser de façon à répondre du mieux possible aux exigences de l'environnement. La métaphore du cerveau nous aide à organiser pour faciliter l'apprentissage et l'innovation. Celle de la culture nous apprend à gérer la signification, celle de la politique, la façon d'agir politiquement [...], et ainsi de suite. Chaque métaphore a ses injonctions ou ses directives propres : la façon de comprendre suggère la façon d'agir » (Morgan, 1989, p. 393). « Ces diverses métaphores trouvent chacune leur utilité dans des situations différentes et selon la perspective que nous privilégions pour comprendre et agir dans ces situations » (Ibid., p. 394).

Dans notre cas, le modèle holographique de Morgan, en référence au cerveau, nous permet de décrire l'organisation de santé visée par les pouvoirs publics et les propriétés dont elle doit se doter pour atteindre le contenu du changement cible, et donc la direction vers laquelle le système de santé doit tendre. Bien que cette représentation constitue un idéal-type, elle nous fournit un modèle de

références initial constitué de principes socles auxquels se référer et qui pourront évoluer, être adaptés voire prolongés, au regard des résultats issus de cette recherche. La culture nous permet, quant à elle, d'analyser le processus de changement qui est engagé, témoignant de notre choix de positionner cette dernière à la base et au cœur du changement à entreprendre. Le recours à ces deux images se justifie par l'angle d'approche que nous souhaitons retenir. Mais, nous voyons bien que l'usage d'images complémentaires auraient pu se révéler tout aussi pertinentes et qu'elles sont bien souvent étroitement reliées les unes aux autres montrant qu'elles ne sont en rien exclusives et antinomiques. Bien au contraire, le recours à d'autres métaphores pourrait même constituer une ouverture possible relative à la poursuite des travaux initiés dans le cadre de cette thèse, comme le suggère, en guise de conclusion de cette partie, la figure suivante :

FIGURE 20 : L'EXTENSION POSSIBLE DE NOTRE MODELE THEORIQUE SOCLE POUR UNE MISE EN PERSPECTIVE ULTERIEURE



## Troisième Partie : Elaboration du cadre empirique

## Chapitre VIII : Posture épistémologique et méthodologique

### Section 1 : Orientation épistémologique et construction de notre objet de recherche

#### A. La conduite d'une réflexion épistémologique

Pour introduire ce chapitre, nous avons choisi de reprendre un extrait d'un entretien avec Dumez (Grandazzi et Senn, in Gaillard et al., 2023, p. 147) :

*« J'ai commencé mon livre de méthodologie et d'épistémologie par une citation de Montesquieu : « Le monde est nouveau ». Il ne faut pas hésiter à être créatif en matière de méthodologie. Les choses bien établies sont rassurantes, mais elles empêchent aussi de penser et de réfléchir. Il faut affronter la réflexion. Et encore une fois, ce n'est pas de la philosophie, ce n'est pas des grandes discussions sur les principes épistémologiques, c'est de la réflexion sur la pratique scientifique ».*

*« L'épistémologie, pour moi, ne se pose pas en termes de posture ou de choix. Une réflexion épistémologique est nécessaire parce qu'on peut faire de la mauvaise science en ne réfléchissant qu'à la méthode. La réflexion sur ce que l'on fait en termes de démarche scientifique dépasse donc la réflexion sur les méthodes. Elle porte notamment sur ce qu'est mon problème scientifique, comment je le construis [...]. Pour le coup, une réflexion sur la tension entre le problème scientifique et les méthodologies à adopter, c'est cela pour moi, une réflexion de nature épistémologique [...] ».*

Tout travail de recherche :

- Repose sur une certaine vision de l'organisation et un rapport spécifique du chercheur à son problème de recherche.
- S'appuie sur une méthodologie élaborée au regard de l'objet d'étude et de l'angle privilégié pour l'aborder.
- Formule des résultats dont les visées peuvent être de natures diverses : compréhensive, explicative, prédictive ou encore transformatrice.

Ces différents éléments se forgent à travers la conduite d'une réflexion épistémologique pouvant être considérée comme une activité « qui porte sur la manière dont les connaissances sont produites et justifiées » (Allard-Poesi et Perret, in Thiétart, 2014, p. 15). L'épistémologie revient à questionner la manière dont nous appréhendons notre recherche :

- Quelle est notre approche de l'organisation dans le cadre des sciences de gestion ?
- Quelle est la nature de la connaissance élaborée ?
- Quelles sont les modalités de production de cette connaissance ?
- Et enfin quelle est la valeur de cette dernière ?

Les réponses apportées à ces questions par un chercheur ne constituent en aucun cas la bonne manière de penser mais un choix qu'il opère, en fonction de ce qui fait sens pour celui-ci.

Dans cette perspective, nous retenons la définition suivante de l'épistémologie : « une réflexivité située par rapport à la construction de [notre] problème de recherche » (entretien avec Dumez par Grandazzi et Senn, in Gaillard et al., 2023, p. 139).

Ce cheminement doit nous permettre de mieux percevoir et comprendre les fondements sur lequel notre travail repose, mais aussi d'en mesurer les implications, tout en permettant de mieux expliciter et caractériser notre démarche. Il doit nous permettre de nous assurer de la pertinence et de la cohérence de notre projet scientifique (Allard-Poesi et Perret, in Thiétart, 2014).

Cela oriente notre pratique de la recherche. Dans le champ de la recherche en management, cela va induire une certaine conception de l'organisation et de son fonctionnement et influencer la méthodologie utilisée (manière de produire des connaissances et interprétation des résultats), nous amenant alors à théoriser les organisations de manière différente.

Pendant longtemps, dans le champ des sciences sociales et de gestion, le choix d'un rattachement à un paradigme (constructiviste, positiviste ou encore interprétativiste) a prévalu et a constitué un passage obligé impliquant d'effectuer un choix et de choisir « son camp ». Cela suppose que « les ontologies, les épistémologies, les méthodologies, les théories de la vérité, de la validité, de la fiabilité, seraient différentes selon le paradigme choisi » (Dumez, 2013, p. 29). Souvent présentés de manière antagoniste et exclusive les uns par rapport aux autres, ces multiples paradigmes, les postures épistémologiques qui en découlent, leurs implications ou encore leur fondement et légitimité ont suscité bon nombre de débats dans la communauté scientifique. Les discussions contemporaines semblent, depuis quelques années, critiquées cette approche épistémologique qui peut apparaître relativement clivée et réductrice.

A titre d'exemple, Hatch et Cunliffe (2009) mettent en avant l'intérêt de présenter et appréhender les organisations à travers des « perspectives multiples » en vue de dépasser cette « guerre des paradigmes ». Chacune contribue, de manière spécifique, à la théorie des organisations. Le croisement de différentes approches (sous réserve d'une compréhension fine de leurs fondements respectifs et de leurs incidences) peut s'avérer particulièrement pertinente pour décrypter les organisations, au regard de la complexité, les zones d'incertitude et les situations souvent contradictoires qui les traversent. Les auteurs appuient leur propos en référence à un certain nombre de chercheurs qui ont mis en exergue l'intérêt de croiser les paradigmes, « ou tout au moins de maintenir un dialogue entre eux » (Hatch et Cunliffe, 2009, p. 405) tels que Gioia et Pitre (1990), Hassard (1991), Willmott (1990 et 1993), Weaver et Gioia (1994) ou encore Schultz et Hatch (1996).

De son côté, des chercheurs tels que David (1999) vont plus loin en proposant de dépasser l'opposition historique entre une conception positiviste et une conception constructiviste des sciences de gestion. Il attire, en outre, notre attention sur certains raccourcis visant à attribuer les méthodes quantitatives au positivisme et les méthodes qualitatives au constructivisme ou encore la mise en concurrence entre différents types de méthodologie. Par ailleurs, il apparaît qu'un même paradigme peut regrouper en son sein une pluralité d'approches. C'est notamment le cas du constructivisme, David (1999) soulignant qu'« il y aurait davantage une « galaxie » constructiviste qu'une « école » bien identifiée ». Les frontières et les nuances peuvent donc s'avérer poreuses au sein d'une même « famille ».

Au regard de ces éléments et en référence à Dumez (2013, 2023), nous privilégierons la conduite d'une « réflexion épistémologique » et nous préférons le recours au terme « d'orientation épistémologique », plutôt que de « posture épistémologique », correspondant davantage à notre conception de la pratique de la recherche.

Nous avons choisi de nous appuyer sur les quatre questions socles présentées ci-dessus que nous allons, à présent, décliner en vue de dérouler le fil de notre réflexion épistémologique et en guider sa structuration.

### **Sur quelle approche de l'organisation se fonde notre recherche ?**

Nous appréhendons l'organisation comme un processus, un système dynamique et évolutif se transformant sans cesse. Dans cette optique :

- Les buts de l'organisation relèvent, pour nous, d'une construction sociale. Leur détermination fait l'objet de débats, négociations, rapports de force entre les acteurs. Ils sont changeants et donnent une direction.
- La structure, quant à elle, constitue un ensemble de règles servant à stabiliser mais aussi à changer l'organisation.
- L'environnement de l'organisation n'est pas un élément isolé, il en fait partie intégrante et influence la stratégie des dirigeants en fonction de la représentation qu'ils vont en avoir.

Des facteurs comme l'action humaine, le langage, l'histoire, la culture, le contexte, etc. jouent ainsi un rôle fondamental dans l'élaboration et l'appréhension de la réalité sociale de l'organisation. Dans ce cadre, nous cherchons à comprendre comment les acteurs pensent, agissent et analysent leurs relations sociales. Nous nous intéressons à leur vécu, leurs perceptions, leurs connaissances, leurs interactions, etc. ; autant d'éléments impactant, selon nous, l'organisation. Nous sommes, ainsi, particulièrement sensibles aux approches sociologiques de l'organisation que nous mobilisons dans ce travail de recherche. Citons plus particulièrement :

- L'analyse stratégique (Crozier et Friedberg, 1977) qui étudie les relations de pouvoir et les stratégies que développent les acteurs. Le fonctionnement de l'organisation ne peut se limiter à ses règles formelles, mais dépend de la manière dont les individus utilisent, mettent en œuvre, détournent les règles, exploitent les zones d'incertitude.
- L'analyse culturelle (Sainsaulieu, 1977) où l'entreprise est considérée comme un lieu de socialisation et de construction d'identités collectives. Au regard de la trajectoire personnelle, du métier exercé, des relations avec les autres, les individus développent des manières variées de donner du sens à leur action. Cela aboutit à l'élaboration de différentes cultures de travail coexistant plus ou moins pacifiquement et expliquant le fonctionnement de l'organisation (Plane, 2019).

Cela fait écho aux propos de Berger et Luckmann (1966, 1996) formulant le questionnement suivant : « Comment se fait-il que les significations subjectives deviennent des artifices objectifs ? » (cité dans Allard-Poesi et Perret, in Thiétart, 2014, p. 27), situé au cœur de la théorie sociologique.

Nous accordons, de ce fait, une importance particulière aux « dimensions signifiantes et symboliques » (Allard-Poesi et Perret, in Thiétart, 2014). Ces dernières mettent l'accent sur le rôle central « des représentations et du langage dans le processus de construction du sens ». Cela signifie que nous allons prendre en compte « la subjectivité des acteurs en se focalisant sur la signification que

les individus attachent aux actions et situations. En ce sens, la réalité sociale est contingente des représentations que les acteurs s'en font et du langage par lequel ils expriment et partagent ces représentations ». Tout cela s'inscrit au sein d'un système d'interrelations et d'interactions entre les parties prenantes (Allard-Poesi et Perret, in Thiétart, 2014, p. 26).

### **Quels sont la nature et le statut de la connaissance élaborés dans cette recherche ?**

Comme nous l'avons mentionné, notre projet de recherche a pour but de comprendre les processus humains et sociaux en jeu au sein de l'organisation. La connaissance générée constitue, au regard de notre orientation, un savoir subjectif et relativiste, prenant place dans une science interprétative. Dans la mesure où la réalité organisationnelle est, selon nous, (pour une large part) le fruit d'une construction sociale, la connaissance qui découle d'une telle vision apparaît fortement dépendante des contextes, des intentions des acteurs en présence, de leurs expériences ou encore des mécanismes spécifiques de construction de sens à l'œuvre. Elle apparaît « beaucoup plus instable, changeante et diverse que celle visée par le réalisme (Tsoukas et Chia, 2002) » (Allard-Poesi et Perret, in Thiétart, 2014, p. 33).

Nous visons donc une connaissance qualifiée d'idiographique optant pour une analyse descriptive fouillée et fine de cas singuliers « afin de « donner à voir », par la compréhension, la réalité des acteurs étudiés » (Ibid., p. 35). Pour certains chercheurs se réclamant d'appartenance interprétativiste (tel que Geertz, 1973), bien que cette approche restreint la généralisation, elle peut malgré tout être recherchée. Mais cet objectif exige un certain nombre de prérequis (Allard-Poesi et Perret, in Thiétart, 2014) afin de permettre le passage de la compréhension de processus subjectifs et singuliers, propres à une situation donnée, vers une transcription objective et une forme de généralisation. Cette démarche nécessite notamment :

- D'éprouver la modélisation envisagée « à l'examen attentif de parenté des contextes (Passeron, 1991) » (Allard-Poesi et Perret, in Thiétart, 2014, p. 35).
- De s'extraire, en tant que chercheur, de ses propres représentations et schémas de pensée. Ce qui peut s'avérer un exercice délicat, impliquant une méthodologie rigoureuse de prise de recul, notamment dans le cas d'une forte intégration du chercheur avec son objet et terrain de recherche.

Nous nous inscrivons, ici, davantage dans l'identification de « mécanismes » et non de lois universelles, et constituant, en ce sens, une généralité limitée (Dumez, 2013).

### **Quelle sont les modalités de production de la connaissance retenues afin d'en assurer leur validité ?**

Dans notre cas, nous souhaitons apporter une représentation intelligible d'un processus de changement complexe, où l'axe culturel et relationnel occupe une place centrale et constitue notre angle d'analyse. Notre enjeu est de comprendre les acteurs, leurs logiques d'actions, leurs interrelations, leurs représentations et de tenter d'en donner du sens.

Dans cette optique, nous nous orientons vers une démarche qualitative ou dite compréhensive au sens de Dumez (2013). Cette dernière constitue un support privilégié en vue d'étudier « le discours [des] acteurs, leurs intentions (le « pourquoi » de l'action), les modalités de leurs actions et de leurs interactions (le « comment » de l'action) » (Dumez, 2013, p. 30). Il s'agit d'appréhender une « logique de situation » (Popper, 1979) en vue de permettre une forme d'« objectivation des éléments d'un contexte fait d'actions et d'interactions » (Dumez, 2013, pp. 30-31). Pour ce faire, il s'avère essentiel

de procéder à une distinction « entre la situation telle que la vivent les acteurs et la situation telle qu'elle est analysée par le chercheur. Ces deux visions doivent être mises en tension, et c'est de cette tension que naît l'analyse » (Dumez, 2013, pp. 30-31).

Cette démarche de recherche qualitative doit donc s'inscrire dans un travail de description et d'autopsie du positionnement des acteurs, de leurs modes de fonctionnement, de leurs discours, de leurs liens d'interdépendances, mettant à la fois en exergue le point de vue des parties prenantes étudiées mais aussi du chercheur (Dumez, 2013). Les travaux de Crozier et Friedberg (1977), évoqués ci-dessus, sont particulièrement illustratifs d'une telle démarche, leurs travaux visant la compréhension des stratégies mises en œuvre par des acteurs. La plus-value d'opter pour une démarche qualitative ou compréhensive est, dès lors, de donner « à voir les acteurs et l'action » (Dumez, 2013, p. 31).

### **Quelle est la valeur de cette connaissance ?**

Au vu de notre orientation épistémologique fortement influencée par les sciences sociales, il nous apparaît difficile de promouvoir et défendre une logique de déterminisme universel dans le champ du management et des théories des organisations. L'homme politique ou le manager n'est pas un algorithme. Pour autant, la manière de produire de la connaissance en ce domaine n'en exclue pas moins la nécessité de la rigueur et de la pertinence. Dans le cadre de l'emploi d'une démarche qualitative, Dumez (2013) identifiera les écueils possibles et la manière de s'en prémunir afin de garantir la validité des connaissances produites et d'en permettre une généralisation bien que limitée.

En effet, le manager et l'acteur politique ont besoin d'objectiver les faits, tirer les leçons du passé, d'une expérience mais aussi de disposer de référentiels, de méthodes ou encore d'outils. Bien sûr leur mobilisation et mise en œuvre ne relèvent pas d'un procédé strictement déterministe, en raison de l'existence de conditions singulières propres à l'organisation du fait d'un contexte interne et externe particulier. Cela nécessitera pour le praticien une appropriation et une adaptation des modèles proposés. Mais cela lui apportera, malgré tout, des clés de lecture et d'analyse, pour mieux comprendre et décrypter les processus en jeu au sein de l'organisation et donc guider son action, appuyer la définition de sa stratégie mais aussi sa pratique. L'approche de la recherche ingénierique se place dans cette optique d'élaboration d'une connaissance visant à « aider les acteurs à identifier des problèmes et à formuler des voies de progrès sur la façon de concevoir et de piloter des processus qu'ils peuvent évaluer eux-mêmes » (Chanal et al., 2015, p. 218).

Cette dernière s'axe plus particulièrement « sur la modélisation d'un processus complexe et sur le développements d'outils d'aide au diagnostic ou d'aide à la construction de problèmes » (Ibid., p. 215). Les chercheurs ayant opté pour cette approche mettent en avant que les savoirs théoriques dont nous disposons se confrontent à certaines limites. Ils vont permettre d'éclairer un phénomène ou un problème complexe mais souvent à travers un prisme très distancié d'un usage « pratique » ne permettant pas d'y apporter « des réponses concrètes » (Ibid., p. 216), restreignant de ce fait leur portée « actionnable » pour des professionnels. Au-delà de cet aspect, il apparaît « que souvent les connaissances disponibles ne sont pas construites sur des problèmes, mais sur des questions de recherche déconnectées des situations concrètes spécifiques » (Ibid., p. 216). Ces différents éléments mettent en exergue que ces connaissances théoriques se révèlent peu mobilisables et appropriables pour un praticien. Partant de ce constat, la finalité poursuivie, à travers la démarche ingénierique, est de mener à la fois une recherche utile pour les praticiens exerçant au sein d'une organisation ou d'une

entreprise et de concourir à la création de connaissances scientifiques nouvelles. La recherche ingénierique se fixe alors pour objectifs de (Chanal et al, 2015, p. 216) :

- « Co-construire le problème avec les acteurs ».
- « Articuler les connaissances dans un modèle qui favorise la compréhension des processus complexes ».
- « Concevoir un outil (ou artefact, logiciel, modèle, grille d'interprétation...) pour améliorer l'appropriation par les praticiens ».
- « Elaborer de nouvelles connaissances procédurales, qui viennent se confronter avec les connaissances théoriques existantes et les enrichir ».

La connaissance produite à travers notre travail de recherche n'aura donc de valeur que si nous parvenons à la transposer en un savoir actionnable, au sein des organisations. Pour David (2008, p. 330), un savoir actionnable est « une connaissance qui permet la mise en œuvre d'une solution singulière à un problème contextuel ». Cela traduit, de notre part, une certaine approche des sciences de gestion. C'est une science opérationnelle et pratique à l'usage de l'organisation et des acteurs qui la composent. Il convient de tendre vers des savoirs appropriables par les praticiens pour conduire, piloter et manager des processus complexes. Développer des connaissances actionnables, « c'est-à-dire qui servent à l'action », constitue, alors, un moyen de « combler le fossé entre théorie et pratique » (Ibid., p. 329). Plusieurs pistes méthodologiques suscitent, au regard de ces éléments, notre intérêt :

- La mise en évidence de « mécanismes » proposés par Dumez (2013, p. 34) peut s'avérer une voie pertinente afin d'atteindre la finalité d'un savoir actionnable. Cette démarche « consiste à reconstituer un lien entre des phénomènes observés et leurs causes possibles ».
- La recherche ingénierique, bien que se situant à un niveau différent, constitue par ailleurs, une orientation qui fait sens pour nous et dont notre recherche tend, à certains égards, à se rapprocher.

Dans la continuité de cette réflexion, cela implique, pour nous, que la validation d'un nouveau modèle en management par les pairs de la communauté scientifique soit étroitement reliée à la recherche d'une validité par les praticiens. David (2008) recense les différentes possibilités existantes. Et nous constatons effectivement la présence d'une forme de double-accréditation scientifique et pratique, ce dernier considérant quatre situations (Ibid., pp. 331-332) :

- Une invention collaborative entre des managers et des chercheurs.
- Une invention par la communauté scientifique éprouvée ensuite dans le monde pratique.
- Une invention émanant des managers, confirmée ultérieurement par des chercheurs en tant que nouveau modèle managérial.
- Une invention a été réalisée et fait l'objet d'un adoubement à la fois par l'académie scientifique et le monde professionnel.

Cette double-validation représente, à nos yeux, un moyen de garantir la valeur de la connaissance produite par un chercheur.

## B. Processus d'élaboration de notre objet de recherche

Qu'est-ce que notre projet de connaissance ou objet de recherche ? Comment s'est-il construit ? Cela apparaît deux questions centrales s'inscrivant pleinement dans la conduite d'une réflexion épistémologique (Dumez, 2023). Bien que les deux premières parties de cette thèse nous apporte des éléments de réponse en filigrane, il convient malgré tout d'y revenir plus précisément et d'y consacrer une attention particulière dans les propos de ce chapitre. En effet, l'objet représente un élément clé du processus de recherche (Allard-Poesi et Maréchal, in Thiétart, 2014). Il constitue le socle sur lequel repose le travail mené et cristallise l'objectif poursuivi. Pour résumer, nous pourrions dire que définir son objet de recherche est une étape à part entière dans le cadre d'un processus de recherche, dans la mesure où il revient à « savoir ce que l'on cherche » (Ibid., p. 48). Il aura également une incidence sur « la construction de l'architecture et de la méthodologie de la recherche » (Ibid., p. 49).

Dans notre cas, notre objet de recherche n'a pas été défini à priori, ni même ne s'est structuré de façon linéaire. Bien au contraire, ce travail s'est réalisé chemin-faisant et a fait l'objet d'allers-retours, avant de parvenir progressivement à sa consolidation. Celui-ci a évolué au cours du temps avant de parvenir à son état actuel. Nous allons tenter de vous retranscrire les principaux jalons témoignant de la progression et structuration de notre réflexion.

Tout d'abord, nous nous sommes interrogés sur ce qu'est un problème scientifique en vue de l'élaboration de notre objet de recherche. Nous nous sommes appuyés sur la définition de Popper (in Adorno et Popper, 1979, p. 76) : « La connaissance commence par la tension entre savoir et non-savoir : pas de problème sans savoir — pas de problème sans non-savoir. Car tout problème surgit par la découverte que quelque chose dans notre savoir supposé n'est pas tout à fait en ordre ». Au regard de cette citation, il apparaît que nous disposons forcément d'un « savoir de départ ». Le démarrage d'un processus de recherche se caractériserait alors par l'identification d'une lacune, une faiblesse dans nos connaissances actuelles ne nous permettant pas, par exemple, de comprendre et appréhender un phénomène observé. Ce « manque » nous amène à formuler un problème (non résolu), et de ce fait à définir notre objet de recherche, pour lequel nous allons mettre en œuvre une démarche scientifique avec l'objectif de produire de nouvelles connaissances ou, tout du moins, des éléments de compréhension au vu de notre orientation épistémologique.

Pour le résoudre, nous allons nous appuyer sur les savoirs existants afin de mieux appréhender le contour du problème posé, d'obtenir des premiers éléments de compréhension qui, sans le résoudre, vont nous apporter un éclairage : De quelles connaissances préalables disposons-nous sur le sujet ou autour du sujet ? Cette démarche s'associe à une étude empirique sur le terrain qui nous permettra d'observer, décrire, interroger, tester, etc. en vue de collecter et produire des données qui seront analysées et interprétées, en lien toujours avec un savoir préalable par un « jeu d'allers-retours » entre les deux. Cet exercice devrait nous permettre d'identifier des éléments de compréhension au problème formulé et, idéalement, aboutir à la formulation de nouveaux savoirs. La production de ce nouveau savoir ne constitue pas une fin en soi. A partir de celui-ci, un nouveau problème scientifique pourra se poser, la frontière entre savoir et non-savoir étant ténue.

Ce cheminement résume le parcours que nous avons mené en vue de définir notre objet de recherche et construire le design de notre recherche. Nous sommes, initialement, partis d'un objet empirique. Ce sont des observations de terrain et les premières interrogations qu'elles ont suscitées, reliées également à une opportunité de recherche et l'accès facilité à un terrain, qui ont constitué notre amorce initiale. Nous étions alors situés en position d'immersion de par nos fonctions professionnelles

dans le secteur de la santé au sein d'un dispositif de coordination (Cf. chapitre III). Nous étions tout à la fois témoins et parties prenantes d'un changement organisationnel qui s'amorçait visant le regroupement des dispositifs d'appui à la coordination au sein d'une entité unique.

Nous avons été amenés à nous interroger sur ce changement organisationnel, prenant place dans le cadre d'une transformation plus globale du système de santé visant à optimiser la coopération et la coordination entre les acteurs de santé dans les territoires, à travers un nouveau paradigme : le parcours de santé.

Puis peu à peu, à travers des premiers entretiens exploratoires menés, nous avons commencé à préciser notre objet en nous intéressant plus particulièrement à la dimension culturelle de ce changement, aux rapports et interactions entre les parties prenantes et au rôle joué par les tutelles de santé pour piloter et accompagner le changement. La place charnière des ARS, située à l'interface des politiques publiques nationales et des acteurs de terrain, au sein des territoires, a tout particulièrement retenu notre attention. Mais, c'est véritablement la stratégie définie par l'ARS Ile-de-France pour conduire ce processus de changement dans les territoires qui s'est révélée comme un véritable déclic et surtout son intitulé : « se transformer, pour transformer ».

Nous avons ensuite tenté de qualifier cette stratégie de l'ARS, d'un point de vue conceptuel. Nous avons opté pour la notion de double changement. Elle nous est apparue comme la plus pertinente pour caractériser cette démarche visant à engager par la tutelle de santé sa propre transformation, en réinterrogeant ses modes de fonctionnement, son positionnement et son rapport aux acteurs de terrain, pour mieux conduire et accompagner le changement dans les territoires. Cet objet de recherche nous a semblé original de par la relation d'interdépendance qu'il interroge entre les différentes strates d'une organisation soumise à un changement, et plus précisément entre l'unité stratégique et managériale (à savoir les tutelles) et l'unité opérationnelle (les acteurs de santé dans les territoires). Néanmoins, il s'est avéré que le « double changement » est peu développé au sein de la littérature existante. C'est dans cette perspective que nous avons tenté de procéder à une modélisation de ce changement via la mobilisation de l'organisation holographique de Morgan (1989) et de la théorie de l'apprentissage en boucle double (Argyris et Schön, 2002). Nous avons proposé un prolongement de ces dernières en vue de théoriser notre objet de recherche, à savoir le double changement.

En référence à la démarche épistémologique sur laquelle se fonde la recherche ingénierique, nous avons procédé à la formulation d'une proposition de modélisation du processus de double changement. Cet exercice s'est caractérisé par une articulation et une « mise en perspective des connaissances existantes qui sont « repensées » et donc enrichies dans un cadre théorique nouveau » et cohérent. (Chanal et al., 2015, p. 227). Cette approche combine à la fois savoirs théoriques existants et modélisation spécifique de l'organisation étudiée.

Nous nous sommes attachés au « processus » de ce double changement, à travers le prisme de la culture des acteurs et de leurs interrelations. Le recours à cet angle d'approche n'est pas neutre. Il fait écho à la visée compréhensive dans laquelle prend place notre objet de recherche et à notre vision de l'organisation, exposées ci-dessus. En effet, notre intérêt se porte sur l'observation et l'analyse des comportements des acteurs, de leurs interactions, de leurs jeux ou encore de leurs représentations ; l'axe culturel et relationnel nous étant, dès lors, apparu comme un support d'analyse légitime. C'est à ce titre que nous mobilisons plus spécifiquement la sociologie des organisations en vue de décrypter les mécanismes à l'œuvre.

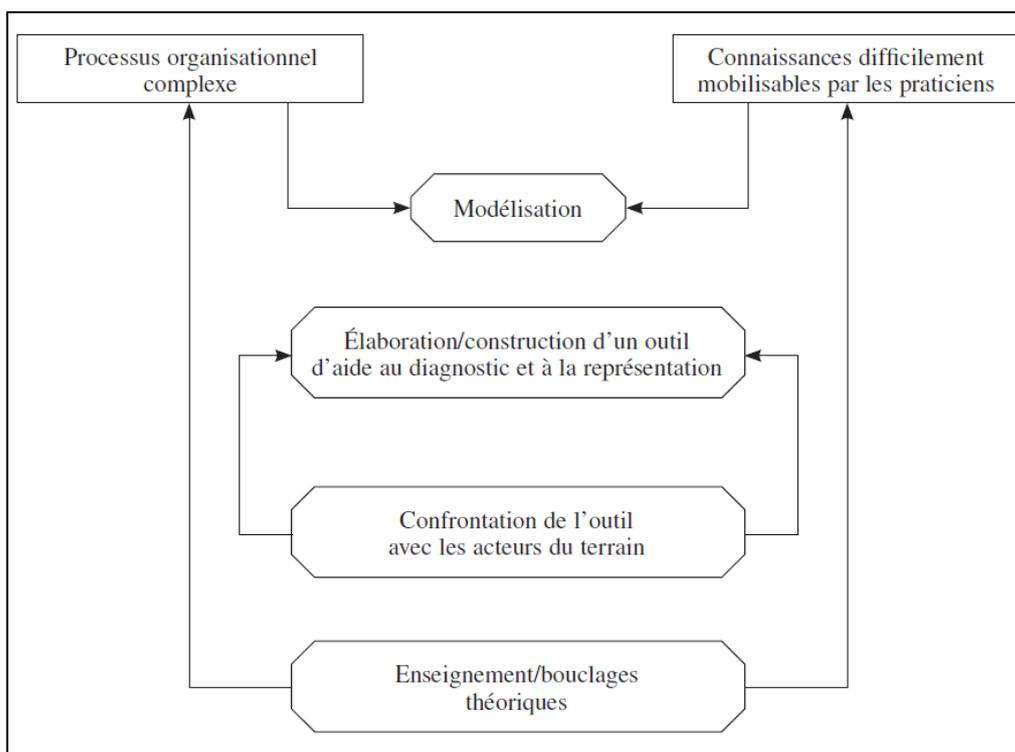
D'une base de départ empirique à une proposition de conceptualisation reposant sur des modèles théoriques existants que nous avons prolongés voire détournés de leur usage originel, nous sommes parvenus à construire notre objet de recherche. Ce dernier est donc d'appréhender la notion de double changement et de proposer un prototype d'opérationnalisation de ce processus, fondé sur la dimension culturelle et relationnelle, associant et mutualisant des éléments de « terrain » et des concepts théoriques. Nous rejoignons, dès lors, les visées de la recherche ingénierique qui, sur la base d'un principe d'aller-retours entre ces deux niveaux, sont :

- D'articuler les connaissances au sein d'un modèle facilitant la compréhension d'un problème ou processus complexe.
- De « concevoir des outils pour aider l'appropriation des connaissances par les praticiens » (Chanal et al., 2015, p. 217).

## Section 2 : Approche méthodologique

Dans la lignée de nos propos précédents, notre approche méthodologique s'inspire de la recherche ingénierique, bien qu'elle s'en distingue malgré tout. Dans le cadre de celle-ci, « le chercheur va aussi être un ingénieur qui, au cours d'un processus de recherche qui se boucle sur lui-même, conçoit un outil, le construit, le met en œuvre sur le terrain, et l'évalue afin de créer à la fois des représentations de la situation utiles à l'action et des connaissances théoriques généralisables à d'autres situations » (Ibid., p. 220). Le cœur du processus méthodologique de la recherche ingénierique (cf. figure 21 ci-dessous) repose sur l'« instrumentalisation » de la modélisation théorique proposée sous forme d'un outil, et sa confrontation auprès des acteurs de terrain (Ibid.).

FIGURE 21 : LE PROCESSUS DE RECHERCHE INGENIERIQUE



Source : Chanal et al., 2015, p. 221, Figure 2

Dans notre cas, nous nous arrêterons à la phase de proposition d'un prototype d'opérationnalisation du processus de double changement. Éprouver celui-ci sur le terrain, dans le but de l'ajuster et le consolider, représente une finalité à atteindre. Cela constituera une des perspectives de poursuite du travail engagé dans cette thèse. En effet, « la confrontation du modèle théorique sur le terrain grâce à l'outil permet d'effectuer un certain nombre de bouclages sur l'ensemble du processus de recherche qui constituent l'étape d'évaluation de la démarche et de la discussion de la contribution scientifique de la recherche » (Chanal et al., 2015, p. 220). Cette étape charnière permettra de s'assurer de la validité de la connaissance produite.

Les éléments clés sous-tendant cette méthodologie sont notamment (Chanal et al., 2015) :

- « Une conception dynamique et vivante de la recherche ».
- La compréhension de processus complexes dans les organisations.
- Une approche de recherche « articulative » et non « cumulative ».
- Une proximité du chercheur avec les acteurs de l'organisation.
- Une inscription dans le temps et la durée privilégiant l'exploration en profondeur.

Fort de ces constats, nous avons fait le choix de recourir à une démarche qualitative et d'opter pour une logique de raisonnement abductive (Peirce, 1931), via le recours à un processus itératif entre observations sur le terrain et recours aux concepts théoriques en vue de leur interprétation. Plusieurs raisons expliquent notre intérêt pour l'articulation de ces deux modalités.

Tout d'abord, cette posture est fortement liée à notre statut de chercheur-praticien, se caractérisant par une double casquette de doctorant et de professionnel occupant, au début de notre travail de thèse, des fonctions fortement liées à notre terrain de recherche et nous positionnant dans une situation d'immersion au sein de celui-ci. Ce double statut, bien que revêtant une pertinence certaine, nécessite néanmoins quelques précautions. Plusieurs biais et points de vigilance sont à prendre en compte, comme la préservation d'une forme de neutralité et une prise de recul suffisante pour l'analyse et l'interprétation des données collectées. Nous y reviendrons plus précisément à la fin de cette thèse, au sein du chapitre XV mettant en exergue les limites de notre recherche.

Par ailleurs, l'approche qualitative répond à la visée compréhensive de notre recherche. Cette dernière, comme nous avons pu l'évoquer précédemment, se focalise sur l'étude et la compréhension du comportement des acteurs, de leurs discours et de leurs représentations de la réalité, dans une situation ou un contexte spécifique. Des lois universelles ne pourront pas être établies. Seules des interprétations seront formulées à partir de ce qui aura été observé. La méthodologie qualitative constitue un support adapté pour tenter de saisir la réalité sociale telle que la vivent et la perçoivent les parties prenantes mais aussi d'analyser leurs relations et interactions sociales, en « tenant compte du sens donné par les acteurs à leurs actions dans un contexte particulier » (Dumez, 2011, p. 48). A travers cette position, le chercheur tente de pénétrer à l'intérieur de son terrain de recherche pour mieux l'appréhender.

Dumez (2011) souligne qu'il est fondamental, dans le cadre d'une recherche qualitative, « que l'on voie les acteurs penser, parler, agir et interagir, coopérer et s'affronter ». La description doit être vivante, dynamique et mettre en lumière la réalité quotidienne des acteurs :

- Qui sont ces acteurs ?

- Quelles sont leurs activités ?
- Quelles sont leurs actions ?
- Quelle est la nature de leurs relations ?
- Quels sont leurs comportements ?
- Quels sont leurs discours ?
- Quels sont leurs enjeux ?
- Quelles sont les évolutions ? Quels sont les points de ruptures, les résistances ?
- Etc.

Autant d'éléments très « pragmatiques » qui doivent permettre de percevoir les acteurs en action, saisir le fonctionnement concret du terrain étudié, appréhender le contexte, les mécanismes à l'œuvre au sein de l'organisation étudiée. Dumez (2011) attire notre attention sur le fait que la visée compréhensive de la recherche ne doit pas être perdue. Pour cela, le chercheur doit garder à l'esprit que sa description devra être guidée par un questionnement continu du type : Pourquoi ? Comment ?

Toujours, selon Dumez (2011), la recherche qualitative entretient un rapport particulier à la théorie. Les théories élaborées reposent généralement sur des entretiens, un ou plusieurs cas mais non sur un échantillon représentatif permettant une généralisation statistique et la formulation de lois universelles (Yin, 2012, p. 51). Dumez (2011) parle plutôt de « généralisation analytique ». Afin de s'assurer de la cohérence et de la pertinence de la démarche théorique en recherche qualitative, l'emploi du raisonnement contrefactuel et des hypothèses rivales pourront, par exemple, être mobilisés (Ibid.). Selon lui, ces éléments caractérisent « le statut particulier de la théorie » dans cette approche, aux côtés de la notion de « mécanisme » évoqué plus haut, où « il s'agit de comprendre, dans un contexte ou une situation, quels types d'engrenages, d'enchaînements, de mécanismes, sont à l'oeuvre et rendent compte des comportements des acteurs » (Ibid., p. 51).

C'est pour ces multiples raisons qu'il nous a semblé pertinent de combiner cette approche méthodologique avec un procédé de raisonnement abductif. Koenig (cité par David, 1999, p. 7) a décrit le rôle de cette notion dans des recherches qualitatives en sciences de gestion de la manière suivante : « L'abduction est l'opération qui, n'appartenant pas à la logique, permet d'échapper à la perception chaotique que l'on a du monde réel par un essai de conjecture sur les relations qu'entretiennent effectivement les choses [...]. L'abduction consiste à tirer de l'observation des conjectures qu'il convient ensuite de tester et de discuter ».

Dans le cadre de la présentation de notre démarche méthodologique, il s'agissait, en premier lieu, d'exposer et expliquer notre choix de recourir à la méthodologie qualitative. Comme nous l'avons vu, celui-ci est fortement relié tout à la fois à notre orientation épistémologique, à notre objet de recherche (et surtout la manière dont nous souhaitons l'aborder) et à notre posture de chercheur-praticien. Deux autres éléments clés apparaissent fondamentaux pour compléter notre approche méthodologique, à savoir la détermination de notre unité d'analyse et la justification de notre champ d'investigation empirique. Selon Dumez (2011, pp. 52-53), « l'unité d'analyse coïncide avec ce que l'on appelle couramment un ou des « cas » [...]. Mais il est également parfaitement possible que l'unité d'analyse ne renvoie pas à un ou des cas au sens courant du terme. Tout cas empirique doit être constitué en unité d'analyse, c'est-à-dire mis en relation avec un problème scientifique au sens de Popper, une tension entre savoir et non savoir (Popper, 1979) ». Ces éléments seront tout l'objet du

chapitre IX consacré au cadre de notre enquête à travers l'exposé du « cas » étudié (section 1 à 5) et son argumentation, complétées par une cartographie des parties prenantes de l'organisation en présence (section 6) et la présentation de la temporalité dans laquelle s'inscrit ce travail (section 7). Comme le souligne Stake (1994), le cas étudié est d'un intérêt secondaire. Il représente surtout un support facilitant notre compréhension d'un phénomène. Sa vocation essentielle est de nous fournir un lieu d'observation et d'analyse des dynamiques qui se jouent, dans le cadre du processus de double changement que nous nous sommes donnés comme objet de recherche.

Nous nous consacrerons, ensuite, au « design » ou « architecture » de notre recherche. Cela nous permettra de visualiser la trame articulant les différents éléments de celle-ci. « Le design a pour objectif de définir quels sont les moyens nécessaires pour répondre à la problématique afin de former un ensemble cohérent avec la littérature : méthodes d'analyse, types, sources et techniques de recueil des données, composition et taille de l'échantillon. » (Royer et Zarlowski, in Thiétart, 2014, p. 185). Il devra mettre en lumière la logique d'ensemble de la démarche de recherche, tout en assurant la concordance des différents éléments qui la constituent (Royer et Zarlowski, in Thiétart, 2014).

Le chapitre X relatif à notre protocole d'enquête sera, dans cette perspective, dédié à ces éléments :

- Les sections 1 à 3 seront dévolues à l'architecture de notre recherche.
- La section 4 sera, quant à elle, dédiée à la présentation de nos procédés de recueil de données, comprenant également la présentation des caractéristiques de notre échantillon. Comme évoqué, la recherche qualitative se définit par une visée compréhensive, avec pour objectif de comprendre l'action dans un contexte ou en situation. D'après Dumez (2011, p. 50), c'est donc l'hétérogénéité des sources empiriques mobilisées qui permet d'en garantir l'objectivité : « elle permet en effet la triangulation, c'est-à-dire le fait que des analyses fondées sur un type de données peuvent être confirmées par l'analyse de données obtenues de manière indépendante ». Yin (2012) précise qu'il existe de multiples sources empiriques qui peuvent être utilisées dans la recherche qualitative. Parmi celles-ci, nous avons retenu :
  - L'observation participante : Bogdan et Taylor (1975) la qualifie comme « une recherche caractérisée par une période d'interactions sociales intenses entre le chercheur et les sujets, dans le milieu de ces derniers ». Cela a impliqué une immersion sur le terrain retenu et la mise en place d'une relation de confiance avec les acteurs rencontrés ; notre intégration ayant été facilitée par notre posture de chercheur-praticien.
  - Les entretiens semi-directifs : à l'appui de l'élaboration de guides contenant une liste de thèmes assez détaillés à aborder, sous la forme de questions ouvertes. L'objectif est de saisir la spontanéité du discours des personnes interrogées et de leur laisser une plus grande part d'initiatives, contrairement à l'entretien directif beaucoup plus cadré. Les avantages du recours à l'entretien semi-directif sont nombreux. Il permet de laisser une plus grande liberté d'expression à la personne interrogée, favorisant potentiellement l'évocation par l'interviewé d'éléments nouveaux non envisagés au départ par le chercheur concernant une thématique, tout en apportant un cadre structurant. De plus, le guide d'entretien semi-directif est construit de manière souple. Les questions ne sont pas forcément posées dans l'ordre par exemple. Ce qui apporte au chercheur une réelle possibilité d'adaptation en fonction de la tournure de l'entretien, la posture de l'interrogé, ses réponses, etc. Cela constitue une marge de manœuvre intéressante, assurant, malgré tout, un fil conducteur.

- La littérature grise.

Bien évidemment, ce cheminement ne s'est pas construit de manière aussi linéaire, mais s'est opéré par un jeu d'allers-retours et d'ajustements permanents entre : l'élaboration du projet de recherche et de la problématique, la définition de la démarche méthodologique, la conception du design de recherche, le choix des modalités de recueil, de traitement du matériau et d'analyse des résultats.

## Chapitre IX : Cadre de l'enquête - Etude du double changement à conduire par les tutelles régionales de santé : L'exemple de l'ARS Ile-de-France, à partir du cas des DAC

### Section 1 : Le couple « ARS-DAC » au sein de la région Ile-de-France

Nous avons défini notre cadre d'enquête au regard de nos objectifs de recherche et plus précisément à partir des trois axes de travail qui en découlent et présentés au sein de la seconde partie de cette thèse. Le tableau suivant permet un rappel de ces derniers :

TABLEAU 19 : LA TRANSFORMATION ORGANISATIONNELLE DU SYSTEME DE SANTE

Problématisation		
<i>Cadre conceptuel retenu pour appréhender cette transformation</i>	<i>Qualification du changement à mener</i>	<i>Enjeux pour les tutelles de santé régionales</i> Focus sur l'ARS
<p><b>Un nouveau paradigme situé au cœur des réformes</b> (au sens de Johnson, 1988)  ↳ Le parcours de santé en vue de dépasser le cloisonnement et l'organisation en silo du système</p> <p><b>Une modélisation organisationnelle du parcours</b>  ↳ A partir de l'adaptation du concept d'auto-organisation holographique de Morgan (1989) et de ses 4 principes = <i>L'image du cerveau</i></p> <p><b>Un espace d'opérationnalisation du parcours</b>  ↳ Le territoire</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p><b>Nécessitant un changement pour l'ensemble des acteurs</b></p> <p><b>DOUBLE CHANGEMENT</b></p>	<p><b>Entre changement prescrit et changement construit</b> (Autissier et Moutot, 2003)</p> <p><b>Une approche culturelle du changement</b>  ↳ La culture positionnée, ici, à la base du diagnostic et de l'action = <i>L'image de la culture comme grille de lecture et d'analyse</i></p> <p><b>Un double changement, envisagé à travers un processus d'apprentissage en boucle double</b> (Argyris et Schön, 2002)  ↳ Agir à la fois sur les paradigmes :</p> <p>-Des opérateurs de santé (Unité opérationnelle)</p> <p>Et</p> <p>-Des institutions de tutelle (Unité stratégique et managériale)</p>	<p><b>Accompagner le changement auprès des acteurs des territoires</b>  ↳ Vers une organisation répondant aux principes de « redondance des fonctions » et « variété requise » de Morgan</p> <p><b>Tout en se transformant elle-même</b>  ↳ Vers une évolution de son rôle, en lien avec le principe de « spécification critique minimale »</p> <p><b>Sur la base d'une démarche d'apprentissage collectif</b>  ↳ Vers une remise en question des schémas culturels des acteurs, en référence au principe « apprendre à apprendre »</p>
Proposition de recherche		
La réussite du changement sur le terrain passe par la capacité des tutelles de santé territoriales de l'Etat à faire évoluer leurs rôles, postures et principes de fonctionnement		

## Objectifs

Interroger :

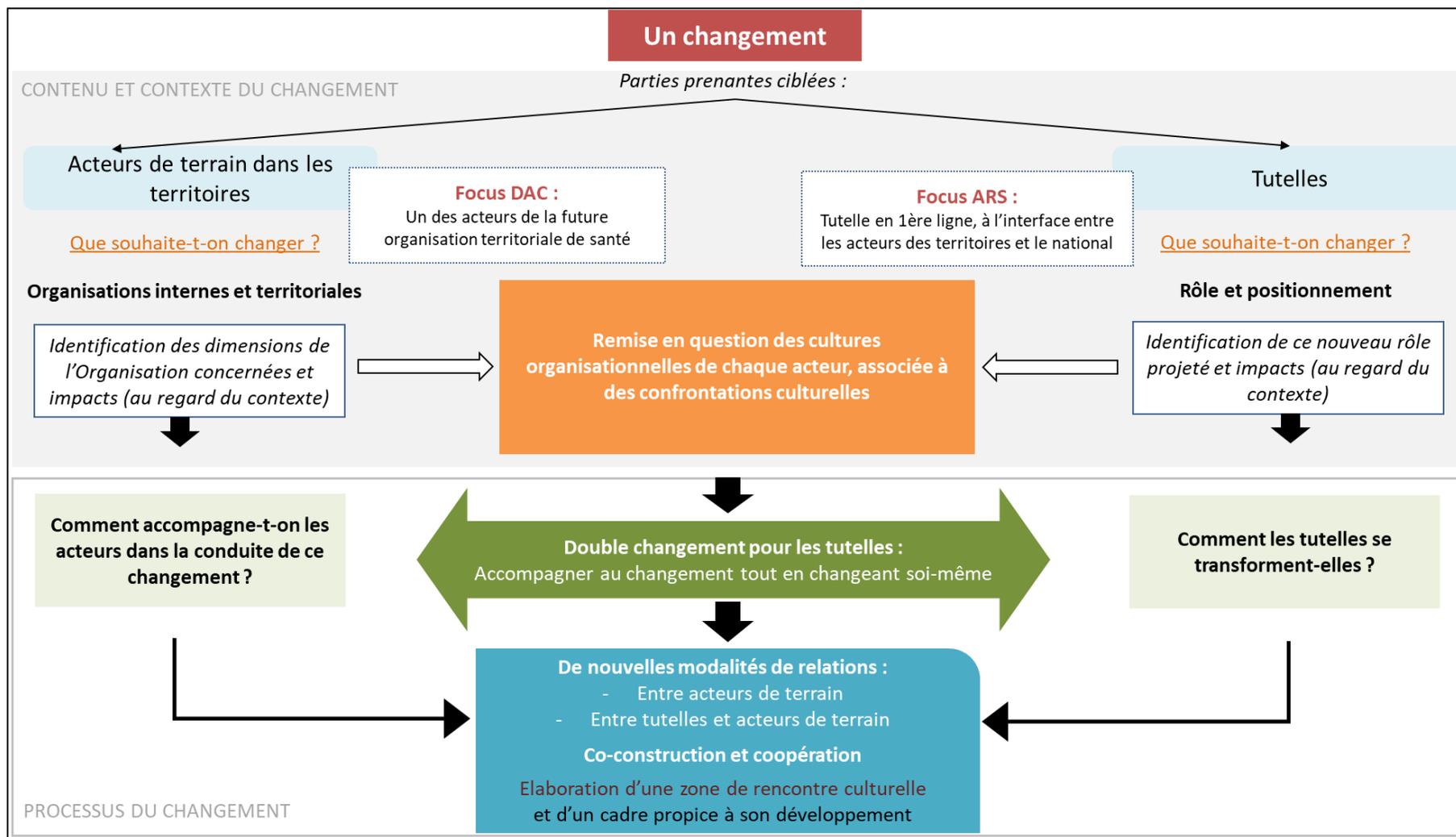
- **L'écart entre la stratégie définie, l'aptitude et la mise en œuvre effective de transformation des autorités de santé**, dont les fondements culturels sont fortement ancrés dans un modèle d'essence bureaucratique
- **L'accompagnement des acteurs de santé et le contexte mis en place** afin d'encourager la convergence et la cohabitation de cultures et structures organisationnelles diverses et hétérogènes au sein d'un nouveau modèle organisationnel
- **La valeur ajoutée (au sens qualitatif du terme) du recours à une logique de double changement comme levier**

## Axes de travail pour la phase d'enquête

1. La transformation des institutions de tutelles
2. L'accompagnement au changement des acteurs de santé dans les territoires
3. La pertinence d'une démarche de double changement

Comme nous l'avons souligné à plusieurs reprises, nous nous intéressons, dans le cadre de la transformation du système de santé, aux autorités sanitaires régionales de par leur position d'interface entre les politiques nationales et le terrain. Ces dernières endossent le rôle de pilote et accompagnateur du changement auprès des opérateurs de santé dans les territoires, tout en étant elles-mêmes soumises à un mouvement d'évolution. Cela nous a conduit à nous centrer sur l'analyse du processus de double changement qui semble se jouer. Dans cette perspective, nous avons souhaité nous focaliser sur l'étude d'un « couple » particulier formé par l'institution de tutelle et un acteur de terrain spécifique. Notre choix s'est porté sur l'ARS de la région Ile-de-France et les Dispositifs d'Appui à la Coordination des parcours (les DAC) de ce territoire, évoqués dans la première partie de notre recherche et faisant face à un changement important. Notre cadre d'enquête se modélise ainsi de la manière suivante :

FIGURE 22 : CADRE DE L'ENQUETE DE TERRAIN



## Section 2 : La stratégie de transformation de l'ARS Ile-de-France

Nous nous sommes appuyés comme fondement de départ sur ce que nous considérons comme le socle stratégique de l'ARS Ile-de-France en vue de déployer une organisation de santé répondant aux caractéristiques de l'approche parcours. Il s'agit tout d'abord du **Projet Régional de Santé (PRS) 2018-2022 de l'ARS**. Il constitue la feuille de route des politiques territoriales de santé à laquelle est adossé un programme d'actions. Ce PRS se compose de cinq axes de transformation reposant sur le déploiement « d'une dynamique territorialisée, portée en premier lieu par les professionnels et acteurs de santé, affranchie des cloisonnements sectoriels par pathologie ou par population ». Cela doit donner lieu à la formation de « coalitions multi-acteurs » plus autonomes, au sein de territoires dits de coordination. 22 zones géographiques infradépartementales ont été déterminées, maillant l'ensemble de l'Ile-de-France. Il est précisé que « la vision et les initiatives des acteurs de terrain seront le levier essentiel de la mise en œuvre [du] PRS ». Dans cette optique, « l'Agence est déterminée à se positionner en appui de ces initiatives, d'abord pour formaliser un cadre leur permettant d'émerger, ensuite en leur fournissant un appui, un accompagnement ».

Un second pilier vient constituer, selon nous, le corollaire de ce PRS. L'ARS Ile-de-France a impulsé à partir de 2019 « une démarche de changement, dont la particularité est d'être orientée vers l'interne en direction de l'externe. L'objectif est, comme l'indique le nom donné à cette stratégie, de « **se transformer pour transformer** ». Le postulat posé est que pour permettre un déploiement opérationnel du paradigme du parcours de santé dans les territoires, cela passe au préalable par la capacité des tutelles de santé territoriales de l'Etat à modifier leurs postures et types de fonctionnement, notamment envers les acteurs de terrain. Deux priorités sont mises en avant, le décroisement interne et la territorialisation, ainsi que de nouveaux rapports avec les acteurs : « être les partenaires des projets », « à l'écoute des acteurs du territoire » et « faire davantage confiance aux acteurs » (ARS Ile-de-France, juin 2019). La mise en œuvre de cette stratégie, impactée en 2020 par la survenue du COVID, passe par un processus : « le double mouvement », consistant par une régionalisation de certaines activités et une évolution du rôle des délégations départementales en charge de l'animation et du pilotage territorial. Il s'agit de leur donner plus d'autonomie, de marges d'adaptation et de capacité d'engagement pour déployer les solutions qu'elles jugeront les plus pertinentes sur leur territoire, à l'appui d'une reconnaissance plus soutenue. En 2015, la réforme à l'origine de la fusion des régions, réduisant leur nombre et établissant des périmètres géographiques beaucoup plus vastes, avait accentué le besoin de déléguer localement davantage de responsabilités aux délégations départementales (Evin, 2019), mais l'Ile-de-France n'y avait alors pas été confrontée. Aujourd'hui, le cadre national impose de fonctionner et de travailler autrement avec les acteurs des territoires pour parvenir à mettre en place une nouvelle organisation de santé transversale et une coordination plus intensive entre les parties prenantes. Cela suppose pour l'ARS d'être davantage sur le terrain, aux prises avec les opérateurs, à travers les délégations départementales, qui fondent le cœur de ce double-mouvement. Néanmoins, dans les faits, cela n'est pas si simple à mettre en place car le double mouvement représente davantage une perspective plutôt qu'un processus clairement établi. En outre, cela constitue un réel bouleversement culturel pour l'ARS dans la mesure où les délégations ont souvent occupé une place de second plan par rapport aux directions du siège. L'objectif est d'inverser la tendance, par le biais d'un renforcement de leur fonction d'animateur territorial » (Borel, in Courie-Lemur (Dir.), 2023). Ainsi, les délégations départementales apparaissent comme un enjeu fort de la stratégie des ARS ; le Ségur de la Santé en 2020 ayant également mis l'accent sur la

nécessité d'une consolidation et reconnaissance de leur rôle. « D'une posture de régulateur, l'ARS doit aujourd'hui devenir une tutelle-partenaire des acteurs de santé, dont les délégations départementales semblent constituer l'un des [ressorts] » (Borel, in Courie-Lemur (Dir.), 2023).

Ces deux documents pivots font particulièrement écho à la modélisation d'une organisation de santé territoriale déclinée selon les principes de l'organisation holographique de Morgan et aux enjeux de double changement qui en découlent. Nous y retrouvons, en effet, les ingrédients constitutifs de ce modèle. Plus particulièrement, la stratégie interne de transformation de l'ARS nous fournit un cadre de références à partir duquel analysé **le processus d'évolution des institutions de tutelles, en écho à notre premier axe de travail**. Cela nous conduira à cibler notre étude sur le siège de l'ARS mais aussi sur ses délégations départementales, au nombre de 8 en Ile-de-France, au regard du levier qu'elles semblent représenter pour le législateur et l'ARS.

### Section 3 : La convergence des réseaux de santé et des MAIA au sein d'une structure unique (le DAC) comme support d'observation et d'analyse du processus de double changement

Nous avons fait le choix de nous focaliser sur une composante spécifique de l'organisation de santé territoriale : les DAC (Dispositifs d'Appui à la Coordination). Ces derniers sont appréhendés, ici, comme un support d'observation du processus de double changement. Ce cas particulier doit nous permettre d'analyser la manière dont l'ARS accompagne ces acteurs, tout en opérant sa propre mutation mais aussi d'identifier les éventuelles apports et les conditions de réussite d'une telle démarche.

Dans la première partie de notre recherche, nous avons consacré le chapitre III à la présentation de ces parties prenantes et au contexte politique et institutionnel dans lequel elles s'inscrivent. Pour mémoire, elles se sont progressivement développées au cours du temps en vue de favoriser l'articulation des acteurs dans les territoires, en réponse au fort cloisonnement du système de santé. Ce focus sur ces entités nous a paru important dans la mesure où elles constituent, nous l'avons vu, des « acteurs frontières », situés au carrefour des secteurs sanitaire, médico-social et social. Elles s'apparentent, dans le cadre du modèle de l'organisation holographique de Morgan, aux fonctions transverses censées faciliter les connexions entre les acteurs, au regard de l'association des principes de redondance des fonctions et variété requise. Elles occupent, de notre point de vue, une place singulière dans le paysage de la santé, en ce sens qu'elles ne sont pas des effecteurs de soins ou de prestations sociales et médico-sociales. Ces dispositifs interviennent en appui des professionnels de santé en vue de favoriser les liens et la coordination autour des parcours de santé dits complexes. Par ailleurs, ils sont également dotés d'une mission d'animation territoriale en vue de faciliter l'intégration des acteurs dans les territoires. De ce fait, ils représentent à la fois un acteur de l'organisation de santé mais également un outil au service du déploiement et de l'organisation des parcours.

Le tableau présenté ci-dessous nous permet de nous remémorer les éléments déjà exposés dans la première partie de notre recherche.

TABLEAU 20 : SYNTHÈSE DES ÉLÉMENTS ÉVOQUÉS DANS LA 1<sup>ÈRE</sup> PARTIE RELATIFS AUX DISPOSITIFS D'APPUI À L'ORGANISATION DES PARCOURS

Éléments de contexte relatifs aux dispositifs de coordination	Précisions
<p><b>Cadre</b></p> <p><i>Inscription au sein des « Politiques d'organisation »</i></p> <p>(Castel et Hénaut, in Borraz, 2022, pp. 160-161)</p>	<p>→ <b>Mises en oeuvre au niveau opérationnel « à l'échelle des territoires locaux de l'action publique »</b> (Bertillot, 2017, p. 7) en vue d'appuyer le déploiement de l'approche parcours.</p> <p>→ Dont l'ARS a la charge d'en assurer l'animation et le pilotage.</p> <p style="text-align: center;"><b>Objectif :</b></p> <p style="text-align: center;">Favoriser les liens/connexions entre les différentes entités du système de santé. <i>Coordination et interdisciplinarité autour des parcours de santé complexes.</i></p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;"><b>Création de dispositifs ad hoc d'appui à la coordination et à l'organisation des parcours.</b></p>
<p><b>Qualification</b></p> <p><i>Une catégorie d'acteurs à l'interface des différents secteurs traditionnels de la santé</i></p>	<p>→ Des « acteurs hybrides et interstitiels » (Bertillot, 2017, p. 9).</p> <p>→ Des « acteurs frontières » (Aubert, et al., 2020, p. 9).</p> <p><i>Qui ont émergé dans les années 80/90 avec les réseaux VIH, que nous assimilons aux 1<sup>ers</sup> dispositifs de coordination « contemporains ».</i></p>
<p><b>Positionnement</b></p> <p><i>Un outil au service des parcours</i></p>	<p>→ <b>Rationalisation de la coordination</b> entre les acteurs de terrain autour des parcours complexes.</p> <p><b>Niveau patient</b></p> <p>→ <b>Animation territoriale</b> : participation à la structuration des parcours et à la construction d'un écosystème de prise en charge (interconnaissance, maillage des acteurs, etc.).</p> <p><b>Niveau territorial</b></p>
<p><b>Problématique organisationnelle</b></p> <p><i>Dérive organisationnelle</i></p>	<p>→ <b>Développement exponentiel</b> du nombre de dispositifs de coordination.</p> <p>→ <b>Fragmentation du pilotage</b> : de multiples tutelles et financeurs, en fonction des dispositifs.</p> <p>→ <b>Absence de stratégie globale et unifiée.</b></p> <p><b>Conséquences :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Manque de visibilité et de lisibilité</b> organisationnelle.</li> <li>- <b>Redondance</b> : superposition de missions entre dispositifs.</li> <li>- <b>Spécialisation extrême</b> : succession de dispositifs proposant une prise en charge par type de situations, en fonction de l'âge, d'un état, d'une pathologie ou d'une problématique.</li> <li>- <b>Cloisonnement</b> (voire concurrence entre dispositifs) : un paysage constitué de dispositifs aux cultures et rationalités très diverses.</li> <li>- <b>Remise en question de leur efficacité.</b></li> </ul> <p style="text-align: center;">↓</p> <p><b>Un « cercle vicieux néo-bureaucratique » (Castel et Hénaut, 2022)</b></p> <p><i>En partie lié à cette foisonnante création, le besoin de coordination subsiste et, pour y répondre, « on ne cesse d'ajouter des dispositifs pour relier les structures, les procédures, les financements et les acteurs » (Poutout, 2005, p. 38).</i></p>
<p><b>Pour répondre à la dérive organisationnelle</b></p> <p><i>Création des DAC avec la Loi santé du 24 Juillet 2019</i></p>	<p style="text-align: center;"><b>Création des DAC fusionnant les expertises des dispositifs existants :</b> Réseaux de santé, MAIA, PAERPA, PTA et CLIC (sur accord local du Conseil Départemental).</p> <p style="text-align: center;">↓</p>

	<p>Dès 2018, la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) du Ministère de la santé confie aux ARS la mission d'organiser le rapprochement entre ces entités, sous l'intitulé :</p> <p style="text-align: center;">« Convergence des Dispositifs d'Appui à la Coordination ».</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;"><u>Objectif :</u></p> <p>Développer un dispositif souple, polyvalent et expert des parcours complexes, doté des missions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Appui des professionnels de santé à la coordination des prises en charge de leurs patients.</li> <li>- Animation territoriale et observatoire des ruptures de parcours.</li> </ul> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;"><b>Les pouvoirs publics souhaitent ériger le DAC en véritable coordinateur de territoire.</b></p>
<p style="text-align: center;"><i>Confrontés au regroupement de plusieurs dispositifs, les acteurs des DAC sont pleinement touchés par la transformation en cours du système de santé</i></p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;"><b>Un changement à accompagner par les autorités sanitaires</b></p>	<p><i>2 niveaux de changement :</i></p> <p><b>*Interne :</b> fusion de plusieurs dispositifs pour créer une structure et équipe uniques (DAC).</p> <p>La politique menée a conduit à la formation d'entités de coordination de nature très hétérogène, relevant d'histoires et de fondements culturels souvent différents, et parfois même concurrentiels.</p> <p>↳ <b>Enjeu :</b> La réussite du changement repose donc sur « l'aptitude de ces acteurs à collaborer ensemble et à mutualiser leurs compétences respectives » (Borel et Cenard, 2022).</p> <p><b>*Externe</b></p> <p>Les DAC :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- A la fois un des sous-systèmes de la nouvelle organisation territoriale de santé que les pouvoirs publics entendent déployer.</li> <li>- Mais aussi, en tant qu'outil des politiques d'organisation, un vecteur de la diffusion et de l'appropriation de la logique parcours dans les territoires.</li> </ul> <p>↳ <b>Enjeu :</b> un niveau de changement qui interroge, de manière plus systémique, leur positionnement dans l'écosystème de la santé et leur « usage » par les pouvoirs publics.</p>

Le développement et la généralisation de ces dispositifs ont ainsi été mis en place sans véritable vision d'ensemble, aboutissant à un phénomène de chevauchement et d'accumulation de ces derniers, dont l'objectif initial était avant tout de favoriser l'accès aux soins, l'interdisciplinarité et la coordination entre les professionnels. La création des DAC par la loi santé du 24 juillet 2019 a pour vocation d'endiguer, en partie, la fragmentation et la spécialisation de ces dispositifs en les réunissant sous la forme d'une structure et équipe uniques. Les ARS ont, dans cette optique, pour mission de faire converger opérationnellement les dispositifs existants de leurs territoires d'ici Juillet 2022<sup>12</sup>.

En Ile-de-France, ce regroupement concerne principalement les Réseaux de santé et les MAIA. L'ensemble de la région était couvert, à fin juillet 2019, lors du lancement de la constitution des DAC, de 30 MAIA et 24 Réseaux de santé<sup>13</sup>. L'ARS a défini 22 territoires de coordination, composé d'un DAC par territoire. Cela représente environ 1 à 3 DAC par département, à l'exception de Paris comptabilisant 6 DAC.

<sup>12</sup> Loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé du 24 Juillet 2019.

<sup>13</sup> Uniquement comptabilisés les réseaux concernés par le regroupement DAC.

Il est à noter que deux PTA (Plateformes Territoriales d'Appui)<sup>14</sup>, portées par des Réseaux de santé, viennent compléter ce paysage. Elles ont été expérimentées en Ile-de-France à partir de 2016 et étaient annonciatrices des futurs DAC.

Par ailleurs, des spécificités sont à noter pour deux départements où le choix a été fait d'intégrer au sein du DAC les dispositifs de coordination portés par les collectivités territoriales. Pour rappel, le législateur n'impose par leur convergence au sein des DAC. Dans notre cas, il s'agit :

- Du département des Yvelines où ont été mis en place des PAT (Pôle Autonomie Territorial) intervenant sur les thématiques « personnes âgées et handicap », sous la tutelle du Conseil départemental.
- De la Ville de Paris<sup>15</sup> qui a développé, en lien avec l'ARS, des M2A (Maison des Aînés et des Aidants). Ces dernières sont dédiées uniquement à la prise en charge des personnes âgées et se matérialisent à travers un guichet unique réunissant le réseau de santé, la MAIA et le CLIC<sup>16</sup> sous un même toit.

Un recensement d'ensemble des projets DAC avant la convergence, mettant en évidence les configurations organisationnelles alors en place, est présenté ci-dessous :

TABLEAU 21 : RECENSEMENT DES PROJETS DAC SUR LA REGION FRANCILIENNE AVANT LA CONVERGENCE

Départements	Projets DAC	Acteurs en présence	Nature des portages
Seine-et-Marne	<b>77 Sud</b> <i>Labellisé au 01/01/2020</i>	1 Réseau de santé 1 MAIA	1 portage unique
	<b>77 Nord</b>	1 Réseau de santé 1 MAIA	2 portages distincts
Yvelines <u>Spécificité :</u> Convergence avec les dispositifs de coordination du Conseil Départemental ↓ Les Pôles Autonomie Territoriaux (PAT) : personnes âgées et handicap	<b>78 Nord</b>	2 réseaux de santé 1 PTA (portée par un réseau) 2 MAIA 2 PAT	6 portages distincts Dont 2 acteurs prédominants présents sur plusieurs dispositifs
	<b>78 Sud</b>	1 Réseau de santé 2 MAIA 4 PAT	5 portages distincts
Essonne	<b>91 Nord</b>	1 Réseau de santé 2 MAIA	2 portages distincts
	<b>91 Sud</b>	1 réseau de santé 2 MAIA	3 portages distincts
Hauts-de-Seine	<b>92 Nord</b>	1 Réseau de santé 2 MAIA	2 portages distincts
	<b>92 Centre</b>	1 Réseau de santé 1 MAIA	2 portages distincts
	<b>92 Sud</b>	1 Réseau de santé 1 MAIA	2 portage distincts

<sup>14</sup> Loi de modernisation de notre système de santé du 26 Janvier 2016.

<sup>15</sup> Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2019, la Ville de Paris et le conseil départemental constituent ensemble une unique collectivité territoriale.

<sup>16</sup> Les CLIC, Centres Locaux d'Information et de Coordination gérontologique, sont sous la tutelle des conseils départementaux.

<b>Seine-Saint-Denis</b>	<b>93 Nord</b> <i>Labellisé au 01/01/2020</i>	1 Réseau de santé 1 MAIA	1 portage unique
	<b>93 Sud</b>	2 réseaux de santé 2 MAIA	4 portages distincts
<b>Val-de-Marne</b>	<b>94 Ouest</b>	1 réseau de santé 1 PTA (portée par le réseau) 1 MAIA	2 portages distincts
	<b>94 Est</b>	1 réseau de santé 3 MAIA	3 portages distincts
<b>Val d'Oise</b>	<b>95 Ouest</b>	1 réseau de santé 1 MAIA	1 portage unique
	<b>95 Sud</b> <i>Labellisé au 01/01/2020</i>	1 Réseau de santé 1 MAIA	1 portage unique
	<b>95 Est</b>	1 réseau de santé 1 MAIA	2 portages distincts
<p style="text-align: center;"><b>Paris</b></p> <p style="text-align: center;"><u>Spécificité :</u></p> <p>Rapprochement avec la Ville de Paris, à travers les M2A (Maison des aînés et des aidants)</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Antérieur au DAC, prévoyant un portage unique réseau/MAIA/CLIC</p> <p><u>Thématique :</u> personnes âgées</p>	<b>Paris Centre</b> <i>Labellisé au 01/01/2020</i>	1 Réseau de santé 1 MAIA 1 CLIC	1 portage unique (M2A)
	<b>Paris Ouest</b>	1 réseau de santé 1 MAIA + 1 CLIC	2 portages distincts
	<b>Paris Sud</b> <i>Labellisé au 01/01/2020</i>	1 Réseau de santé 1 MAIA 1 CLIC	1 portage unique (M2A)
	<b>Paris Est</b>	1 réseau de santé 1 CLIC + 1 MAIA	2 portages distincts
	<b>Paris Nord Est</b> <i>Labellisé au 01/01/2020</i>	1 Réseau de santé 1 CLIC 1 MAIA	1 portage unique (M2A)
	<b>Paris Nord-Ouest</b>	1 réseau de santé 1 CLIC + 1 MAIA	2 portages distincts

Nous serons amenés à revenir sur ces éléments dans la suite de notre propos, notamment lorsque nous aborderons plus précisément les enjeux de ce changement. Mais, tout d'abord, nous allons détailler les fondements et les spécificités organisationnelles de chacun des dispositifs en présence concernés par la convergence en Ile-de-France ainsi que leur évolution dans le temps. Après une première approche macroscopique de ces dispositifs au sein de la première partie de notre recherche, notre objectif est maintenant de doter notre lecteur d'éléments de connaissance beaucoup plus fins et nécessaires à la compréhension du cadre d'enquête choisi.

## Section 4 : De la divergence à la convergence des dispositifs de coordination

### A. Les réseaux de santé

Les premiers réseaux contemporains apparaissent, nous l'avons dit auparavant, dans les années 80 et 90, avec le VIH pour se développer ensuite sur d'autres thématiques. Un réseau de santé constitue une forme d'organisation collective et transversale plus ou moins institutionnalisée et structurée, constituée par les professionnels d'un territoire qui se sont associés pour apporter une réponse « à un besoin de santé des individus et/ou de la population, à un moment donné, sur un territoire donné » (ANAES, 1999, p. 19). Elle est mise en œuvre par une équipe de coordination, travaillant en partenariat

avec les autres acteurs du territoire de manière non hiérarchique. « La coopération des acteurs dans un réseau est volontaire et se fonde sur la définition commune d'objectifs » (Ibid., p. 19). Il rassemble des professionnels des champs sanitaire, médico-social et social, de la ville et des établissements de santé, des associations d'usagers, etc.

Selon la loi du 4 Mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, qui officialise une définition légale du réseau au sein du code de la santé publique, celui-ci a « pour objectif 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 », notamment dans le domaine de la cancérologie, des soins palliatifs et de la gérontologie. Au regard des différentes définitions qui peuvent être données du réseau de santé, plusieurs termes essentiels semblent structurer leur action : « prise en charge globale, pluridisciplinaire et collective des patients, protocolisation des modalités de prise en charge, amélioration des pratiques » (Poutout, 2007, pp. 46-47).

Initialement monothématiques, ils évoluent ensuite en 2012 sous la forme de réseaux plurithématiques, donnant lieu à des fusions, voire fermetures de certains d'entre eux. Les réseaux représentaient à ce moment-là un paysage très hétérogène et éclaté, sans réel socle commun de structuration. Dans ce cadre, le guide de la DGOS de 2012 destiné à accompagner les réseaux dans cette évolution, clarifie leurs missions :

- Organiser et planifier le parcours de santé et le suivi du patient en situation complexe, en lien avec l'équipe de soins de premier recours.
- Apporter un appui aux différents intervenants (professionnels de santé de premier recours, sociaux, médico-sociaux, la famille) auprès du patient.
- Favoriser une bonne articulation entre la ville-hôpital (entrée-sortie d'hôpital) et avec les intervenants des secteurs sanitaire, médico-social et social.

Ils doivent permettre d'aboutir à une prise en charge de qualité des personnes en situation complexe ; parvenir à mettre en place un réseau d'acteurs, à même de répondre aux besoins de ces dernières ; apporter un appui aux professionnels ; et enfin faciliter le parcours.

En complément, ils mènent généralement :

- Une activité de coordination institutionnelle et organisationnelle visant à renforcer l'ancrage du réseau sur son territoire et le maillage entre les acteurs pour fluidifier au mieux les parcours de santé.
- Une activité « innovation et développement », via différentes initiatives ou actions expérimentales susceptibles de s'intégrer à terme dans les autres missions déployées par le réseau.

Ils sont positionnés, en ce sens, comme un outil de réorganisation de l'offre de soins et de décloisonnement du système de santé. Dans une vision idéalisée, « les réseaux de santé prennent la forme d'organisations hybrides, qui créent certes du lien entre les acteurs de la santé, mais qui plus encore se tiennent dans l'entre deux de couples d'opposition qu'ils réunissent par-delà les clivages historiques : ville/hôpital, généralistes/spécialistes, public/libéral, préventif/curatif, médical/social, professionnels/administrations (Grémy, 1997). Ils cherchent ainsi à mettre en musique l'offre de soins existante dans une logique de complémentarité horizontale, chaque acteur maîtrisant une compétence spécifique nécessaire à la prise en charge globale des usagers » (Bruyère et Bonafini, 2008, p. 3).

## B. Les MAIA

Les MAIA (**Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie**) sont issues du 3<sup>ème</sup> plan Alzheimer 2008-2012. Elles ont d'abord fait l'objet d'une phase expérimentale entre 2008 et 2010 (17 sites), avant d'être généralisées en 2011. Elles associent tous les acteurs engagés dans l'accompagnement des personnes âgées de 60 ans et plus en perte d'autonomie et de leurs proches. « L'objectif est de renforcer l'articulation des intervenants des champs sanitaire, social et médico-social autour de la personne en perte d'autonomie fonctionnelle et de ses aidants. Cette nouvelle organisation vise à simplifier les parcours, à réduire les doublons en matière d'évaluation, à éviter les ruptures de continuité dans les interventions [...] et à améliorer la lisibilité par l'organisation partagée des orientations » (Décret du 29 septembre 2011 relatif au cahier des charges des MAIA). Cette méthode se fonde sur le concept d'intégration des services d'aide et de soins, d'origine anglo-saxonne. Il a pour objectif de faire évoluer les acteurs vers un nouveau mode de structuration dit « intégré » qui débute, en premier lieu, par la création « d'un partenariat coresponsable » (Ibid.). Il s'agit également de favoriser la coordination et la coopération.

L'intégration a vocation à répondre à la fragmentation du système de santé et aux enjeux relatifs au vieillissement de la population et à la perte d'autonomie des personnes âgées. Elle « représente une innovation dans le sens où elle s'appuie sur une approche populationnelle autour de laquelle s'organise une réponse collective croisant une logique de filière et réseau (réponse horizontale et verticale), à différents niveaux : clinique, organisationnel et institutionnel, chacune des dimensions interagissant » (Evaluation des dispositifs MAIA : Rapport final d'évaluation, rédigé pour le compte de la CNSA par IPSO facto et al., janvier 2017).

Les MAIA ont un ancrage infra-départemental. Chacune d'entre elles dispose d'un pilote et d'une équipe de gestionnaires de cas. La méthode s'appuie sur 3 mécanismes interdépendants ainsi que 3 outils :

- La concertation qui vise à la mise en place d'espaces collaboratifs.
- Le guichet intégré est destiné à construire un accès de proximité à l'accueil et à l'information à partir duquel la population est orientée vers la ressource adaptée, et ce à tout endroit du territoire. Il repose sur un mode d'organisation entre tous les partenaires, sur la base de pratiques et d'outils partagés mais aussi de processus articulés.
- La gestion de cas permettant un suivi intensif et au long cours pour les personnes âgées en situation complexe.
- L'évaluation des besoins de la personne à partir d'un outil standardisé.
- Un plan de service individualisé permettant de définir, planifier et suivre l'ensemble des interventions mises en place auprès de la personne accompagnée.
- Un système d'information partagé.

### C. Les PTA : les prémices de la convergence

En amont de la création des DAC en juillet 2019, la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 avait commencé à poser les premiers jalons d'une convergence progressive de ces dispositifs, à travers les PTA (**Plateformes Territoriales d'Appui**).

Selon le décret du 4 Juillet 2016 relatif aux fonctions d'appui aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes, trois missions leurs sont alors dévolues :

- L'information et l'orientation des professionnels vers les ressources du territoire.
- L'appui à l'organisation des parcours complexes.
- La soutien aux pratiques et initiatives professionnelles en matière d'organisation et de sécurité des parcours, d'accès aux soins et de coordination.

Elles sont une avancée à deux niveaux. Elles interviennent pour tout type de situation complexe, sans condition d'âge, de pathologie, de handicap ou de problématique. Et surtout, elles permettent d'esquisser le processus de convergence des acteurs de coordination prenant la forme d'un guichet unique. Il s'agit de passer d'une logique de structures à une logique de missions. L'objectif est d'aboutir à un dispositif d'appui plus lisible sur les territoires. Le cadre législatif proposé se veut souple permettant à chaque région de définir leurs propres organisations territoriales, sans obligation de création de PTA. Une logique bottom-up est retenue, s'appuyant sur les initiatives des acteurs de santé, avec l'ARS comme facilitateur et régulateur.

Elles constituent les prémices des futurs DAC qui seront créés trois ans après. Deux expériences de PTA ont été menées en Ile-de-France, portées respectivement par deux réseaux de santé sur des zones infradépartementales. La configuration retenue a été celle d'un dispositif où chaque acteur de coordination existant conservait son autonomie. C'était donc davantage une convergence partenariale mais elles enclenchent une dynamique progressive de regroupement fondée sur une meilleure articulation entre les dispositifs existants.

En dehors des deux PTA d'Ile-de-France, d'autres préfigurations de rapprochement se sont mises en place, sans pour autant donner lieu à une intégration complète sous la forme d'une équipe et dispositif uniques. En effet, sur certains territoires, les dispositifs de coordination sont parfois réunis sous la bannière d'un porteur juridique unique ; bien que chacun conserve encore, à ce stade, son identité, ses missions et modalités de fonctionnement propres.

### D. Les DAC

Un mouvement s'opère donc déjà en 2016 avec les PTA. Une seconde phase s'amorce ensuite à compter de 2018, à travers la stratégie nationale de santé. Elle souhaite « simplifier et faire converger les dispositifs d'appui à la coordination territoriale, qui ont pour objet de faciliter le parcours des personnes en situation complexe (« MAIA », « PTA », « PAERPA », réseaux), afin de les rendre plus compréhensibles pour les professionnels de santé et les usagers ». Dans cette même continuité, le PRS 2018-2022 de l'ARS Ile-de-France pose le développement d'une offre d'appui aux parcours complexes unifiée et plus lisible comme l'une des actions devant contribuer à l'organisation en parcours des prises en charge sur les territoires. Ce processus en maturation s'officialisera avec la loi santé du 24 Juillet 2019 donnant naissance aux DAC (**Dispositifs d'Appui à la Coordination**). Il s'agit de faire du DAC un expert de l'organisation des parcours, axés sur la complexité (tout âge, toute pathologie). L'ARS Ile-de-France procèdera sur cette période (entre 2018 et 2019) à l'élaboration d'un référentiel régional des

DAC en vue de définir leurs missions et organisation. Celui-ci sera co-construit avec les acteurs de coordination des territoires. La phase de déploiement des DAC débutera en novembre 2019, suite à la publication de ce référentiel. Une première vague de labélisation aura lieu dès janvier 2020 ; le déploiement des DAC sur l'ensemble de la région devant être effectif en juillet 2022, échéance fixée par le législateur.

#### E. Les structures représentatives des acteurs de la coordination

Les acteurs de la coordination se sont, par ailleurs, dotés de structures représentatives au niveau régional, plus ou moins institutionnalisées et formalisées selon les cas. Concernant les réseaux de santé, ces derniers disposent d'une fédération régionale qui a subi des transformations au cours du temps, suivant le même rythme que l'évolution des réseaux. Au moment de la convergence des dispositifs de coordination au sein des DAC, elle est incarnée par le Résif (Réseaux de Santé d'Ile-de-France), doté d'un statut associatif Loi 1901. Les réseaux se sont, depuis un certain nombre d'années déjà, regroupés au sein de fédérations « pour accentuer leur collaboration et renforcer leur position face aux autorités de tutelles » (Courie-Lemeur, 2018, p. 51). A travers cette modalité, l'objectif est de consolider l'action des réseaux. « De Stampa et al. (2008) considèrent que la fédération est créée dans la perspective de développer les missions des réseaux, notamment en matière de coordination entre eux, de diffusion de l'information sur leurs missions auprès des professionnels de santé, de recherche sur la thématique, enfin de représentation et de lobbying auprès des autorités publiques » (Courie-Lemeur, 2018, p. 51).

Les MAIA ont constitué, pour leur part, un collectif non formel, composé de trois représentants en Ile-de-France. Leur rôle et leur poids apparaissent donc moindre. Cette disparité s'explique par des fondements historiques distincts. Les réseaux se sont pendant longtemps caractérisés par une culture militante forte (issus des premiers réseaux VIH). Rappelons aussi que ce sont des dispositifs qui émanent du terrain sans cadre de structuration préalable posé par le législateur. Par conséquent, cela tend à expliquer le besoin ressenti par ces derniers de se rassembler au sein de fédérations : d'une part, afin d'échanger et réfléchir collectivement sur le sens de leur action, et d'autre part, pour constituer une force vive face aux tutelles. Les MAIA, de leur côté, émanent d'une démarche descendante et institutionnalisée basée sur une méthode et des savoirs explicites. De plus, leur reconnaissance par les pouvoirs publics a précédé leur création, alors que pour les réseaux, elle s'est construite sur le long terme dans les échanges et, parfois même, la confrontation avec les autorités sanitaires.

Aujourd'hui, le projet de création des DAC impacte ces instances qui sont également amenées à se rapprocher. En Ile-de-France, le Résif devient la « FACS-IDF » (Fédération régionale des dispositifs de ressources et d'Appui à la Coordination des parcours de Santé d'Ile-de-France) afin de répondre aux transformations en cours. L'adoption des nouveaux statuts a été entérinée en avril 2021. Cette entité est financée par l'ARS avec laquelle un CPOM est conclu déterminant les objectifs et les missions de la FACS-IDF. Cela reflète au niveau régional les mutations qui s'opèrent, au niveau local, pour chacun des dispositifs de coordination en présence. En effet, la création de la FACS-IDF, à partir du Résif, a également fait l'objet d'un processus de changement, l'enjeu principal résidant dans la construction d'une nouvelle identité partagée entre les Réseaux et les MAIA au sein de cette nouvelle fédération. Il s'agira d'intégrer cet axe dans notre analyse du double changement, cette nouvelle fédération en constituant une partie prenante à part entière. Son rôle et son positionnement seront un objet d'analyse intéressant dans la mesure où elle s'affiche comme fédération représentative des DAC, tout

en étant par ailleurs liée à l'ARS par un CPOM conditionnant son financement. Sa place dans ce changement apparaît donc une donnée importante. Paraissant se situer à l'interface des DAC et de l'ARS, nous verrons quelles modalités de relations se tissent avec ces acteurs et comment la FACS-IDF se trouve positionnée.

Des FACS sont présentes sur d'autres régions. Mais les objectifs, missions, modes de fonctionnement et financements peuvent varier. De même, les ARS n'ont pas l'obligation de financer ces instances. La nature des relations entre ces fédérations et les autorités de tutelles peut être très variable d'un territoire à l'autre, en fonction des positionnements et relations historiques des acteurs locaux. Il est à noter, qu'en miroir de ces instances régionales, une fédération nationale des DAC : la FACS a également été créée, dès 2018, sur la base du rapprochement de plusieurs fédérations nationales de réseaux et de CLIC. Le collectif national MAIA, quant à lui, a été associé en tant que partenaire. D'après ses statuts, la FACS nationale a, entre autres, pour missions de :

- Fédérer les acteurs œuvrant dans le domaine de l'appui à la coordination des parcours.
- Constituer une représentation nationale et de dialogue, en particulier avec les institutions politiques ou administratives, les associations de patients et d'usagers, etc.
- Être force de proposition concernant le rôle, les missions et la place de ces acteurs dans l'organisation du système de santé.
- Contribuer à la reconnaissance et la valorisation des savoir-faire et compétences spécifiques à ces dispositifs.
- Organiser des temps de rencontre et la capitalisation.
- Mener des actions de communication visant à promouvoir les DAC.

## Section 5 : Les enjeux du changement dans le cadre du DAC

Au vu du panorama dressé dans la première partie de notre recherche mettant en évidence l'apparition d'une forme de dérive organisationnelle concernant le développement de ces fonctions transverses, leur rapprochement au sein d'une structure unique apparaît pertinent. Leur compatibilité stratégique semble évidente en vue d'optimiser la coordination et l'organisation des parcours dans les territoires mais aussi renforcer leur lisibilité. En effet, ces dispositifs sont très proches et complémentaires, même si chacun des protagonistes pourra mettre en avant certaines subtilités dans les approches adoptées et les finalités poursuivies. En revanche, la question de leur compatibilité organisationnelle, fortement associée à leurs paradigmes culturels respectifs, se pose et la réponse n'est pas aussi évidente. Nous l'avons souligné antérieurement, bien qu'appartenant à une même famille d'acteurs, leurs fondements culturels, reliés à leurs histoires, apparaissent très différents, voire antagonistes :

- Tandis que les réseaux reposent sur une logique de terrain forte, les MAIA relèvent d'une démarche descendante fortement institutionnalisée.
- Les réseaux se définissent comme un modèle souple. « Ils s'apparentent à des chaînes multi-acteurs modulables en fonction des besoins de santé (selon la nature des cas à traiter, selon la disponibilité des professionnels de soins, selon la volonté des patients, etc.). Les chaînes d'acteurs se constituent et se désagrègent, tels des arrangements éphémères, pour répondre de façon adaptée à une demande ciblée (Fabbe-Costes, 2005 ; Paché et Spalanzani, 2007) » (Bruyère et Bonafini, 2008, p. 3). Les MAIA, de leur côté, s'inscrivent dans une démarche plus formelle et

protocolisée. Elles se définissent, en ce sens, comme une méthode et constituent un modèle normatif.

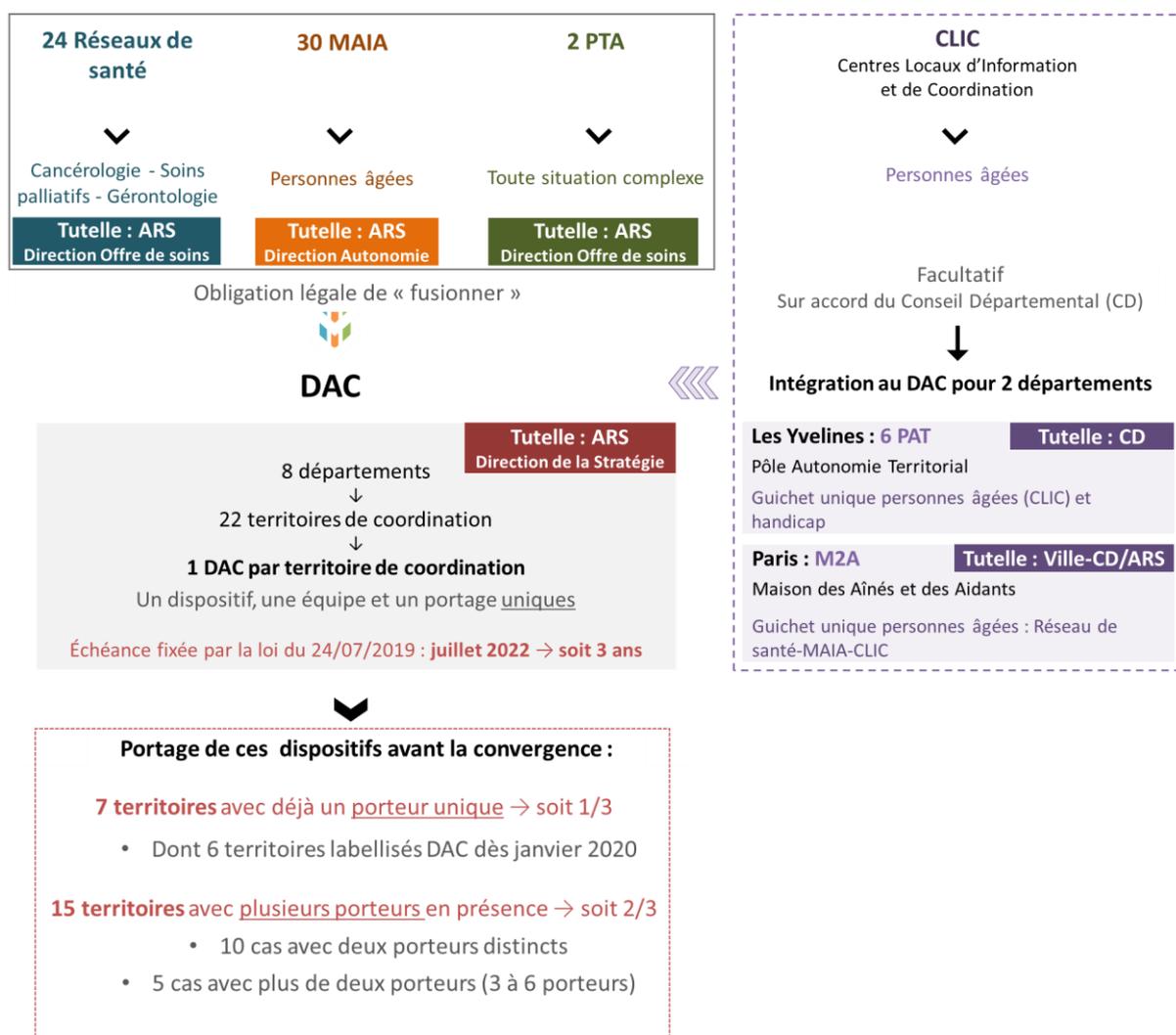
- L'organisation et la composition des MAIA sont cadrées et harmonisées sur l'ensemble des territoires. Au contraire, la mise en place et le contenu d'un réseau dépendent du contexte, des acteurs, des leaders qui le constitue, etc.
- La tutelle nationale est également scindée entre la CNSA qui a la compétence sur les MAIA et la DGOS sur les réseaux de santé.

Nous voyons, dès lors, à travers ces quelques exemples, plusieurs enjeux poindre dont :

- Un enjeu interne de changement lié à la « fusion » de ces entités. La plus-value de ce rapprochement réside sur la mutualisation de l'expertise et des compétences de chacun des dispositifs actuels en vue de permettre leur potentialisation au sein du DAC. Mais cela repose sur une condition préalable essentielle : la capacité de ces parties prenantes à collaborer ensemble et à « faire équipe » unique, dans un contexte où les relations ont pu être historiquement compliquées, voire concurrentielles et où deux rationalités différentes semblent se confronter.
- Un enjeu externe de changement. L'ancrage des DAC dans l'écosystème de santé constitue un élément central, de par leur position de « fonctions transverses » (au sens du modèle holographique de Morgan) ayant pour rôle de faciliter les liens et les connexions entre les acteurs du système autour de l'organisation des parcours.

Par ailleurs, le recensement réalisé des projets DAC sur la région francilienne avant la convergence a révélé un contexte particulièrement complexe dans lequel prend place ce changement, au regard notamment des configurations organisationnelles qui se sont développées dans chaque territoire. A l'appui des éléments issus de cet état des lieux, le schéma suivant nous en fournit une représentation globale :

FIGURE 23 : LES PROJETS DAC EN ÎLE-DE-FRANCE



Ce panorama permet de prendre toute la mesure du paysage fortement hétéroclite et éclaté des dispositifs de coordination qu'il s'agit, à présent, de « fusionner » à travers la mise en place d'un DAC unique par territoire. Cette situation s'illustre particulièrement au regard des éléments suivants :

- Le nombre important d'acteurs en présence : 24 réseaux de santé, 30 MAIA et 2 PTA, auxquels s'ajoutent pour deux départements les dispositifs portés par les collectivités territoriales (PAT et M2A).
- L'hétérogénéité et le morcellement des portages sur lesquels reposent ces dispositifs, ainsi que leur nature :
  - Les réseaux de santé sont généralement portés par des associations loi 1901, créés spécifiquement en ce sens et dotées de conseils d'administration.
  - Les MAIA sont pour, leur part, traditionnellement portées par des acteurs déjà existants implantés dans les territoires (comme des établissements hospitaliers, des EHPAD, etc.). Il est à noter que, dans le cas de portage unique « MAIA-Réseau » antérieur à la formation du DAC, les MAIA sont souvent portées par l'association « réseau de santé ».

- D'autres configurations peuvent être identifiées, comme la création de GCSMS (Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale), etc.

2/3 tiers des territoires de coordination se caractérisent ainsi par la coexistence d'au moins deux porteurs distincts pouvant aller jusqu'à 6 modalités de portage différentes. L'essence et la composition des instances de gouvernance interne de ces dispositifs se révèlent aussi très disparates allant de l'approche militante pour certains à une conception plus administrative et institutionnalisée pour d'autres. Aux côtés des enjeux culturels que nous avons mis en évidence venant questionner les pratiques, les identités ou encore les valeurs qui fondent chacun de ces dispositifs, vont se côtoyer des enjeux de pouvoir importants entre les parties prenantes. Nous pouvons, par ailleurs, supposer qu'ils seront d'autant plus prégnants sur les territoires faisant l'objet d'une convergence entre les dispositifs de coordination à la main des collectivités territoriales et ceux pilotés par l'ARS ; révélant, dans ce cadre, une dimension politique non négligeable.

- Les niveaux de maturité de ces dispositifs s'avèrent aussi très inégaux. De même, les propriétés organisationnelles, les modes de fonctionnement, les outils et systèmes d'information ainsi que les canaux de financements de chacun de ces dispositifs sont très peu harmonisés. Bien que certains bénéficient d'un portage commun antérieur à la création même du DAC, ces derniers ne formaient pas pour autant une équipe unique aux pratiques harmonisées. Cela peut, en partie, s'expliquer par une absence de convergence et d'articulation entre les multiples autorités de tutelle dont dépendent respectivement ces dispositifs.

Cette situation organisationnelle que nous avons appréhendé comme une forme de dérive semble transposer, sur le terrain, la fragmentation et le cloisonnement de la structure organisationnelle des tutelles de santé. Les autorités sanitaires se retrouvent aux prises dans les territoires avec les antagonismes et les complexités qu'elles ont elles-mêmes générées, à travers un mode de pilotage en silo des politiques publiques de santé. Cela fait particulièrement écho à notre hypothèse de recherche conditionnant la réussite du changement dans les territoires à la transformation des tutelles, à donc à l'enjeu d'un double changement.

De plus, nous constatons, à travers les différents éléments exposés, que le DAC « répond à une structuration posée par les pouvoirs publics, mais qui renvoie, dans sa constitution, à une fusion de dispositifs existants ayant leur propre histoire ; le DAC venant rebattre les cartes des organisations en place et des modalités de relation entre les acteurs, induisant, de fait, un changement de paradigme profond » (Borel et Cenard, 2022). Néanmoins, même si ce changement est imposé, l'approche retenue, en Ile-de-France, pour sa mise en œuvre s'apparente davantage à une démarche construite, faisant écho à la nature hybride du changement qui se joue et que nous avons évoquée précédemment (Cf. partie II – chapitre 7 sur le double changement). L'initiative est laissée aux acteurs pour bâtir collectivement un projet sur chaque territoire, proposé ensuite à l'ARS, illustrant la nouvelle posture de l'Etat. Sur la base d'une mesure coercitive et à partir de la définition d'un référentiel régional des DAC établissant un cadre et un périmètre d'action via un socle commun d'organisation et de missions, la main est donnée aux professionnels de ces dispositifs pour s'organiser. L'ARS se positionne en soutien. Cela met l'accent sur notre **deuxième axe de travail** qui nous amène à nous intéresser aux modalités d'appui mises en place par l'ARS ainsi qu'à son positionnement auprès de ces acteurs. Au regard de la complexité du contexte et de la nature des enjeux mis en exergue, le cas d'étude retenu pointe, en effet, toute l'importance d'accompagner le changement auprès des acteurs de terrain tout en

favorisant la mise en place d'un cadre propice à une telle refondation. Cela étant conditionné à la capacité des tutelles à engager leur propre évolution.

**Concernant notre 3<sup>ème</sup> axe d'étude**, il s'agira de nous focaliser sur le couple « ARS/DAC », avec une attention particulière sur la relation « délégations départementales et DAC ». L'intérêt majeur de ce choix réside dans la position particulière que semble occuper le DAC, à la fois acteur mais aussi outil du déploiement des parcours. Cela nous permettra d'analyser la pertinence d'une démarche de double changement, tout en observant comment les DAC peuvent constituer un levier pour l'ARS pour accompagner l'appropriation de la logique parcours dans les territoires locaux, en tant que dispositif de connexion infra-territorial au regard du modèle holographique de Morgan (1989), et ainsi interroger les modalités de relations qui en découlent.

TABLEAU 22 : SYNTHÈSE DU CADRE D'ENQUÊTE RETENU AU REGARD DES OBJECTIFS ET AXES DE TRAVAIL DÉFINIS

Axes de travail définis au regard de nos objectifs	Cadre d'enquête retenu
<p>La transformation des institutions de tutelles</p> <p style="text-align: center;">↕</p>	<p>La stratégie de transformation de l'ARS Ile-de-France et sa mise en œuvre</p> <p style="text-align: center;">↕</p>
<p>L'accompagnement au changement des acteurs de santé dans les territoires</p> <p style="text-align: center;">↕</p>	<p>Le positionnement de l'ARS dans le cas de la convergence des DAC</p> <p style="text-align: center;">↕</p>
<p>La pertinence d'une démarche de double changement</p>	<p>Les interactions « ARS-DAC » avec un focus particulier sur la relation « Délégations départementales-DAC »</p>

## Section 6 : La cartographie des parties prenantes en présence

Nous avons, ainsi, fait le choix d'analyser le double changement « Tutelles de santé-Opérateurs de santé », à travers le prisme des autorités régionales représentées par les ARS et qui se voient confier le pilotage et le déploiement de la transformation organisationnelle du système de santé dans les territoires. Nous avons choisi de nous focaliser sur un cas particulier, celui de la convergence des dispositifs de coordination en santé au sein d'un dispositif unique, le DAC. Ce projet de réforme s'inscrit pleinement dans les nouvelles orientations définies sous l'égide du paradigme du parcours de santé ; la finalité étant le décroisement et la mutualisation des compétences entre ces différents acteurs, reposant sur leur capacité à collaborer et à co-construire un projet de DAC commun et unifié.

A partir de l'objet de notre recherche et du cadre d'enquête défini, nous identifions, dès lors, les parties prenantes suivantes :

→ **Les concepteurs du changement**, à savoir le niveau national de l'Etat. Dans le cas de la convergence des DAC, l'entité référente en charge du pilotage national de cette politique publique est une Direction d'administration centrale : la DGOS (Direction Générale de l'Offre de soins), au sein de laquelle une équipe est dédiée à l'unification et à la coordination des parcours.

→ **Les accompagnateurs et pilotes du changement** dans les territoires : L'ARS Ile-de-France. Au regard de notre étude de cas, nous avons plus précisément retenu :

- Au niveau régional :

- Le pôle « Convergence des DAC » intégré au sein de la Direction de la Stratégie de l'ARS.
- La mission « Transformation Interne », rattachée directement à la Direction générale. Elle a pour vocation de conduire le processus de changement de l'ARS, prenant place dans la stratégie évoquée en amont « se transformer, pour transformer ».
- Au niveau local : les délégations départementales positionnées, pour rappel, comme un des leviers de transformation de l'ARS.

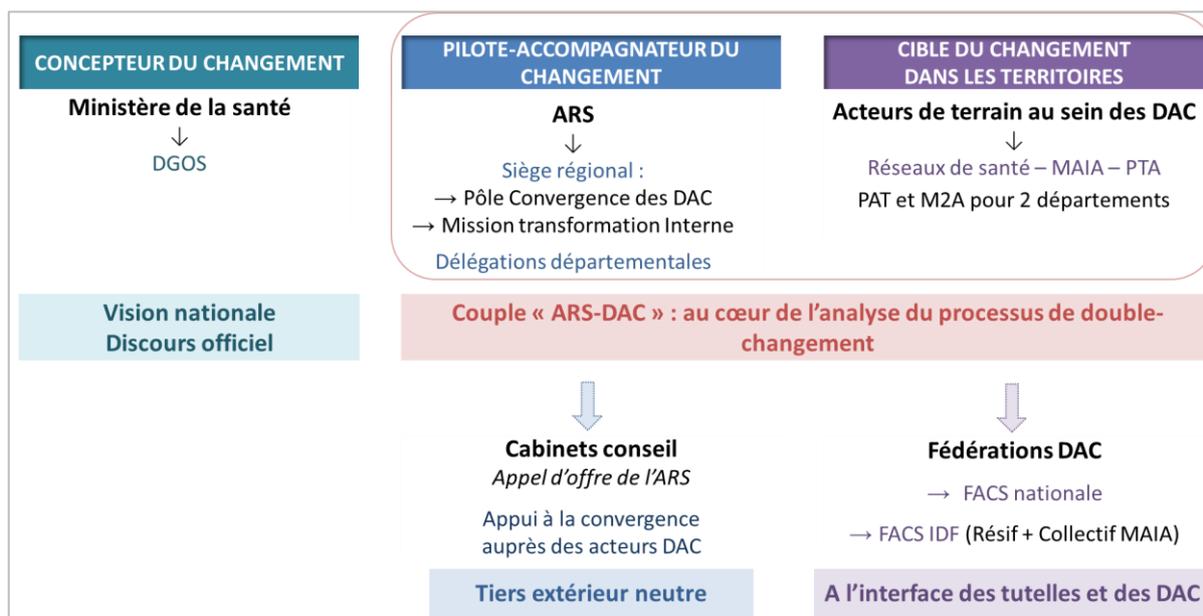
Une autre catégorie d'acteurs est à mentionner : 5 cabinets de consultants ont été retenus par l'ARS Ile-de-France, suite au lancement d'un appel d'offre. Ils ont la charge d'appuyer les acteurs des dispositifs de coordination dans l'élaboration et la mise en place d'un projet DAC sur leurs territoires respectifs. Cet accompagnement individuel n'a pas de caractère obligatoire mais peut être, en fonction des cas, fortement recommandé par l'ARS.

→ **Les cibles du changement dans les territoires :**

- Représentés, ici, par les acteurs de terrain au sein des DAC en cours de constitution. Nous nous attacherons aux directeurs de réseaux de santé et pilotes MAIA, qui pour certains, au moment de l'enquête, auront déjà évolué vers une fonction de Direction du DAC.
- Auxquels nous ajoutons leurs instances représentatives :
  - La FACS Ile-de-France, fédération régionale des DAC, prenant appui sur les fondements du Résif (fédération des réseaux de santé), en lien avec le collectif MAIA.
  - La FACS nationale.

La cartographie suivante permet de visualiser l'ensemble de ces parties prenantes :

FIGURE 24 : CARTOGRAPHIE DES PARTIES PRENANTES



## Section 7 : La temporalité retenue

Les éléments abordés tout au long de ce chapitre peuvent s'observer à la lecture de la chronologie suivante :

FIGURE 25 : CHRONOLOGIE DEFINIE POUR L'ANALYSE DU PROCESSUS DE DOUBLE CHANGEMENT "ARS-DAC"



Nous avons élaboré cette dernière à partir de l'identification de grands marqueurs législatifs et institutionnels. Cela a donné lieu à la mise en évidence de quatre phases distinctes nous permettant d'observer la progression du processus de transformation en cours. Nous y avons fait apparaître les jalons relatifs aux DAC mais aussi aux ARS, dans le cadre d'une approche croisée. L'objectif était de mettre en exergue ces deux dynamiques de changement concomitantes, de manière certes simplifiée mais concourant à en visualiser la temporalité. Bien que ces frontières ne soient pas aussi nettes dans la réalité, ce découpage contribue, d'un point de vue méthodologique, à appréhender le phénomène de double changement à l'oeuvre au regard du terrain d'étude retenu, à savoir le couple « ARS-DAC ».

Les périodes identifiées sont les suivantes :

- **2009-2016** : constituant le point de départ de notre analyse. Les ARS sont créées en 2009 et le recours au parcours de santé dans les politiques publiques se généralise à partir des années 2010. Ce dernier est inscrit, dès lors, comme le nouveau paradigme positionné au centre des réformes en cours et à venir. A cette époque, nous assistons également à un développement accru des dispositifs de coordination.
- **2016-2018** : représentant la phase de préfiguration des DAC avec la création des PTA par la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016. Les prémices de la convergence des dispositifs de coordination sont amorcés.
- **2018 à juillet 2019** : période s'apparentant à une phase transitoire donnant lieu à des réflexions et des travaux préparatoires en vue de la promulgation, le 24 juillet 2019, d'une nouvelle loi de

santé. Cette dernière actera officiellement la convergence des dispositifs de coordination, via la création des DAC.

- **Novembre 2019-2021** : correspondant au déploiement des DAC. Celui-ci est lancé en Ile-de-France à compter du mois de novembre 2019, suite à la publication du référentiel régional d'organisation des DAC. Notre enquête se prolongera tout au long de l'année 2021, nous permettant de suivre le processus de déploiement jusqu'à cette date.

Dans le même temps, le Ségur de la santé en 2020 met l'accent sur la nécessité d'une évolution des ARS, tandis que l'ARS Ile-de-France s'engage dans un mouvement de transformation interne. La mission « Transformation interne » est créée, à cet effet, fin 2018 au sein de l'ARS.

La survenue de la crise sanitaire du COVID en 2020 sera prise en compte dans notre analyse car nous verrons qu'elle impactera le processus de changement.

Suite à cette présentation de notre cadre d'enquête et d'un exposé des motifs qui ont justifié les choix réalisés, nous vous proposons maintenant de nous intéresser au protocole empirique mis en place.

## Chapitre X : Protocole d'enquête : recueil et analyse des données

### Section 1 : La structuration du dispositif de recherche empirique à partir du triptyque du changement de Pettigrew

Notre protocole d'enquête prend appui sur le modèle d'analyse du changement de Pettigrew : « Contenu – Processus – Contexte », en vue d'un usage d'ordre méthodologique. Le recours à celui-ci a pour objectif de nous aider à organiser notre travail de recueil de données en vue de comprendre le phénomène de double changement qui semble se jouer ici. Il constitue, à ce titre, le support retenu pour la structuration de notre dispositif de recherche empirique.

Selon Pettigrew, le changement est à appréhender au regard de 3 composantes :

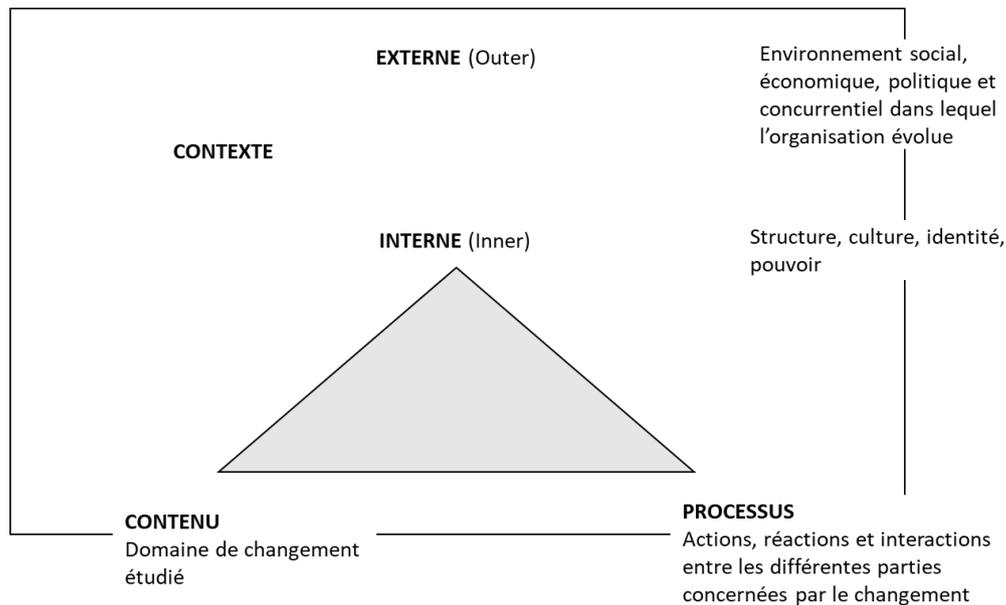
- **Le contexte** dans lequel celui-ci prend place, via une approche multidimensionnelle de l'environnement externe de l'organisation mais aussi de son cadre interne axé sur une analyse croisée des composantes :
  - Structurelle, portant « sur les relations formelles et informelles entre les différentes fonctions au sein de l'organisation » (Autissier et al., 2018, p. 297).
  - Politique, traitant « de la distribution du pouvoir entre les différents acteurs » (Ibid.).
  - Culturelle, touchant « aux systèmes de valeurs et de croyances » (Ibid.).

Pettigrew souligne l'importance de la contextualisation pour analyser et élaborer une démarche de changement.

- **Le contenu** correspondant à l'objet du changement.
- **Les processus** qui « mettent l'accent sur la manière dont les actions, les réactions, les interactions des différents acteurs impliqués dans le changement tentent de faire passer l'organisation d'un état présent à un état futur » (Ibid.).

L'association de ces trois éléments et la mise en évidence de leurs interconnexions doivent permettre de saisir « la dynamique du changement » (Ibid., p. 296). De plus, ce dernier n'est pas considéré comme un évènement isolé et spécifique à la vie de l'entreprise. Il est, au contraire, à positionner dans une continuité et doit être considéré à l'aune de l'histoire de l'organisation. Pettigrew met l'accent sur le « caractère progressif du processus de changement » (ibid., p. 302). Dans cette optique, il « préconise une démarche longitudinale pour appréhender le phénomène du changement au sein des organisations. Il encourage, par son cadre d'analyse contextualiste, les recherches orientées sur le processus. Il parlera d'ailleurs du contextualisme comme une théorie de la méthode » (Ibid.).

FIGURE 26 : CADRE DE L'ANALYSE DE L'APPROCHE CONTEXTUALISEE



Source : Autissier et al. (2018, p.298) – Adapté de Pettigrew (1987b, p.655)

Dans le cadre de notre recherche, le contenu du changement, sous-tendu par le paradigme du parcours, prend la forme d'un nouveau schéma d'organisation territoriale de santé cible, défini par les pouvoirs publics et dont les objectifs et enjeux ont été précisés dans les chapitres précédents. Afin de l'analyser d'un point de vue conceptuel, nous avons eu recours au modèle holographique de Morgan (1989). A l'appui des quatre principes caractérisant ce dernier, nous avons ainsi tenté de qualifier la nouvelle organisation de santé projetée (*principes : redondance des fonctions et variété requise*), l'évolution du rôle et positionnement de l'ARS (*principe : spécification critique minimale*) ainsi que la place et les fonctions des DAC (*assimilés à des fonctions transverses*).

Comme nous l'avons vu, cette nouvelle configuration confronte les acteurs à une transformation d'ordre culturel nécessitant le passage d'une logique individuelle, de structures, de secteurs ou encore de métiers à une logique de coopération et de missions partagées (*principe : apprendre à apprendre*). Le processus d'appui à cette conversion constitue un enjeu central puisqu'il s'agit pour l'ARS de conduire un double changement culturel : accompagner le changement auprès des acteurs de terrain (ici, les DAC), tout en opérant sa propre mutation (stratégie de l'ARS Ile-de-France : « se transformer pour transformer »). C'est ce processus de double changement qui constitue le cadre de notre protocole d'enquête.

Notre démarche d'enquête s'articulera, par conséquent :

- Autour du questionnement suivant : Comment est pensé, déployé et piloté ce processus de double changement par les tutelles ?
- Au regard du contexte dans lequel il s'inscrit.
- Et du contenu du changement, au cœur duquel prend place le paradigme du parcours de santé.

Cela devra permettre de nous apporter les éléments de compréhension nécessaires relatifs aux trois axes de travail suivants, définis au regard de nos objectifs de recherche et constituant le fil conducteur de notre réflexion empirique :

- La transformation des institutions de tutelles (l'ARS Ile-de-France).
- L'accompagnement au changement des acteurs de santé dans les territoires (les DAC).
- La pertinence d'une dynamique de double changement.

Nous nous appuyerons sur l'image de la culture (en référence à Morgan, 1989), partant du postulat que nous sommes avant tout confrontés à un changement de culture organisationnelle. C'est pourquoi nous faisons le choix d'envisager, ici, cette dernière comme « un mode de description de l'organisation » (Thévenet, 2017, p. 44).

## Section 2 : L'image de la culture pour analyser le processus de double changement : présentation du modèle d'analyse culturelle défini

Dans cette perspective, nous avons élaboré un modèle d'analyse<sup>17</sup> ayant pour fondement l'association de deux concepts : la théorie d'action (Argyris et Schön, 2002) et la culture organisationnelle (Schein, 1985), dont les définitions révèlent de nombreux points communs mais aussi des complémentarités.

Argyris et Schön (2002) définissent la théorie d'action comme l'ensemble des convictions, valeurs directrices et paradigmes fondamentaux de l'organisation qui lui sert de base de référence pour guider son action et définir ses choix stratégiques. Cette dernière est constituée de deux composantes :

- La théorie professée : revêtant un caractère explicite (correspondant au discours officiel de l'organisation), mais pas forcément appliquée. Dans notre recherche, nous l'assimilons au contenu du changement dans le triptyque de Pettigrew, c'est-à-dire l'organisation de santé cible telle que définie par les pouvoirs publics, que nous avons tenté de décrire à travers le modèle de l'organisation holographique de Morgan (1989). Elle correspond également à la caractérisation du « nouveau » rôle affiché des tutelles de santé. Au centre de cette théorie professée, se situe le paradigme du parcours de santé.
- La théorie d'usage dite opérationnelle : qualifiée de réelle par les auteurs et généralement tacite. Elle est « en grande partie responsable de l'identité que cette organisation acquiert avec le temps » (Ibid., p. 37). Elle correspond au noyau dur de la culture organisationnelle. Elle s'apparente, dans notre cas, aux cultures actuelles des acteurs, c'est-à-dire le contexte dans lequel prend place le changement. Il s'agit, dans le cadre du processus de ce changement, d'accompagner l'évolution des

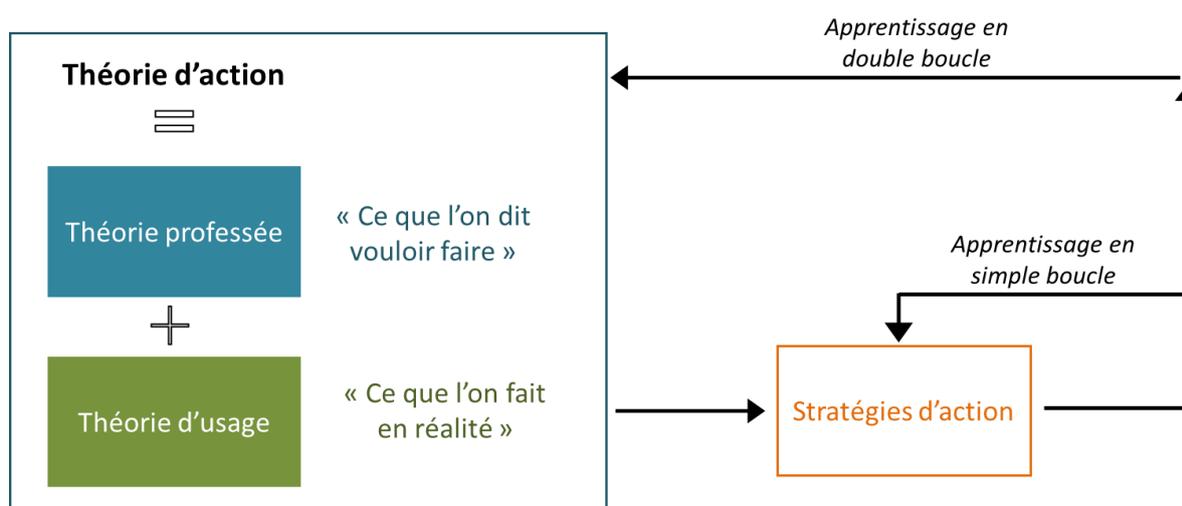
---

<sup>17</sup> Les éléments à suivre, concernant la présentation de notre modèle d'analyse culturelle, sont issus de la publication d'un article (Borel et Cenard, 2022) faisant partie intégrante des travaux conduits dans le cadre de cette thèse.

théories d'usage en vigueur vers l'intégration du paradigme du parcours, en vue d'atteindre le modèle organisationnel cible.

Les acteurs élaborent et produisent leurs stratégies d'action en puisant dans leurs théories d'action. « Ainsi, pour diagnostiquer un problème, inventer ou encore évaluer une solution, l'individu, ou l'organisation, mobilise ses théories d'action, en extrait des plans d'action, qui vont lui indiquer comment opérer » (Autissier et al., 2018, p. 35). Pour Argyris et Schön (2002), il ne saurait y avoir de véritable apprentissage organisationnel (dit « apprentissage en double boucle »), et donc de changement profond, sans une remise en question des valeurs directrices et normes de l'organisation qui orientent les stratégies et les comportements des acteurs, à savoir la théorie d'usage (figure ci-dessous). Pour mémoire, c'est notamment sur cette approche que repose le 4<sup>ème</sup> principe de l'organisation holographique de Morgan : apprendre à apprendre, que nous avons eu l'occasion de présenter dans la seconde partie de notre thèse.

FIGURE 27 : APPRENTISSAGE EN SIMPLE BOUCLE ET APPRENTISSAGE EN BOUCLE DOUBLE



Source : adapté de Argyris et Schön (2002)

Crozier et Friedberg (1977) qualifient, dans cette même optique, l'apprentissage collectif comme « la découverte, voire la création et l'acquisition par les acteurs concernés, de nouveaux modèles relationnels, de nouveaux modes de raisonnement, bref de nouvelles capacités collectives » (Ibid., p. 392) et donc de nouvelles règles du jeu. Ils définissent, en ce sens, le changement comme « l'apprentissage de nouvelles formes d'actions collectives » (Ibid., p. 391). Cela rejoint à la fois l'approche de Bernoux (1985, 2010) qui ne parlera pas de jeu, mais de l'instauration d'une nouvelle pratique sociale, tout comme Argyris et Schön (2002) qui préconisent d'agir sur les théories d'usage, mais qui bien souvent font obstacles à une démarche d'apprentissage en boucle double. En effet, ce type de changement induit de « rompre non seulement des intérêts, des rapports de pouvoir, voire des habitudes, mais aussi des protections affectives et des modèles intellectuels » (Crozier et Friedberg, 1977, p. 396) pouvant, dès lors, être source de résistance de la part des acteurs ; le jeu ancien paralysant la genèse du nouveau jeu.

Crozier (1994), commentant le modèle d'Argyris et Schön, précisera que pour établir des pratiques nouvelles, « il faut créer les conditions nécessaires pour qu'un jeu différent puisse émerger » (Ibid., p. 75), c'est-à-dire un cadre propice à ce type d'apprentissage (faisant écho au principe de spécification critique minimale de Morgan). « Mais pour y parvenir, il faut d'abord connaître le jeu actuel » (Ibid.,

p.75) ; ce qui ne peut se faire sans une véritable « écoute de la culture » de l'entreprise. Pour un manager ou un dirigeant, cela se traduit par la nécessité d'une connaissance fine de la théorie d'action de l'organisation pouvant être favorisée par la réalisation d'un diagnostic culturel préalable, à l'appui d'un outil d'analyse adapté.

C'est à cette étape de notre cheminement que le rapprochement entre théorie d'action et culture organisationnelle, au sens de Schein, apparaît approprié. Ce dernier définit la culture organisationnelle comme « l'ensemble des croyances ou présupposés fondamentaux qu'un groupe donné a inventés, découverts ou développés en apprenant à faire face à ses problèmes d'adaptation externe et d'intégration interne, et qui ont suffisamment bien fonctionné pour être considérés comme étant valides et, dès lors, pour être enseignés aux nouveaux membres comme étant la bonne manière de percevoir, penser et ressentir face à ses problèmes » (Schein, 1985).

Dans la continuité de cette approche, Thévenet (2017, p. 44) définira la culture organisationnelle comme « un ensemble de références partagées dans l'organisation [et] construites tout au long de son histoire ». Selon lui, la culture se structure selon une logique d'apprentissage : « c'est en se confrontant à des situations que l'organisation trouve des modes de réponses appropriés qui créent ses schémas de références selon leur niveau d'efficacité » (Ibid., p. 47). Tout comme Schein, il établit un lien entre processus d'élaboration de la culture d'une organisation et développement de compétences. La culture peut, par conséquent et en prolongement de cette définition, être considérée comme « le support de la macro-compétence » (Abdelwahed et Antit, 2016, p. 13) de l'entreprise, renfermant l'ensemble de ses savoirs et savoir-faire tacites et inimitables, appelés également compétences distinctives (Johnson et al., 2017).

Comment alors mettre au jour le cœur de cette culture organisationnelle qui semble, en partie, orienter le comportement des acteurs et guider les choix stratégiques de l'organisation, mais aussi constituer le réceptacle de ses compétences distinctives ?

Schein nous apporte des premières pistes, mais qui restent théoriques : « l'essence de la culture est constituée d'un noyau de croyances fondamentales. Celui-ci se manifeste dans les valeurs et les normes de comportements qui sont reconnues, respectées et entretenues par les membres d'une culture, lesquels les utilisent en retour pour poser des choix et mener leurs actions. A leur tour, ces choix et actions culturellement guidés constituent des artefacts » (Hatch et Cunliffe, 2009, p. 236), expressions visibles de la culture. Ainsi, la culture organisationnelle se composerait de plusieurs échelons d'analyse, allant du plus aisément discernable à l'œil nu au moins visible.

A l'appui de cette définition, Johnson et al. (2017) nous proposent un outil de diagnostic opérationnel : le tissu culturel, qui a pour objectif de révéler les différents niveaux identifiés par Schein, à travers la représentation de sept éléments :

- Les rites et routines, mythes, symboles, structures de pouvoir, structures organisationnelles, systèmes de contrôle que nous assimilerons à l'expression visible de la culture.
- Et le paradigme organisationnel constituant une synthèse de ces composantes. Ce concept s'inscrit dans l'approche cognitive qui analyse les difficultés de changement stratégique (Laroche et Nioche, 2015). Johnson (1988, p. 84) le définit comme « l'ensemble des croyances et des hypothèses répandues dans l'organisation et perceptibles dans les histoires et explications des dirigeants, qui joue un rôle central dans l'interprétation des stimuli environnementaux et dans la configuration des réponses stratégiques pertinentes pour l'organisation ». Il correspond aux « schémas de pensée

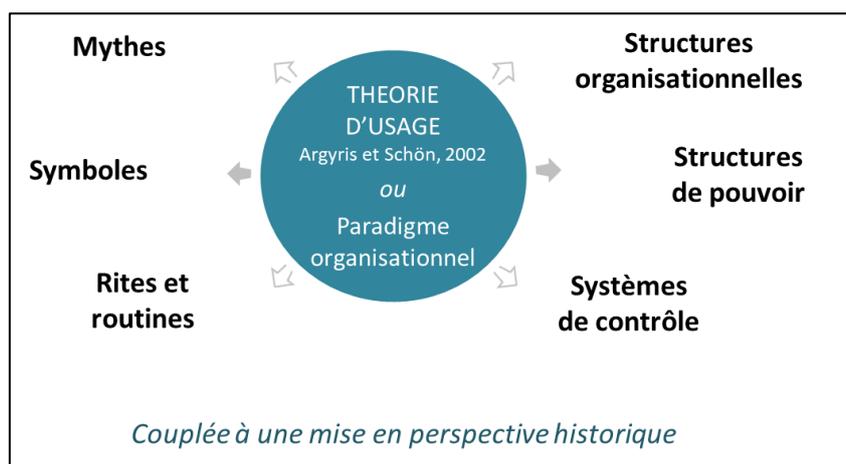
implicites qui donnent du sens et orientent les comportements » (Johnson et al., 2017, p. 209), que Johnson place au centre d'une « « trame culturelle » reliant aspects symboliques, structures et système de gestion » (Laroche et Nioche, 1998, p. 351).

Pour rappel, nous avons également mobilisé ce concept pour qualifier le parcours de santé ; les pouvoirs publics ayant pour ambition de faire de celui-ci le nouveau paradigme organisationnel situé au centre du tissu culturel des acteurs de santé.

Sur la base de ce modèle, nous tenterons donc d'analyser ce que nous appellerons les schémas de références (terme emprunté à Thévenet (2017) mais repris, ici, pour qualifier l'association entre théorie d'action et culture organisationnelle) des parties prenantes (ARS et DAC) en identifiant :

- **Leurs théories d'usage**, grâce au recours du tissu culturel, complété par l'étude de l'histoire de ces deux organisations.

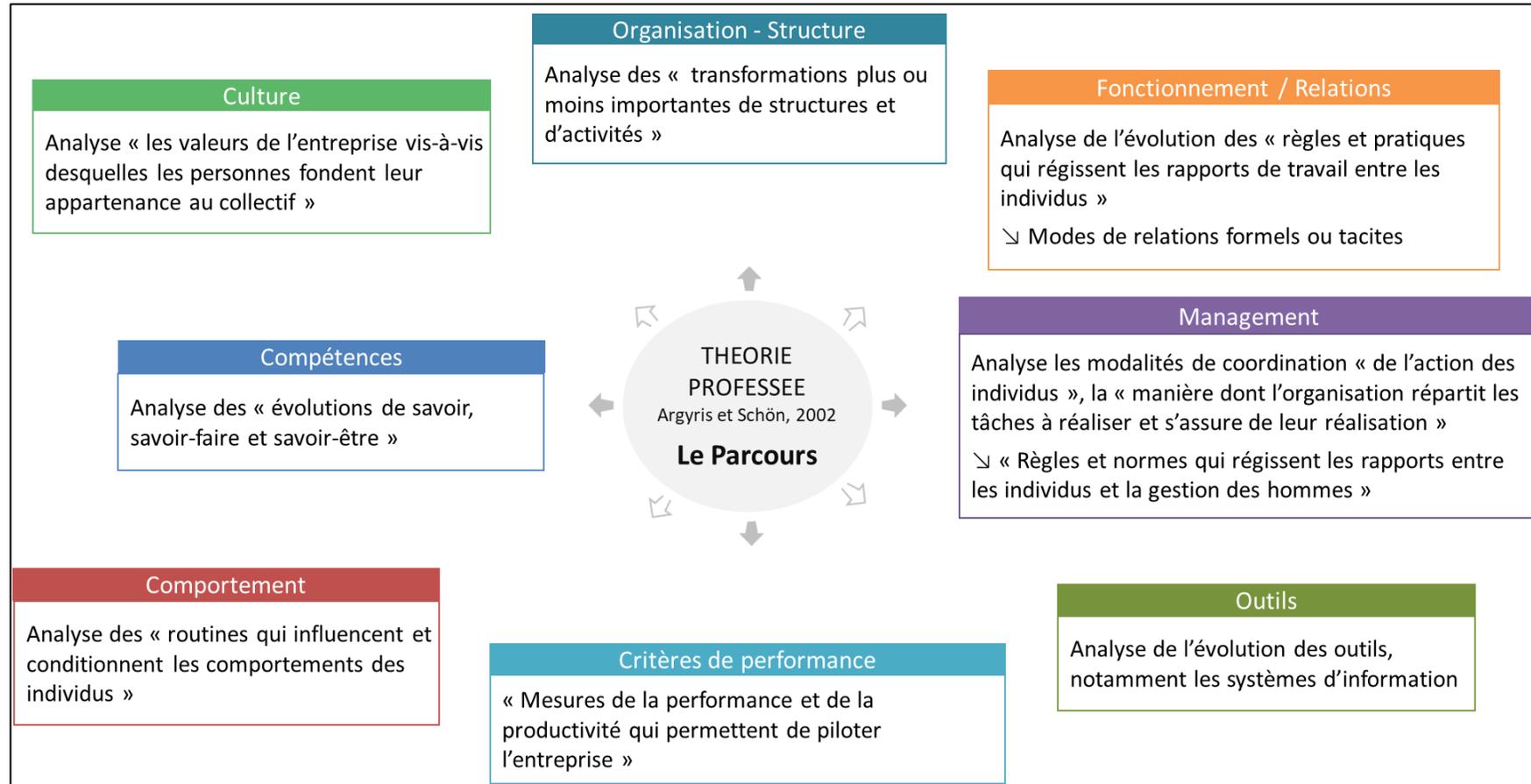
FIGURE 28 : IDENTIFICATION DE LA THEORIE D'USAGE DES ACTEURS A PARTIR DU "TISSU CULTUREL" DE JOHNSON ET AL. (2017)



- **Les théories professées.** Bien que le parcours s'incarne à travers la projection d'une nouvelle organisation de santé territoriale ou encore l'évolution du positionnement des autorités sanitaires et de leurs modalités de gouvernance, il n'en reste pas moins un objet flou, difficile à appréhender en tant que tel, en dehors de ces transpositions. Il représente davantage une vision, une manière de penser le système de santé plutôt qu'une entité concrète.

A partir de la collecte des documents relatifs au discours officiel des pouvoirs publics (textes législatifs, communiqués de presse, rapports, stratégies nationales de santé, etc.) sur la période 2009-2021 et par recoupement de ces différents supports, nous tenterons donc de mettre en évidence les champs lexicaux caractérisant la théorie professée. L'objectif est d'identifier les éléments de langage qui sous-tendent l'usage du paradigme du parcours de santé afin de modéliser ce noyau dur situé au cœur du changement. Il s'agit de mettre au jour les dimensions clés qui le caractérisent dans le champ spécifique des politiques de santé, s'apparentant en quelque sorte à sa trame culturelle officielle. Pour ce faire, nous avons fait le choix de nous appuyer sur les cadrans du changement d'Autissier et Moutot (2003) qui se compose de huit dimensions : l'organisation, le fonctionnement, le management, les outils, les critères de performance, le comportement, les compétences et la culture.

FIGURE 29 : RECOURS AUX "CADRANS DU CHANGEMENT" (AUTISSIER ET MOUTOT, 2003) POUR REPRESENTER LA THEORIE PROFESSEE, S'APPARENTANT A LA TRAME CULTURELLE OFFICIELLE DU PARADIGME DU PARCOURS

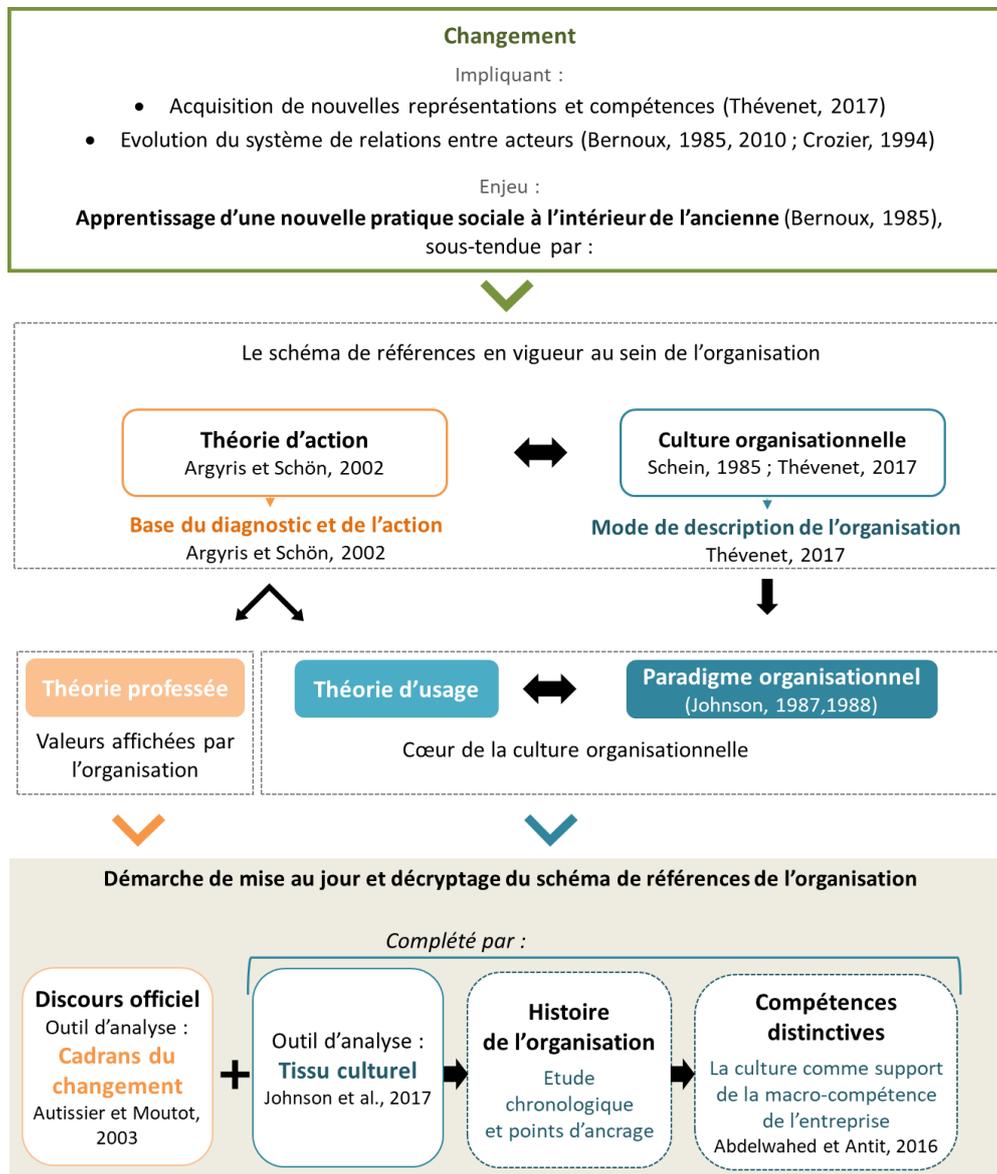


Source : adaptation du modèle d'analyse d'Autissier et Moutot, 2003

Cela nous permettra de visualiser les termes clés qui sous-tendent le paradigme du parcours mais aussi d'appréhender la nature de leur emploi, interprétée à l'aune du modèle proposé par les auteurs associant à la fois à la fois aspects symboliques, organisationnels et managériaux.

Nous aboutissons, en conséquence, au modèle d'analyse culturelle suivant :

FIGURE 30 : UNE APPROCHE DU CHANGEMENT A TRAVERS LA VARIABLE CULTURELLE



Le diagnostic mené doit permettre :

- D'apporter des éléments de compréhension sur chacune des cultures en présence (Contexte).
- D'évaluer l'influence de ces cultures sur la mise en œuvre du processus de changement.

Au regard de ces éléments, nous essaierons également d'identifier les univers comportementaux (Argyris et Schön, 2002) respectifs des acteurs et les incidences sur leurs interrelations, pouvant à la fois constituer des leviers ou des zones de blocage dans la conduite de ce double changement. Cela fait, selon nous, encore une fois écho aux travaux de Crozier et Friedberg (1977), bien que l'approche retenue et les sensibilités soient quelque peu différentes. Pour leur part, ils mettent l'accent sur les

stratégies, les relations de pouvoir entre acteurs et le concept de « jeu ». Leur méthode d'analyse stratégique a pour objectif de mettre au jour la « structuration des relations de pouvoir qui relient les divers acteurs les uns aux autres » pour « comprendre les régulations d'ensemble du système d'action » (Crozier et Friedberg, 1977, pp. 477-478).

Dans un contexte de transformation importante des pratiques et des usages, il apparaît que cet équilibre est bousculé, voire renversé. Les positions de chacun, le système de relations et les règles du jeu se trouvent remis en question, entraînant potentiellement un changement du système de prestige et de pouvoir, générant des tensions qui peuvent s'avérer majeures, allant parfois jusqu'à paralyser l'action (Crozier, 1994, p. 154). Argyris et Schön (2002) précise que face à une telle situation jugée menaçante, chacun des acteurs du système sera susceptible de mobiliser des mécanismes défensifs et des formes de résistance, pouvant dès lors s'avérer de puissants freins au changement. Ils ont notamment montré comment ces derniers s'auto-renforcent mutuellement, à travers les confrontations entre les parties prenantes, donnant lieu à l'installation de cercles vicieux comportementaux rendant, à terme, le dialogue impossible. Le risque est de voir ceux-ci s'ancrer à un niveau organisationnel. Il en découle, dès lors, des processus auto-entretenus, c'est-à-dire des univers comportementaux régis par des stratégies d'action et des routines défensives, perçus comme typiques du système mais s'avérant surtout contre-productives à une démarche d'apprentissage en boucle double. Ainsi, Argyris et Schön positionnent le raisonnement et le comportement humain à la base du diagnostic et de l'action en mettant en avant l'existence d'univers comportementaux, rattachés à la théorie d'usage de l'organisation, pouvant impacter la dynamique de transformation. « Si donc il est si difficile de changer, c'est-à-dire d'élaborer ou d'inventer un jeu nouveau, c'est que les acteurs sont prisonniers des systèmes d'action, et donc des cercles vicieux anciens en dehors desquels ils ne savent, ni ne peuvent maintenir une capacité d'action suffisante » (Crozier et Friedberg, 1977, p. 397).

Dans ce cadre, les univers comportementaux peuvent se définir comme les processus sociaux et relationnels développés par les acteurs correspondant aux jeux organisationnels d'intérêt et de pouvoir, mais aussi aux mécanismes et routines défensifs mobilisés par les parties prenantes pour conserver ou protéger leur position. En conséquence, « analysée comme une structure de relations, l'entreprise prend un autre visage, celui d'une organisation confrontée au problème essentiel de la coopération entre ses membres » (Osty et al., 2007, p. 72). Il s'agit alors :

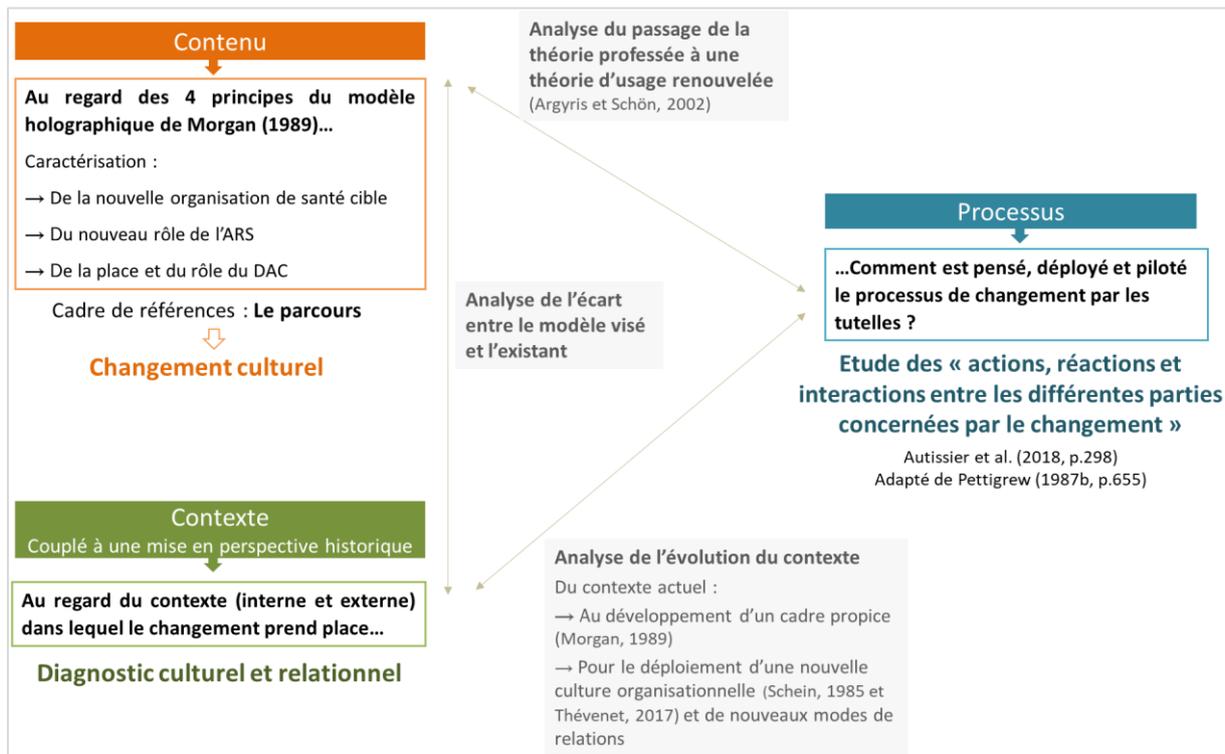
- D'identifier la nature des systèmes de relations (nourris par les théories d'usage) dans lesquels prennent place les actions des acteurs.
- De comprendre comment le changement impacte ces systèmes de relations et interroge « les fondements de l'action collective organisée » (Ibid., p. 92).
- De détecter les freins éventuels au changement pouvant donner lieu à la mise en place de routines défensives et de stratégies d'action mobilisées lorsque le problème auquel est confronté l'individu est jugé gênant ou menaçant (Argyris et Schön, 2002) et visant à garder le contrôle.

De manière plus globale, nous tenterons, à travers notre protocole d'enquête, d'appréhender :

- L'écart entre le modèle visé par les pouvoirs publics, adossé à la trame culturelle officielle du paradigme du parcours pour tenter d'impulser un changement culturel, et le contexte actuel dans lequel ce dernier prend place.

- Le processus mis en oeuvre visant le passage du discours officiel, c'est-à-dire de la théorie professée, à l'ancrage du paradigme organisationnel du parcours au sein de la théorie d'usage (Argyris et Schön, 2002) des acteurs.
- Le processus d'évolution contextuelle en vue de favoriser le développement d'un cadre propice (Morgan, 1989) au déploiement d'une culture organisationnelle (Schein, 1985 et Thévenet, 2017) et d'un système relationnel renouvelés.

FIGURE 31 : ETUDE DU PROCESSUS DE DOUBLE CHANGEMENT, SUR LA BASE DU TRIPTYQUE DE PETTIGREW (CONTENU-PROCESSUS-CONTEXTE), A TRAVERS L'APPROCHE CULTURELLE COMME GRILLE DE LECTURE



### Section 3 : L'architecture globale du dispositif empirique

En conséquence, notre dispositif empirique s'articule autour des axes suivants :

- Un modèle théorique socle, s'appuyant sur la représentation holographique de Morgan (1989) et faisant référence à l'image du cerveau, afin de décrire, de manière conceptuelle, l'organisation territoriale de santé cible et les enjeux de transformation qui en découlent.
- Un cadre dans lequel prend place notre dispositif d'enquête : l'étude du processus de double changement mis en oeuvre pour atteindre le modèle visé, à partir du couple « ARS-DAC » et de l'adoption d'une approche longitudinale (2009-2021) structurée autour de quatre grandes phases (Cf. chapitre précédent présentant la chronologie retenue).
- Un support pour le recueil et la structuration des données nécessaires en vue d'appréhender ce phénomène, reposant sur le modèle du changement de Pettigrew (Contenu-Contexte-Processus).
- Une grille de lecture retenue pour l'analyse des éléments collectés : l'image de la culture (Morgan, 1989).

Le schéma suivant permet d'en visualiser plus précisément la structuration :

FIGURE 32 : ARCHITECTURE DU DISPOSITIF EMPIRIQUE



Dans le cadre de notre modèle d'analyse culturelle, les composantes du triptyque de Pettigrew se traduiront comme suit :

→ Le **Contenu** sera représenté par l'identification de la **théorie professée**, c'est-à-dire la trame culturelle définie par les pouvoirs publics, au centre de laquelle se situe le parcours.

→ Le **Contexte** reposera sur un diagnostic culturel et relationnel, à partir de la détermination du tissu culturel des parties prenantes et de leurs univers comportementaux, en lien avec une mise en perspective historique. Cela devra nous permettre d'identifier les **théories d'usage en vigueur** et d'en mesurer l'écart avec la théorie professée issue des textes et discours officiels de politiques de santé.

Il s'agit, par cette mise en miroir entre théorie d'usage et théorie professée, de mieux appréhender la nature des impacts du changement sur :

- Les schémas culturels et les modes de fonctionnement des acteurs : qu'est-ce que le contenu de cette transformation vient précisément requestionner au niveau des opérateurs de santé (les DAC) et des institutions de tutelles ?
- Les rapports entre acteurs : Comment le changement vient (ré)interroger les relations entre acteurs, c'est-à-dire la régulation actuelle du système d'actions ?

Nous réaliserons une lecture de la trame culturelle officielle du parcours, établie à partir des 8 dimensions des cadrans du changement d'Autissier et Moutot (2003), au regard des enjeux et du contenu du changement propres à chacune des parties prenantes en présence. Cela permettra de mettre au jour les composantes du tissu culturel (constituant la théorie d'usage des acteurs) plus particulièrement touchées par ce changement et d'identifier les risques et zones de vigilance particuliers.

→ **Le Processus** se matérialisera par **une analyse et un croisement des perceptions, représentations et positionnements des parties prenantes** concernant la conduite de ce changement par l'ARS ; ces dimensions étant fortement dépendantes de la culture des acteurs puisque cette dernière leur permet d'appréhender le « monde » à travers un certain regard.

Dans cette perspective, nous nous intéresserons à la stratégie conçue par l'ARS pour mener ce double changement et sa déclinaison opérationnelle, en nous attachant :

- Aux processus managériaux et d'accompagnement au changement mis en place par l'ARS en direction des acteurs de terrain, dans le cadre du pilotage de la réforme des DAC.
- Aux processus mis en œuvre pour favoriser sa propre transformation interne.
- Aux caractéristiques du cadre instauré par les tutelles pour faciliter la transition culturelle et relationnelle.

Notre attention se portera, en outre, au cours de cette phase de déploiement, sur :

- L'évolution des rapports et modalités d'interactions entre acteurs.
- Les postures de chacun.
- L'influence des cultures en présence.

Pour ce faire, nous aurons recours aux typologies d'Osty et al. (2007), figurant en annexe 2. Elle nous aideront à analyser le processus de mutation de la position des acteurs et de leurs systèmes relationnels de coopération (ou dit autrement des univers comportementaux), dans cette période de transition, engendrant une distorsion du modèle de « jeu » actuel et modifiant les équilibres précédents.

Le but sera de voir si les mécanismes à l'œuvre permettent d'assurer la transition de la théorie professée à une théorie d'usage renouvelée chez les acteurs, à travers l'examen de la nature et du niveau d'intégration de la théorie affichée et de la redéfinition des univers comportementaux. En complément de cet enjeu culturel et relationnel situé au cœur de la théorie d'apprentissage en boucle double (Argyris et Schön, 2002), il s'agira de voir si la stratégie et les modalités d'action définies par l'ARS auront permis d'amorcer, de manière perceptible, une évolution organisationnelle concernant :

- L'installation d'une forme régulée d'auto-organisation apprenante des opérateurs de santé dans les territoires, en référence à la modélisation réalisée à partir du concept holographique de Morgan pour décrire le changement visé.

- Le positionnement et les modes de fonctionnement des autorités sanitaires, sur la base de la caractérisation du nouveau rôle des ARS, élaborée à partir du principe de spécification critique minimale de Morgan, en lien avec le développement d'une forme renouvelée de gouvernamentalité sanitaire (Aubert et al., 2020, 2021).

Nous tenterons ainsi, par le biais de ces différents éléments, d'appréhender la congruence des processus de conduite de changement déployés par l'ARS, au regard du contenu et du contexte dans lesquels il s'inscrivent mais aussi des enjeux qu'ils induisent. L'objectif sera de mettre en lumière les limites et les freins mais aussi les apports.

Nous recouperons, par ailleurs, les deux processus de changement à l'œuvre en vue d'assurer le déploiement effectif du paradigme du parcours dans les territoires, mais aussi au sein-même de l'organisation interne de l'ARS. Nous entreprendrons d'identifier les points de rencontre et/ou zones d'influence éventuelles, en nous focalisant plus particulièrement sur les relations entretenues au sein du couple « Délégations départementales-DAC ». Le questionnaire suivant guidera notre cheminement :

- Comment le processus de changement lié à la réforme des DAC impacte l'ARS dans son positionnement, son organisation et son approche managériale ?
- Comment le processus de transformation interne de l'ARS impacte-t-il le déploiement de la réforme DAC, en lien avec la notion d'instauration d'un cadre propice ?

Cela devra nous permettre de déterminer les effets possibles de potentialisation d'une telle démarche, d'un point de vue qualitatif et d'en saisir sa plus-value éventuelle.

Les finalités poursuivies sont de :

- De déterminer les conditions de réussite et les leviers managériaux susceptibles de favoriser une logique d'apprentissage en boucle-double, reposant sur une remise en question des schémas culturels et des univers comportementaux des acteurs.
- De rendre compte des atouts mais aussi des difficultés du recours à une telle démarche.
- De dégager des pistes opérationnelles en vue de mobiliser une logique de double changement réinterrogeant à la fois les schémas culturels de l'unité opérationnelle de l'organisation mais aussi des concepteurs et pilotes du changement (apparentés à l'unité stratégique et politique, à l'origine de la définition du cadre au sein duquel interagissent et évoluent les membres de l'organisation).

#### Section 4 : Les modalités d'enquête

Pour rappel, le terrain choisi est la région Ile-de-France. Cette recherche se caractérise par son caractère longitudinal. Elle s'appuie sur l'identification de quatre grandes phases, que nous avons considérées comme des jalons significatifs pour suivre la progression du changement dans le temps (voir chronologie présentée dans le chapitre précédent). En vue de réaliser le recueil de données nécessaires, nous avons eu recours à plusieurs modalités, et notamment des entretiens semi-directifs.

Au regard de la cartographie des parties prenantes de notre cas d'étude établie en amont, nous avons retenu un échantillon (présenté ci-après) pour la réalisation de nos entretiens semi-directifs. Ces derniers ont été menés sur plusieurs périodes, dans l'optique de l'approche longitudinale retenue ici. Pour une meilleure visibilité et compréhension de notre choix d'échantillon, nous avons classé les

entretiens réalisés selon trois catégories correspondant aux différentes étapes du cheminement et de la maturation de notre projet de recherche :

- Les entretiens exploratoires.
- Les entretiens intermédiaires.
- Les entretiens situés au cœur de la phase d'enquête.

Chacun d'eux a donné lieu à l'élaboration de guides d'entretiens spécifiques. Nous avons également adapté ces guides en fonction du type d'acteurs interrogés, dans une logique de mise en miroir et de croisement en fonction de la place et du rôle occupés par chacun dans ce projet de changement. Vous trouverez l'ensemble de ces supports en annexe 3 de cette thèse.

#### A. Les entretiens exploratoires

Réalisés sur le premier semestre 2019, ils avaient alors pour objectif d'interroger les acteurs sur la mise en place de l'expérimentation PTA en 2016 jusqu'à la période transitoire PTA-DAC, avant la promulgation de la loi du 24 juillet 2019 instaurant les DAC.

Pour ce faire, nous avons rencontré les tutelles de santé, complété par des entretiens avec les porteurs de l'une des deux expérimentations PTA alors en cours sur le territoire francilien. Nous avons précisé ci-dessous les fonctions des personnes interrogées au moment de la mise en place des PTA en 2016, ne correspondant plus forcément aux mêmes postes alors occupés en 2019 pour certaines d'entre elles mais représentant pour nous des témoins actifs de la période ciblée pour notre analyse :

TABLEAU 23 : ACTEURS RENCONTRES DURANT LA PHASE EXPLORATOIRE

Fonctions	Institutions / Structures	Remarques
Chargé de mission « Coordination des soins et Réseaux de santé » → <i>Jusqu'en 2017</i>	<b>DGOS</b> Ministère de la santé <b>Pilotage national des PTA</b>	<u>Un double regard des autorités de tutelles :</u> De la position nationale à la position régionale
Qui a rejoint l'ARS Ile-de-France sur les sujets réseaux de santé et PTA → A partir de 2017	<b>Direction de l'Offre de Soins</b> ARS Ile-de-France <b>Pilotage régional des réseaux de santé et de l'expérimentation PTA</b>	
Et qui est responsable du pôle convergence des DAC → <i>Au moment de l'entretien (2019)</i>	<b>Direction de la Stratégie</b> ARS Ile-de-France <b>Pilotage régional de la convergence des DAC</b>	
Responsable du département « Appui à la coordination - Réseaux de santé » → <i>Jusqu'en 2017</i>	<b>Direction de l'Offre de Soins</b> ARS Ile-de-France <b>Pilotage régional des réseaux de santé et de l'expérimentation PTA</b>	<u>Acteur de tutelle historique :</u> Pilotage en 2012 de l'évolution des réseaux de santé vers le pluri-thématisme (fusion des réseaux mono-thématiques)
Chargé de mission au sein du département « Appui à la coordination - Réseaux de santé » → <i>Jusqu'en 2017</i>	<b>Direction de l'Offre de Soins</b> ARS Ile-de-France <b>Pilotage régional des réseaux de santé et de l'expérimentation PTA</b>	<u>Idem</u>
Responsable du Département Ambulatoire → <i>Jusqu'en 2017</i>	<b>Délégation départementale</b> ARS Ile-de-France <b>Animation territoriale</b>	<u>Référent de tutelle local</u> sur l'expérimentation PTA

Les 2 co-présidents et le Directeur → <i>Encore en poste au moment de l'entretien</i>	<b>Réseau de santé porteur de la PTA</b>	
--	--	--

### B. Les entretiens intermédiaires

Durant le 1<sup>er</sup> semestre 2020 est réalisée une nouvelle série d'entretiens axée sur le déploiement en cours de la réforme DAC. Ces derniers se concentrent toujours sur les tutelles de santé mais également sur les fédérations représentatives des DAC. Ils constituent un point d'étape. Les fonctions suivantes sont occupées par les personnes interrogées :

- Représentant du collectif régional MAIA (occupant également un poste de pilote MAIA en Ile-de-France).
- Directeur de la fédération régionale des réseaux de santé (future FACS IDF).
- Responsable du pôle convergence des DAC au sein de la Direction de la Stratégie de l'ARS Ile-de-France.

### C. Les entretiens de la phase d'enquête

Ces entretiens constituent le cœur de notre dispositif d'enquête, se concentrant sur le déploiement en cours des DAC et son évolution. Il ont été réalisés tout au long du 1<sup>er</sup> semestre 2021 auprès de l'ensemble des parties prenantes identifiées dans la cartographie (Chapitre IX – Figure 24).

TABLEAU 24 : ACTEURS RENCONTRES DURANT LA PHASE D'ENQUETE

Type de partie prenante	Fonctions	Nb entretiens
<b>DGOS</b> Ministère de la santé <i>Pilotage national des DAC</i>	Chargé de mission « Unification et Coordination des parcours »	1
<b>ARS Ile-de-France</b> Niveau régional <i>Pilotage régional des DAC</i> <i>Pilotage de la stratégie de transformation interne ARS</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Responsable du Pôle Convergence des DAC Direction de la Stratégie</li> <li>• Mission Transformation interne Direction générale</li> </ul>	2
<b>ARS Ile-de-France</b> <b>Délégations départementales (DD)</b> Niveau local <i>Animation territoriale et Pilotage local des DAC</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>DD 1</b> : Directeur de la DD</li> <li>• <b>DD 2</b> : Responsable du département « Ambulatoire et Etablissements Sanitaires » ↳ <i>Accompagné de 2 chargés de mission (référénts DAC)</i></li> <li>• <b>DD 3</b> : Directeur de la DD ↳ <i>Accompagné d'un chargé de mission du département « Ambulatoire », référent du projet DAC</i></li> <li>• <b>DD 4</b> : Directeur de la DD</li> </ul>	4
<b>Cabinet d'appui conseil</b> <i>Accompagnement à la convergence des DAC</i>	Consultant au sein d'un des 5 cabinets de conseil retenus par l'ARS	1

<b>Fédérations représentatives des DAC</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>FACS Nationale</b> : Président</li> <li>• <b>FACS IDF</b> : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Directeur</li> <li>○ Président</li> </ul> </li> </ul>	3
<b>Acteurs de terrain DAC</b>	Voir éléments ci-après pour la présentation détaillée de l'échantillon retenu et de ses caractéristiques	11
<b>Total des entretiens menés</b>		<b>22</b>

TABLEAU 25 : ECHANTILLON RETENU POUR LES ENTRETIENS "DAC"

DAC	Fonction des personnes interrogées	Etat d'avancement au moment de l'entretien (1 <sup>er</sup> semestre 2021)	Nature du projet de convergence
DAC 1	<b>Direction DAC</b> <i>Avant DAC : Direction réseau de santé</i>	Labellisation DAC : 01/2020 ↳ 1 <sup>ère</sup> vague de labellisation	<b>Un portage commun antérieur au DAC</b> entre le réseau de santé, la MAIA et le CLIC
DAC 2	<b>Binôme co-Direction DAC</b> (double entretien) <i>Avant DAC :</i> - <i>Médecin coordinateur réseau de santé</i> - <i>Et recrutement extérieur</i>	Labellisation DAC : 2 <sup>nd</sup> sem. 2020	2 portages distincts entre : - 1 réseau de santé - 1 CLIC + 1 MAIA (=> portage commun) <b>Portage du DAC par l'association porteuse du réseau avec transfert du CLIC et de la MAIA</b>
DAC 3	<b>Pilote MAIA</b> <i>Future Direction DAC</i>	Non encore labellisé Démarrage d'un appui-conseil par un cabinet de consultant	2 portages distincts entre : - 1 réseau de santé + 1 MAIA (=> portage commun) - 1 MAIA intégrée au sein d'un dispositif global de coordination pour les personnes âgées, aux côtés de 3 CLIC (=> portage par un établissement de santé) <b>Perspectives :</b> Portage du DAC par l'établissement de santé (mais non convergence avec les CLIC sous la tutelle du département)
DAC 4	<b>Direction DAC</b> <i>Avant DAC : Direction réseau de santé</i>	Labellisation DAC : 09/2020	2 portages distincts entre : - 1 réseau de santé - 1 MAIA <b>Portage du DAC par l'association porteuse du réseau avec transfert de la MAIA</b>
DAC 5	<b>Direction DAC</b> <i>Avant DAC : Direction réseau de santé</i>	Labellisation DAC : 09/2020	2 portages distincts entre : - 1 réseau de santé et 1 MAIA (=> portage commun) - 1 MAIA <b>Portage du DAC par l'association porteuse du réseau et de la MAIA avec transfert de la 2<sup>de</sup> MAIA</b>
DAC 6	<b>Direction DAC</b> <i>Avant DAC : Pilote d'une des MAIA</i>	Labellisation DAC : 01/2021	4 portages distincts entre : - 2 MAIA portés respectivement par deux établissements de santé - 2 réseaux de santé portés respectivement par deux associations. <b>Portage du DAC : création d'une nouvelle association</b>

<b>DAC 7</b>	<b>Direction DAC</b> <i>Avant DAC : Pilote MAIA</i>	Labellisation DAC : 01/2020 ↳ 1 <sup>ère</sup> vague de labellisation	<b>Un portage commun antérieur au DAC</b> entre le réseau de santé et la MAIA
<b>DAC 8</b>	<b>Direction du réseau de santé</b> <i>Future Direction DAC</i>	Non encore labellisé Démarrage d'un appui-conseil par un cabinet de consultant Labellisation DAC prévisionnelle : 01/2022	3 portages distincts entre : - 1 réseau de santé et 1 MAIA (=> portage commun) - 2 MAIA portées respectivement par deux porteurs différents <b>Perspectives :</b> Portage du DAC par l'association porteuse du réseau et de la MAIA, avec transfert des 2 autres MAIA
<b>DAC 9</b>	<b>Pilote MAIA</b> <i>Ne rejoindra pas le futur DAC en cours de création</i>	Non encore labellisé Démarrage d'un appui-conseil par un cabinet de consultant Labellisation DAC prévisionnelle : 09/2021	2 portages distincts entre : - 1 réseau de santé, porteur également d'1 PTA - 1 MAIA <b>Portage du futur DAC par l'association porteuse du réseau de santé et de la PTA, avec transfert de la MAIA</b>
<b>DAC 10</b>	<b>Direction DAC</b> <i>Avant DAC : Direction réseau de santé</i>	Labellisation : 12/2020	2 portages distincts entre : - 1 réseau de santé - 1 MAIA <b>Portage du DAC par l'association du réseau, avec transfert de l'activité de la MAIA.</b>
<b>DAC 11</b>	<b>Direction Réseau de santé-PTA</b> <i>Ne rejoindra pas le futur DAC en cours de création</i>	Non encore labellisé Démarrage d'un appui-conseil par un cabinet de consultant Labellisation DAC prévisionnelle : 01/2022	6 modalités de portage différentes : - 1 réseau de santé-PTA - 1 réseau de santé - 2 MAIA - 2 PAT <b>Portage du DAC : non déterminé au moment de l'entretien mené</b>

Notre échantillon « DAC » se présente de la manière suivante :

→ Un taux de couverture de 7 départements franciliens sur 8.

→ Un panel de 11 DAC sur un total de 22, soit 50%.

→ Une représentativité de la diversité des contextes dans lesquels prennent place les projets de convergence DAC dans les territoires et de leurs états d'avancement :

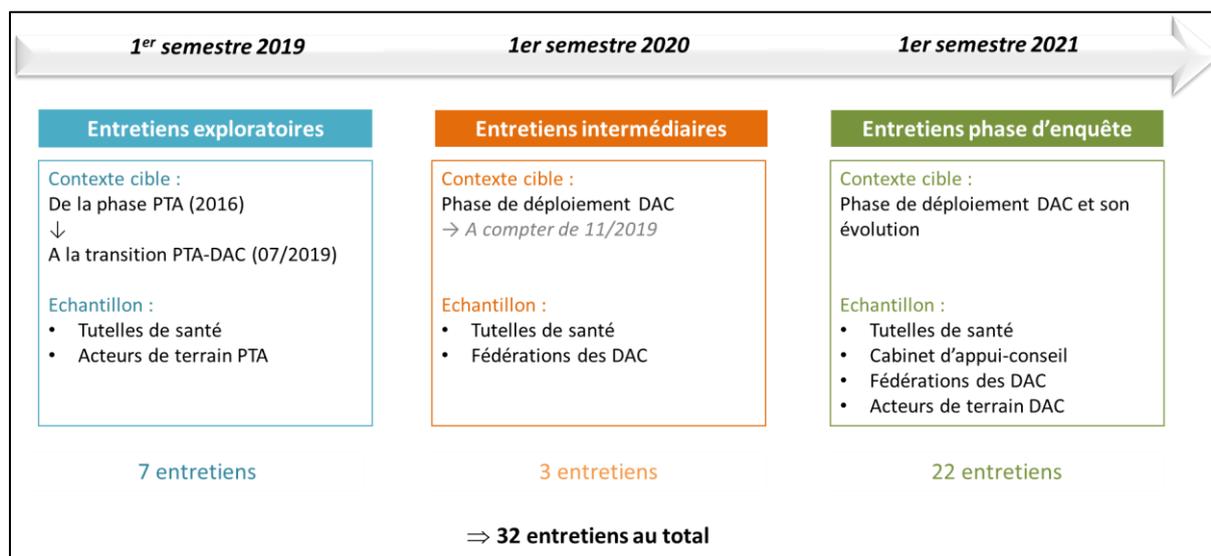
- 3 DAC labellisés dès le mois de janvier 2020, dans le cadre de la première vague de labellisation en Ile-de-France.
- 5 DAC labellisés entre le dernier semestre 2020 et le début de l'année 2021. La crise COVID survenue en mars 2020 ayant ralenti ou retardé le processus de labellisation pour certains dispositifs.
- 3 DAC non encore labellisés et démarrant un accompagnement par un cabinet conseil au moment des rencontres.
- 3 DAC impliquant une convergence avec des dispositifs portés par les collectivités territoriales, ainsi que les 2 territoires ayant fait l'objet d'une expérimentation PTA.
- Des modalités initiales de portage allant du porteur unique antérieur à la convergence à des combinaisons variées pouvant comprendre jusqu'à 6 modes de portage différents sur un même territoire.
- Divers profils interrogés issus des réseaux de santé et des MAIA, la convergence concernant majoritairement le rapprochement entre ces deux entités. Il est, néanmoins, à préciser que nous avons volontairement privilégié les personnes occupant des fonctions de Direction de DAC ou de réseau et de pilote MAIA, de par leur rôle managérial et stratégique dans ce projet. En effet, ces dernières se voient impliquer dans l'élaboration du projet de convergence et assurent sa mise en œuvre opérationnelle ainsi que l'accompagnement des équipes. Elles occupent une position de première ligne entre les instances de gouvernance internes de leurs dispositifs respectifs, leurs équipes, les fédérations représentatives et les autorités de tutelles.

Il est à noter qu'en miroir des entretiens réalisés avec les délégations départementales de l'ARS, des acteurs DAC de ces mêmes territoires ont également fait l'objet d'entretiens, permettant une analyse croisée de quatre couples « Tutelles-DAC » ainsi formés et de leurs interrelations :

Echantillon des 4 couples « ARS-DAC » :	
DD 1	DAC 1 DAC 2
DD 2	DAC 6 DAC 7
DD 3	DAC 8 DAC 9
DD 4	DAC 10

Au total, 32 entretiens semi-directifs ont été menés sur trois périodes distinctes. Le schéma suivant permet de disposer d'une vue d'ensemble :

FIGURE 33 : PANORAMA DE L'ENSEMBLE DES ENTRETIENS REALISES SUR LA PERIODE DE LA RECHERCHE



Chacune des parties prenantes identifiées et retenues pour la réalisation des entretiens fait l'objet d'un positionnement spécifique :

- Les acteurs « DAC » et « ARS » se situent au centre de notre analyse, au regard de notre objet de recherche : le double changement.
- Le Ministère de la santé, représenté par la DGOS en charge du pilotage des DAC, nous apporte la vision nationale et le discours officiel du concepteur du changement à l'œuvre.
- Les fédérations représentatives des DAC peuvent être qualifiées comme l'acteur d'interface situé entre les tutelles de santé (notamment l'ARS pour la FACS IDF) et les DAC. Elles occupent, à ce titre, une position particulière.
- Enfin, le cabinet de consultant constitue le regard du tiers extérieur neutre.

#### D. Les modalités d'enquête complémentaires

De manière complémentaire à ce panel d'entretiens, d'autres éléments sont venus abonder cette phase d'enquête :

→ **Les résultats d'une étude, à laquelle nous avons contribué, initiée en 2017 sur l'une des deux PTA expérimentales d'Ile-de-France :**

- Celle-ci avait pour objectif de mieux caractériser ce nouveau modèle organisationnel de coordination en santé et d'identifier les conditions de réussite pour la pérennisation de son implantation (Courie-Lemeur et al., 2018).
- Elle constitue, en quelque sorte, le point de départ originel de ce travail de thèse.

→ **Notre participation à cinq séances d'un groupe de travail mis en place par l'ARS Ile-de-France, entre le dernier trimestre 2018 jusqu'à l'été 2019 :**

- Il s'agissait d'élaborer collectivement avec les acteurs des dispositifs de coordination le futur référentiel de missions régional des DAC, cadre à partir duquel s'appuierait leur déploiement.

- Ils réunissaient la Direction de la stratégie de l'ARS, des représentants de délégations départementales de l'ARS, des pilotes MAIA, coordinateurs de CLIC et directeurs de Réseaux de santé de la région francilienne.

→ **A partir de la phase de déploiement des DAC, dès novembre 2019, deux projets de DAC franciliens ont fait l'objet de deux études de cas plus spécifiques :**

- Cette recherche avait pour but d'analyser la compatibilité culturelle des réseaux de santé et des MAIA et d'identifier les leviers favorables à leur rapprochement.
- Elle a donné lieu à la publication d'un article (Borel et Cenard, 2022) permettant de mettre au jour des premiers éléments de résultats sur lesquels nous nous appuyons ici, concernant notamment l'établissement des tissus culturels respectifs des réseaux de santé et des MAIA.
- Cela s'inscrit pleinement dans les travaux conduits dans le cadre de cette thèse et en constitue une étape intermédiaire et un focus particulier.

→ Nous nous sommes également livrés à un **recueil de données secondaires<sup>18</sup> s'apparentant à de la littérature grise** et permettant d'apporter un éclairage complémentaire. Ils proviennent de deux de sources :

- Publique : ce sont, dans ce cas, des éléments accessibles à tous à partir des sites internet institutionnels (rapports, textes de lois, stratégie nationale de santé, projet régional de santé des ARS, communiqués de presse, etc.).
- Interne : cela correspond à des documents recueillis lors de nos rencontres avec les parties prenantes interrogées et notre participation à différents événements (compte-rendu de réunions, supports présentés à l'occasion de colloques ou séminaires, documents de travail, etc.).
- **Représentant un total de 67 sources documentaires consultées et analysées** (Cf. la partie dédiée à la littérature grise au sein de la Bibliographie).

Il est, dans ce cadre, à noter que nous avons tenu une position particulière entre 2017 et 2020. Nous avons occupé une fonction de chargée de mission au sein d'un réseau de santé porteur d'une PTA en Ile-de-France. C'est d'ailleurs cette entité qui a servi de cadre à la recherche précitée menée en 2017. Elle constitue également le support de l'une des deux études de cas mentionnées ci-dessus. Tout au long de cette période, nous avons donc été en immersion au sein de notre terrain d'étude, à travers l'adoption d'une posture d'observation participante. Notre choix de terrain constitue donc également une forme d'opportunisme méthodologique de par cet accès facilité. Conscient de cela, il n'en perd pas pour autant sa pertinence au regard des éléments mis en avant pour justifier ce choix.

#### E. Synthèse de l'ensemble des modalités d'enquête, au regard de la chronologie de la recherche

La figure suivante nous permet de reprendre l'ensemble des modalités retenues dans le cadre de notre enquête.

---

<sup>18</sup> Dont les références sont mentionnées dès qu'elles sont mobilisées pour appuyer nos propos.

FIGURE 34 : SYNTHÈSE DES MODALITÉS D'ENQUÊTE, AU REGARD DE LA CHRONOLOGIE DÉFINIE

2009 – 2016	2016 – 2018	2018 – 07/2019	11/2019 – 2021
<ul style="list-style-type: none"> <li>→ <b>Création des ARS</b> Loi HPST : 2009</li> <li>→ <b>Le parcours de santé</b> Nouveau paradigme au centre des réformes : 2010</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>→ <b>Stratégie de transformation interne de l'ARS IDF</b> 2019</li> <li>→ <b>Création d'une mission dédiée au sein de l'ARS</b> Fin 12/2018</li> </ul>
<i>Avant la convergence DAC</i>	<b>Phase PTA : préfiguration DAC</b>	<b>Phase transitoire PTA-DAC</b>	<b>Phase de déploiement DAC</b>
<p><b>Littérature grise</b> Recueil de documents publics et internes</p> <p><b>Éléments de compréhension complémentaires</b> Via les entretiens menés et des échanges avec les acteurs</p>	<p><b>Littérature grise</b> Recueil de documents publics et internes</p> <p><b>Etude initiée en 2017</b> <u>Objet</u> : Expérimentation d'une PTA en IDF<sup>1</sup></p> <p><b>Entretiens exploratoires</b></p> <p><b>Observation participante</b> Immersion sur le terrain</p>	<p><b>Littérature grise</b> Recueil de documents publics et internes</p> <p><b>Participation au groupe de travail de l'ARS IDF</b> Elaboration du référentiel régional des DAC</p> <p><b>Entretiens exploratoires</b></p> <p><b>Observation participante</b> Immersion sur le terrain</p>	<p><b>Littérature grise</b> Recueil de documents publics et internes</p> <p><b>Recherche menée en 2019-2020</b> <u>Objet</u> : Etude de cas spécifique de 2 projets DAC en IDF<sup>2</sup></p> <p><b>Entretiens intermédiaires</b></p> <p><b>Entretiens de la phase d'enquête</b></p> <p><b>Observation participante</b> Immersion sur le terrain</p>

<sup>1</sup>COURIE LEMEUR, A. ; SEBAI, J. ; CENARD, L. ; BOREL, L. (2018). « La Plateforme Territoriale d'Appui dans le champ de la santé, un système productif local pérenne : le cas de la PTA 94 Ouest », Colloque AIRMAP, Mai-Juin, Biarritz

<sup>2</sup>BOREL, L. ; CENARD, L. (2022). « X Réseau de santé + Y MAIA = 1 Dispositif d'Appui à la Coordination. Une addition contre-nature ? », *Gestion et Management Public*, Vol. 10, N°3, p.57-77

Chiffres clés :

- ▶ **32 entretiens semi-directifs**
- ▶ **67 sources documentaires (littérature grise)**

Ce schéma, en écho de la chronologie établie précédemment et de son phasage, met en évidence l'approche longitudinale qui caractérise notre dispositif d'enquête, nous permettant ainsi de suivre l'évolution de la transformation en cours.

Bien que les modalités d'enquête soient principalement mobilisées sur les trois phases se déroulant de 2016 jusqu'à 2021, la période antérieure 2009-2016 fait l'objet d'une attention particulière de notre part. Elle constitue une étape charnière puisqu'elle voit se généraliser le parcours de santé dans les politiques de santé et se créer les ARS. Cette phase a été principalement nourrie par la littérature grise. Néanmoins, des éléments de compréhension complémentaires ont pu être apportés, via les entretiens menés et des échanges divers avec les acteurs, parfois de manière informelle, de par notre posture particulière. En effet, il s'avère que de nombreux acteurs interrogés constituent des témoins « historiques » de cette période qu'ils ont vécue à travers leurs différentes places.

Notre protocole d'enquête a donc été établi en fonction de nos axes de travail et des objectifs de recherche qui s'y rattachent mais également de notre cadre d'enquête. A travers le recours à celui-ci, nous nous focalisons sur le **double processus de changement** mis en œuvre par les autorités régionales de santé, au regard du **contexte** dans lequel il prend place et du **contenu** de cette transformation, en référence au triptyque du changement de Pettigrew. Nous avons également fait le choix de recourir à la variable culturelle pour analyser ce phénomène.

La figure suivante nous permet, en conclusion de ce chapitre, d'en visualiser la synthèse :

FIGURE 35 : SYNTHÈSE DU PROTOCOLE D'ENQUÊTE

Axes de travail	Cadre d'enquête retenu	Structuration du protocole d'enquête : Le triptyque de Pettigrew sous l'angle de la variable culturelle
La transformation des institutions de tutelles	La stratégie de transformation de l'ARS Ile-de-France et sa mise en œuvre	<p><b>PROCESSUS</b> de double changement, analysé au regard :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Du <b>CONTEXTE</b> culturel dans lequel il prend place</li> <li>- Du <b>CONTENU</b> du changement, au cœur duquel se situe le paradigme du parcours de santé</li> </ul> <p><i>Dans le cadre d'une approche longitudinale</i></p>
L'accompagnement au changement des acteurs de santé dans les territoires	Le positionnement de l'ARS dans le cas de la convergence des DAC	
La pertinence d'une démarche de double changement	Les interactions « ARS-DAC » avec un focus particulier sur la relation « Délégations départementales-DAC »	

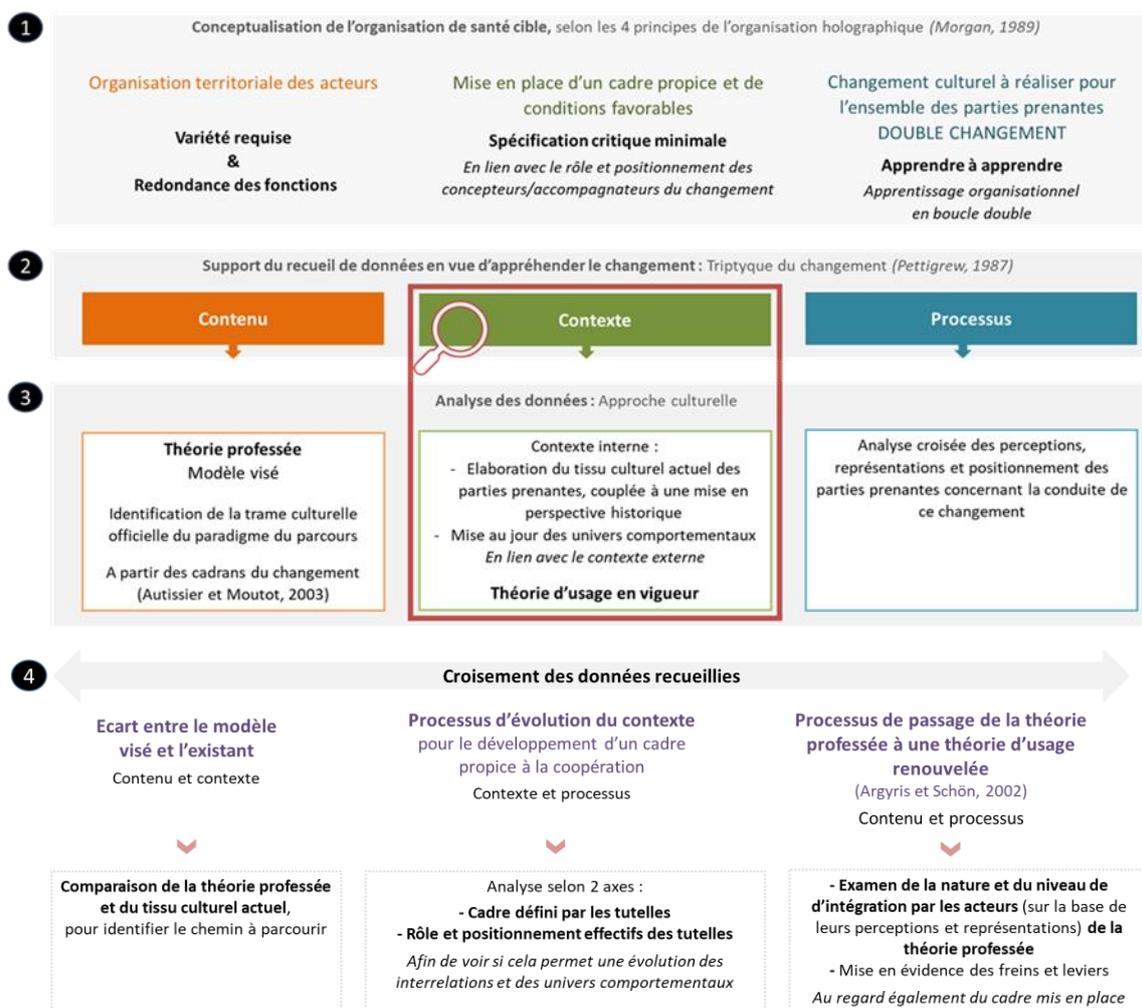
Quatrième partie : Premier niveau de résultats – « Contexte » et  
« contenu » du changement

En référence au triptyque de Pettigrew constituant le support méthodologique retenu pour la structuration de nos données empiriques, cette partie est consacrée à la présentation des résultats relatifs au « contexte » (chapitre XI) et au « contenu » (Chapitre XII) du changement. Ces deux axes, appréhendés sous l'angle de la variable culturelle, sont assimilés aux théories d'usage des acteurs et à la théorie professée du « parcours de santé ». Les résultats ainsi présentés feront l'objet d'un premier niveau d'analyse, à partir duquel sera observé, dans un second temps (Partie V), le « processus » de double changement à l'œuvre engagé par l'ARS visant, dans le cas d'étude retenu ici, à assurer le déploiement de la réforme des DAC, tout en conduisant sa propre transformation interne.

## Chapitre XI : Contexte du changement

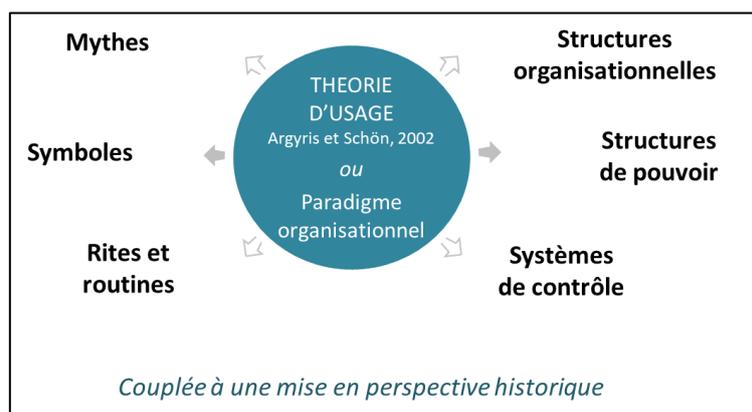
Dans ce premier chapitre, il s'agit de mettre au jour les théories d'usage (Argyris et Schön, 2002) des parties prenantes en présence, à savoir l'ARS ainsi que les réseaux de santé et les MAIA amenés à se regrouper au sein d'une entité unique, le DAC. Le rappel du schéma ci-dessous nous permet de visualiser l'étape à laquelle nous nous situons dans notre dispositif empirique :

RAPPEL DE LA FIGURE 32 : LOCALISATION DE PROGRESSION DANS LE DISPOSITIF EMPIRIQUE



La restitution des résultats issue de cette investigation est structurée à l'appui de l'outil du tissu culturel mis au point par Johnson et al. (2017) ; celui-ci prenant place dans le cadre de la formalisation de notre protocole d'enquête présenté dans la partie précédente de notre recherche.

RAPPEL DE LA FIGURE 28 : LE TISSU CULTUEL COMME OUTIL D'ANALYSE MOBILISÉ  
POUR IDENTIFIER LES THEORIES D'USAGE DES ACTEURS



Source : Adapté à partir de Johnson et al. (2017)

## Section 1 : Théorie d'usage des ARS

### A. Aux origines des ARS : les mythes fondateurs, en lien avec l'histoire

#### 1) Régionalisation et modernisation des politiques publiques

La mise en place des ARS, en 2009, est l'aboutissement d'un long processus de territorialisation des outils de planification et de régulation de la santé amorcé dès les années 70. Plusieurs jalons nous permettent d'en retracer la chronologie et de témoigner de l'ancrage progressif de l'organisation du système de santé au niveau régional, via la création d'un certain nombre de dispositifs emblématiques. Citons, par exemple, la carte sanitaire (1970), les schémas régionaux d'organisation sanitaire, dits SROS (1991) ou encore les territoires de santé (2003). L'ARS incarne, à ce titre, la volonté de l'Etat de se positionner comme l'acteur majeur de la régulation territoriale de la santé.

Cela n'est pas sans faire écho à la réforme de l'administration territoriale (Réate) qui se met en place à partir de 2004<sup>19</sup>, concomitamment à l'Acte II de la décentralisation. Elle confirme la région comme le niveau déconcentré de droit commun et assoit son rôle d'animation et de coordination des politiques publiques. À partir du 1<sup>er</sup> juillet 2010, six directions régionales sont créées, auxquelles s'ajoutent les agences régionales de santé (ARS). « Des directions départementales interministérielles (DDI), 2 à 3 par département, constituent « l'échelon de proximité de l'administration territoriale » supposé être en relation directe avec l'utilisateur et le tissu associatif du territoire » (Löchen, 2021, p. 58). Dans le cas des ARS, nous pourrions, en quelque sorte, les assimiler aux délégations départementales, constituant un relai local de l'ARS et dotées d'une mission d'animation territoriale, même si nous le verrons, leurs prérogatives sont souvent limitées. « Le discours de l'efficacité de la décision publique qui accompagne cette régionalisation est le même qui avait accompagné la décentralisation dans les années 1980. La régionalisation de l'État est destinée à améliorer le pilotage des politiques publiques et à rationaliser la gestion de l'administration » (Ibid.).

Dans cette optique, la création des ARS est aussi à intégrer dans un contexte global de réforme de l'Etat entrepris à partir des années 2000, marqué par l'instauration de la LOLF (Loi organique relative aux lois de finance), promulguée le 1<sup>er</sup> août 2001 pour une application effective le 1<sup>er</sup> janvier 2006 et

<sup>19</sup> Décret n° 2004-374 du 29 avril 2004 relatif aux pouvoirs des préfets, à l'organisation et à l'action des services de l'Etat dans les régions et départements.

la mise en œuvre, à partir de 2007, de la RGPP (Révision générale des politiques publiques). Il s'agit d'introduire « une nouvelle logique de pilotage de l'action publique » (Löchen, 2021, pp. 55-56) et d'instaurer, au cœur de celle-ci, la notion de performance, traduisant l'ambition d'améliorer l'efficacité de l'Etat. D'autres tentatives de transformation de l'Etat avaient déjà été entreprises bien des années auparavant. C'est donc loin de constituer un phénomène nouveau. Néanmoins, cette mise en lumière nous permet de mieux situer la dynamique dans laquelle s'instaurent les ARS. Nous avons d'ailleurs déjà souligné, dans la première partie de notre propos, l'importance de prendre en compte ce contexte pour une meilleure compréhension de la diffusion du parcours dans les politiques publiques. Cela nous avait permis d'appréhender une autre facette de celui-ci comme nouvel outil de gestion publique. Il en est de même pour l'ARS. Intrinsèquement liée à l'essor du parcours de santé, sa création est à rapprocher de ce mouvement de modernisation de l'Etat, fortement imprégné à l'époque de l'influence des théories du New Public Management et dont l'ARS n'échappe pas, s'exprimant notamment à travers le choix atypique d'en faire une agence et non un service déconcentré de l'Etat.

*2) Naissance des ARS : un terreau marqué par des oppositions historiques et un jeu complexe d'acteurs liés au gouvernement des politiques de santé*

Au-delà de ces dimensions contextuelles, il convient de préciser que l'émergence des ARS s'inscrit dans un environnement caractérisé par des clivages historiques importants liés au gouvernement du système de santé, qui voit en particulier s'opposer : « l'Etat contre la Sécurité sociale, la régulation locale contre la régulation centrale et l'hôpital contre la médecine libérale » (Duchesne, 2018, pp. 161-162). Ces tensions, que nous avons déjà eu l'occasion de mettre en évidence précédemment, marqueront fortement les ARS et ne seront pas sans impact sur l'exercice de leurs missions ainsi que sur leur positionnement qui reste aujourd'hui encore ambigu et éminemment complexe. Sans revenir sur les fondements historiques et les choix organisationnels et politiques qui ont présidé à la structuration de notre système de santé, nous pouvons néanmoins noter que la mise en place de la Sécurité sociale, dont la gestion a été confiée aux partenaires sociaux, au lendemain de la guerre, en porte certains germes symboliques. Dans cette configuration fondée sur les principes de la démocratie sociale<sup>20</sup>, « la protection sociale tend à échapper à la sphère de l'Etat entendu comme l'institution formée par le pouvoir politique (gouvernement et parlement) et l'administration des ministères (centrale et décentralisée). L'opposition entre la Sécurité sociale et l'Etat va contribuer à solidifier la division du travail de régulation avec d'une part la Sécurité sociale pour les professions libérales et d'autre part une administration de la santé étatique, alors naissante, pour le système hospitalier » (Ibid., p. 162). La Sécurité sociale détient, en effet, une place première dans la régulation de la médecine de ville, « à travers son rôle d'institution de solvabilisation de la demande en santé » (Ibid.). « À défaut de pouvoir contrôler la médecine de ville, l'Etat va étendre son influence dans le domaine hospitalier en tentant de contrôler l'offre hospitalière au détriment de la gestion municipale qui prévaut alors » (Ibid.). Pendant longtemps, l'Etat se contente d'une intervention à distance sur la question hospitalière, via le commissariat général au plan, portant sur l'investissement et quelques mesures réglementaires. A partir de 1964, il développe progressivement son administration sanitaire déconcentrée avec la création des Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS) et des Directions Régionales des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS). Cela « constitue une première étape dans la remise en cause de l'opposition entre régulation centrale et régulation locale

---

<sup>20</sup> Depuis, la loi portant réforme de l'assurance maladie du 13 août 2004 a limité le rôle des partenaires sociaux, gommant progressivement la logique prédominante de démocratie sociale, au profit de la mise en place d'une technocratie.

du système de santé, au profit de la première » (Duchesne, 2018, p. 163). Ce phénomène d'étatisation de la santé coïncide, par ailleurs, avec l'apparition des premiers déséquilibres budgétaires faisant progressivement place à un enjeu de maîtrise des dépenses. Ainsi, aux côtés des enjeux de pouvoir qui se jouent entre les acteurs, c'est aussi la « volonté de rendre effective la contrainte budgétaire qui fait émerger l'Etat comme acteur central » (ibid., p. 164).

Nous aurons l'occasion, au fil de notre propos, de revenir plus précisément sur les conséquences inhérentes à ces antagonismes qui pèsent encore durablement sur les ARS et l'exercice de leurs missions. Cela s'exprime notamment à travers :

- La difficile coopération avec l'Assurance Maladie ;
- Les relations délicates entretenues avec les préfets qui ont vu dans la création des ARS une perte de pouvoir alors qu'ils détenaient l'autorité sur les précédentes structures déconcentrées de l'Etat ;
- Les récriminations à son encontre de la part de certains élus locaux tendant à remettre en cause sa légitimité et appelant à une décentralisation de la santé.

La crise sanitaire récente a constitué un terrain particulièrement fertile à de nombreuses critiques formulées envers les ARS, certainement justifiées mais dont la responsabilité ne peut à elles seules leur incomber. Le sociologue Frédéric Pierru pointe « leur mauvaise naissance »<sup>21</sup> qui les place, dès l'origine, dans une position difficilement soutenable. Elles semblent cristalliser des tensions anciennes et porter les stigmates de la fragmentation et du cloisonnement du pilotage du système de santé qui tend à perdurer à tous les niveaux, malgré les réformes entreprises, où le compromis politique et technocratique ainsi que les jeux d'acteurs ont souvent prévalu au détriment d'une réelle simplification et transformation organisationnelle du système de santé. L'Assurance Maladie a conservé ses prérogatives sur la médecine de ville. Le conflit avec les préfets portant sur les compétences en matière de veille et de sécurité sanitaire a abouti à « un armistice bancal »<sup>22</sup> avec les ARS, etc. Selon Frédéric Pierru, les ARS constituent, dès lors, des « colosses entravés »<sup>23</sup>. La gestion du COVID n'a été qu'un révélateur des « malfaçons originelles des ARS »<sup>24</sup>.

### *3) Unification, simplification et décloisonnement du pilotage territorial des politiques de santé*

Bien avant la création des ARS, de nombreux rapports dénonçaient déjà la centralisation du système de santé, tout en questionnant son efficacité et son coût. En 1993, le rapport de Raymond Soubie « Santé 2010 », resté emblématique et publié sous l'égide du Commissariat général au plan, pose les premières bases d'une Agence régionale des services de santé (ARSS). Il plaide pour une clarification des responsabilités de l'Etat et de l'assurance Maladie ainsi qu'une démocratisation du pilotage du système de soins qui serait confié, au niveau régional, à ces nouvelles entités. Elles auraient, en conséquence, vocation à exercer une importante partie des fonctions des services de l'Etat (DRASS et DDASS) et de ceux de l'assurance maladie (à savoir la CRAM et la CPAM), et donc in fine à les absorber (Bras et Tabuteau, 2009). Dotées du statut d'Etablissement Public à caractère Administratif (EPA) afin

---

<sup>21</sup> Propos issus des comptes-rendus de la délégation parlementaire aux collectivités territoriales du jeudi 28 mai 2020 (Sénat) dans le cadre d'une table ronde : « La coordination collectivités territoriales - Agences régionales de santé, un premier bilan ».

<sup>22</sup> Ibid.

<sup>23</sup> Ibid.

<sup>24</sup> Ibid.

de leur octroyer une certaine autonomie, notamment vis-à-vis de l'Etat, leur contrôle serait assuré via un conseil d'administration qui réunirait à la fois des représentants de l'Etat, des collectivités locales, des professionnels de santé et des usagers. « Il s'agit d'éloigner la gestion du système de santé de la tutelle et de la rapprocher des établissements, en rompant l'organisation bureaucratique traditionnelle de l'administration » (Duchesne, 2018, p. 164).

Ce projet se concrétisera, dans un premier temps, avec la création des ARH (Agences régionales d'hospitalisation) par les ordonnances « Juppé » du 24 avril 1996. Considérées comme la préfiguration des futures ARS, elles sont organisées sous la forme de groupements d'intérêt public (GIP) ayant pour mission de coordonner l'action publique en matière d'hospitalisation. Mais, elles ne constituent, en réalité, qu'une première esquisse non aboutie de l'ambition portée par le rapport Soubie, ne jouissant que d'une autonomie restreinte face au ministère et d'un périmètre de jeu limité à l'hôpital (Ibid., p. 165). Bien que cette réforme participe à affirmer la place de la région dans le pilotage du système de santé, elle reproduit dans le même temps le caractère dual de sa régulation : entre soins de ville, d'une part, relevant toujours de la compétence de l'Assurance maladie et système hospitalier, d'autre part, à la main de l'Etat. En effet, sont créées, en même temps que les ARH, les Unions régionales des caisses d'assurance maladie (Urcam). De plus, « conçues comme des administrations de « mission », les ARH sont des structures légères et souples, davantage dotées d'un rôle d'impulsion et de coordination que d'une réelle capacité de pilotage sur les territoires. De fait, elles disposent en propre d'un nombre limité de personnels et doivent faire appel aux moyens humains de l'Etat et de l'assurance maladie pour exercer leurs missions » (Rapport d'information n°400, MECSS et commission des affaires sociales, 2014, p. 17). Là où le rapport Soubie incitait à une fusion des services régionaux administratifs de l'Etat et de l'Assurance maladie, les ARH se limitent à leur coordination. Les ARH constitueront, malgré tout, une première tentative d'unification administrative.

Ces réformes permettront à l'Etat de prendre l'ascendant sur l'Assurance Maladie « en termes de connaissance de l'activité du système sanitaire (généralisation du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information), que de contrôle budgétaire (ONDAM) ou de gestion des établissements sanitaires (via les ARH) » (Duchesne, 2018, p. 165). Cependant, après la création des ARH, cette organisation déjà complexe continuera à s'intensifier avec le déploiement des Missions régionales de santé (MRS) par la loi du 13 août 2004, associant l'Assurance Maladie et les ARH sur plusieurs sujets comme la répartition territoriale des professions de santé, la permanence et la coordination des soins ou encore la gestion du risque. Sont constitués, au même moment, les groupements régionaux de santé publique (GRSP), chargés de mettre en oeuvre les orientations de santé contenues dans les programmes régionaux de santé publique. Ces structures associent l'Etat, les collectivités territoriales et l'assurance maladie autour des enjeux relatifs à la prévention et à la santé publique.

L'un des objectifs principaux de la loi HPST du 21 juillet 2009 sera alors de réformer l'organisation territoriale de la santé à travers la création des agences régionales de santé (ARS), donnant lieu à la fusion de ces multiples entités au nombre de sept et concrétisant enfin l'ambition initiale du rapport Soubie (1993) :

- Les services déconcentrés de l'Etat : les DDASS et les DRASS.
- Les organismes d'assurance maladie : les URCAM et les CRAM.
- Les structures mixtes assurant une fonction de coordination entre l'Etat et l'Assurance maladie : les ARH, les GRSP, les MRS.

En janvier 2008, le rapport Ritter, portant sur la création des ARS, met en avant les limites du système de santé, principalement liées à des problèmes d'organisation institutionnelle et d'insuffisance

d'outils. Au niveau national comme au niveau territorial, le système de santé laisse apparaître un pilotage fragmenté, un manque de lisibilité et une articulation insuffisante entre le niveau central et territorial. De plus, le fonctionnement en silo des autorités compétentes nuit à la cohérence et l'efficacité des politiques. « A l'heure où l'échelon régional s'affirme comme le niveau pertinent de pilotage du système de santé, un pilotage territorial unifié et responsabilisé constitue un levier majeur » (Rapport Ritter, 2008, p. 1) pour mettre fin à une régulation morcelée entre multiples instances, générant « enchevêtrement des compétences, éclatement institutionnel, cloisonnement des acteurs » (Ibid.).

L'enjeu est de :

- Donner de la cohérence aux politiques de santé.
- Mieux adapter ces dernières aux spécificités territoriales.
- Coordonner l'offre de soins d'un bassin de population.

Les politiques de santé étant par nature transversales, leur pilotage doit donc l'être également. La création des ARS devra faciliter la structuration et la fluidification des parcours des patients et renforcer la territorialisation des politiques de santé, avec en filigrane un double objectif : améliorer l'efficacité du système, en conjuguant qualité et meilleure maîtrise des dépenses.

#### 4) *Mythes de l'ARS et éléments d'histoire : Repères clés*

##### Une naissance des ARS qui prend place dans un terreau marqué par des jeux d'opposition entre acteurs liés au gouvernement de la santé :

« L'État contre la Sécurité sociale, la régulation locale contre la régulation centrale et l'hôpital contre la médecine libérale » (Duchesne, 2018, pp. 161-162), ayant abouti à des compromis politiques et technocratiques ainsi qu'à la cristallisation de tensions impactant durablement les ARS dans :

- **Leur positionnement et l'exercice de leurs missions.**
- **Leurs rapports avec les acteurs concernés** (Assurance Maladie, Préfets et élus locaux notamment).
- Mais aussi **la reconnaissance de leur légitimité** qui est encore, à ce jour, questionnée. La gestion de la crise sanitaire du COVID aura notamment constitué un terrain propice à la formulation de nombreuses critiques à l'encontre de l'ARS. Pour le sociologue Frédéric Pierru, le COVID ne constitue qu'un révélateur des « **malfaçons originelles des ARS** »<sup>25</sup>.

→ Les ARS : des « colosses entravés »<sup>26</sup>.

##### Les fondements de l'ARS :

- **Le rapport Soubie de 1993** pose les premières bases d'une Agence régionale des services de santé (ARSS).
- Une première esquisse des ARS via **les ARH en 1996**.
- **Le rapport Ritter en 2008** : la création des ARS pour « un pilotage territorial unifié et responsabilisé » (Rapport Ritter, 2008, p. 1) et mettre fin aux problématiques suivantes : « enchevêtrement des compétences, éclatement institutionnel, cloisonnement des acteurs » (Ibid.).

→ Les ARS voient le jour plus de 15 ans après le rapport Soubie ; intermède durant lequel le millefeuille du pilotage régional de la santé s'est encore complexifié à travers la création d'entités supplémentaires qui fusionneront finalement au sein des ARS.

##### Les mythes affichés concernant la création des ARS :

- Aboutissement de la régionalisation des politiques publiques de santé (entreprise à partir des années 70) : L'Etat, à travers les ARS, comme l'acteur central de la régulation du système de santé en région.

<sup>25</sup> Propos issus des comptes-rendus de la délégation parlementaire aux collectivités territoriales du jeudi 28 mai 2020 (Sénat) dans le cadre d'une table ronde : « La coordination collectivités territoriales - Agences régionales de santé, un premier bilan ».

<sup>26</sup> Ibid.

- Unification et simplification du pilotage (fusion de 7 entités).
- Décloisonnement et transversalité.
- Territorialisation des politiques de santé.
- Nouvelle forme de gestion publique, sous influence des théories du New Public Management.

Et en filigrane :

- Efficience du système de santé, alliant qualité et maîtrise des dépenses.
- Rationalisation.

→ Un passage du mythe à la réalité qui reste partiel comme nous le verrons par la suite.

## B. Les structures organisationnelles

### 1) *Un périmètre d'activités conséquent : organisation et missions des ARS*

Comme nous avons déjà eu l'occasion de l'évoquer tout au long de notre propos, les ARS sont toutes mises en place depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2010. Leur périmètre d'intervention est particulièrement vaste, allant de la prévention aux soins jusqu'à l'accompagnement médico-social. Elles sont chargées d'assurer la déclinaison des politiques de santé dans la région, dans une logique transversale et décloisonnée, prenant place dans le cadre d'un pilotage unifié des quatre secteurs représentés par l'hôpital, la médecine de ville, le médico-social et la santé publique. A cela s'ajoutent les missions de veille et de sécurité sanitaire. Au-delà de l'enjeu de la simplification et de la cohérence de l'action publique régionale de santé, la création des ARS répond également à un objectif d'amélioration de l'efficience du système de santé. Elles contribuent à veiller au respect de l'Ondam, voté annuellement dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale.

Plus précisément, les ARS ont pour rôle d'assurer :

- Le pilotage de la santé publique, à travers trois champs d'intervention :
  - La veille et la sécurité sanitaires, ainsi que l'observation de la santé.
  - La définition, le financement et l'évaluation des actions de prévention et de promotion de la santé.
  - L'anticipation, la préparation et la gestion des crises sanitaires, en lien avec le préfet.
- Et la régulation de l'offre de santé visant à mieux répondre aux besoins et à garantir l'efficacité du système de santé. Elle porte sur les secteurs ambulatoire (médecine de ville), médico-social (aide et accompagnement des personnes âgées et handicapées) et hospitalier. Cette régulation s'opère à travers (site Internet <https://www.ars.sante.fr>, consulté le 11 février 2023) :
  - La coordination des activités et l'attribution des budgets de fonctionnement des hôpitaux, cliniques, centres de soins ainsi que des structures pour personnes âgées, handicapées et dépendantes.
  - La répartition des médecins et de l'offre de soins sur le territoire.
  - L'autorisation de la création des établissements et services de soins et médico-sociaux, le contrôle de leur fonctionnement et l'allocation de leurs ressources.
  - L'évaluation et la promotion de la qualité des formations des professionnels de santé.
  - La gestion du risque, avec les organismes d'assurance maladie et la caisse nationale de solidarité et d'autonomie (CNSA).

Sur un plan organisationnel, l'ARS se compose :

- D'organes décisionnels :
  - Un directeur général, nommé en Conseil des ministres, responsable de la définition de la stratégie régionale de santé et de sa mise en œuvre. Il dispose, pour se faire, de larges compétences.
  - Un conseil de surveillance, présidé par le préfet, qui approuve les comptes et émet un avis sur le PRS, le CPOM conclu avec l'Etat et les résultats de l'ARS. Il dispose, dans les faits, d'un pouvoir limité ; la tutelle du niveau national étant prédominante.  
  
Ce dernier a récemment été remplacé par un conseil d'administration visant une plus grande participation des élus des collectivités territoriales à la gouvernance des ARS ainsi que dans la définition des politiques régionales de santé, dans le cadre de la loi 3DS (Différenciation, Décentralisation, Déconcentration et Simplification) du 21 février 2022.
- D'un dispositif de concertation visant à associer l'ensemble des acteurs locaux à la définition et la mise en œuvre de la politique de santé en région, à travers :
  - Le conseil territorial de santé (CTS) constituant l'échelon local de la démocratie sanitaire.
  - Les commissions de coordination des politiques publiques.
- D'une organisation fonctionnelle :
  - Les directions métiers et supports de l'échelon régional.
  - Les délégations départementales, dotées d'un rôle d'animation territoriale et de déclinaison des politiques régionales de l'agence au niveau local.

La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016, en réaffirmant la volonté de décloisonner les prises en charge et de recentrer le système de santé sur les soins de proximité, inscrit plus fortement le rôle des ARS consistant à :

- Decloisonner les secteurs sanitaire et médico-social, la ville et l'hôpital, la prévention et les soins au bénéfice des parcours de santé ;
- Renforcer la prise en charge de premier recours par les professionnels libéraux et appuyer ces derniers ;
- Consolider le service public hospitalier ;
- Favoriser les coopérations entre établissements et services ;
- Améliorer l'information des usagers sur l'offre de soins de proximité, en particulier sur la permanence des soins ambulatoires ;
- Développer la démocratie sanitaire.

Cette loi renforce également l'animation territoriale conduite par les ARS.

Mais « force est de constater que la loi « HPST » a créé des mégastructures au périmètre d'action considérable, que ce soit en termes de compétences ou de périmètre géographique. Ce périmètre de compétences particulièrement ambitieux pose aujourd'hui la question de leur capacité à assurer

l'ensemble de leurs missions de façon satisfaisante. Surtout, il apparaît que ce périmètre d'action très large a affaibli la réactivité et la disponibilité des ARS » (MECSS, 2021, p. 13).

### *2) Un périmètre géographique particulièrement vaste renforcé par la fusion des régions : des ARS jugées trop éloignées du terrain*

Le rapport d'information de la MECSS, présenté à l'Assemblée Nationale le 16 juin 2021, pointe « le gigantisme géographique des ARS » (Ibid., p. 7) fortement renforcé suite à la création des grandes régions en 2015. Cette réforme a conduit à la fusion de plusieurs ARS. Initialement au nombre de 26, elles ne sont aujourd'hui plus que 17 impliquant un élargissement conséquent de leur périmètre d'intervention, s'ajoutant à un panel de missions déjà très étendu. Le présent rapport précise que les auditions menées ont mis en avant « un sentiment croissant d'éloignement des ARS du terrain, sentiment nourri par la relégation au second plan de l'échelon départemental – très insuffisamment investi par les ARS » (Ibid., p. 7). De plus, il est à noter que la création des grandes régions a constitué un changement difficile à intégrer pour de toutes jeunes ARS, mises en place seulement depuis cinq ans. Le rapport de la MECSS évoque « un choc d'organisation que les ARS concernées ont difficilement absorbé » (Ibid., pp. 42-43). « Il y a un « avant » et un « après » l'extension du périmètre géographique des agences. Alors que les ARS peinaient déjà à s'emparer de leurs nouvelles missions, la fusion des régions n'a fait qu'accentuer leur gigantisme et les a considérablement éloignées du terrain » (Ibid., pp. 42-43). La survenue du COVID, en 2020, a contribué à la mise en lumière de cette situation et à l'impression d'un échelon manquant, particulièrement exacerbée en situation de gestion de crise sanitaire.

Néanmoins, la région semble demeurer l'échelon pertinent pour l'Etat pour permettre une organisation, une planification et une régulation du système de santé plus efficaces. « Cette structuration de l'offre de soins au niveau régional revêt en effet aujourd'hui un caractère davantage transversal. Des outils de programmation ont progressivement été déployés pour penser l'offre de santé au niveau régional, bien au-delà de la seule carte hospitalière » (Ibid., pp. 39-41). Qui plus est, certaines entités et dispositifs dépassent le strict échelon départemental. C'est notamment le cas des CHU ou encore des GHT par exemple. La coordination régionale a donc tout son sens, mais elle doit aujourd'hui être combinée à un renforcement de l'échelon départemental. Comme nous l'avons vu, de nombreux élus locaux en appellent à une décentralisation. Mais le choix d'une déconcentration semble privilégié par l'Etat, à travers le levier des délégations départementales des ARS. C'est d'ailleurs le sens des préconisations de la MECSS et du Ségur de la santé à travers sa mesure 33 à l'intitulé évocateur « Evolution des ARS : renforcer le niveau départemental et l'association des élus ».

### *3) Entre agence et technocratie bureaucratique*

Les ARS occupent une place particulière dans le paysage de l'administration régionale de l'Etat car elles ne constituent pas un service déconcentré traditionnel. Ce sont des agences ayant le statut d'établissements publics de l'Etat à caractère administratif (EPA). Elles n'en restent pas moins un instrument de l'Etat, mais ce choix nécessite d'être interrogé. En effet, le phénomène d'agencification, sur lequel nous avons eu l'occasion de nous arrêter précédemment, fait référence à la diffusion des théories du New Public Management au sein de la gestion publique, s'inscrivant en opposition avec le modèle traditionnel et hiérarchique de l'administration qualifié de « wébérien » (Conseil d'Etat, 2012, p. 36) qui caractérise l'administration française. La délégation de la mise en œuvre des politiques à des agences est alors vue comme un moyen de recentrer les administrations centrales sur un rôle de « stratège » (Ibid., p. 13). Nous avons vu, dans ce cadre, que cela ne s'avère pas forcément si aisé dans

la pratique et que cela a conduit à une forme de dérive et complexité organisationnelle ; générant flou, ambiguïtés des positionnements et parfois un sentiment de superpositions, voire de concurrence, entre les directions d'administration centrales de l'Etat, ses services déconcentrés et les agences.

Selon un rapport de 2012 réalisé par l'Inspection générale des finances sur les agences (IGF, 2012), le recours à ces dernières présentent, en théorie, plusieurs intérêts. Elles favorisent la diffusion d'une culture plus managériale et partenariale qu'un service classique de l'Etat. Elles offrent également une plus grande souplesse de gestion, « permettant de contourner certaines lourdeurs administratives et financières pouvant nuire à certaines missions exigeant une forte réactivité » (Ibid., p. 43). Elles bénéficient, enfin, d'une autonomie, ne signifiant pas pour autant indépendance. L'Etat n'a pas vocation à intervenir dans sa gestion courante mais il lui incombe, en revanche, de définir les orientations politiques que l'agence met en œuvre (Conseil d'Etat, 2012, p. 12). Ainsi, « l'utilisation d'agences aurait l'avantage, pour l'Etat, de lui permettre de se distancier de l'activité de prestation de services, et de se concentrer sur ses tâches de conception et d'évaluation des politiques publiques » (IGF, 2012, p. 43).

En matière d'organisation des ARS, le rapport Ritter (2008) préconise un modèle d'organisation interne qui doit être flexible, précisant que « l'ARS devra éviter de reproduire, par son organisation, le cloisonnement entre secteurs qu'elle a vocation de surmonter. Il importe donc d'assurer la cohérence transversale des politiques et des actions menées par l'Agence » (Rapport Ritter, 2008, p. 46). Par ailleurs, selon le rapport du Conseil d'Etat de 2012, les agences doivent permettre, d'« apporter des ressources nouvelles à l'Etat », faciliter « le recrutement de personnes dotées de compétences inhabituelles dans les services de l'Etat » et constituer « un instrument efficace de partenariat avec les collectivités territoriales ou avec les acteurs de la société civile » (Conseil d'Etat, 2012, p. 13). Par ailleurs, « Selon Allen Schick, à la différence des ministères, les agences ne sont pas « un assemblage d'activités multiples », elles ont « un objet unique ou bien circonscrit ». Les ministères ont vocation à embrasser l'ensemble des sujets relevant de leur périmètre, ce qu'assure l'organisation pyramidale en directions, sous-directions et bureaux ; chaque sujet doit avoir son bureau. Les agences, au contraire, se spécialisent dans un métier » permettant une professionnalisation accrue » (Ibid., p. 13).

Les ARS devaient donc, au regard de ces éléments, constituer le support pour une organisation plus souple, flexible et transversale de l'action publique dans les territoires. Or, il s'avère qu'elles représentent davantage une organisation en miroir de l'administration nationale de l'Etat, étant généralement organisées en de nombreuses Directions métiers compartimentant l'offre de soins, le médico-social et la santé publique, elles-mêmes divisées en pôles ou départements. Cela peut notamment s'expliquer par :

- Une tendance bureaucratique profondément ancrée au sein de l'action publique dont il semble difficile de s'extirper ;
- La persistance d'un cloisonnement et d'une organisation en silo du niveau national (notamment des directions d'administration centrale) ne facilitant pas le déploiement effectif d'une organisation transversale de l'ARS ;
- Et le périmètre très conséquent des missions qui lui sont confiées « allant de la « gestion du risque » à la prévention en passant par l'hôpital et le médico-social » (Pierru, 2020, p. 389).

Elles n'ont pas non plus permis le recrutement de nouveaux profils plus « atypiques ». Les ARS restent ainsi perçus par les acteurs de terrain comme des « mastodontes technocratiques » (MECSS, 2021, p. 7), bien éloignés des qualités organisationnelles des agences qui tendent davantage vers des structures souples et agiles.

Elles ne sont pas parvenues, sur un plan organisationnel, à sortir du modèle d'administration de type « wébérien ». Plusieurs responsables d'ARS interrogés font mention de cette difficulté à décliner concrètement une logique de transversalité au sein de leur organisation constituant une entrave à la réalisation de leurs missions.



Acteur de tutelles – ARS siège

« Il y a vraiment beaucoup d'interlocuteurs en interne qui ont des logiques différentes »



Acteur de tutelles – ARS siège

« Au sein de l'Agence, c'est difficile de travailler tous ensemble car on est très nombreux, donc on pilote chacun des trucs sans avoir la visibilité de ce que l'autre fait »



Acteur de tutelles – ARS siège

« En interne, on peut avoir 3-4 personnes qui traitent de manière cloisonnée avec un seul et même opérateur de terrain qui lui est plus dans une logique professionnelle, territoriale »

« Pour monter ce projet, on a eu un coût d'entrée extrêmement fort car on a eu besoin de 15 personnes parce qu'on a la Mme « Maladies psychiques chez la femme enceinte », on a le Mr « Maladies psychiques dans les prisons », à un moment donné, c'est assez bloquant ». « Parce qu'en fait on a un double cloisonnement, c'est-à-dire qu'on a des départements ou pôles et donc des logiques métiers déjà silotées, et au sein de ces silos vous avez des gens qui sont en charge de micro-dossiers, donc ça c'est beaucoup trop lourd »

« On est dans une organisation très pyramidale, très hiérarchique »

Cela amène certaines parties prenantes de l'ARS à développer des stratégies internes de lobbying et une logique de réseau, traduisant la mise en place de jeux d'acteurs parallèles en vue de pallier le cloisonnement et la forte segmentation de l'organisation formelle de l'ARS pouvant impacter l'exercice de leurs missions. Les verbatims utilisés par un des acteurs interrogés est révélateur de cette démarche (« plaider », « rallier », « mobiliser ») :



Acteur de tutelles – ARS siège

« Chaque projet est décidé auprès des référents, des comités d'expertise des grands directeurs de l'ARS... enfin voilà, il y a toute une partie au niveau institutionnel, **un peu de plaider de projet à mener**, pour faire remonter l'intérêt de développer tel projet pour la région, pour le territoire, qu'est-ce que ça va apporter pour les patients »

« L'ARS a pleins de Directions qui travaillent sur des projets qui sont connectés mais qui ne sont pas forcément en lien ». « Ca nécessite de présenter le projet que tu portes à tout le monde, de **rallier** aussi des personnes qui travaillaient sur d'autres projets ». « Enfin je dirais de **mobiliser tous ces réseaux à l'intérieur de l'administration** qui sont nécessaires à mener pour que le projet aboutisse et qu'il soit complet, dans ses différents champs »

La raison qui a conduit au choix du statut d'agence relève, en réalité, davantage d'une problématique juridico-administrative relative aux ressources humaines. Selon le rapport Ritter, le statut potentiel de service déconcentré de l'ARS ne s'avérerait pas compatible avec la fusion administrative de plusieurs

catégories de personnels issus pour l'essentiel de l'Etat et de l'Assurance maladie dotés chacun de statuts distincts. Il s'agissait de faire coexister trois statuts de personnels différents :

- Des agents titulaires de la fonction publique d'Etat (anciens agents des DRASS et des DDASS notamment) ;
- Des agents contractuels de droit privé (personnels des organismes de sécurité sociale) ;
- Des agents contractuels de droit public.

« À l'exception de ces derniers, les personnels des ARS sont donc régis soit par le statut de la fonction publique d'Etat soit par l'une des neuf conventions collectives relatives aux personnels de l'assurance maladie » (MECSS, 2021, p. 54). Cela nous permet de mesurer la complexité d'un tel rapprochement au sein d'une entité unique. En 2012, le rapport du conseil d'Etat sur les agences précisait que « dans le cas de Pôle Emploi comme dans celui des ARS, c'est l'intégration dans un unique ensemble de personnels issus d'organismes de droit public et de droit privé qui a conduit le législateur à faire preuve de créativité. Mais au-delà de ces motifs propres aux fusions d'organismes, c'est une tendance structurelle qui se dessine, consistant à s'affranchir des catégories juridiques usuelles pour construire des régimes sur mesure, hybrides de droit public et de droit privé » (Conseil d'Etat, 2012, p. 43).

Ce sont, par conséquent, principalement des considérations pratiques liées à cette double filiation Etat/Assurance Maladie qui ont guidé ce choix de statut atypique. Néanmoins, cela devait également « envoyer un signal politique fort », visant « à donner aux politiques de santé une gouvernance territoriale originale et inédite, en les autonomisant » (MECSS, 2021, p. 53). Le but était de donner aux ARS des marges d'initiatives et de manœuvre pour favoriser une approche plus partenariale et transversale des politiques de santé (Ibid.). Néanmoins, il apparaît que cette autonomie reste très relative (comme nous le verrons dans l'item du tissu culturel des ARS consacré aux structures de pouvoir).

#### *4) Entre décloisonnement régional et persistance du cloisonnement national*

La loi HPST en 2009, par la création des ARS, puis la loi de modernisation de notre système de santé en 2016, via la réforme du projet régional de santé, ont fortement appuyé la mise en place de politiques transversales dans les régions. Mais elles n'ont pas pour autant rénové la gouvernance nationale pour favoriser la transversalité nécessaire aussi à cette échelle d'action (Bloch et al., in Louazel et al., 2018, pp. 269-270). L'instauration du comité national de pilotage (CNP) en vue d'assurer la coordination conjointe des ARS témoigne d'un effort d'articulation entre les différents services de l'Etat, la CNSA et l'Assurance maladie, dont l'objectif est de veiller à la cohérence des politiques que les ARS mettent en œuvre en termes de santé publique, d'organisation de l'offre de soins et de prise en charge médico-sociale. Mais cela ne s'avère pas suffisant.

Le maintien du cloisonnement national ne facilite pas, dans les faits, la transversalité des ARS. Les directions d'administration centrale des ministères de la santé et des affaires sociales continuent à fonctionner en « tuyaux d'orgue », fixant aux ARS des orientations distinctes et/ou en leur adressant des demandes qui restent fragmentées entre le secteur hospitalier, les soins de ville, le médico-social et la prévention. Cela se répercute, par ricochet, sur l'organisation même des ARS reproduisant cette segmentation. Dans le cadre d'une enquête sociologique réalisée par Pierru et Rolland (2013), deux ans après la mise en place des ARS, un directeur général adjoint indiquait : « comme le niveau national reste compartimenté, le mieux pour nous est de fonctionner de la même manière de façon à bien réceptionner ce qui doit l'être » (Rolland et Pierru, 2013, p. 415). Selon les auteurs, cela constitue la conséquence logique « d'une réforme qui est le résultat d'un compromis entre institutions nationales

rivales » (Ibid., p. 419). « Chaque acteur national (administrations centrales, Assurance-maladie) tend à reconstituer son réseau d'interlocuteurs au niveau déconcentré. Les concurrences institutionnelles nationales se translatent ainsi en régions. » (Ibid., p. 419). Cette problématique ressort également dans les propos que nous avons recueillis auprès de responsables ARS :



Acteur de tutelles – ARS siège

*« Au niveau de l'Agence, on subit ces politiques-là en silo. Avec un nouveau gouvernement, un nouveau cabinet : de nouvelles politiques arrivent et ce n'est pas évident. »*

*« C'est le Ministère et le législateur qui parfois continuent à faire des silos, alors même qu'on essaie nous de faire de la transversalité. Et après, on demande au terrain de faire de la transversalité. »*

*« Comment tu articules ton projet parmi un écosystème qui est très compliqué et où émergent souvent de nouvelles mesures, de nouvelles politiques. En plus, après les acteurs râlent, c'est un truc en cascade. On essaie de faire la synthèse de tout ce qui arrive mais ce n'est pas toujours simple. »*

Cela place, dès lors, l'ARS dans une position délicate entre des politiques nationales demeurant encore fortement sectorisées et le niveau territorial au sein duquel il est attendu la mise en œuvre effective d'une organisation transversale et coordonnée des opérateurs de santé.

Les rapports nationaux qui se sont succédé dans le temps, et ce depuis la création des ARS, formulent toujours le même constat :

- La Cour des comptes, dans son rapport de 2012, précisait que « l'unification du pilotage du système de santé au niveau régional n'a pas été accompagnée d'un décloisonnement à l'échelon national ».
- En 2014, la MECSS et la commission des affaires sociales précisent que « l'administration centrale n'a pas été réformée et n'a pas modifié ses méthodes de travail qui reposent encore trop sur une vision prescriptive, voire tatillonne, au détriment de la fixation d'objectifs stratégiques à remplir par l'échelon territorial » (Rapport d'information sur les ARS, n°400).
- En 2021, la MECSS réitère la persistance d'un cloisonnement national, préjudiciable à un déploiement optimal d'une logique de parcours au sein des territoires. Cela s'exprime à travers les propos de nombreux interlocuteurs rencontrés, au premier rang desquels Claude Evin, ancien ministre de la santé et ancien directeur général de l'ARS Ile-de-France, « qui a estimé lors de son audition par les rapporteurs que le ministère de la santé n'a pas tiré les conséquences, pour son organisation centrale, du décloisonnement permis par les ARS » (MECSS, 2021, p. 18).

### Entre agence et technostructure : la persistance de la culture bureaucratique

Un modèle organisationnel qui reste bureaucratique au sens de Weber (Bartoli et Blatrix, 2015, p. 14), se caractérisant par :

- **Une division du travail** : structuration des ARS par grandes directions thématiques (Offre de soins, Médico-social, Santé publique, Veille et sécurité sanitaire, etc.), elles-mêmes structurées en pôles ou départements. Au niveau de l'Île-de-France, cette organisation se retrouve, en miroir, au sein des délégations départementales.
- **Une hiérarchie clairement définie** :
  - Une organisation pyramidale où le pouvoir et la détention des leviers de décisions et d'actions se concentrent au niveau de l'échelon régional de l'ARS, face à un échelon départemental qui apparaît affaibli.  
Les textes actuels tendent à renforcer l'échelon départemental (Séguir de la santé, 2020). Un premier pas avait été franchi en faisant évoluer la dénomination des délégués territoriaux vers celle de directeur. En effet, depuis le 1er janvier 2020<sup>27</sup>, les directeurs de délégations sont considérés comme occupant des emplois de direction des ARS. « Cette évolution permet aux directeurs généraux d'ARS de recruter des « directeurs » départementaux – bien que l'appellation « délégués » subsiste malheureusement dans certaines régions – aux compétences plus larges et donc à la légitimité accrue » (MECSS, 2021, p. 49).
  - Des échelons hiérarchiques qui sont strictement déterminés.
- **Un système de règles stables et explicites** : règles, procédures, instructions, etc.
- **Des classifications d'emploi normées** : via les cadres d'emplois de la fonction publique notamment.

### Un très large périmètre de missions et géographique (suite à la fusion de certaines régions en 2015) :

« Force est de constater que la loi « HPST » a créé **des mégastructures au périmètre d'action considérable**, que ce soit en termes de compétences ou de périmètre géographique. **Ce périmètre de compétences particulièrement ambitieux pose aujourd'hui la question de leur capacité à assurer l'ensemble de leurs missions de façon satisfaisante.** Surtout, il apparaît que ce périmètre d'action très large a affaibli la réactivité et la disponibilité des ARS » (Ibid., p. 13).

Un cloisonnement national qui perdure, peu propice au décloisonnement des ARS. En effet, « chaque acteur national (administrations centrales, Assurance-maladie) tend à reconstituer son réseau d'interlocuteurs au niveau déconcentré » (Rolland et Pierru, 2013, p. 419). Nous observons le même phénomène entre le niveau régional de l'ARS et son échelon départemental.

La perception des ARS par les acteurs de terrain : des « mastodontes technocratiques » (MECSS, 2021, p. 7), fortement éloignés du terrain.

→ Une organisation en silo de l'ARS en miroir de l'administration nationale centrale :

- A la fois subie et entretenue.
- Qui se répercute en cascade du niveau national au niveau régional jusqu'au niveau local des autorités sanitaires et enfin auprès des opérateurs de santé.

Constituant une entrave au déploiement d'une organisation territoriale transversale, selon l'approche « parcours ».

→ Une organisation ne permettant qu'un décloisonnement partiel des secteurs et des politiques au niveau régional, en contradiction avec les mythes fondateurs de l'ARS.

<sup>27</sup> Décret n° 2019-1041 du 10 octobre 2019 relatif à certains emplois de direction des agences régionales de santé.

## C. Les structures de pouvoir et systèmes de contrôle

### 1) *L'Etat et l'ARS : entre autonomie et dépendance*

Pour le conseil d'Etat, une agence se définit par deux critères cumulatifs : « l'autonomie et l'exercice d'une responsabilité structurante dans la mise en œuvre d'une politique publique nationale » (Conseil d'Etat, 2012, p. 12). « Elle structure le domaine dans lequel elle intervient, par un rôle normatif, financier, d'expertise ou simplement parce qu'elle est l'opérateur exclusif ou très dominant d'une politique publique » (Ibid., p. 57). Les ARS semblent cocher la case de ce second critère. Chacune d'elle exerce sur son territoire une responsabilité générale de pilotage et mise en œuvre de la politique nationale de santé, qu'elle adapte au regard des spécificités et besoins locaux au sein d'un projet régional de santé (PRS). Il demeure, par contre, une ambiguïté concernant le premier critère : « ni véritablement autonomes, ni administrations déconcentrées » (MECSS, 2021, p. 13).

Les ARS, dotées de la personnalité juridique, disposent, en théorie, d'une forme d'autonomie. « Le choix du statut d'EPA et du nom « d'agence » n'est pas une simple subtilité administrative, mais relève bien d'un choix stratégique du gouvernement, spécifique au secteur de la santé » (Duchesne, 2018, p. 167). Cela témoigne, en outre, de l'adoption d'une nouvelle approche : en passant d'une direction déconcentrée à une agence, l'Etat s'externalise, en quelque sorte, en son sein (Ibid., pp. 175-177), faisant « porter sur une structure « extérieure » la responsabilité afférente à l'atteinte ou non des objectifs de performance du système de santé » (Ibid., pp. 175-177).

Pour ce faire, ce statut d'agence s'accompagne de la mise en place de deux outils nationaux principaux : le conseil national de pilotage (CNP) et la contractualisation entre le Ministère et les ARS. Ils constituent de nouveaux modes de coordination entre l'Etat et les ARS, censés apporter davantage de souplesse et autonomie à ces dernières qu'une tutelle hiérarchique traditionnelle jugée plus rigide. Pour sa part, « le contrat offre un contrôle en principe plus distant à travers la définition d'objectifs initiaux entre les parties et d'indicateurs de suivi » (Ibid., p. 168). Il devient également l'outil « à la mode », son recours se généralisant, à cette époque, progressivement à toutes les strates de l'organisation du système de santé, marquant le « passage d'une gouvernance par planification à une gouvernance par incitation » (Ibid., p. 168) qui perdure à ce jour. La CNP, quant à elle, est vue comme une instance innovante destinée à rassembler les nombreux donneurs d'ordre des ARS (notamment l'Etat, la CNSA et l'Assurance maladie) autour d'une coordination conjointe. Il a pour mission de :

- Donner des directives aux ARS pour la mise en oeuvre de la politique de santé sur le territoire, veiller à la cohérence des différentes politiques qu'elles mènent et valider leurs objectifs ;
- Déterminer également les orientations du fonds d'intervention régional (FIR), principal levier financier à la main des ARS ;
- Valider l'ensemble des instructions qui sont adressées aux ARS ;
- Animer le réseau des agences ;
- Evaluer leur action et celle de leurs directeurs généraux.

Mais ce dispositif ad hoc ne semble pas constituer un garde-fou suffisant face aux dérives technocratiques de l'administration publique et à sa fragmentation, comme en témoigne les très nombreuses instructions reçues par les ARS. Un rapport de la MECSS datant de 2014 faisait état de 250 à 300 instructions envoyées chaque année aux ARS et validées par le CNP (Rapport d'information n°400, MECSS et Commission des affaires sociales, 2014). Bien que, depuis, ce nombre ait été réduit, cela « n'empêche pas les directeurs généraux d'ARS de continuer à décrire une impression de « pluies

d'instructions » permanentes, parfois redondantes – voire contradictoires – ou inadaptées aux réalités locales. Le problème n'est en effet pas uniquement la quantité des instructions données aux ARS mais au moins autant leur qualité... » (MECSS, 2021, p. 59). Le rapport de la MECSS en 2021 préconise, dès lors, que le niveau ministériel se repositionne sur « un véritable pilotage politique et stratégique » des ARS, en fixant de grands objectifs prioritaires plutôt que l'émission de multiples instructions. Par ailleurs, la logique contractuelle établie entre l'ARS et l'Etat se base sur une position inégalitaire entre les contractants, dans la mesure où la suprématie hiérarchique de la tutelle du Ministère s'impose et reste dominante ; Victor Duchesne évoquant une « hiérarchie contractualisée » (Duchesne, 2018). D'autre part, le Directeur général de l'ARS est nommé en conseil des ministres, s'assimilant pour certains à un préfet sanitaire. Là encore, le rapport de la MECSS préconise de faire des CPOM, mais aussi des lettres de missions envoyées chaque année aux directeurs généraux d'ARS, de vrais outils stratégiques personnalisés et de priorisation des actions de chaque ARS, au regard des spécificités régionales.

Les ARS ayant pu initialement être perçues, à travers leur statut d'agence, comme une forme de structuration originale a donc vite laissé la place à de nombreuses critiques. « En effet, elles sont considérées tour à tour soit comme la stricte continuité des Agences Régionales d'Hospitalisation, soit comme des créations technocratiques poursuivant, sous couvert de décentralisation, une politique de renforcement du pouvoir de l'État central, soit comme des régulateurs en puissance potentiellement innovants, mais sans réelle possibilité d'influer sur la trajectoire du système de santé » (Duchesne, 2018, p. 160). Force est de constater qu'une ambivalence demeure sur leur positionnement, se reflétant tant dans leur fonctionnement que dans leur relation avec l'Etat. Ce dernier « navigant entre laissez-faire et reprise en main, la régionalisation de la politique nationale de santé s'effectue dans un mouvement de délégation de responsabilités (les ARS comme établissements autonomes) tout en maintenant, voire en renforçant, les contrôles (les ARS comme services déconcentrés) » (Rolland et Pierru, 2013, p. 413).

La prise de décisions-clés ou encore les enveloppes budgétaires relèvent toujours du niveau national, la maîtrise des dépenses constituant l'enjeu prioritaire. « Au final, la territorialisation « en trompe-l'œil » des politiques de santé est le produit du jeu complexe entre régulations nationale, régionale et infrarégionale, entre régulations de contrôle et régulations autonomes » (Ibid., p. 419), le tout restant dominé par les acteurs nationaux. Frédéric Pierru (2020, p. 389) évoque une marge de manœuvre restreinte, voire une autonomie de façade « tant les instruments et les routines administratives se combinent pour aboutir à une centralisation forte », le regard du sociologue rejoignant celui de l'économiste Victor Duchesne. Ce dernier précise que « l'ARS s'apparente dans les faits davantage à une direction ministérielle décentralisée qu'à une entité administrative capable de mener une politique régionale autonome » (Duchesne, 2018, p. 174), faisant par-delà même écho aux différents rapports précités préconisant de redonner une réelle capacité d'actions aux ARS. Le rapport de la MECSS de 2021, précise, à ce titre, que le statut d'EPA des ARS doit être préservé car il peut encore se révéler un vrai levier pour tendre vers une plus grande souplesse et autonomie des ARS. Mais pour l'heure, « le travail des agences se caractérise par une autonomie paradoxale et contrôlée » (Rolland et Pierru, 2013, p. 412), caractérisée par une tension entre autonomie affichée et régulation nationale étroite, les ARS se retrouvant aux prises avec deux conceptions opposées de la régulation qui se superposent. « L'une est technique et centralisatrice, l'autre politique et déconcentratrice [...]. C'est aux agents des ARS qu'il incombe, dans leurs activités quotidiennes, de tenter une périlleuse conciliation de ces deux logiques antagonistes » (Rolland et Pierru, 2013, p. 412). Dans une perspective un peu différente, cela n'est pas sans faire écho à l'organisation du niveau national de l'Etat évoqué en amont, faisant co-exister des directions d'administrations centrales basées sur le modèle

bureaucratique wébérien et des agences sous-tendues, pour leur part, par l'approche du New public Management. Le développement de ces agences ne s'étant pas accompagné d'une refonte de l'administration centrale, ni d'une évolution de son positionnement, cela a donné lieu à une juxtaposition de deux formes de rationalités fortement éloignées, voire parfois concurrentes, dont la cohérence d'ensemble, les complémentarités et périmètres de chacun sont difficilement discernables. Dans ce cas de figure, comme dans celui des ARS, cela questionne le sens de ces politiques de l'organisation (Bezes et Le Lidec, 2016) où l'ambition d'unification des politiques de santé, d'amélioration de la performance de l'action publique ou encore de territorialisation laisse place à un système hautement complexe et à des jeux pouvoir prégnants. Cela génère, nous l'avons vu, des paradoxes et des ambiguïtés sur les finalités poursuivies par l'Etat mais interroge surtout l'efficacité effective et la qualité d'un tel système.

## *2) L'ARS : entre responsabilité de la maîtrise des dépenses et capacité de régulation financière limitée*

Au-delà de l'objectif de décloisonnement et d'unification du pilotage régional des politiques de santé, l'installation des ARS, en 2010, est aussi étroitement corrélée à une recherche de performance et de rationalisation de l'offre de soins, marquée par un contexte de durcissement du cadre budgétaire. « La création des ARS a en effet coïncidé avec une pression plus forte sur l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) » (MECSS, 2021, p. 11). A ce titre, elles participent à sa mise en œuvre. « Le Président de la République l'énonçait clairement en 2008 : « J'attends des agences régionales de santé qu'elles réconcilient l'organisation des soins et la maîtrise de la dépense » » (Ibid.). Cette affiliation de l'ARS avec l'ONDAM, dont la vocation est de limiter les dépenses de santé à une enveloppe budgétaire définie au préalable par l'Etat, n'a sans doute pas contribué à favoriser sa popularité auprès des acteurs de santé ; les ARS se retrouvant « dans la situation de devoir faire et faire faire aux acteurs du système santé « plus et mieux » avec des moyens de plus en plus contraints. » (Pierru, 2020, p. 169).

Néanmoins, malgré ce rôle qui incombe aux ARS, elles ne disposent que d'une faible maîtrise sur les choix budgétaires qui sont réalisés. La répartition de la majorité des fonds du système de santé répond à des arbitrages nationaux (Tarification A l'Activité des hôpitaux dite « T2A », honoraires médicaux, prix des médicaments...), renforcée également par une régulation duale entre l'Etat et la Sécurité sociale déjà mise en exergue précédemment, plaçant les ARS devant une « injonction paradoxale de la part de l'Etat » (Duchesne, 2018, pp. 169-171). « Autrement dit, la tutelle étatique, bien qu'engagée dans une démarche de délégation et d'autonomie, fait primer son objectif de limitation des dépenses de santé. La contrainte budgétaire macroéconomique l'emporte sur la gestion décentralisée » (Ibid.), faisant écho aux propos de Frédéric Pierru (2020) évoquant un Etat qui se place dans une position de « consolidation budgétaire » depuis les années 2010. Les ARS se situent entre cet « Etat de consolidation budgétaire » et les acteurs territoriaux, tout en disposant d'une marge de manœuvre restreinte en matière de régulation régionale par le levier financier ; les ARS représentant, en quelque sorte, une soupape entre les territoires et un Etat qui se place à distance (Pierru, 2020). Cela dit, elles disposent malgré tout d'un instrument à leur main. Elles ont la possibilité d'agir auprès des acteurs de santé. « Les crédits répartis par les ARS, bien qu'ils soient cadrés nationalement, peuvent être ajustés par les ARS en fonction des établissements au sein de leur périmètre régional, au travers des CPOM, d'indicateurs de suivi des activités et de performance. D'autre part, les crédits contrôlés par les ARS, à défaut d'être importants quantitativement, sont primordiaux pour les établissements et professionnels de santé, car ils ne sont pas liés à leur activité médicale, mais à leurs stratégies d'investissement et d'atteinte des objectifs fixés dans les CPOM » (Duchesne, 2018, p. 171). Le rapport

de la MECSS de 2021 préconisait, dans ce cadre, de conforter les marges de manœuvre financières des ARS, en renforçant, entre autres, le rôle du fonds d'intervention régional et la fongibilité de ces crédits, ce dernier constituant l'outil de pilotage financier principal des ARS.

3) *L'ARS : un catalyseur des tensions et enjeux de pouvoirs entre acteurs, impactant l'exercice de ses missions et entravant le décloisonnement des politiques de santé*

« La crise sanitaire a mis en lumière une partie des difficultés de positionnement que rencontrent les ARS, et en premier lieu le jeu d'acteurs complexe dans lequel elles doivent s'inscrire en ce qui concerne l'exercice de leurs missions au-delà du champ hospitalier » (MECSS, 2021, p. 13), et ce depuis leur naissance. Nous l'avons vu, avant la création des ARS, le niveau territorial de l'Etat faisait l'objet d'une organisation en silo où chaque secteur, au niveau régional, dépendait d'outils de planification distincts (Evin, 2019, p. 106). La création des ARS constitue, en ce sens, une simplification majeure de l'organisation territoriale de santé car elle a permis de réunir sous un même toit les missions et compétences détenues par ces différents organismes. « La loi HPST dessine de nouvelles frontières entre les politiques publiques » (Löchen, 2021, p. 66) en plaçant le secteur sanitaire et médico-social sous l'égide d'une seule tutelle régionale, mais sans pour autant abolir, de manière concrète, les cloisonnements. En effet, comme nous avons pu le mettre en évidence dans la première partie de nos propos, les ARS ont majoritairement scindé ces deux secteurs au sein de directions distinctes. De plus, dans bon nombre de cas, le médico-social occupe une place inconfortable entre les prérogatives de l'ARS et celles du Conseil Départemental. Et surtout, « le fossé se creuse avec le secteur social, qui reste essentiellement de la compétence des départements » (Ibid.). Bien qu'en 2012, un rapport de l'IGAS et de l'IGF portant sur les politiques de santé du handicap suggère « une évolution de la répartition des compétences entre les ARS et les départements, considérant que *« les partages actuels entre financeurs publics constituent un obstacle à la programmation des réponses et à la fluidité des parcours »*, nouveaux enjeux des années 2010 » (Löchen, 2021, p. 71), « ces recommandations restent lettre morte » (Ibid.).

Par ailleurs, même si les acteurs sont parvenus à un relatif « consensus politique et technocratique » (Pierru, 2020, p. 388) dans les années 2000 en vue de la fusion des multiples entités territoriales en charge de la santé, cela ne s'est pas conduit sans heurt. La mise en place des ARS a donné lieu à un affrontement entre l'Etat, l'Assurance maladie et le corps préfectoral. Pour ce dernier, « il a été assez difficile d'admettre que l'administration sanitaire allait passer sous la coupe d'entités autonomes et de directeurs généraux, nommés et révocables en conseil des ministres » (Ibid., p. 388). La gestion de la crise COVID a réveillé ces tensions latentes venant placer les ARS sur la sellette et réinterroger leur légitimité, déjà fragile. Les préfets ayant perçu la mise en place des ARS comme une perte de pouvoir reviennent sur le devant de la scène, s'appuyant sur les revendications de certaines collectivités locales prônant une décentralisation de la santé et remettant ainsi en cause l'existence des ARS (Ibid., p. 400), voire préconisant leur suppression. De plus, « alors que les ARS semblent se trouver entre le marteau (du ministère de la santé) et l'enclume (des acteurs de terrain), et disposer de peu de marges de manœuvre, leur relative indépendance semble davantage synonyme d'une hétérogénéité de pratiques et de résultats, nécessairement mal vécue, que d'une véritable autonomie de moyens » (MECSS, 2021, p. 13), venant exacerber encore un peu plus les critiques à leur encontre.

Le conflit le plus vif a opposé l'Etat et l'Assurance Maladie, « acteurs historiquement rivaux et dont les « cultures » se sont définies l'une contre l'autre » (Pierru, 2020, p. 388). La création des ARS a contribué, du moins partiellement, à une remise en cause du pilotage dual du système de santé, au profit de l'Etat. La Sécurité Sociale perd, dans cette nouvelle configuration, le contrôle du secteur

hospitalier (Duchesne, 2018, p. 168). Mais elle garde ses prérogatives sur la médecine de ville, « tandis que l'État partage les siennes avec les conseils départementaux en matière de médico-social » (Pierru, 2020, p. 389) et prend le contrôle de l'hôpital. Ce qui n'est pas sans poser problème dans la mission de pilotage global que doivent assurer les ARS. Elles ont été créées dans un contexte empreint d'une certaine résistance de l'Assurance maladie, dont la collaboration entre ces dernières en porte aujourd'hui encore les stigmates. La cour des comptes (2012, p. 246), pointait d'ailleurs « des difficultés concrètes de coopération » avec l'Assurance Maladie, notamment liées à la mise en œuvre d'actions conjointes sur la gestion du risque ; la loi HPST ayant doté les ARS d'une responsabilité en la matière rendant nécessaire l'articulation avec les caisses locales d'assurance maladie.

Il est souvent reproché aux ARS de faire preuve d'hospitalo-centrisme mais cette critique mérite d'être relativisée. Bien que la culture hospitalière au sein des ARS reste effectivement majoritaire (tout comme au sein du Ministère de la santé d'ailleurs), elle représente aussi le symptôme visible de la persistance de la fragmentation du pilotage du système de santé entre les acteurs et de leurs oppositions. Comme le mentionne justement le rapport de la MECSS (2021, p. 18) : « force est de constater que l'hôpital est bien le seul domaine de compétences sur lequel l'ARS dispose d'un lien de tutelle unique, alors même que la gouvernance du secteur médico-social est partagée avec les conseils départementaux, l'organisation de l'offre libérale avec l'assurance maladie et son réseau territorial, et la veille et la sécurité sanitaire avec le préfet, les services déconcentrés de l'État et Santé publique France. Dès lors, il n'y a rien d'étonnant à ce que le champ hospitalier reste celui sur lequel les ARS sont le plus visibles et probablement le plus investies ». Par ailleurs, les ARS n'ont à leur disposition « ni levier matériel, ni magistère moral pour agir sur l'exercice des professionnels de santé libéraux, et [...] leur rôle en la matière reste cantonné à un rôle d'animation et de coordination » (MECSS, 2021, p. 23). Le rapport note un apaisement et une normalisation, certes lents, mais progressifs des relations entre l'Assurance Maladie et l'ARS concernant la gestion du risque, la démographie des professionnels de santé et l'organisation des soins, en particulier l'exercice coordonné. Néanmoins, les modalités de mise en œuvre de cette coopération sur le terrain apparaissent encore trop peu lisibles et restent fréquemment, dans la pratique, très dépendants de situations et relations historiques et individuelles entre les acteurs.

#### *4) Structures de pouvoir internes à l'ARS : La faiblesse de l'échelon départemental de l'ARS*

Les orientations et discours officiels (que nous assimilons à la théorie professée) appellent, ces dernières années, à un renforcement des délégations départementales, positionnées comme un levier d'évolution des ARS. Ainsi, « les directeurs départementaux ne doivent plus être de simples « courroies de transmission » mais doivent se voir investis de davantage de responsabilités, et leurs équipes doivent être renforcées » (MECSS, 2021, p. 8). L'objectif poursuivi est, notamment, de réduire « l'asymétrie d'échelle » (Ibid.) avec les deux partenaires institutionnels majeurs des ARS : les préfets de département en matière de sécurité sanitaire et les conseils départementaux pour le partage des compétences sur le médico-social. Il apparaît, au regard de la faiblesse des délégations, qu'elles sont trop peu souvent en mesure de représenter un interlocuteur décisionnel légitime auprès des préfets de département, n'étant pas au même niveau que ces derniers. Cette asymétrie se joue également sur le plan géographique entre les ministères de la santé et de l'intérieur : le premier ayant établi son centre d'action névralgique au niveau régional et le second son centre opérationnel au niveau du département. La consolidation des délégations départementales doit, en outre, permettre à l'ARS d'affermir son ancrage auprès des professionnels de santé comme des élus locaux. Il s'agit de gommer le sentiment selon lequel les ARS sont aujourd'hui « des technostructures inaccessibles, éloignées du

terrain et des problématiques concrètes des acteurs locaux du système de santé » (MECSS, 2021, pp. 10-11) alors qu'elles avaient, au contraire, vocation première à accentuer la territorialisation des politiques de santé.

Néanmoins, les missions et le positionnement des délégations départementales sont très peu définis par les textes et les contours de leurs métiers apparaissant flous ; la loi HPST étant très concise à leur sujet. Elle précise simplement que « les agences régionales de santé mettent en place des délégations départementales ». Leurs rôle et compétences sont peu explicités, même si chacun s'accorde communément à dire qu'elles ont une mission de « structuration et d'animation de l'offre ambulatoire et médico-sociale » (MECSS, 2021, p. 44). « Le Conseil constitutionnel a considéré que l'existence même de ces délégations départementales ne relève pas du domaine de la loi mais de celui du règlement, considérant que la loi fixe les règles concernant la création de catégories d'établissements mais pas les modalités d'exécution de leur mission. Toutefois, rien ne précise non plus, au niveau réglementaire, le rôle de ces délégations départementales » (Ibid., p. 43). Romac (2014) émet ainsi l'hypothèse que la création des délégations a pu répondre à une logique utilitaire :

- Prenant en compte les agents des ex-DDASS (dont environ 75% d'entre eux ont rejoint les ARS), au regard du principe de non mobilité de ces derniers ne pouvant les contraindre à changer de résidence administrative. Ce motif a pu « constituer une raison nécessaire et suffisante à l'institution des délégations territoriales ».
- Et assurant la « continuité de service des missions régaliennes » et la présence d'interlocuteurs familiers auprès des acteurs locaux, durant la phase transitoire d'installation de l'ARS.

Dans ce contexte, la position des délégations apparaît considérablement amoindrie par rapport à l'échelon régional de l'ARS. En fonction des régions, leur périmètre de compétences est très variable et hétérogène. Il en est de même concernant leur niveau d'autonomie et de responsabilité, fortement ARS dépendant, résultant de choix organisationnels et stratégiques propres à chaque directeur général d'ARS mais aussi des ressources humaines présentes dans chaque délégation, avec parfois une hétérogénéité au sein d'une même région liée à des raisons historiques ou à des différences d'effectifs entre délégations (MECSS, 2021, p. 44). Plusieurs modèles se dessinent alors allant de la délégation la plus intégrée et dépendante de la région au modèle de la délégation la plus déconcentrée et autonome (Pierru et Rolland, 2013).

Dans un article de 2019, où Claude Evin se livre à un bilan des ARS dix ans après leur création, il met en avant que le niveau local de l'ARS, à savoir les délégations départementales, « a été fortement plébiscité par les acteurs de santé désireux de disposer au plus près des territoires d'interlocuteurs souvent plus accessibles que les services régionaux de l'agence » (Evin, 2019, pp. 108-109). Il précise, par ailleurs, que « la création, en 2015, de nouvelles régions beaucoup plus vastes a renforcé la nécessité de déléguer plus de responsabilités aux délégations départementales dont l'importance de l'action conduit à davantage intégrer les directeurs départementaux dans les instances de direction régionale » (Evin, 2019, pp. 108-109). Néanmoins, même si certaines ARS commencent à renforcer le rôle des délégations dans leur territoire, un long chemin reste à parcourir en vue d'asseoir leur rôle et d'accroître, de manière effective, leur capacité d'action. Selon le sociologue Frédéric Pierru, c'est un modèle dit « intégré » des délégations départementales qui a majoritairement prédominé au sein des ARS « cantonnant le délégué territorial à une fonction d'« ambassadeur » ou d'« animateur » territorial, métier flou et, disons-le, particulièrement inconfortable, puisque placé sous l'enclume des interlocuteurs locaux des ARS et le marteau des directions du siège régional. Les responsables des délégations départementales doivent faire cette « animation territoriale » dans un cadre de gestion

centralisée des ressources au niveau du siège régional, un interventionnisme envahissant de la part de ce dernier, peu de ressources financières pour intéresser et enrôler des acteurs locaux » (Pierru, 2020, p. 390). Par ailleurs, selon le rapport de la MECSS (2021), même si la question des effectifs peut constituer une réelle problématique pour certaines délégations, c'est essentiellement une difficulté de recrutement des bonnes compétences qui se pose au sein de ces délégations, tant en termes d'expertises techniques que de recherche de profils qualifiés en vue d'assurer un travail d'interface et de maillage avec les acteurs locaux. A cela s'ajoute le manque d'attractivité et l'insuffisante valorisation de ces postes, d'autant plus perceptibles dans certains territoires ruraux. Enfin, est mise en avant « la tentation de certains directeurs généraux d'ARS de préférer garder leurs collaborateurs les plus compétents « près d'eux » plutôt qu'en délégation départementale » (MECSS, 2021, p. 49).

Rejoignant ces éléments, les entretiens menés, lors de la phase d'enquête, auprès de délégations départementales laissent apparaître, de façon assez prégnante, l'ambiguïté et la complexité de leurs relations avec le niveau régional de l'ARS, avec parfois le sentiment d'une marge de manœuvre relativement faible. Les perceptions des acteurs interrogés sont, en ce sens, assez révélatrices du rapport entre le niveau local et régional de l'ARS.



Acteur de tutelles – ARS DD 1

*« Je me suis quand même demandé quelle était la feuille de route d'un délégué départemental parce que, constatant que j'avais quand même assez peu de leviers d'actions et que tout le monde était sur tout déjà au sein de l'Agence... Les directions métier, elle donne la bonne parole et fixe les politiques. Mais évidemment, elles veulent incarner tout ça. Donc elles vont sur les territoires et elles continuent à faire sur les territoires ce qu'elles font en régional. Du coup, j'ai vraiment mis un certain temps à comprendre quelle place pouvait prendre un délégué territorial. »*

*« Mais en fait, j'avais la main sur rien. Je l'ai prise peu à peu, mais c'était de haute lutte », soulignant que la délégation ne dispose pas, au niveau local, de la maîtrise des mécanismes de régulation dont sont traditionnellement dotés les tutelles (et plus particulièrement la gestion des finances).*



Acteur de tutelles – ARS DD 2

*« Avant le COVID, il n'y avait pas d'écoute. Il faut être très clair. Si on est d'accord avec eux, ça passe crème et c'est quand on ne l'est pas, qu'on s'aperçoit qu'on n'a pas d'autonomie. »*

Les délégations départementales font également part, à plusieurs reprises, d'un manque de reconnaissance de la part du siège de l'ARS. Selon elles, leur parole reste encore trop peu prise en compte. Certaines d'entre elles ont recours à l'image qui, certes, peut sembler stéréotypée et tend à évoluer, mais est encore prégnante dans les représentations : « la tête au siège et les jambes en délégations », affectant ces dernières dans un rôle d'exécutant et le siège symbolisant l'élite stratégique.



Acteur de tutelles – ARS DD 4

*« **Avant on se disait les bons, ils sont au siège car ils sont stratèges et puis c'est un peu la même vision qu'on a du national. Au national, les gens sont mieux payés et ils sont bien cortiqués, ils fabriquent les dispositifs et pour les mettre en œuvre bon il y a moins besoin d'expertise. Mais en fait, c'est difficile de mettre en œuvre. Ce n'est pas vrai qu'on conçoit, au niveau national ou régional, et puis derrière il n'y a pas besoin de réfléchir.** »*

*« **C'est important de ne pas être que dans : les délégations, en gros ils mettent en œuvre. Mais en fait, la mise en œuvre nécessite aussi d'être pensée.** »*



Acteur de tutelles – ARS DD 3

« *Je n'aime pas ce terme de mise en œuvre car **on a l'impression qu'il y a la tête et les jambes, ce qui n'est pas trop le cas.** Ce n'est pas d'un côté la tête et les jambes. Car ce travail-là, il demande aussi de la réflexion, du toucher de balles qui ne demande pas que des compétences de terrain.* »



Acteur de tutelles – ARS DD 2

« **La tête au siège et les jambes en délégations** »

« *Il faut qu'on arrête de descendre des politiques publiques, par exemple des textes sur les DAC, de descendre ça aux chars panzer, **il faut qu'on écoute les gens de terrain.*** »



Acteur de tutelles – ARS DD 1

« *On a du mal, dans cette Agence, à entendre la voix du territoire.* »

« **La parole du territoire n'est pas vraiment prise en compte.** »



Acteur de tutelles – ARS siège

« **Les délégations, c'était un peu les petits trucs qui viennent après, qui ne sont pas forcément toujours très au top, sur qui on compte mais pas toujours vraiment.** »

La difficile reconnaissance des délégations tient aussi à des enjeux de pouvoir avec l'échelon régional de l'ARS. A titre d'exemple, plusieurs acteurs interrogés mettent en évidence le maintien d'un lien de dépendance assez fort vis-à-vis du siège. Comme nous l'avons vu, ce dernier est organisé en directions métiers thématiques. Cette même structuration est projetée en miroir au sein des délégations. Cette configuration rend particulièrement propice la formation d'un phénomène de captation verticale des ressources humaines des délégations départementales, se retrouvant, de fait, sous l'autorité fonctionnelle des directions métiers.



Acteur de tutelles – ARS DD 1

« *Aujourd'hui, le sujet n'est pas dans les moyens humains. Moi, j'ai un effectif qui me paraît tout à fait convenable. La question est que tout ça est capté en verticalité par les Directions métiers.* »



Acteur de tutelles – ARS siège

En évoquant les directions métiers du siège :

« *L'organisation actuelle des délégations, ça leur convient très bien car ils ont une organisation qui est strictement en miroir de leur propre organisation. Donc par exemple, la Direction de l'autonomie, elle a dans son organigramme... il est dupliqué à l'échelle de chaque pôle autonomie, dans chacune des délégations départementales. Ce qui permet de passer des commandes en direct, d'avoir parfois une mainmise assez forte sur les équipes.* »

Au regard de l'analyse des propos ainsi recueillis, la théorie d'usage de l'ARS laisse apparaître l'instauration d'un modèle de « hiérarchie du prestige » (Crozier, 1994) caractérisée par une valorisation et un ascendant important de l'échelon régional de l'ARS par rapport aux délégations départementales dont nous pouvons en rechercher l'origine dans leur création-même. En effet, comme nous l'avons vu, la faiblesse de l'échelon départemental peut, entre autres, s'expliquer par un manque de conceptualisation, au départ, de leur rôle et missions. Nous verrons, par la suite, comment

ce système traditionnel de relation tend à être requestionné, à travers les orientations actuelles visant à positionner ces dernières comme un levier d'évolution des ARS par un renforcement de leur place dans l'écosystème.

#### 5) Structure de pouvoir de l'ARS : Repères clés

##### L'ARS et son environnement externe

**L'ARS, au carrefour d'un jeu complexe d'acteurs :** Une distribution des compétences et pouvoirs entre plusieurs acteurs, entravant l'exercice des missions de l'ARS.

↳ « Force est de constater que l'hôpital est bien le seul domaine de compétences sur lequel l'ARS dispose d'un lien de tutelle unique, alors même que la gouvernance du secteur médico-social est partagée avec les conseils départementaux, l'organisation de l'offre libérale avec l'assurance maladie et son réseau territorial, et la veille et la sécurité sanitaire avec le préfet, les services déconcentrés de l'État et Santé publique France » (MECSS, 2021, p. 18).

**Une faible maîtrise du levier budgétaire (hormis le FIR)** qui reste régi par le niveau national.

**Un Etat très présent :** Frédéric Pierru (2020, p. 389) évoque une marge de manœuvre restreinte, voire une autonomie de façade « tant les instruments et les routines administratives se combinent pour aboutir à une centralisation forte ».

**Une « territorialisation « en trompe-l'œil » des politiques de santé,** selon Rolland et Pierru (2013, p. 419), qui est le « produit du **jeu complexe entre régulations nationale, régionale et infrarégionale, entre régulations de contrôle et régulations autonomes** », le tout restant dominé par les acteurs nationaux.

→ Une capacité d'actions limitée des ARS.

##### L'ARS et son environnement interne

##### **La faiblesse de l'échelon départemental :**

- **Un modèle de hiérarchie du prestige** valorisant l'échelon régional de l'ARS au détriment des délégations départementales.
- **Un rôle et des compétences insuffisamment décrits et explicités.**
- **Une position amoindrie par rapport à l'ARS siège.**
- **Un ascendant des Directions « métiers » sur les délégations départementales.**

→ Une capacité d'actions restreinte des délégations départementales.

#### 6) Systèmes de contrôle de l'ARS : Repères clés

**« Le travail des agences se caractérise par une autonomie paradoxale et contrôlée » (Rolland et Pierru, 2013, p. 412), caractérisée par une tension entre autonomie affichée (statut d'EPA) et régulation nationale étroite :**

##### - **Le CPOM :**

- Conçu, initialement, comme un outil de dialogue entre l'Etat et l'ARS, il semble davantage constituer le support d'une « hiérarchie contractualisée » (Duchesne, 2018).
- Des objectifs estimés « bien trop nombreux (une cinquantaine), trop larges, et insuffisamment adaptés à chaque territoire [...]. Des efforts ont été faits pour co-construire ces CPOM avec les ARS, et choisir quelques indicateurs spécifiques par région, deux ou trois en général, [...] mais cette adaptation reste très largement insuffisante » (MECSS, 2021, pp. 60-61).
- Plusieurs ARS (notamment ultramarines) définissent le CPOM comme « un outil bureaucratique et technocratique très difficile d'utilisation » et « un outil très descendant, qui fixe beaucoup d'objectifs et d'indicateurs qui n'ont pas été choisis par les ARS [...] » (Ibid.).

- **Un pilotage national unifié via le CNP** associant les nombreux donneurs d'ordre de l'ARS mais qui n'empêche pas les dérives :

- Des instructions jugées encore trop nombreuses.

- Les directions d'administration centrale des ministères de la santé et des affaires sociales continuent à fonctionner en « tuyaux d'orgue », fixant aux ARS des orientations distinctes et/ou en leur adressant des demandes qui restent fragmentées entre le secteur hospitalier, les soins de ville, le médico-social et la prévention.

→ Le rapport de la MECSS en 2021 pointe une vision encore trop prescriptive de l'administration centrale et préconise que le niveau ministériel se repositionne sur « un véritable pilotage politique et stratégique » des ARS.

#### La persistance d'une ambivalence sur le positionnement des ARS, se reflétant tant dans leur fonctionnement que dans leur relation avec l'Etat.

Ce dernier « navigant entre laissez-faire et reprise en main, la régionalisation de la politique nationale de santé s'effectue dans un mouvement de délégation de responsabilités (les ARS comme établissements autonomes) tout en maintenant, voire en renforçant, les contrôles (les ARS comme services déconcentrés) » (Rolland et Pierru, 2013, p. 413).

#### Entre autonomie et dépendance, une clarification nécessaire :

- « Pour les acteurs de terrain, les ARS apparaissent parfois prisonnières des instructions gouvernementales, souvent trop prescriptives et trop peu adaptées aux réalités locales » (MECSS, 2021, p. 61).
- « Parallèlement et paradoxalement, les actions et résultats des ARS ont souvent été décrits lors des auditions comme trop variables d'une région à l'autre » (Ibid.).

↳ « Les auditions menées par la mission font apparaître deux pistes de réflexion radicalement divergentes : les ARS doivent-elles devenir plus autonomes ou moins autonomes ? En tout état de cause, elles ne peuvent plus rester dans cet entre-deux délétère et facteur d'une grande déperdition d'énergie à tous les niveaux » (Ibid.).

### D. Les rites et les routines

Un certain nombre de données déjà exposées au sein des composantes précédentes nous permettent d'appréhender, en filigrane, les rites et routines de l'ARS. Afin de poursuivre notre compréhension de cette dimension du tissu culturel de l'ARS, nous avons souhaité mettre également en lumière les éléments présentés ci-après concernant plus particulièrement le volet « Ressources humaines ».

#### 1) *Culture, métiers et compétences au sein des ARS*

La création des ARS a conduit à un regroupement des agents de l'Etat et de l'Assurance maladie, par transfert automatique et non sur la base du volontariat (MECSS, 2021, p. 54), laissant supposer pour certains d'entre eux un changement contraint et subi. En 2014, le rapport de la MECSS soulignait, de plus, que « ce changement profond n'a pas été expliqué aux agents. Ceux-ci n'ont pas été accompagnés dans le processus de réforme dont ils constituent pourtant la cheville ouvrière » (MECSS et Commission des affaires sociales, 2014, p. 7). Ces éléments ont durablement marqué le climat social des agences. Les agents qui ont rejoint l'ARS relevaient à la fois de cultures professionnelles très diverses et de statuts différents qu'ils ont d'ailleurs conservés, compliquant fortement la logique d'intégration collective et de formation d'une culture commune ainsi que la gestion des ressources humaines. A cette confrontation culturelle et à cette cohabitation de statuts différents au sein d'une structure nouvellement créée, s'est ajoutée la nécessité d'une évolution des modalités d'exercice des missions et des pratiques. Qui plus est, cela a pris place dans le cadre d'une fusion opérée à marche forcée et un contexte budgétaire tendu (Rolland et Pierru, 2013), marqué par une réduction des plafonds d'emploi, comme le soulignait le rapport précité ; ne facilitant pas l'adhésion au changement. Une telle situation a pu être « source de mal-être chez les agents, voire d'une « perte de repères » selon l'expression utilisée par certains syndicats » (Rapport d'information n°400, MECSS et Commission des affaires sociales, 2014). Ainsi, l'installation rapide des ARS en 2010 a suscité chez les personnels un sentiment de malaise qui est décrit de la manière suivante : « Dans ce contexte,

l'émergence d'une identité professionnelle propre aux ARS est rendue particulièrement difficile. Les cultures professionnelles, les habitudes en termes d'organisation du travail, sont en effet différentes. L'absence d'alignement entre les personnels, notamment en termes de rémunération, est source de frustration car légitimement perçue comme une forme d'inégalité de traitement. De surcroît, certains personnels, en particulier de l'assurance maladie, coupés de leur structure d'origine, peinent à véritablement percevoir leur intégration au sein des ARS comme une opportunité de carrière » (Ibid., p. 41).

Cette transformation implique également pour tous les agents, à un degré plus ou moins fort, une évolution profonde de leurs métiers, sous-tendue par le développement de compétences nouvelles. « Ainsi que l'a souligné l'ancien secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales, Denis Piveteau, lors de son audition, « il s'agit de concevoir de nouveaux métiers au sein de l'administration : organiser un parcours, entrer en dialogue avec des collectivités territoriales et des professionnels de santé ou encore animer des créations de projets » (Ibid., pp. 41-42). Là encore, le rapport de la MECSS et de la Commission des affaires sociales pointe une réelle carence de l'accompagnement des personnels dans cette transformation des métiers. Le dernier rapport de la MECSS en 2021 note que ce malaise des personnels et cette difficile acculturation ne s'expriment dorénavant plus dans le discours des personnes auditionnées. Néanmoins, au regard des discours et textes récents appelant une évolution du positionnement et du rôle des ARS, le développement de compétences davantage tournées sur l'animation territoriale ou encore la capacité à accompagner des acteurs de terrain dans leurs projets demeurent un enjeu majeur. Cela constitue un axe fort des recommandations du Ségur de la santé, en 2020.

Dans ce cadre, le rapport de la MECSS et de la Commission des affaires sociales de 2014 précise que les ARS ont hérité de personnels dont une forte proportion occupait des fonctions d'exécution. « La concentration des fonctions supports au siège de l'ARS en région a fortement réduit les besoins de ces personnels » (Cour des comptes, 2012, pp. 252-253). En outre, les missions nouvelles des ARS requièrent des compétences et profils qui n'existaient pas, ou très peu, au sein des précédentes structures. « Il s'agit par exemple de l'appui à la performance hospitalière et médico-sociale (analyse financière, contrôle de gestion...), de l'animation territoriale, de l'exercice de missions de proximité (soutien à l'installation des professionnels de santé), des fonctions de management et gestion de projets, de compétences spécifiques dans le domaine des systèmes d'information en santé » (Ibid.). Les ARS doivent donc se doter à la fois d'expertises métiers mais aussi de savoir-faire et savoir-être spécifiques à l'animation territoriale caractérisés par la capacité à fédérer, créer du lien, à dialoguer avec des acteurs divers allant du professionnel à l' élu local, favoriser la transversalité, etc. Cette problématique d'évolution des métiers et compétences concerne plus particulièrement les délégations départementales, positionnées sur un rôle d'animation territoriale et de missions de proximité mais dont les contours sont restés flous et peu définis ; la loi HPST, en 2009, ayant été peu prolixe à ce sujet. Selon Romac (2014), l'animation territoriale peut se définir comme « une approche transversale des dossiers et des problématiques résolument tournée vers les acteurs du territoire. Être à leur écoute et savoir composer avec leurs points de vue, c'est aussi rassembler des partenaires autour d'un objectif commun, dénouer les crispations et rendre possible le projet collectif. C'est enfin avoir une ambition, aller au-devant des sujets, créer de la valeur ajoutée et rechercher les améliorations possibles aux situations observées ». Cela constitue un changement majeur de l'organisation et des métiers des délégations, héritières des ex-DDASS fortement éloignées de la posture attendue d'une approche d'animation transversale. Cela reste plus que jamais une actualité forte. Les dernières orientations nationales invitent, en effet, à un renforcement de l'échelon départemental de l'ARS

réaffirmant la nécessité d'une évolution des compétences au sein des délégations, jusqu'alors trop souvent considérées comme le parent pauvre de l'ARS comme nous l'avons vu.

De manière globale, il s'avère que l'ouverture des ARS à des collaborateurs aux profils moins « traditionnels », pouvant être source de diversités et porteuse d'approches nouvelles, s'avère encore difficile, au regard de l'analyse des parcours des dix-huit directeurs généraux d'ARS actuellement en poste<sup>28</sup>. Leur cursus de formation s'articule autour des trois filières classiques suivantes : l'EHESP, l'ENA et les instituts d'Etudes Politiques.

TABLEAU 26 : PARCOURS DE FORMATION DES DIRECTEURS GENERAUX ARS EN POSTE AU 31 MAI 2023

Formations suivies	Nombre de directeurs d'ARS
EHESP	8
ENA	5
Institut d'Etudes Politiques (IEP) <i>Dont Sciences Po</i>	6
Médecine	2
Aucune de ces formations suivies	3

Source : Recensement établi en mai 2023 à partir des informations disponibles provenant des sources suivantes : site Internet ARS, coupures de presse, LinkedIn

Les expériences antérieures de l'ensemble de ces directeurs généraux sont également très semblables et se concentrent quasi-exclusivement sur :

- Les établissements hospitaliers.
- Et/ou l'administration d'Etat, se répartissant entre :
  - Les anciennes entités fusionnées au sein des ARS : ARH, DRASS et DDASS.
  - Les ARS.
  - Les services déconcentrés de l'Etat.
  - Le gouvernement et les ministères (Directions d'administration centrale, cabinets ministériels, postes de conseillers, etc.).
  - Les agences nationales de l'Etat.

Ces profils, relativement similaires, sont ainsi intégrés dès leur formation initiale dans un même réseau, au sein duquel ils semblent évoluer tout au long de leur carrière naviguant alternativement d'une position à une autre dans l'écosystème hospitalier et/ou institutionnel de l'Etat.

Un regard sur la répartition globale des effectifs des délégations départementales par type de statut est également particulièrement révélateur.

<sup>28</sup> En poste à la date du 27/02/2023 - Source : Données collectées à partir des sites Internet des ARS, coupures de presse et profils LinkedIn.

TABLEAU 27 : REPARTITION DES EFFECTIFS PRESENTS EN DELEGATIONS DEPARTEMENTALES PAR TYPE DE STATUT

Catégories d'emploi au sein de l'ensemble des délégations départementales	ETP 2018	%
Emploi de direction	6,00	0
<b>Fonctionnaires d'Etat affectés</b>	<b>2959,77</b>	<b>80</b>
Fonctionnaires détachés (Fonction publique d'Etat, hospitalière et territoriale)	28,40	1
<b>Contractuels de droit public</b> <i>Dont agents de niveau cadre jusqu'aux agents à très haut niveau d'expertise</i>	<b>324,41</b> <i>198,26</i>	<b>9</b> <i>5</i>
<b>Effectifs sous convention collective Assurance Maladie</b>	<b>342,67</b>	<b>9</b>
Mises à disposition	12,40	0
Contrats aidés	23,00	1
<b>TOTAL</b>	<b>3696,65</b>	<b>100</b>

Source : Données extraites du rapport de la MECSS sur les ARS du 16 juin 2021 - Tableau 5 (P152) : « Evolution des effectifs des délégations départementales de 2012 à 2018 par grand secteur et par statut/emploi »

Seulement 9% des effectifs des délégations départementales relèvent d'un statut de contractuel, c'est-à-dire hors fonction publique ou Assurance Maladie, contre 80% de fonctionnaires d'Etat. Cette proportion est ramenée à 5% lorsque nous regardons plus précisément les niveaux de cadre.

## 2) Rites et routines de l'ARS : Repères clés

### Au moment de la création des ARS :

- **Des rites et routines internes différents entre les acteurs liés à la double filiation « Etat/Assurance Maladie » de l'ARS.**

↳ Fusion au sein d'une structure unique de 7 entités impliquant la coexistence de plusieurs statuts de personnels distincts appartenant à des institutions différentes aux modes de fonctionnement spécifiques et aux rationalités propres.

- **Une remise en question des rites et routines : évolution des pratiques et compétences.**

↳ Enjeu de la conception de nouveaux métiers au sein de l'administration : organiser un parcours, dialoguer avec les acteurs, appuyer la création et la mise en place de projets, favoriser les liens entre les acteurs du territoire...

→ Une unification progressive des routines avec le temps mais la nécessité de l'évolution des métiers et compétences reste très prégnante.

### Caractéristiques des routines ARS :

Une forte empreinte bureaucratique (modèle wébérien) : des routines administratives, normées, compartimentées (division des activités et des sujets).

→ Des routines en décalage avec le nouveau positionnement attendu des ARS, dans le cadre du paradigme du parcours (souplesse, transversalité, adaptation, décloisonnement, etc.).

### Routines Etat/ARS :

- La présence et la centralisation de l'Etat restent forte.

- La persistance du cloisonnement national se répercute dans les modes de fonctionnement et les pratiques de l'ARS.

- Les ARS aux prises avec deux conceptions opposées de la régulation qui se superposent. « L'une est technique et centralisatrice, l'autre politique et déconcentratrice [...]. C'est aux agents des ARS qu'il incombe, dans leurs activités quotidiennes, de tenter une périlleuse conciliation de ces deux logiques antagonistes » (Rolland et Pierru, 2013, p. 412).

#### Rites d'intégration :

- L'adoubement : Des directeurs généraux de l'ARS nommés en conseil des Ministres.
- Le rite initiatique : Des directeurs généraux d'ARS aux parcours très similaires (formations et expériences professionnelles).
- L'appartenance au groupe : Un faible taux d'ETP hors fonction publique (9% des effectifs des délégations départementales en 2018, contre 80% de fonctionnaires d'Etat affectés).

→ Une ouverture sur des profils RH « atypiques », c'est-à-dire à des approches et cadres de références différents, qui reste difficile.

#### La contractualisation des relations entre acteurs du système de santé :

- Un CPOM établi entre l'Etat et l'ARS.
- Des CPOM établis entre l'ARS et les opérateurs de santé dans les territoires.
- Des « contrats périphériques » (Duchesne, 2018, p. 173) comme les CLS par exemple.

→ Les ARS « deviennent ainsi le pivot central d'un système de contractualisation généralisée. Leur position d'acteur régional unique de l'administration sanitaire fait que les ARS centralisent toute l'information et constituent un véritable « nœud de contrats » » (Ibid.).

### E. Les symboles

Tout comme « les rites et les routines », les « symboles » caractérisant le tissu culturel de l'ARS peuvent être identifiés via une lecture transversale des différents items déjà abordés et qui seront repris de manière synthétique au sein du tableau récapitulatif à suivre. Afin de compléter notre approche des symboles de l'ARS, nous souhaitons, malgré tout, apporter des approfondissements concernant trois éléments évoqués de manière partielle dans les composantes précédentes. Il s'agit :

- **Du Projet régional de santé (PRS)** qui revêt, selon nous, une dimension symbolique forte en tant qu'objet d'incarnation d'une politique régionale de santé portée par l'ARS qui se veut transversale et décloisonnée.
- **Du territoire** défini, comme l'un des piliers des réformes en cours aux côtés du paradigme du parcours. Pour mémoire, nous lui avons consacré un chapitre au sein de la première partie de notre recherche.
- **De l'animation territoriale**, positionnée comme la mission phare des Délégations départementales et cela, de manière d'autant plus prégnante, dans le cadre du processus de transformation interne de l'ARS visant à renforcer son ancrage territorial dans une logique de proximité et d'appui aux acteurs de santé. Les délégations, via leur rôle d'animateur territorial, sont présentées, dans cette optique, comme un des vecteurs de la réussite de ce changement à conduire. Il nous paraissait donc fondamental de réaliser un focus particulier sur cet axe.

#### *1) Le Projet régional de santé*

La politique de santé régionale de l'ARS prend corps au sein du PRS (Projet Régional de Santé) permettant de définir la stratégie, le programme d'actions ainsi que les ambitions et les priorités territoriales de santé. Ce dernier est établi pour 5 ans, en cohérence avec la stratégie nationale de santé.

Cela dit, la première génération de PRS a montré plusieurs carences, dont une concertation parfois insuffisante avec les parties prenantes du système de santé pour son élaboration. De plus, il n'a pas vraiment permis un réel décloisonnement sectoriel. En effet, il se composait alors de trois schémas d'organisation maintenant une distinction entre prévention (schéma régional de prévention), soins hospitaliers et ambulatoires (schéma régional de l'offre de soins - SROS) et médico-social (schéma régional d'offre médico-sociale).

La coexistence de trois schémas distincts « maintenait un risque d'isolement de chaque secteur d'intervention » (Evin, 2019), antinomique avec la généralisation du paradigme du parcours de santé dans les politiques publiques de santé et les mythes fondateurs de l'ARS. La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 mettra fin à cette dichotomie en réformant la structuration du PRS, se composant désormais d'un cadre d'orientation stratégique dont l'objet est de « déterminer des objectifs généraux et les résultats attendus à dix ans » et un schéma régional de santé établi pour cinq ans déterminant « pour l'ensemble de l'offre de soins et de services de santé, y compris en matière de prévention, de promotion de la santé et d'accompagnement médico-social, des prévisions d'évolution et des objectifs opérationnels ». Il se forge également sur une évaluation des besoins : le diagnostic territorial partagé. L'objectif central est de simplifier et améliorer l'approche transversale du PRS, au profit de l'organisation des parcours de santé, en assurant une meilleure participation de tous les acteurs locaux et une meilleure articulation avec les priorités nationales tout en renforçant la prise en compte des spécificités locales. Ce qui nous amène, à présent, à évoquer le territoire.

## 2) *Le territoire*

Au fil de notre recherche, nous avons mis en lumière l'importance du territoire qui symbolise à la fois :

- L'inscription de la région comme le niveau de déconcentration stratégique de l'Etat pour assurer le pilotage des politiques publiques de santé.
- Le lieu d'opérationnalisation, à l'échelon local, du paradigme du parcours et du développement de dynamiques professionnelles et organisationnelles transversales et coordonnées.

Les discours actuels (la théorie professée) mais aussi les mythes fondateurs à l'origine des ARS affichent explicitement cette ambition d'une territorialisation des politiques de santé. A titre d'illustration, citons le rapport Ritter (2008) portant sur la création des ARS et évoqué au sein des mythes ainsi que le mouvement de transformation en cours visant, entre autres, à renforcer l'ancrage territorial des ARS et à améliorer la prise en compte des spécificités territoriales, via les délégations départementales. Les ARS sont donc intrinsèquement reliés à cette notion de territoire, comme à celle du parcours de santé.

Néanmoins, bien que le territoire représente, depuis le début, un symbole fort de la théorie d'usage des ARS, il n'en reste pas moins que la matérialisation de la logique qu'il sous-tend reste partielle et limitée, au regard du discours des acteurs interrogés mais aussi des éléments recueillis dans la littérature grise. La structure organisationnelle et les systèmes de pouvoir qui régissent les rapports entre les acteurs, et plus particulièrement entre le niveau national de l'Etat et les ARS, mettent en évidence une centralisation et un contrôle national qui reste très prégnant. Certains auteurs, comme Rolland et Pierru (2013), ont évoqué une « territorialisation en trompe l'œil » des politiques de santé faisant état d'une ARS entravée dans la réalisation de ses missions et le déploiement effectif de l'un de ses principaux mythes fondateurs. Cette configuration verticale à tendance centralisatrice semble se retrouver à tous les échelons de l'Etat, laissant jusqu'à ce jour une place restreinte au déploiement d'une réelle démarche territoriale au niveau local. En effet, nous retrouvons, selon une forme quelque peu différente, une modalité organisationnelle similaire entre l'échelon régional de l'ARS et le niveau local représenté par les Délégations ; plusieurs d'entre elles ayant exprimé une faible autonomie et une marge de manœuvre limitée ou encore un manque d'écoute et de reconnaissance, lors de notre phase d'enquête. Mais surtout, elles témoignent, à l'appui des extraits de verbatims ci-dessous, de la difficulté de mise en œuvre de la territorialisation locale.



Acteur de tutelles – ARS DD 2

« **Il faut qu'on arrête de descendre des politiques publiques**, par exemple des textes sur les DAC, de descendre ça aux chars panzer, **il faut qu'on écoute les gens de terrain.** »



Acteur de tutelles – ARS DD 1

« On régionalise beaucoup, on arrive toujours à régionaliser, ça... car derrière vous avez des crédits, des process, du coup c'est facile. En revanche, **quand il s'agit d'aller faire de l'animation territoriale, nous n'y arrivons pas.** Vous n'êtes pas sur les mêmes... ça ne se décrit pas de la même façon et ça ne s'évalue, ne se comptabilise pas de la même façon. »



Acteur de tutelles – ARS DD 4

« C'est là aussi où on n'est pas que dans la déclinaison de politiques définies au niveau national et régional. **On a nécessairement besoin localement d'être quand même dans l'élaboration de politiques publiques**, pas au même niveau » mais « c'est un point qu'il faut avoir en tête quand on parle d'animation territoriale car il y a aussi, par exemple : on n'a pas de CHU... la question de la démographie médicale, on ne pourra pas avoir la même approche qu'à Paris et en petite couronne. **Ça veut dire qu'il faut prendre en compte les spécificités territoriales**, peut-être encore plus quand il y a autant de différences entre le centre et la périphérie. Donc je pense que ce sont des spécificités territoriales qu'il faut vraiment réussir à prendre en compte dans la déclinaison des politiques publiques. »

Ces éléments relatifs au territoire entrent particulièrement en résonance avec l'animation territoriale et les enjeux qui l'entourent ; cette dernière constituant un des outils majeurs à mobiliser pour accompagner la déclinaison d'une approche territoriale.

### 3) *L'animation territoriale*

Traditionnellement, les délégations départementales sont présentées comme exerçant une mission d'animation territoriale. Mais il apparaît que cette dernière conserve un caractère relativement confus. Nous l'avons vu, le contexte de création des délégations, en 2009, renferme sans doute des éléments de compréhension de cette situation. La loi HPST est peu prolixe en ce qui les concerne et les contours de leurs métiers sont peu définis.

Ainsi, bien qu'ériger au rang de symbole, l'animation territoriale semble, dans les faits, souffrir d'un manque de conceptualisation préjudiciable à l'affirmation des délégations départementales au sein de l'écosystème de santé et au déploiement d'une véritable logique territoriale :



Acteur de tutelles – ARS DD 4

« *Il faudrait retravailler, d'un point de vue, qu'est-ce que c'est qu'une politique publique, qu'est-ce que c'est l'animation territoriale d'une politique publique, c'est vraiment majeur et, au fond j'ai peur qu'on soit... il y a une petite faiblesse.* »

« *Ca nécessite de mobiliser des compétences, de l'agilité, identifier les opportunités, le bon moment et ça c'est difficile. On ne le décrit pas suffisamment et on ne se dit pas assez qu'il y a de la complémentarité à avoir entre les échelons nationaux, régionaux et territoriaux. C'est insuffisamment décrit aujourd'hui.* »

« *Ce n'est pas construire un hôpital, c'est un peu plus abstrait.* »

« La crise du COVID a vraiment montré cette complexité et ces enjeux au niveau territorial : les relations avec les élus qui peuvent parfois être complexes, le fait de faire vivre des relations localement totalement impensées au niveau régional avec les préfetures... »

« Il faut qu'on remette un peu de conceptuel dans les sujets d'animation territoriale. »



Acteur de tutelles – ARS DD 1

« On a l'animation territoriale qui est un peu floue, mais eux [les directions métiers du siège de l'ARS] ils ont le dur du dur : les autorisations, les finances, etc. »

Deux des délégations interrogées mettent ainsi en avant le caractère finalement abstrait de leur mission d'animation territoriale et des compétences qu'elle implique. Nous retrouvons ici la métaphore des sciences dures (physique, mathématiques, etc.), généralement très valorisées, faces aux sciences molles (les sciences humaines et sociales) qui ont dû justifier leur crédibilité et gagner leur légitimité. Cette impression est d'autant plus renforcée que nous assistons, actuellement, à un suremploi abondant de ce vocable. Au sein des territoires, de nombreux opérateurs de santé sont également dotés de cette fonction, tout le monde semblant faire de l'animation territoriale. Cela génère à la fois des redondances et effets de concurrence mais aussi un manque de visibilité et une perte de sens de cette notion qui devient un terme galvaudé. Plus encore, cela instaure une zone de confusion entre deux niveaux d'animation territoriale : celle réalisée par les tutelles locales de santé et celle menée par les acteurs de terrain, ne facilitant pas, de fait, la clarification du rôle des délégations et la reconnaissance de leur légitimité.



Acteur de tutelles – ARS DD 4

« Et la question se pose encore plus, dès lors qu'on considère que les DAC en sont aussi chargés, comme les CPTS et d'autres dispositifs régionaux comme le E-parcours. Je pense qu'on n'est pas encore allé au bout de cette définition. »



Acteur de tutelles – ARS DD 2

« Moi, je serais pour qu'on interdise ce mot d'animation territoriale, c'est le trou noir. On a dit ça, on n'a rien dit. »

Malgré tout, l'animation territoriale demeure plus que jamais un symbole majeur de l'action et raison d'être des acteurs des délégations qu'ils entendent, à ce titre, faire valoir comme l'illustre les propos recueillis, lors de notre phase d'enquête. L'ensemble des délégations interrogées met en avant que leur rôle s'avère bien plus complexe qu'une simple mise en œuvre des politiques. Elles décrivent, à travers l'animation territoriale, la mobilisation de compétences bien spécifiques. Elles mettent en exergue la complexité et les enjeux du niveau territorial local : les liens avec les élus, les préfetures, faire vivre les échanges avec et entre les acteurs, donner une consistance et faire vivre la démocratie sanitaire, etc. ; faisant partie des difficultés à travailler dans les territoires qui sont insuffisamment prises en compte.



Acteur de tutelles – ARS DD 4

C'est plus facile d'apprendre à faire des budgets et à autoriser des établissements qu'à animer une politique publique consistant, pour partie, en l'animation territoriale des acteurs autour d'un dispositif. Moi, j'en n'ai rien à faire de savoir faire des arrêtés ou des autorisations d'un ESMS, ce qui compte avant d'arriver à la création, c'est ce qu'il faut faire pour faire évoluer l'offre médico-sociale. C'est ça l'animation territoriale. »



Acteur de tutelles – ARS DD 3

« Ce travail-là, il demande aussi de la réflexion, du toucher de balles qui ne demande pas que des compétences de terrain. »

« Ça demande de mobiliser des compétences, de l'agilité, identifier les opportunités, le bon moment. »

Ainsi, plusieurs des délégations semblent recourir à l'animation territoriale pour assoir leur plus-value et défendre leur place, tant vis-à-vis du siège de l'ARS que des opérateurs de santé dans les territoires. Elle constitue donc un enjeu majeur pour repenser le positionnement des délégations départementales dans le système de relations en vigueur, faisant particulièrement écho aux structures de pouvoir qui caractérisent les rapports entre le siège de l'ARS et les délégations départementales, dont la position apparaît depuis l'origine amoindrie et peu valorisée.

#### 4) Symboles de l'ARS : Repères clés

##### Les « objets » symboles de l'ARS :

- **L'agence (adossée à un statut d'EPA)** : L'envoi d'« un signal politique fort », visant « à donner aux politiques de santé une gouvernance territoriale originale et inédite, en les autonomisant » (MECSS, 2021, p. 53).  
*Agence = Autonomie - Culture managériale et partenariale - Plus grande souplesse de gestion - Organisation plus flexible - Ressources RH et compétences nouvelles.*
- **Le parcours de santé** : L'ARS garante de la structuration et du déploiement de la logique « parcours » dans les territoires.
- **L'ONDAM** : Un objectif de maîtrise des dépenses attribué aux ARS.
- **Le Projet régional de santé (PRS)** : L'incarnation de la politique régionale de santé.
  - ↳ Elaboration de la stratégie régionale de santé et du programme d'actions correspondant, tous les 5 ans, à laquelle doivent être associés les acteurs du territoire (logique participative).
- **Le CPOM** : le symbole d'un nouveau mode de gestion publique, marquant le passage d'un changement de relations entre l'Etat et les opérateurs de santé : d'une logique de planification à une logique incitative (sur la base d'objectifs et d'indicateurs conditionnant le financement).
- **Démocratie sanitaire et participation** :
  - ↳ Le conseil territorial de santé : l'incarnation de la démocratie sanitaire dans les territoires.
  - ↳ Mais qui restent difficile à faire vivre et mettre en œuvre.
- **Animation territoriale et proximité à travers les délégations départementales** :
  - ↳ Animation territoriale : Du symbole à sa conceptualisation comme levier d'affirmation des délégations départementales et de leur plus-value.
- **Territoire** : Une territorialisation des politiques de santé au niveau régional et local qui reste partielle dans la pratique.

→ Un lien étroit entre mythes et symboles, mais marqué par un décalage fort avec la structure organisationnelle en vigueur ainsi que les structures de pouvoir (une forte prégnance des jeux d'acteurs).

#### F. Synthèse et interprétation du paradigme organisationnel de l'ARS : théorie d'usage en vigueur

Afin de disposer d'une vue d'ensemble des différents résultats restitués, nous avons procédé à la réalisation d'un travail de synthèse, à travers le schéma ci-dessous. Celui-ci nous permet de lier les différentes composantes constitutives du tissu culturel de l'ARS et de mettre en lumière, pour chacune d'entre elles, les éléments clés. L'objectif est de parvenir à qualifier le cœur de la théorie d'usage (Argyris et Schön, 2002) de l'ARS, ou dit autrement son paradigme organisationnel (Johnson et al., 2017).

FIGURE 36 : TISSU CULTUREL DE L'ARS ET QUALIFICATION DE SA THEORIE D'USAGE

<p>Histoire et Mythes</p> 	<p><u>Mythes fondateurs de l'ARS</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Régionalisation et modernisation</b> des politiques publiques de santé</li> <li>• <b>Unification, simplification, transversalité et décloisonnement</b> du pilotage territorial de la santé</li> <li>• <b>Nouvelle forme de gestion publique</b> : L'influence du New Public Management</li> <li>• <b>Efficiency</b> : Qualité du système de santé et maîtrise des dépenses</li> </ul> <p><u>La naissance des ARS</u></p> <p><b>Marquée par des oppositions historiques entre acteurs liées au gouvernement de la santé</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Plusieurs logiques en confrontation : <i>Centralisation – Décentralisation – Déconcentration – Démocratie sociale</i></li> <li>- Et des enjeux de pouvoir sous-jacents</li> </ul>
<p>Structures organisationnelles</p> 	<p><b>Des « mégastructures » (MECSS, 2021) au périmètre géographique et de missions considérable</b></p> <p><u>Perception des acteurs locaux et de santé (MECSS, 2021) :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• « Gigantisme et éloignement du terrain » : Affaiblissement de la réactivité et disponibilité des ARS</li> <li>• Des « mastodontes technocratiques »</li> </ul> <p><b>Persistance du modèle bureaucratique fortement ancré</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Organisation de type wébérienne caractérisée par une forte division du travail et une centralisation des pouvoirs au niveau du siège</li> <li>• Peu propice à une approche territoriale et par « parcours » transversale et décloisonnée</li> </ul> <p><b>Maintien du cloisonnement national ne facilitant pas le décloisonnement organisationnel de l'ARS</b></p>
<p>Systèmes de pouvoir</p> 	<p><b>Système de pouvoir externe : une capacité d'action limitée des ARS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Entre autonomie et dépendance envers l'Etat</b> → « ni véritablement autonomes, ni administrations déconcentrées » (MECSS, 2021) : régulation nationale étroite et centralisation restant forte</li> <li>• <b>Au carrefour d'un jeu complexe d'acteurs</b> à la fois subi et entretenu</li> <li>• <b>Un partage des pouvoirs avec d'autres acteurs</b> entravant l'exercice de leurs missions</li> </ul> <p><b>Système de pouvoir interne : une hiérarchie du prestige valorisant l'ARS siège au détriment des délégations</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La perception par les délégations d'une faible reconnaissance et marge de manœuvre</li> <li>• Un ascendant du siège de l'ARS et une forte centralisation</li> <li>• Lié, en partie, au contexte de création des délégations : Mission, rôle et place peu définis/explicités</li> </ul>
<p>Systèmes de contrôle</p> 	<p><b>+ ou - d'autonomie des ARS ? Un entre-deux à clarifier (MECSS, 2021)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• « Une autonomie paradoxale et contrôlée » (Rolland et Pierru, 2013) : Entre délégations de responsabilités (<b>ARS agence</b>) et maintien, voire renforcement, des contrôles (<b>ARS service déconcentré</b>)</li> <li>• Une posture jugée encore trop prescriptive de la part du Ministère (MECSS, 2021)</li> <li>• Entre la perception d'ARS prisonnières des instructions gouvernementales trop prescriptives mais des actions et résultats jugés comme trop variables d'une ARS à l'autre (MECSS, 2021)</li> </ul> <p><b>Incarnation des systèmes de contrôle</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• CPOM : « Hiérarchie contractualisée » entre l'Etat et les ARS (Duchesne, 2018)</li> <li>• CNP : une tentative de pilotage unifié entre les donneurs d'ordres nationaux mais un garde fou non suffisant pour casser la logique en tuyau d'orgue</li> </ul>

<b>Rites et routines</b> 	<p><b>Des transformations consécutives difficiles à absorber pour les jeunes ARS</b>  2010 : Fusion de 7 entités → 2015 : Fusion des régions (réunion de plusieurs ARS)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Changement d'échelle : Périmètre de missions - Territoire géographique – Dimensionnement RH</li> <li>• Confrontations culturelles : Des identités, codes et routines différents</li> </ul> <p>↳ Un gigantisme interrogeant la capacité organisationnelle d'un tel système à sortir d'une logique bureaucratique et des routines associées</p> <p><b>Fort empreinte bureaucratique ancrée dans les pratiques et les routines</b></p> <p><b>La logique du séraïl : L'appartenance à la culture d'administration publique</b>  ↳ Une ouverture aux « outsiders » qui reste difficile</p> <p><b>Confrontation entre savoir-faire traditionnels et développement de nouveaux savoir-être</b>  Vers une posture d'animation et de coordination transversales des politiques territoriales de santé  ↳ Une évolution partielle des métiers et compétences</p>
<b>Symboles</b> 	<p><b>Un lien étroit avec les mythes à l'origine de la création des ARS s'incarnant à travers des « objets »</b></p> <p><u>La vision symbolique des ARS :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• « Gouvernance territoriale originale et inédite » (MECSS, 2021) → <b>Agence</b></li> <li>• Politique régionale de santé affranchie des cloisonnements, adaptée aux spécificités territoriales → <b>PRS</b></li> <li>• Territorialisation + coordination transversale des politiques de santé → <b>Territoire - Animation territoriale</b></li> <li>• Démocratie sanitaire et participation des acteurs locaux → <b>CTS</b></li> <li>• Maîtrise des dépenses → <b>ONDAM</b></li> <li>• Relation contractualisée avec les opérateurs de santé → <b>CPOM</b></li> </ul> <p>=&gt; Le lien intrinsèque avec le <b>parcours de santé</b> : L'ARS, garante du déploiement territorial de l'approche parcours</p>

L'association de ces composantes nous amène, en conséquence, à caractériser le noyau de la théorie d'usage de l'ARS de la manière suivante :



## **Synthèse de la théorie d'usage des ARS** ou paradigme organisationnel

### La théorie d'usage du paradoxe : Gestion des ambiguïtés et entre-deux des ARS

<p><b>Entre :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Territorialité et Gigantisme</li> <li>• Unification et Fragmentation du pilotage des politiques de santé régionales</li> <li>• Autonomie et Dépendance vis-à-vis de l'Etat national</li> <li>• Territorialisation des politiques de santé et Centralisation</li> <li>• Différenciation territoriale et Intégration nationale (action unifiée de l'Etat)</li> <li>• Les institutions nationales et les Territoires : A la croisée de deux mondes sociaux</li> <li>• Savoir-faire techniques et Savoir-être</li> </ul>
<p><b>Un décalage entre :</b> <b>Mythes et symboles</b> ⚡ <b>Rites, routines et structure organisationnelle</b> en vigueur</p> <p><b>En raison de :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Systèmes de pouvoir et de contrôle</b> entravant la déclinaison effective des mythes et symboles dans les pratiques et l'organisation</li> <li>• <b>Rites d'intégration</b> mettant en exergue une faible ouverture des ARS à des profils « atypiques » porteurs d'approches et compétences nouvelles</li> <li>• <b>Routines</b> caractérisées par une empreinte bureaucratique fortement ancrée</li> </ul>
<p><b>Composante dominante :</b> structure organisationnelle</p> <p><b>Mécanismes centraux d'influence :</b> système de pouvoir et contrôle ainsi que le poids des rites et routines</p> <p><b>Composantes idéologiques :</b> symboles et mythes étroitement imbriqués</p>

La théorie d'usage de l'ARS, établie à partir de l'outil du tissu culturel de Johnson et al. (2017) associé à la prise en compte des éléments historiques et contextuels de sa création, apparait dominée par la composante organisationnelle assimilée, selon le rapport de la MECSS (2021), à une mégastructure

technocratique. L'influence des systèmes de pouvoir et de contrôle étant particulièrement forte, à laquelle s'ajoutent des rites et routines normés et inscrits dans une tradition bureaucratique ancienne, contribuent au maintien de cette structure organisationnelle en silo relativement rigide et peu transversale.

Bien qu'ils peinent à être transposés, tant au niveau de la structure organisationnelle que des rites et des routines des acteurs de l'ARS, il n'en demeure pas moins qu'une place importante est donnée aux mythes et aux symboles, mettant en avant l'unification des politiques, le décloisonnement, la transversalité, la territorialisation ou encore l'approche par parcours. A y regarder plus attentivement, nous nous rendons compte que ces mythes et symboles restent tout à fait actuels au regard du contenu du changement visé. L'enjeu, à travers les réformes menées et l'ambition de transformation de l'ARS, semble alors de faire coïncider les mythes et symboles situés à la base des fondements initiaux de l'ARS avec la réalité organisationnelle. Nous pourrions, finalement, associer ces mythes et symboles à la théorie professée, au discours officiel et affiché. Mais cela apparaît plus subtil. Ces notions sont, au contraire, intériorisées dans le tissu culturel des acteurs malgré leur délicate intégration dans les pratiques effectives. Ils sont vecteurs de sens et de finalités, même si la mobilisation des mythes et symboles peut aussi revêtir un usage stratégique prenant place dans les jeux d'acteurs. L'usage que certaines délégations départementales interrogées semblent faire de l'animation territoriale et de la territorialisation des politiques locales en vue de revendiquer et assoir leur place, notamment vis-à-vis du siège de l'ARS, en constitue un exemple.

Le passage du mythe à la réalité nécessite donc de repenser l'organisation actuelle. Mais cela requiert, avant tout, d'agir sur les mécanismes centraux du tissu culturel de l'ARS. En effet, ce ne sont pas tant la nature des missions des ARS qui tendent à être interrogées, même si leur périmètre s'avère particulièrement vaste, que :

- **La manière de les exercer** en termes de positionnement, de posture et de compétences mobilisées, s'exprimant à travers les rites et les routines. Ces derniers, à la base des comportements des acteurs, s'avèrent étroitement imbriqués à leur capacité à faire évoluer leurs pratiques, métiers et identités professionnelles.
- **Et la capacité d'action de l'ARS** corrélée aux systèmes de pouvoir et contrôle en vigueur. Cela implique, entre autres, de bousculer les places de chacun sur l'échiquier et l'ordre établi en termes de distribution des pouvoirs. Ce qui remet, dès lors, en question les enjeux et stratégies des acteurs et donc le système relationnel qui régit aujourd'hui les rapports entre les parties prenantes et les normes de hiérarchie du prestige au sein de l'organisation.

Il apparaît donc que le cœur de la théorie d'usage de l'ARS traduit un état d'entre deux positionnant l'ARS dans une forme d'ambivalence, voire de contradiction, entre, d'un côté, des mythes et des symboles porteurs de valeurs et d'une ambition forte et, de l'autre côté, un système organisationnel et politique (au sens de Crozier et Friedberg, 1977) régit par des « habitus » solidement ancrés. Le tableau suivant, par une mise en miroir, de ces éléments permet d'en prendre la mesure.

TABLEAU 28 : MISE EN MIROIR DES COMPOSANTES DU TISSU CULTUREL DE L'ARS

Mythes et Symboles	Structures organisationnelles – Rites et Routines – Systèmes de pouvoir et de contrôle
<p><b>Unification, simplification, décloisonnement, et transversalité du pilotage territorial des politiques de santé</b></p> <p>↓</p> <p>Mettre fin à « <i>l'enchevêtrement des compétences, éclatement institutionnel et cloisonnement des acteurs</i> »</p> <p>Rapport Ritter, 2008</p> <p>Via :</p> <p>Un pilotage unifié des différents secteurs :</p> <p>Hôpital - Médecine de ville - Médico-social - Santé publique - Veille et sécurité sanitaire</p>	<p><b>Unification partielle liée au maintien d'une fragmentation du pilotage :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tant en interne : structures organisationnelles et routines.</li> <li>• Qu'en externe de l'ARS : système de pouvoirs entre acteurs (un pilotage qui reste éclaté entre les tutelles).</li> </ul> <p><b>Une volonté de décloisonnement régional qui ne s'est pas accompagnée d'un décloisonnement national :</b></p> <p>Persistance d'un cloisonnement national au niveau des orientations et instructions données aux ARS malgré la mise en place du CNP.</p> <p>« <i>Des mégastructures au périmètre d'actions considérables</i> » qui « <i>pose aujourd'hui la question de leur capacité à assurer l'ensemble de leurs missions</i> » (MECSS, 2021).</p> <p>Auxquels s'ajoute le poids historique du contexte de création des ARS : Une naissance des ARS prenant place dans un terreau marqué par des oppositions historiques entre acteurs liés au gouvernement de la santé (enjeux de pouvoir).</p>
<p><b>Territoire et territorialisation</b></p> <p>Régionalisation des politiques publiques de santé</p> <p>Animation et coordination transversale des politiques de santé</p>	<p><b>Des systèmes de pouvoir interne et externe peu propices à la territorialisation :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Entre le national et la région :</b> Une territorialisation en trompe l'œil des politiques de santé (Rolland et Pierru, 2013).</li> <li>• <b>Entre la région et le niveau local :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La place des délégations peu valorisée.</li> <li>- Et une faible, voire absence, de conceptualisation de l'animation territoriale positionnée comme l'attribut principal des délégations.</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Des « mégastructures » avec le sentiment d'un éloignement du terrain ressenti par les opérateurs</b> (MECSS, 2021).</p> <p><b>Coordination et animation transversale des politiques de santé territoriales : Une évolution des métiers et compétences partielle.</b></p> <p>→ <i>Des savoir-faire juridico-administratifs vers leur conciliation avec des nouveaux savoir-être.</i></p>
<p><b>Modernisation des politiques publiques et nouvelle forme de gestion publique</b></p> <p>« <i>Une gouvernance territoriale originale et inédite</i> » (MECSS, 2021), via le symbole de l'Agence <b>Autonomie, souplesse, flexibilité, approche transversale, managériale et partenariale, ouverture à de nouveaux profils RH</b></p> <p>« <i>L'ARS devra éviter de reproduire, par son organisation, le cloisonnement entre secteurs qu'elle a vocation à surmonter</i> » (Rapport Ritter, 2008)</p>	<p>Reproduction d'une organisation de type webérienne (verticale, pyramidale, cloisonnée, centralisée) en miroir de l'administration centrale :</p> <p><b>Les ARS face à un antagonisme organisationnel :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Entre maintien du cloisonnement national des politiques publiques et transversalité des territoires.</li> <li>• Un confort organisationnel dans le cadre du lien Etat/ARS. Mais Une réelle complexité organisationnelle dans les territoires et parfois même pour les collaborateurs internes de l'ARS.</li> </ul> <p><u>Associé à :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un dimensionnement conséquent (mission et géographique) assimilant les ARS à des « mastodontes technocratiques » (MECSS, 2021). <b>Rendant le système de fait moins souple et flexible.</b></li> <li>• Un enracinement bureaucratique dans les pratiques et les routines. <b>Une tradition ancienne dont il est difficile de s'extirper. Une difficile ouverture à de nouveaux types de profils.</b></li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>Des jeux d'acteurs et de pouvoirs. Participant au maintien du système.</li> </ul> <p>↳ Une organisation en silo à la fois subie et entretenue.</p> <p><b>Du symbole à la réalité organisationnelle : une raison pratique du recours à l'agence.</b> Répondre à une problématique juridico-administrative sur le plan RH : la fusion de plusieurs statuts de personnels au sein d'une structure unique (Conseil d'Etat, 2012).</p> <p><b>Entre autonomie et dépendance :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>« L'ARS s'apparente dans les faits davantage à une direction ministérielle décentralisée qu'à une entité administrative capable de mener une politique régionale autonome » (Duchesne, 2018).</li> <li>« Le travail des agences se caractérise par une autonomie paradoxale et contrôlée » (Rolland et Pierru, 2013).</li> <li>« Ni véritablement autonomes, ni administrations déconcentrées » (MECSS, 2021).</li> </ul>
<p><b>Effizienz et qualité du système de santé</b> &amp; <b>Maîtrise des dépenses</b></p>	<p>Une ARS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A la capacité de régulation financière limitée.</li> <li><b>Située entre un « Etat de consolidation budgétaire » (Pierru, 2020) et les acteurs de terrain : Un rôle de soupape.</b></li> </ul>

Cela nous conduit à qualifier le paradigme organisationnel de l'ARS de « théorie d'usage du paradoxe ». Bien qu'elle demeure, nous l'avons constaté, très largement dominée par les structures de pouvoir mises en évidence ainsi que les rites et les routines, la nécessité d'établir une nuance s'impose. Cette confrontation des composantes du tissu culturel tend aussi à mettre en exergue, selon nous, une autre dimension : la notion d'équilibre. L'appartenance des politiques de santé au domaine de l'action publique fait peser sur elles un certain nombre de contraintes. L'Etat étant positionné comme le garant du principe d'égalité d'accès à la santé, de la gestion et maîtrise des dépenses publiques, il se voit ainsi investi d'une responsabilité forte vis-à-vis des citoyens et de la société. Cela met le doigt sur la difficulté, dans ce contexte, à établir le juste emplacement du curseur entre de multiples niveaux et paramètres interconnectés :

- Entre intégration nationale en vue d'une action unifiée des pouvoirs publics, synonyme d'égalité, et différenciation territoriale pour s'adapter aux besoins locaux en référence à l'équité.
- Entre autonomie régionale et centralisation nationale de l'Etat, interrogeant la marge de manœuvre laissée aux ARS.
- Entre posture d'incitation ou de contrainte des autorités sanitaires auprès des opérateurs de santé dans les territoires.
- Etc.

Ainsi, le tissu culturel de l'ARS semble révélateur d'une position caractérisée par une certaine forme d'ambiguïté et de gestion des paradoxes, au carrefour de la conciliation de nombreux enjeux hétérogènes, qui ne semble, à ce jour, pas résolue.

## Section 2 : Théorie d'usage des acteurs de santé du territoire : identification des tissus culturels respectifs des réseaux de santé et des MAIA, en vue de leur rapprochement au sein d'un dispositif unique, le DAC

Nous allons, à présent, poursuivre la présentation des résultats avec la mise au jour des théories d'usage (Argyris et Schön, 2002) des réseaux de santé et des MAIA. Nous vous proposons d'exposer les caractéristiques de leurs schémas culturels respectifs, à travers une restitution entrelacée de ces derniers. Cela nous apparaît d'autant plus pertinent que le changement auquel se voient soumis ces acteurs a pour objet leur rapprochement au sein d'une structure et équipe uniques. Notre démarche consiste à dégager les éléments culturels propres à chaque entité, tout en les plaçant en confrontation afin d'identifier les axes de divergence et convergence culturels potentiels ainsi que les zones d'achoppement possibles. La finalité est de définir chacune des théories d'usage en miroir l'une de l'autre.

Pour ce faire, nous nous sommes appuyés sur le recoupement des données recueillies au cours de notre immersion sur le terrain d'étude, via une posture d'observation participante croisée à des échanges informels avec les parties prenantes. A cela, s'ajoute les entretiens semi-directifs réalisés et la consultation de la littérature grise. Pour rendre la lecture de ces résultats la plus aisée et adaptée possible, nous avons opté pour l'élaboration de tableaux croisés pour présenter chaque composante du tissu culturel des réseaux de santé et des MAIA. Cette alternative nous offre la possibilité de mettre davantage en relief les points essentiels, au regard de la logique en miroir que nous avons adoptée. Notre objectif est surtout d'appréhender les enjeux majeurs liés à la fusion de deux entités dont la compatibilité stratégique semble évidente, au regard des éléments exposés tout au long des premières parties de cette recherche, mais dont la compatibilité culturelle est susceptible d'interroger davantage. Cela devra nous permettre de disposer des éléments de contexte culturels nécessaires à l'analyse qui suivra concernant le processus d'accompagnement mis en place par les tutelles pour faciliter la conduite de ce changement avant tout humain.

Au sein des parties antérieures de notre recherche, nous avons déjà eu l'occasion de dresser une première esquisse de cette « famille » d'acteurs particuliers situés à la croisée des secteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux que nous avons alors qualifié d'« acteurs hybrides et interstitiels » (Bertillot, 2017, p. 9) ou « acteurs frontières » (Aubert et al., 2020, p. 9). Mais bien qu'ils appartiennent à une famille commune, il n'en demeure pas moins que les réseaux de santé et les MAIA ont développé deux cultures organisationnelles distinctes, comme nous avons déjà pu commencer à l'entre-apercevoir à travers nos propos précédents. Les résultats présentés ci-après nous fourniront la matière suffisante pour affiner cette perception initiale et aller plus loin dans l'identification des mécanismes culturels en jeu et leurs implications sur la conduite du changement à mener.

Nous ne reviendrons donc pas sur une définition et présentation de ces entités déjà effectuées en amont et qui avaient contribué à nous familiariser avec ces dispositifs et un certain nombre de leurs caractéristiques, en termes de rôles, missions, objectifs. Nous avons également mis au jour le contexte dans lequel ils prennent place, ce qui a motivé leur création mais aussi les faiblesses et dérives organisationnelles et politiques qui ont conduit à la constitution d'un paysage morcelé, au pilotage fragmenté qu'il s'agit, en partie, d'endiguer via la création des DAC. Etant déjà accoutumés à ces dispositifs, les problématiques qui leur sont relatives et les enjeux liés au changement dont ils sont la cible, nous vous proposons, ici, de mettre en lumière uniquement les axes clés qui nous paraissent essentiels à la compréhension et à l'appréhension de leurs tissus culturels. Seront spécifiquement mis avant les éléments révélateurs et significatifs de la spécificité culturelle de ces entités.

## A. Mythes et histoire

Les mythes, reliés aux éléments d'histoire, se rattachant aux réseaux de santé et MAIA occupent une part centrale, permettant de toucher du doigt les racines et les éléments fondateurs de leurs schémas culturels respectifs. En effet, ils semblent constituer, pour chacun de ces deux acteurs, le réceptacle au sein duquel se sont formées leurs croyances fondamentales et les valeurs qui guident leurs actions et se transposent ensuite à travers les rites et routines mais aussi les symboles. Selon Johnson et al. (2017, pp. 210-211), les mythes « servent à inscrire le présent dans la continuité historique et à mettre en valeur certains évènements ou personnalités » et à distiller « l'essence de l'organisation ».

### **Les réseaux de santé**

→ *Le point de départ emblématique : l'apparition du VIH dans les années 80*

La survenue de l'épidémie du Sida pointe le besoin prégnant de coopération et de mise en lien entre les acteurs de santé de la ville et de l'hôpital, mettant en exergue la notion de coordination mais aussi la place du patient, reliée à une revendication forte des patients atteints de VIH. Bien que ces mêmes constats aient déjà pu être formulés sur d'autres pathologies auparavant, ils trouvent, avec le Sida, « un écho de résonance sans précédent au travers d'une pathologie nouvelle et, à cette époque, toujours mortelle » (Barré et al., 2005, p. 19). Démunis face à l'apparition de situations d'un genre nouveau et devant l'inadaptation structurelle du système de santé (Ibid., p. 19), les acteurs de santé inventent une nouvelle modalité organisationnelle : les réseaux. « L'enjeu est majeur de relier, autour d'une même personne malade, l'ensemble des ressources nécessaires pour répondre à ses besoins, qu'ils soient médicaux, psychologiques ou sociaux » (Ibid., p. 20). « L'aspect le plus positif de ces expériences de réseaux autour du Sida réside dans la variété de leur composition. Ils ont entraîné un décloisonnement de la pratique médicale, insérée dans une approche plus vaste et coordonnée de l'action sanitaire » (Girard, 1998, cité par Barré et al., 2005, p. 20).

→ *Une logique bottom-up*

« Regard nouveau porté sur la réalité, les réseaux sont constitués par les professionnels, en réaction aux rigidités et aux cloisonnements du système de santé, et ont pour but la prise en charge de la personne malade, en facilitant l'action collective et en procurant aux membres des ressources nouvelles dans un cadre de confiance et de réciprocité » (ibid.). Créées à l'initiative des professionnels dans les territoires, ces dispositifs sont donc d'abord une émanation du terrain avant d'être formalisés et structurés sur le plan institutionnel et législatif par les pouvoirs publics.

Les réseaux vont progressivement faire l'objet de textes spécifiques au cours du temps, prenant d'abord la forme d'ordonnances et de circulaires durant les années 90, témoignant de l'intégration progressive « des réseaux de soins dans les outils de la réforme du système de santé, visant une plus grande efficacité et une plus grande efficience » (Robelet et al., 2005, p. 238). Malgré tout, il leur faudra attendre 2002<sup>29</sup> pour bénéficier d'un statut unifié et ne plus constituer une modalité dérogatoire. Avant cette date, le développement et la consolidation des réseaux restent fragiles, liés notamment à un accompagnement relatif des pouvoirs publics et un financement non pérenne.

→ *Souplesse, singularité et faible institutionnalisation*

Les réseaux de santé se matérialisent généralement sous la forme d'organisations transversales, plus ou moins institutionnalisées. Ils reposent sur une conception pragmatique et l'acceptation, par les autorités sanitaires, d'une forme d'élasticité des configurations organisationnelles comme en témoigne

---

<sup>29</sup> Loi du 4 mars 2002 relative au droit des malades et à la qualité du système de santé

le guide de la DGOS paru en 2012 et ayant alors pour objet d'accompagner l'évolution des réseaux vers une forme de structuration plus importante. Ce document précise ainsi : « *Les recommandations de ce guide n'ont pas pour finalité de définir un modèle d'organisation unique et généralisable de la coordination* ». Un cadre d'orientation est posé mais une flexibilité organisationnelle demeure au niveau des ARS, en fonction des besoins, des acteurs présents et de l'existant de chaque territoire. « *Le portage de ce service d'appui serait assuré avec l'objectif d'éviter toute institutionnalisation car la finalité principale est de mettre en relation les différents intervenants autour des parcours des patients* ».

Par ailleurs, chaque réseau est singulier, porteur d'une histoire propre en fonction des besoins, des territoires mais aussi des opportunités. Cela s'exprime notamment dans les symboles, que nous explorerons plus loin, via les logos ou encore les noms des réseaux reflétant leur identité et auxquels les acteurs des réseaux s'avèrent très attachés.

→ *L'évolution de la terminologie des réseaux s'accompagne d'une évolution de son concept*

Initialement, les « Réseaux ville-hôpital » mettent l'accent sur le cloisonnement ville-hôpital, comme leur nom l'indique, et plus particulièrement sur les acteurs sanitaires. Ils recèlent, également, une dimension santé publique.

Puis, avec « les réseaux de soins », dans les années 1996, c'est « la recherche d'efficacité et de rationalité » (Barré et al., 2005, p. 46) qui sera mise en avant. Leur activité est centrée sur le volet « soins ». Des maillages plus précis sont aussi élaborés à travers des protocoles organisationnels.

Et enfin, les « réseaux de santé » marquent l'évolution de ces derniers vers une logique de prise en charge globale de la personne.

→ *Les fondements : l'ADN des réseaux de santé*

- Un portage des réseaux par des leaders charismatiques porteurs d'une vision politique, au moment de la création et de la structuration des réseaux.
- Une légitimité qui provient et a été gagnée sur le terrain, à travers l'apprentissage collectif entre acteurs, les échanges et parfois aussi dans la confrontation avec les autorités de tutelles, avant une reconnaissance réglementaire et institutionnelle plus tardive.
- Une empreinte militante forte au départ (mais qui nous le verrons par la suite s'est estompée aujourd'hui ; l'engagement des acteurs prenant une autre forme).
- La revendication d'une forme d'indépendance vis-à-vis des tutelles, argumentée par leur statut associatif et une gouvernance associative.
- Une place importante des notions de « vision » et de « valeurs » portées par les réseaux.
- La mise en avant de « l'innovation » comme compétence distinctive des réseaux.

Les extraits de verbatims suivants issus des entretiens menés, lors de la phase d'enquête, permettent d'illustrer ces propos :

## La revendication d'une forme d'indépendance vis-à-vis des tutelles, argumentée par le statut associatif et une gouvernance associative



Directeur DAC 4

« Ce n'est pas parce qu'on est financé par l'ARS, qu'on est le bras armé de l'ARS. On est géré par des associations qui ont leur libre arbitre et leur pouvoir décisionnaire. Même si tout cela est un peu utopiste. Mais on a peut-être un minimum à revendiquer. »



Directeur DAC 10

« il faut respecter certaines règles de la vie associative, c'est-à-dire qu'il y a un bureau, une gouvernance... que dans le CPOM il y ait des objectifs, c'est normal que le financeur donne des objectifs. Maintenant, ce n'est pas l'alpha et l'oméga du projet associatif. Je pense qu'il faut distinguer... »



Directeurs DAC 2

« Il y a toujours eu ce lien « je t'aime moi non plus » entre réseaux et ARS où certes, ce sont les tutelles, mais les réseaux se sont toujours positionnés. Il y a toujours cette forme de confrontation et d'argumentation, mais toujours un peu constructive. [...]  
Il y avait toujours quelque chose de l'ordre de la controverse, du fait que les réseaux ont toujours dit on est autonomes, certes c'est l'ARS qui nous finance et nous donne un budget et c'est à nous de décider ce qu'on fait avec. Et on a un conseil d'administration qui pourra ne pas être d'accord avec l'ARS. »



Directeur DAC 1

« Il faut un Conseil d'administration fort qui défend ses positions et qui rappellent qu'on est une structure de droit privée, et qu'on peut avoir nos propres investissements, faire nos choix et qu'on n'a pas à rendre compte de l'utilisation de nos propres fonds associatifs. »

## Une empreinte militante



Pilote MAIA – DAC 3

« Il y a avec ces personnes quelque chose de l'ordre du combat que je n'ai jamais vu dans les MAIA. « Il y a cette volonté de porte drapeau et d'étendard que je ne maîtrise pas encore, car je ne le comprends pas bien encore. [...]. Mais, oui, il y a quelque chose de l'ordre du caractère des réseaux et sans doute liés aux caractères de leurs directeurs et directrices. »

## Vision, valeur et philosophie



Directeur DAC 4

« Les anciens des réseaux, on a appris la gestion de structures à partir de l'expérimentation. Ce qui nous intéressait surtout c'était la philosophie, la vision de la santé des réseaux. Il y avait cette motivation. »



Directeurs DAC 2

« C'est un projet associatif ici avec des gens impliqués bénévolement et qui sont là pour défendre des idées. Une association, ce sont des gens qui sont là par choix pour défendre une vision. »

« Les gens de l'association souhaitent conserver cette autonomie de pensée de ce que doit être le soin, la prise en charge, comment le partenariat doit s'articuler. »



Directeur DAC 1

« L'association lutte beaucoup pour garder nos valeurs, notre cap. »

### Innovation



Directeur de réseau de santé – DAC 11

« Un rôle d'explorateur, de laboratoire d'innovation, de vigie, de veille, d'ajustements continus. »



Directeur DAC 1

« Beaucoup de gens font le même constat que moi, quand on a connu les réseaux qui étaient des dispositifs très agiles, assez petits, qui innovaient beaucoup... »

Ces éléments ont fortement contribué à forger l'identité à la fois collective et individuelle des réseaux et des acteurs qui les constituent. Un regard attentif porté à la sémantique de ces extraits en est d'ailleurs assez révélatrice :

- Libre arbitre, pouvoir décisionnaire, autonomie.
- Revendiquer, confrontation, argumentation, controverse, défendre ses positions, défendre des idées, défendre une vision, lutter, combat, porte drapeau et étendard.
- Vie associative, bureau, gouvernance, conseil d'administration.
- Philosophie, vision de la santé, valeur, innovation, exploration.

### Les MAIA

→ *Le point de départ emblématique : La maladie d'Alzheimer*

Les MAIA sont issues de la mesure 4 du plan Alzheimer 2008-2012. Elles ont d'abord reposé sur un cadre expérimental entre 2008 et 2010. Elle se sont vues consolider dès 2011 par les pouvoirs publics qui les dotent alors d'une base légale et réglementaire.

→ *Une logique top-down*

Les MAIA tiennent leur origine d'une formalisation par les pouvoirs publics, réalisée à partir du niveau national, et pilotée par la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA). Elles ont fait l'objet d'une déclinaison dans les territoires, auprès des acteurs de terrain, dans un second temps, par le biais de professionnels habilités et formés (les pilotes et les gestionnaires de cas), à l'appui d'une démarche et d'outils normés. La naissance des MAIA est donc marquée par un ancrage institutionnel fort, l'inscrivant dans une logique descendante.

→ *Une légitimité scientifique et institutionnelle*

L'intégration constitue le concept majeur à partir duquel se fonde l'action des MAIA. Importée des pays anglo-saxons, elle a fait l'objet d'une importante théorisation et de nombreux travaux de recherche (W. Leutz, 1999 – D. L. Kodner, 2000 – L. Demers, 2005 ou encore D. Somme et al., 2013). « Les théoriciens de l'intégration observent qu'elle est une « façon par laquelle les sociétés développées espèrent maîtriser les tensions et les contradictions qui sont à l'origine des dysfonctionnements de leur système de santé, entre autres fragmentation des soins, l'utilisation inadéquate de compétences, l'accès inéquitable à certains services » (Contandriopoulos, 2000 ; Ackerman, 1992) » (Evaluation des dispositifs MAIA pour le compte de la CNSA, réalisé par Ipso Facto et al., 2017). Elle a vocation à engager l'ensemble des acteurs sur une approche dite populationnelle.

Elle se veut plus large que la coordination en agissant sur plusieurs dimensions : clinique, organisationnelle et institutionnelle ; là, où la coordination se concentre sur le niveau clinique.

Selon Kodner et Kyriacou (2000, cité par Couturier et al., 2011), l'intégration se définit comme « un ensemble de techniques et de modèles d'organisation conçus pour la transmission d'informations, la coordination et la collaboration à l'intérieur et entre les secteurs de traitement ».

Investis d'une aura scientifique reposant sur une méthodologie précise, les pilotes et gestionnaires de cas des MAIA apparaissant comme une innovation pour mettre fin à la logique de fragmentation du système de santé, dans le champ de la gérontologie. A cette légitimité scientifique, s'ajoute une légitimité institutionnelle apportée par les pouvoirs public. Ces deux sources de légitimité auront ainsi précédé une reconnaissance par les acteurs de santé qui s'avèrera, quant à elle, plus difficile à conquérir.

→ *Méthode, normalisation, et rationalisation*

Le modèle des MAIA « est *normatif*, c'est-à-dire porteur d'une ambition nationale claire de rationalisation de l'organisation des services, [...]. L'ambition est de formaliser les missions des professionnels, de simplifier les organisations et d'optimiser la régulation publique » (Bertillot, 2017, p. 11). Il repose sur des mécanismes et des outils normés, définis nationalement, qui ont vocation à être standardisés et intégrés au sein des pratiques de l'ensemble des acteurs en vue d'améliorer l'efficacité de l'organisation du système de santé. Malgré tout, ce modèle est aussi « caractérisé par sa *plasticité* : empreint de théories gestionnaires faisant de la conduite du changement une activité réflexive et contextualisée, il est conçu pour « s'adapter aux territoires » et fait l'objet de déclinaisons hétérogènes [...] » (Ibid.).

Le livret de présentation des MAIA établi par la CNSA en 2014<sup>30</sup> est assez illustratif de cette démarche à travers l'emploi des termes suivants pour présenter cette méthode :

- « Un modèle organisationnel national adapté aux spécificités locales ».
- Ayant vocation à « corriger les dysfonctionnements générés inévitablement par la diversité des acteurs et de leur gouvernance, des financements, des pratiques professionnelles et des organisations ».
- Sur la base d'« outils communs », de « mécanismes », d'un « mode opératoire », de « processus ».

→ *L'évolution sémantique des MAIA : De la « Maison » à la « Méthode »*

Initialement dénommée « Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer », le rapport d'évaluation du Plan Alzheimer 2008-2012, réalisé en 2013, précisera que « cette dénomination malheureuse de « maison » [...] donne à penser que la MAIA est un lieu, un centre, ce qui s'oppose au concept même d'intégration. De plus, les textes ayant élargi la population cible aux personnes âgées en perte d'autonomie, la dénomination « Alzheimer » n'a plus de sens. L'acronyme étant maintenant connu, il faudrait pouvoir le décliner différemment » (Rapport national d'évaluation du Plan Alzheimer 2008-2012, juin 2013, p. 20).

Les MAIA deviendront des « Méthodes d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie ». Le projet expérimental de départ des MAIA évolue donc en devenant une méthode : elles ne sont pas une nouvelle structure mais ont vocation à promouvoir et soutenir un

---

<sup>30</sup> « MAIA, Méthode d'Action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie », Les cahiers pédagogiques de la CNSA, Octobre 2014

nouveau mode d'organisation collectif sur un territoire qui se veut plus efficace (Evaluation des dispositifs MAIA pour le compte de la CNSA, réalisé par Ipsos et al., 2017). Ne constituant pas une entité matérielle, cela explique, dès lors, le choix de ne pas créer des entités physiques spécifiques, en opposition aux réseaux constitués le plus souvent sous la forme associative, mais de les faire porter par des acteurs déjà existants dans les territoires.

→ *Les fondements : l'ADN des MAIA*

Endossant pleinement l'idée de l'intégration, les pilotes « ont la conviction de participer à l'amélioration du système de prise en charge des personnes âgées. [...] Forgé lors de formations, réaffirmé à l'intérieur des collectifs que les pilotes ont constitués, cet engagement axiologique est renforcé par sa dimension collective et partagée. Comme d'autres entrepreneurs de réformes, ils « ont tendance à vivre leur activité comme un sacerdoce » (Bloch et Hénaut, 2014, p. 240) » (Bertillot, 2017, pp.13-14). De plus, cette dimension idéologique se voit conforter à travers une forte valorisation institutionnelle de ces nouveaux métiers de « pilote » et « gestionnaire de cas ».

Evoquant les MAIA, plusieurs acteurs interrogés auront notamment recours aux éléments de langage suivants :



Consultant – Cabinet conseil

« On les a portés aux nues institutionnellement dans pas mal de régions : regardez ça vient du Québec, c'est de la gestion de cas, c'est du case management à la québécoise. »

« Il y a des endroits où oui on fait de la MAIA mais on n'est pas en train de relire la méthode tous les jours. Et d'autres où vraiment c'est la bible ». « Ceux-là, je les appelle, les ayatollahs de la méthode MAIA. »



Pilote MAIA – DAC 3

Un « dogme. »



Pilote MAIA – DAC 6

« Les MAIA ont pu donner une impression de dogmatisme aux acteurs de terrain avec des discours de certains pilotes comme : on va vous apprendre à travailler et à vous organiser, la CNSA et l'ARS nous ont missionné pour vous apprendre à travailler. »

L'usage de termes extrêmes à forte consonnance religieuse comme « dogme », « ayatollah » ou encore « bible » dans les extraits ci-dessus n'est pas anodin. Les pilotes MAIA sont associés, dans les perceptions, aux représentants et garants rigoristes et intransigeants de la mise en oeuvre d'une méthode absolue : l'intégration.

Bien évidemment, ces extraits de verbatims, dont plusieurs émanent des pilotes MAIA eux-mêmes, sont à relativiser et à réobjectiver. Un des acteurs interrogés précisera d'ailleurs : « C'est plus ou moins marqué en fonction des territoires et des équipes » (Consultant – Cabinet conseil), mettant l'accent sur la nécessité de pondérer ces appréciations et stéréotypes. Néanmoins, cela traduit une représentation forte rattachée aux MAIA qui marquera durablement le regard porté sur ces dernières par les acteurs de santé, voire même parfois les tutelles régionales.

De plus, cela révèle une évolution de l'ADN des MAIA conçues, au départ, à partir d'un patrimoine génétique fortement institutionnalisé et évoluant, par la suite, vers une forme d'idéologie confortée et nourrie à travers la logique collective de la communauté MAIA.

TABLEAU 29 : MISE EN MIROIR DES MYTHES ET ELEMENTS D'HISTOIRE DES RESEAUX DE SANTE ET DES MAIA

 <b>Mythes et Histoire : Mise en miroir</b>	
Réseaux de santé	MAIA
<p><b>Origine : Une logique bottom up</b> A l'initiative des professionnels de santé : des dispositifs ancrés sur le terrain</p> <p>→ <b>Emergence spontanée autour de pathologies lourdes et/ou situations chroniques</b> Point de départ dans les années 80 avec le VIH</p> <p>→ Sur la base de <b>développements coopératifs souvent informels</b> lors de la création</p> <p>→ <b>D'abord, la constitution de Réseaux monothématiques</b> (précarité, addictions, cancérologie, soins palliatifs, gérontologie) <u>Forte identité organisationnelle propre à chacun</u></p> <p>→ <b>En 2012, un premier mouvement de changement : l'évolution vers le plurithématisme (DGOS, 2012)</b> Regroupement des Réseaux monothématiques (voir item ci-dessous)</p>	<p><b>Origine : Une logique top down</b> A partir d'un cadrage national institutionnel pour la formalisation et le développement des MAIA</p> <p>→ Le point de départ : <b>Plan Alzheimer 2008</b></p> <p>→ <b>Une phase expérimentale entre 2008 et 2010, puis la généralisation à partir de 2011</b> Les MAIA se voient doter d'un cadre réglementaire</p> <p>→ <b>Une reconnaissance légale rapide à l'appui d'une démarche très formalisée :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Des professionnels habilités et formés : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Création de nouveaux métiers : pilotes et Gestionnaires de cas</li> <li>○ Formations et Diplômes spécifiques</li> </ul> </li> <li>- Des outils et des mécanismes normés</li> </ul>
<p><b>Souplesse, singularité et faible institutionnalisation</b> <u>Conception pragmatique et acceptation d'une forme d'élasticité des configurations organisationnelles</u></p> <p>→ <b>Le revers de la médaille : forte hétérogénéité dans l'activité des Réseaux de santé et un paysage éclaté</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- « <i>Le caractère agile et innovant des réseaux... c'est vrai mais quand ils avaient des porteurs, des monstres sacrés, des innovateurs. Mais cela, vous ne le voyez pas partout. Vous aviez aussi des réseaux, qui étaient des réseaux lanternes qui avaient 200 patients/an.</i> »<sup>31</sup></li> <li>- « <i>Les réseaux de santé, ça partait parfois un peu dans tous les sens, c'était un peu festival</i> »<sup>32</sup></li> </ul> <p>→ <b>Donnant lieu à une restructuration de l'activité des réseaux en 2012 (DGOS, 2012)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Regroupement des réseaux monothématiques : Une étape vécue comme « <i>particulièrement violente pour certains d'entre eux</i> »<sup>33</sup> et qui a pu entraîner leur « <i>disparition</i> »<sup>34</sup>, dans le cadre d'une fusion locale</li> <li>- Définition d'un socle commun de missions et d'objectifs</li> <li>- <u>Mais</u> une organisation qui reste souple, à la main des acteurs</li> </ul>	<p><b>Méthode, normalisation et rationalisation</b> <u>Sur la base d'une configuration organisationnelle normée et homogène bien que contextualisée en fonction des territoires et à l'appui d'une méthode</u></p> <p>→ Une <b>volonté politique de déploiement pour un maillage complet</b> du territoire français</p> <p>→ <b>La MAIA : Une coordination horizontale au service d'une transformation verticale</b>, initiée par les institutions nationales, visant à restructurer le secteur (Bertillot, 2017, p. 27).</p>

<sup>31</sup> Propos recueillis auprès d'un acteur de la FACS nationale

<sup>32</sup> Propos recueilli auprès d'un acteur de tutelle – ARS siège

<sup>33</sup> Propos recueillis auprès d'un ancien directeur de réseau de santé

<sup>34</sup> Ibid.

Source de la légitimité : <b>Le terrain</b>	Source de la légitimité : <b>Scientifique, méthodologique et institutionnelle</b>
<b>Une crédibilité/légitimité acquises au fil du temps :</b> - Par un apprentissage organisationnel collectif - Appuyée par une ancienneté plus importante que les MAIA et revendiquée : « <i>On le faisait déjà avant la MAIA</i> » <sup>35</sup> .	<b>Mais une légitimité et une crédibilité de la MAIA à conquérir auprès des acteurs de terrain :</b> - En raison de son caractère normé et un jargon édicté pas toujours lisible pour les partenaires - Du fait, également, de l'installation antérieure de dispositifs de coordination existants
<b>Evolution du concept de réseau</b> De la logique médicale vers une prise en charge globale multidimensionnelle des patients	<b>Evolution du concept de MAIA</b> De la Maison à la Méthode
<b>Une approche politique des problématiques du système de santé</b>	<b>Une approche technique des problématiques du système de santé</b> La MAIA = Une méthode
<b>Une culture qui s'est construite dans les échanges et la confrontation</b> - Entre Réseaux - Et en opposition parfois avec les tutelles	<b>Une culture imposée qui s'est renforcée collectivement</b> Notamment lors de regroupements nationaux, régionaux ou formations structurées (DU) réunissant les professionnels des MAIA
<b>L'ADN des réseaux : L'idéalité</b>	<b>L'ADN des MAIA : D'un fondement institutionnel au départ vers l'idéologie</b>
- <b>Militantisme et présence de leaders charismatiques</b> - <b>La revendication d'une forme d'indépendance vis-à-vis des tutelles</b> , argumentée par le statut associatif et une gouvernance associative - <b>Vision, valeur et philosophie</b> - <b>Innovation</b>	Une vision dogmatique des MAIA qui marquera profondément les représentations des acteurs de santé et qui constituera, sur certains territoires, un frein à leur adhésion.

## B. Les rites et routines

Nous avons retenu quatre catégories de « rites et routines » qui nous paraissent être plus particulièrement significatives des théories d'usage des réseaux de santé et des MAIA :

- La nature des savoir et savoir-faire de chacune de ces deux entités.
- Leur manière d'appréhender l'approche collective et partenariale.
- Les modalités de prise en charge des patients suivis.
- Leur logique d'actions.
- Et enfin, le recours ou non à un jargon particulier.

Ces éléments sont destinés à nous fournir des indices sur les façons d'agir, les éléments qui ponctuent la vie de l'organisation, ce qui marque l'appartenance au groupe mais aussi sur les modes d'acquisition collective des connaissances qui vont forger les compétences distinctives de l'organisation. La mise en miroir des rites et routines des deux acteurs en présence nous donne ainsi à voir des différences de fond notable :

<sup>35</sup> Propos recueillis auprès d'un ancien directeur de réseau de santé

TABEAU 30 : MISE EN MIROIR DES RITES ET ROUTINES DES RESEAUX DE SANTE ET DES MAIA

<i>Rites et routines :</i> <b>Mise en miroir</b>	
Réseaux de santé	MAIA
<b>Des savoirs et savoir-faire tacites</b>	<b>Des savoirs et savoir-faire explicites</b>
<p>Sur la base :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- D'un <b>apprentissage organisationnel pour co-construire collectivement des solutions</b> à des problématiques complexes rencontrées entre des acteurs de santé dans les territoires</li> <li>- De modes de transmission reposant sur une <b>socialisation par les pairs et l'expérience</b></li> </ul> <p>Acquis notamment lors de rencontres (colloques annuels, fédérations de réseaux, groupes d'analyse de pratiques) entre acteurs des réseaux de santé</p>	<p>Sur la base de modes de transmission et d'apprentissage prenant la forme de <b>formations labellisées et créées spécifiquement</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Diplôme Universitaire de coordinateur en gériatrie → Gestionnaire de cas</li> <li>- Diplôme d'Etablissement « Pilotage territorial : intégration des services d'appui aux personnes en perte d'autonomie » → Pilote MAIA</li> </ul>
<b>Approche collective et partenariale</b>	<b>Approche collective et partenariale</b>
<p>→ Avec les acteurs du territoire :</p> <p><b>Des développements de partenariats corrélés à la stratégie propre de chaque réseau</b></p> <p>→ Entre acteurs des réseaux :</p> <p><b>Développement de logiques fédératives formalisées au niveau national et régional :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- En vue de <b>construire un sens commun</b></li> <li>- Mais aussi dans <b>une optique de lobbying et de représentation auprès des tutelles</b> : une voix collective</li> </ul> <p>A l'initiative des professionnels des réseaux</p>	<p>→ Avec les acteurs du territoire :</p> <p><b>Lors de rencontres et temps d'échanges normés</b> : « Tables tactiques » et « Tables stratégiques »</p> <p>↳ Mécanisme dit de « concertation »</p> <p>→ Entre acteurs des MAIA :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Via des travaux fédérateurs menés conjointement par les Pilotes</b></li> <li>Souvent à l'échelle d'un département et <b>centrés sur l'aspect organisationnel en vue de construire les outils du guichet intégré et accompagner leur appropriation par les professionnels du territoire</b></li> <li>↳ Mécanisme dit du « guichet intégré »</li> <li>- Ces rencontres font partie du cahier des charges des MAIA, <b>créant, de fait, une logique de communauté et corporation des pilotes MAIA</b>, base d'une appropriation commune</li> </ul> <p>Soutenue fortement par les tutelles</p>
<b>Modalités de prise en charge des patients souples</b>	<b>Modalités de prise en charge des patients normées</b>
<p>Critères d'inclusion souples</p> <p>Délais de prise en charge et d'évaluation courts</p> <p>Logique graduelle</p> <p>Pas de volume de patients déterminé par les tutelles</p> <p>Une équipe pluri-professionnelle aux profils divers</p> <p>Absence d'outils normés</p>	<p>Critères d'inclusion précis</p> <p>Délais longs et peu réactifs</p> <p>Logique intensive au long cours</p> <p>Volume de patients fixé dans le cahier des charges</p> <p>Une équipe normée : les gestionnaires de cas</p> <p>Outils et processus standardisés avec des étapes clairement définies</p>
<b>Une logique de missions</b> (DGOS, 2012)	<b>Une logique de mécanismes et processus</b> (Les cahiers pédagogiques de la CNSA, octobre 2014)
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Organiser et planifier le parcours de santé, et orienter la prise en charge du patient en situation complexe</li> <li>- Apporter un appui aux différents intervenants auprès du patient</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La concertation (stratégique et tactique)</li> <li>- Le guichet intégré</li> <li>- La gestion de cas</li> </ul>

<p>- Favoriser la bonne articulation entre la ville et l'hôpital et avec les intervenants des secteurs sanitaire, médico-social et social</p>	
<p><b>Absence de jargon</b></p>	<p><b>Un jargon spécifique</b></p>
	<p>→ <b>Normé et peu lisible pour les partenaires :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gestionnaire de cas</li> <li>- Tables tactique et stratégique</li> <li>- Formulaire d'Analyse Multidimensionnelle (FAMO)</li> <li>- Guichet intégré</li> <li>- Plan de Service Individualisé (PSI), etc.</li> </ul> <p>→ Un pilote MAIA interrogé évoque :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- « Un vocable compliqué »,</li> <li>- « <b>Un jargon imposé par Décret qui n'a pas facilité la compréhension et l'appropriation de cette méthode par les acteurs</b> ».</li> <li>- « Les acteurs avaient l'impression qu'on leur parlait chinois »</li> </ul> <p>→ <b>A cela s'ajoute une forme de défiance des acteurs :</b></p> <p>« Le jargon de la méthodologie peut paraître suspect aux professionnels. La MAIA est parfois vécue comme un dispositif qui « dérange », dans la mesure où son objet est de formaliser les missions des différents acteurs, d'harmoniser les outils du territoire au détriment d'outils « maison » et, <i>in fine</i>, de transformer des pratiques bien ancrées dans le fonctionnement des structures et dans les activités professionnelles » (Bertillot, 2017, p. 16).</p>

### C. Les symboles

Nous avons envisagé les symboles comme des artefacts prenant la forme de marqueurs visibles de l'expression des cultures en présence. Nous avons, dans cette perspective, retenu les objets et attributs suivants :

- Les noms, logos et outils.
- Les métiers, titres et identités professionnelles.
- Les instances de gouvernance et/ou de concertation.
- L'approche de la santé adoptée.
- Et enfin, les concepts de coordination (côté réseau de santé) et d'intégration (côté MAIA), en nous focalisant sur la manière dont ces deux acteurs s'en sont emparés jusqu'à les valoriser comme compétences distinctives et spécifiques à leur cœur d'intervention, allant dans certains cas jusqu'à l'opposition de ces deux missions, voire leur mise en concurrence.

TABLEAU 31: MISE EN MIROIR DES SYMBOLES DES RESEAUX DE SANTE ET DES MAIA

 <b>Symboles :</b> <b>Mise en miroir</b>	
Réseaux de santé	MAIA
<b>Noms et logos individualisés</b>	<b>Noms et logos harmonisés au niveau national</b>
Ouvertement rattachés à l'identité organisationnelle et à l'histoire propres des réseaux	
<b>Outils non labellisés pour les Réseaux</b>	<b>Kit d'outils partagés par les acteurs des MAIA</b>
Absence d'outils normés partagés avec les acteurs	Tels que le FAMO, le référentiel de missions ou encore le ROR (annuaire professionnel).
<b>Métiers, titres et identités professionnelles peu standardisés</b>	<b>Métiers, titres et identités professionnelles normés</b>
<p>Une équipe de coordination, généralement pluridisciplinaire</p> <p><b>Une importance de l'identité professionnelle d'origine :</b> médicale, psychologique, soignante, sociale, etc.</p> <p>Avec la mise en exergue de complémentarités entre ces expertises et métiers spécifiques, perçues comme une plus-value.</p>	<p>- Pilote : responsable du déploiement de la méthode</p> <p>- Gestionnaires de cas : Suivi des situations individuelles de patients.</p> <p>« <i>Le métier de Gestionnaire de cas est un métier particulier, extrêmement codé avec une méthode très précise</i> » (Directeur de DAC interrogé)</p> <p><b>Il apparaît une forme d'effacement de l'identité professionnelle antérieure</b></p>
<b>La gouvernance associative du réseau : Bureau et Conseil d'administration</b>	<b>Les instances de concertation engageant la co-responsabilité de tous les acteurs</b>
Symbole d'une autonomie revendiquée des réseaux, face aux tutelles	Table stratégique et Table tactique
<b>Approche de la santé : médicale</b>	<b>Approche de la santé : médico-sociale</b>
<b>La coordination au cœur des réseaux</b>	<b>L'intégration au cœur des MAIA</b>
<b>Une chaîne d'acteurs modulable et mobilisable en fonction des besoins</b>	<b>« Méthode » présentée comme novatrice en France et valorisée comme compétence distinctive</b>
<p>En ce sens, les réseaux « représentent <u>« l'ensemble des acteurs possibles et des chemins possibles existants à un moment donné pour un type de prise en charge ou un type de pathologie »</u> (Claveranne et Pascal, 2001, p. 337).</p> <p>Ils s'apparentent à <u>des chaînes multi-acteurs modulables en fonction des besoins de santé</u> (selon la nature des cas à traiter, selon la disponibilité des professionnels de soins, selon la volonté des patients, etc.).</p> <p><u>Les chaînes d'acteurs se constituent et désagrègent, tels des arrangements éphémères,</u> pour répondre de façon adaptée à une demande ciblée (Fabbe-Costes, 2005 ; Paché et Spalanzani, 2007) » (Bruyère et Bonafini, 2008, p. 3).</p> <p><b>Une coordination qui s'est construite collectivement au fil du temps par les acteurs eux-mêmes</b></p> <p><b>Qui ne remet pas en cause le fonctionnement interne des acteurs de santé</b></p>	<p>« L'intégration va plus loin que la coopération, qui repose seulement sur un principe de coordination. L'intégration conduit tous les acteurs à co-construire leurs moyens d'action, leurs outils collaboratifs, et in fine à partager les actions elles-mêmes et la responsabilité de leur conduite » (Les Cahiers pédagogiques de la CNSA, Octobre 2014).</p> <p><b>Un mode de rationalisation décliné à travers des mécanismes, outils et processus,</b> définis au sein du cahier des charges national MAIA.</p> <p><b>L'intégration « s'accompagne d'une remise en cause du fonctionnement interne des partenaires</b> (outils utilisés, procédures, moyens, mode d'orientation et missions) et un partage d'outils de gestion et de données afin d'assurer une responsabilité conjointe sur la réponse aux besoins de la population ciblée» (Rapport national d'évaluation du plan Alzheimer 2008-2012, juin 2013, p. 21).</p> <p><b>Un symbole fort des MAIA</b></p> <p>Un pilote MAIA évoque les discours de certains pilotes : « on porte une méthode d'action. <u>L'intégration n'est pas le travail des réseaux, ce n'est pas de la</u></p>

	<p><u>coordination. Nous, ce n'est pas pareil</u> », précisant que, selon lui, c'est « un combat d'arrière-garde ».</p> <p><b>Mais clivant pour les acteurs de santé dans les territoires :</b></p> <p><u>Un changement de pratiques pour les acteurs, auquel s'ajoute :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Un jargon peu accessible</li> <li>- Une démarche très normée</li> <li>- Une logique descendante avec la volonté affichée d'une rationalisation</li> <li>- La présence déjà nombreuse de dispositifs de coordination (comme les réseaux de santé), au moment de l'arrivée des MAIA : une niche déjà fortement investie</li> <li>- Le positionnement de certains pilotes MAIA</li> <li>- L'intégration vue comme une idéologie</li> </ul> <p>→ <u>Source de résistances et de défiance</u></p>
--	--

#### D. Les structures organisationnelles, les systèmes de pouvoir et gestion

Nous avons choisi de représenter les trois dernières composantes du tissu culturel des réseaux de santé et des MAIA de manière regroupée, ces dernières apparaissant étroitement reliées comme le montrent les éléments ci-après :

TABLEAU 32 : MISE EN MIROIR DES STRUCTURES ORGANISATIONNELLES, DES SYSTEMES DE POUVOIR ET DE GESTION DES RESEAUX DE SANTE ET DES MAIA

	<i>Structures organisationnelles :</i> <b>Mise en miroir</b>	
	Réseaux de santé	MAIA
	<b>Un dispositif avec une entité physique</b>	<b>Une méthode</b>
	<b>Une personnalité morale, le plus souvent, sous forme associative</b> Qui apparaît plus souple pour faire fonctionner au mieux les Réseaux de santé	<b>Un portage par un acteur du territoire</b> Pas de personnalité juridique en tant que telle. Parfois « portée » par des Réseaux de santé
	<b>Structuration des Réseaux spécifique à chaque territoire</b> - Fortement reliée à l'histoire des territoires - Lors de la restructuration des réseaux de santé en 2012, le guide de la DGOS précise que : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La finalité n'est pas « <i>de définir un modèle d'organisation unique et généralisable de la coordination</i> »,</li> <li>▪ L'objectif étant « <i>d'éviter toute institutionnalisation</i> ».</li> </ul>	<b>Modèle organisationnel national</b>
	<b>Cadrage général donné par l'ARS</b> Les orientations, objectifs, missions et priorités sont posés, mais <u>laissant autonome les acteurs sur les modalités d'organisation</u>	<b>Cadrage très prescriptif (Cahier des charges national des MAIA) sur l'organisation</b> - Un jargon spécifique - Des mécanismes/processus définis - Des outils mis à disposition - Des processus identifiés

<p>⇒ <b>En synthèse :</b> <b>Une forme de plasticité organisationnelle</b></p> <p><b>Expérience du changement</b> 2012 : Regroupement et évolution en réseaux plurithématiques (initialement monothématiques) Un 1<sup>er</sup> rapprochement, vécu comme particulièrement violent pour un certain nombre de réseaux et qui les marquera profondément :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Impliquant le regroupement d'entités aux fortes identités culturelles spécifiques.</li> <li>- Et ne se conduisant donc pas sans heurts (fermeture de certains réseaux)</li> <li>- Faisant écho à l'enjeu de la réforme des DAC avec le rapprochement des réseaux de santé et des MAIA.</li> </ul> <p><b>Souplesse et pragmatisme</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Contexte de naissance : une crise sanitaire (VIH)</li> <li>- Dispositif construit par et pour les professionnels de santé eux-mêmes</li> <li>- Marge de manœuvre laissée par les tutelles pour l'organisation de ces dispositifs</li> </ul> <p><b>Logique de survie dans un contexte instable pendant longtemps :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Reconnaissance institutionnelle tardive : 2002<sup>36</sup>, pour une définition légale et ne plus constituer une modalité dérogatoire</li> <li>- Financement incertain, composite et non pérenne : 2012, pour la mise en place de CPOM (Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens)</li> </ul>	<p>⇒ <b>En synthèse :</b> <b>Une forme de rigidité organisationnelle</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Organisation normalisée</b></li> <li>- <b>Outils et processus standardisés</b></li> <li>- <b>Rites et routines très codifiés</b></li> <li>- <b>Création de métiers dédiés</b> avec la mise en place de diplômes associés, donnant lieu à la formation d'identités professionnelles fortes reliées à ces métiers</li> <li>- <b>Une reconnaissance institutionnelle importante</b> avec une valorisation de la méthode MAIA, de ses professionnels et un déploiement rapide après l'expérimentation : <u>confortation et assise du modèle MAIA</u></li> </ul>
	<p><i>Systèmes de pouvoir :</i> <b>Mise en miroir</b></p>
Réseaux de santé	MAIA
<p><b>Prédominance de la structure du Réseau en tant que telle :</b> Conseil d'administration</p>	<p><b>Prédominance des tutelles dans la mise en place et le suivi</b></p>
<p><b>Gouvernance territoriale peu présente de l'ARS</b></p>	<p><b>Gouvernance territoriale forte de l'ARS</b> avec une implication du Conseil départemental, en lien avec la CNSA</p>
<p><b>Cadrage « souple » mis en place en 2012 par l'ARS assurant le pilotage régional</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pilotage financier</li> <li>- Détermination d'objectifs dans le cadre de Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, dès 2013.</li> <li>- Mais une liberté d'organisation du dispositif</li> </ul> <p><b>Pilotage national par la DGOS</b> Direction Générale de l'Offre de Soins – Ministère de la santé</p>	<p><b>Fort cadrage mis en place par la CNSA, tant au niveau des ARS que des MAIA</b></p> <p><u>Les ARS ont la charge du déploiement opérationnel, mais le cadre est détenu par la CNSA</u> qui assure :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le financement, déléguant les crédits aux ARS</li> <li>- Le développement et la structuration d'outils nécessaires à la réalisation des missions des acteurs de terrain et de pilotage pour les ARS</li> <li>- La définition de la stratégie à adopter en matière d'informatisation de la gestion de cas</li> <li>- L'animation du réseau des référents ARS en charge des dispositifs MAIA et un appui technique et méthodologique</li> <li>- L'animation du réseau des pilotes MAIA.</li> </ul>

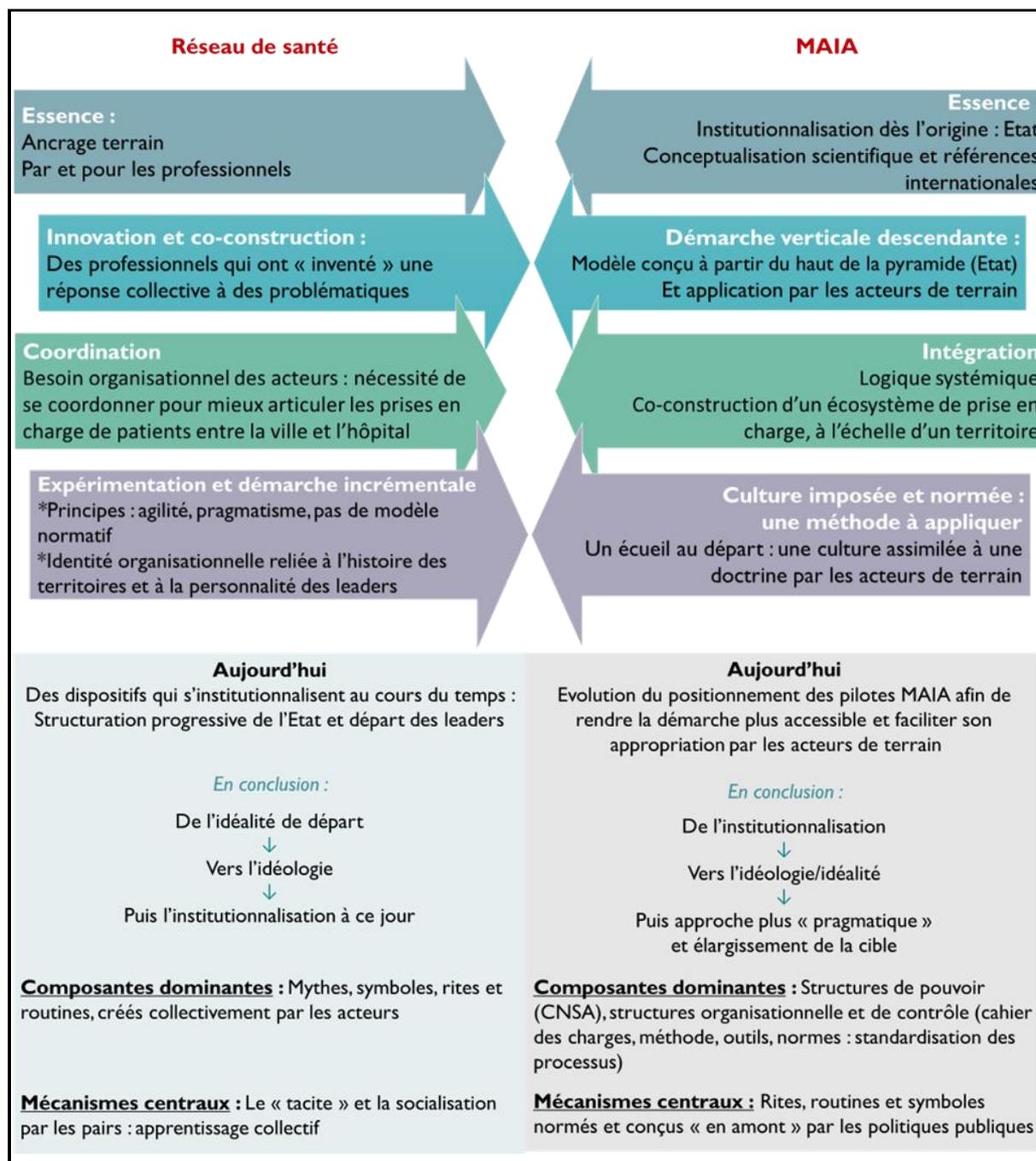
<sup>36</sup> Loi du 4 mars 2002 relative au droit des malades et à la qualité du système de santé

	Celui-ci peut être perçu comme « <i>très prescriptif et rigide</i> », comme cela a été évoqué par un Pilote MAIA, renforcé par les éléments issus du cahier des charges.	
<b>Instances représentatives : une logique fédérative</b> En Ile-de-France : Une fédération financée par l'ARS : RésIF, qui a sa propre identité juridique et des salariés.	<b>Instances représentatives non formelles</b> En Ile-de-France : - Collectif Pilote MAIA - Association des Gestionnaires de cas franciliens Ces structures n'ont pas de salariés	
	<i>Systèmes de contrôle :</i> <b>Mise en miroir</b>	
<b>Réseaux de santé</b>	<b>MAIA</b>	
<b>Structure de contrôle</b> : DGOS / ARS	<b>Structure de contrôle</b> : CNSA / ARS	
<b>Evaluation</b> - Eléments d'évaluation interne peu précis, très larges, sans cadre - Absence d'évaluation externe	<b>Evaluation</b> - Eléments d'évaluation interne reposant sur des éléments quantitatifs normés - Une évaluation nationale externe en 2016	

E. Identification des paradigmes organisationnels au cœur des schémas culturels des dispositifs de coordination étudiés et confrontation

Les résultats exposés ci-dessus nous révèlent des premiers éléments de compréhension permettant de mieux percevoir et identifier les caractéristiques propres à chaque paradigme organisationnel MAIA et Réseaux de santé. Le schéma ci-après en propose un premier niveau de représentation et de synthèse.

FIGURE 37 : SYNTHÈSE DES PARADIGMES ORGANISATIONNELS "RESEAUX DE SANTE - MAIA"



Source : Borel, Cenard (2020), à l'appui du « Tissu culturel » (Johnson et al. 2017)

Nous le constatons, au travers des résultats présentés, les paradigmes organisationnels de ces deux entités apparaissent antagonistes. Tandis que l'un repose sur un enracinement de terrain, très opérationnel ; le second s'inscrit dans une logique verticale descendante, fortement théorisée et standardisée. Pour autant des points de rencontre et des enjeux communs peuvent être identifiés, parmi lesquels :

→ **Une finalité commune : l'amélioration de la qualité de la prise en charge du patient.**

→ **Sens, valeurs et engagement : des notions importantes tant pour les professionnels des réseaux de santé que des MAIA mais aussi pour les nouvelles générations qui arrivent.**

L'engagement des professionnels des réseaux de santé et des MAIA apparaît tout aussi important, comme le souligne leur tissu culturel respectif. Cela constitue, d'ailleurs, une caractéristique majeure des profils historiques encore présents dans ces entités même si leur nature est différente : les acteurs interrogés ayant davantage recours à une sémantique relative au « militantisme », voire au « combat » concernant les réseaux de santé, alors que des verbatims apparentés au « dogme » seront davantage mobilisés pour les MAIA. Le responsable du DAC 6, ancien pilote MAIA, mentionnera ainsi :

 « *Aussi bien les pilotes MAIA que les réseaux, on ne travaille pas dans ces structures par hasard, des investissements forts, presque du militantisme, on est très impliqué.* »

Un acteur de la fédération régionale des DAC utilisera le terme de « don de soi » pour caractériser l'investissement de certains directeurs de réseaux historiques, tandis que Bloch et Hénaut (2014, p.240) souligneront que les professionnels exerçant au sein de dispositifs tels que les MAIA auront « tendance à vivre leur activité comme un sacerdoce ».

Par ailleurs, les verbatims utilisés par plusieurs acteurs interrogés pour qualifier les directeurs de réseaux de santé présents dès l'origine sont également assez symboliques. Ils constituent un marqueur d'une génération d'acteurs, tout en traduisant l'empreinte politique et la dimension charismatique des leaders originels identifiés au sein des mythes :

 Directeur DAC 4  
« *Les anciens des réseaux.* », « *Les vieux.* »

 Acteur de tutelles – ARS siège  
« *Les vieux de la veille.* »

 Acteur de tutelles – ARS DD 3  
« *On a eu des présidents et des directeurs de réseaux, c'était costaud, compliqué... avec certains acteurs qui avaient un rayonnement régional mais aussi national dans certaines fonctions.* »

Néanmoins, nous observons que ces profils tendent à évoluer, notamment dans les réseaux de santé. Un membre de la fédération régionale des DAC décrira l'arrivée récente de nouveaux directeurs dans certains réseaux de santé de la manière suivante :

 « ***Une nouvelle génération.*** »  
« *Beaucoup de personnes viennent de structures de santé, mais qui ne sont pas formatées militantes. Elles sont dans une logique d'être sur la santé publique et l'associatif car ce sont des convictions personnelles. Mais elles ne sont pas militantes comme ont pu l'être certains sur les réseaux de santé.* »  
« *Mais tu as aussi affaire à des personnes qui gèrent leur carrière, ce qu'on avait beaucoup moins avant. C'est une nouveauté. Il y a une vraie attente professionnelle que n'avaient pas les directeurs d'avant qui étaient plus dans un don de soi quasiment.* »

De son côté, un ancien directeur de réseau, actuellement responsable du DAC 4, précisera :

 « ***Les jeunes sont militants autrement.*** »

La notion de sens et de valeurs reste présente mais s'exprime de manière différente, entre les « anciens des réseaux » et l'entrée d'une « nouvelle génération ». Elle ne semble plus s'exprimer à travers un investissement « militant » ou une forme de « sacerdoce ». Dans cette même perspective, pour certains acteurs historiques, les bases sur lesquels ont été fondées les réseaux ont marqué un jalon important et nécessaire mais notent, qu'à présent, la consolidation des réseaux doit reposer sur d'autres ressorts. Un président de réseau de santé interrogé durant la phase exploratoire de notre recherche, au moment de l'expérimentation des PTA (étape pré-DAC) dira :



*« Dans le Sida, il y avait un temps pour Act-Up et il y a un temps pour AIDES. Act-Up a disparu des écrans radars. Mais clairement, c'est AIDES qui a pris le truc et qui a permis de développer la recherche, etc. Là, c'est pareil, il y a un temps pour tout, le temps des militants est terminé ». « Il faut maintenant passer à l'étape au-dessus. Ce n'est pas avec des militants que la fonction réseau pourra durer, certainement pas. »*

Ainsi, un mouvement s'est amorcé dans certains réseaux, avant même la réforme des DAC, avec soit l'arrivée de nouveaux profils, soit une adaptation de la stratégie pour assurer sa pérennité, marquant le passage vers une autre étape du cycle de vie de ces dispositifs. Le mythe du militantisme s'inscrit, dès lors, au rang de la légende qui a, certes, forgé l'histoire et l'identité originelle des réseaux mais qui constitue de moins en moins un levier d'action en usage. Quoi qu'il en soit, une constante demeure : l'investissement, le sens et les valeurs restent extrêmement prégnants que ce soit au niveau des réseaux de santé ou des MAIA mais aussi des générations qui se succèdent, même si cela peut revêtir des formes diverses et être approprié différemment selon les acteurs et les périodes.

→ **L'enjeu de la légitimité dans un contexte « concurrentiel » : une légitimité qui ne repose pas sur un monopole mais qui doit être gagnée auprès des acteurs de santé dans les territoires, tout en s'accompagnant d'une reconnaissance institutionnelle**

Au regard des résultats exposés, il semble que la légitimité institutionnelle conférée à la MAIA ne suffise pas à garantir une reconnaissance naturelle auprès des acteurs de terrain, face auxquels les pilotes MAIA se heurtent à des difficultés d'appropriation de la méthode. Ces derniers se retrouvent dans la position de devoir « imposer la logique d'intégration dans des univers professionnels réticents » (Bertillot, 2017, p. 9), renforcé par une logique descendante et un objectif de rationalisation. Nous l'avons vu plus haut avec les réseaux de santé, ces derniers, en s'institutionnalisant progressivement, deviennent également un outil de rationalisation mais cela est moins explicite, contrairement aux MAIA dont cette dimension est ancrée dans leurs mythes fondateurs. La légitimité des réseaux dans les territoires s'est forgée au fil du temps, dont la construction et la structuration ont été réalisées collectivement par et pour les professionnels de santé eux-mêmes, les reliant intrinsèquement au territoire et au terrain. Ces éléments, mis en miroir, démontrent ainsi qu'une des conditions de réussite essentielle à l'implantation territoriale de tels dispositifs réside dans leur capacité à faire adhérer et embarquer les acteurs de terrain, dont l'investissement repose uniquement sur une dynamique volontaire. De plus, cet accès à la reconnaissance s'inscrit, rappelons-le, dans un contexte « concurrentiel » lié au nombre important de dispositifs de coordination maillant les territoires. Cet écosystème foisonnant apparaît bien souvent peu lisible pour les professionnels de santé, recourant fréquemment au terme de « millefeuilles ». Prendre sa place puis la conforter apparaît, dès lors, d'autant plus complexe.

Par ailleurs, nous avons eu l'occasion de le souligner auparavant, les réseaux ont, en revanche, bénéficié d'une reconnaissance et consolidation institutionnelles tardives les maintenant pendant longtemps dans une situation précaire et instable, s'avérant peu propice à un déploiement et un développement dans des conditions sereines. Ces éléments mettent l'accent, dès lors, sur la nécessité d'une double

reconnaissance à la fois institutionnelle (de la part des pouvoirs publics) et territoriale (de la part des acteurs de terrain).

→ **La question de l'équilibre : Le degré de formalisation et d'institutionnalisation de ces dispositifs**

Leur évolution respective montre une certaine convergence organisationnelle avec une formalisation progressive des Réseaux et, au contraire, une flexibilisation du modèle normatif MAIA par les pilotes afin de favoriser l'appropriation du sens de l'intégration par les acteurs.

Les MAIA traduisent explicitement, dès leur origine, la volonté des pouvoirs publics de rationaliser les modes d'organisation des acteurs dans les territoires. Cette dimension apparaît comme un élément central de leur tissu culturel se reflétant dans ses différentes composantes, que ce soit les mythes fondateurs, les rites et routines, les symboles ou encore la structure organisationnelle. Quant aux réseaux, bien que porteurs d'attentes initiales fortes et d'une forme d'idéalité incarnées à travers la défense d'une vision de la santé, le mythe du militantisme et la revendication d'une forme d'autonomie, ils se sont institutionnalisés au fil du temps. Ils sont devenus « un outil parmi d'autres de la politique de santé » (Robelet et al., 2005, p. 239), ce qui tend « à ôter au concept sa finalité innovante » (ibid.) de départ. Ils constituent, à présent, aux côtés des MAIA, des instruments de formalisation de la coordination dans l'optique de normaliser les pratiques des professionnels de santé dans les territoires. Tandis que cette finalité est clairement affichée pour les MAIA, de par leur émanation institutionnelle, elle apparaît davantage officieuse pour les réseaux de santé, en raison notamment de l'ancrage dominant des composantes sociologiques (mythes, rites et routines, symboles) dans la définition de leur paradigme organisationnel.

Néanmoins, la confrontation culturelle de ces deux dispositifs et leur évolution organisationnelle, entre tendance à l'assouplissement pour l'un et mouvement de formalisation pour l'autre, posent la question de l'équilibre au niveau de leur degré de formalisme et d'institutionnalisation :

- Entre un dispositif très normatif dont les professionnels ont dû mal à s'emparer ;
- Et un dispositif agile et peu cadré, mais potentiellement source d'une très grande hétérogénéité, que ce soit en termes d'offre, de qualité ou encore de répartition territoriale comme l'illustre l'extrait ci-dessous d'un responsable d'ARS :



*« Il n'y avait pas de régions pareilles, pas d'état des lieux pareils. Au niveau des réseaux, c'était tout et n'importe quoi, j'avais appelé ça mon patchwork. »*

*« C'était intéressant dans la mesure où c'était issu de l'initiative des professionnels mais il y avait des endroits où je n'avais pas du tout de liens avec le terrain. »*

De manière sous-jacente, cela soulève également le niveau d'autonomie laissé à ces dispositifs pour s'organiser au sein des territoires et au positionnement des tutelles à leur égard. Cela fait directement écho au contenu du changement que nous avons assimilé à un modèle d'auto-organisation territoriale de santé régulé, à partir du concept holographique de Morgan (1989). Nous aurons l'occasion de prolonger cette réflexion au cours de la restitution des données relatives au processus du changement et, de manière plus fine encore, au moment de la phase d'analyse et d'interprétation de l'ensemble de nos résultats.

→ **Au-delà de la mise en évidence d'éléments communs, la persistance d'un antagonisme culturel fortement ancré et la formation d'univers comportementaux (Argyris et Schön, 2002) concurrentiels**

Malgré l'identification d'éléments communs forts (finalité de l'action, sens, valeurs et engagement) et des enjeux partagés, il n'en demeure pas moins qu'un antagonisme culturel profond demeure entre les

réseaux de santé et les MAIA. Il se traduit, entre autres, par des phénomènes de concurrence et des tensions latentes ou affichées sur certains territoires, comme en témoignent les propos recueillis auprès des tutelles. Ces derniers concernent plus spécifiquement la phase exploratoire de notre recherche, au moment de l'expérimentation des PTA à partir de 2016, constituant une première tentative de rapprochement entre les dispositifs de coordination, avant la création des DAC par la loi de santé de 2019.



Acteur de tutelle – ARS siège

« Chacun de leur côté, il y avait des outils bien définis. Donc c'est vrai qu'on se heurtait à des difficultés avec les territoires qui n'étaient pas les mêmes, la MAIA où ce n'était pas la même chose, etc. »

« A un moment donné, ça a été la folie : MAIA, PAERPA, réseaux, etc. Même nous qui étions dedans, on avait du mal à suivre. »



Acteur de tutelle – ARS siège

« On s'est rendu compte que ça fait peut-être beaucoup de monde et qu'il pouvait y avoir de la **concurrence** entre les dispositifs. »

« Amenons-les à travailler ensemble, d'arrêter à **se tirer dans les pattes**. »



Evaluation nationale des dispositifs MAIA pour la CNSA (Ipso Facto et al., 2017) : propos issus de l'enquête réalisée auprès des ARS et Conseils Départementaux

« On voit à travers les PTA **une concurrence** entre Réseaux et MAIA même en interne des ARS. »

Les MAIA et les réseaux de santé constituent, en quelque sorte, la thèse et l'antithèse d'un paysage hétérogène et morcelé constitué de nombreux dispositifs de coordination, mettant l'accent sur les conséquences inhérentes à cette situation organisationnelle de foisonnement et d'enchevêtrement, se traduisant par l'implantation d'entités à la fois si proches et si éloignées dont souvent les périmètres d'actions et les missions se superposent.

La cause originelle est sans doute à rechercher dans la fragmentation du pilotage des politiques publiques. Ces dispositifs sont bien souvent pilotés par des autorités différentes, elles-mêmes parfois inscrites dans un jeu d'opposition et de concurrence. Nous l'avons vu, au niveau national, les réseaux de santé sont placés sous l'égide du Ministère de la santé (via la DGOS) et les MAIA sous celle de la CNSA. En miroir de cette logique, au sein de l'ARS Ile-de-France, la responsabilité des réseaux de santé relève de la Direction de l'offre de soins et celle relative aux MAIA de la Direction médico-sociale de l'Autonomie ; cette même organisation se retrouvant également déclinée au niveau des délégations départementales. Au mois de juin 2018, la gestation en cours de la réforme des DAC, amène enfin les autorités régionales à faire évoluer cette organisation. Un pôle unique en charge de la convergence des dispositifs de coordination est créé, au sein de la Direction de la Stratégie de l'ARS. Cette dernière dispose d'un positionnement transversal mais aussi plus neutre sans connotation particulière, ni rattachement particulier du DAC à l'un des dispositifs concernés par cette fusion, contrairement à la Direction de l'offre de soins (affiliée aux réseaux de santé et centrée sur une approche médicale) et la Direction de l'Autonomie (associée aux MAIA et à une approche médico-sociale). Cela constitue, dans le processus de changement, une avancée positive. Elle marque la volonté de réorganiser la tutelle institutionnelle pour mieux accompagner la mise en œuvre de la convergence sur les territoires, là où la persistance du cloisonnement institutionnel aura constitué un des écueils principaux des PTA, dispositif préfigurateur des DAC. A travers cette plateforme, il s'agissait d'établir un premier niveau de

convergence des dispositifs de coordination, bien que chacun conserve son autonomie, à travers une forme de mutualisation des compétences et des expertises autour des parcours de santé complexes :



Acteur de tutelles – ARS siège

*« C'était plutôt un regroupement d'acteurs au service des parcours complexes. »  
« Mais ce n'était pas un nouvel acteur, ce n'était pas une nouvelle personnalité juridique. » « Le plus important, ce sont les missions qui sont rendues et pas une logique de structures. »*



Acteur de tutelles – ARS siège

*« C'était un peu les prémisses de faire converger les dispositifs, de passer d'une logique de structures à une logique de missions, on le disait déjà. On ne voulait pas avoir une logique : le réseau fait ci, la MAIA fait ça, le CLIC fait ça, c'est justement une plateforme sur le territoire. »*

Les PTA amorcent, en 2016, un premier virage mettant en exergue une logique de missions communes plutôt que de structures individuelles, introduisant dès lors un changement dans la manière de penser les interrelations des dispositifs de coordination. Néanmoins, cette mesure a rencontré quelques limites, liées notamment au maintien des cloisonnements concernant le pilotage de ces dispositifs, comme l'illustre les extraits ci-après, réalisés auprès de plusieurs acteurs d'ARS, alors en charge des expérimentations PTA menées en Ile-de-France :



Acteur de tutelles – ARS siège

*« L'accueil c'était beaucoup ça, qu'on avait des politiques et organisations qui étaient encore cloisonnées et qui n'ont pas permis les décroissements sur les territoires »  
« On avait des difficultés à mettre en cohérence nos politiques. »*



Acteur de tutelles – ARS siège

*« Et du coup, on a cherché à coordonner les coordonnateurs. Le problème, c'est qu'on n'a pas coordonné les financeurs. »*



Acteur de tutelles – ARS siège

*« Les difficultés qui sont rencontrées au niveau plus stratégique étaient aussi bien au sein de l'agence qu'au Ministère. Par exemple, il y avait des difficultés sur les MAIA et les Réseaux de santé à l'époque parce que ce n'était pas aux mains de la même direction, au sein de l'ARS et même au niveau du Ministère. Ce qui fait que c'était très compliqué de travailler sur la convergence de manière prématurée avant un texte réel qui fonctionne car on avait des freins mêmes au niveau des instances de décision... un frein majeur. »*

Par ailleurs, la PTA a cristallisé les tensions entre les MAIA et les réseaux de santé, et ce tant au niveau des autorités de santé que des acteurs de terrain. Cela se retrouve jusque dans la dimension sémantique à travers la connotation « Réseau de santé » attribuée aux PTA, notamment en Ile-de-France. Cela a constitué un frein important à l'adhésion des MAIA. « Le texte de loi relatif à leur création laisse pourtant une grande marge de manœuvre aux territoires pour l'organisation de ce dispositif, ne fléchissant aucun dispositif de coordination pour son pilotage. Néanmoins, le rattachement des PTA à la Direction de l'Offre de Soins, au sein de l'ARS Ile-de-France (même direction que les Réseaux de santé à l'époque) et le portage des deux expérimentations par des réseaux de santé ont pu être mal perçus. Les PTA, qui auraient pu constituer le cadre de la convergence des Réseaux de santé et MAIA pour leur rapprochement, ont donc laissé la place aux DAC, à partir de 2018 » (Borel et Cenard, 2022):



Acteur de tutelles – ARS siège

*« Je pense qu'il y a eu recherche d'une forme de neutralité, notamment par rapport à la CNSA, qui avait l'impression que les PTA allaient manger les MAIA. Même la Direction de l'Autonomie de l'ARS le disait. »*

*« Ça a été la critique en disant en gros la PTA c'est un joli truc pour emballer le recyclage des réseaux mais c'était plus facile de faire porter ça par les réseaux aussi, parce qu'ils avaient déjà une personnalité morale, que les MAIA n'en avaient pas.*

*Donc je pense que le terme Dispositif d'Appui, il est apparu par rapport à ça : pour éviter de penser que l'un allait manger l'autre. »*

En conséquence, la fragmentation du pilotage et le cloisonnement organisationnel des tutelles ne facilitent pas la construction d'une vision commune entre ces dispositifs de coordination. Cela a donné lieu à la formation de silos culturels qui ont été intensifiés et alimentés par les politiques de l'Etat. Ce phénomène est notamment appréhendé par le concept de la « métaphore de la citadelle », désignant « des normes, valeurs, routines et discours qui sont distinctifs et qui (...) rendent la coordination et la collaboration difficiles, si ce n'est impossible » (Hatch et Cunliffe, 2009, p. 225-226) entre les membres d'une organisation. Nous observons également de manière sous-jacente, dans le discours de plusieurs responsables de dispositifs de coordination, un enjeu lié au territoire et à ses ressources, contribuant à nourrir cette relation concurrentielle, en raison de la multiplicité de ces dispositifs et de leur périmètre d'actions qui souvent se superposent :



Directeur DAC 6

*« Qu'on le veuille ou non, on était parfois sur des missions qui se chevauchent et ça peut créer une concurrence affichée ou non. Mais derrière il y a une notion de patients, de file active, de volumes de patients accompagnés et au bout c'est des financements. »*



Président de réseau de santé – DAC 9

*« La discussion en termes de territoire n'a jamais été : on veut une espèce d'hégémonie mais quelque chose qui est cohérent par rapport au projet qui est porté. »*

*« On ne cherche pas à aller sur d'autres territoires. On fait bien, là où on est. C'est pour ça qu'on s'est battu, par exemple, pour ne pas avoir de compétiteur sur le territoire, qui nous a évité beaucoup de problèmes, qui ont plombé les réseaux récemment, où l'ARS avait laissé proliférer deux-trois réseaux sur le territoire qui évidemment se sont fait la guerre bien entendu. Donc nous, on a toujours fait en sorte de toujours être les seuls sur notre territoire. Donc c'était ça : un seul intervenant sur un seul territoire et on met tout le monde autour de la table. »*

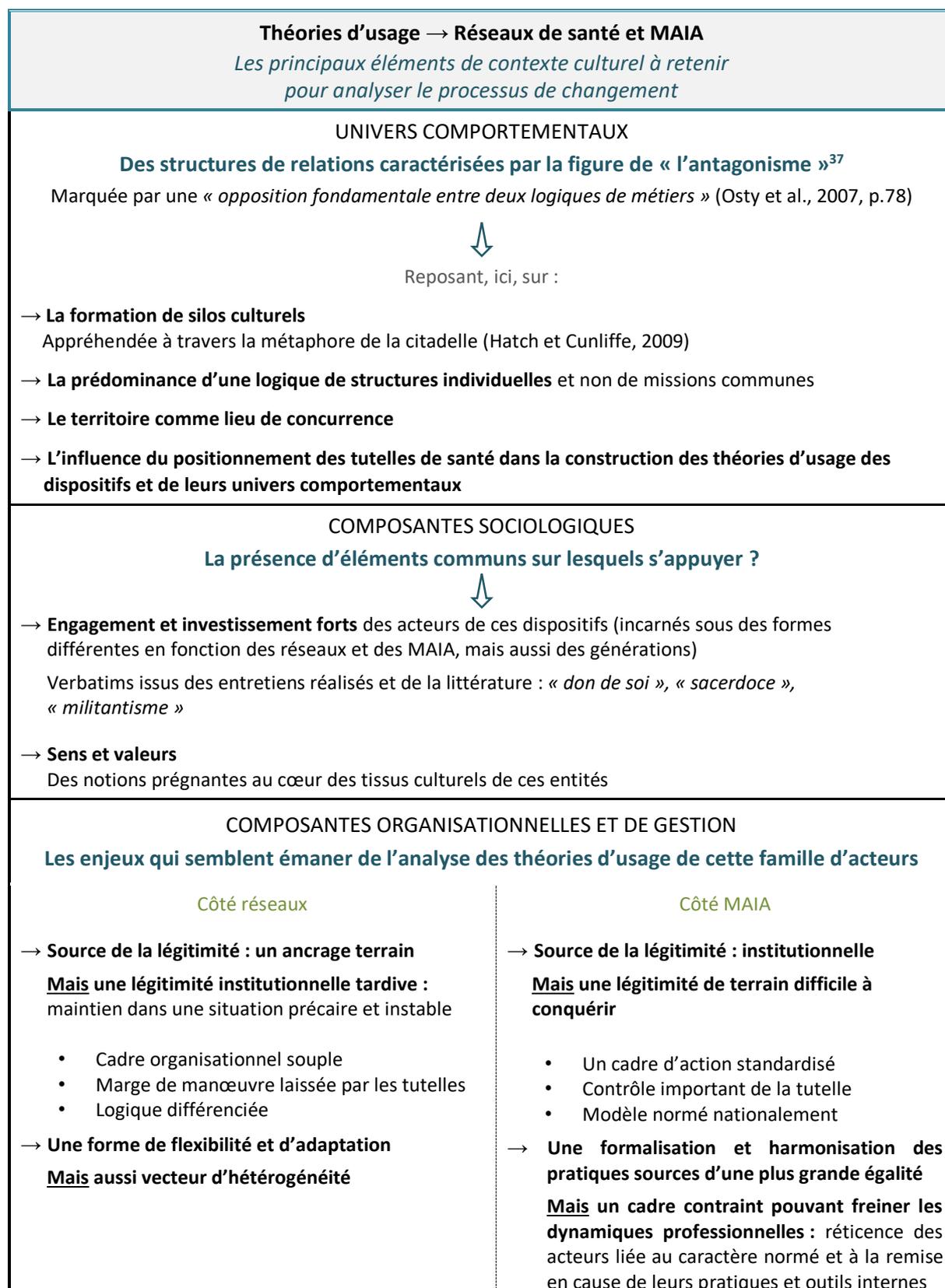
Ainsi, les fondements de la théorie d'usage de chacun des dispositifs de coordination étudiés apparaissent, en partie, dépendants de la posture des tutelles et de l'approche adoptée à leur égard. Ces dernières influent sur les cultures et les univers comportementaux des acteurs à deux niveaux :

- La segmentation du pilotage par les autorités de santé favorise la formation de cultures distinctes et la mise en concurrence de ces dispositifs. Cela est d'autant plus renforcé par des jeux d'acteurs qui se manifestent au niveau même des tutelles, où chacune tend à défendre les dispositifs qu'elles portent afin de répondre à ses enjeux internes propres et qui se translatent ensuite dans les systèmes de relations des acteurs de terrain.

- Leur positionnement à l'égard de ces entités retentit, en partie, sur la nature même de leur culture organisationnelle. Nous l'observons très nettement à travers cette mise en miroir réalisée entre les MAIA et les réseaux de santé : entre une posture de contrôle très cadrée particulièrement prégnante pour l'un et, au contraire, une autonomie laissée aux acteurs malgré une structuration progressive mise en place par le législateur pour l'autre.

Le changement, actuellement en cours, visant la fusion des réseaux de santé et des MAIA, en Ile-de-France est donc marqué par ce contexte culturel et relationnel entre acteurs, fortement induit par les politiques publiques de santé et leur mode de pilotage. Cela a donné lieu à deux entités qui se sont développées selon deux trajectoires parallèles qu'il s'agit, à présent, de dévier en vue d'assurer leur convergence, dans le cadre de la transformation visée.

## Section 3 : Synthèse globale : Représentation des théories d'usage et de l'écosystème des univers comportementaux



<sup>37</sup> Issue de la classification des systèmes de relations réalisée par Osty et al. (2007) identifiant trois ensembles de structures de relations, au sein desquels ils ont distingué sept figures types, dont celle de l'antagonisme.



Cette mise en miroir met en évidence :

**La nécessité d'une double reconnaissance** → L'accès à une légitimité institutionnelle et de terrain

**Le cadre défini par les autorités de tutelles** → Un subtil équilibre à identifier :

- Entre prescription et autonomie
- Entre normalisation et souplesse organisationnelle
- Entre logique intégrée et logique différenciée

### APTITUDE AU CHANGEMENT

#### La capacité à gérer un déséquilibre interne lié à un changement requestionnant les théories d'usage et les univers comportementaux

*Que nous disent à ce stade les tissus culturels des acteurs ?*



Côté Réseaux

Une forme d'élasticité organisationnelle et un dispositif peu intégré



La présence de ressources pour faire face au changement :

- **1ère expérience du changement**
- **Logique de survie**  
Développée par les réseaux qui ont longtemps évolué dans un contexte précaire
- **Flexibilité organisationnelle et cadre peu prescriptif**
- **Peu d'outils et de processus normés**
- **Structuration reposant sur une logique pragmatique**  
Construite par et pour les professionnels de santé pour répondre à leurs besoins
- **Socialisation au long cours et faible formalisation au départ :**  
Institutionnalisation progressive qui reste modérée

Mais un attachement aux mythes et symboles correspondants qui restent très présents :

- **Mythe de l'autonomie et indépendance**  
Incarné à travers les symboles du statut associatif et de la gouvernance associative
- **Attache à l'identité individualisée du réseau**  
Associée à des symboles forts (noms et logos)

Le revers de la médaille



La faible intégration du réseau peut aussi amener une forme de résistance

Face à un changement qui émane des tutelles et qui tend à harmoniser et normaliser davantage

Côté MAIA

Une forme de rigidité et un modèle très intégré



A priori, moins propice à une remise en cause des fondements sur lesquels il repose :

- **Attache prégnante à l'identité professionnelle**  
Reliée aux métiers de Pilote et de Gestionnaire de cas
- **Position dans la hiérarchie du prestige (Crozier, 1994)**  
Valorisation institutionnelle importante de la méthode et des professionnels procurant aux acteurs une certaine assise
- **Structuration dont les fondements s'appuient sur une standardisation des outils, processus et mécanismes mais aussi sur une codification importante des rites, des routines et des métiers**
- **Empreinte idéologique marquée** qui s'est forgée autour du concept d' « intégration » et du « case management »

## Théories d'usage → ARS

*Les principaux éléments de contexte culturel à retenir pour analyser le processus de changement*

### UNIVERS COMPORTEMENTAUX



Environnement externe

**Une capacité d'action limitée de l'ARS**

- **Entre autonomie et dépendance vis-à-vis de l'Etat**
- **Complexité des jeux d'acteurs liés au gouvernement de la santé**
  - A tous les niveaux : Du national au local
  - Et entre les différentes strates
    - Etat : *Administrations centrales et Services déconcentrés*
    - Sécurité sociale : *Assurance maladie et CNSA notamment*
    - Collectivités territoriales : *Décentralisation*
    - Agences : *Externalisation*
- **Un partage des compétences de régulation et des pouvoirs avec d'autres acteurs pour l'exercice de ses missions** : Négociation et compromis



Environnement interne

**Une hiérarchie du prestige valorisant l'ARS siège au détriment des Délégations départementales**



- **Une position d'interface délicate entre :**
  - Les politiques nationales de santé qui restent, de plus, sectorisées et segmentées &
  - Les problématiques des acteurs de terrain qui doivent, pour leur part, s'organiser selon une logique transversale et décloisonnée
- **Importance du poids des systèmes de pouvoir et de contrôle qui régissent les univers comportementaux mais également des rites et des routines**, contribuant fortement au maintien de l'organisation sous sa forme actuelle

### COMPOSANTES SOCIOLOGIQUES

**La théorie d'usage du paradoxe des ARS :  
Le décalage entre le mythe et la réalité organisationnelle**



- **Mythes et symboles prégnants : En concordance avec le paradigme du « parcours »**
  - L'ARS, intrinsèquement liée au parcours dont elle s'appuie sur les fondements (transversalité, décloisonnement, coopération, territorialité, etc.) dans ses mythes et symboles
  - Création des ARS (2009) coïncidant avec les débuts de la généralisation du recours au « parcours » dans les politiques publiques de santé (2010)
- **Un état d'entre deux positionnant l'ARS dans une forme d'ambivalence entre :**
  - D'un côté : Des mythes et des symboles porteurs de valeurs et d'une ambition forte &
  - De l'autre : Un système organisationnel et politique (au sens de Crozier et Friedberg, 1977) régit par des « habitus » (rites et routines) solidement ancrés

## COMPOSANTES ORGANISATIONNELLES ET DE GESTION

Décloisonnement partiel du pilotage des politiques publiques de santé,  
tant interne qu'externe



→ **Persistance du modèle bureaucratique en silo** peu propice à une approche territoriale et transversale selon la logique parcours (renforcée par le maintien du cloisonnement de l'Etat au niveau national)

→ **Des ARS jugées éloignées du terrain et peu réactives :**

Perception des acteurs : « mégastructures », « mastodontes technocratiques »  
(Rapport de la MECSS, 2021)

→ **L'ARS : Etablir le juste emplacement du curseur entre de multiples niveaux et paramètres interconnectés**

Un équilibre à trouver entre :

- Intégration nationale en vue d'une action unifiée des pouvoirs publics et Différenciation territoriale pour s'adapter aux besoins locaux
- Centralisation nationale de l'Etat et Autonomie régionale interrogeant la marge de manœuvre laissée aux ARS
- Entre posture d'incitation ou de contrainte des autorités sanitaires auprès des opérateurs de santé dans les territoires

## APTITUDE AU CHANGEMENT

Enjeu du changement : le passage du mythe à la réalité organisationnelle



→ **Mais** une interrogation sur la capacité d'un tel système à sortir de sa configuration organisationnelle actuelle liée à :

- Son gigantisme en termes de périmètre géographique et de missions : une forme de lourdeur, peu favorable, à priori, au développement d'une forme d'agilité
- Une empreinte bureaucratique importante avec des rites et routines associés fortement ancrés
- Une évolution des métiers et compétences qui reste difficile
- Un système de pouvoir prégnant

→ Pour changer l'organisation, 2 leviers identifiés à ce stade

- **La manière d'exercer les missions de l'ARS** en termes de positionnement et compétences mobilisées

 **Mécanisme central d'influence** : Les rites et routines, à la base des comportements des acteurs, étroitement imbriqués à leur capacité à faire évoluer leurs pratiques, métiers et identités professionnelles.

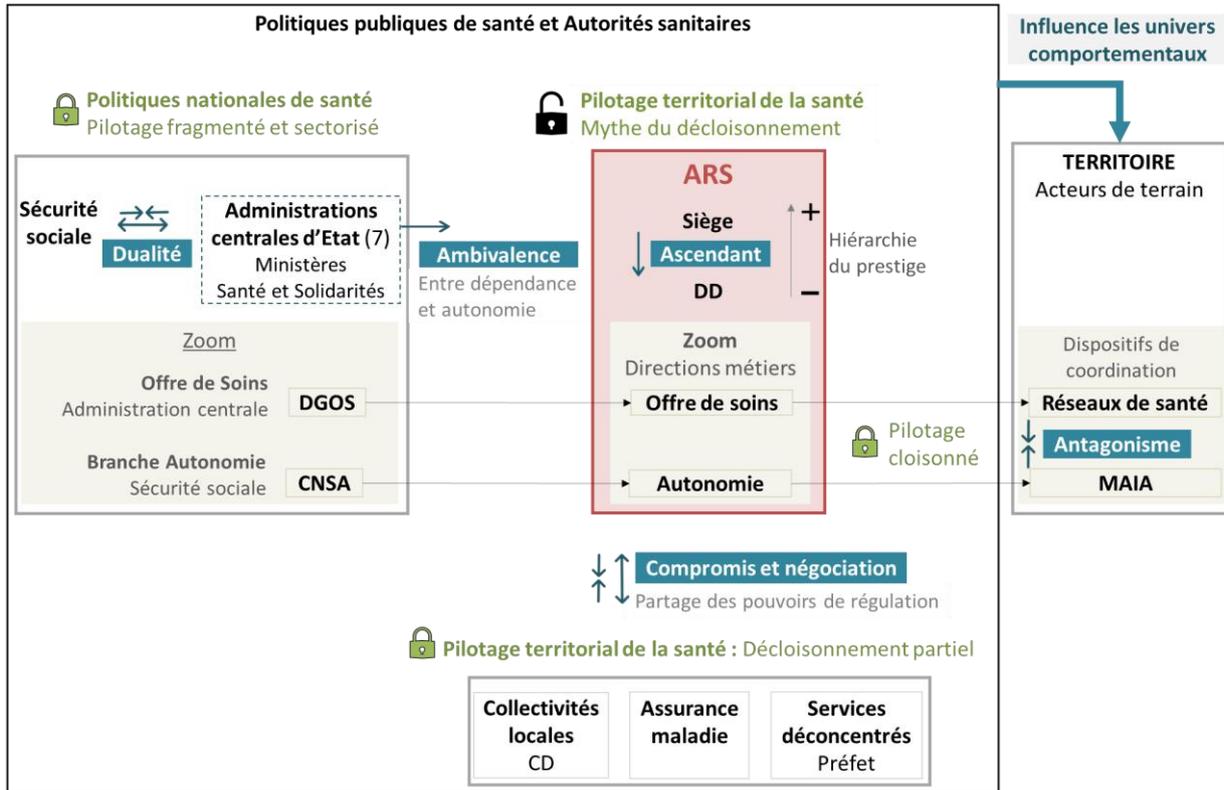
- **La capacité d'action de l'ARS** (*vis-à-vis de l'Etat et des autres parties prenantes externes*)  
&

**De ses délégations départementales** (*vis-à-vis du siège de l'ARS*)

 **Mécanisme central d'influence** : Systèmes de pouvoir et contrôle internes et externes impliquant une remise en cause :

- Des places de chacun et de l'ordre établi en termes de distribution des pouvoirs
- **ET donc** du système relationnel qui régit les rapports entre les acteurs et les normes de hiérarchie du prestige en vigueur

FIGURE 38 : REPRESENTATION DE L'ECOSYSTEME DES UNIVERS COMPORTEMENTAUX DES ACTEURS



### ARS : Au carrefour d'un système relationnel complexe

- Structures de relations marquées par des enjeux de pouvoirs historiques
- Identification des centres de décision délicate :
  - Nombre important de parties prenantes
  - Enchevêtrement des compétences et responsabilités
  - Jeu complexe de régulation entre les niveaux national, régional, local et entre les acteurs stratégiques
- Persistance de la segmentation des politiques de santé et, en conséquence, du pilotage
- Entre deux mondes sociaux :
  - Celui des politiques nationales de santé et de leurs institutions
  - Et celui des territoires et des acteurs de santé

**Influence forte sur les univers comportementaux développés par les acteurs de terrain dans les territoires**

#### LEGENDE :

**Structures de relations** ↔ ↔ → ↓ ↘

**Structures du pilotage** 🔒

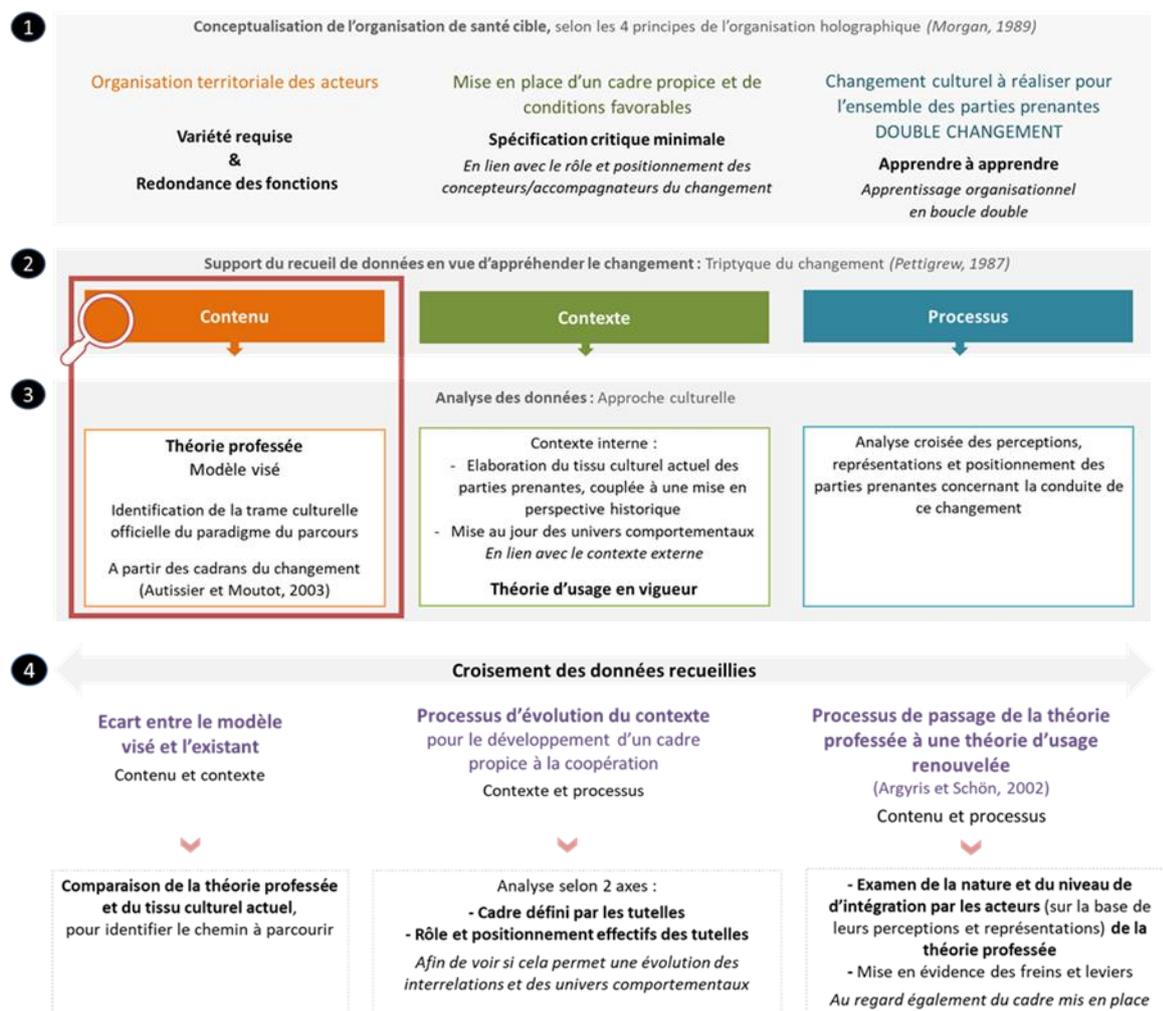
- DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins
- CNSA : Caisse Nationale de Solidarités pour l'Autonomie
- DD : Délégations Départementales
- CD : Conseil Départemental

## Chapitre XII : Contenu du changement

### Section 1 : Théorie professée : Identification de la trame culturelle qui sous-tend le paradigme du parcours

Ce chapitre est consacré au contenu du changement, en référence au triptyque de Pettigrew constituant le support retenu pour la structuration de nos résultats en vue d'appréhender le processus de transformation en cours. Nous nous situons ainsi au stade suivant de notre dispositif empirique :

RAPPEL DE LA FIGURE 32 : LOCALISATION DE PROGRESSION DANS LE DISPOSITIF EMPIRIQUE



Nous avons déjà eu l'occasion, au fil de nos propos, de décrire et conceptualiser le changement visé sous l'angle organisationnel à travers le recours au modèle holographique de Morgan (1989), partant du postulat que les réformes menées consiste à déployer une forme d'auto-organisation territoriale régulée des acteurs de santé dans les territoires, déclinée à travers les 4 principes suivants : redondance des fonctions, variété requise, spécification critique minimale et apprendre à apprendre.

Au centre de ce changement organisationnel, se situe le paradigme du « parcours » que les pouvoirs publics entendent positionner au cœur de la théorie d'usage des acteurs de santé, érigeant ce changement sous un angle culturel. Ce chapitre sera donc consacré à l'identification de la trame culturelle qui sous-tend le paradigme du parcours. L'objectif est de donner corps à ce concept qui, malgré un usage abondant dans les discours des acteurs et textes officiels, conserve une dimension abstraite.

Nous procéderons à l'analyse des éléments de langage et le repérage des mots et éléments clés qui s'y rattachent, en nous appuyant sur la littérature grise collectée.

A. La nature du changement : Une transformation organisationnelle du système de santé, reliée à un changement de paradigme

« Transformation » et « Organisation » sont annoncés comme les maîtres mots du processus de changement en cours du système de santé. L'intitulé de la récente loi « relative à l'organisation et à la transformation du système de santé » du 24 Juillet 2019 est assez équivoque. Mais, ces deux termes se retrouvent également de manière prégnante dans de nombreux textes institutionnels et législatifs, comme l'illustre le tableau ci-dessous remontant jusqu'à 2013.

TABLEAU 33: "TRANSFORMATION" ET "ORGANISATION" : DES MOTS CLES DU DISCOURS OFFICIEL

<p><b>Organisation</b></p>	<p>« <b>Réformer les modalités d'organisation</b> et de financement pour rendre effectives la transversalité et la mise en place de parcours » (SNS 2013).</p> <p>« <b>L'organisation rénovée de la coopération</b> de l'ARS avec l'ensemble des acteurs de la santé, professionnels, institutions mais aussi usagers » (PRS 2013-2017 – ARS Ile-de-France).</p> <p>« <b>Nouvelles organisations</b> » / « <b>Evolutions organisationnelles</b> » / « Réorganisation des méthodes de travail » / « Projets pilotes en matière d'organisation » (SNS 2018-2022).</p> <p>« Organisation des parcours » / « Organisation des soins » / « Organisation des professions de santé » / « Réorganisation de l'offre hospitalière » / « Organisations pluridisciplinaires » / « <b>Organisation d'un maillage territorial multidisciplinaire</b> » / « Concrétiser l'organisation plurielle et interdisciplinaire » (PRS 2018-2022 – ARS Ile-de-France).</p> <p>« <b>Remédier au défaut d'organisation de la médecine de ville et cloisonnement Ville-Hôpital</b> » (Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale – Synthèse – 10/2018 - Cour des comptes).</p> <p>« Une organisation des professionnels de santé de ville rénovée et plus collective » / « <b>Financer de nouveaux modes d'organisation</b> » (Ma Santé 2022).</p> <p>« <b>Simplifier les organisations</b> » (Ségur de la Santé 2020).</p>
<p><b>Transformation</b></p>	<p>« Opérer <b>une transformation en profondeur</b> de notre système de santé » (SNS 2013).</p> <p>« <b>Transformation de l'offre de santé des territoires</b> », « de l'offre médico-sociale », « du système de santé », « numérique », « de grande ampleur » (SNS 2018-2022).</p> <p>« <b>Transformation territoriale</b> des organisations de santé » / Le PRS est construit autour de cinq « axes de transformation » / « Transformation par les projets » (PRS 2018-2022 – ARS Ile-de-France).</p> <p>« Permettre aux usagers et aux professionnels d'être des <b>acteurs de la transformation</b> » (Contribution du HCAAM à la stratégie de transformation de notre système de santé - Avis et Rapport 2018).</p> <p>« <b>Transformation profonde</b> du système de santé » (Ma Santé 2022).</p>

Dans le cadre de sa contribution à la réflexion sur Ma Santé 2022 (Avis et Rapport, 2018), le HCAAM évoque le besoin d'une véritable « réforme systémique », se prononçant en faveur « d'un scénario de rupture ». Bien que tout le monde s'accorde sur les problématiques et les transformations à entreprendre et malgré les nombreuses tentatives déjà menées dans ce sens, nous échouons à faire véritablement évoluer le système de santé. Ce dernier reste figé dans ses grandes caractéristiques héritées des années 1960-1970. « Soixante ans après, il nous faut oser changer de paradigme et répondre par une réforme d'ensemble aux difficultés que l'on voit s'amplifier chaque jour ». Ainsi, le HCAAM va plus loin en affirmant que la réforme visant la transformation organisationnelle du système

doit se fonder sur un changement de paradigme, nécessitant un questionnement du cadre de références actuel et donc la manière de voir et penser l'offre de santé. Le parcours de santé, comme nous avons pu l'évoquer précédemment, semble pour les pouvoirs publics constituer ce nouveau paradigme, comme l'atteste son usage dans les extraits présentés ci-après :

« **L'organisation des soins doit être décloisonnée, articulant les interventions des professionnels, services et établissements sanitaires et médico-sociaux d'un territoire donné autour de parcours** dans lesquels le patient est lui-même acteur de sa santé et de sa prise en charge. » (SNS 2013).

« La cohérence des parcours de santé des usagers requiert une approche intégrée entre prévention, soin et prise en charge médico-sociale » / « **Assurer à chaque Francilien un parcours de santé** lisible, accessible et sécurisé » (PRS 2013-2017 – ARS Ile-de-France).

**Une définition du parcours est donnée dans la loi à travers l'article 1 de la LMSS 2016** : « Ces parcours visent, par la coordination des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux, en lien avec les usagers et les collectivités territoriales, à garantir la continuité, l'accessibilité, la qualité, la sécurité et l'efficacité de la prise en charge de la population, en tenant compte des spécificités géographiques, démographiques et saisonnières de chaque territoire, afin de concourir à l'équité territoriale ».

A titre d'illustration, il apparaît à 52 reprises dans la Stratégie nationale de santé 2018-2022 et 292 fois au sein du PRS 2018-2022 de l'ARS Ile-de-France<sup>38</sup>.

Mais que recouvre le paradigme du « parcours de santé » pour les pouvoirs publics ? Afin de répondre à ce questionnement, nous avons réalisé une analyse lexicale des textes et discours officiels en vue de mettre en exergue la théorie professée des pouvoirs publics, sous-tendue par le paradigme du parcours.

B. [Les cadrans du changement d'Autissier et Moutot \(2003\) pour mettre en exergue les mots clés qui caractérisent une organisation pensée sous l'angle du paradigme du parcours de santé](#)

Afin de réaliser une restitution de ces résultats, nous avons eu recours à une représentation s'appuyant sur les cadrans du changement d'Autissier et Moutot (2003). Cet outil constitue un modèle d'analyse des impacts du changement prenant appui sur les travaux de Kanter relatifs à la roue du changement (1990). Il est constitué de huit dimensions organisationnelles pouvant potentiellement, à des degrés divers en fonction des contextes, être affectées par une action de changement. Ces dernières sont : l'organisation, le fonctionnement, le management, les outils, les critères de performance, le comportement, les compétences et la culture, allant des aspects les plus visibles de l'organisation aux éléments les moins aisément perceptibles. Les auteurs de ce modèle l'ont conçu comme un outil d'aide à l'identification du niveau de changement global et de la nature des impacts, permettant de distinguer les dimensions les plus concernées.

L'usage que nous en faisons est détourné de cette visée initiale. Notre but est ici de représenter les « mots clés » qui sous-tendent le paradigme du parcours, situé depuis plusieurs années au centre des réformes de santé, et la nature de l'usage de ces termes à travers leur classification à partir des axes définis par le modèle des cadrans du changement.

---

<sup>38</sup> Extraction brute

### C. Le cadre de référence retenu pour l'analyse de la théorie professée des pouvoirs publics

L'identification de ces mots clés a été effectuée par recoupement entre les différents documents de cadrage nationaux et régionaux. Nous avons ensuite tenté de repérer la nature de l'usage des mots clés et d'en réaliser une typologie, à l'aide du modèle d'Autissier et Moutot (2003).

Pour ce faire, il nous a fallu, en amont, définir un périmètre d'analyse. Dans ce cadre, nous avons retenu 2009-2022 comme période de référence pour l'analyse du contenu de ce changement. L'année 2009 voit la promulgation de la loi HPST (21 juillet 2009) marquant, selon nous, un moment de transition. Bien que l'emploi du « parcours » y reste marginal puisqu'il n'est utilisé qu'à deux reprises dans un contexte ciblé et limité au seul périmètre des soins, cette loi acte la création des ARS. Intrinsèquement liées à l'essor du parcours et à l'évolution de la représentation des territoires, elles doivent incarner en quelque sorte ce nouveau paradigme alors en gestation et qui va progressivement prendre place dans le discours officiel. La mise en place des ARS est justifiée par la nécessité de décloisonner, d'unifier et d'apporter de la transversalité entre les secteurs hospitalier, médico-social, de la prévention et de la médecine de ville afin de casser l'organisation « en tuyau d'orgue » (Evin, 2019) et améliorer la fluidité des parcours des patients. En outre, cela reflète la volonté d'un ancrage territorial des politiques de santé, à un niveau régional qui apparaît comme l'échelon pertinent pour assurer leur déploiement et leur adaptation aux besoins et spécificités locales.

Comme nous avons pu le voir dans la première partie de cette recherche, les années 2010 seront ensuite marquées par l'ascension, puis la généralisation, de l'usage du « parcours de santé » au sein des politiques nationales de santé (Féry-Lemonnier, Monnet et Prisse, 2014), sous l'impulsion des travaux du HCAAM<sup>39</sup>. Il figure dans chacune des lois de financement de la Sécurité Sociale à partir de 2012 ainsi que dans de nombreux plans de santé publique. L'optimisation des parcours de santé est au cœur de la première stratégie nationale de santé annoncée en 2013. Fondée « sur les notions de parcours du patient, d'échanges, de coopération entre les professionnels de santé, de coordination ville-hôpital et de démocratie sanitaire développées dans le cadre des territoires » (Feuille de route SNS 2013), elle a vocation à définir un cadre d'actions commun et partagé par l'ensemble des acteurs de santé. Ce dernier se matérialise ensuite via un certain nombre de lois, plans programmes en vue d'assurer sa transcription opérationnelle. « L'appel à une « stratégie nationale » a ainsi une triple fonction : signaler une ambition politique forte ; témoigner d'une volonté d'innover, à rebours des habitudes et des cultures acquises ; attester un engagement en faveur de la concertation et du rassemblement autour d'une vision partagée » (Heard et Crémieux, in Bourdillon et al., 2016). Elle entend donner « un référentiel ou paradigme commun qui énonce à la fois le cadre d'interprétation des problèmes à résoudre et les principes normatifs qui devront guider l'action réformatrice » (Ibid.).

Aujourd'hui encore, les orientations récentes continuent à s'inscrire dans cette lignée à travers la seconde stratégie nationale de santé pour la période 2018-2022 et Ma Santé 2022. Celle-ci constitue l'un des piliers législatifs pour le déploiement opérationnel de cette feuille de route visant « la refonte du système de santé en profondeur » (Ministère des solidarités et de la santé, « Ma santé 2022. Un engagement collectif », Dossier de presse du 18 septembre 2018), dans la continuité de l'ambition déjà affichée avec la SNS 2013 (« refonder en profondeur notre système de Santé » - Feuille de route).

« Les dynamiques de changement ne peuvent porter leurs fruits que si elles parviennent à fournir de nouvelles capacités de penser et d'agir à un grand nombre d'acteurs en présence (professionnels,

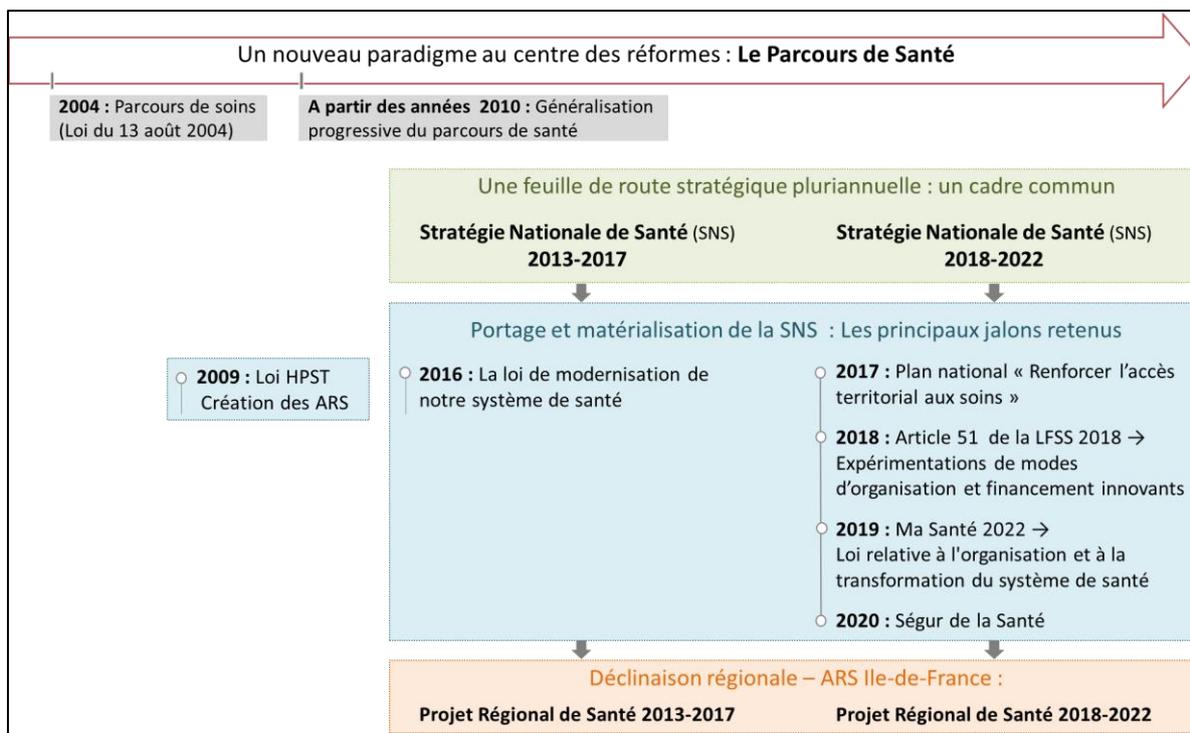
---

<sup>39</sup> Cf. glossaire.

médecins ou non, usagers, associations, professionnels de la santé publique, industries, chercheurs, étudiants, etc.) dont les cultures professionnelles sont diverses et qui ont des intérêts divergents.

Pour faire bouger les intérêts en présence, pour faire évoluer les institutions et induire de nouvelles pratiques, la SNS a parié sur un « apprentissage collectif », en énonçant un cadre cognitif et normatif cohérent et intégrateur [...]. C'est bien que, selon le mot de Bruno Palier, « les gouvernements doivent d'abord chercher à changer les points de vue avant de changer de politiques publiques ou d'institutions » » (Heard et Crémieux, in Bourdillon et al., 2016). L'analyse lexicale sur cette période doit donc ainsi nous permettre de mettre en lumière la théorie professée de cette nouvelle organisation visée qui place le parcours comme le nouveau paradigme organisationnel des acteurs de santé.

FIGURE 39 : REPRESENTATION DE LA PERIODE DE REFERENCE ET DES TEXTES PRINCIPAUX RETENUS



Auxquels s'ajoutent des documents annexes complémentaires représentant des sources secondaires :

- Stratégie de transformation du système de santé (Dossier de Presse – Février 2018) : en vue de la préparation de la loi santé 2019.
- Contribution du HCAAM à la stratégie de transformation de notre système de santé (Avis et Rapport - 2018).
- Rapport de la Cour des comptes sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale (Synthèse - Octobre 2018).
- « Journée francilienne de la recherche-innovation : Innover en santé » du 26 juin 2019 organisée par l'ARS Ile-de-France.
- Rapport « Experts, acteurs, ensemble... pour une société qui change » de Denis Piveteau, remis au Premier Ministre en 2022.



<p><b>Continuité (versus Rupture)</b></p>	<p>« Eviter les ruptures » (SNS 2013)</p> <p>« Risque de rupture » (PRS 2013-2017 – ARS Ile-de-France)</p> <p>« Rupture des parcours » (SNS 2018-2022 et PRS 2018-2022 de l'ARS Ile-de-France)</p> <p><i>Versus</i></p> <p>« Continuité des prises en charge » (SNS 2013/2018-2022, PRS 2013-2017/2018-2022 de l'ARS Ile-de-France, Ma santé 2022)</p> <p>« Repenser l'accompagnement dans sa continuité et sa globalité » (PRS 2013-2017 – ARS Ile-de-France)</p>
<p><b>Décloisonnement</b></p>	<p>« <b>Organisation décloisonnée</b> » (SNS 2013)</p> <p>« Réponses décloisonnées » / « Recherche de décloisonnement et de transversalité » / « Décloisonnement entre les différents professionnels et institutions » / « <b>La volonté politique qui a porté les ARS avait pour mot d'ordre le décloisonnement</b> » (PRS 2013-2017 – ARS Ile-de-France)</p> <p>« Mieux soutenir les innovations qui décloisonnent la ville et l'hôpital » (Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale - Synthèse - Octobre 2018 - Cour des comptes)</p> <p><b>Objectif affiché dans Ma santé 2022 : « Décloisonner »</b></p>
<p><b>Maillage</b></p>	<p>« Maillage de l'offre » (SNS 2018-2022)</p> <p>« <b>Maillage territorial</b> » / « Maillage de proximité » / « <b>Maillage des ressources, de structures, d'équipements</b> » (PRS 2018-2022 – ARS Ile-de-France)</p>
<p><b>Proximité</b></p>	<p>« Soins de proximité » / « <b>Proximité territoriale</b> » / « Le soutien à la constitution d'équipes pluri-professionnelles de proximité, organisées autour du médecin traitant et en articulation avec l'hôpital et les soins spécialisés, est un des axes prioritaires d'action de la SNS » (SNS 2013)</p> <p>« Action de proximité » / « Echelle de la proximité » / « <b>Territoire de proximité</b> » / « Proximité de services » / « Offre de proximité » (PRS 2013-2017 – ARS Ile-de-France)</p> <p>« <b>Réseau territorial de proximité</b> » (Contribution du HCAAM à la stratégie de transformation de notre système de santé - Avis et Rapport 2018 )</p> <p>« Répondre aux besoins de soins en proximité » / « <b>Hôpital de proximité</b> » (Ma Santé 2022)</p>
<p><b>Territoires</b></p>	<p>« Service public territorial de santé » / « <b>Faire le choix de l'action territoriale avec les agences régionales de santé</b> » / « en privilégiant une <b>logique territoriale</b> » / « Pacte Santé Territoire » / Fonctions de « coordonnateur/animateur de territoire » (SNS 2013)</p> <p>« Conduire une politique de santé partagée avec tous les acteurs au plus près de la réalité des territoires » / « Rénover l'approche territoriale de la santé » / « <b>La territorialisation de l'action</b> » (PRS 2013-2017 – ARS Ile-de-France)</p> <p>Création de dispositifs territoriaux : « Platerformes territoriales d'appui », « Groupement hospitalier de territoires », « Communautés professionnelles territoriales de santé », « Conseil territorial de santé » (LMSS 2016)</p> <p>« Co-construire un projet d'animation et d'aménagement du territoire par les professionnels de santé, les usagers, les institutions et les élus des territoires » (Plan pour l'égal accès aux soins dans les territoires - 10/2017)</p> <p>« Projets de santé adaptés aux spécificités de chaque territoire » / « Accompagner les dynamiques issues des territoires » (SNS 2018-2022)</p> <p>« <b>Dynamique territorialisée</b> » / « Fonctionnement en équipes territoriales » / « Coalitions territoriales multi-acteurs » / « <b>Territoire de coordination</b> » / « Parcours de santé territorialisés » / « <b>Approche différenciée en fonction des territoires</b> » /</p>

	<p>« Approche territoriale constitue le niveau et le levier principal d'actions » avec plusieurs niveaux de territoires (PRS 2018-2022 – ARS Ile-de-France)</p> <p>« <b>Constituer un réseau territorial de proximité fortement intégré</b> » (Contribution du HCAAM à la stratégie de transformation de notre système de santé - Avis et Rapport 2018)</p> <p>« <b>Rassembler la ville et l'hôpital autour d'un projet de santé de territoire</b> » / « La réussite de Ma santé 2022 se jouera sur les territoires » / « <b>Parmi les chantiers prioritaires : L'organisation territoriale</b> » (Ma Santé 2022)</p> <p>« <b>Fédérer les acteurs de la santé dans les territoires</b> au service des usagers » (Séguir de la santé 2020)</p>
L'utilisateur « au cœur du système »	<p>« Cette approche des parcours de santé revendique de <b>placer les besoins des populations au cœur de l'organisation de la réponse</b> à l'échelle de la proximité, alors que jusqu'à aujourd'hui c'est une logique de production de services cloisonnés qui prédominait dans la planification de l'offre de santé. » (PRS 2013-2017 – ARS Ile-de-France )</p> <p>« <b>Placer le patient au cœur du système</b> » (Ma Santé 2022)</p>

## 2) « Fonctionnement – Relations »

### Verbatims sous-jacents à la théorie professée du paradigme du parcours :

- Co-construction, coopération, coordination, convergence (DAC)
- Coalition, collectif, réseau
- Implication de l'utilisateur

TABLEAU 35 : DIMENSION "FONCTIONNEMENT ET RELATIONS"

Théorie professée	Extraits de verbatims issus des discours officiels
<b>Co-construction</b>	<p>« Construction d'une vision partagée » (PRS 2013-2017 – ARS Ile-de-France )</p> <p>« <b>Co-construire un projet d'animation et d'aménagement du territoire</b> par les professionnels de santé, les usagers, les institutions et les élus des territoires » (Plan pour l'égal accès aux soins dans les territoires - 10/2017)</p> <p>Le territoire de coordination « est choisi par les professionnels qui co-construisent des projets » / « <b>Outils co-construits</b> » / « <b>Co-construire des parcours</b> » / « <b>Une logique de co-construction des projets</b> » (PRS 2018-2022 – ARS Ile-de-France )</p> <p>« Parcours de soins co-construits » / Art 51 de la LFSS 2018 : « 54 porteurs de projet ont été choisis pour co-construire l'expérimentation nationale de 3 modèles d'organisation et de financement » (Ma Santé 2022)</p>
<b>Coopération</b>	<p>« <b>Faire de la coopération un mot d'ordre</b> pour la qualité et l'efficacité de l'offre de santé » (PRS 2013-2017 – ARS Ile-de-France)</p> <p>« Formes innovantes de coopération » / « Initiatives locales de coopération » / « <b>Coopérations pluridisciplinaires</b> » (SNS 2018-2022)</p> <p>« <b>Projets coopératifs</b> » / « <b>Coopération entre les acteurs locaux</b> » / « <b>Coopérations territoriales</b> » / « Coopération entre les différents secteurs » / « Le parcours de soins s'inscrit dans la durée, fait appel à de nombreuses compétences professionnelles, ambulatoires et hospitalières et nécessite une coopération entre tous les acteurs » (PRS 2018-2022 – ARS Ile-de-France)</p> <p>« Coopérations en proximité » (Ma santé 2022)</p>

<p><b>Coordination</b></p> <p><b>Convergence (DAC)</b></p>	<p>« <b>Favoriser des jeux coopératifs</b> » (Contribution du HCAAM à la stratégie de transformation de notre système de santé - Avis et Rapport 2018)</p> <p>« <b>Travail en équipe et coordonné</b> à l'échelle d'un territoire » / « Instances de coordination » / « Intervention mieux coordonnée de tous les acteurs sanitaires et médico-sociaux » (SNS 2013)</p> <p>« Coordination » territoriale, des pratiques, des acteurs, des moyens, des politiques publiques / « Structure d'exercice coordonné » / « Mode d'exercice coordonné » / « Services numériques d'appui à la coordination » (SNS 2018-2022)</p> <p>« <b>Coordination et structuration des complémentarités entre professionnels</b> » / « Coordination des parcours » (PRS 2013-2017 – ARS Ile-de-France)</p> <p>« <b>Coordination des acteurs</b> » / « Territoire de coordination » (PRS 2018-2022 – ARS Ile-de-France)</p> <p>« <b>Exercice coordonné</b> (lien CPTS) » / « Protocoles de coordination » / « Coordination Ville-Hôpital » (Ma santé 2022)</p> <p>« Convergence des politiques publiques » (PRS 2013-2017 – ARS Ile-de-France)</p> <p>« Convergence » des dispositifs d'appui à la coordination (SNS 2018-2022 et PRS 2018-2022 de l'ARS Ile-de-France)</p>
<p><b>Coalition</b></p> <p><b>Collectif</b></p> <p><b>Réseau</b></p>	<p>« Des <b>coalitions d'acteurs</b> doivent donc apparaître et se structurer dans l'ensemble de la région Île-de-France » / « <b>Coalitions territoriales multi-acteurs plus autonomes</b> » / « Soutenir l'action des promoteurs locaux de santé (associations, collectivités, etc.) en les aidant à se structurer en <b>coalitions, coopératives et alliances.</b> » (PRS 2018-2022 – ARS Ile-de-France)</p> <p>« L'ambition de Ma santé 2022 est de <b>créer sur les territoires un véritable collectif de soins</b> qui associe les professionnels de santé de tous les métiers, les hôpitaux, les professionnels de ville et du secteur médico-social. Tous ces acteurs [...] doivent rassembler leurs compétences, leurs moyens et leurs énergies, et les mettre pleinement au service de la santé des patients de leur territoire. » (Ma santé 2022)</p> <p>« <b>Intégration, travail en équipe et en réseau, coopération, coordination et structuration des complémentarités entre professionnels</b> » / « Mettre en réseau les professionnels » (PRS 2013-2017 – ARS Ile-de-France)</p> <p>« Constituer un réseau territorial de proximité fortement intégré » (Contribution du HCAAM à la stratégie de transformation de notre système de santé - Avis et Rapport 2018)</p>
<p><b>Implication de l'utilisateur</b></p>	<p>« <b>Participation</b> des usagers » / « <b>Représentation</b> des usagers » (SNS 2013)</p> <p>« <b>Place</b> des usagers dans le système de santé » / « <b>Associer</b> les usagers » / « <b>Usagers comme acteurs de leurs parcours</b> » / « Impliquer les usagers » (SNS 2018-2022)</p> <p>« <b>Le pouvoir d'agir de l'utilisateur</b> » / « Des dynamiques locales, appuyées sur des professionnels et des usagers » (PRS 2018-2022 – ARS Ile-de-France)</p>

### 3) « Management »

#### Verbatims sous-jacents à la théorie professée du paradigme du parcours :

- Faire confiance aux acteurs, autonomie et participation des acteurs

- *Soutien et appui sur les :*
  - Dynamiques issues des territoires
  - Initiatives des professionnels
- Territorialisation et Animation territoriale de l'ARS
- *Positionnement des tutelles :*
  - Accompagner, Soutenir, Appuyer, Encourager, Faciliter
  - Détecter, Faire émerger, Susciter, Stimuler, Promouvoir
  - Orchestrer, Coordonner, Assembler
  - Dialoguer, Concerter, Collaborer, Construire avec
  - Favoriser l'apprentissage et le développement de capacités

TABLEAU 36 : DIMENSION " MANAGEMENT"

Théorie professée	Extraits de verbatims issus des discours officiels
<p><b>Faire confiance aux acteurs</b></p> <p><b>Autonomie des acteurs</b></p> <p><b>Participation des acteurs</b></p>	<p>« <b>Pacte de confiance</b> à l'hôpital » (SNS 2013)</p> <p>« <b>Faire confiance aux acteurs des territoires</b> pour construire des projets et innover » (Plan pour l'égal accès aux soins dans les territoires – 10/2017)</p> <p>« Faire confiance aux acteurs » (SNS 2018-2022)</p> <p>« <b>Travailler ensemble et en confiance</b> » au sein des territoires de coordination</p> <p>« / « Une nouvelle méthode : faire confiance aux acteurs des territoires pour construire des projets et innover dans le cadre d'une responsabilité territoriale » (PRS 2018-2022 – ARS Ile-de-France)</p> <p>« Faire confiance aux acteurs des territoires » (Ma Santé 2022)</p> <p>« <b>Donner aux acteurs plus d'autonomie</b> en vue de mieux coordonner les parcours » (PRS 2018-2022 – ARS Ile-de-France)</p> <p>« <b>Redonner de l'autonomie aux acteurs</b> dans un cadre de responsabilité clair qu'il s'agisse des ARS, des établissements, des collectivités professionnelles, des usagers. » (Contribution du HCAAM à la stratégie de transformation de notre système de santé - Avis et Rapport 2018)</p> <p>« Adopter de nouvelles méthodes d'action privilégiant simplicité et rapidité ; <b>participation et autonomie des acteurs</b> » (Contribution du HCAAM à la stratégie de transformation de notre système de santé - Avis et Rapport 2018)</p>
<p><i>Soutien et appui sur des :</i></p> <p><b>Dynamiques issues des territoires</b></p>	<p>« <b>Créer des dynamiques locales</b> dans les zones sous-denses avec les professionnels et les élus » (Plan pour l'égal accès aux soins dans les territoires – 10/2017)</p> <p>« Dynamiques issues des territoires » (SNS 2018-2022)</p> <p>« <b>Des dynamiques locales, appuyées sur des professionnels et des usagers</b> » / « Une <b>dynamique territorialisée</b>, portée en premier lieu par les professionnels et acteurs de santé » / « Des dynamiques locales fortes, préfigurant un fonctionnement en « équipes territoriales », doivent apparaître et être soutenues. » / « Mobiliser les professionnels dans des dynamiques positives et partagées plutôt que par des outils de régulation. » (PRS 2018-2022 – ARS Ile-de-France)</p> <p>« <b>Dynamiques de coopération</b> » (Ma Santé 2022)</p>

<p><b>Initiatives des professionnels</b></p>	<p>« Avec l'ensemble des acteurs de santé de leur territoire et en soutenant leurs initiatives, les ARS doivent favoriser la réorganisation des soins de premier recours ... » (SNS 2013)</p> <p>« Soutenir les initiatives des professionnels » / « <b>S'appuyer sur les initiatives des professionnels de santé</b> » / « Encourager les initiatives locales » (SNS 2018-2022)</p> <p>« <b>Faire émerger et accompagner des initiatives territoriales</b> innovantes de prises en charge intégrées » (PRS 2013-2017)</p> <p>« Initiatives des acteurs dans les territoires » / « Initiatives portées par les acteurs de terrain » / « Initiatives des professionnels » / « Initiatives territoriales » / « Initiatives locales » / « Accompagnement des initiatives à fort potentiel portées par les acteurs de terrain » (PRS 2018-2022 – ARS Ile-de-France)</p>
<p>« <b>Territorialisation</b> » et « <b>Animation territoriale</b> » de l'ARS</p>	<p>« Les ARS doivent, par ailleurs, pleinement <b>prendre leur place sur leurs territoires</b> » (SNS 2013)</p> <p>« <b>Ces délégations territoriales</b> s'inscrivent dans la stratégie régionale et sont <b>garantes de la territorialisation des politiques et des projets de santé</b> » / « La qualité de l'<b>animation territoriale</b> sera une condition essentielle de la réussite au plan local des politiques publiques conçues par l'ARS. Les délégations territoriales assumeront l'animation au coeur des territoires » (PRS 2013-2017 – ARS Ile-de-France )</p> <p>« <b>Renforcer l'animation territoriale</b> conduite par les agences régionales de santé » (LMSS 2016)</p> <p>« <b>L'adaptation de l'animation territoriale</b> aux conditions locales est une nécessité pour répondre aux enjeux de santé publique et pour favoriser la structuration des parcours de santé » / « la rénovation de l'animation et de la mise en oeuvre des dispositifs, au niveau des territoires pertinents constitue le fondement de la transformation de l'organisation du système de santé » / « <b>Une animation territoriale portée par les délégations départementales</b> de l'Agence » (PRS 2018-2022 – ARS Ile-de-France)</p> <p>« Renforcer le niveau départemental des ARS » : « <b>mise en place d'animateurs facilitateurs</b> de projets auprès des professionnels » (Recommandations du Ségur de la Santé : Rapport Notat – Juillet 2020)</p>
<p><i>Positionnement des tutelles (ARS) :</i></p> <p><b>Accompagner, Soutenir, Appuyer, Encourager, Faciliter</b></p> <p><b>Détecter, Faire émerger, Susciter, Stimuler, Promouvoir</b></p> <p><b>Orchestrer, Coordonner, Assembler</b></p> <p><b>Dialoguer, Concerner, Collaborer, Construire avec</b></p>	<p>« Les délégations départementales « <b>suscitent et accompagnent</b> les initiatives locales » (PRS 2013-2017 – ARS Ile-de-France)</p> <p>« <b>Accompagner</b> dans l'évolution des organisations » / « Accompagnement des dynamiques issues des territoires » / « Accompagner la création d'organisations innovantes » (SNS 2018-2022)</p> <p>« <b>Détecter et accompagner</b> les initiatives portées par les acteurs de terrain » / « Accompagner la diffusion dans des logiques territoriales et de capitalisation » / « Un accompagnement devra être proposé pour mettre en oeuvre ces nouvelles organisations » / « Accompagner la mise en place de coalition d'acteurs au sein des dynamiques territoriales, à l'échelle des territoires » (PRS 2018-2022 – ARS Ile-de-France)</p> <p>« Faire évoluer l'action des ARS vers l'<b>accompagnement des projets</b> plutôt que leur contrôle » (Rapport Notat : Recommandations du Ségur - Juillet 2020)</p> <p>« <b>Accompagner</b> les professionnels et les établissements dans cette nouvelle dynamique territoriale et mettre en place les espaces nécessaires avec les partenaires en région pour suivre et soutenir les différentes démarches qui seront initiées » (Ma Santé 2022)</p>

<p><b>Favoriser l'apprentissage et le développement de capacités</b></p>	<p>« <b>Soutenir</b> les évolutions organisationnelles des professionnels » (SNS 2018-2022)</p> <p>« <b>Faire émerger et soutenir</b> des territoires de coordination à l'initiative des acteurs » (PRS 2018-2022 – ARS Ile-de-France)</p> <p>« L'Agence est déterminée à se positionner <b>en appui</b> de ces initiatives, d'abord pour formaliser un cadre leur permettant d'émerger, ensuite en leur fournissant un appui, un accompagnement via une « offre de services », paramétrable mais homogène » (PRS 2013-2017 et 2018-2022 – ARS Ile-de-France)</p> <p>« <b>Encourager</b> les initiatives locales » / « Encourager l'innovation et sa diffusion » (SNS 2018-2022)</p> <p>« <b>Faciliter</b> l'émergence et la diffusion des organisations innovantes » / « Faciliter l'action coordonnée des professionnels » / « Faciliter le décroisement et les liens entre les acteurs » / « Faciliter les échanges d'informations » / « Faciliter les expérimentations par les acteurs de terrain » (SNS 2018-2022)</p> <p>« Développement du <b>rôle d'animateur-facilitateur des ARS</b> » (Rapport Notat : Recommandations du Ségur - Juillet 2020)</p> <p>« <b>Promouvoir des pilotes</b> portés par des acteurs des territoires » (PRS 2018-2022 – ARS Ile-de-France)</p> <p>« La loi HPST a doté les ARS d'une <b>mission de coordination</b> des politiques publiques ayant un lien avec la santé en région. » / « L'objectif pour l'ARS est <b>d'orchestrer la complémentarité des actions</b> » (PRS 2013-2017 – ARS Ile-de-France)</p> <p>L'ARS : « <b>Un assembleur</b> » pour permettre aux acteurs de travailler ensemble et « <b>un stimulateur</b> » qui lance des dynamiques, porte des projets (Discours introductif du DGA ARS IdF - Journée francilienne de la recherche-innovation : Innover en santé - 26 06 19 - Organisée par ARS IdF)</p> <p>« Assurer avec les collectivités territoriales une <b>collaboration</b> de qualité » / « <b>Construire la politique régionale de santé avec l'ensemble des partenaires</b> » / « Développer un dialogue de qualité avec les professionnels et les usagers » / « Les délégations territoriales seront les animateurs indispensables pour assurer <b>la concertation</b> entre les acteurs et partenaires, et créer l'articulation opérationnelle des dispositifs » (PRS 2013-2017 – ARS Ile-de-France )</p> <p>« Renforcer le <b>dialogue territorial</b> avec les élus » (Ségur de la santé 2020)</p> <p>« <b>Dialoguer en permanence</b> avec les professionnels de santé libéraux et les acteurs publics de la santé » (Rapport Notat : Recommandations du Ségur – Juillet 2020)</p> <p>« Favoriser la transversalité et le <b>développement des capacités organisationnelles</b> autour de projets de santé non exhaustifs mais qui seront le support de <b>l'apprentissage d'un fonctionnement collectif</b> » / « <b>Renforcer les capacités à la conduite du changement</b> » (PRS 2018-2022 – ARS Ile-de-France )</p>
--	---

#### 4) « Outils »

#### Verbatims sous-jacents à la théorie professée du paradigme du parcours :

##### *Numérique et systèmes d'informations :*

- Usage numérique
- Systèmes d'information (SI) partagés et mutualisés
- Le numérique pour améliorer l'organisation

TABLEAU 37 : DIMENSION "OUTILS"

Théorie professée	Extraits de verbatims issus des discours officiels
<p><i>Le numérique et les systèmes d'informations</i></p> <p><b>Virage numérique</b></p> <p><b>Services numériques mutualisés</b></p> <p><b>Le numérique pour améliorer l'organisation</b></p>	<p>« <b>Transformation numérique</b> » / « Innovation numérique » / « Virage numérique » / « Usages du numérique » (SNS 2018-2022)</p> <p>« Révolution numérique en santé » (PRS 2018-2022 – ARS Ile-de-France )</p> <p>« Accélérer le virage numérique » (Stratégie de transformation du système de santé – Dossier de Presse – Février 2018)</p> <p>« Systèmes d'information accessibles et partagés » (SNS 2013)</p> <p>« <b>Services numériques mutualisés</b> » / « Co-construction de solutions numériques » (SNS 2018-2022)</p> <p>« Faire émerger les <b>territoires digitaux</b> » (Plan pour l'égal accès aux soins dans les territoires - 10/2017)</p> <p>« <b>E-Parcours</b> » (PRS 2018-2022 – ARS Ile-de-France)</p> <p>« S'appuyer sur <b>le numérique pour améliorer les organisations</b> » (Ma Santé 2022)</p>

5) « Performance »

Verbatims sous-jacents à la théorie professée du paradigme du parcours :

- Efficience
- Qualité
- Pertinence
- Evaluation
- Expérience patient, résultats pour l'utilisateur, satisfaction usager

TABLEAU 38 : DIMENSION "PERFORMANCE"

Théorie professée	Extraits de verbatims issus des discours officiels
<p><b>Efficienc</b></p> <p><b>Qualité</b></p>	<p>« <b>Culture de l'efficience</b> » (à l'hôpital) / « Efficience du système de santé » (SNS 2013)</p> <p>« <b>Indicateurs de qualité des parcours en matière d'efficience et d'organisation</b> » / « Gains d'efficience » (recompositions hospitalières) / « Accroître l'efficience des établissements » (SNS 2018-2022)</p> <p>« <b>Faire de la recherche de l'efficience une culture partagée</b> et un moteur de l'évolution du système de santé » (PRS 2013-2017 – ARS Ile-de-France)</p> <p>« <b>Efficience des prises en charge</b> » / « Efficience des parcours » / « Efficience des soins » / « Efficience du système hospitalier » / « Efficience des établissements et services médico-sociaux » (PRS 2018-2022 – ARS Ile-de-France)</p> <p>« Qualité et pertinence des actes » / « Accès à des soins de qualité pour tous » / « Qualité des pratiques professionnelles » (SNS 2013)</p> <p>« Développement d'une <b>culture de la qualité</b> » (SNS 2018-2022)</p> <p>« <b>Qualité de l'offre de santé</b> » (PRS 2013-2017 – ARS Ile-de-France )</p> <p>« <b>Qualité des parcours</b> », « des réponses », « des prises en charge », « des soins », « du système de santé » (PRS 2018-2022– ARS Ile-de-France )</p> <p>« <b>Inscrire la qualité et la pertinence des soins au coeur des organisations et des pratiques</b> » (Ma Santé 2022)</p>
<p><b>Pertinence</b></p> <p><b>Evaluation</b></p> <p><b>Expérience patient Résultat pour l'utilisateur Satisfaction usager</b></p>	<p>« Pertinence des prescriptions », « médicale » ; « des soins », « des pratiques », « des prises en charge à chaque étape du parcours » / « Maillage pertinent de l'offre de proximité » (SNS 2018-2022)</p> <p>« <b>Parcours pertinents</b> » (Ma Santé 2022)</p> <p>« Un cadre d'évaluation structuré » / « Un programme de recherche et d'évaluation sur la performance des systèmes de santé et les pratiques professionnelles » (SNS 2013)</p> <p>« Nouvelles modalités d'évaluation » / « <b>Evaluation en continu</b> » / « <b>Développer une capacité d'évaluation</b> » (SNS 2018-2022)</p> <p>« <b>Culture de l'évaluation</b> » / « <b>Mobiliser l'ensemble des acteurs en région pour évaluer l'impact de leur action en termes de santé</b> » (PRS 2013-2017 – ARS Ile-de-France)</p> <p>« Evaluation médico-économique » / « Evaluation des impacts » (PRS 2018-2022 – ARS Ile-de-France )</p> <p>« Mesure de la qualité fondée sur les résultats obtenus pour les usagers et sur leur expérience » (SNS 2018-2022)</p> <p>« Objectif collectif du <b>meilleur résultat possible pour l'utilisateur</b> optimisant ainsi le gain pour la collectivité dans son ensemble » (PRS 2018-2022 – ARS Ile-de-France )</p> <p>« <b>Expérience Patient</b> » / « <b>Satisfaction des usagers</b> » (Ma santé 2022)</p>

## 6) « Comportement »

### Verbatims sous-jacents à la théorie professée du paradigme du parcours :

- Responsabilité collective territoriale et populationnelle
- Positionnement des acteurs et jeux coopératifs

TABLEAU 39 : DIMENSION "COMPORTEMENT"

Théorie professée	Extraits de verbatims issus des discours officiels
<p><b>Responsabilité collective territoriale et populationnelle</b></p>	<p>« Le service public hospitalier doit être pleinement intégré au service territorial de santé, qui reconnaît, à l'égard des patients, une responsabilité collective à l'ensemble des acteurs de santé d'un territoire. » (SNS 2013)</p> <p><b>« Le terme, utilisé au Québec, de « responsabilité populationnelle », illustre ce changement de paradigme : il s'agit de coordonner l'offre de santé sur un territoire donné en fonction des besoins d'une population plutôt qu'en fonction des offreurs et de leurs secteurs de clientèle. Cette approche des parcours de santé revendique de placer les besoins des populations au coeur de l'organisation de la réponse à l'échelle de la proximité, alors que jusqu'à aujourd'hui c'est une logique de production de services cloisonnés qui prédominait dans la planification de l'offre de santé. »</b> (PRS 2013-2017 – ARS Ile-de-France )</p> <p>« Responsabilité territoriale » / « Responsabilité populationnelle » (SNS 2018-2022 et PRS 2018-2022)</p> <p>« Mieux s'organiser et mieux travailler ensemble pour répondre aux besoins de la population sur leur territoire, d'investir ce qu'on peut appeler une <b>« responsabilité territoriale »</b> » (Ma Santé 2022)</p>
<p><b>Positionnement des acteurs et « jeux coopératifs »</b></p>	<p>« L'absence de schéma prospectif clair s'accompagne aujourd'hui d'un certain flou dans la définition des rôles et des missions des différentes catégories de professionnels de santé. Ce flou alimente la méconnaissance de ce que chacun peut attendre de l'autre, mais aussi la défiance vis-à-vis d'empiètements possibles. Un travail doit être conduit permettant de <b>clarifier le positionnement de chacun et de favoriser des jeux coopératifs qui produiront une montée en compétence collective au service de la population.</b> » (Contribution du HCAAM à la stratégie de transformation de notre système de santé - Avis et Rapport 2018)</p>

## 7) « Compétences »

### Verbatims sous-jacents à la théorie professée du paradigme du parcours :

- *Au niveau des tutelles :*
  - Adapter, Modifier, Articuler, Développer les métiers, compétences, modes de fonctionnement
  - Capacité à ...
  - Administration apprenante, Travailler autrement
  - Mode projet, Pensée hors cadre
- *Au niveau des professionnels de santé :*
  - Nouveaux métiers et compétences

- Une nouvelle manière de travailler
  - Adapter les formations
  - Formation décloisonnée
- Apprentissage collectif, Montée en compétences collective, Diffusion

TABLEAU 40 : DIMENSION "COMPETENCES"

Théorie professée	Extraits de verbatims issus des discours officiels
<p><i>Au niveau des tutelles :</i></p> <p><b>Adapter, Modifier, Articuler, Développer les métiers, compétences, modes de fonctionnement</b></p> <p><b>Capacité à ...</b></p> <p><b>Administration apprenante, Travailler autrement</b></p> <p><b>Mode projet, Pensée hors cadre</b></p>	<p>« <b>L’animation territoriale : un métier à développer pour l’ARS</b> » (PRS 2013-2017 – ARS Ile-de-France )</p> <p>« L’ARS doit relever le défi de <b>l’adaptation de ses métiers</b>. [...] Plus largement, incarnant une volonté de changement et de rénovation, l’ARS doit également <b>assurer l’évolution et l’adaptation de ses compétences aux transformations qu’elle souhaite accompagner et impulser</b>, notamment en termes d’appui à la coordination des offreurs au service des populations à l’échelle des territoires de proximité. Elle doit également <b>articuler ses compétences avec</b> celles des collectivités territoriales en soutenant une approche commune et partagée des problématiques de santé. <b>La diversité des qualifications de ses agents est un gage de sa capacité à s’adapter aux exigences nouvelles</b> qu’elle entend relever pour la santé en Île-de-France. » (PRS 2013-2017 – ARS Ile-de-France)</p> <p>« Renforcer la <b>capacité d’accompagnement de projet</b> des ARS » (Séguir de la santé : Dossier de Presse - Juillet 2020 )</p> <p>« <b>Capacité</b> des administrations de tutelle à <b>modifier leurs modes de fonctionnement</b> » (Séguir de la Santé : Recommandations - Rapport Notat - Juillet 2020)</p> <p>« <b>L’administration apprenante</b> » :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- « Une invitation à <b>travailler autrement</b> » : « <b>Pensée hors cadre</b> », « Approche incrémentale et collaborative avec les professionnels de terrain », « Utilisation de nouveaux outils »</li> <li>- « Une démarche partenariale entre les différentes composantes de l’administration » : « <b>Mode projet</b> au niveau national et régional », « Approche 360° », « <b>Développement de nouvelles compétences</b> (évaluation et conditions de diffusion de l’innovation) »</li> </ul> <p>(Intervention relative à l’Article 51 de la LFSS 2018 - Journée francilienne de la recherche-innovation : Innover en santé - 26 06 19 - Organisée par ARS IdF)</p>
<p><i>Au niveau des professionnels de santé</i></p> <p><b>Nouveaux métiers et compétences</b></p> <p><b>Une nouvelle manière de travailler</b></p> <p><b>Adapter les formations</b></p> <p><b>Formation décloisonnée</b></p>	<p>« Promouvoir le développement de <b>nouveaux métiers et compétences</b> » (SNS 2013)</p> <p>« <b>Une nouvelle manière de travailler</b> » (Rapport « Experts, acteurs, ensemble... pour une société qui change » - Denis Piveteau - remis au Premier ministre en 2022)</p> <p>« La formation initiale doit mieux préparer les futurs professionnels à un exercice en équipe » / « une <b>formation continue décloisonnée interprofessionnelle</b> » (SNS 2013)</p>

	<p>« <b>Adapter les formations</b> et les ressources humaines aux enjeux du système de santé » (Stratégie de transformation du système de santé – Dossier de Presse – Février 2018)</p> <p>« <b>Des formations aux métiers de la santé décloisonnées</b> » / « L'ouverture sur la connaissance des autres métiers et des environnements de travail répond à la nécessité d'un exercice décloisonné entre établissements de santé, structures ambulatoires et médico-sociales » (Ma santé 2022)</p>
<p><b>Apprentissage collectif, Montée en compétence collective</b></p>	<p>« En effet, la recherche de décloisonnement et de transversalité doit impliquer une dynamique nouvelle associant des partenaires souvent étrangers jusqu'ici. Faire entrer ces notions en pratique nécessite une progressivité (et un <b>apprentissage collectif</b>) » (PRS 2013-2017 – ARS Ile-de-France)</p> <p>« <b>Apprentissage du travail collectif</b> » / « Favoriser la transversalité et le développement des capacités organisationnelles autour de « projets de santé » non exhaustifs mais qui seront le support de <b>l'apprentissage d'un fonctionnement collectif</b>. » (PRS 2018/2022 – ARS Ile-de-France )</p> <p>« <b>Montée en compétence collective</b> » (Contribution du HCAAM à la stratégie de transformation de notre système de santé - Avis et Rapport 2018)</p>
<p><b>Diffusion</b></p>	<p>« Diffusion des connaissances », « des organisations innovantes », « de recommandations », « des bonnes pratiques » (SNS 2018-2022 et PRS 2018-2022 de l'ARS Ile-de-France)</p> <p>« Accompagner <b>la diffusion dans des logiques territoriales et de capitalisation</b> » (PRS 2018-2022 – ARS Ile-de-France)</p>

8) « Culture »

Verbatims sous-jacents à la théorie professée du paradigme du parcours :

- Alliance des cultures professionnelles
- Culture pluriprofessionnelle et du travail d'équipe
- Valeurs : socle fédérateur de valeurs

TABLEAU 41 : DIMENSION "CULTURE"

Théorie professée	Extraits de verbatims issus des discours officiels
<p><b>Alliance des cultures professionnelles</b></p>	<p>« La réunion des forces de l'État et de l'Assurance Maladie doit permettre <b>l'alliance des cultures professionnelles et la construction d'un socle fédérateur de valeurs</b> » (PRS 2013-2017 – ARS Ile-de-France)</p>
<p><b>Culture pluriprofessionnelle et du travail d'équipe</b></p>	<p>« Développer dès la formation initiale <b>une culture pluriprofessionnelle et du travail en équipe</b> et une plus grande proximité avec les autres professions » (SNS 2018-2022)</p>
<p><b>Valeurs</b></p>	<p>« Remobiliser les communautés soignantes autour des <b>valeurs</b> fondamentales de leur métier » (PRS 2013-2017 – ARS Ile-de-France)</p> <p>« <b>Définir un socle de valeurs professionnelles</b> » autour, entre autres du « <b>travail collectif</b> », de « la <b>coopération</b> et la <b>collaboration</b> entre professionnels » / « <b>Valeurs fédératrices</b> » (Contribution du HCAAM à la stratégie de transformation de notre système de santé - Avis et Rapport 2018)</p> <p>« Penser « l'institution » à partir des <b>valeurs de l'exercice professionnel collectif</b> » (Rapport « Experts, acteurs, ensemble... pour une société qui change » - Denis Piveteau - Remis au Premier ministre en 2022)</p>

9) La représentation générale de la théorie professée du « parcours » via les cadrans du changement

FIGURE 40 : VISUALISATION DE LA THEORIE PROFESSEE DU "PARCOURS"



Nous percevons la résonance de ces éléments avec le modèle holographique de Morgan (1989) que nous avons retenu afin de tenter de conceptualiser une forme d'auto-organisation territoriale de santé telle qu'elle semble projeter par le paradigme du parcours de santé.

En effet, la représentation du paradigme du parcours, située au cœur de la théorie professée des pouvoirs publics, fait ressortir les caractéristiques clés suivantes :

- Une **organisation** du système de santé **flexible, décloisonnée, ayant développé une capacité d'adaptation et ancrée dans les territoires.**
- La « **souplesse** » occupe une place significative et revêt deux dimensions, à savoir une **souplesse des structures organisationnelles mais également une souplesse du cadre défini par les autorités de tutelles** auprès des opérateurs de santé afin qu'ils disposent d'une plus grande capacité et liberté d'action. L'objectif est, entre autres, de favoriser l'innovation et l'adaptation aux spécificités territoriales.
- Dans cette perspective, les **modalités managériales** s'articulent autour de concepts forts : « Autonomie », « Faire confiance aux acteurs », encourager les « initiatives et dynamiques territoriales des professionnels ».
- Cela donne lieu à un **nouveau positionnement des tutelles** qui « accompagnent », « appuient », « facilitent », « collaborent » avec les acteurs de terrain, etc.

- Les notions de « **co-construction** », de « **collectif** », de « **jeux coopératifs** », de « **co-responsabilité** », de « **d'apprentissage collectif** », de « **valeurs** » communes et de « **culture pluriprofessionnelle** » sont particulièrement prégnantes et se retrouvent ainsi, de manière transversale, dans quatre dimensions du cadran du changement (« Fonctionnements-relations », « compétences », « comportement », et « culture »).
- Cela induit la nécessité d'une **évolution des compétences, des métiers mais également des pratiques** tant au niveau des autorités sanitaires (« travailler autrement ») que des opérateurs de santé (« adapter les formations », « une nouvelle manière de travailler »).
- **L'usager** tient une place centrale dans le paradigme du parcours et nous le retrouvons dans trois dimensions du cadran du changement :
  - Organisation : le patient est replacé au centre du système.
  - Fonctionnement-relations : cela met l'accent sur l'implication et la participation de l'usager.
  - Critères de performance : l'évaluation intègre la satisfaction ou encore l'expérience du patient.
- Le paradigme du parcours est, par ailleurs, fortement associé au **virage numérique** de la santé visant à favoriser la mise en place d'outils communs et partagés entre les acteurs de santé en vue de faciliter et appuyer la coordination.
- Les notions de **pertinence, de qualité, d'efficacité et d'évaluation** font partie intégrante de ce modèle culturel officiel.

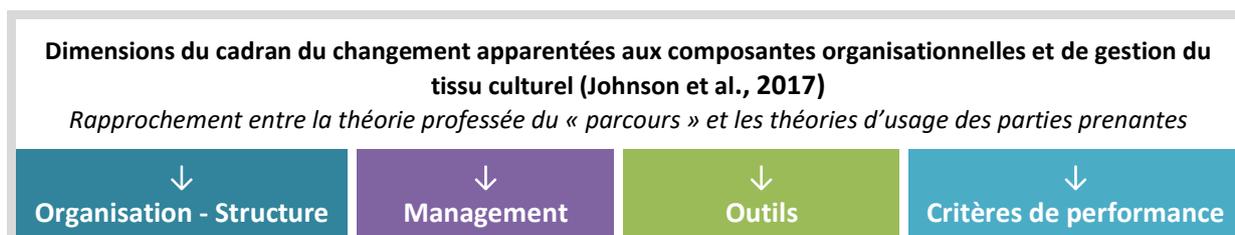
Un rapprochement de cette modélisation ainsi obtenue avec l'outil du tissu culturel de Johnson et al. (2017), mobilisé dans le chapitre précédent en vue d'identifier les théories d'usage des acteurs de l'ARS et des dispositifs de coordination, nous amène à établir la classification suivante :

- D'une part, les dimensions du cadran du changement que nous associons aux composantes sociologiques du tissu culturel (rites, routines, valeurs, symboles, etc.) et aux univers comportementaux, à savoir : Fonctionnement-Relations, Comportement, Compétences, Culture.
- D'autre part, les dimensions se rattachant davantage aux axes organisationnels et de gestion : Organisation-Structure, Management, Outils, Critères de performance.

A partir de cette distinction, nous allons tenter d'affiner davantage ce premier niveau de représentation de la trame culturelle du parcours, constituant la théorie professée, en nous penchant sur la manière dont celle-ci se voit décliner dans les discours ayant trait à la mise en place de la réforme des DAC. Au regard de ce paradigme, comment est envisagé le DAC, quelles en sont les implications sur les théories d'usage des acteurs et quel positionnement les autorités sanitaires entendent adopter dans cette perspective ?

## Section 2 : Les éléments organisationnels et de gestion de la trame culturelle du parcours

FIGURE 41 : FOCUS SUR LES ELEMENTS ORGANISATIONNELS ET DE GESTION DE LA THEORIE PROFESSEE DU PARCOURS



Les documents nationaux relatifs à la mise en place des DAC apparaissent peu prescriptifs. Nous assimilons ces derniers à un ensemble comprenant :

- Un support législatif via :
  - L'article 23 de la loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé créant les DAC.
  - Et un décret d'application (n°2021-295 du 18 mars 2021) assez souple indiquant uniquement les éléments suivants en matière de structuration et d'organisation :
    - La présence d'un seul DAC par territoire (dit de coordination en Ile-de-France), représenté par une personne morale concluant un CPOM avec l'ARS.
    - L'obligation pour les dispositifs de se doter d'un système d'information unique. En Ile-de-France, il s'agira de Terr-Esanté commun à l'ensemble des DAC de la région.
    - La transmission d'un rapport d'activité annuel faisant le bilan des actions menées, au regard des objectifs fixés au sein du CPOM et évalués à partir des indicateurs définis dans celui-ci.
- Un cadre national d'orientation (CNO, Ministère de la santé et des solidarités, juin 2020) complète ce paysage précisant les missions et les grands principes de structuration des DAC mais laissant la main aux ARS en région pour le déploiement stratégique. Il constitue la feuille de route.
- Auxquels ont été adjoints :
  - La mise à disposition d'une « boîte à outils » (Ministère de la santé et CNSA, janvier 2021).
  - Ainsi que des guides et supports ayant trait au fonctionnement des DAC. Ils concernent notamment :
    - La gouvernance interne du DAC (Guide de l'Anap, Octobre 2020).
    - Les indicateurs d'activités (Guide de l'Anap, décembre 2020).
    - Un référentiel de mission du « référent de parcours de santé complexes », réalisé sous l'égide de la fédération des DAC : la FACS nationale.
  - Sont également prévues des formations.

Ces modalités proposées ont vocation à appuyer les ARS et les acteurs des dispositifs de coordination dans la formalisation de ces nouvelles entités. Mais ces outils ne constituent pas

des éléments réglementaires et obligatoires. Ils ont pour ambition d'orienter et accompagner les acteurs, tout en formulant des recommandations.

La notion de souplesse est à appréhender, comme nous l'avons mentionné, à travers plusieurs facettes complémentaires. La finalité poursuivie est à la fois :

- De donner de la souplesse aux parties prenantes dans les territoires pour le déploiement des DAC en termes de management institutionnel.

→ **Enjeu de l'équilibre entre prescription et autonomie.**

- Mais aussi de mettre en place des organisations souples dans leur fonctionnement interne et territorial, tout en garantissant un socle minimal de structuration.

→ **Enjeu de l'équilibre entre flexibilité organisationnelle et formalisation.**

- Le CNO se définit, dans cette optique, de la manière suivante : « un document de référence qui cherche à concilier deux exigences : une adaptation nécessaire des organisations aux réalités de chaque territoire (principe de différenciation) et la garantie d'un même service rendu pour les professionnels et la population dans tous les territoires (équité de traitement) ».

→ **Enjeu de l'équilibre entre intégration et différenciation.**

Cela fait écho à l'un des enjeux centraux de cette réforme mis en évidence dans le chapitre précédent concernant la nécessité de parvenir à un juste équilibre au niveau du cadre posé par les autorités de santé :

- Entre prescription et autonomie.
- Entre normalisation et souplesse organisationnelle.
- Entre logique intégrée et logique différenciée.

A. [Le cadre national posé et la posture des tutelles : entre prescription et autonomie, un cadre qui se veut souple](#)

Les documents nationaux et discours font usage d'une sémantique révélatrice de cette posture que les autorités sanitaires souhaitent adopter comme en témoigne les éléments de langage ci-après reprenant les principaux mécanismes mobilisés pour conduire cette réforme. Un acteur du Ministère interrogé précisera que cela constitue « *un changement de paradigme sur la manière de travailler cette réforme par l'administration centrale* ».

TABLEAU 42 : APPROCHE RETENUE POUR CONDUIRE LA REFORME DES DAC

Mécanismes mobilisés pour travailler la réforme des DAC	Caractéristiques et éléments de langage
<p>Pilotage national de la réforme :</p> <p>Mise en place d'instances nationales et de groupes de travail</p> <p></p> <p>Source : Entretien auprès d'un acteur du Ministère de la santé</p>	<p>→ <b>Un co-pilotage de la réforme par deux directions d'administration centrale de l'Etat</b> : la DGOS et le SGMAS.</p> <p>→ <b>Une équipe projet nationale</b></p> <p>« <b>On travaille en transversalité</b> au sein d'une équipe projet nationale qui est très large car elle est composée : de la DSS, de la DGOS, du secrétariat des Ministères sociaux, de la CNAM, de la CNSA, de l'ARS Nouvelle Aquitaine, de l'ARS Bretagne, de l'ANAP et de la DGCS ».</p> <p>« On voulait vraiment <b>une articulation</b>. C'est quelque chose qu'on travaille en transversalité et c'est très riche ».</p> <p>« C'est vraiment une <b>réflexion partagée</b> et ça fait partie de notre pilotage ».</p> <p>« Ce sont des <b>travaux conjoints, on mène tous les travaux ensemble</b> ».</p> <p>« <b>On essaye de trouver des positions communes</b> ».</p> <p>→ <b>Un groupe de concertation national</b></p> <p>Composé de <b>représentants des acteurs des territoires</b>, « ce groupe de travail nous permet d'échanger, de présenter l'évolution et la montée en charge de la réforme et de <b>concerter les acteurs</b>. C'est quelque chose d'important pour nous... ».</p> <p>→ <b>Des groupes de travail</b></p> <p>« Ces groupes de travail font partie de notre méthodologie et de la <b>co-construction avec les acteurs de terrain</b> ».</p> <p>→ <b>Un séminaire des ARS mais une stratégie régionale qui reste à leur main</b></p> <p>« <b>On travaille en séminaire en fixant certains principes</b> ».</p> <p>« <b>Mais après ça relève de leur propre pilotage</b>. Si on laisse la main aux acteurs des territoires, il faut aussi accepter que chacun fasse aussi en fonction de ses objectifs et de sa stratégie ».</p> <p>« <b>Des principes forts</b> : la loi, le CNO, les échanges via le séminaire. <b>Mais effectivement les ARS construisent leur propre stratégie régionale</b> dont on a été informée. Ce n'est pas une absence de pilotage à notre niveau mais c'est également qu'elles conduisent leur stratégie ».</p> <p style="text-align: center;"></p> <p style="text-align: center;"><u>Une volonté d'afficher :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Un décloisonnement horizontal et une meilleure articulation</b> entre institutions de tutelles, au niveau national.</li> <li>• <b>La participation et la concertation avec les représentants des acteurs des territoires.</b></li> <li>• La <b>mise en place de groupes de travail</b> associant de nombreux acteurs pour l'élaboration des outils de pilotage et d'appui à la structuration des DAC, mettant l'accent sur la notion de <b>co-construction</b>.</li> <li>• <b>Une autonomie laissée aux ARS</b> pour le pilotage et déploiement stratégique en région.</li> </ul>

<p><b>Volet législatif : Décret d'application</b></p>  <p>Source : Entretien auprès d'un acteur du Ministère de la santé</p>	<p>« C'était vraiment également <b>un choix de notre part d'avoir un décret peu prescriptif pour laisser les acteurs de terrain s'organiser</b> et c'est là qu'il y a le changement de paradigme. C'est-à-dire qu'on s'appuie vraiment sur les territoires, sur les stratégies régionales, locales ».</p>
<p><b>Cadre national d'orientation : CNO</b></p>  <p>Source : Cadre national d'orientation – Juin 2020 – Ministère de la santé et des solidarités</p>  <p>Source : Entretien auprès d'un acteur du Ministère de la santé</p>	 <p>Le CNO comprend « <b>un ensemble de repères et de recommandations</b> » qui sera complété par une « <b>boîte à outils</b> » et un « <b>dispositif d'accompagnement</b> ».</p>  <p>Il « <b>a été fortement concerté</b> avec le groupe national de concertation, comme les décrets d'ailleurs ».</p> <p>Un document qui « <b>n'a pas de valeur juridique, mais qui fixe les grands principes de la réforme</b> ».</p> <p>« On l'a conçu comme <b>un document qui est amené à évoluer</b> ».</p> <p>« <b>On s'appuie vraiment sur les stratégies des ARS et des acteurs locaux. Et c'est pour ça qu'il y a eu ce document auto-porté</b> ».</p> <p>« On essaye <b>que ce ne soit pas vertical</b>. L'objectif c'est que ça soit, <b>que ça émane des régions. C'est pour ça que pour les DAC, il n'y a pas de cahier des charges spécifique</b> comme on a pu le voir sous d'autres réformes ou même par rapport au cahier des charges MAIA qui était très écrit ».</p>
<p><b>Supports d'accompagnement : Boîte à outils</b></p>  <p>Source : Boîte à outils – Janvier 2021 – Ministère de la santé et des solidarités et CNSA</p>  <p>Source : Entretien auprès d'un acteur du Ministère de la santé</p>	 <p>« En complément du CNO, afin de <b>venir en appui à la structuration des DAC</b>, la boîte à outils propose des <b>éléments opérationnels</b> relatifs à chacune des 3 missions, principalement à destination des ARS et des DAC pour <b>accompagner la mise en oeuvre des DAC</b> et renforcer l'harmonisation des pratiques ».</p> <p>« <b>Un groupe de travail piloté par la CNSA et la DGCS a été constitué avec des représentants de DAC, d'ARS, de Conseils départementaux et d'utilisateurs des DAC</b> ».</p> <p>Les missions des DAC sont ainsi déclinées sous forme de fiches pratiques méthodologiques, illustrées par des retours d'expériences et faisant l'objet de la formulation de recommandations.</p>  <p>« <b>Il ne s'agit pas d'imposer mais de travailler sur les différentes missions des DAC et ça a pris la forme de bonnes pratiques</b> ».</p>
<p><b>Support d'accompagnement : Guide sur la gouvernance</b></p>  <p>Source : Guide ANAP – Octobre 2020</p>	<p>Le guide produit « <b> vise à clarifier ce que sont la gouvernance d'un DAC et son articulation avec d'autres niveaux de coordination ou de concertation sur les parcours santé, à l'échelle territoriale et nationale ; il donne également des clefs de lecture pour faciliter l'installation et l'animation de la gouvernance</b> ».</p>

<p align="center"><u>Support d'accompagnement :</u> <b>Guide sur les indicateurs d'activité</b></p> <p align="center"></p> <p align="center">Source : Guide ANAP – Décembre 2020</p>	<p>« <b>Construit avec les professionnels</b>, ce guide est destiné à <b>aider le pilotage des structures</b>, à valoriser leur activité, à faciliter le dialogue de gestion entre le DAC, l'ARS et éventuellement le Conseil départemental, et à aider le pilotage de la politique publique par les ARS ».</p> <p>« Un corpus de 17 indicateurs socles, prioritaires, communs et stables, assortis de leur fiche descriptive, <b>est proposé</b> ».</p> <p>Il est conçu sous forme de fiches.</p>
<p align="center"><u>Support d'accompagnement :</u> <b>Référentiel de missions de référent de parcours de santé complexe</b></p> <p align="center"></p> <p align="center">Source : Référentiel – FACS nationale</p>	<p>« <b>La FACS, au travers d'une convention avec la DGOS, a été missionnée pour piloter l'élaboration d'un référentiel de compétences et d'activités</b> pour la fonction de « référent.e de parcours complexe de DAC » ».</p>

Une lecture croisée permet de faire ressortir les axes clés qui semblent caractériser le cadre national ainsi posé :

- **Des supports à vocation pragmatique et opérationnelle** : une boîte à outils, un référentiel de compétences, des documents conçus sous forme de fiches, la présence de retours d'expériences. L'acteur du ministère évoque la notion de « feuille de route » également.

Cette évolution est ressentie par certains acteurs d'ARS (même si elle ne concerne pas tous les sujets) :



Acteur de tutelles (Directeur) – ARS DD 3

« Le dispositif DAC l'illustre. Ce sont plus des textes, des lois qui filent des boîtes à outils, des cadrages et c'est après la mise en œuvre. »



Acteur de tutelles (Chargé de mission) – ARS DD 3

« On a maintenant plutôt des boîtes à outils à notre disposition, à la disposition des acteurs, plutôt que des textes réglementaires extrêmement cadrés, extrêmement contraints. »

- **Avec un caractère adaptatif et non figé le temps** : citons l'exemple du cadre national d'orientation (« un document qui est amené à évoluer »).
- **Le décloisonnement horizontal entre les autorités de tutelles nationales** avec l'accent mis sur la « transversalité », l'« articulation », la « réflexion partagée », etc.
- **La participation et la concertation avec les acteurs des territoires** à travers le « groupe de concertation national » et l'implication des acteurs au sein des différents groupes de travail évoqués ci-dessus pour la construction des outils d'accompagnement à la structuration des DAC.
- **Une dynamique de co-construction avec une insistance sur l'aspect non vertical** : l'acteur du Ministère précisera, dans cette optique : « il y a quand même un cadre et des outils pour le pilotage même s'ils ne sont pas verticaux. Ils sont co-construits parce que nous on considère que c'est un levier qui fonctionne ».

- **Une posture d'appui.** Cela apparaît très nettement dans le choix des éléments de langage : « repères et recommandations », « dispositifs d'accompagnement », « venir en appui à la structuration des DAC », « aider », « donner des clés de lecture », « il ne s'agit pas d'imposer mais de travailler sur les différentes missions des DAC et ça a pris la forme de bonnes pratiques », etc.
- **Une logique non prescriptive – La main laissée aux acteurs en région :** « On essaye que ce ne soit pas vertical. L'objectif c'est que ça soit, que ça émane des régions. C'est pour ça que pour les DAC, il n'y a pas de cahier des charges spécifique », « Un décret peu prescriptif pour laisser les acteurs de terrain s'organiser », « On s'appuie vraiment sur les stratégies des ARS et des acteurs locaux ».

Un acteur d'une délégation départementales ARS mentionnait dans ce même sens :



Acteur de tutelles (Chargé de mission) – ARS DD 3

*« J'ai l'impression que l'ARS a pas mal évolué dans le sens où on était souvent prescripteur de beaucoup de choses. Et je trouve que maintenant, on est beaucoup plus accompagnateur des choses. »*

*« On est plus maintenant dans de l'accompagnement et de l'appui, c'est-à-dire qu'on va border un petit peu les choses en amont, on va laisser travailler les acteurs et les laisser réfléchir sur leur projet, leur sujet et on va venir en appui tout au long de cette réflexion, alors qu'il y a quelques années (c'est mon impression), on était très prescripteur, parfois coercitifs dans beaucoup de choses et maintenant beaucoup moins. »*

Ainsi, un cadre est posé et certains grands principes sont énoncés, à travers la loi ou encore le CNO, mais une marge certaine de liberté et d'autonomie est ensuite laissée aux ARS et aux acteurs de terrain pour s'organiser dans les territoires. Cela fait écho aux principes de la nouvelle gouvernabilité sanitaire mis en évidence par Aubert et al (2020) : l'Etat national fixe le cadre et les grandes orientations. Il s'appuie davantage sur des leviers peu prescriptifs, même si le changement s'inscrit dans une dimension coercitive, prenant la forme de feuilles de route, à l'image du CNO. Il promeut une démarche de co-construction à son niveau en vue d'une élaboration conjointe tant avec les autres tutelles nationales qu'avec les acteurs des territoires. Nous pouvons supposer que cela s'inscrit dans une double volonté de cohérence, pertinence et d'adaptation des politiques publiques, mais également, dans le cadre d'une stratégie d'acteurs visant à associer l'ensemble des parties prenantes en vue d'assurer leur adhésion au projet et la légitimité de celui-ci qui aura fait l'objet d'un travail conjoint et collectif.

Cette orientation de l'Etat commençait déjà à s'esquisser avant la réforme des DAC. La création des PTA est aussi marquée par cette volonté, avec à l'époque, des consignes données aux ARS dans ce sens :

## Extraits de verbatims

Entretiens exploratoires  
Période PTA



Acteur en poste au Ministère de la santé au moment des PTA

« On a fait le choix de **ne pas être trop descendants et de ne pas imposer une méthodologie aux ARS, au contraire.** »

« **Même si on leur a demandé aussi de ne pas être trop prescriptifs.** »

« Et on leur a dit attention, la politique c'est de dire que **les professionnels doivent d'abord s'organiser entre eux** ». « On pensait qu'il fallait d'abord laisser la main aux professionnels. »



Acteur de tutelles – ARS siège

« On nous avait dit, **il faut que les professionnels s'entendent sur les territoires.** »

« **La tendance, c'est de dire que les politiques nationales ou régionales ne doivent pas être trop prescriptives, plutôt pas trop descendantes** et qu'on doit laisser les professionnels un peu s'organiser comme ils veulent. »



Acteur de tutelles – ARS siège

« On était assez libre. »



Acteur de tutelles – ARS siège

« On pouvait un peu constituer notre PTA comme on voulait », « Faire plus ou moins du cousu main. »

« Mais la volonté c'était ça, de **laisser quelque chose de libre à l'initiative des professionnels...voilà c'était ça le mot.** »

« Une collègue plus âgée me disait, **c'est la mode maintenant, que tous les projets soient à l'initiative des professionnels...** »

Il est à mentionner que ce type de positionnement est très dépendant de la nature même de ces dispositifs, comme le précisait notre interlocuteur du Ministère de la santé : « C'est aussi lié à l'objet de ces dispositifs, me semble-t-il... c'est à la fois une volonté de dire ça fonctionne mieux quand ça émane des acteurs parce que les territoires sont différents et c'est à eux de s'organiser. Mais c'est également lié aux missions de coordination territoriale bien sûr et à l'objet DAC qui doit faire preuve d'agilité et de souplesse et vraiment s'adapter aux acteurs de terrain » (nous aurons l'occasion de revenir sur ce point ultérieurement et de le prolonger).

A ce cadre souple et peu prescriptif se trouve étroitement relié le souhait, pour les pouvoirs publics, de déployer des organisations flexibles, relativement légères et peu rigides. L'objectif est de faciliter leur adaptation aux spécificités des territoires et leur appropriation par les professionnels de santé, tout en définissant, malgré tout, un socle minimal de structuration en vue d'assurer une égalité de l'offre sur l'ensemble du territoire national. Il s'agit, à la fois, d'éviter les écueils des MAIA où leur importante rigidité et verticalité auront constitué un frein à leur implantation territoriale auprès des acteurs mais aussi des réseaux de santé, peu formalisés et construits à l'initiative des professionnels de santé mais source d'une très grande hétérogénéité et disparité.

B. Entre flexibilité organisationnelle et formalisation du DAC : un modèle qui se veut ajustable tout en étant doté d'un socle commun de structuration

Les documents nationaux affichent les prérequis suivants en matière de structuration des DAC :

TABLEAU 43 : PREREQUIS D'ORGANISATION DES DAC

Prérequis organisationnels et de gestion	Caractéristiques
Structure juridique porteuse	<p>➤ <b>Une liberté de choix laissée aux acteurs dans les territoires.</b> Plusieurs formes possibles : association loi 1901, GCS, GCSMS, etc.</p>
Mission et responsabilité	<p>Les DAC dotés :            ➤ D'une « <b>mission de service public</b> ».            ➤ D'une « <b>responsabilité populationnelle</b> ».            Source : Cadre national d'orientation – Juin 2020</p>
Critères de prises en charge	<p>➤ <b>Tout type de situation complexe :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sans distinction d'âge, de pathologies ou types de problématiques.</li> <li>• Des <b>critères souples</b>, sans volume de file active déterminé.</li> </ul>
Accès au DAC par les professionnels et les personnes	<p>➤ « <b>L'accès à ces DAC doit être simple</b> ».            Source : Cadre national d'orientation – Juin 2020</p>
Approche des missions du DAC	<p>➤ <b>Le « service rendu attendu » :</b>            ↘ Les missions d'appui aux professionnels et d'accompagnement des personnes sont appréhendées et décrites à travers cette notion.            ↘ <b>Mais la manière de les mettre en œuvre reste à la main des acteurs.</b>  <i>Aucun process n'est imposé, hormis sous la forme de bonnes pratiques que nous retrouvons notamment au sein de la « boîte à outils ».</i></p>
Système de contrôle et d'évaluation	<p>➤ <b>Contractualisation entre le DAC et l'ARS → le CPOM précisant :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les populations cibles prioritaires.</li> <li>• Les appuis envisagés et les modalités de leur mise en œuvre.</li> <li>• Le plan de montée en charge.</li> <li>• L'articulation avec les autres dispositifs du territoire.</li> <li>• Les indicateurs de suivi de son activité.</li> <li>• Les objectifs de service rendu pour les professionnels.</li> <li>• La méthode pour analyser le service rendu à la population.</li> </ul> <p>Source : Cadre national d'orientation – Juin 2020</p> <p>➤ <b>« Service rendu » :</b>            Etant doté d'une « mission de service public », « les acteurs rendent compte de la qualité de service rendu ; un des enjeux étant la même qualité de service rendu quel que soit le territoire ».            Source : Cadre national d'orientation – Juin 2020</p> <p>⚡</p> <p><b>Une notion au centre du futur modèle d'évaluation des DAC</b>            (encore en cours de réflexion à ce stade).</p> <p><i>« Les DAC ont véritablement une mission de service public, [...]. Et donc il y a aussi cette notion de rendre compte de l'action qu'on conduit ».</i></p> <p><i>A ce stade, « ce sont d'abord des indicateurs d'activité mais il y a quand même une volonté d'aller vers <u>des indicateurs du service rendu</u>. Et je pense qu'ils rentreront dans une <u>démarche d'amélioration continue de la qualité</u>, justement par rapport à leur responsabilité populationnelle ».</i></p>

	<p>Source : Entretien auprès d'un acteur du Ministère de la santé</p> <p>► <b>Modèle de financement :</b> En cours via un groupe de travail national.</p>
Outil	<p>► <b>Un système d'information unique et partagé.</b></p> <p>Le DAC dispose « d'un système d'information, métier, de pilotage et administratif pour sa gestion interne ».</p> <p>« <a href="#">Le système d'information métier du DAC s'appuie sur les services numériques de coordination déployés régionalement, afin de disposer d'un outil partagé avec les autres acteurs du territoire [...]</a> assurant une circulation d'information entre tous, en toute sécurité ».</p> <p><u>Ces services numériques de coordination comprennent notamment :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le dossier de coordination.</li> <li>- Les services et outils de repérage, dépistage, évaluation et planification associés au processus métiers du DAC.</li> <li>- Le carnet de liaison/suivi de l'utilisateur et la gestion d'alertes.</li> <li>- Le partage d'agenda de l'utilisateur, afin de faciliter l'organisation des soins.</li> <li>- Etc.</li> </ul> <p>« <a href="#">Ces outils viennent appuyer les organisations et processus de travail harmonisés du DAC et sont donc adaptés aux contextes territoriaux et aux différentes modalités de travail</a> ».</p> <p>Source : Cadre national d'orientation – Juin 2020</p>
Gouvernance	<p>« Reflet des acteurs présents sur un territoire donné, la gouvernance d'un DAC s'adapte aux ressources disponibles et prend en compte les caractéristiques propres à chaque territoire, en termes d'acteurs comme de dynamique locale ».</p> <p>Source : Guide sur la gouvernance – ANAP – Octobre 2020</p> <p>► <b>Le choix de la souplesse et de l'adaptation pour la constitution de la gouvernance, mais la formulation de certaines exigences auxquelles les DAC doivent répondre en termes de composition :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="#">Elle « correspond autant que possible à l'assemblée délibérante de sa structure juridique</a> (ex : assemblée générale / conseil d'administration d'une association) [...]. Il est en effet important que tous les acteurs du territoire se considèrent solidairement responsables de l'action du DAC et, par conséquent pleinement concernés par sa gestion mais aussi par la prise en compte des difficultés rencontrées sur le terrain. Une gouvernance qui ne serait pas organiquement liée à la direction opérationnelle présente un risque réel de désengagement des acteurs et, in fine, de fragilisation du DAC ».</li> <li>• « <a href="#">La gouvernance des DAC doit assurer une représentation des acteurs du territoire, équilibrée</a> entre les secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux ».</li> <li>• « <a href="#">La gouvernance des DAC est évolutive</a> ».</li> <li>• « <a href="#">Les ARS veillent au respect des principes</a> qui guident la composition et le rôle de la gouvernance des DAC ».</li> </ul> <p>Source : Cadre national d'orientation – Juin 2020</p>

Bien qu'un cadre pour la structuration du DAC soit établi, celui-ci reste relativement souple au niveau national. Les ARS étant en charge du déploiement stratégique et organisationnel des DAC, au niveau régional, et disposant pour ce faire d'une réelle marge de manœuvre, chacune pourra alors être amenée à se saisir différemment de ce cadre. Certaines d'entre elles feront notamment le choix

d'élaborer un référentiel régional ou un cahier des charges pour structurer la mise en place opérationnelle des DAC. L'acteur de la fédération nationale des DAC (la FACS nationale) interrogé fait état, à ce titre, de grandes variations observées :



Représentant de la FACS nationale

*« On voit que chaque ARS a émis, ou pas, un cahier des charges, c'est-à-dire a émis une politique de déploiement des DAC qui lui est propre. On a parfois des distorsions très importantes entre une région et une autre. »*

Le chapitre suivant consacré au processus du changement s'intéressera précisément à la manière dont l'ARS Ile-de-France se saisit du cadre national et conduit ce changement qui, nous l'avons vu, semble s'accompagner d'une dynamique de transformation interne de sa propre organisation, à travers la définition d'une stratégie « se transformer, pour transformer ».

Par ailleurs, les caractéristiques du cadre national des DAC fait apparaître une certaine similitude avec celui qui avait alors été élaboré au moment de l'évolution des réseaux de santé en 2012. Pour mémoire, un guide méthodologique avait été publié par la DGOS (octobre 2012) pour accompagner cette mutation visant à structurer les missions des réseaux, à procéder à leur regroupement en structures plurithématiques et à assoir un socle commun d'organisation. Il y était notamment rappelé que l'objectif poursuivi était d'éviter une institutionnalisation des réseaux, leur configuration organisationnelle nécessitant une forme de flexibilité pour s'adapter aux territoires :

*« Les recommandations de ce guide n'ont pas pour finalité de définir un modèle d'organisation unique et généralisable de la coordination. Il propose une définition de l'appui à la coordination et des missions associées. [...], les ARS pourront choisir les modalités d'organisation les mieux adaptées aux besoins, à l'organisation existante et aux acteurs présents aujourd'hui dans les territoires. »*

Tandis qu'à la même période (2011), les MAIA faisaient l'objet d'un cahier des charges fortement prescriptif (Décret n°2011-1210 du 29 septembre 2011). Ainsi, la posture et le discours adoptés par le niveau national tendent davantage à se rapprocher des principes qui ont guidé l'évolution des réseaux de santé. Bien que le DAC fasse l'objet d'une structuration plus importante, ils restent assez proches de l'esprit des réseaux.

Dans ce cadre, un représentant d'une délégation départementale de l'ARS interrogé soulignera :



Acteur de tutelles – ARS DD 3

*« **C'est comme avec les réseaux de santé : c'est une continuité au final, mais avec, à mon sens, une simplification, c'est-à-dire qu'on n'aura pas une multitude de strates.** »* « A terme, on les accompagnera comme on a toujours accompagné les réseaux. »

Même si, malgré tout :

*« On arrive sur quelque chose qui me paraît plus structuré et plus à même de répondre... on est moins dans... certains réseaux, on était dans du bricolage. »*

En revanche, un changement à priori plus conséquent pour les MAIA qui interroge :

*« **Les gestionnaires de cas MAIA étaient dans un cadre extrêmement rigide car c'étaient des textes pour les MAIA qui étaient très cadrés et avec peu de latitude. Ils vont arriver sur des structures avec plus de latitude, basées sur les réseaux : comment intégrer ces personnels-là ?** »*

Ainsi, le contenu du changement et le cadre défini par les autorités nationales ne sont pas sans impacts sur les théories d'usage des parties prenantes. Celles-ci pouvant être, en fonction des acteurs, affectées à des niveaux divers. Le point suivant nous permettra d'identifier plus finement la nature potentielle de ces impacts aussi bien pour les MAIA, mais également pour les réseaux de santé et les ARS qui se voient confier le pilotage du déploiement de la réforme des DAC, c'est-à-dire la conduite du processus de changement dans les territoires.

### C. Le positionnement du DAC dans l'écosystème territorial

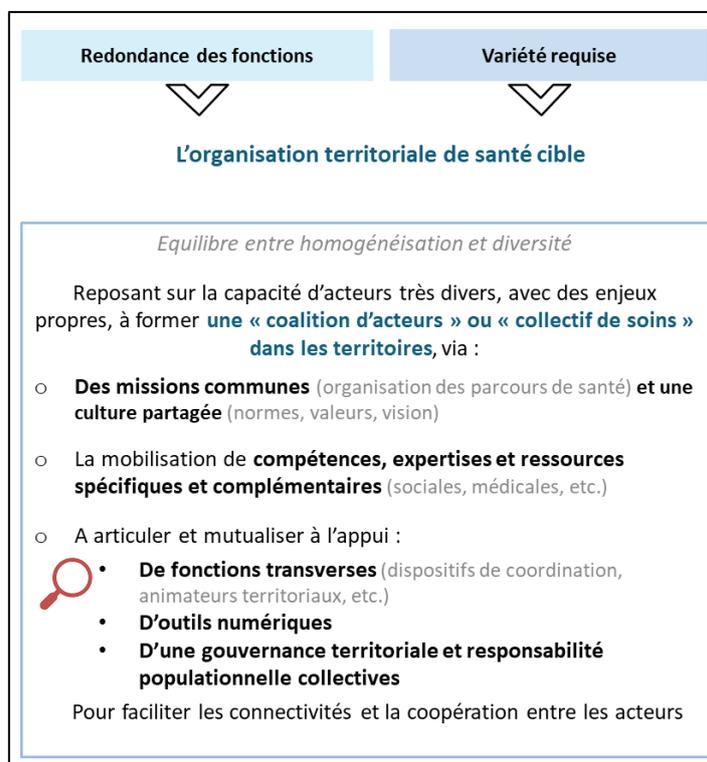
Ce type de dispositifs hybrides, situé à la croisée des différents secteurs de la santé et pourvu d'une fonction interstitielle, constitue une catégorie d'acteurs à part, mais finalement peu formalisée en tant que telle et ne jouissant que d'une reconnaissance relative, ayant souffert jusqu'à présent d'une diversité et d'une fragmentation entravant la lisibilité et l'efficacité de leur action. Nous l'avons abordé au sein de l'analyse des théories d'usage des réseaux de santé et des MAIA, cela rejoint l'enjeu d'accéder à une légitimité à la fois institutionnelle et territoriale pour assoir véritablement ces dispositifs et faciliter leur ancrage.

Le cadre national d'orientation nous apporte des premiers éléments concernant la place du DAC dans l'écosystème territorial de santé :

- « L'ambition du gouvernement est de renforcer l'organisation territoriale des parcours de santé ». « Les dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé complexes (DAC) contribuent à cette ambition transformatrice ».
- « Les DAC constituent une ressource dont les acteurs du territoire se dotent pour une optimisation des parcours de santé complexes ».
- Dans le cadre de leur mission de « participation à la coordination territoriale », « les DAC contribuent à mettre en place une dynamique vertueuse avec les acteurs du territoire qui s'apparente à une démarche continue d'amélioration de la qualité. [...]. Ce faisant, ils mettent en place une démarche d'intégration dans leur territoire ».
- « L'intervention de l'équipe du DAC favorise la mise en lien, l'échange, le partage, la concertation, la médiation, et le compagnonnage entre acteurs ».
- Ils sont dès lors amenés à :
  - Construire « une compréhension partagée des besoins de la population et une vision commune de l'évolution de l'offre ».
  - Consolider « la coopération entre les acteurs ».
  - Favoriser « l'interconnaissance des acteurs ».
  - Développer « des outils et des modalités de prise en charge des personnes, partagés par tous les acteurs ».
  - Définir « des stratégies de promotion des recommandations, d'amélioration des pratiques et de développement du travail collaboratif sur le terrain ».
  - Exploiter « les opportunités de partenariat, les synergies avec les autres dispositifs sur le territoire ».
  - Tout en s'assurant de la cohérence de leur action avec le projet régional de santé de l'ARS et le ou les schémas mis en oeuvre par le conseil de départemental.

Ces éléments nous amènent à confirmer le positionnement du DAC comme une fonction transverse au sein du modèle d'organisation holographique de Morgan (1989) en charge de faciliter les connexions entre les composantes du système. L'extrait du schéma ci-dessous (figurant dans la partie II de notre recherche relative à la présentation de notre modèle théorique) nous permet de resituer nos propos :

RAPPEL DE LA FIGURE 15 : DECLINAISON DU MODELE THEORIQUE DE MORGAN (1989) A L'ORGANISATION DE SANTE  
 FOCUS SUR LES PRINCIPES DE « REDONDANCE DES FONCTIONS » ET « VARIÉTÉ REQUISE »



Au regard du CNO, le DAC, en tant que fonction transverse, contribuerait alors, par ses missions, à l'appropriation et l'intégration du paradigme du parcours au sein des théories d'usage des professionnels dans les territoires. Le tableau suivant tend à mettre en valeur cet aspect par la transposition des éléments du cadre national d'orientation ayant trait à la mission de coordination territoriale des DAC au sein des dimensions du cadran du changement, figurant la trame culturelle du paradigme du parcours :

TABLEAU 44 : CONTRIBUTION DU DAC A L'APPROPRIATION DU PARADIGME DU PARCOURS AU SEIN DES THEORIES D'USAGE DES ACTEURS DE SANTE

Cadrons du changement	Eléments clés	Extrait du CNO
<b>Culture</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alliance des cultures professionnelles</li> <li>• Culture pluriprofessionnelle et du travail d'équipe</li> <li>• Valeurs</li> </ul>	<p>→ Construire « une <b>compréhension partagée des besoins</b> de la population et une <b>vision commune</b> de l'évolution de l'offre ».</p> <p>→ Favoriser « <b>l'interconnaissance</b> des acteurs ».</p>
<b>Compétences</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apprentissage collectif, Montée en compétences, Diffusion</li> <li>• Une nouvelle manière de travailler</li> </ul>	<p>→ Définir « des <b>stratégies de promotion des recommandations, d'amélioration des pratiques et de développement du travail collaboratif sur le terrain</b> ».</p>
<b>Fonctionnement Relations</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Co-construction, Coopération, Coordination</li> </ul>	<p>→ « L'intervention de l'équipe du DAC favorise <b>la mise en lien, l'échange, le partage, la concertation, la médiation, et le compagnonnage entre acteurs</b> ».</p> <p>→ Consolider « <b>la coopération entre les acteurs</b> ».</p>
<b>Organisation Structure</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Maillage et Territoire</li> </ul>	<p>→ Exploiter « <b>les opportunités de partenariat, les synergies avec les autres dispositifs sur le territoire</b> ».</p> <p>→ « Ils mettent en place une <b>démarche d'intégration dans leur territoire</b> ».</p>
<b>Outils</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Outils et pratiques</li> </ul>	<p>→ Développer « <b>des outils et des modalités de prise en charge des personnes, partagés</b> par tous les acteurs ».</p>
<b>Critères de performance</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Qualité</li> </ul>	<p>→ « Les DAC contribuent à mettre en place une <b>dynamique vertueuse avec les acteurs du territoire qui s'apparente à une démarche continue d'amélioration de la qualité</b> ».</p>
<b>Comportement</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Responsabilité collective populationnelle</li> <li>• Positionnement des acteurs et jeux coopératifs</li> </ul>	<p>→ Principe sur lequel repose la mission de « participation à la coordination territoriale » des DAC : <b>Une démarche de responsabilité populationnelle.</b></p>
<b>Management</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Animation territoriale et Territorialisation de l'action ARS</li> </ul>	<p>→ <b>Les DAC : un outil d'intégration du paradigme du parcours auprès des acteurs de santé dans les territoires ?</b></p> <p>→ <b>Une ressource sur laquelle s'appuyer pour l'ARS ?</b></p>

Dans cette optique, le DAC est un acteur à accompagner dans le changement qu'il traverse, à la fois interne et territorial. Ce dernier axe pourrait constituer, en fonction de la stratégie adoptée par chaque ARS en région, un enjeu particulièrement important dans la mesure où le DAC serait susceptible de constituer l'un des outils de diffusion et d'appropriation de l'approche parcours au sein des territoires. Cela s'observe d'ailleurs à travers les propos d'un représentant de la FACS nationale interrogé :



Représentant de la FACS nationale

*« Selon chaque ARS, chacun a une manière différente de se représenter la mission principale des DAC : soit c'est l'appui aux situations complexes, soit c'est l'animation territoriale. »*

*« Les ARS peuvent considérer que les DAC sont leur outil, un outil qu'elles maîtrisent totalement. Ou bien c'est l'outil des professionnels du territoire et en gros, ces professionnels écrivent et déposent un projet et l'ARS dit oui au projet. »*

Nous verrons, dans le cadre du processus de changement, comment l'ARS Ile-de-France tend à se saisir de cet aspect et à appuyer les DAC dans leur ancrage territorial.

Le contenu et le cadre défini par les autorités sanitaires nationales relatifs à la mise en place de la réforme des DAC laissent apparaître une forte concordance avec les fondements organisationnels et de gestion qui sous-tendent la trame culturelle du paradigme du parcours (identifiés à partir des cadrans du changement d'Autissier et Moutot, 2003). Le tableau de synthèse ci-dessous nous permet d'en prendre toute la mesure. Les principes organisationnels sur lesquels reposent le dispositif DAC ainsi que la posture adoptée par les tutelles nationales, en termes de management et de pilotage de la réforme sont particulièrement significatifs.

TABLEAU 45 : TRANSPOSITION DES FONDEMENTS DU PARADIGME DU PARCOURS DANS L'APPROCHE ADOPTÉE POUR MENER LA RÉFORME DES DAC

Cadrans du changement	Verbatims clés	Transposition dans le cas de la mise en place de la réforme DAC : cadre défini par les autorités nationales
<p><b>Organisation Structure</b></p>	<p><i>Caractéristiques organisationnelles</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Souplesse, Adaptation, Innovation</b></li> <li>• Continuité, <b>Décloisonnement</b>, Maillage</li> <li>• Proximité, <b>Territoire</b></li> <li>• L'usager « au cœur du système »</li> </ul>	<p><b>Entre normalisation et souplesse organisationnelle &amp; Entre intégration (unification) et différenciation (adaptations territoriales)</b></p> <p style="text-align: center;">▽</p> <p><u>Certains principes définis pour un socle de structuration minimal commun.</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>1 seul DAC par territoire :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Convergence des réseaux de santé et des MAIA.</li> <li>- 1 structure, 1 porteur, 1 équipe unique.</li> </ul> </li> <li>• <b>3 missions axées sur l'organisation et l'optimisation des parcours de santé complexes :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Appui aux professionnels.</li> <li>- Accompagnement des personnes.</li> <li>- Participation à la coordination territoriale : une fonction transverse au sens du modèle organisationnel de Morgan (1989).</li> </ul> </li> </ul> <p>Associées à des attentes en termes de service rendu.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Ouverture à la polyvalence</b> des prises en charge.</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prérequis sur la <b>gouvernance interne</b>.</li> <li>• <b>CPOM conclu avec l'ARS</b> fixant les objectifs du DAC.</li> <li>• <b>Système d'information (SI) unique et partagé</b>.</li> </ul> <p><u>Mais une flexibilité organisationnelle privilégiée à la main des ARS et des acteurs locaux.</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Des critères de prises en charge souples.</li> <li>• Un accès au DAC qui doit être simple.</li> <li>• Choix laissé sur la forme juridique.</li> <li>• Peu d'outils (hormis le SI) et de process normés : plutôt sous forme de recommandations et bonnes pratiques, à adapter en fonction des territoires.</li> <li>• Autonomie sur l'organisation du dispositif et la déclinaison des missions.</li> </ul> <p>→ <b>Un modèle organisationnel qui semble se rapprocher davantage de celui des réseaux de santé.</b></p> <p>↳ Un changement potentiel de paradigme pour les acteurs des MAIA au niveau organisationnel : D'une méthode cadrée et fortement prescrite à une organisation souple et agile.</p> <p>→ <b>Un changement organisationnel interne mais aussi territorial</b> (positionnement du DAC au sein de l'écosystème territorial).</p>
<p><b>Management</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Faire confiance aux acteurs et Autonomie</b></li> <li>• <b>Appui sur les dynamiques et initiatives territoriales des professionnels</b></li> <li>• <b>Animation territoriale et Territorialisation de l'action ARS</b></li> </ul> <p><i>Positionnement :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Accompagner, Soutenir,</b> Faire émerger</li> <li>• Orchestrer, Coordonner, Assembler</li> <li>• <b>Dialoguer, Collaborer, Construire avec</b></li> <li>• Favoriser l'apprentissage</li> </ul>	<p><b>Positionnement des tutelles nationales :</b></p> <p><b>Entre prescription et autonomie :</b></p> <p>Une réforme coercitive (création des DAC)</p> <p><i>Mais</i></p> <p>Un cadre souple pour sa mise en œuvre</p>  <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Des supports institutionnels et législatifs nationaux peu prescriptifs :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Une <u>feuille de route évolutive</u> (CNO).</li> <li>- Et des <u>supports associés pour accompagner le changement</u> qui se veulent pragmatiques et opérationnels (boîte à outils, guides, bonnes pratiques, référentiels de compétences, etc.).</li> </ul> </li> <li>• <b>Décloisonnement horizontal entre tutelles nationales</b> pour le pilotage de la réforme.</li> <li>• <b>Participation et concertation avec les acteurs des territoires.</b></li> <li>• <b>Une démarche de co-construction.</b></li> <li>• <b>Une posture d'appui</b> aux acteurs des territoires.</li> <li>• <b>Une logique non verticale et la main laissée aux acteurs locaux</b> pour s'organiser.</li> <li>• <b>Une large autonomie donnée aux ARS</b> pour le déploiement stratégique des DAC.</li> </ul> <p>→ <b>Un positionnement lié aussi à la nature même du dispositif DAC.</b></p>

		→ <b>Le DAC, un outil d'intégration du paradigme du parcours dans les territoires</b> auprès des professionnels de santé : <ul style="list-style-type: none"> <li>» Un outil de l'ARS (au niveau de l'animation territoriale) ?</li> <li>» Ou un outil des professionnels de santé ?</li> </ul>
<b>Outils</b>	<i>L'usage du numérique :</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Virage numérique</li> <li>• <b>Systèmes d'informations partagés</b></li> <li>• <b>Le numérique pour améliorer l'organisation</b></li> </ul>	<b>Un système d'information unique.</b> Mais très peu d'outils normés imposés.
<b>Critères de performance</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Efficience, Qualité, Pertinence</b></li> <li>• <b>Evaluation</b></li> <li>• Expérience patient, <b>Résultat pour l'utilisateur, Satisfaction usager</b></li> </ul>	<b>La notion de service rendu</b> aux professionnels et aux personnes au cœur de l'évaluation des DAC.

A partir de l'identification de ce cadre organisationnel et managérial établi par l'Etat et à partir duquel sera conduit le processus de changement par l'ARS, nous allons à présent nous intéresser aux composantes sociologiques du paradigme du parcours mises en évidence à travers les dimensions : « Fonctionnement-Relations », « Comportement », « Compétences », « Culture » des cadrans du changement. Cela devrait notamment nous permettre de percevoir les impacts de ce cadre ainsi défini sur les théories d'usage en vigueur des parties prenantes que sont les réseaux de santé et les MAIA, mais aussi les implications concernant l'ARS.

### Section 3 : Les éléments sociologiques de la trame culturelle du parcours

FIGURE 42 : FOCUS SUR LES ELEMENTS SYMBOLIQUES DE LA THEORIE PROFESSEE DU PARCOURS



La réforme des DAC, pensée et établie à partir de la théorie professée du parcours tant dans son contenu (modèle organisationnel et positionnement dans l'écosystème) que dans le pilotage de sa mise en œuvre (cadre managérial défini par les tutelles), impacte aussi les composantes sociologiques constituant la théorie d'usage des parties prenantes. Les dimensions organisationnelles et sociologiques sont, en effet, interdépendantes. Un changement du cadre organisationnel et de pilotage implique, à des degrés plus ou moins importants, une remise en question des modes de fonctionnement (rites et routines) et des système relationnels des acteurs (univers comportementaux). Il peut aussi réinterroger les valeurs qui guident leur action mais aussi les symboles auxquels les parties prenantes peuvent s'avérer particulièrement attachées, ou encore bousculer les identités professionnelles et les métiers.

Au niveau des dispositifs d'appui à la coordination, le changement doit donner lieu à l'élaboration d'une structure et équipe unique sous la forme d'un DAC par territoire dit de coordination en Ile-de-France. Nous l'avons mis en exergue, les pouvoirs publics nationaux entendent, dans ce cadre, favoriser une dynamique de co-construction entre les acteurs. Ils attribuent le soin aux ARS d'assurer le déploiement régional, via la définition de leur propre stratégie. En Ile-de-France, cette dernière s'articule autour de trois axes :

- **L'élaboration d'un cadrage incarné par la rédaction d'un référentiel régional** permettant d'acter un socle commun d'organisation. Sa publication, en novembre 2019, marquera pour l'ARS le début du déploiement des DAC (sur lequel nous reviendrons ultérieurement).



Acteur de tutelles – ARS siège

Le référentiel régional « *permet de cadrer les missions, les prérequis organisationnels, la place du DAC dans son écosystème.* »



Extrait du référentiel régional des DAC – ARS Ile-de-France

« *Ce référentiel régional vise à définir les missions des dispositifs d'appui et leur organisation. Il constitue le cadre régional de référence qu'ils devront appliquer.*

*Il a été élaboré par l'ARS suite aux travaux des groupes régionaux sur la convergence regroupant des représentants des CLIC, réseaux et MAIA. Il a été soumis pour avis aux instances représentatives des usagers et autres partenaires de l'Agence.*

*Il définit des invariants organisationnels minimaux attendus afin d'harmoniser les pratiques, tout en préservant l'autonomie organisationnelle et les spécificités territoriales.* »

L'objectif, à travers ce document, est de disposer d'un cadre d'harmonisation régionale en termes de missions, de pratiques ou encore de périmètre d'intervention afin d'éviter les écueils d'une trop grande hétérogénéité des dispositifs comme cela a pu être le cas par le passé. Bien que plus opérationnel que le CNO, il s'avère, toutefois, peu prescriptif permettant une forme de souplesse en vue d'une adaptation aux besoins et spécificités locales.

- **A partir duquel, la main est laissée aux acteurs de terrain pour s'organiser, l'ARS se positionnant en appui** et intervenant en subsidiarité (en cas de conflits ou d'opposition entre les acteurs).



Acteur de tutelles – DD 3

« *Nos DAC sont accompagnés mais on leur laisse énormément la main.* »



Acteur de tutelles – ARS siège

« *C'est vrai que depuis quelques temps, nous, dans les pouvoirs publics on ne travaille plus de la même manière. On est beaucoup moins dans un truc descendant qu'avant. Le cahier des charges MAIA, je pense qu'on ne ferait plus jamais cela maintenant.* »

« *On a vraiment l'idée que nous on est plus : à initier, impulser, accompagner des projets qu'un cadre hyper rigide, structuré, descendant.* »

« Le Directeur général suit assez fortement ce que nous demandent nos tutelles, le Ministère. Et c'est de dire, vous n'êtes pas là pour contrôler ou imposer. Vous êtes là pour aider, accompagner les professionnels de santé, à la mise en œuvre de projets, être des facilitateurs. »

- **Sur la base d'une articulation des rôles et un partage des compétences entre le siège de l'ARS et les délégations départementales.** Le siège de l'ARS pose le cadre général (élaboration du référentiel régional, sur la base d'une dynamique de co-construction avec les acteurs des territoires) et les délégations départementales se voient confier le déploiement local sur les territoires.

Le siège se positionne sur des missions transversales et de coordination :

- Elaboration du cadre régional stratégique.
- Reporting et suivi.
- Capitalisation, évaluation, appui au changement.
- Harmonisation des pratiques et outillage.
- Maîtrise des financements pour équilibrer la répartition des subventions entre les DAC sur les territoires.
- Veille réglementaire.

Les Délégations départementales sont investies, pour leur part, des rôles suivants :

- Appui et accompagnement des acteurs des DAC et intervention en cas de difficultés.
- Aide à l'ancrage des DAC dans les territoires : mise en lien des acteurs, soutien au développement de partenariats locaux, etc.
- Animation territoriale.



Acteur de tutelles – ARS siège

« Maintenant que le cadre est posé, le directeur général dit c'est le rôle des délégations qui doivent être beaucoup plus en première ligne. »

« Le projet a différentes phases : on conçoit le projet, on le cadre et une fois que c'est plus en routine, les délégations ont davantage la responsabilité d'accompagner les DAC. Nous, on leur dit aussi : votre rôle, c'est d'aider à asseoir les DAC. »

« Les missions régaliennes (autorisation d'activités, financement des établissements de santé) seront au siège et tout ce qui est missions territoriales, ce sera les Délégations. »

« Le Directeur général demande au siège d'être plutôt garant de la cohérence territoriale, garant d'outils qu'on apporte aux délégations et des délégations qui sont plus sur le terrain à aider les professionnels de santé, à les faire avancer dans leurs démarches. Quelque chose de beaucoup moins descendant qu'avant. »

Cette stratégie prend place dans le cadre d'un projet plus global de transformation interne de l'ARS « se transformer pour transformer » que nous avons déjà eu l'opportunité de présenter et qui repose sur le

postulat selon lequel le changement à mener dans les territoires, sous l'égide de l'approche parcours, ne pourra être conduit sans une évolution de l'ARS.



Acteur de tutelles – ARS siège

Il s'agit pour l'ARS d'être « *fer de lance* » et ne plus se positionner uniquement comme une « *tutelle réglementaire*. »

« *Il faut qu'on s'inscrive nous-même davantage dans une logique de projet, de transversalité et de décloisonnement.* »

« *Ca suppose qu'on dégage du temps au quotidien pour être davantage sur le terrain, aux prises avec les opérateurs.* »

Dans cette optique les délégations départementales sont identifiées comme un levier majeur à mobiliser, à travers la mise en place d'un processus : le « double-mouvement :

« *Le cœur de la démarche il est sur les délégations. Ce qui est un vrai renversement de tendance pour le coup.* »

« *La vraie valeur-ajoutée d'une délégation, c'est justement d'être dans cet accompagnement de projet, d'être dans cette logique peut-être de susciter ou développer des filières de soins plus innovantes, plus renforcées, etc.* »

« *Mais qui n'est pas si simple que ça car le double mouvement, c'est plus une perspective, une trajectoire plutôt que dire très concrètement qui fait quoi.* »

De manière plus générale, de nombreux rapports nationaux produits entre 2012 et 2021, avaient déjà questionné la place des délégations et l'enjeu que pouvait constituer un renforcement de leur rôle et de leur articulation avec le siège de l'ARS<sup>40</sup>. En mars 2014, le rapport Devictor précisait dans ce sens : « l'attente à l'égard de l'ARS suppose qu'elle soit plus proche du terrain, et notamment que ses délégations territoriales soient dotées d'une réelle capacité d'initiative, de marges de manœuvre et de montage de projets avec les acteurs du territoire, ce qui leur permettrait de conserver ou de faire revenir des compétences en rapport avec les missions déléguées ». En 2018, un rapport de l'IGAS incitait à engager une réflexion sur la répartition des missions entre le siège de l'ARS et les délégations départementales. Ce besoin d'affirmation et de clarification du rôle des Délégations départementales, en tant que levier pour assoir l'ancrage local des ARS, a émergé très tôt. Il aura néanmoins fallu attendre la crise sanitaire du COVID en 2020, qui aura été « un révélateur de la faiblesse structurelle de cet échelon » (Rapport de la MECSS, juin 2021, pp. 49-50), pour positionner leur renforcement comme un enjeu majeur d'évolution des ARS. Dans ses préconisations, le rapport de la MECSS de 2021, stipule qu'il s'agit maintenant de redonner de la légitimité aux ARS. Ce qui suppose, entre autres, de « renouer avec la proximité » par un renforcement du rôle d'animateur des ARS plutôt que celui de régulateur, plus particulièrement incarné par les délégations départementales. Dans cette perspective, la loi 3DS du 21 février 2022 prévoit le renforcement de la place de l'échelon départemental dans le pilotage du système de santé. Des décrets à venir, pris en concertation avec les associations d'élus

<sup>40</sup> Nous faisons référence, entre autres, aux rapports suivants :

- « Bilan de la RGPP et conditions de réussite d'une nouvelle politique de réforme de l'État », IGA, IGAS, IGF, septembre 2012.
- Rapport « Le service public territorial de santé (STSP), le service public hospitalier (SPH) : développer l'approche territoriale et populationnelle de l'offre en santé », Bernadette Devictor, mars 2014.
- Rapport IGAS, 2018.
- Rapport d'information « Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale sur les agences régionales de santé », n°4267, Assemblée nationale, juin 2021.

locaux, devraient ainsi préciser les missions des délégations départementales des ARS. A ce jour, ces décrets restent encore en attente de publication. D'acteurs de second plan pendant longtemps, les délégations départementales semblent aujourd'hui, du moins dans les discours, placées sous les feux de la rampe et positionnées comme un atout majeur pour permettre une transformation des ARS.

L'ensemble de ces éléments constitutifs de la stratégie de l'ARS Ile-de-France définie en vue de conduire la transformation de l'organisation territoriale de santé vient impacter de nombreux éléments de la théorie d'usage actuelle des ARS, mais aussi des acteurs de terrain que ce soit au niveau des structures organisationnelles, des systèmes de pouvoir mais aussi des rites et des routines.

Dans le cas d'étude retenu ici, ce changement amène un important changement culturel :



Acteur de tutelles – ARS siège

*« Le double mouvement, on ne l'aurait jamais porté si on n'avait pas des objectifs et des dispositifs qui nous obligeaient à aller là-dessus. Par exemple, si on n'avait pas 50 CPTS<sup>41</sup> à ouvrir dans tels délais, et puis pour monter une CPTS c'est quelque chose quand même de fortement, qui nécessite beaucoup de coordination, etc. Là, ça permet de se dire, on voit bien que pour y arriver, il faut aussi que nous en interne on fonctionne autrement parce que sinon on ne va pas y arriver. »*

*« C'est un gros changement culturel, et c'est un des changements les plus difficiles. »*

Cela constitue une réelle complexité pour les tutelles de santé qui doivent à la fois faire évoluer leurs modes d'organisation, réinterroger la conception de leur métier et accepter de voir rebattre les cartes du jeu relationnel en vigueur, tant dans les rapports internes entre le siège de l'ARS et les délégations qu'au niveau de leur positionnement envers les acteurs de santé des territoires.



Acteur de tutelles – ARS siège

*« Alors, c'est difficile parce que c'est un autre curseur à trouver pour nous institutions, car on peut être accusé de ne pas suffisamment cadrer, être rigoureux. »*

*« Ça nécessite un changement de posture, c'est pour ça : quand le directeur général dit, les délégations sont plus en animateurs territoriaux, en régulateurs, ce n'est plus le même travail qu'avant où j'avais mon cahier des charges et je leur demandais de répondre à tels critères, tels indicateurs d'activité [en parlant des opérateurs de terrain]. »*

*« On nous demande d'être beaucoup plus flexibles dans notre manière de piloter les dispositifs. Avant c'était le jardin à la française, où tout le monde pareil partout et là le directeur général, il dit bien : je ne veux pas de jardin à la française, je veux préserver les spécificités des territoires, je veux des Agences qui aident, qui accompagnent mais pas qui imposent. »*

*« Donc il faut trouver un nouvel équilibre. Ce n'est pas toujours simple car parfois les acteurs ont du mal à se structurer. Parfois, on a*

<sup>41</sup> CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé : dispositif visant à favoriser le développement de l'exercice coordonné et la coopération entre les professionnels de santé libéraux dans les territoires. Cela constitue l'une des mesures phares de la loi santé de 2019, qui est aussi à l'origine des DAC.

*tendance à se dire faudrait qu'on soit plus cadrant pour que ça avance. Il faut trouver le bon curseur sur le pilotage. »*

**« Par contre, ça suppose aussi des acteurs qui arrivent davantage à s'entendre, on joue l'arbitre beaucoup plus tard. »**

Cette dernière remarque formulée par un responsable de l'ARS interrogé met l'accent sur le fait que ce nouveau cadre impacte également fortement les acteurs de terrain. En effet, les dimensions sociologiques du paradigme du parcours font particulièrement ressortir les notions suivantes :

- La responsabilité collective.
- Les jeux coopératifs.
- L'apprentissage d'un fonctionnement collectif.
- L'alliance des cultures.
- Un socle fédérateur de valeur.
- Une culture pluriprofessionnelle.

Le regroupement des réseaux de santé et des MAIA nécessite une transition d'ampleur se caractérisant notamment par le passage :

- D'univers comportementaux régis actuellement par l'antagonisme à un système relationnel coopératif.
- De silos culturels à une convergence culturelle et une vision commune.
- Du territoire comme lieu de concurrence au territoire comme lieu de co-construction.

Par ailleurs, chacun de ces dispositifs et des acteurs qui les composent se voient, à travers ce changement, affecter individuellement dans leur organisation interne et leur identité.

A la lumière de ces éléments complémentaires et des résultats exposés précédemment, le tableau ci-dessous tente donc d'identifier les implications d'ordre sociologique liées à ce changement pensé et conduit sous l'égide du paradigme du « parcours » :

TABLEAU 46 : COMPOSANTES SOCIOLOGIQUES DE LA TRAME CULTURELLE DU PARCOURS

Transposition dans le cas de la mise en place de la réforme DAC Le chemin à parcourir entre les théories d'usage des acteurs et le modèle projeté	
<b>Cadrans du changement : Fonctionnement – Relations &amp; Comportement</b>	
Verbatims clés de la trame culturelle du « parcours » :	
Co-construction, coopération, coordination, convergence	Responsabilité collective territoriale et populationnelle
Coalition, collectif, réseau	Positionnement des acteurs et jeux coopératifs
Implication de l'usager	
<b>Réseaux de santé et MAIA :</b>	
» Du territoire comme lieu de concurrence au territoire comme lieu de co-construction du DAC.	
» D'une structure de relations basée sur l'antagonisme à un système relationnel coopératif pour constituer une équipe unique au sein du DAC.	

## **ARS : Une stratégie de l'ARS : « se transformer pour transformer » :**

En lien avec de nouveaux rôles cibles (conceptualisés au sein de la partie théorique de notre recherche) :

- **La figure de l'Etat animateur-facilitateur** : rôle d'institutionnalisation de l'action collective favorisant la logique coopérative et la transversalité entre acteurs.
- **La figure de l'Etat partenaire** : rôle de territorialisation des politiques nationales basé sur la co-construction pour faciliter le rapprochement entre politiques publiques et problématiques territoriales.
- **La figure de l'Etat régulateur** : rôle de régulation de l'action collective et rôle d'équilibrage entre intégration et différenciation.

### Les relations entre le siège de l'ARS et les délégations départementales :

- » D'une relation ascendante du siège envers les délégations vers une plus grande capacité d'action des délégations et transversalité.
- » D'une hiérarchie du prestige valorisant la position du siège à une reconnaissance du rôle et un renforcement de l'assise des Délégations départementales.

### Les relations entre l'ARS et les DAC :

- » D'une ARS jugée trop éloignée du terrain à une plus grande proximité et ancrage de l'ARS sur les territoires, via les délégations.
- » D'une logique descendante et prescriptive à :
  - La main laissée aux acteurs de terrain pour s'organiser, à partir d'un cadrage régional.
  - Une posture d'accompagnement, d'appui et de facilitation de l'ARS.



#### **Enjeux :**

- Le juste équilibre entre un rôle de tutelle-régulatrice et tutelle-partenaire facilitatrice, cette dernière restant garante de la mise en place d'une politique publique.
- Le positionnement des DAC dans la stratégie globale de transformation de l'organisation territoriale de santé de l'ARS :
  - Un acteur de santé à part entière ?
  - Une ressource pour les professionnels de santé ?
  - Un outil de l'ARS pour accompagner l'intégration du paradigme du parcours dans les territoires (le DAC comme fonction transverse) ?
- L'influence d'un nouveau positionnement de l'ARS sur les univers comportementaux des acteurs de terrain.

### Les relations Etat/ARS :

- » D'une ambivalence du positionnement de l'Etat (entre contrôle et indépendance) à une autonomie conférée aux ARS : développement de leur propre stratégie territoriale de déploiement des DAC.



#### **Enjeu :**

Donner une capacité d'action à l'ARS pour faciliter la rencontre entre politiques publiques nationales et problématiques territoriales, à travers sa position d'interface.

### **Points de vigilance globaux :**

- La prégnance des univers comportementaux et des jeux de pouvoirs entre acteurs : système politique.
- Le poids des rites et routines : les habitus.

## Cadran du changement : Compétences

Verbatims clés de la trame culturelle du « parcours » :

→ *Au niveau des tutelles*

Adapter, Modifier, Articuler, Développer les métiers, compétences, modes de fonctionnement

Capacité à ...

Administration apprenante, Travailler autrement

Mode projet, Pensée hors cadre

→ *Au niveau des professionnels de santé*

Nouveaux métiers et compétences

Une nouvelle manière de travailler

Adapter les formations

Formation décloisonnée

→ *Apprentissage collectif, Montée en compétences collective, Diffusion*

### Réseaux de santé et MAIA :

*Evolution des métiers :*

- Ouverture à la polyvalence.
- Construction de la fonction de coordination territoriale.
- Mutualisation des compétences et complémentarités.
- Création du « référent de parcours de santé complexes », à partir de l'élaboration d'un référentiel métier national (FACS nationale).

Qui tend progressivement à effacer les anciennes étiquettes (coordinateur au sein des réseaux, gestionnaire de cas pour les MAIA).

*Objectifs :*

- » Inscrire la fonction de référent de parcours complexe dans le droit commun.
- » Fournir une base à une réglementation concernant cette nouvelle fonction et les futures formations universitaires dédiées, de type Diplôme Universitaire (DU).



### Enjeux

- Positionner le DAC comme l'expert de l'organisation des parcours de santé complexe.
- Légitimer et reconnaître les métiers relatifs aux DAC : mobilisation de compétences et expertises distinctives.
- Rejoindre l'enjeu de l'ancrage du DAC au sein de l'écosystème de santé.
- En vue de favoriser sa reconnaissance institutionnelle et territoriale au sein de l'organisation du système de santé.

*Points de vigilance :*

- **MAIA** : Impacts sur les identités professionnelles actuelles.  
Métiers très codés, dont les fonctions de Gestionnaires de cas et Pilotes ont fait l'objet d'une forte valorisation institutionnelle (hiérarchie du prestige).  
↳ Une faible malléabilité : Une forme de rigidité et une intégration très forte.
- **Réseaux de santé** : Vers un cadre plus structuré, qui peut interroger le mythe de l'indépendance et la forte attache à l'identité individuelle propre à chaque réseau.  
↳ Une forme d'élasticité mais un dispositif peu intégré qui peut être source de résistance face à une formalisation plus importante.

**ARS :**

*Evolution des compétences et métiers pour endosser ses nouveaux rôles :*

- « *Ce n'est plus le même travail qu'avant* » (Responsable ARS).
- « *Avoir une vision de son métier qui ne s'arrête pas à ce côté tutelle et gestion de dossiers* » (Mission transformation interne - ARS).

→ Impacts sur les rites et routines.



### Enjeu :

Faire évoluer la théorie d'usage du paradoxe de l'ARS : vers un alignement des rites et routines, reliés à la structure organisationnelle, avec les mythes et symboles à la base des fondements de l'ARS.

### Points de vigilance :

La théorie d'usage a mis en lumière :

- Une empreinte bureaucratique importante avec des rites et routines associés fortement ancrés.
- Une évolution des métiers et compétences qui reste difficile et qui constituait déjà un enjeu fort au moment de la création des ARS en 2010.

### Cadran du changement : Culture

Verbatims clés de la trame culturelle du « parcours » :

Alliance des cultures professionnelles

Culture pluriprofessionnelle et du travail d'équipe

Valeurs : socle fédérateurs de valeurs

### Réseaux de santé et MAIA :

- » Des silos culturels à une culture commune.
- » D'une logique de structures individuelles à une logique de missions communes.



### Enjeu :

Rapprochement culturel : Construire une culture et une vision commune.

### Points de vigilance :

- Engagement et investissement forts des professionnels de ces dispositifs :
  - o Un levier sur lequel s'appuyer pour mobiliser les acteurs.
  - o Mais aussi un frein si les oppositions entre acteurs sont trop fortes et si l'attache à l'ancien dispositif reste dominante.
- Importance des notions de valeurs et sens donné à leur action : un levier potentiel sur lequel prendre appui.

### Une stratégie définie par l'ARS : « se transformer pour transformer » :

Une « démarche de transformation interne, tournée vers l'interne pour l'externe ».

(Mission transformation interne, ARS)

### Objectif :

Favoriser la mise en place d'une nouvelle organisation de santé décloisonnée et une coordination plus forte entre les acteurs de santé.



### Enjeu :

- Un double changement culturel :
  - o Accompagner la convergence et l'évolution culturelles des acteurs des dispositifs de coordination.
  - o Tout en engageant sa propre transformation.
- Au niveau de l'ARS :
  - o « Ça suppose qu'on arrive à accompagner les équipes pour qu'elles se mettent dans cette nouvelle posture professionnelle » (Mission transformation interne, ARS).
  - o « C'est un gros changement culturel, et c'est un des changements les plus difficiles » (Mission transformation interne, ARS).

### Point de vigilance :

Mais une perspective plutôt qu'un processus opérationnel clairement défini au sein de la théorie professée.

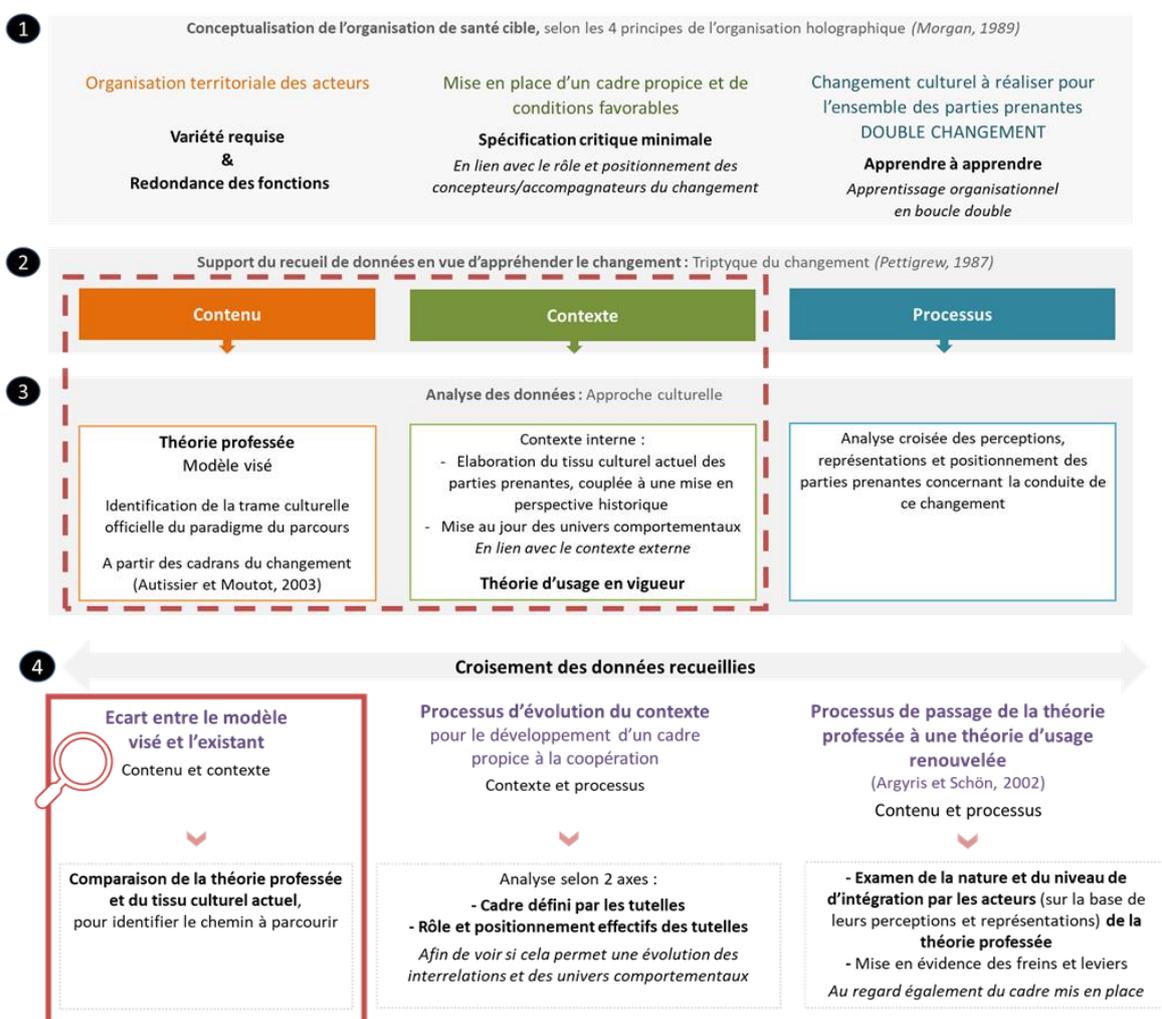
Tout au long de ce chapitre :

- Le fil de notre raisonnement nous a conduits, dans un premier temps, à recourir aux cadrans du changement (Autissier et Moutot, 2003) afin d'identifier la trame culturelle sous-jacente au paradigme du parcours, c'est-à-dire à la théorie professée. Pour ce faire, nous avons réalisé une analyse sémantique des éléments de langage utilisés au sein des textes et discours officiels.
- A partir de cette modélisation, nous avons ensuite centré notre attention sur la manière dont les différentes dimensions de cette trame culturelle étaient reprises et transposées dans le cas de la mise en place de la réforme des DAC, que ce soit au niveau du cadre de pilotage défini par les autorités sanitaires et leur positionnement ainsi que du contenu de la réforme du DAC.
- Nous avons articulé notre propos à partir de deux axes complémentaires : les composantes organisationnelles et de gestion de la trame culturelle du parcours et ses composantes sociologiques (valeurs, modes de fonctionnement et de relations, comportements, compétences).

#### Section 4 : Mise en miroir de la théorie professée et des théories d'usage des acteurs

Nous vous proposons, à présent, de franchir une étape supplémentaire de notre dispositif empirique en procédant, à partir des résultats précédents, à une mise en miroir de la théorie professée du parcours avec les théories d'usage des acteurs mises en lumière dans le chapitre précédent.

RAPPEL DE LA FIGURE 32 : LOCALISATION DE PROGRESSION DANS LE DISPOSITIF EMPIRIQUE



Dans cette optique, nous avons opté pour une représentation sous la forme de tableaux, nous apparaissant être la modalité la plus adaptée. Le but est essentiellement de visualiser le chemin à parcourir entre la théorie professée et les théories d'usage actuelles. Cela a vocation à nous fournir une grille de lecture sur laquelle nous pourrions revenir et nous référer au moment de l'analyse et de l'interprétation des résultats relatifs au processus du changement. Cela nous permettra ainsi d'identifier et comprendre plus aisément l'origine des zones de résistance ou des difficultés que nous aurons observé, mais aussi mieux cerner la source de certains leviers et éléments facilitateurs, etc. En effet, certains éléments du nouveau paradigme pourront parfois être en concordance avec les théories d'usage, ou s'inscrire dans une progression naturelle et continue s'intégrant finalement dans le cycle de vie évolutif de l'organisation. Mais parfois, au contraire, le nouveau paradigme viendra heurter en partie le schéma culturel en place voire s'avérer antagoniste et constituer, alors, une mutation profonde mettant l'accent sur l'importance d'accompagner le changement mais aussi sur les choix opérés concernant les modalités et la forme retenue.

Nous avons commencé à appréhender dans la section précédente des premiers enjeux et points de vigilance. C'est donc au regard de ces derniers et des éléments ci-dessous que sera étudié et observé le processus de changement déployé par les tutelles régionales de santé, à savoir l'ARS Ile-de-France, en vue de conduire la mise en place de la réforme DAC auprès des acteurs, tout en procédant à sa propre transformation.

### Mise en miroir des théories d'usage des acteurs et de la théorie professée du parcours dans le cas de la mise en place des DAC, à partir des composantes du tissu culturel (Johnson et al., 2017)

TABLEAU 47 : MISE EN MIROIR DES THEORIES D'USAGE DES ACTEURS ET DE LA THEORIE PROFESSEE DU PARCOURS :  
FOCUS SUR LES DISPOSITIFS DE COORDINATION

Théorie professée	Théorie d'usage - Dispositifs de coordination	
	DAC	Réseaux de santé
<b>MYTHES</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Entre prescription et autonomie</b> → <b>Origine top down</b> pour la création → <b>Mais une logique bottom up</b> pour le déploiement et l'organisation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Logique bottom up</b> pour la création et la structuration initiale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Une logique top down très cadrée</b> puis le déploiement par des professionnels habilités (pilote MAIA)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Socle de structuration commun peu rigide</b> : grands principes et cadre</li> <li>• <b>Associé à une forme de souplesse organisationnelle</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Souplesse, singularité et faible institutionnalisation</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Méthode, normalisation et rationalisation</b></li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Enjeu d'une double légitimité pour ancrer le DAC</b> Terrain et institutionnelle</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Source de la légitimité <b>Terrain</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Source de la légitimité : <b>Scientifique, méthodologique et institutionnelle</b></li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Parcours de santé complexe</b> Le DAC : expert de l'organisation des parcours complexes</li> <li>• <b>Polyvalence</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De la logique médicale... <b>Vers une prise en charge globale multidimensionnelle des patients</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evolution du concept de MAIA : <b>De la Maison à la Méthode</b></li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Approche organisationnelle et fonctionnelle des problématiques de santé</b> - Organisation des parcours complexes - Construction d'un écosystème territorial articulé autour d'une responsabilité collective - Le service rendu au cœur des missions</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Approche politique</b> des problématiques du système de santé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Une approche technique des problématiques du système de santé</b></li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Convergence culturelle des réseaux de santé et MAIA</b> Dans une logique d'appui des tutelles et de co-construction collective</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Culture qui s'est construite dans les échanges et parfois la confrontation</b> avec les tutelles</li> <li>• <b>Militantisme (qui tend à s'estomper) et indépendance</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Une culture imposée qui s'est renforcée collectivement</b></li> <li>• <b>Idéologie</b> et perception d'une forme de dogmatisme</li> </ul>
→ <b>Formation de silos culturels</b>		
<b>rites et routines</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Vers des savoirs explicites :</b> Référentiel national de compétences du « référent de parcours de santé complexes » et élaboration en cours de formations.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Des savoirs et savoir-faire tacites</b> Socialisation par les pairs</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Des savoirs et savoir-faire explicites</b> Métiers et diplômes spécifiques</li> </ul>
<u>Approche partenariale :</u> <b>Contribution à la construction d'un écosystème territorial</b> autour des parcours de santé complexes	<u>Approche partenariale :</u> <b>Développement de partenariats liés à la stratégie propre de chaque réseau</b>	<u>Approche partenariale :</u> <b>Rencontres et temps d'échanges normés avec les acteurs prévus par la méthode</b>
<u>Construction de liens entre les acteurs des DAC :</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Fédération nationale : la FACS</b> Réunissant les anciennes instances représentatives des dispositifs de coordination</li> <li>• <b>Fédération régionale : la FACS IdF</b> <i>Créée à partir la fédération des réseaux d'Ile-de-France (Résif)</i></li> </ul>	<u>Construction de liens entre les acteurs des réseaux :</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Fédérations nationales des réseaux</b></li> <li>• <b>Fédération régionale : le Résif</b></li> </ul>	<u>Construction de liens entre les acteurs des MAIA :</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Une logique de communauté et corporation des pilotes MAIA</b> A travers de travaux fédérateurs relatifs à la construction des outils du guichet intégré</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Des critères de prise en charge souples :</b> sans condition d'âge, ni de pathologies</li> <li>• <b>Un accès simple au DAC</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Modalités de prise en charge des patients souples</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Modalités de prise en charge des patients normées</b></li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Une logique de missions articulées autour de la notion de service rendu</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Une simple logique de missions</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Une logique de mécanismes et processus</b></li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Peu de jargon identifié</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Absence de jargon</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Un jargon spécifique</b></li> </ul>
<b>SYMBOLES</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Noms et logos harmonisés</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Noms et logos individualisés</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Noms et logos harmonisés</b></li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Vers des outils communs et partagés :</u> <b>Un système d'information commun proposant un certain nombre d'outils pour un usage à adapter en fonction des territoires</b> <i>Mais</i> Une volonté de rationaliser et harmoniser les outils entre l'ensemble des acteurs des territoires, au-delà du DAC</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Outils non labellisés pour les Réseaux</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Kit d'outils normés et partagés</b> Avec parfois une défiance et réticence des acteurs de santé à recourir à ces outils  Une ambition de rationalisation des pratiques (trop) explicite : outils, jargon, mécanismes et processus, méthode.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Mise en place du « référent de parcours santé complexes »</b> Avec un référentiel national de compétences réalisé par la Fédération nationale des DAC</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Métiers, titres et identités professionnelles peu standardisés</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Métiers, titres et identités professionnelles normés et codifiés</b></li> </ul>
<u>Gouvernance interne</u> <b>Principes émis pour sa composition et son organisation mais restant souples</b>	<u>Gouvernance associative</u> <b>Symbole d'une indépendance revendiquée</b>	<b>Des instances de concertation engageant la co-responsabilité de tous les acteurs</b>

Approche de la santé : <b>Plurisectorielle et polythématique</b>	Approche de la santé : <b>Médicale</b>	Approche de la santé : <b>médico-sociale</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Appui aux parcours de santé individuels</b></li> <li>Et</li> <li>• <b>Coordination territoriale</b></li> </ul> Participation à la construction d'un écosystème d'acteurs co-responsable à l'échelle territoriale, se rapprochant de « l'intégration »	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>La coordination au cœur des réseaux</b></li> </ul> Chaîne d'acteurs modulable et mobilisable en fonction des besoins	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>L'intégration au cœur des MAIA</b></li> </ul>
<b>STRUCTURE ORGANISATIONNELLE</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Un dispositif avec une personnalité morale porteuse unique</b></li> <li>• <b>Pas de forme juridique imposée :</b> Association, GCS, GCSMS, portage par un acteur du territoire, etc.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Un dispositif avec une entité physique</b></li> <li>• <b>Une personnalité morale, le plus souvent, sous forme associative</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Une méthode</b></li> <li>• <b>Un portage par un acteur du territoire</b></li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Couverture nationale complète avec une adaptation organisationnelle en fonction des territoires</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Structuration des Réseaux spécifique à chaque territoire</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Modèle organisationnel national normé</b></li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Cadrage souple par le niveau national et régional</b></li> <li>- Cadre national d'orientation (CNO)</li> <li>- Référentiel régional des DAC</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Cadrage général donné par le niveau national et l'ARS</b></li> <li>Guide des réseaux de santé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Cadrage très prescriptif sur l'organisation</b></li> <li>Cahier des charges national</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Entre intégration et différenciation</b></li> <li>• <b>Entre formalisation et flexibilité organisationnelle</b></li> <li>- Des grands principes de structuration socles communs (missions, gouvernance interne, etc.)</li> <li>- Combinée à une souplesse organisationnelle</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Une forme de plasticité et résilience organisationnelle</b></li> <li>- Expérience du changement</li> <li>- Souplesse et pragmatisme</li> <li>- Logique de survie dans un contexte instable</li> <li>- Structuration progressive par les pouvoirs publics mais maintien du caractère souple</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Une forme de rigidité organisationnelle</b></li> <li>- Organisation normalisée</li> <li>- Outils et processus standardisés</li> <li>- Rites et routines très codifiés</li> <li>- Création de métiers dédiés et diplômes associés : formation d'identités professionnelles fortes reliées à ces métiers</li> <li>- Une reconnaissance institutionnelle importante</li> </ul>
<b>STRUCTURES DE POUVOIR</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Prédominance de la structure DAC</b></li> <li>- Un cadre posé et une logique d'appui par les tutelles</li> <li>- A partir desquels la main est laissée aux acteurs pour s'organiser</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Prédominance de la structure du Réseau en tant que telle :</b> Conseil d'administration</li> <li>• <b>Gouvernance territoriale peu présente de l'ARS</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Prédominance des tutelles dans la mise en place et le suivi</b></li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Cadrage national qui se veut souple et décloisonné (co-construit entre les autorités sanitaires)</b></li> <li>Pilotage des DAC par la DGOS, en concertation avec les autres tutelles nationales, dont la CNSA</li> <li>• <b>Cadrage régional par l'ARS Ile-de-France restant souple, dans la continuité du niveau national</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Pilotage national souple par la DGOS</b></li> <li>• <b>Cadrage souple mis en place en 2012 par l'ARS assurant le pilotage régional</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Fort cadrage mis en place par la CNSA, tant au niveau des ARS que des MAIA</b></li> <li>• <b>Gouvernance territoriale forte de l'ARS</b></li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Instances représentatives : une logique fédérative</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Instances représentatives : une logique fédérative</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Instances représentatives non formelles</b></li> </ul>

SYSTEMES DE CONTROLE		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Structure de contrôle :</b> DGOS / ARS</li> <li>• <b>Evaluation :</b> encore en réflexion mais sera centrée sur la <b>notion d'évaluation du service rendu</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Structure de contrôle :</b> DGOS / ARS</li> <li>• <b>Evaluation :</b> Eléments d'évaluation interne peu précis, larges, sans cadre</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Structure de contrôle :</b> CNSA / ARS</li> <li>• <b>Evaluation :</b> évaluation interne reposant sur des éléments quantitatifs normés</li> </ul>
UNIVERS COMPORTEMENTAUX		
→ <b>Convergence des dispositifs de coordination : Coopération et culture commune</b>	→ <b>Antagonisme, concurrence et silos culturels entre réseaux et MAIA</b>	

Nous ne saurions, à ce stade, mesurer précisément les niveaux d'impacts du changement. Néanmoins, nous percevons des tendances.

Dans le cas des réseaux de santé, la structure organisationnelle du DAC semble, comme nous l'avons souligné plus haut, revêtir une certaine concordance notamment à travers la notion de souplesse et de modèle peu rigide. D'une certaine manière, le DAC semble s'inscrire dans la continuité de l'évolution des réseaux, nés à l'initiative des professionnels de terrain et qui se sont organisés peu à peu. De dispositifs monothématiques, ils sont ensuite devenus plurithématiques, via leur regroupement sous une forme plus structurée à partir de 2012. Partant d'une approche médicale initiale, ils se sont ouverts sur une prise en charge multidimensionnelle du patient pour évoluer, à présent, sur une approche plus systémique encore : l'appui et l'organisation des parcours de santé complexe, dans le cadre de leur convergence avec les MAIA au sein du DAC. Il est, à noter, aussi que les réseaux ont intégré dans leur théorie d'usage une capacité d'adaptation et d'élasticité organisationnelle.

Mais cette réforme est aussi marquée par l'ambition d'une plus grande formalisation, que ce soit à travers la définition d'un cadre commun, la formulation de certains prérequis (en matière de gouvernance, de service rendu, de systèmes d'information par exemple), l'institutionnalisation des métiers (réfèrent de parcours de santé complexe) et une volonté d'harmonisation de certains éléments structurants. Ce qui pourrait potentiellement réinterroger les mythes et symboles ainsi que les rites et routines des réseaux. A titre d'exemple, nous observons une évolution de l'approche de la santé qui était politique pour les réseaux et qui s'oriente vers une vision organisationnelle avec le DAC. L'individualisation de l'identité des réseaux se voit également remise en question par une harmonisation de symboles forts comme les noms et logos des structures porteuses du DAC. Certains points de vigilance sont donc à prendre en compte dans le processus d'accompagnement du changement afin d'éviter qu'ils ne deviennent des zones de blocage.

Le tissu culturel des MAIA, quant à lui, a mis en évidence une forme de rigidité organisationnelle importante liée à la mise en place par les pouvoirs publics d'un modèle fortement cadré et normalisé, ayant fait l'objet d'outils, de processus, de rites et routines standardisés, associés à la création de métiers et diplômes spécifiques. Cela a donné lieu à la formation d'identités professionnelles spécifiques et à une forte attache à ces dernières, renforcées par une reconnaissance institutionnelle de ces nouveaux professionnels particulièrement valorisés au moment de leur création. Contrairement aux réseaux, le déploiement et l'implantation des MAIA à l'échelle nationale a été rapide. Expérimentées entre 2008 et 2010, elles sont généralisées à partir de 2011, tandis que les réseaux auront longtemps été maintenus dans un cadre précaire et instable.

A cette légitimation institutionnelle rapide succède aujourd'hui la réforme du DAC qui tend à mettre fin à ce modèle dans sa forme actuelle. Ce changement semble, au regard de la mise en miroir de la

théorie professée et de la théorie d'usage des MAIA, réinterroger leur schéma culturel que ce soit au niveau des composantes organisationnelles et de gestion, mais aussi et surtout des composantes sociologiques reliées à des rites et routines, mythes et symboles très codifiés. Le risque majeur de ce changement pour les MAIA semble donc se situer au niveau d'une remise en cause des identités professionnelles de ces acteurs, accentué par un engagement et investissement conséquent de ces derniers.

En vue de pondérer ces éléments, nous avons également mis en lumière dans le chapitre précédent une évolution progressive du positionnement des pilotes MAIA afin de rendre le modèle plus accessible et faciliter son appropriation par les acteurs de santé, adoptant une approche plus pragmatique. Par ailleurs, l'intégration représente un symbole fort du schéma culturel des MAIA. Bien que sous une forme plus souple (et notamment moins normée), la mission de coordination territoriale du DAC, consistant à la construction d'un écosystème territorial autour des parcours de santé complexes, se fonde sur la notion d'intégration. Ces éléments (non exhaustifs) pourraient s'apparenter à des leviers sur lesquels s'appuyer.

Au-delà de ces éléments, nous ne saurions rappeler une nouvelle fois l'autre enjeu majeur de ce changement : parvenir à une convergence culturelle entre ces deux dispositifs de coordination, dont les univers comportementaux sont marqués par la mise en place de silos culturels.

Ainsi, le changement qui se joue affecte tout autant les parties prenantes individuellement que collectivement dans le cadre de leurs interrelations.

TABLEAU 48 : MISE EN MIROIR DES THEORIES D'USAGE DES ACTEURS ET DE LA THEORIE PROFESSEE DU PARCOURS :  
FOCUS SUR L'ARS ILE-DE-FRANCE

Théorie professée	Théorie d'usage ARS
Positionnement des autorités sanitaires dans le cas du DAC	Caractéristiques
<b>MYTHES ET SYMBOLES</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Pilotage national décloisonné entre les autorités sanitaires et une logique de co-construction</b></li> <li>• <b>Concertation avec les acteurs de santé des territoires</b></li> <li>• <b>Un cadre souple défini et la main laissée aux acteurs locaux pour l'organisation</b></li> <li>• <b>Autonomie de l'ARS</b> dans le choix de la stratégie de déploiement régional</li> <li>• <b>Les Délégations : le levier d'évolution des ARS</b> pour renforcer son ancrage, la proximité et l'appui aux acteurs de santé dans les territoires.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Unification, simplification et décloisonnement</b> du pilotage de la santé</li> <li>• <b>Régionalisation et modernisation</b> des politiques publiques de santé : une gouvernance territoriale inédite via le statut d'Agence de l'ARS (autonomie et capacité d'action)</li> <li>• <b>Adaptation aux spécificités territoriales</b> : Territorialisation</li> <li>• <b>Coordination transversale des politiques de santé</b> : Animation territoriale</li> <li>• <b>Participation des acteurs locaux et Démocratie sanitaire</b></li> </ul> <p>→ <b>Lien intrinsèque avec le parcours de santé</b> : L'ARS, garante du déploiement territorial de l'approche parcours</p>
<b>RITES ET ROUTINES</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Stratégie de transformation interne de l'ARS Ile-de-France</b> : « se transformer, pour transformer », en lien avec les orientations nationales</li> <li>• <b>Nouveaux rôles de l'ARS</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Forte empreinte bureaucratique</b> ancrée dans les pratiques et les routines</li> <li>• <b>Confrontation entre savoir-faire traditionnels et développement de nouveaux savoir-être</b></li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>- La figure de l'Etat animateur-facilitateur</li> <li>- La figure de l'Etat partenaire</li> <li>- La figure de l'Etat régulateur</li> </ul> <p>↳ <u>Développement de nouvelles compétences et d'une nouvelle posture</u></p>	<p>Vers une posture d'animation et de coordination transversales des politiques territoriales de santé introduite déjà dès la création des ARS</p> <p>↳ <u>Une évolution difficile des métiers et compétences</u></p>
<b>STRUCTURES ORGANISATIONNELLES</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Stratégie de transformation interne de l'ARS Ile-de-France</b> : « se transformer, pour transformer »</li> <li>• <b>Proximité et ancrage local des ARS à travers le levier des délégations</b></li> <li>• <b>Evolution organisationnelle de l'ARS</b> Vers une approche plus transversale et moins sectorisée ↳ <u>Le cas du pilotage des DAC</u> : Unification du pilotage avec la création d'un pôle unique en charge de la convergence des dispositifs de coordination, au sein d'une Direction transversale</li> <li>• <b>Une démarche de décloisonnement du pilotage dans le cas spécifique de la réforme des DAC</b> Une équipe projet nationale réunissant l'ensemble des tutelles.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Des « mégastructures »</b> (MECSS, 2021) <b>au périmètre géographique et de missions considérable</b> <u>Perception des acteurs locaux et de santé</u> - « Gigantisme et éloignement du terrain » - Des « mastodontes technocratiques »</li> <li>• <b>Persistance du modèle bureaucratique fortement ancré de l'ARS</b> Peu propice à une approche territoriale et par « parcours » transversale et décloisonnée ↳ <u>Le cas du pilotage des réseaux de santé et MAIA</u> : Dichotomie du pilotage régional des réseaux de santé et MAIA entre deux directions métiers</li> <li>• <b>Maintien du cloisonnement national global</b> Ne facilitant pas le décloisonnement de l'ARS Avec des organigrammes en miroir du national ↳ <u>Le cas du pilotage des réseaux de santé et MAIA</u> : Dichotomie du pilotage national des réseaux de santé et MAIA entre la DGOS et la CNSA</li> </ul>
<b>SYSTEMES DE POUVOIR ET DE CONTROLE</b>	
<p><u>Système de pouvoir externe</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Une autonomie donnée aux ARS pour le déploiement stratégique des DAC</b></li> </ul> <p><u>Système de pouvoir interne</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Renforcement et valorisation du rôle et de la place des délégations</b></li> <li>• <b>Vers une plus grande capacité d'action</b></li> </ul>	<p><u>Système de pouvoir/contrôle externe</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Capacité d'action limitée des ARS</b> - Entre autonomie et dépendance envers l'Etat - Au carrefour d'un jeu complexe d'acteurs - Un partage des pouvoirs avec d'autres acteurs entravant l'exercice de leurs missions</li> </ul> <p><u>Système de pouvoir/contrôle interne</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Une hiérarchie du prestige valorisant l'ARS siège au détriment des délégations</b></li> <li>• <b>Capacité d'action limitée des délégations</b></li> </ul>
<p><u>Etat/ARS</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Un cadrage général par le niveau national et une autonomie laissée aux ARS pour définir et déployer leur propre stratégie dans les territoires</b></li> </ul> <p><u>Autorités sanitaires/Acteurs de santé</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Une réforme coercitive</b> (création des DAC) Mais</li> <li>• <b>Un cadre souple pour sa mise en œuvre</b></li> <li>• <b>Une logique non verticale et la main laissée aux acteurs locaux</b> pour s'organiser</li> <li>• <b>Une posture d'appui et de facilitation</b> aux acteurs des territoires</li> </ul>	<p><u>Etat/ARS</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Un équilibre à trouver entre</b> : → <b>Entre Intégration nationale</b> en vue d'une action unifiée des pouvoirs publics et <b>Différenciation territoriale</b> pour s'adapter aux besoins locaux → <b>Entre centralisation nationale de l'Etat et Autonomie régionale</b></li> </ul> <p><u>Autorités sanitaires/Acteurs de santé</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ <b>Entre contrainte et incitation</b></li> <li>→ <b>Entre prescription et autonomie</b></li> </ul>
<b>UNIVERS COMPORTEMENTAUX</b>	
<p><u>Systèmes relationnels</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Décloisonnement horizontal entre tutelles nationales</b></li> </ul>	<p><u>Systèmes relationnels</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Dualité</b> Niveau national : Directions d'administration centrale/Sécurité sociale</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Autonomie conférée aux ARS pour déployer leur propre stratégie</b></li> <li>• <b>Valorisation et reconnaissance du rôle des délégations départementales</b></li> <li>• <b>Rapprochement entre politiques nationales de santé et problématiques territoriales</b> en associant les acteurs de terrain</li> </ul> <p style="text-align: center;">↓</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Jeux coopératifs entre tutelles</b></li> <li>• <b>Transversalité et co-construction</b></li> <li>• <b>Unification du pilotage des DAC par l'ARS et redistribution des rôles</b> entre le siège (cadre régional) et les délégations (déploiement local, animation territoriale et appui aux acteurs)</li> </ul> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>« <u>Se transformer pour transformer</u> » (stratégie de l'ARS Ile-de-France)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Ambivalence</b> Etat/ARS</li> <li>• <b>Ascendant</b> Siège ARS/Délégations</li> <li>• <b>Compromis et négociation</b> ARS/Autres tutelles territoriales</li> <li>• <b>L'ARS à l'interface de deux mondes sociaux :</b> Politiques nationales/Territoires</li> </ul> <p style="text-align: center;">↓</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Structures de relations marquées par des enjeux de pouvoirs historiques</b></li> <li>• <b>Identification des centres de décision délicate</b> Nombre important de parties prenantes, enchevêtrement des compétences et responsabilités, jeu complexe de régulation entre les niveaux national, régional, local et entre les acteurs stratégiques</li> <li>• <b>Persistance de la segmentation des politiques de santé et du pilotage</b></li> </ul> <p style="text-align: center;">↓</p> <p><u>Influence forte sur les univers comportementaux des acteurs de terrain</u></p>
<b>SYNTHESE</b>	
<p><u>Les mythes et symboles de la théorie d'usage de l'ARS :</u></p> <p>→ <b>En décalage avec la structure organisationnelle</b> maintenue par :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le système politique : <i>Structures relationnelles, enjeux de pouvoir et jeux d'acteurs</i></li> <li>- Et les habitus : <i>Rites et routines</i></li> </ul> <p>→ <b>Mais en accord avec le paradigme du parcours</b></p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;"><b>La théorie d'usage du paradoxe de l'ARS</b></p>	

Cette mise en miroir de la théorie professée et de la théorie d'usage de l'ARS vient conforter les résultats présentés au sein du chapitre précédent. Les mythes et symboles fondateurs de l'ARS sont en concordance avec la trame culturelle officielle du parcours.

En revanche, cette dernière réinterroge la structure organisationnelle actuelle de l'ARS caractérisée par une forte empreinte bureaucratique et qui semble maintenue à la fois par la prégnance du système politique (structures relationnelles, enjeux de pouvoir et jeux d'acteurs internes et externes) et les habitus (rites et routines). Il s'agit donc, dans le cadre du processus du changement, de parvenir à agir sur ces deux composantes auxquelles apparait fortement associée la capacité de l'ARS :

- A faire évoluer ses métiers, compétences et modes de fonctionnement (rites et routines) en vue d'endosser ses nouveaux rôles sous-tendus par l'approche parcours donnant lieu à la mise en place d'une nouvelle posture de l'ARS, notamment vis-à-vis des acteurs de santé.
- A redéfinir ses univers comportementaux (structures de pouvoir et de contrôle) en vue de faciliter le renforcement des délégations départementales, appréhendées comme un des leviers majeurs d'évolution des ARS.

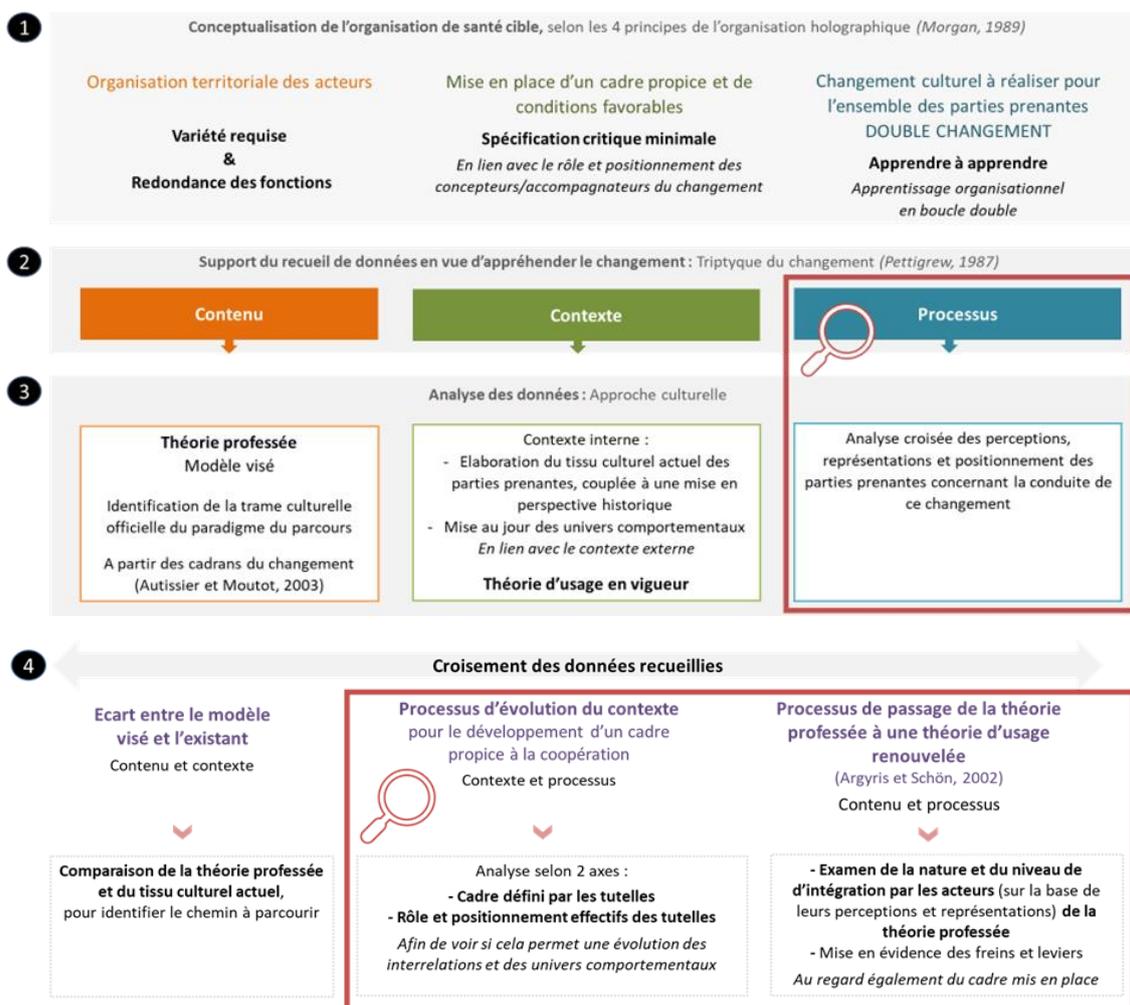
Au regard de la complexité de l'environnement relationnel externe au sein duquel évolue l'ARS impactant fortement sa théorie d'usage, voire entravant sa capacité d'action, les « rites et routines » ainsi que les « structures de pouvoir et de contrôle internes » apparaissent constituer les deux leviers principaux à la main de l'ARS pour tenter d'entreprendre un changement de fond. Dans cette perspective, nous l'avons vu, l'ARS Ile-de-France s'est engagée dans la mise en place d'une stratégie de

transformation interne s'apparentant, comme l'a souligné un acteur interrogé ci-dessus, à un véritable changement culturel représentant, à ce stade, davantage une perspective qu'un processus bien défini.

Le chapitre suivant s'attachera donc à observer la manière dont le changement global est conduit, tant auprès des parties prenantes de l'ARS que des dispositifs de coordination, et si les mécanismes mobilisés par l'ARS permettent d'initier la transition de la théorie professée du parcours à une théorie d'usage renouvelée chez les acteurs de santé et de tutelles. Au-delà de cet enjeu culturel situé au cœur du processus de changement, nous tenterons de percevoir si la stratégie et les modalités d'action définies auront permis d'impulser, de manière perceptible, une évolution organisationnelle et si une démarche de double changement peut potentiellement appuyer et faciliter le processus de transformation.

Ainsi, nous arrivons au stade suivant de notre dispositif empirique :

RAPPEL DE LA FIGURE 32 : LOCALISATION DE PROGRESSION DANS LE DISPOSITIF EMPIRIQUE



Cinquième partie : Deuxième niveau de résultats et discussion –  
Analyse du « processus » de double-changement

## Chapitre XIII : Résultats relatifs au processus de double changement

Au regard du contexte culturel (théories d'usage de l'ARS et des dispositifs de coordination) au sein duquel prend place le changement et du contenu de ce dernier appréhendé à partir du paradigme du « parcours », nous nous intéressons, à présent, au processus engagé par les autorités sanitaires, à savoir l'ARS Ile-de-France, pour conduire cette transformation dans les territoires. Il s'agit, dans ce chapitre, d'observer la manière dont ce changement est mis en place concrètement et comment se matérialise le cadre défini par les tutelles, au-delà de la théorie professée.

Pour rappel, celui-ci se structure à partir des quatre grands axes suivants :

TABLEAU 49 : CADRE GENERAL ETABLI PAR LES POUVOIRS PUBLICS POUR LA REFORME DES DAC

Les grands axes	Au niveau national	Au niveau régional : L'ARS Ile-de-France
<p>→ <b>Cadrage</b></p> <p><u>Une réforme coercitive, mais :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Un cadre de structuration et de référence établissant des grands principes généraux ↳ <i>Intégration</i></li> <li>* Se voulant souple et peu prescriptif pour la mise en œuvre ↳ <i>Différenciation</i></li> </ul>	<p><b>Cadre national d'orientation</b></p> <p>Une « <i>feuille de route</i> » évolutive, un « <i>document auto-porté</i> » (Verbatims d'un acteur interrogé du Ministère de la santé)</p> <p>Associée à des supports pour accompagner et appuyer les acteurs (guides, référentiels, bonnes pratiques, etc.)</p>	<p><b>Référentiel régional des DAC</b></p> <p>« <i>Il définit des invariants organisationnels minimaux attendus afin d'harmoniser les pratiques, tout en préservant l'autonomie organisationnelle et les spécificités territoriales</i> » (référentiel régional des DAC, ARS Ile-de-France)</p>
<p>→ <b>Rôles des autorités sanitaires et répartition entre les différents niveaux de tutelle</b></p> <p>→ <b>Implication des acteurs</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* De la conception nationale</li> <li>* A la définition de la stratégie régionale</li> <li>* Jusqu'au déploiement local</li> </ul>	<p><b>Conception de la réforme</b></p> <p>Sur la base d'une démarche :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ <b>Co-construite et décloisonnée entre tutelles</b></li> <li>◦ <b>Et concertée avec les acteurs de terrain</b></li> </ul>	<p><b>Déploiement par les ARS</b></p> <p>Sur la base :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ D'une articulation des rôles et un partage des compétences</li> <li>◦ Entre le siège de l'ARS et les délégations départementales</li> </ul> <p><b>L'ARS siège élabore le cadre régional stratégique</b></p> <p>En concertation avec les acteurs de terrain (associés à la rédaction du référentiel régional)</p> <p><b>Et le déploiement local est confié aux délégations</b></p>
<p>→ <b>Modalités managériales</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Laisser une autonomie aux acteurs de santé pour s'organiser</li> <li>&amp;</li> <li>* S'appuyer sur les initiatives et dynamiques professionnelles dans les territoires</li> </ul>	<p><b>Main laissée aux ARS pour définir leur propre stratégie de déploiement</b></p>	<p><b>Main laissée aux acteurs des dispositifs de coordination pour co-construire un projet commun</b></p> <p><i>L'ARS se positionnant en appui</i></p> <p><i>Avec la mise en place d'un dispositif d'accompagnement au changement</i></p>
<p>→ <b>Evolution du positionnement des tutelles</b></p>	<p>« <i>Un changement de paradigme sur la manière de travailler cette réforme par l'administration centrale</i> » (Verbatims d'un acteur interrogé du Ministère de la santé).</p>	<p><b>Stratégie de transformation interne de l'ARS :</b></p> <p><i>Se transformer, pour transformer</i></p> <p><u>Avec au cœur de la démarche :</u> Les délégations départementales</p>

Au regard de ces principes définis par les pouvoirs publics s’inscrivant dans le discours officiel, nous avons souhaité nous intéresser plus spécifiquement aux thèmes suivants pour aborder le processus de changement conduit par l’ARS Ile-de-France :

- La stratégie.
- Les caractéristiques du cadre effectif instauré par les tutelles.
- Les moyens mis en oeuvre pour soutenir le changement.
- Les systèmes relationnels et postures des acteurs.

Pour décliner ces éléments, nous nous appuyerons principalement sur les perceptions, représentations et positionnements des parties prenantes interrogées, recueillis à travers notre dispositif d’enquête.

Cela devra nous permettre d’appréhender les processus managériaux et d’accompagnement mis en place par l’ARS en direction des acteurs de terrain, dans le cadre du pilotage de la réforme des DAC. Cela nous fournira, en parallèle, un support d’observation relatif à la manière dont l’ARS procède concrètement à sa propre transformation en vue d’adapter ses pratiques et modes de fonctionnement pour mieux soutenir la mise en place des changements intervenant dans les territoires ; sa stratégie interne reposant sur le postulat suivant « se transformer pour transformer ».

Pour mémoire, le démarrage du déploiement opérationnel de la réforme des DAC a débuté, en Ile-de-France, à partir du mois de novembre 2019 correspondant à la parution du référentiel régional des DAC. Il s’est poursuivi jusqu’en juillet 2022, échéance officielle fixée par le législateur au niveau national. La définition de la stratégie de transformation interne de l’ARS voit le jour, pour sa part, en 2019 et débute, dans sa phase opérationnelle, en 2020.

Les entretiens de notre phase d’enquête se sont déroulés en 2021 et se sont concentrés sur le déploiement du processus de changement. Ces derniers ont été également éclairés à l’aune de données récoltées antérieurement entre 2017 et 2020, dans le cadre d’études de cas préalables et d’entretiens exploratoires (Cf. figure 25 « Chronologie définie pour l’analyse du processus de double changement ARS-DAC » dans la partie consacrée à la méthodologie de cette recherche).

Il est à noter que la crise sanitaire du COVID est intervenue dès le mois de mars 2020 impactant, comme nous le verrons, le processus de changement en cours. Nous serons donc amenés à prendre en compte cette dimension que nous avons incorporée comme une variable à part entière de notre recherche. Nous verrons, de manière transversale et tout au long de nos propos, que ce contexte particulier a pu tantôt constituer un frein dans l’avancée des projets tout autant qu’un levier.

## Section 1 : La stratégie

### A. Entre poursuite du millefeuille et tentative d’unification

La réforme des DAC vise l’unification de plusieurs dispositifs de coordination. Malgré tout, il subsiste, en parallèle, de nombreuses autres entités, plus particulièrement dans le secteur du handicap et de la santé mentale, ou encore dans le cadre du développement de l’exercice coordonné des professionnels de santé de ville. Nous avons eu l’occasion d’en dresser un panorama au sein de la première partie de notre recherche.

A la suite de la création des DAC, de nouveaux dispositifs ont également vu le jour (citons, à titre d’exemple, les communautés 360 dans le champ du handicap en 2020) et continuent à être créés par les pouvoirs publics. La stratégie poursuivie relative aux fonctions de coordination territoriale est, dans

cette perspective, fortement interrogée par les acteurs de terrain. Bien que l'ARS précise que des cadrages sont en cours associés à l'organisation de groupes de travail et de réunions sur ces sujets, les personnes interviewées font part du maintien de l'empilement des dispositifs dans les territoires et des difficultés liées à la lisibilité de cet écosystème complexe :



Acteur de la FACS régionale

*« On a un groupe de travail avec l'ARS sur la partie handicap et les liens avec le DAC. On a un tableau qui nous a été présenté où c'était « le qui fait quoi ? » entre les différentes organisations qui existent. Et la mission accueil-information, c'est assuré par : le CLIC, le PAT, le DAC, le DIH, la PCO, le ERHR. [...]. On est sur un truc où on a beaucoup de monde qui fait la même chose. »*



Directeur DAC 1

*« A la base, l'idée était d'avoir un guichet unique par territoire. Et quand on a un problème de Santé avec un grand S, on tape à la porte de ce guichet unique et il est chargé de les informer, orienter, accompagner... C'était un peu l'idée du DAC, et là si on recrée par thématique des nouveaux dispositifs, on ne voit plus trop l'intérêt de cette politique de convergence. »*

*« C'est encore une fois une illustration du millefeuille. On a le sentiment en France, aussitôt on a convergé, aussitôt on en rajoute une couche. »*



Directeur DAC 5

*« Les articulations entre DAC et les plateformes handicap ont été non pensées par l'ARS. Trois réunions ont été organisées par l'ARS avec les DIH, réseaux et MAIA. Les Directions ARS présentes ont appris que ces dispositifs existaient. Il n'y a pas de communication interne entre les différentes Directions ARS en charge de ces dispositifs. »*



Directeur DAC 4

*« Mais on a une zone de flou, car des dispositifs complémentaires aux nôtres vont être mis en place ou viennent d'être mis en place en Santé mentale et handicap. »*



Directeurs DAC 2

*« Il y a plutôt une bonne entente entre les acteurs sur le territoire. Mais beaucoup d'interactions, beaucoup de missions communes. Ce qui risque d'être compliqué à terme pour les acteurs, c'est de ne pas trop s'y perdre dans toutes ces informations. Et en tant que DAC, si tu veux centraliser l'information, il faut être partout. »*

Plusieurs acteurs d'ARS témoignent également de la difficulté à trouver des articulations entre ces différents dispositifs :



Acteur de tutelles – ARS siège

*« On a les PCO sur les troubles autistiques qui vont être développées, on a les DIH. Donc on veut mettre un guichet unique mais on sait qu'on a d'autres structures de coordination qui vont émerger et portées par des Directions métiers. »*

*« Au niveau du grand âge, il y a des discussions pour mettre en place un label : « J'aide mes aidés et mes aidants », donc un label qui sera donné, je pense par les conseils départementaux. Si ce label arrive, comment tu l'intègres dans ton dispositif à toi. »*



Acteur de tutelles – ARS siège

« On se questionne sur l'articulation du DAC et le projet de généralisation de M2A dans le rapport Libault. On rencontre prochainement la mission Libault. »

Le risque de concurrence et de dissension est exprimé explicitement par deux acteurs de terrain :



Directeur DAC 1

« On a un peu tous dans nos missions l'animation et le diagnostic territorial. »  
« Ca a tendance à diviser les acteurs, on a tendance à se marcher dessus. A ne plus savoir qui fait quoi, à avoir l'impression que l'autre occupe une mission qu'on occupait déjà. Ça a tendance à créer des dissensions sur les territoires. »



Directeur DAC 6

« Il y a un risque de concurrence sur notre territoire entre le DAC et l'APTA. »

Les acteurs de terrain tentent, à leur niveau, d'assurer une mise en cohérence :



Directeur DAC 1

« J'avais initié des réunions pour qu'on se mette d'accord sur une animation commune du territoire et un diagnostic commun, plutôt que d'éparpiller les ressources. C'est une dynamique qu'on essaie de mettre en œuvre sur le territoire, mais qui n'a pas été pensée au niveau politique. Chacun a fait émerger ses besoins et moyens associés mais n'a pas réfléchi aux moyens déjà en œuvre sur le territoire pour éviter les doublons. »



Pilote MAIA – DAC 9

« La configuration a évolué depuis le début des MAIA où il n'y avait pas beaucoup d'autres acteurs positionnés sur cette fonction. L'animation territoriale, aujourd'hui, il y a d'autres acteurs qui se positionnent dessus et c'est très bien parce que vu l'ampleur de la tâche, il vaut mieux être plusieurs. Par contre, l'enjeu des DAC est de pouvoir réussir à mettre de la cohérence dans tout ça. »



Directeur DAC 5

« C'est le DAC qui s'est rapproché des acteurs handicap sur son territoire car on avait des liens antérieurs. »



Directeur de réseau de santé – DAC 11

« Il y a une forte mutualisation entre le réseau de santé et les CPTS et des groupes de travail entre CPTS. C'est une des plus-values d'un DAC. ». « Ce sont les acteurs qui ont été force de propositions et d'actions, remontées ensuite à l'ARS qui a appuyé. »



Directeur DAC 10

« Les deux DAC sont très proches des PAT. Moi-même, mes nouveaux locaux sont avec l'association qui porte le PAT X et le PAT Y. »

« Cela vient des acteurs de terrain. Avec un certain nombre d'administrateurs communs entre les deux gouvernances du DAC et du PAT. Il y a une bonne présence locale des administrateurs des associations et pour tous ces sujets, il y avait des convergences très claires de terrain. Et non la tutelle ne nous a rien demandé là-dessus. Mais elle est satisfaite de voir qu'il y a des synergies là-dessus qui s'opèrent. »

Se mettent en place, dans les exemples présentés ci-dessus, des articulations opérationnelles à l'initiative du territoire, et sans impulsion préalable de l'ARS allant de la simple instauration d'échanges et création de liens jusqu'à des formes de mutualisation et de rapprochement plus intégrées, à travers des partages de locaux ou la présence d'administrateurs communs dans les instances de gouvernance respectives de chacun des dispositifs. Généralement, l'ARS semble appuyer ces démarches. Mais des freins peuvent aussi être rencontrés par les opérateurs en raison de politiques divergentes entre tutelles et de la fragmentation du pilotage des dispositifs pouvant entraver les rapprochements, quand bien même la volonté de coopération des acteurs de terrain est présente ou que les conditions semblent réunies sur le territoire pour assurer une convergence.



Directeur DAC 1

Coopération entre un DAC et des CPTS : une volonté de rapprochement sur le terrain mais un frein au niveau des tutelles :

*« C'était une volonté des professionnels, pas une volonté politique. La collectivité X nous a plutôt mis des bâtons dans les roues. »*

*« On est persuadé qu'à terme, ce serait assez logique qu'on ne forme qu'une seule et même entité. Car on a beaucoup de gènes communs, d'interlocuteurs communs, on a des vocations assez similaires. »*

*« Mais au début, les CPTS étaient vues comme une politique ARS, donc ça n'intéressait pas tellement la Collectivité X. Là, ça va peut-être changer. »*

*« Le problème aussi, c'est qu'on n'a pas les mêmes interlocuteurs : Les CPTS, c'est l'ARS mais aussi la CPAM qui les finance. Ce n'est pas forcément les mêmes politiques, les mêmes interlocuteurs et ça ne facilite pas la convergence de la mise en œuvre des politiques. »*



Pilote MAIA – DAC 3

Une convergence de terrain à travers un portage unique et une seule structure physique réunissant plusieurs dispositifs sur un territoire (2 CLIC, 1 MAIA et le futur DAC auquel sera intégré la MAIA) mais l'absence de convergence politique :

*« Aujourd'hui, il n'est pas question que les CLIC intègrent les DAC pour le conseil départemental. »*

Dans les deux extraits d'entretien présentés ici, le frein ne provient pas de l'ARS Ile-de-France mais de la collectivité territoriale, mettant l'accent sur l'interface relationnelle complexe dans laquelle se trouve positionnée l'ARS et mise en évidence au sein de sa théorie d'usage dans la partie précédente. Cela illustre les caractéristiques des univers comportementaux en vigueur liant l'ARS aux autres autorités de tutelles pour la mise en place de sa politique de santé régionale. L'ARS Ile-de-France a mis en exergue, lors des entretiens menés, la volonté du Directeur général de favoriser les liens et les rapprochements avec les conseils départementaux. Néanmoins, elle dispose de peu de leviers dans la mesure où la loi portant création des DAC laisse le libre choix aux conseils départementaux d'intégrer les dispositifs de coordination sous sa tutelle au sein du DAC.

Bien que les logiques d'articulation et de coopération soient fortement encouragées au sein de la théorie professée du « parcours », le niveau national semble, en revanche, fournir peu de clés pour en faciliter la mise en œuvre opérationnelle, laissant la main aux ARS et aux acteurs locaux pour trouver les moyens d'y parvenir. Un cadre et des orientations générales sont, certes, définis, mais peu de leviers législatifs ou réglementaires semble mis à disposition pour appuyer concrètement les ARS et les acteurs de terrain dans cette démarche :



Acteur de tutelles – Ministère de la santé

*« On participe, nous les membres de l'équipe projet national, aux groupes de travail sur les communautés 360 pour voir quelles articulations peuvent être trouvées, pour que chaque acteur remplisse au mieux ces missions. »*

*« Ensuite, c'est justement de transmettre ces informations et les choix arrêtés au niveau national aux ARS et au groupe national de concertation et aux différents acteurs. A eux, de se saisir des différentes articulations, de travailler sur leurs territoires à qui fait quoi, comment. Et ça c'est vraiment leurs missions. »*

Notons que sur deux des territoires sur lesquels s'est portée notre enquête, un rapprochement est engagé entre la collectivité territoriale et l'ARS en vue de parvenir à construire un dispositif unique réunissant les entités dépendant de ces deux tutelles.



Acteur de tutelles – ARS siège

*« C'est intéressant car le Ministère nous pousse à ça. On a tout intérêt à travailler avec les Conseils départementaux, mais ça vient percuter nos stratégies qu'on avait avec les DAC et potentiellement d'être deux porteurs. »*

*« Donc nos liens avec les Conseils départementaux, il faut qu'on les favorise. Mais ils viennent parfois télescoper nos propres stratégies car ce n'est pas le même timing, on avance des choses et il faut y revenir, donc c'est à la fois un levier et un frein. »*

Malgré une volonté politique d'unification partagée entre les deux tutelles, nous observons qu'il ne s'avère pas aisé, dans la pratique, de dénouer les nœuds de la complexité engendrés par la fragmentation du pilotage des dispositifs de coordination ancrée depuis de longues années. Cela s'observe sur les deux territoires étudiés ayant opté pour cette configuration (que nous nommerons « Territoire A » et « Territoire B »). Le point d'ancrage de la complexité se situe sur deux niveaux différents entre les deux territoires :

- Sur le territoire A, le point de blocage se localise au niveau des opérateurs de santé, porteurs des entités de coordination.
- Sur le territoire B, le point de blocage s'agrège davantage autour des deux tutelles en présence lié à des enjeux politiques particulièrement prégnants.

Les deux tableaux suivant permettent de revenir sur les caractéristiques propres à chacun de ces deux territoires et de percevoir les problématiques et enjeux qui s'y jouent :

TABLEAU 50 : SPECIFICITES RELATIVES AUX DEUX TERRITOIRES EN PRESENCE : FOCUS TERRITOIRE A

Territoire A – Focus sur le projet du DAC 11
<b>Objectif et contenu du projet de convergence</b>
<p>→ Rapprochement au sein d'un guichet unique :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* <b>Des réseaux de santé + MAIA</b> = sous la tutelle de l'ARS</li> <li>* <b>Et des PAT</b> = sous l'égide du Conseil départemental Regroupant plusieurs dispositifs (gérontologie et handicap) : <b>CLIC + MDPH + Equipes d'évaluation APA + DIH</b></li> </ul> <p>→ Harmonisation des découpages territoriaux :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* <b>Définition de deux territoires de coordination</b> sur ce département (Nord et Sud)</li> <li>* <b>Sur chacun d'eux, un seul opérateur et une entité juridique unique</b></li> </ul>
<b>Problématique et enjeux</b>
<p>→ Enjeux politiques au niveau du Conseil départemental qui est très présent dans ce projet de convergence</p> <p style="margin-left: 40px;">  « C'est surtout le Conseil départemental qui est dessus, car on est pris sur le COVID. Ils ont nommé un appui-conseil en charge de faire de la médiation et de proposer deux projets, un sur le nord et un sur le sud, incluant PAT et DAC. » Acteur de tutelles – ARS siège         </p> <p>→ Rapports fortement conflictuels entre les acteurs du futur DAC Nord étudié :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Présence d'un nombre très important d'opérateurs différents engendrant <b>des enjeux de pouvoir relatifs au portage du futur dispositif</b></li> <li>* Sont dénombrés : 2 réseaux de santé + 2 PAT + 2 MAIA = <b>6 modalités de portage distinctes</b> (dont 2 acteurs prédominants présents sur plusieurs des dispositifs)</li> </ul> <p style="margin-left: 40px;">  « On n'arrivera pas à constituer une équipe unique ». « On fait des réunions depuis deux mois ». « Eux veulent un grand DAC sur lequel ils ont la mainmise. Nous, on souhaitait conserver une antenne à l'Est et à l'Ouest mais il y a un refus des porteurs des autres dispositifs ». « Eux, veulent monter une sorte de SARL. Mais nous et X on n'est pas d'accord ». « Ça ne se passe pas bien. » Directeur réseau de santé – DAC 11         </p> <p style="margin-left: 40px;">  « Ce sera conflictuel tant qu'on n'aura pas défini les territoires et qui est où. Ce n'est pas le projet qui est conflictuel, c'est qui est le chef de qui. Pour moi, tant qu'on n'a pas fixé les gouvernances et les organigrammes, c'est conflictuel. » Acteur de tutelles – ARS siège         </p> <p style="margin-left: 40px;">  « C'est encore à caler avec le Conseil départemental. On avait harmonisé le territoire. Mais il y a un sujet au Nord, on a fait un seul territoire Nord [...] mais avec 2 DAC, soit deux territoires d'intervention car on est sur 800 000 habitants et des structures qui s'entendent très mal, c'est la guerre entre réseau et MAIA. Donc la spécificité, c'est qu'on pourrait avoir un territoire de coordination avec deux DAC. Mais ça reste à confirmer. » Quelques temps après, l'ARS reviendra en arrière pour ne créer qu'un seul DAC sur le territoire nord. Acteur de tutelles – ARS siège         </p> <p>→ Une mission de conciliation débute au moment de nos entretiens (1er semestre 2021) en vue de tenter de parvenir à un consensus entre les opérateurs</p>

Cette situation met en avant la présence d'enjeux politiques locaux et de pouvoir prégnants mais qui ne se situent pas directement au niveau des tutelles. Ces derniers se concentrent, au contraire, au niveau des opérateurs en présence, résultant d'une forme de dérive stratégique (que nous avons pointée dans la première partie de notre thèse) caractérisée par la création erratique de multiples dispositifs de coordination aux missions et périmètres enchevêtrés, relevant de tutelles différentes. Cela donne lieu à des formes de concurrence et à la formation de silos culturels entre acteurs, comme a pu le révéler l'analyse de leurs théories d'usage respectives. Il en a également résulté un nombre très important de modalités de portage différentes (six dans le cas présent) sur ce territoire validées par les autorités de tutelles constituant, aujourd'hui, un terrain favorable au développement d'enjeux de pouvoir se cristallisant autour du portage du futur DAC.

TABLEAU 51 : SPECIFICITES RELATIVES AUX DEUX TERRITOIRES EN PRESENCE : FOCUS TERRITOIRE B

Territoire B
<b>Objectif et contenu du projet de convergence</b>
<p>→ Un découpage du territoire en 6 secteurs : soit un projet de 6 DAC</p> <p>→ Des guichets uniques « M2A » mis en place sur plusieurs de ces secteurs, en amont de la création des DAC, réunissant sous un même toit : Réseaux de santé + MAIA + CLIC</p> <p>Chaque dispositif disposait de ses propres process, système d'information, budget et équipe</p> <p><u>Une convergence partielle mais :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Constituant <b>un premier pas à travers un lieu unique et un portage commun</b>, autour d'une thématique spécialisée : la gérontologie</li> <li>* Initiant <b>une première forme d'articulation entre la collectivité territoriale et l'ARS</b></li> </ul> <p>→ Une première vague de labellisation DAC au 01/01/2020 sur la région : 6 DAC labellisés  <b>Dont 3 sur ce territoire disposant déjà d'un portage et d'une structure physique uniques</b></p> <p>→ Présence d'une volonté commune d'unification entre les deux tutelles et d'une collaboration antérieure aux DAC, via les « M2A »</p> <p style="margin-left: 40px;">  « On a travaillé conjointement. On a constitué un COPIL qui se réunissait tous les deux mois avec les Directeurs de M2A. Avant de les voir, on se mettait d'accord. A l'époque, les DAC n'étaient pas encore arrivés dans le paysage, mais on avait déjà pas mal de choses à régler : le lieu commun, l'accueil, les questions de mobilité d'organigramme, le système d'information... Tout cela, on l'a travaillé, on a avancé ensemble pendant 2 ans. C'était une force. »            Acteur de tutelles – ARS DD 1         </p>
<b>Problématique et enjeux</b>
<p>→ Mise en avant d'une articulation fluide entre les deux tutelles par la délégation départementale</p> <p><b>Mais</b></p> <p>→ Perception par les acteurs de terrain de zones de divergence à clarifier et impactant la convergence opérationnelle des dispositifs</p> <p><u>Affichage et communication : le choix du nom du dispositif, un enjeu identitaire et politique entre les acteurs :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ M2A : symbole fort de la politique du grand âge mené par la collectivité</li> <li>◦ DAC : symbole d'une politique publique de santé nationale à mettre en œuvre par l'ARS</li> </ul> <p style="margin-left: 40px;">  « On se retrouve avec 2 labellisations différentes pour lesquelles il y a un problème... ». « La double casquette M2A-DAC crée des problèmes identitaires. »            « L'objectif à la base de nous réunir et nous rassembler sur un même site, avec une même association, etc., c'était quand même de clarifier, de rendre le modèle plus lisible et de faire en sorte qu'il n'y ait pas une         </p>

espèce de millefeuilles. Or, avec cet empilement de labellisation/dispositifs, on se retrouve finalement avec un schéma assez peu lisible. »

« C'est compliqué en termes de clarté et de messages qu'on peut envoyer aux professionnels et aux usagers ». « C'est deux dénominations différentes pour un public qui est en grande partie le même. Avec deux politiques de communication différentes. »

Directeur DAC 1

« Ce qui est compliqué, le plus difficile c'est d'avoir appelé ces dispositifs des Maisons des Aînés et des Aidants. En termes d'images, c'est compliqué. Et ça, ce sera difficile de le faire évoluer car pour la Collectivité X, c'est une vitrine quand même. Donc comment on fait ? D'ailleurs, ça a toujours posé des problèmes car derrière les M2A, il y a des opérateurs, il y a des opérateurs associatifs qui ne voulaient pas laisser tomber le nom de leur association. On a eu tout ça. Donc on est : M2A-DAC-Nom de l'association. On trouve des subterfuges, mais ça n'accroît pas la lisibilité de notre action. »

Acteur de tutelles – ARS DD 1

### Gestion et organisation : l'unification des process entre les deux tutelles encore en cours de calage

« On est déjà en ordre de marche et c'est eux qui sont à la traîne, alors qu'ils nous ont dit qu'il fallait impérativement un budget commun. Et là, on nous dit qu'il faut qu'il soit commun mais avec des fléchages. Et idem pour le rapport d'activité » « On sent bien aussi qu'ils ne sont pas tout à fait prêts. » « Ils sont encore chacun dans leur process de prise de décision par rapport au budget. La concertation totale sur le budget n'est pas encore effective. »

Directeurs DAC 2

### Effectivité des missions du DAC : la difficile ouverture à la polyvalence

« La collectivité a vraiment joué le jeu d'intégrer les DAC, mais en y mettant sa condition qui était que c'était pour le public personnes âgées et l'ARS a vraiment joué le jeu, en disant on est vraiment ravi des M2A... en fait c'est des DAC, mais très bien pour les plus de 60 ans, on verra le reste plus tard. Il y avait donc ce compromis. »

« Ce qui était beaucoup moins simple sur le terrain, pour nous, car l'activité de soins palliatifs s'adressait aussi au moins de 60 ans. Et on était déjà un peu dans notre fonctionnement en DAC, puisqu'on prenait des patients de moins de 60 ans, même si c'était que sur la thématique soin palliatifs, et oncologie aussi. »

« Et on est resté dans cet entre-deux. Aujourd'hui, il semble que DAC soit davantage acté et on parle de M2A-DAC. »

Directeurs DAC 2

→ Présence d'un fort enjeu politique pour la collectivité territoriale sur le sujet du grand âge et l'accompagnement de la perte d'autonomie

**Donnant lieu à une démarche de conciliation délicate entre la collectivité territoriale et l'ARS** en charge de piloter le déploiement régional de dispositifs DAC « tout âge, toute pathologie »

« Ce sont des institutions très différentes mais on sent que l'ARS est très préoccupée de ne pas froisser la collectivité, tout en essayant d'obtenir ce qu'ils veulent ». « La puissance de la collectivité est importante : l'ARS marche sur des œufs. Parce que c'est très politique. »

« La collectivité se positionne comme un politique. La délégation départementale se positionne en professionnel ». « On sent qu'il y a une culture différente. »

Directeurs DAC 2

« Il y a un effort d'articulation. Ils se parlent. Ils essayent de se coordonner. Maintenant, le résultat est un peu le même : le fait est qu'il y a deux politiques qui sont différentes, qui ne sont pas convergentes ». « Nous, on se retrouve face aux problématiques de contradictions politiques à gérer sur le territoire. »

Directeur DAC 1

« C'est un contexte qui n'est pas des plus simples. Et il y a eu en plus un renouvellement total de l'administration, plus un renouvellement des élus. »

Acteur de tutelles – ARS DD 1

Les deux acteurs de terrain interrogés sur ce territoire reconnaissent les efforts menés par les deux tutelles en vue de favoriser leur articulation et coopération. Néanmoins, ils font mention de la subsistance de certaines difficultés semblant davantage exacerbées à travers la mise en place des DAC. Cela donne notamment lieu pour les acteurs de terrain à une zone de flou et d'instabilité ainsi qu'à une communication complexe et peu lisible auprès des partenaires du territoire. Les rapports entre les deux tutelles n'apparaissent pas conflictuels. Néanmoins, la prégnance des enjeux politiques sur ce territoire démontre la complexité de conduire une convergence plus unifiée et intégrative entre deux tutelles aux cultures et enjeux distincts, malgré une volonté partagée de rapprochement. A ce stade du processus de changement, nous observons que les dispositifs de coordination constituent, en quelque sorte, le miroir de ces enjeux, se retrouvant positionner, dans ce territoire, entre deux forces en tension.

#### B. Décloisonnement organisationnel et ouverture à la transversalité de l'ARS : un changement incrémental à l'œuvre mais encore peu perfectible dans les territoires par les acteurs de terrain

Nous l'avons mis en évidence précédemment, l'un des principaux écueils de l'expérimentation des PTA en Ile-de-France (positionnée comme l'étape de préfiguration des DAC dans notre recherche) est lié à l'absence de convergence institutionnelle au niveau des tutelles.

La réforme des DAC a amené, de ce point de vue, une évolution interne au niveau de l'organisation du siège de l'ARS. Pour rappel, celui-ci a procédé à la création d'une « mission convergence » regroupant dans un pôle unique la responsabilité des MAIA et réseaux de santé, auparavant sous l'égide de directions métiers distinctes, en vue d'accompagner au mieux leur unification. Une autre des plus-values à souligner est le rattachement de ce pôle au sein de la direction de la stratégie jouissant d'un positionnement transversal.

Cependant, les autres entités et acteurs de coordination hors réforme DAC sont restés à la main des directions métiers, répartis entre la direction de l'Autonomie et la Direction de l'offre de soins. La réorganisation, bien que s'avérant un réel levier pour conduire le changement de la réforme DAC, reste

donc circonscrite à un dispositif et n'a pas été appréhendée dans une vision plus systémique à l'échelle de l'ensemble des fonctions de coordination pilotées par l'ARS. Ce qui ne facilite pas la définition et le pilotage d'une politique globale du secteur de la coordination territoriale.

A ce titre, les acteurs de terrain font part de la persistance de cloisonnements importants au sein de l'ARS, tant au niveau horizontal entre directions métiers du siège qu'au niveau vertical entre l'échelon régional et les délégations départementales. Ils mettent en lumière la difficulté de communication, d'articulation et d'alignement interne. Nous assistons parfois à la mise en place d'une forme de situation paradoxale où l'acteur de terrain se trouve dans la position d'assurer lui-même le recueil et le recouplement des informations issues de différentes directions de l'ARS et à réaliser une forme de transversalité entre ces dernières :



Directeur DAC 5

*« On a une chargée de mission territoriale qui fait le maximum avec les informations dont elle dispose. On est obligé d'aller à la pêche aux informations entre la Ville, l'Hôpital et le médico-social. C'est davantage le DAC qui transmet les infos à la Délégation que l'inverse, du fait d'un fort cloisonnement interne entre services ARS. Ça c'est parfois dérangeant. »*



Directeur DAC 1

*« Au sein de l'ARS, entre la délégation et le siège, on voit bien qu'ils ne sont pas toujours d'accord, en phase. Au sein de l'ARS siège, entre le bureau de l'autonomie, le bureau de la stratégie, etc., ils ne sont pas toujours d'accord non plus. »*

D'autres dispositifs de coordination sont amenés à développer des stratégies afin de composer avec cette organisation en silo, comme cela a pu être mentionné par l'un des acteurs rencontrés :



Président de réseau de santé – DAC 9

En évoquant les articulations entre dispositifs de coordination :

*« L'Etat travaille en silo et balance des règlements qui sont repris par des silos, par des équipes en silo et tous ces gens-là travaillent sans concertation, homogénéisation des choses. C'est dommage, mais c'est à nous de le faire. On a l'habitude. Et puis quand on arrive à trouver, comme c'est notre cas, la confiance de l'ARS et en face à l'ARS des gens pas trop bêtes qui disent bon : vous avez raison, on va faire comme ça et on va le faire ensemble : ça fonctionne et on arrive à gommer les incohérences parfois de la Loi. »*

Les acteurs de l'ARS interrogés reconnaissent la difficulté générée par leur organisation interne qui les impactent également, comme nous avons pu le mettre au jour au sein de leur théorie d'usage. Deux d'entre eux font notamment mention de la difficulté de procéder à une réelle évolution organisationnelle effective en raison d'un ancrage très profond des modalités de fonctionnement interne.



Acteur de tutelles – ARS DD 1

*« La mise en place d'animateurs-facilitateurs, par exemple, sur les territoires ne suffit pas : il faut au préalable que les délégations aient préparé l'architecture interne, c'est-à-dire une réorganisation orientée vers le territoire et la transversalité. Il faut travailler les fondements en amont et on a besoin d'un appui des Directions métiers. Et comme je vous disais les Directions métiers ne lâcheront pas... Il n'y pas de mauvaises intentions des acteurs, ce n'est pas ce que je veux dire, je veux dire qu'il y a un système qui les dépasse, un système qui a été à la création des ARS et on est toujours dedans. »*



Acteur de tutelles – ARS DD 4

*« Car finalement on parle beaucoup de la transversalité, ce n'est pas un sujet nouveau mais c'est un sujet hyper compliqué à mettre en œuvre de manière très concrète, compte-tenu du très grand cloisonnement de nos sujets et de notre manière de faire des politiques publiques extra-sectorisées [...].*

***Le rôle de la délégation, pour moi, clairement, c'est ce qu'il faut qu'on réussisse à construire. Et c'est là qu'est la plus-value des délégations. »***

En écho aux propos (en gras) de la délégation ci-dessus, la mission transformation interne de l'ARS met, dans ce cadre, en exergue l'émergence d'une impulsion qui semble s'amorcer au niveau de certaines délégations départementales en vue d'adapter leur organisation interne. Ce type de démarche est observé sur plusieurs départements :



Acteur de tutelles – ARS siège

*« Vous avez certains directeurs de délégations, donc je pense aux départements X, X, X et X notamment qui, en fait, eux sont en train de réfléchir à une organisation bicéphale, d'un côté vous auriez [...] des gens qui sont vraiment positionnés comme animateur territorial et en fait ce pool de facilitateurs animateurs territoriaux sont appuyés en back office par tout un pôle d'administratif, de gestion, etc. Donc pour un certain nombre de directeurs, l'objectif c'est vraiment de tendre vers ça, ce qui changerait vraiment la donne par rapport aux organigrammes qu'on a aujourd'hui. »*

*« A un moment donné quand on dit décroisonner le système de santé pour nous ça veut dire être dans une logique de filière, de parcours et d'être... donc ça suppose forcément que nos organigrammes doivent se poser là-dessus. »*



Acteur de tutelles – ARS siège

*« Là, où les délégations étaient organisées un peu comme le siège, en Directions (Offre de soins, Autonomie, ...). Ils vont essayer de faire exploser un peu ces organigrammes là et d'avoir des référents territoriaux qui soient plus transversaux et non plus cantonnés à un seul secteur. Des référents territoriaux qui seront en charge du suivi des CPTS, des DAC, E-parcours, CLS... tous les sujets de coordination territoriale, par exemple. C'est une tendance qu'on voit dans le département X, X, X.*

*Le Directeur général ne voulait pas d'une organisation Siège/Délégations en miroir, ce ne sont pas les mêmes organisations car ce n'est pas les mêmes rôles.*

*Donc les Délégations sont en train de faire évoluer cela en désignant des gens qui seront plus sur un niveau territorial, qui ne seront pas experts d'un sujet mais d'un territoire. Mais tous les départements n'en sont pas encore là, c'est évolutif. »*

De plus, nous constatons que le déploiement des DAC au niveau local par les délégations départementales incite à une évolution de cet échelon. C'est notamment le cas de deux des délégations interrogées :

- La Délégation 1 met en place sur son territoire des chefs de projets territoriaux transversaux en charge de la coordination et du suivi des dispositifs de coordination.



Acteur de tutelles – ARS DD 1

*« Nous avons installé des chefs de projets territoriaux. Pour l'instant, il y en a trois. Chacun couvre deux DAC. Ça permet une proximité. » « On a donc un puzzle avec quelqu'un qui joue l'assembler. »*

- La Délégation 4 a fait, de son côté, le choix d'un portage des sujets transversaux de coordination et de coopération territoriale directement par la Direction.



Acteur de tutelles – ARS DD 4

*« Et aujourd'hui, moi ce que j'identifie comme évolution qui va nous falloir mettre en place pour passer à l'étape d'après par rapport à la construction des DAC, c'est qu'il va falloir qu'on prenne acte dans nos organisations, même si c'est un peu l'éternel questionnement, c'est qu'on prenne acte du fait que la transversalité, ça se construit, ça s'organise et c'est difficile de faire porter la transversalité à un département métier ... Il y a d'autres sujets, les DAC, ce n'est pas le seul mais en tout cas ils sont au cœur de pas mal de sujets, où je vois bien que c'est la Direction de la Délégation qui a l'approche la plus transversale des sujets. »*

Comme le soulignait la Mission transformation interne, au cours des entretiens menés, les réformes obligent l'ARS à travailler autrement. Même si les premiers résultats semblent de faible ampleur, ils n'en restent pas moins significatifs, faisant apparaître des premiers mouvements d'évolution incrémentaux.

Il est à noter que ce mouvement est porté à l'initiative des délégations départementales. La Direction générale de l'ARS, à travers la « Mission transformation interne », encourage et incite tout particulièrement à de tels remaniements mais ne l'impose pas. De plus, ce souhait de casser les organigrammes traditionnels, tout comme l'évolution des métiers (sur laquelle nous reviendrons plus précisément par la suite), se concentrent principalement sur les délégations départementales. L'organisation actuelle du siège n'est pas, au moment de notre enquête, ciblée comme un levier d'action prioritaire dans le processus de changement engagé.

Certains axes d'évolution des directions métiers sont malgré tout identifiés. Nous les qualifions de « collatéraux » car ils ne concernent pas directement le cœur-même de l'organisation et du fonctionnement du siège de l'ARS. Ils s'attachent plutôt aux zones d'interaction avec les délégations départementales, c'est-à-dire sur les éléments liés à :

- **La répartition des missions entre l'échelon régional et local**, à travers un processus dénommé par l'ARS : le « double mouvement ».

Certaines missions auparavant prises en charge par les délégations se voient régionaliser, tandis qu'une plus grande autonomie et capacité d'action doit pouvoir leur être octroyée. L'objectif est de recentrer et renforcer le rôle des délégations sur la fonction d'animation territoriale et de proximité avec les acteurs locaux.

Nous verrons, par la suite, que cela est jugé pertinent sur un certain nombre d'aspects par les directions de délégations rencontrées, tandis que d'autres points sont davantage questionnés.

- **L'articulation des rôles entre les deux niveaux de l'ARS et la meilleure prise en compte et association des délégations départementales par le siège** sur des dossiers régionaux stratégiques, tout en prenant appui sur leur regard territorial.



Acteur de tutelles – ARS siège

- « *Se nourrir davantage du terrain.* »
- *Mettre en place « une discussion stratégique avec les délégations.* »
- « *Changer la relation qu'on a en interne.* »

Illustrés par un exemple :

*« Quand on régionalise les autorisations sanitaires, c'est vraiment de se dire, bah par exemple là-dessus, il y a peut-être certaines autorisations qui ne doivent pas être gérées de manière industrielle par la Direction de l'offre de soins, il faut qu'elle se dise bah là c'est quand même un gros opérateur et c'est important que je le travaille avec le département X parce que sinon effectivement ça pose un problème de légitimité, si la Délégation X n'est pas partie prenante de cette demande. Donc là aussi, ça demande un vrai changement culturel, car vous avez parfois des directions métiers qui sont renfermées sur une forme de... elles ont l'impression que parce que ça a été régionalisé, on ne doit plus venir les embêter là-dessus. »*



Acteur de tutelles – ARS siège

En évoquant la Mission transformation interne :

*« Cette équipe nous aide à travailler sur des processus de travail. Par exemple : sur une année, ça veut dire quoi suivre un DAC ? Quelles sont les grandes tâches à mener ? Quel est le rôle du siège et de la Délégation ? On a fait une mise à plat des rôles de chacun. »*

De manière complémentaire, afin d'amorcer et accompagner un changement de relation entre les Directions du siège et les délégations départementales, la Mission transformation interne avait défini deux axes d'actions :

- Donner un cadre pour susciter la coopération en mettant en place des échanges bilatéraux réguliers entre un directeur métier et des directeurs de délégation.
- Sélectionner des processus de travail comme accélérateurs et lieu d'expérimentation de ces nouvelles modalités de travail et de collaboration.

L'objectif poursuivi est d'institutionnaliser progressivement la collaboration au sein de l'organisation en apprenant, selon les termes de la Mission transformation interne, à « *jouer collectif* », mais précisant que « *ce n'est pas forcément toujours le plus évident* ». Ce processus a été interrompu en raison de la survenue de la crise du COVID. Nous verrons que cette dernière a pu freiner certains processus (comme c'est le cas ici) mais également constituer un accélérateur.

Ainsi, même si cela ne semble, à ce stade, pas encore perfectible par les acteurs de terrain qui font part de la persistance d'un cloisonnement interne important au niveau de l'ARS, un mouvement s'engage progressivement. Cela s'observe plus particulièrement au sein de certaines délégations qui commencent à questionner et faire évoluer leurs organigrammes, à travers une démarche qui reste incitative et non coercitive à la date de notre enquête, de la part de la Direction générale de l'ARS.

### C. Instabilité, flou et oscillation : la perception par les acteurs de terrain interrogés de la stratégie de l'ARS relative aux DAC

La stratégie définie par les tutelles concernant la politique publique des DAC apparaît pour les acteurs de terrain interrogés encore floue et oscillante à plusieurs égards, ne facilitant pas le déploiement opérationnel du processus de changement à mener par les Directeurs de DAC auprès de leurs équipes. Certains acteurs de DAC expriment ainsi, de manière sous-jacente, le besoin de disposer d'une ligne conductrice cohérente et structurée à minima.



Directeur DAC 1

*« La politique DAC n'est vraiment pas claire pour tout le monde : ce qu'on attend de nous, jusqu'où on va, plurithématique : ça veut dire quoi et avec quelles ressources... Tout ça on n'a pas de réponses, que des questions. »*

*« On ne sait pas trop s'il y a une stratégie. Moi, je suis dubitative sur le fait qu'ils aient vraiment une stratégie et une cible bien claire et qu'ils souhaitent nous accompagner vers cette cible. On a l'impression que cette cible est très mouvante, si elle existe. On nous annonce des choses, puis le contraire. ». « Allez-là, non n'y allez plus, et puis finalement si. Et puis, à chaque fois, on travaille autour de ces politiques. On arrête, on repart. »*



Directeur DAC 5

*« On n'a pas de feuille de route donnée par l'ARS pour structurer l'animation territoriale ». « On est plus dans la réponse aux besoins que nous on a identifié, mais on aimerait avoir une feuille de route de l'ARS. »*



Directeur DAC 2

*« J'ai l'impression que la DD n'a pas été unanime avec toutes les dispositifs. Vu qu'on échange sur beaucoup de choses, il semble que durant les RAC, ça n'a pas été le même discours avec tout le monde. Ils n'ont pas une ligne directrice très ferme. »*

Ces zones de flottement stratégiques sont d'autant plus palpables sur certains territoires où le conseil départemental souhaite prendre une place active dans la création des DAC, nécessitant alors de concilier des enjeux politiques et institutionnels parfois divergents entre la collectivité et la tutelle.

Par ailleurs, une orientation a plus particulièrement interpellé les acteurs de terrain : le choix de l'ARS Ile-de-France de procéder au détachement de l'activité « soins palliatifs » du DAC, initialement intégrée dans les missions des réseaux de santé. La tutelle a souhaité extraire cette activité du DAC en vue de créer des équipes mobiles spécifiques. Il est à noter qu'en 2012, les réseaux de soins palliatifs avaient dû fusionner avec les réseaux de gérontologie et de cancérologie afin d'évoluer vers le plurithématisme. Ce détachement, dans le cadre du DAC, fait donc l'objet d'une forte incompréhension et a également été source de tension entre les acteurs de terrain et les tutelles, à une étape délicate du changement. Nous nous situons alors aux prémices des travaux sur la convergence, au moment de l'élaboration du référentiel régional des DAC où il s'agit d'embarquer et mobiliser les parties prenantes. Par ailleurs, à la suite de cette annonce, l'ARS opérera des mouvements d'allers-retours apparaissant peu lisibles.



Directeur DAC 1

*« On nous a d'abord demandé de les faire converger avec les autres et puis maintenant il y a des expérimentations d'équipes mobiles un peu en marge des DAC. Puis il a été dit, finalement, que les équipes mobiles ne seraient pas intégrées aux DAC. Ces espèces de revirement, un coup à droite, un coup à gauche, c'est très compliqué à gérer avec les équipes. On est dans une dynamique de changement et de rapprochement, et puis tout d'un coup, ben non, les équipes mobiles ne feront pas parties des DAC. C'est vraiment très perturbant. »*



Directeur de réseau de santé – DAC 11

*« Sur la question des soins palliatifs : on n'a pas une feuille de route claire. C'est territoire et DD dépendants pour savoir si les soins palliatifs sont dans ou hors DAC. »*

Est également mise en exergue l'instabilité dont souffrent historiquement ces dispositifs de coordination, liée aux aléas politiques et changements de gouvernement constituant une forme d'insécurité pour les acteurs, mais également peu propices à une pérennisation et une vision à long terme :



Directeur DAC 6

*« Nous avons des temps de travail avec le Conseil départemental qui est très au fait de la réforme DAC, avec en parallèle le fameux rapport sur les personnes âgées, sur la préconisation de structuration de M2A et ma question c'est : n'est-on pas en train de nous demander de mener une réorganisation pour que le jour où elle est effective, on nous demande encore de changer modèle ? »*



Directeur DAC 1

*« Mais là où on est en difficultés, c'est pour trouver une stabilité suffisante. »*



Acteur de tutelles – ARS DD 1

*« Sur les DAC, ces dispositifs souffrent de changements permanents. La question est que s'ils ne s'installent pas durablement dans le paysage, ça va finir par très fortement dysfonctionner. » « Faut dire qu'on n'est pas très aidé non plus par les textes et par les politiques nationales. »*

La stabilité de ces dispositifs de coordination apparaît pourtant comme un des leviers pour parvenir à une évolution de la relation entre acteurs de terrain et tutelles. En effet, une sécurisation à la fois politique, réglementaire, structurelle mais aussi financière, leur procurant une certaine assise via une forme d'institutionnalisation, peut contribuer à déplacer la nature du dialogue entre ces deux parties prenantes et à modifier les postures :



Acteur de tutelles – ARS DD 3

*« Là, finalement, **la question du budget**, qui était une question centrale il y a quelques années, ne l'est plus. Je me souviens quand on faisait les RAC, la partie budgétaire, on y passait la moitié du temps de la RAC quasiment. Là, actuellement, on n'est plus du tout là-dessus. Et ce n'est pas forcément là que les nouveaux dispositifs nous attendent. Car on a réussi à pérenniser les budgets. Ils nous attendent plutôt sur comment nous, ARS, on peut les accompagner et les appuyer sur des projets qui peuvent rester innovants car, on peut rester sur des projets qui sont encore innovants. Ce n'est pas un souci. »*

*« On a **des équipes plus importantes**, qui permettent de répondre car nombre de fois j'ai rencontré des réseaux qui me disaient que leurs équipes n'étaient pas assez calibrées. »*

L'acteur de la délégation départementale, auteur des propos ci-dessus, met en avant que cela modifie son rapport aux acteurs de terrain, permettant d'inscrire davantage la relation sur une dynamique de projets et une logique d'appui et d'accompagnement de la tutelle. Il semble pour autant nécessaire d'apporter une nuance à ce discours. Le niveau de financement attribué aux DAC reste une problématique majeure, surtout dans l'optique de la montée en charge à venir de ces dispositifs. Or, cette question demeure encore non résolue, comme le notera un responsable du siège de l'ARS interrogé.

En outre, certains acteurs mettent en avant leurs craintes relatives à une trop forte institutionnalisation des DAC par la tutelle, pouvant aussi être source d'une certaine forme de rigidité, les rendant moins agile et innovant, avec le risque de devenir un « dispositif ARS ». Cela est notamment

une crainte exprimée par d'anciens directeurs de réseaux de santé, fortement attachés (nous l'avons vu au sein de leur théorie d'usage) à leur autonomie et individualité.

L'ARS semble, dans ce cadre, vouloir parvenir à un équilibre entre flexibilité organisationnelle et socle commun et unifié de structuration. Dans cette optique, le cadre défini par les tutelles (comme nous le verrons dans la section suivante) confère aux acteurs une marge de manœuvre certaine. Au final, le cadre reste souple même si une normalisation s'opère. Les symboles de l'harmonisation des noms des structures et des logos en sont un bon exemple.



Consultant – Cabinet conseil

*« C'est très libre. Tout est possible du moment que c'est argumenté, en lien avec les caractéristiques du territoire, en lien avec la culture professionnelle antérieure, en lien avec l'ambition qu'on va donner au DAC. »*

*« Aucune ARS ne m'a dit tous les DAC sont polyvalents et ils font tout. On est beaucoup sur des associations qui portent. Sur la composition de la gouvernance, ils ont des points de vigilance mais ils les laissent s'organiser car ce n'est pas à l'ARS de dire : je vais gérer votre association. Ça ne fait pas partie des lignes rouges de l'ARS, tant qu'ils remplissent les missions. C'est une délégation de service public. Donc c'est ouvert. »*

De plus, la perception des réseaux de santé est fortement corrélée aux mythes fondateurs de ces entités qui ont été aussi idéalisés, ces derniers ayant eux-mêmes progressivement fait l'objet d'une forme de normalisation au cours du temps.

Dans le même temps, l'institutionnalisation peut aussi revêtir un sens différent pour d'autres acteurs, comme dans le cas de la FACS régionale d'Ile-de-France où elle doit, au contraire, permettre aux DAC d'asseoir et légitimer leur place dans l'écosystème de santé, comme un acteur à part entière. Dans ce cadre, la formalisation de formations spécifiques aux métiers de la coordination en constitue un levier majeur en vue d'une reconnaissance des compétences distinctives propres aux DAC :



Acteur de la FACS régionale

*« Le sujet est de se dire qu'on a un secteur de la ville, un secteur de l'hôpital, pour moi cette fédération, on est peut-être en train d'écrire les bases d'une fédération qui sera entre la ville et l'hôpital : des dispositifs de coordination, qui sont entre les deux et c'est à ce moment-là que... C'est vraiment l'entité, pour moi, qui va être entre ces deux espaces-là. Et donc la formation est indispensable. On fait des métiers particuliers : un directeur de DAC, ce n'est pas la même chose qu'un directeur d'établissement de santé ou médico-social. On n'est pas sur les mêmes manières de manager et de fonctionner. Et ça, ça se décline à toutes les strates des salariés. »*

*« Donc oui, c'est un enjeu majeur, car si on veut que ce dispositif, cette fédération, qui va se situer entre la ville et l'hôpital : si on veut dans 10 ans, avoir une place institutionnalisée entre la Ville et l'Hôpital, il nous faut des professionnels qui soient formés, et à toutes les strates. »*

Néanmoins, sur ce sujet, la vision des DAC par les tutelles apparaît encore non stabilisée, les discussions semblant notamment osciller entre deux approches : faire du DAC un service public ou simplement le doter d'une mission de service public. Pour l'un des acteurs régionaux de l'ARS interrogé, le statut de service public permet de cadrer davantage les dispositifs mais serait aussi un frein à l'agilité. Tandis que la délégation d'une mission de service public offre plus de latitude mais peut, au contraire, dériver sur un manque de cadrage suffisant pour assurer une harmonisation. Cet acteur soutient dès lors, l'option suivante :



Acteur de tutelles – ARS siège

« Des DAC dotés de missions de service public, c'est-à-dire avec des missions socles pour garantir un filet de sécurité sur tous les territoires et, en allant même plus loin, avec un statut consolidé (un établissement avec un n° Finess) pour assurer leur stabilité et pérennité dans le temps. »

Mais, à l'heure actuelle, le niveau national apparaît peu clair sur cet aspect et n'affiche pas de positionnement officiel :



Acteur de tutelles – ARS siège

« Il craint de se perdre en procédures d'audit, d'évaluation... »

De plus, le modèle financier des DAC n'est, au moment de notre enquête, pas encore consolidé.

Le processus de changement élaboré par les tutelles apparaît, de ce fait, aux yeux des acteurs de terrain, peu structuré. Lors des entretiens menés en 2021, en pleine phase de déploiement des DAC, il est mis en avant par les acteurs les éléments suivants :

- **Le système d'information**



« Des indicateurs très précis sont demandés : nombre de sollicitations, répartition horaire... Mais aujourd'hui, Terr-Esanté ne permet pas d'y répondre. »

Directeur DAC 5



« On nous a demandé de converger, de devenir une seule et même équipe. Mais on nous a dit, vous ne pouvez pas acquérir de SI unique. C'est trop tôt et il y a Terr-Esanté. Moi, j'ai dit il est hors de question que je demande à une équipe de travailler ensemble et qu'elle n'ait pas un logiciel commun. Il y avait 3 logiciels différents. »

« Même si on s'est fait mal voir par l'ARS, on a une solution qui nous convient, qui est aidante pour faire converger les équipes et qui améliore la qualité du suivi des personnes. On vous fait converger, mais on ne vous donne pas les moyens d'aller au bout de l'idée. Ça fait 3 ans que certains attendent. »

Directeur DAC 1

- **L'évaluation**



« On va lancer le chantier évaluation : On doit auditer tous les DAC labélisés un ou deux ans après la labellisation. Rien n'est fait. On va tenter de commencer avant la fin de l'année. »

Acteur de tutelles – ARS siège

- **La convergence des dispositifs entre tutelles différentes : Le budget et le rapport d'activité**



« Il y avait l'objectif d'un budget 2021 commun et en réalité les financements sont encore très fléchés. On s'arrangera, mais ça ne nous simplifie pas la vie. Ils sont encore chacun dans leur process de prise de décision par rapport au budget. »

Directeurs DAC 2

- **La montée en charge des DAC**

« Et après, si la question est de dire ne faut-il pas aussi accompagner les DAC ensuite : accompagner le déploiement des DAC et la montée en charge à venir : je suis d'accord. Je t'avoue que pour le moment, on n'en est pas trop là ». « On n'est pas encore au stade où on a une énorme montée en charge et où on s'inquiète. Mais c'est un peu pensé côté ARS, car on avait dit qu'on accompagnerait si jamais c'était le cas. Mais les perspectives budgétaires ne sont pas les mêmes qu'il y a deux ans, car entre temps, il y a eu le COVID. Je n'ai pas beaucoup de réponse, et pas de réponse nationale. Donc je ne sais pas ce qu'il va se passer si on a des DAC qui ont une augmentation importante. »

Acteur de tutelles – ARS siège

- **La formation**

« On a tout arrêté avec le COVID. On reprendra les travaux en juin ». « En tout cas, c'est une des priorités de l'année pour le siège de formaliser des packs de formations pour les Directions, pour les équipes : former, faire connaissance et harmoniser les pratiques. »

Acteur de tutelles – ARS siège

« Concernant le tout âge, toute pathologie, ils ont été très clairs que 2020, c'est ouverture à la polyvalence. Mais jusqu'à présent, le discours était : on a le temps, pas d'urgence, on entend le souhait des équipes d'être formées et d'avoir des compétences supplémentaires et des effectifs. En pratique, je pense qu'il n'y aura rien. »

Directeurs DAC 2

Cela génère une forme de défiance de la part des acteurs de terrain vis-à-vis de la tutelle et du changement à mener, dans un contexte où les moyens de fonctionnement nécessaires ne semblent pas mis à disposition et apparaissent non anticipés :



Directeur DAC 1

« On ne peut pas demander aux équipes de travailler dans ces conditions : on leur demande de changer de Directeur, de locaux, de converger et d'apprendre à travailler avec d'autres, de se réorganiser, d'harmoniser... Il faut leur donner les moyens. »

L'ARS semble se trouver dans une configuration où elle doit accompagner les acteurs au changement dans la constitution des DAC, tout en concevant le modèle vers lequel elle souhaite tendre et les moyens correspondant. La construction d'un changement au fil de l'eau peut effectivement offrir plus de souplesse, en permettant une adaptation et un ajustement progressif des actions entreprises au plus juste des besoins émergents. Mais les résultats mettent aussi l'accent sur la nécessité de combiner une telle approche avec un certain niveau requis de structuration du changement, afin d'assurer une sécurisation, en amont, du projet et une mise à disposition des moyens nécessaires auprès de la cible du changement, à savoir les acteurs des DAC. Dans ce contexte, nous constatons que ces zones de flou tendent à générer des tensions avec la tutelle, voire à renforcer des formes de résistance des acteurs, leur permettant ainsi de décrier le changement engagé.

La crise sanitaire du COVID a retardé certains chantiers. Mais rappelons que le projet de réforme des DAC est en réflexion depuis 2018. Il est donc connu de longue date. Sur cette période, la DGOS lance un groupe de travail à ce sujet, la fédération nationale des dispositifs de coordination se crée et l'ARS commence à communiquer auprès des dispositifs de coordination. Le groupe de travail lancé par l'ARS

relatif à la co-construction du référentiel régional des DAC avec les acteurs des dispositifs de coordination démarre dès le mois de septembre 2018. Le point de départ du déploiement coïncide avec la parution du référentiel régional au mois de novembre 2019.

Par ailleurs, nous disposons, aujourd'hui, d'une historicité importante sur les dispositifs de coordination. Les premiers réseaux de santé sont apparus dans les années 90 puis un certain nombre de dispositifs de coordination ont émergé par la suite, permettant d'anticiper certains jalons de l'accompagnement au changement, tout en le conciliant avec une logique d'ajustements au fil de l'eau et de co-construction avec les acteurs des territoires. De plus, des réformes de restructuration de ces dispositifs étaient déjà survenues par le passé comme la fusion des réseaux en 2012 ayant donné lieu à des regroupements de réseaux monothématiques en vue d'une évolution vers une prise en charge plurithématique. Plus récemment, la création des PTA et l'expérimentation menée en Ile-de-France, prémices des futurs DAC, constituaient une base solide de capitalisation. Les écueils des précédents dispositifs étaient également identifiés. Ainsi, cela pose plus globalement la question de l'évaluation et de la capitalisation à partir des expériences précédentes afin de bâtir la démarche de changement en cours.

#### D. Synthèse

##### Entre poursuite du millefeuille et tentative d'unification :

→ **Malgré la convergence des dispositifs de coordination engagée à travers la création des DAC, de nombreuses autres entités restent malgré tout présentes et continuent à être créées.**

→ Cela engendre une zone de flou pour **les acteurs des DAC qui interrogent le sens de la stratégie menée et la lisibilité de l'écosystème des fonctions de coordination territoriale.**

→ L'ARS elle-même fait mention de cette difficulté d'intégrer ces dispositifs de manière cohérente.

→ **Les articulations apparaissent, aux yeux des acteurs de terrain, insuffisamment pensées par les autorités de tutelle.** Cela fait craindre aux acteurs de terrain **des risques de concurrence entre dispositifs** aux missions et périmètres souvent proches, voire qui se superposent.

→ **Une convergence de terrain s'observe dans plusieurs territoires**, via des initiatives engagées par les DAC et leurs partenaires, **mais parfois entravée par les divergences d'enjeux politiques** entre tutelles différentes.

→ **Dans les territoires où une volonté politique d'unification est partagée entre les deux tutelles territoriales (ARS et Collectivité territoriale), nous observons que celle-ci ne se conduit pas sans heurts.** Il ne s'avère pas aisé, dans la pratique, de dénouer les nœuds de la complexité engendrés par la fragmentation du pilotage des dispositifs de coordination ancrée depuis de longues années.

##### Décloisonnement organisationnel interne et ouverture à la transversalité de l'ARS :

→ **Un changement incrémental est à l'œuvre mais qui est encore peu perfectible dans les territoires par les acteurs de terrain.** Ces derniers font état de la persistance d'un cloisonnement et d'une communication complexe tant horizontalement (entre directions métiers de l'ARS) que verticalement (entre le siège de l'ARS et les délégations départementales).

→ **Des prémices de changement s'observent plus particulièrement au sein de certaines délégations départementales.** Celles-ci commencent à questionner et faire évoluer leurs organigrammes mais aussi leur positionnement, à travers une démarche qui :

- Reste fortement incitative mais non coercitive, à la date de notre enquête, de la part de la Direction générale de l'ARS.
- Et qui ne touche que de manière indirecte les directions métiers du siège.

Instabilité, flou et oscillation : la perception par les acteurs de terrain interrogés de la stratégie de l'ARS relative aux DAC :

→ **La stratégie relative aux DAC et les moyens mis en œuvre pour permettre aux DAC de fonctionner apparaissent flous et non stabilisés aux yeux des acteurs de terrain.**

→ **Une des difficultés à l'installation durable des dispositifs de coordination** et à la construction d'une vision à long terme : **leur instabilité politique** (changements de gouvernement et d'orientations), **structurelle et financière** (un modèle financier des DAC non encore établi à la date de notre enquête).

→ Or, il apparaît que **la sécurisation des DAC constitue un des leviers à mobiliser pour parvenir à une évolution de la relation entre acteurs de terrain et tutelles.**

→ **Une vision des DAC non consolidée : entre souplesse organisationnelle et institutionnalisation :**

- La notion d'institutionnalisation : des visions différentes entre acteurs de DAC  
Synonyme de rigidité et normalisation pour certains et source de sécurisation et de légitimité pour assoir le DAC pour d'autres.
- Des tutelles oscillant entre deux approches du DAC  
Entre service public et délégation d'une mission de service public.

→ **Une ARS qui semble se positionner dans une configuration où elle accompagne les acteurs au changement dans la constitution des DAC, tout en concevant le modèle vers lequel elle souhaite tendre et les moyens correspondants :**

- Pouvant générer des tensions et une forme de défiance des acteurs de terrain qui mettent en avant la nécessité de disposer des moyens et outils nécessaires pour mener opérationnellement la convergence et apparaissant, à ce jour, partiellement effectifs.
- Malgré la capacité à pouvoir anticiper, en amont, la survenue de certains écueils liés à la conduite de ce changement :
  - Une réforme connue depuis 2018.
  - Une historicité importante sur les dispositifs de coordination qui sous-tend la question de l'évaluation et de la capitalisation, à partir des expériences précédentes, pour construire le changement.

⇒ **Un équilibre à trouver entre changement co-construit au fil de l'eau et changement planifié.**

## Section 2 : L'opérationnalité du cadre défini par les tutelles

### A. Une logique d'appui

L'ARS Ile-de-France a fait le choix de se positionner dans une logique d'appui auprès des acteurs des dispositifs de coordination que nous avons déjà déclinée dans la partie consacrée à la théorie professée du parcours. Nous y avons notamment présenté l'architecture du contenu du changement élaboré par l'ARS et le cadre défini pour conduire sa mise en œuvre. En reprenant ici les différents axes alors dégagés, nous allons à présent en observer l'opérationnalité.

◦ **L'ARS laisse les acteurs s'organiser, à partir du cadre fixé par le référentiel régional.**



Lors du lancement du groupe de travail relatif à l'élaboration du référentiel régional des DAC en 2018, il est précisé aux acteurs par l'ARS :

*« L'ARS sera peu prescriptive. On vous donne la cible et à vous de trouver le chemin. »*

En cas de difficultés, des appels à candidature seront lancés dans les territoires en vue de la désignation par l'ARS d'un porteur unique du futur DAC.



Acteur de tutelles – ARS DD3

*« Au niveau du siège, le rôle ça a été de mettre en place une espèce de cadre non rigide. Un cadre non rigide, c'est vraiment ce qui est à retenir, avec des grandes lignes. Et nous, la délégation, on a accompagné ces acteurs vers la mise en place d'un dispositif par rapport à ce qu'on pouvait en attendre au regard du référentiel. »*

◦ **Le suivi de l'avancée des projets de convergence est assuré par les délégations départementales via l'organisation de comités de pilotage avec les parties prenantes.**



Acteur de la FACS régionale

*« Le cabinet conseil accompagne les DAC, les aide à monter un projet de service, cale les éléments juridiques. Il y a des COPIL avec la DD ARS, et le régional pour les territoires compliqués, et ils valident une organisation future. C'est comme cela que ça s'organise dans l'ensemble. »*

◦ **L'ARS recourt, en outre, à des opérateurs pour accompagner le changement :**

- Des cabinets de consultants pouvant réaliser un « appui-conseil » auprès des acteurs pour les accompagner dans l'élaboration du projet DAC, plus particulièrement dans son aspect organisationnel et juridique.
- La FACS régionale, liée à l'ARS par un CPOM, et disposant, entre autres, d'une mission d'animation du réseau des DAC en Ile-de-France.

◦ **L'ARS intervient en subsidiarité, généralement en cas de conflits ou points de blocage entre acteurs des dispositifs de coordination ne parvenant pas à établir un consensus, généralement lié au portage du futur DAC.**

Dans ce cadre, l'ARS peut être amenée à désigner ce qu'elle nomme un « préfigurateur » positionné en lead sur la construction du projet.



Acteur de tutelles – ARS DD 2

*« Et en fait, moi, j'ai une gestion assez minimale du suivi des projets, c'est-à-dire, que j'interviens quand il y a un problème. »*



Acteur de tutelles – ARS région

*« Quand on n'a pas de besoin de nommer un préfigurateur pour que le projet avance, on n'a pas nécessité de le faire. Si les personnes coconstruisent un projet commun, banco. Ce n'est pas notre job, notre job c'est simplement de s'assurer que si c'est vraiment conflictuel, on arrive à avancer dans les délais qu'on nous a fixés. »*

Il s'agit de désigner parmi les acteurs des dispositifs de coordination en présence, un chef de projet en charge de la conduite de la convergence qui est généralement l'acteur pressenti pour le portage du DAC, même si cela n'est pas exprimé explicitement. Cela constitue une forme de positionnement et

d'arbitrage sur le portage du DAC par l'ARS mais qui reste malgré tout ambiguë comme en témoigne cet extrait d'entretien :



Pilote MAIA – DAC 3

« C'était très compliqué d'envoyer un courrier en disant, nous ne nous parlons pas, nous n'échangeons pas, nos directeurs respectifs ne s'apprécient pas, mais vraiment donnez-nous la préfiguration et le portage du DAC parce que vraiment on va faire des supers choses ensemble. Il y a un côté très schizophrénique quand même. »

◦ **Mais cette logique d'appui donne lieu à la perception par les acteurs de terrain d'une ARS à distance et peu présente dans la phase de constitution du DAC.**

Dix acteurs interrogés, durant notre phase d'enquête, exerçant des fonctions de Direction de DAC (déjà labellisés) ou de réseaux de santé et de MAIA (lorsque le projet est encore en cours) et répartis sur 6 départements (sur un total de 11 interlocuteurs interviewés) ressentent une faible présence de l'ARS durant le processus de convergence, faisant écho à cette intervention en subsidiarité de l'ARS.



Directeur de réseau de santé – DAC 8

« Avec la DD, ça se passe bien, mais sur la fonction DAC, on n'a pas énormément de liens. Quand j'ai une difficulté, on les appelle et on en parle très franchement. »

« Pour l'instant, on n'a pas créé une régularité avec eux. Et puis avec la crise COVID, ils étaient sur d'autres préoccupations. »

« Je dirais qu'il n'y a pas de difficulté, mais pas une grande proximité avec la DD. »



Pilote MAIA – DAC 9

« La DD n'est pas très présente. Elle laisse la main aux acteurs. »



Directeurs DAC 2

« L'ARS est peu présente. Nos deux interlocuteurs privilégiés ont quitté l'ARS fin 2020. Ce qui ne facilite pas les relations, car notre interlocuteur direct est le directeur de la DD. Aujourd'hui, c'est nous qui prenons l'initiative des réunions, de l'ordre du jour... »



Directeur DAC 1

« On n'a pas d'appui. On a des réunions ponctuelles comme ça pour discuter de problématiques. »

Cette perception a été d'autant plus renforcée durant la phase aiguë de la crise sanitaire COVID :



Directeur de réseau de santé – DAC 11

« On est assez laissé à nous même ». « On a un lien uniquement sur le COVID avec la DD, le reste on se débrouille. »



Pilote MAIA – DAC 3

« La DD a tellement d'autres sujets avec la vaccination, que le DAC n'est pas sa priorité. »



Directeur DAC 5

« Il fallait aller à la pêche aux informations. »

« Il a fallu se débrouiller seul. Une nouvelle chargée de mission est arrivée en Février 2020. » « Elle faisait de son mieux, mais elle n'était pas outillée et venait d'arriver. »



#### Pilote MAIA – DAC 9

*Durant la crise, on n'a pas eu d'échanges avec l'ARS sur le projet de convergence. Il y a eu un début de reprise des échanges avec la perspective de la préparation du RAC » [Revue annuelle de contrat].*

Il est à noter que lorsqu'un lien a perduré avec l'ARS durant la phase aigüe du COVID, il était principalement relié à la gestion de la crise sanitaire. En effet, certains DAC se sont vu confier des missions spécifiques par leurs délégations départementales de référence. Des actions ont pu aussi être développées à l'initiative des DAC, en coordination avec les acteurs de santé de leur territoire.

Cette perception d'une forme de distanciation de l'ARS concernant l'accompagnement au changement même apparaît liée aux choix opérés par cette dernière et notamment :

- Une délégation de l'animation du réseau des DAC à la FACS Ile-de-France.
- Qui, dans le même temps, tend à devenir l'interlocuteur régional privilégié du siège de l'ARS. Ce qui éloigne les acteurs de terrain du siège de l'ARS ; la délégation départementale devenant le référent local. Cela s'inscrit pleinement dans le processus de transformation interne visant à un repositionnement des deux échelons de l'ARS et à un renforcement du rôle d'acteur territorial de proximité des délégations départementales.
- La réalisation de l'accompagnement au changement par des cabinets de consultants.

L'appui direct provient, dès lors, de ces intermédiaires et non de l'ARS elle-même dans cette phase de constitution des DAC. Cette option peut s'avérer pertinente dans la mesure où l'ARS se voit confier des rôles qui peuvent parfois être paradoxaux les uns par rapport aux autres, entre la tutelle partenaire en appui des acteurs et la tutelle régulatrice. Cela pourrait donc être appréhendé comme un levier pour clarifier son positionnement.

En parallèle, le recentrage des délégations départementales sur leur rôle d'animateur territorial, s'exprimant ici par la prise en charge du déploiement local des DAC, aurait pu, malgré tout, donner lieu à la perception par les acteurs d'une présence plus soutenue de l'ARS à leur côté. L'extrait de l'entretien suivant mené auprès d'un responsable de l'ARS tend à nous apporter des éléments de compréhension à ce sujet :



#### Acteur de tutelles – ARS région

*« Les postes d'animateur territorial en délégation font de l'appui en structures mais ne vont pas faire de groupe de travail pour aider la structure à s'organiser ». « Ils font des COPIL pour donner les grandes orientations pour que les structures aient tels système d'information, pour qu'elles se positionnent de telle façon ». « On ne fait pas de l'appui opérationnel. »*

*« Avec le recul, moi je pense qu'il faudrait le faire car le problème c'est que les structures sont un peu laissées à elle-même [...]. Mais je ne suis pas sûre que l'ARS soit dans la position de le faire ». « On ne peut pas vraiment aller sur ce que font les consultants. »*

*« Par contre, des DD sont en appui des DAC, qui ont plus de légitimité de le faire que moi au siège, pour soutenir des partenariats territoriaux. »*

*Pour illustrer, l'acteur cite l'exemple d'une DD : « Vous vous montez en DAC, vous vous organisez en DAC ; maintenant que c'est fait moi, mon job c'est de vous mettre en relation avec tout le monde, c'est que tout le monde vous connaisse. » « Donc dans le territoire, s'il y a un projet un peu structurant, elle repositionne bien le DAC dans sa mission d'accompagnement de parcours mais aussi et surtout dans sa mission d'animation territoriale. »*

Ces propos illustrent ce que nous avons commencé à mettre en évidence : l'ARS laisse les acteurs s'organiser et les DD assurent un suivi via l'organisation de COFIL. En revanche, elles auraient vocation à intervenir davantage en appui, dans un second temps, à l'issue de la constitution et formalisation du DAC pour appuyer son ancrage dans le territoire, repositionnant pleinement les délégations départementales dans leur rôle d'animateur territorial. Nous verrons, dans la suite de notre propos, la manière dont les délégations interrogées semblent s'emparer de cette fonction, même si les éléments de résultats présentés seront à pondérer dans la mesure où la crise COVID a pu, dans certains cas, constituer un frein. De plus, un certain nombre de DAC étant encore en cours de constitution, cet appui post-labelisation à l'ancrage territorial du DAC ne peut être observé que de manière partielle même si des premiers éléments commencent à s'esquisser au stade de notre enquête.

Ces données tendent à s'interroger sur le périmètre de ce rôle d'appui de l'ARS et sa définition : que signifie « appuyer » dans le cas particulier d'une tutelle ? Et quelle est la limite d'une telle posture ?

#### ◦ Les limites et les risques identifiés à cette logique d'appui

Dans le cas du projet de convergence des DAC, cela semble amener une modulation de son rôle de régulation et de prise de décision s'illustrant par le choix d'une intervention en subsidiarité, en vue de privilégier une auto-organisation des acteurs de terrain.

Dans plusieurs cas, cela a conduit à une forme d'auto-régulation des parties prenantes dans les territoires, même si cela peut prendre plus de temps :



Acteur de tutelles – ARS région

*« Le territoire X, par exemple, ça a été un peu compliqué mais le fait de les avoir laisser un peu se gérer entre eux, ça a fait que doucement ils sont en train de faire un projet tous ensemble. Alors que perso, j'y aurais été un plus franco et j'aurais fait partir des gens. Bah là, ils essayent de co-construire un truc. »*



Directeur DAC 5

*« Cela a été conflictuel au départ avec le porteur et le pilote MAIA. L'autre porteur n'est que gérontologie. Donc le porteur associatif du réseau s'est imposé mais il a fallu de longues discussions entre le réseau et le porteur de la MAIA. »*  
*« L'ARS n'a pas voulu intervenir ». « Elle n'a pas été facilitatrice. »*

Mais l'absence d'une position explicite ou une intervention parfois tardive de l'ARS sur certains territoires, peut, au contraire, conduire à une dérive des projets de convergence, qui aurait parfois pu être anticipée.



Acteur de la FACS régionale

*« Le cabinet de consultant, c'est pour gérer le comment on va faire avec les personnes qui veulent bien le faire. Là, c'est l'étape d'avant : Comment on va faire pour les mettre d'accord pour travailler ensemble à monter ce DAC et ça pour moi, c'est un vrai accompagnement qu'il faut. »*  
*« C'est quelque chose qui manque dans cette impulsion que devrait mettre l'ARS, car pour moi l'ARS doit donner des impulsions pour permettre à des énergies de se croiser et de se rencontrer pour produire un truc intelligent, en leur donnant ensuite les moyens pratiques et concrets de le faire. »*

En effet, les conflits sont souvent latents et préexistants à la convergence des DAC. Ils sont principalement liés à des historiques relationnels sur certains territoires sous-tendus par :

- L'existence d'une forme de concurrence et des cultures différentes entre les professionnels de ces différents dispositifs de coordination, que nous avons eu l'occasion de mettre en perspective dans le chapitre consacré aux théories d'usage de ces derniers.
- La présence d'enjeux politiques locaux entre porteurs, d'autant plus exacerbés sur les territoires où le conseil départemental est impliqué dans le projet de convergence des DAC et souhaite y jouer un rôle majeur aux côtés de l'ARS.



#### Acteur de tutelles – ARS siège

*« Assez systématiquement, là où ça bloque on voit bien que c'est des enjeux de pouvoir qui préexistaient avant la convergence. Donc des acteurs qui déjà avaient du mal à s'entendre et à travailler ensemble. Et la convergence cristallise ses enjeux de pouvoir. Chacun se sent plus légitime que l'autre pour porter le truc. »*

*« On a aussi la culture médico-sociale et la culture sanitaire qui s'affrontent. Je pense notamment au département X, où il y a un réseau et une MAIA qui ont des grosses difficultés à s'entendre. On sent bien que l'un est beaucoup plus axé sur les soins primaires et travaille très bien avec les libéraux, l'autre travaille essentiellement avec le médico-social. Et là, c'est deux mondes qui s'affrontent et qui n'arrivent pas à se parler. »*

*« Avec des élus qui font partie des CA et qui veulent garder le portage de leurs dispositifs et qui ne veulent pas entendre parler d'une évolution du portage. »*



#### Pilote MAIA – DAC 6

*« La convergence a réveillé à certains endroits des choses en tension, en incompréhension... Parcourir un chemin ensemble, ce n'est pas si simple que ça. »*

De ce fait, les points de blocage peuvent se situer soit au niveau des porteurs, soit au niveau des équipes opérationnelles, voire même les deux. Deux jalons sont jugés à risque dans le projet de convergence : le choix de la gouvernance (strate politique) et l'initiation du projet de service (strate organisationnelle).



#### Consultant – Cabinet conseil

◦ **La gouvernance** : *« Ce n'est pas tant association, GIP ou opérations de transfert. C'est technique ça. C'est qui est le chef, qui gagne ? C'est un médecin libéral ou c'est quelqu'un du médico-social qui est la tête du truc. Ils vont regarder qui va être le président, la tête politique du truc. C'est éminemment politique et ça peut être très conflictuel. »*

◦ **Le projet de service** : *« Dans le projet de service, ce sont les deux sujets : à quoi on sert et comment on s'organise ». « Ça, ça peut être aussi assez compliqué et conflictuel et ça peut être la résultante du conflit de gouvernance. Mais ça peut très bien aussi, ne pas être lié à la gouvernance, mais venir du terrain. C'est questions-là sont très structurantes et on se rend compte dans l'accompagnement qu'on n'y a jamais répondu avant et que personne n'a donné des pistes avant. Chacun a mis un objet nébuleux avec le sens qu'il mettait dans le DAC, dans le cheminement préalable. C'est quand on rentre sur les missions, dans le projet de service, qu'on ouvre la boîte de Pandore. »*

Il est à noter que la réforme des DAC a également redessiné, dans certains cas, les frontières territoriales en vue d'une harmonisation et unification des périmètres géographiques entre dispositifs de coordination intégrant le DAC. Ce qui peut également être source de tensions.

Bien qu'un acteur de l'ARS précise qu'un arbitrage trop précoce et autoritaire de l'ARS peut parfois conduire à de la casse :



Acteur de tutelles – ARS région

« Le fait que l'ARS nomme la couleur d'emblée, ça permet d'aller vite et que ce soit fluide mais ça ne veut pas dire que ça a monté le DAC d'une façon très propre.

Dans le X, on a annoncé la couleur très vite et les MAIA sont sorties du jeu très vite. Et on est un peu en train de reconstruire les DAC. »

L'absence d'un cadre clair et d'arbitrage de la part de la tutelle peut aussi aboutir, dans ce contexte :

- A la stagnation, voire l'enlisement, de situations parfois fortement conflictuelles entre les acteurs de coordination d'un territoire.



#### Le projet du DAC 6 : 2 réseaux de santé et 2 MAIA

Acteur de tutelles – DD 2

« On avait un réseau X qui a fermé ses portes au 31/12/19 et un réseau Y à qui on a demandé de se concentrer sur les soins palliatifs et qui a été rattaché à un établissement sanitaire de Paris ». « Il nous restait donc deux MAIA, dont une MAIA dont le Directeur est parti durant la crise COVID. Donc, là, c'était en friche. »

Directeur DAC 7

« La DD est entrée en jeu au moment de la fermeture du réseau X. L'ARS intervient en cas de conflit, sinon, elle est non présente. »

Pilote MAIA – DAC 6

« Notre MAIA était, au départ, co-portée par le réseau de santé Y. Puis, il s'est retiré en raison de rapports très conflictuels entre la Direction du réseau et l'équipe MAIA. Il est donc compliqué d'envisager de nouveau un co-portage avec les mêmes acteurs autour du DAC en raison de ce passif et de relations partenariales difficiles par la suite. Malgré cela, l'ARS met en place cette configuration d'acteurs pour construire le DAC. Ça été un dialogue difficile avec 4 mois d'échanges stériles et non productifs dans le cadre du groupe de travail, jusqu'à la décision de l'ARS de positionner le réseau hors du DAC. »

« L'ARS aurait pu permettre d'avancer plus vite pour faire émerger le projet de DAC. Cela aurait pu éviter beaucoup d'écueils. »



#### Le projet du DAC 9 : 1 réseau de santé-PTA et 1 MAIA

Acteur de tutelles – ARS DD 3

« On se rend compte que finalement le fait que le cabinet conseil soit un peu neutre dans ces accompagnements a fait énormément de bien. C'est-à-dire qu'il y a eu quand même presque un an et demi de discussion entre les acteurs et nous, avec des réunions compliquées. Nous, on a essayé de faire beaucoup de médiation, d'accompagnement, d'explication. »

Il est à noter que l'ARS a maintenu une position floue pendant longtemps n'affichant pas explicitement face à la MAIA la décision prise d'un portage du futur DAC par le réseau de santé, mettant en avant une volonté de co-construction du projet entre les acteurs.



#### Le projet du DAC 3 : 1 réseau de santé et 1 MAIA

Pilote MAIA – DAC 3

« Ça a été très crispé entre les deux porteurs. La directrice du réseau ne m'adresse que très peu la parole. Donc ça ne va pas être simple. »

« Le réseau avec lequel historiquement, on a beaucoup de mal à travailler. »



### Le projet du DAC 11 : 1 réseau de santé-PTA, 1 réseau de santé, 2 MAIA et 2 PAT

Directeur de réseau de santé – DAC 11

*« Il y a un an, avait été « donné » à notre réseau un territoire comprenant l'ancienne partie de l'autre réseau. Ces derniers ont refusé. Donc sur une partie du territoire, on est à plusieurs. Mais personne ne leur dit rien. Et on doit se marier tous ensemble ». « On n'arrivera pas à constituer une équipe unique. « On fait des réunions depuis deux mois ».*

- Au développement de zones d'ambiguïté dont les acteurs de terrain vont faire usage pour défendre leur position et stratégies propres.

A titre d'exemple :

- Sur le territoire du DAC 9, les acteurs du réseau de santé et de la MAIA ne parvenant pas à la construction d'une vision commune relative aux attendus d'un appui-conseil en vue d'accompagner la convergence entre leurs deux structures, deux cahiers des charges distincts ont été rédigés et transmis à l'ARS en vue de faire appel à un cabinet de consultant.
- Sur le territoire du DAC 3, les deux dispositifs en présence se sont positionnés pour être chacun préfigurateur du DAC auprès de l'ARS.

Chacun tente de démontrer sa légitimité à porter et piloter le futur DAC sur son territoire. L'un des mécanismes utilisés est l'instrumentalisation de leurs cultures organisationnelles respectives. Les acteurs mettent en avant leurs compétences distinctives mais aussi leurs atouts.



Pilote MAIA – DAC 3

*« En portant la convergence de 3 CLIC, en ayant une MAIA et la plateforme d'évaluation de la CNAV : on a nous-même en notre sein la gradation demandée par l'ARS ». « On couvre 50 communes ». « A l'époque, on ne parle pas encore de DAC. Donc on crée le dispositif X. »*

*« Avec mon porteur, on s'aperçoit que les DAC vont être créés et les DAC sont pour les réseaux de santé ». « Comme nous pensons, nous, qu'on a quelque chose à défendre et que justement nous sommes une association, nous pouvons donc postuler pour être le préfigurateur du DAC ». « On va nous aussi montrer que ce qu'on fait sur le territoire c'est cohérent. »*



Directeur de réseau de santé – DAC 11

*« Le cœur du réseau de santé X, c'est l'accompagnement, la prise en charge personnalisée, des modes coopératifs, des professionnels en capacité d'accompagner la complexité, de la mise en lien, de la gestion de cas, du compagnonnage, pour tout type de complexité. »*

*En évoquant un des autres dispositifs de coordination du territoire, ce sont : « des instructeurs de dossiers ». « Je ne veux pas que mon équipe devienne de l'instruction de dossiers. »*

- A une perte de compétences et d'expertises liée soit à la fermeture de dispositifs de coordination ou au départ de personnels. C'est notamment le cas sur deux territoires où le contexte relationnel entre les parties prenantes a conduit à l'auto-fermeture d'un réseau et d'une MAIA.

Par ailleurs, de nombreux personnels issus des MAIA sont partis ou ont fait le choix de ne pas intégrer la nouvelle structure DAC. Cela peut être lié à des départs « naturels (départ en retraite, souhait de s'inscrire dans un nouveau projet professionnel, etc.), mais ce phénomène est aussi à rapprocher des conflits relationnels opposant les acteurs dans les territoires et à des professionnels ne se retrouvant pas toujours dans la nouvelle vision proposée.



Directeur DAC 7

*« Il y a eu aussi disparition d'un certain nombre de pilotes. »*

*« Avant le DAC, on était une trentaine de pilotes. A ce jour, il n'en reste qu'une dizaine. »*



Directeur DAC 10

*« Aucun gestionnaire de cas n'a souhaité rejoindre le DAC sur les 5 à qui on avait proposé des contrats. La pilote n'a pas suivi non plus. »*



Pilote MAIA – DAC 9

*« Soit on se dit les gens partent et ce n'est pas grave, mais c'est de la perte de compétences. »*

*« Je l'envisage plus comme une perte de chances, de ressources, de forces vives et d'expériences et peu importe l'usage des termes. C'est comment on arrive à capitaliser et conserver ces forces d'expériences-là qui risquent d'être découragées, parfois poussées vers la sortie. »*

Cette situation peut s'expliquer à travers plusieurs facteurs :

- Nous l'avons mis en exergue dans la théorie d'usage des MAIA, les métiers et les modes de fonctionnement apparaissent fortement normés et codifiés. De plus, les professionnels des MAIA ont été particulièrement valorisés institutionnellement au moment de leur mise en place par les pouvoirs publics. A cela s'ajoute une attache prégnante à l'identité professionnelle. La remise en cause provoquée par la mise en place des DAC qui voit la suppression de ce modèle constitue donc un changement d'ampleur.
- De plus, le DAC est ressenti, en Ile-de-France, comme une forme de victoire des réseaux sur les MAIA :
  - La majorité des DAC repose sur l'association porteuse des réseaux de santé.
  - Les référents en charge des DAC au sein des délégations départementales sont souvent les anciens référents des réseaux de santé.
  - Par ailleurs, les fédérations de DAC, que ce soit au niveau national ou en Ile-de-France, s'appuient sur les fondations des anciennes instances représentatives des réseaux de santé.

Cela peut ainsi donner lieu à la perception par certains pilotes MAIA de devoir s'intégrer dans un modèle déjà préétabli par les réseaux de santé :



Pilote MAIA – DAC 9

En évoquant le projet de convergence du DAC 9

« L'enjeu va être de poser les choses, de ne pas arriver... de faire en sorte que les équipes soient dans l'idée d'une cible commune et non pas, l'une ou l'autre des équipes qui devra se fondre dans un projet prédéterminé par l'une ou l'autre des équipes. On voit quel chemin à accomplir pour les deux équipes. Ce sera fondamental de poser cela par le cabinet, et pas que ce soit à une équipe de se contorsionner pour rejoindre une cible pré-déterminée. »

« Même s'il y a une insistance sur la construction du projet, ça reste un peu un jeu de dupe dans beaucoup de territoires, avec pour conséquence des dégâts sur, principalement les équipes de MAIA. »



Pilote MAIA – DAC 6

En évoquant le projet de FACS nationale

« On est dans la même barque mais on a l'impression que les réseaux ont la main dans la naissance d'une fédération commune car c'est organisé à partir des associations issues du champ des réseaux. C'est générateur de tensions. Le collectif MAIA, qui est informel, doit s'insérer dans une organisation préexistante. »



Consultant – Cabinet conseil

« Il y a un taux de fuite et en fait, il n'y a que des petits bouts d'équipe qui se rejoignent, il y a une casse certaine. »

« Ce qui fait que, en gros, il y a l'absorbé et l'absorbé, même si parfois ce sont des fusions-créations. Et chez l'absorbé, il y a un taux de fuite assez conséquent car je ne veux pas déménager, changer d'employeur, de métier, parce que les autres, à côté, on les regardait en chien de faïence et ça ne me fait pas rêver. »

« Ce sont plutôt des choses où on marie un marié et une jambe de mariée. Ça pose pleins de limites d'historicité, de connaissance du territoire mais au moins ça simplifie. »

L'ensemble de ces éléments illustre l'exacerbation, dans ce contexte de changement, des tensions et des antagonismes historiques qui peuvent exister entre les acteurs sur certains territoires, ainsi que les impacts d'ordre culturel, mettant l'accent sur la nécessité d'accompagner, bien en amont, la mise en place d'un dialogue entre les parties prenantes concernées :



Acteur de la FACS régionale

« Un des gros problèmes des DAC, c'est des gens qui doivent construire ensemble mais qui ne se connaissent pas. Les méfiances et les peurs que nous évoquions tout à l'heure viennent d'une méconnaissance. Le point de départ, ça aurait dû être celui-ci. »



Acteur de tutelles – ARS région

« Un prérequis pour que cela fonctionne : un vrai travail de co-construction enclenché avant la fusion effective entre les équipes, notamment à travers des groupes de travail pour penser le projet ensemble. Quand on met juste les acteurs sous le même toit, sans ce travail et cheminement collectif préalable : ça ne fonctionne pas. Sur certains territoires, ça explose. »

De plus, le risque majeur encouru est que la logique d'appui visant à « laisser la main » constitue le paravent d'une forme de dédouxement de la prise de décision par les tutelles, via un mécanisme de

décentralisation de la responsabilité, partant du niveau national pour aboutir jusqu'au niveau des acteurs de terrain.



Pilote MAIA – DAC 6

*« Le national produit un cadre délibéré général et peu prescriptif sur les modalités de mise en œuvre de la convergence des DAC, laissant la main aux régions. Les régions produisent elles-mêmes un cadre en disant : on va laisser les départements travailler dessus pour être sur une perspective locale. Les départements disent : on laisse les acteurs des territoires de coordination s'organiser... Mais c'est toute l'ambiguïté d'être dans une approche de laisser la main aux acteurs pour s'organiser sur les territoires. »*



Acteur de la FACS régionale

*« La DD traîne sur certains territoires, change parfois de positionnement, a parfois laissé faire et tiré en longueur certaines discussions qui auraient pu se faire il y a très longtemps. »*

*« La DD et la région n'osent pas trop se mouiller », dans le cas de blocages politiques sur certains territoires. »*

Le flou généré par un cadre trop souple peut aussi conduire à un manque de leviers institutionnels à mobiliser auprès des acteurs de terrain, en vue d'accompagner le processus de convergence :



Consultant – Cabinet conseil

*« On peut lire les référentiels régionaux mais un peu à la sauce qu'on veut. Et, moi j'ai été assez surpris. Je l'ai lu à ma sauce, étant assez neutre par rapport au système, en me disant c'est une super PTA leur truc, un DAC c'est une super PTA [...], c'est plutôt la PTA qui mange la MAIA, dans la façon dont ça doit fonctionner en cible et ça, bah il y a des gens qui lisent l'inverse. Notamment des gens qui sont très méthode MAIA, qui lisent vraiment l'inverse dans les documents. Ce qui fait qu'on n'a pas de prise. »*

Ce même acteur émet le même constat concernant le cadre national d'orientation.

Induisant, selon lui, « un manque de levier pour le changement »

## B. Le déploiement local de la convergence des DAC assuré par les délégations départementales : une décentralisation qui reste à caler

Le pôle en charge de la « Mission convergence des DAC » localisé au niveau du siège de l'ARS a été positionné en première ligne au moment de la conception du cadre régional relatif à la mise en place des DAC. A l'issue de cette phase, le pilotage et le suivi du déploiement local ont été confiés aux délégations départementales, devenant l'interlocuteur de proximité, voire principal, des acteurs des dispositifs de coordination. Cette démarche s'insère pleinement dans le processus de transformation interne engagé par l'ARS s'agissant de repositionner la strate régionale sur des missions régaliennes et conforter l'échelon local sur des missions territoriales. L'intervention du siège est désormais circonscrite à certains sujets et modulée en fonction des besoins de chaque délégation, ce dernier se positionnant en appui :



Acteur de tutelles – ARS région

Dans cette configuration, le rôle de la « Mission convergence des DAC » est :

*« de faire monter en compétences les délégations, si certaines sont en difficultés et leur donner les outils pour pouvoir piloter les DAC dans les territoires ». « On a aussi un gros boulot d'animation de la communauté des délégations. »*



Acteur de tutelles – ARS région

*« Moi je suis plutôt en appui, plutôt qu'en pilotage. Moi, je le conçois un peu comme ça : nous, on se positionne en fonction de ce dont ont besoin les délégations. »*

*« J'essaie d'ajuster l'accompagnement qu'on a vis-à-vis des délégations à leur niveau, non pas seulement de compétences, mais au temps qu'elles peuvent accorder, car il y a aussi beaucoup d'autres projets et elles n'ont pas toutes le même nombre de personnes en interne. »*

L'objectif poursuivi est de renforcer les délégations sur leur fonction centrale d'animateur territorial qu'un responsable de l'ARS qualifie de la manière suivante :



Acteur de tutelles – ARS région

*« C'est eux qui sont à la manœuvre pour accompagner leurs DAC sur leur territoire, les aider à développer leurs partenariats », « aider à asseoir les DAC. »*

Les délégations départementales interrogées reconnaîtront que le pôle régional en charge de la convergence des DAC s'est effectivement prêté au jeu du « double mouvement », en laissant le soin aux délégations d'assurer le pilotage local, une fois le cadre défini.



Acteur de tutelles – ARS DD 4

*« Au départ, on a eu un pilotage fort du siège de l'Agence pour conduire cette convergence institutionnellement [...]. Mais, contrairement peut-être à d'autres sujets, j'ai d'emblée tout de suite considéré qu'on avait une vraie complémentarité à trouver entre le siège et la Délégation. Je pense qu'on l'avait assez bien trouvé d'ailleurs, avec l'idée qu'on a une stratégie portée par le siège [...] et un portage très opérationnel, concret de cette convergence » réalisé en Délégation. »*

Cette forme de décentralisation de la réforme des DAC peut donner lieu à des postures de l'ARS très différentes d'un département à l'autre en fonction des délégations, que ce soit au niveau de la relation entretenue avec les acteurs des dispositifs de coordination, la vision du DAC, la conduite opérationnelle du changement ou encore en termes de choix stratégiques territoriaux. Nous aurons le loisir d'y revenir plus finement dans la suite de nos propos. Ce qui semble assumer par le siège de l'ARS Ile-de-France :



Acteur de tutelles – ARS région

*« Nous on pousse une harmonisation des pratiques régionales et des échanges de pratiques entre départements. »*

*« Mais nous, y compris au niveau de l'Agence, c'est la délégation qui a la main sur sa politique départementale », « S'il y a des choses un peu différentes de la consigne régionale, qui est un peu le niveau 0, et s'il y a des spécificités sur le département, des choses en plus, c'est le département qui a la main. C'est une consigne qu'on a fait passer clairement. »*

Au niveau opérationnel, nous constatons que cette situation peut, néanmoins, générer des tensions. Cela s'illustre, par exemple, dans la relation parfois délicate entre la FACS régionale qui se voit confier une mission d'animation du réseau des DAC, de mutualisation et d'harmonisation des pratiques par l'ARS et certaines délégations aux spécificités territoriales prégnantes. Cela met en avant la nécessité de parvenir à un juste équilibre mais qui ne semble pas si simple à trouver, plaçant les acteurs face à une forme de paradoxe :



Acteur de la FACS régionale

*« Vous avez d'un côté le souhait de décentraliser, d'être plus en proximité dans les territoires et c'est une bonne chose. Mais vous avez parfois des DD tellement proches de leurs DAC et qui vont leur proposer de partir sur des sujets... Sur la vaccination COVID, vous avez des DAC qui ont été sollicités pour la vaccination par la DD, et donc vous avez des DAC qui sont clairement occupés sur ça. Et vous avez d'autres DAC qui n'ont pas été sollicités du tout sur cette vaccination.*

*Et là, où on est un peu perturbé, c'est qu'on perd un peu ce côté mutualisable, régionalisable puisque des DAC vont être concernés par la vaccination et mettent des ressources sur ce sujet. Et vous disent bah votre parcours après cancer, c'est compliqué de le prendre en charge ou votre parcours COVID long, bah je manque un peu de ressources car on m'a sollicité en local.*

*Et nous fédération, où on essaye de mettre en place des choses communes, on se retrouve un peu piégé. Donc pour l'ARS, je pense que ce n'est pas facile de trouver le bon curseur de la décentralisation. »*

Par ailleurs, l'ensemble des délégations ne s'empare pas de la même façon du pilotage des DAC, et ce pour plusieurs raisons :

- Des moyens humains qui peuvent être disparates d'un territoire à l'autre.
- Des différences de maturité et niveaux de compétences.
- Des choix stratégiques internes propres à chaque délégation. Par exemple, certaines d'entre elles feront du pilotage de dispositifs tels que les DAC un véritable levier en vue de renforcer et assoir leur rôle d'animateur territorial, vis-à-vis du siège de l'ARS et des acteurs de terrain. Tandis que d'autres s'investiront plus difficilement sur ce sujet comme le précisait un responsable de l'ARS :



Acteur de tutelles – ARS région

*« C'est difficile parfois de les embarquer dans le projet, avec l'impression que c'est le projet du siège, pas celui des délégations. C'est pour cela qu'on a un gros enjeu sur le double mouvement pour que les délégations se sentent parties prenantes du projet. Pour certaines, comme il y a une équipe dédiée au siège, elles font le minimum ou juste ce qu'on leur demande. Alors que nous, on voudrait des prises d'initiatives et qu'ils se sentent partie prenante. »*

- L'irruption de la crise COVID a également eu un impact important sur la disponibilité des ARS auprès des DAC même s'il est mentionné par le niveau régional que la réforme a fait partie des projets maintenus au sein du plan de continuité de l'ARS en raison de l'échéance réglementaire de 2022.

De ce fait, en fonction des DAC interrogés, l'interlocuteur ARS de référence ne se situe pas au même niveau : certains acteurs mettent en avant la conservation d'un lien privilégié avec l'échelon régional, d'autres précisant au contraire, que le référent unique est à présent la délégation, d'autres encore naviguant entre ces deux niveaux en fonction des sujets.



Directeur DAC 4

*« On sent que c'est complexe. On sent que la région voudrait déléguer à la délégation. Mais la délégation souhaite se référer à la région, quand on lui adresse une demande. Notre interlocuteur devrait donc être la délégation, mais parfois sur certains sujets, le DAC est obligé de court-circuiter la délégation pour avoir une réponse au niveau de la région. On sent que c'est encore en cours de calage. Il faut leur laisser le temps de se caler. »*



Directeur DAC 5

*« Le pôle convergence de la région est très présent. Au niveau de la délégation, on a une chargée de mission territoriale qui fait le maximum avec les informations dont elle dispose. De plus, la priorité est sur le COVID. »*



Directeurs DAC 2

*« Au moment du groupe de travail régional sur le référentiel des DAC, il y avait un lien assez fort mais aujourd'hui, ça passe par la délégation qui est très présente sur notre territoire et puis par la FACS régionale. »*



Directeur DAC 1

*« Comme on est un peu loin du siège maintenant, on n'a plus tellement de réponses sur les éléments que la Délégation n'a pas en main. Au niveau interlocuteur, on est donc parfois un peu démuné. »*



Pilote MAIA – DAC 3

*« Heureusement que je peux compter sur la responsable de l'ARS siège mais qui a été officiellement mise dans la boucle par la délégation qui était noyée dans la vaccination COVID. »*

Ainsi, cette répartition des rôles entre le siège de l'ARS et le niveau local apparaît encore fragile, faisant l'objet de disparités relativement perfectibles entre les territoires. Cela peut occasionner, dans cette période de mutation, une zone de flou pour les acteurs de terrain et un manque de lisibilité concernant le pilotage de ce changement, mais qui semblent aussi inhérents à deux démarches de changement menées simultanément, à savoir la convergence des DAC et la transformation interne de l'ARS dont les déploiements sont concomitants.

L'ensemble de ces résultats met également de nouveau en lumière cet enjeu de conciliation entre logique d'intégration et de différenciation, tout en interrogeant le bon niveau de prescription entre souplesse du cadre et mesures coercitives. Cet équilibre constitue un axe fort de la théorie professée par les pouvoirs publics, comme en attestent le cadre national d'orientation des DAC ainsi que les discours officiels, mais qui semble peu opérationnalisé dans les faits. Le niveau national laisse le soin à l'ARS de donner corps à cette notion dans les territoires. A son tour, l'ARS Ile-de-France définit un cadre régional passant ensuite la main aux délégations départementales pour en assurer la mise en œuvre, précisant, à ce titre, que chaque délégation est maîtresse de sa politique départementale tout en valorisant une démarche d'harmonisation des pratiques et rappelant la nécessité d'un socle commun de missions. La manière d'assurer le passage de la théorie professée vers une déclinaison opérationnelle et concrète au sein des territoires semblant tour à tour transférer d'un échelon à l'autre des tutelles : du niveau national, vers le niveau régional jusqu'au niveau local.

### C. Entre temps du changement réglementaire et temps du changement culturel : la labellisation des DAC

Plusieurs logiques de temps s'affrontent ici :

- Le temps du changement humain et culturel auquel font référence les acteurs de terrain.



Directeur DAC 7

*« Nous laisser le temps », « Une transition douce. »*



Directeur DAC 8

*« Essayer de travailler de la même façon, ça prend du temps. »*

*« On voulait y aller en douceur. »*



Pilote MAIA – DAC 9

*« Laisser le temps car le temps a passé, ça fait un moment qu'on parle de la convergence et ça a pu construire pour chacune des équipes, des fantasmes, une idée de ce que ça va être, les risques et puis une inquiétude. »*

*« Et une communication un peu trop ouverte, sur la baguette magique de l'ouverture des DAC. Prudence. Il faut laisser le temps de l'installation, de l'organisation des équipes, etc. Beaucoup de chantiers sont menés simultanément. »*



Directeurs DAC 2

*« L'ARS mésestime le temps que ça nécessite de faire converger des équipes et de les faire travailler sur un projet commun de déploiement de nouvelles activités. »*

- Et le temps législatif mis en avant par l'ARS, notamment par le niveau régional.



Acteur de tutelles – ARS région

*« La date de 2022 sera respectée avec la labellisation de toutes les structures en DAC. On n'a, de toute façon, pas trop le choix puisque la loi abroge les textes sur les réseaux, MAIA, ... On est donc aussi contraint par ce calendrier-là. »*



Acteur de tutelles – ARS région

*Dans le cadre de la crise sanitaire COVID : « On a gardé dans les plans de continuité le projet DAC, car la dead-line nationale de 2022 n'a pas bougé. »*

Rappelons que la loi de santé 2019 impose l'échéance du mois de juillet 2022 pour le déploiement des DAC sur l'ensemble du territoire national. Le respect du calendrier apparaît donc un enjeu fort pour les tutelles régionales. Il constitue une contrainte qui s'impose à ces dernières d'un point de vue réglementaire, tout en ayant conscience que le temps nécessaire au changement humain et culturel est, quant à lui, progressif. Cet axe constitue d'ailleurs une préoccupation prégnante des directeurs de DAC (ou de futurs DAC) interrogés.

Dans ce cadre, l'ARS a introduit dans le référentiel régional des DAC la notion de « labellisation » nécessitant de répondre à certains critères pour prétendre à une reconnaissance institutionnelle et à l'obtention du statut de DAC. Celui-ci prévoit la possibilité d'une labellisation en deux temps afin de permettre une progressivité de la montée en charge et des évolutions à entreprendre. Des critères de labellisation sont ainsi définis afin de permettre une structuration graduelle des DAC :



Acteur de tutelles – ARS région

« Devenir un DAC, ça peut être long et c'est progressif. Donc on a voulu labelliser à deux niveaux pour permettre aux équipes de prendre le temps de monter en charge et d'évoluer sur leurs pratiques. »

D'après le référentiel régional, l'ARS labellise un dispositif d'appui unique par territoire respectant les critères suivants que nous classifions selon deux axes :

- **Les critères organisationnels :**

1. La rédaction d'un projet de service intégrant les nouvelles missions d'un DAC.
2. La couverture du territoire dit de coordination.
3. Un numéro de téléphone unique.
4. Une structure juridique unique porteuse.
5. Un projet de gouvernance équilibrée conforme à la législation.
6. Des horaires élargis.

- **Les critères touchant plus directement aux aspects culturels et aux métiers :**

7. Une équipe unique sans distinction des structures antérieures.
8. La polyvalence des parcours (réponse quel que soit l'âge ou la pathologie).

Le référentiel précise qu' « une labellisation transitoire « DAC de niveau 1 » peut être demandée par les dispositifs respectant au moins les critères 1 à 5 ». Un projet peut donc prétendre à une labellisation de niveau 1 sous réserve de la production d'un projet de service définissant l'organisation du DAC (tant au niveau de sa mission de prise en charge clinique que sur le volet de l'animation territoriale), la gouvernance envisagée, un budget et un calendrier prévisionnel d'atteinte des objectifs. Six DAC ont été labellisés niveau 1 dès le 1er janvier 2020. L'ensemble de ces DAC disposait, antérieurement au projet de convergence, d'une structure juridique et physique porteuse unique. Parmi les DAC interrogés ici, deux DAC font partie de cette première vague de labellisation.

Ainsi, le niveau 1 de labellisation (projet de service, gouvernance envisagée, structure et numéro de téléphone uniques, couverture territoriale) pourrait se définir comme une labellisation administrative. Il s'agit de bâtir le contenant du DAC ; le contenu restant à être mis en œuvre (opérationnalisation du projet de service, formation d'une équipe unique aux modes de fonctionnement communs et évolution effective des missions). Nous verrons que cela se reflète dans l'accompagnement mis en place auprès des DAC, à travers l'appui des cabinets conseils se concentrant principalement sur les critères de labellisation de niveau 1, permettant de sécuriser cette étape charnière pour l'ARS.

D'un point de vue stratégique, une labellisation de niveau 1 permet à l'ARS d'afficher officiellement la création des DAC sur la région, bien que le processus d'évolution ne soit pas encore totalement achevé. Le choix d'un processus de labellisation graduelle démontre aussi une reconnaissance par la tutelle de la coexistence de différents paramètres de temps à prendre en compte pour penser le changement. Néanmoins, en pratique, il apparaît que le second niveau de ce changement « post-labellisation de niveau 1 » basé sur la construction d'une culture commune et l'évolution des pratiques, ne semble pas avoir été suffisamment défini et opérationnalisé, comme nous le verrons dans la prochaine section de ce chapitre dédié aux moyens mis en œuvre pour accompagner les acteurs des DAC.

Il est à noter, qu'à ces deux logiques de temps « administrative » et « culturelle », est venu s'ajouter le « temps de l'urgence » non prévu, lié à la gestion de la crise sanitaire du COVID. Certaines délégations départementales ont confié des missions spécifiques aux DAC durant cette période. Ce qui a pu donner lieu, sur certains territoires, à la précipitation de jeunes DAC encore en cours d'installation sur le devant de la scène.



Directeur DAC 7

*« On ne s'affichera pas DAC dans les premiers mois, on attendra la fin de l'année pour communiquer, quand on sera prêt. Mais le COVID a tout bousculé et a précipité l'affichage du DAC avec la mise en place des cellules COVID, où ce sont les ARS qui ont poussé les préfetures à nous faire faire cela. L'ARS a dit appuyez-vous sur les DAC. Je me souviens d'une réunion où le sous-préfet avait convoqué tous les CCAS : bah voilà, il y a Mme X du DAC qui va vous parler de la cellule territoriale. »*

*« Ce n'est pas moi qui avais donc communiqué sur la partie DAC, c'est le sous-préfet. On a un peu communiqué à notre corps défendant sur ça. »*

Nous constatons que pour les DAC concernés, cela a constitué un levier au niveau de leur environnement externe facilitant leur ancrage local et leur liens avec les acteurs de santé ainsi que leur ouverture à de nouveaux types de situations et thématiques. En revanche, pour certains d'entre eux, cela s'est fait au dépend de leur structuration interne.

#### D. Synthèse

##### Le cadre retenu par l'ARS :

###### → Une logique d'appui :

- L'ARS laisse les acteurs s'organiser, à partir du cadre fixé par le référentiel régional.
- Le suivi de l'avancée des projets de convergence est assuré par les délégations départementales via l'organisation de comités de pilotage avec les parties prenantes.
- L'ARS recourt, en outre, à des opérateurs pour accompagner le changement.
- Elle intervient en subsidiarité, généralement en cas de conflits ou points de blocage entre acteurs des dispositifs de coordination.

###### → Mais cette logique d'appui donne lieu à la perception par les acteurs de terrain d'une ARS peu présente dans la phase de constitution du DAC :

- Une posture d'appui à distance de l'ARS.
- Et un appui direct confié à des intermédiaires : cabinets conseils et FACS Ile-de-France.
- ⇒ Une stratégie de conciliation des rôles parfois paradoxaux de l'ARS entre « tutelle partenaire en appui » et « autorité sanitaire de régulation » ?

###### → Un renforcement du rôle local des DD auprès des DAC :

- Mais qui ne semble pas donner lieu à un renforcement de la proximité durant la phase de constitution du DAC.
- Un appui direct des DD qui semble plutôt intervenir en phase « post-constitution » du DAC pour une aide à l'ancrage territorial du DAC.
- Une décentralisation du déploiement local des DAC aux DD qui reste à consolider et à harmoniser entre les territoires, au niveau de :
  - La répartition des rôles entre le siège et les DD.
  - L'équilibrage entre logique d'intégration et de différenciation.

→ **Les limites et les risques identifiés à cette logique d'appui à distance :**

- Une intervention de l'ARS en subsidiarité qui donne lieu à une modulation de son rôle de régulation et de prise de décision, en vue de privilégier une auto-organisation des acteurs de terrain.
- Mais pouvant induire une dérive possible des projets de convergence sur certains territoires liée à :
  - **La présence de conflits préexistants en raison d'historiques relationnels anciens** (concurrence entre les acteurs, différences culturelles, enjeux politiques locaux) qui auraient pu potentiellement être anticipés.
  - **L'absence d'un cadre clair et le maintien, dans certains cas, d'un positionnement flou des tutelles** conduisant :
    - A la stagnation ou l'enlisement des conflits, voire à leur exacerbation.
    - Au développement de zones d'incertitude (Crozier et Friedberg, 1977) avec lesquels vont jouer les acteurs.
    - A une perte de compétences et d'expertises (départs de personnels et/ou fermeture de structures).
  - **Un manque de leviers institutionnels pour faciliter le changement.**

→ **Le risque majeur de cette logique d'appui visant à « laisser la main » serait qu'elle constitue le paravent d'une forme de dédouanement de la prise de décision par les tutelles**, via un mécanisme de décentralisation de la responsabilité, partant du niveau national pour aboutir jusqu'au niveau des acteurs de terrain.

→ **Entre temps du changement réglementaire et temps du changement culturel :** Une conciliation de ces deux temps à travers la mise en place d'un cadre de labellisation graduelle des DAC.

### Section 3 : Les moyens mis en œuvre pour accompagner le changement

En appui du cadre ainsi défini, l'ARS Ile-de-France a décliné un processus d'accompagnement au changement des acteurs des dispositifs de coordination se composant des modalités principales suivantes :

TABLEAU 52 : DISPOSITIF D'ACCOMPAGNEMENT DES DAC PROPOSE PAR L'ARS ILE-DE-FRANCE

Modalités retenues	Caractéristiques
Appui-conseil	Un accord-cadre avec cinq <b>cabinets de consultants</b> a été formalisé par l'ARS. L'objectif est de mettre à la disposition des acteurs de terrain un accompagnement au changement, notamment au niveau organisationnel, juridique et des ressources humaines.
Animation régionale d'une communauté des DAC Mutualisation et échanges de pratiques	Plus particulièrement confiés à la fédération régionale des DAC : <b>La FACS Ile-de-France</b>
Formation des professionnels	Une modalité qui, au moment de notre recherche, est encore en cours de structuration en Ile-de-France. Emergence de premières formations proposées, au niveau national, par l'EHESP.

## A. « L'appui-conseil »

L'accompagnement réalisé par les consultants a été qualifié par l'ARS d'appui-conseil. Cela constitue la modalité principale d'appui proposée aux DAC pour soutenir le changement interne, à savoir le rapprochement des dispositifs et la constitution d'une structure et équipe unique. L'ARS a fait le choix de lancer un marché public permettant la sélection de plusieurs cabinets conseils, entérinée à travers l'élaboration d'un accord-cadre avec cinq d'entre eux. Les acteurs peuvent bénéficier d'un appui à l'organisation du DAC, essentiellement sur deux axes : le regroupement juridique des entités MAIA et Réseau et l'élaboration d'un projet de service.



Acteur de la FACS régionale

*« Le cabinet conseil accompagne les DAC, les aide à monter un projet de service, cale les éléments juridiques. »*



Acteur de tutelles – ARS siège

*« Une forme d'accompagnement que l'ARS délègue car on n'est pas en capacité de le faire. »*

Les futurs DAC peuvent recourir à cette modalité d'accompagnement, via la rédaction préalable d'un cahier des charges co-écrit entre les acteurs des dispositifs de coordination et mentionnant les objectifs ainsi que les besoins d'accompagnement ; les DAC étant ensuite libres du choix du cabinet en fonction des réponses obtenues. Mais cela sous-entend qu'un consensus préalable ait été trouvé entre les acteurs devant composer le futur DAC. En effet, écrire un cahier des charges de manière commune suggère que les parties prenantes sont parvenues, en amont, à un premier niveau dialogue. Ce qui n'est pas toujours le cas. Sur certains territoires l'élaboration d'un cahier des charges conjoint peut donc s'avérer parfois complexe, comme nous avons pu le mettre en lumière dans la section précédente.

Tous les projets DAC étudiés dans notre enquête n'ont pas fait l'objet d'un accompagnement et certains ont pu opter pour des cabinets, hors ARS :

- 5 ont recouru à des cabinets titulaires de l'accord-cadre ;
- 5 ont fait le choix de cabinets extérieurs ;
- Et enfin, seulement l'un d'entre eux n'a pas fait l'objet d'accompagnement. Il est à préciser que ce dernier fait partie des 6 DAC « quasi-automatiquement » labellisés dès le 1<sup>er</sup> Janvier 2020. Nous verrons plus loin, que cela ne signifie pas pour autant un DAC effectif dans ses missions et son fonctionnement.

Cette modalité d'accompagnement constitue avant tout une offre d'appui mise à disposition par l'ARS auprès des DAC dont ils peuvent ou non se saisir. Malgré tout, une incitation forte a pu être formulée sur certains territoires, notamment en cas de situations conflictuelles entre acteurs nécessitant l'intervention d'un tiers extérieur mais aussi pour appuyer le montage juridique du DAC à travers le recours à une expertise technique. Sur certains territoires, une structure unique portait déjà le réseau et la MAIA antérieurement à la création des DAC. C'est le cas de deux DAC rencontrés. Mais sur les autres territoires de notre échantillon, plusieurs modèles de convergence ont pu être observés : création d'une nouvelle entité, fusion-absorption par une entité existante, etc. ; le statut de cette entité n'étant pas imposé. Mais, dans ce cas, un besoin d'appui s'avère souvent nécessaire pour mener à bien cette évolution, d'un point de vue juridique et des ressources humaines notamment.



Consultant - Cabinet conseil

*« L'ARS fait tourner le tourniquet sur les territoires qui lui semblent compliqués. »*

*« Mais je ne connais pas d'endroit où tout va bien. Sinon, ils ne demandent pas de conseil et ils se débrouillent seuls. On nous demande de faire le pompier. »*



Directeur DAC 7

*« Pour l'ARS, à mon avis, l'accompagnement est surtout juridique et la présence d'un tiers parce que ça allait se taper dessus. »*

Au regard des entretiens menés, nous constatons effectivement que l'appui concerne : les aspects techniques du regroupement (juridiques, RH, statuts, etc.), l'élaboration du projet de service, la structuration du parcours des patients au sein du DAC, la définition des organigrammes, la conception d'un retroplanning, le choix de l'implantation géographique du DAC, etc. Cet accompagnement est donc essentiellement de nature organisationnelle et semble correspondre aux critères définis par le référentiel régional en vue d'une labellisation du DAC en niveau 1, conditionné à la constitution d'une structure physique unique, la mise en place d'une gouvernance interne et l'élaboration d'un projet de service.

Un cabinet conseil interrogé précise, dans ce prolongement :



Consultant - Cabinet conseil

*« On observe deux types d'accompagnement :*

- Il y a : aidez-nous à faire un diagnostic pour regarder quelles sont les forces en présence en vue de préparer derrière les premiers arbitrages. On arrive à la fin avec des scénarii de portage, une composition des instances de gouvernance, une anticipation des opérations de transfert à opérer. C'est assez macroscopique.*
- Et ensuite des accompagnements plus de l'ordre du projet de service, du projet DAC : stratégie, organisation, budget, organigramme, conduite du changement, etc. Très opérationnels et très tournés sur le DAC : l'intérieur de la boîte du DAC. »*

Au sein de notre terrain d'étude, l'accompagnement a surtout porté sur « l'intérieur de la boîte du DAC ». L'axe « diagnostic » et d'aide à la décision est moins présent ici, même si nous le retrouvons dans une certaine mesure sur au moins deux des territoires interrogés particulièrement conflictuels (DAC 11 et DAC 3).

Deux DAC ont évoqué que l'appui sollicité concernait aussi un accompagnement au changement auprès de l'équipe opérationnelle : travailler ensemble, lever les craintes liées à l'ouverture sur la polyvalence, redonner confiance, etc. en vue de former une équipe unique.



Directeur DAC 10

*Pour un directeur de DAC interrogé, l'objectif était que les professionnels composant l'équipe de coordination du DAC « prennent confiance en elles, en leurs compétences et en leur savoir-être de référent parcours complexe. Le cabinet a accompagné l'équipe au changement là-dessus. »*



Directeur DAC 1

*« Nous, on a d'abord utilisé ce consultant sur la convergence des équipes et le travailler ensemble, sur ce qui les rapprochait et les divisait aussi et comment on pouvait imaginer une autre manière de travailler. »*

Mais cela ne ressort pas majoritairement dans le cadre de l'appui effectif qui a pu être réalisé ou qui est encore en cours. Généralement, l'appui étant limité dans le temps, il ne permet pas d'accompagner la mise en œuvre effective du changement au sein des équipes. Le cadre organisationnel au sein duquel les ressources humaines vont évoluer est posé : la convergence structurelle est assurée mais la convergence humaine reste à mettre en œuvre.



Acteur de la FACS régionale

« Ils valident une organisation future » en évoquant les COPIL organisés dans les territoires réunissant le cabinet conseil, l'ARS et les acteurs de terrain.



Directeur de réseau de santé – DAC 8

« Les deux difficultés vont être peut-être que le temps du consultant est quand même réduit et on va utiliser beaucoup de temps sur de l'expertise juridique, comptable. Donc le travail avec les équipes, ils vont l'initier mais pas le faire. Donc c'est là qu'il ne va pas falloir se planter. »

Cela se confirme pour l'ensemble des DAC interrogés ayant bénéficié d'un accompagnement. Celui-ci a pris fin au moment de la labellisation.

Malgré tout, le rôle de tiers, de facilitateur ou encore de médiateur du consultant est reconnu et ressort particulièrement dans les témoignages des DAC rencontrés et cela à 3 niveaux : entre porteurs, entre les équipes opérationnelles, entre les dispositifs et l'ARS. Cela se traduit comme une réelle plus-value pour les DAC dont l'accompagnement a déjà pris fin (A noter : c'est le cas de 6 des DAC interrogés).



Directeur DAC 4

« Utile pour permettre à des acteurs qui se ne connaissent pas et qui ne se parlaient pas de se parler. »

« Proposer un terrain neutre », « Tamiser des conflits éventuels », « Facilitateur du dialogue », « Le tiers qui prend les coups et qui permet de trouver un consensus. »

« Ce rôle de tiers par le cabinet pour faire passer des messages à l'ARS. »



Directeur DAC 6

« Besoin d'un tiers pour accompagner le changement, pour ne pas être la seule à porter ce changement. »

Pour les DAC dont l'accompagnement commence seulement (cela concerne 4 des DAC interrogés), les attentes s'expriment à travers les verbatims suivants :



Directeur de réseau de santé – DAC 8

« Avoir un tiers pour éviter... Comme ça se passait bien, on voulait éviter tout conflit », « Pour embarquer les équipes et nous aider là-dessus. »



Directeur de réseau de santé – DAC 11

« Au regard de la complexité de la situation, a été nommé un consultant médiateur, qui arrive maintenant. »



Pilote MAIA – DAC 3

« Sortir de tout ce qui est crispé dans les relations en ce moment puisque dans ce type de configuration, il y a un perdant et un gagnant. »

« Je dois donc co-élaborer avec le dispositif X. Pour cela, on essaie de décrisper tout ça avec l'appui d'un cabinet conseil. »

Il est à noter que pour deux de ces DAC dont l'accompagnement en est à ses prémices la situation s'avère particulièrement conflictuelle entre les acteurs. Ainsi, l'intervention d'un cabinet sur l'un de ces territoires a été directement mandatée par les tutelles.

Ce qui émane de l'ensemble de ces verbatims permet de mieux caractériser le besoin des acteurs des DAC en termes d'accompagnement au changement. Ils démontrent également l'apport du recours à des opérateurs extérieurs, dotés d'une posture neutre, pour accompagner le changement :

- Recourir à la fonction du tiers pour faciliter le dialogue. Le terme médiateur sera même utilisé.
- Prévenir ou tamiser les conflits.
- Ne pas être seul.
- Embarquer, faire adhérer et travailler ensemble.
- Lever les craintes, les inquiétudes.
- Mener un travail de réassurance des équipes.
- Appuyer au repositionnement de la place de chacun (à travers les organigrammes).
- Veiller à la logique de co-construction du projet.

Au-delà des aspects techniques liés à la convergence structurelle du DAC qui demeure une plus-value essentielle de l'appui apporté par les cabinets de conseil, une autre dimension semble tout aussi majeure : l'accompagnement au changement culturel, même pour des structures où MAIA et réseau faisaient l'objet d'un portage commun antérieur au DAC. Cet axe qui n'a généralement pas pu être intégré dans les accompagnements constitue pour plusieurs DAC un manque. En effet, un certain nombre d'entre eux précisent que la labellisation n'est pas synonyme d'un DAC effectif :



Directeur de réseau de santé – DAC 11

« On labellise les DAC pour faire du quanti sur la cartographie »  
« Ils labellisent, mais il va falloir qu'ils en prennent la mesure aussi. J'ai des retours de professionnels libéraux : ils labellisent parce qu'il y a la MAIA et le réseau mais il n'y a pas du tout ce que nous on attend. »



Directeur DAC 7

« On a été labellisé DAC, dans le cadre de la première vague, car nous n'avions pas de problématiques juridiques vu qu'on avait déjà une structure unique porteuse et il n'y avait pas de conflits ouverts entre les acteurs. Cela a été les deux prérequis pour être labellisés. »  
« Nous on ne s'est pas épargné, mais ça ne se voyait pas à l'extérieur ».  
« Or, j'assume que je ne serais pas prête avant 2022. »



Directeur de réseau de santé – DAC 8

« Il faut qu'on ait deux calendriers : un calendrier administratif et un calendrier de co-construction du projet, je trouve que ce serait mieux... ».  
« Finalement la plus grosse difficulté ça va être de faire adhérer tout le monde à un projet, de faire travailler des dispositifs qui ne travaillent pas exactement de la même façon, qui se connaissent, mais qui n'ont pas les mêmes procédures, la même file active et peut-être pas la même réponse à cette file active. »  
« Essayer de travailler de la même façon, ça prend du temps. Ce n'est pas parce qu'au 01/01/2022, on est équipe unique qu'on est une vraie équipe. »



Acteur de la FACS régionale

Sur certains territoires : « *Des blocages internes qui ne se voient pas trop de l'extérieur avec le maintien d'une équipe prenant en charge le suivi intensif, les équipes réseaux restant sur des missions réseaux.* »

« *Sur le papier, tu as une structure juridique unique, une seule direction. Dans la pratique : ils sont restés... ceux qui faisait de la géronto, font de la géronto. Ceux qui faisaient un peu de soins palliatifs et de tri-thématique continuent encore...* »

Un besoin d'accompagnement post-labellisation est exprimé par plusieurs acteurs de DAC portant davantage sur l'accompagnement au changement des équipes : comment parvenir à faire équipe unique ?



Directeur DAC 5

« *Plutôt un besoin sur le positionnement et la place de chacun dans le DAC, les limites pour la clarification des missions de chacun. Le besoin aurait été plutôt après la labellisation.* »



Directeur de réseau de santé – DAC 8

« *Il faudrait vraiment qu'on arrive à poursuivre l'accompagnement avec les équipes, une fois qu'on aura réglé tous les aspects pratiques. Ce serait bien et je crois même que c'est indispensable car on n'y arrivera pas et c'est un gros enjeu, et on n'aura pas le temps de le travailler avec les consultants. Ce serait vraiment mieux de pouvoir dire aux équipes ne vous en faites pas : un accompagnement, on en aura encore après.* »



Directeurs DAC 2

Une demande est également formulée par un autre DAC portant sur la convergence interne des équipes, via le recours à un « tiers extérieur » en vue « *d'appuyer la construction d'un projet commun et redonner du sens pour faire équipe commune.* »

Dans notre échantillon de DAC, nous avons eu l'occasion de préciser que deux d'entre eux avaient été automatiquement labellisés dès le 1<sup>er</sup> janvier 2020. Néanmoins, il est important de préciser que bien que disposant d'une structure unique, l'équipe n'était pas unifiée : on distinguait alors « l'équipe réseau » et « l'équipe MAIA », disposant chacune de process, de systèmes d'informations et de budgets spécifiques. Par conséquent, le besoin d'accompagnement apparaît tout aussi présent comme le souligne les deux directeurs de DAC interrogés :



Directeur DAC 7

« *On n'a pas eu de cabinet, on n'a pas demandé non plus.* Néanmoins, « *on est 6 DAC labellisés, mais quel accompagnement pour nous ? On fait quoi de nous ? J'ai demandé à l'ARS, et nous ? On est 6 DAC labellisés, et quand est-ce que vous parlez de nous.* » « *Il y a eu un premier COPIL régional DAC en Mars 2020 où j'ai participé et où j'ai redit : et nous ?* »



Directeur DAC 1

Ce DAC a souhaité faire appel à un cabinet conseil (hors appel d'offre ARS) en vue d'un travail sur la convergence interne des équipes : « *un accompagnement au changement, plutôt dans une dynamique de convergence d'équipe et de travail en interne.* »

En effet, les entretiens menés mettent en avant au niveau des équipes :

- Une crainte, voire une réticence, liée à l'ouverture des prises en charge à la polyvalence. Les professionnels s'interrogent sur leurs compétences mais aussi sur la capacité de faire face à un volume plus important de situations en termes de moyens.
- La peur d'une perte d'expertise et des spécificités propres à son métier, apparaissant fortement corrélée à l'identité professionnelle.



Directeurs DAC 2

*« On a deux sortes de freins sur l'ouverture à la polyvalence :*

- Des personnes qui ont choisi de faire la gérontologie et il y a la crainte de se voir imposer une autre activité.*
- On n'est pas formé, on n'a pas les compétences et on risque de perdre notre expertise et nos spécificités. »*

- La difficulté du rapprochement entre des professionnels appartenant à des dispositifs antérieurs différents liée à une forme de méfiance, de méconnaissance entre les acteurs, de modes de fonctionnement et pratiques différentes.



Directeur DAC 1

*« Les gens commencent à vouloir travailler ensemble, mais ça demande de lever des barrières. »*



Pilote MAIA – DAC 9

*« Le temps a passé, ça fait un moment qu'on parle de la convergence et ça a pu construire pour chacune des équipes, des fantasmes, une idée de ce que ça va être, les risques et puis une inquiétude. »*

- L'émergence de tensions internes, dont témoignent certains directeurs DAC, liée aux impacts du changement sur les pratiques, l'organisation et les conditions de travail, auxquels peut s'ajouter l'intégration de nouveaux salariés pour étoffer l'équipe.

Néanmoins, nous notons que le changement culturel impacte de manière plus profonde les professionnels issus des MAIA :



Directeur DAC 4

*« Beaucoup d'a priori et d'appréhension d'accompagner de manière polyvalente. La projection DAC était compliquée : est-ce que je vais savoir-faire ? Je ne connais pas les référents du territoire, donc ça va être compliqué pour moi d'accompagner ces situations. Mais au fond, on se rend compte que le métier de coordination ne change pas. »*



Directeurs DAC 2

*« C'est compliqué cette transformation du métier pour les professionnels. Les gestionnaires de cas surtout expriment des questions existentielles sur leur métier qui disparaît et qui se transforme. Avec un nouveau référentiel pas encore connu. C'est très difficile pour les gestionnaires de cas. Elles l'expriment plus que les autres, à quel point c'est compliqué en termes d'identité professionnelle. Et le sentiment d'être rayé de la carte, avec un gros sentiment de perte et de peur. »*

*« Le réseau est habitué, il a toujours évolué. Il déjà fusionné.*

*Pour le réseau, c'est plus vécu comme on évolue et pour la MAIA, on disparaît, dans le ressenti. »*



Pilote MAIA – DAC 9

« Les expériences sur les autres territoires : ce n'est pas forcément heureux, tout du moins sur les équipes MAIA. Donc ça peut contribuer à cette appréhension. »



Consultant – Cabinet conseil

« L'enjeu que je vois c'est le deuil de la méthode MAIA. »

« Et puis, quand on regarde les réseaux, ça fait 10 ans que ça bouge : ils étaient monothématiques, ils sont passés plurithématiques en IDF. Parfois, ils ont dû fusionner. Bref, ça fait depuis 2010 que c'est en mouvement permanent. Donc eux culturellement, ils sont un peu habitués à changer de métier. Donc ils ne sont pas chamboulés tant que ça dans leurs pratiques. »

Un autre besoin émerge également pour certains directeurs de DAC : un appui pour une aide au (re)positionnement de leur rôle auprès des équipes, s'apparentant davantage à une forme de coaching.



Directeur DAC 6

« Il y avait un esprit de famille dans l'équipe MAIA, un peu artisanal. Or, on a besoin d'un cadrage managérial aujourd'hui avec l'évolution en DAC, qui est un nouvel objet, pas une MAIA bis. »



Directeurs DAC 2

« Avant, on était sur des petites équipes : tout le monde était associé à tout. Mais aujourd'hui, à 30, on ne demande pas l'avis de tout le monde sur tout. C'est une transformation un peu compliquée parfois. »



Directeur DAC 1

« Ça n'a rien à voir le métier que je faisais il y a 4 ans et celui que je fais aujourd'hui. Avant j'étais vraiment beaucoup plus proche des équipes de terrain. Je participais plus à la vision clinique des situations. J'étais plus sur du pilotage de projets et pilotage du développement et moins sur les aspects managériaux. »

« Alors que la tendance s'est inversée avec le DAC et l'élargissement de l'équipe. On est plus sur un métier de gestion, management et animation d'équipe, mais au sens plutôt RH. »

« Ça a beaucoup frustré l'équipe de soins palliatifs qui, avant, m'avait que pour eux, et maintenant il faut qu'ils partagent. Ils sont moins au courant de tout, on déjeune plus tous les jours ensemble... Je ne peux plus avoir ces discussions un peu informelles que j'avais avec eux tout le temps. Ils se sentent un peu plus loin des prises de décision, des informations... ça crée un peu de frustrations des deux côtés, même du côté managérial où on a connu plus des petites équipes, quelque chose de plus dynamique, moins centré sur les aspects RH mais plus centré sur les aspects projets. »

Parmi les DAC interrogés, un seul a fait l'objet d'un prolongement de l'accompagnement. Néanmoins, les DAC exprimant ce besoin n'avaient pas à ce jour formulé de demande auprès de l'ARS pour une extension de l'appui-conseil.

L'ARS confirme que l'accompagnement par un cabinet conseil a été pensé initialement pour la phase de pré-labellisation. Néanmoins, un responsable de l'ARS met en avant les éléments suivants :



Acteur de tutelles – ARS région

*« Mais moi volontairement, j'ai mis dans le panel de consultants des consultants qui savent faire de l'accompagnement au changement. Je pense que la priorité n'était pas le juridique, et dire bonjour on a une belle maison et dessus il y a écrit DAC : la priorité c'est de faire une équipe de DAC. Pour moi, l'accompagnement qu'on a mis, même s'il s'arrête à la labellisation, ils visent à produire pour la labellisation un vrai projet de service qui a été construit avec les équipes, avec des groupes de travail avec les équipes. »*

Dans le cadre d'un éventuel accompagnement post-labellisation, un des cabinets conseils ayant accompagné plusieurs DAC franciliens souligne :



Consultant – Cabinet conseil

*« Le SAV, ce serait le projet de service en fait, parce que c'est vrai qu'on l'a conçu, mais on ne l'a pas fait vivre. On serait sur un accompagnement au changement de pratique des équipes, il y a ça dedans : le changement, et il y a le projet de service. »*

Cela confirme le discours des acteurs de DAC qui précisent que l'accompagnement initialement pensé ne permet pas d'appuyer le changement de pratiques des équipes.

L'ARS Ile-de-France ne semble pas opposée à évoquer une poursuite de l'appui pour accompagner la suite du processus de déploiement et la montée en charge potentielle de l'activité des DAC mais admet avoir peu de visibilité au moment de notre enquête, notamment en termes de capacité budgétaire.



Acteur de tutelles – ARS région

*« Mais les perspectives budgétaires ne sont pas les mêmes qu'il y a deux ans, car entre temps, il y a eu le COVID. Je n'ai pas beaucoup de réponse, et pas de réponse nationale. »*

## B. La formation des professionnels

Au moment des entretiens (1<sup>er</sup> semestre 2021), la politique de formations était encore en cours de réflexion au niveau de l'ARS ; l'offre proposée aux DAC reposant essentiellement sur la valorisation de formations proposées par l'EHESP. Une mission sur ce sujet a notamment été confiée à la Fédération régionale des DAC. L'ARS semblait alors vouloir réaliser un recensement des compétences existantes dans les DAC et de leurs besoins en vue de proposer une réponse en termes de formations mais aussi de partage d'expériences ou encore de mutualisation d'expertises.



Acteur de la FACS régionale

*« Nous avons eu une demande récente de l'ARS pour faire le point de toutes les compétences/expertises disponibles dans les différents DAC pour faire du partage d'expertises et faire monter en compétences les autres, soit identifier les manques et envisager d'aller chercher des formations et les mettre en avant auprès des DAC. On va le faire. »*



Acteur de tutelles – ARS région

*« En tout cas, c'est une des priorités de l'année pour le siège de formaliser des packs de formations pour les Directions, pour les équipes : former, faire connaissance et harmoniser les pratiques. »*

Pour la fédération régionale des DAC, la formation est un enjeu majeur. Elle constitue aux yeux de cet acteur un élément fort participant à assoir le DAC et à le légitimer dans l'écosystème de la santé. En

effet, la formation se trouve étroitement reliée à la question des métiers. La stratégie de la FACS Ile-de-France est, dans cette optique, de valoriser, à travers la formation, l'existence de métiers et compétences spécifiques aux DAC et permettre leur reconnaissance.

### C. Animation régionale d'une communauté des DAC et échanges de pratiques : le rôle de la FACS régionale dans le processus de changement

Pour mémoire, la FACS Ile-de-France est la fédération régionale des DAC franciliens. Elle est financée par l'ARS, dans le cadre d'un CPOM, et semble, à de nombreux égards, constituer un opérateur pour l'ARS qui lui délègue un certain nombre de missions. Nous venons de le souligner dans le cadre de la politique de formation des DAC et cela apparaît plus nettement encore concernant l'animation d'une communauté des DAC visant le partage de pratiques, la mutualisation d'expertises ou encore la mise en place de groupes de travail ayant trait à l'organisation et la mise en œuvre des missions du DAC. Dans ce cadre, un responsable d'ARS précise :



Acteur de tutelles – ARS région

« On a un CPOM avec la FACS avec des objectifs très clairs, notamment d'animation de la communauté et d'appui aux DAC. »

La FACS Ile-de-France décrit ces missions et son rôle de la manière suivante :



Acteur de la FACS régionale

« Faire du lien », « Partage d'expériences », « Mise en commun d'outils », « Mise en commun de moyens », « Construction commune. »

« Il y a besoin de recréer cette partie animation : on échange, on partage et on essaie d'inciter très fortement les structures à se parler. »

« La fédération est là pour favoriser le lien. On encadre. Mais la difficulté est de créer entre guillemets un esprit de groupe. »



Acteur de la FACS régionale

« Un lieu d'existence commun pour les différents dispositifs de coordination. »

« C'est un moyen de se rassembler sur un certain nombre de thématiques, de sujets communs. »

« C'est justement toute la richesse de pouvoir dire il y a un groupe de travail sur l'accompagnement intensif par exemple, et dedans vous y mettez des professionnels. Et dedans, ce n'est pas des directeurs, ce sont les professionnels eux-mêmes qui fabriquent de nouveaux outils. »

« Le « parcours après cancer » pour eux, pour beaucoup c'est une nouveauté. L'idée, c'est de pouvoir s'entraider, s'accompagner sur ce genre de projets ». « Maintenant, on fait des ateliers RGPD ». « Donc on s'aperçoit qu'il y a des sujets communs qui peuvent intéresser un certain nombre de structures. Et c'est le rôle qu'on attend de cette fédération, un rôle de soutien. »

L'ARS met en avant la volonté de prendre part à cette animation de la communauté des DAC, aux côtés de la FACS :



Acteur de tutelles – ARS région

« Mais, nous on se dit qu'on a aussi notre rôle à jouer là-dessus : de diffuser des outils qui auraient été développés sur le 78 par exemple, faire profiter à d'autres, partager des projets de service, des fiches de poste... »

*Surtout qu'on voit bien quand les directeurs prennent leur poste ou prennent une plus grosse équipe, ils peuvent avoir besoin de retours d'expérience sur d'autres territoires. »*



Acteur de tutelles – ARS région

*« La plus-value de l'ARS, en appui avec la FACS, c'est d'animer cette communauté régionale. »*

Mais, à ce jour, les acteurs de DAC interrogés ont majoritairement (8 d'entre eux sur 11) le sentiment que cette mission est assurée exclusivement par la FACS. Tout positionnement confondu par rapport à la fédération, ils reconnaissent majoritairement l'action menée par celle-ci sur cet aspect :



Directeur de réseau de santé – DAC 11

*« C'est plutôt la fédération qui va prendre la main. »*



Pilote MAIA – DAC 3

*« L'ARS ne fait pas l'animation mais elle finance cette animation faite par la FACS. »*



Directeur DAC 7

*« Il n'y a pas d'animation des DAC par l'ARS qui a laissé la fédération prendre la main. »*



Directeur de réseau de santé – DAC 8

*« Je pense que la FACS a cette mission et c'est vraiment construit là-dessus. »*



Directeurs DAC 2

*« Ce n'est pas fait par l'ARS. Mais par la fédération qui a un rôle de mise en lien. [...]. Il y a des échanges de bons tuyaux, des mutualisations, l'instauration d'un réseau social. Des outils se construisent pour faciliter les échanges. Des groupes de travail sont en cours, des newsletters COVID sont envoyées par la fédération. »*



Directeur DAC 1

*« La fédération donne des lieux d'échanges. »*

Plus globalement, les acteurs des DAC mettent en avant les rôles suivants de la FACS :

- Un « rôle de facilitateur et médiateur » (Directeur DAC 5).
- Un rôle « fédérateur » (Directeurs DAC 2).
- Un « rôle de synthèse, compilation et de transmission des informations » (Directeur DAC 5).
- Un rôle de veille : « Ils nous permettent d'avoir une ressource documentaire importante » (Pilote MAIA – DAC 3).
- Un lieu de « réflexions communes » (Pilote MAIA – DAC 3).

Aux côtés desquels se côtoie un rôle de « porte-parole » (Directeur de réseau de santé – DAC 8 et Pilote MAIA – DAC 3) et de « relais » (Directeur de réseau de santé – DAC 11) des DAC. Mais celui-ci apparaît moins consensuel entre les acteurs des DAC rencontrés, certains interrogeant la légitimité de la FACS à endosser cette fonction ainsi que l'ambiguïté d'une logique fédérative financée par la tutelle. Nous

y reviendrons dans la section suivante de notre propos consacrée aux systèmes relationnels et aux positionnements des différentes parties prenantes en présence, où nous aborderons la place particulière occupée par la FACS dans cet écosystème.

En outre, la crise sanitaire du COVID a interrompu les rencontres entre les acteurs de terrain et le niveau régional de l'ARS constituant une forme de rupture. Ce phénomène est renforcé par le fait que le référent direct des DAC est désormais la délégation départementale (même si des disparités demeurent encore à ce stade du processus de changement en fonction des territoires). Ce qui peut aussi constituer un changement pour certains des acteurs de terrain qui avaient pu développer des liens de proximité avec le siège de l'ARS par le passé. Tandis que la FACS tend, de son côté, à devenir l'interlocuteur régional de la tutelle et à constituer la courroie d'interface entre cette dernière et les DAC. Dans ce cadre, les acteurs de terrain soulignent leurs souhaits de réactiver les liens, sous forme d'instances et de réunions d'échanges avec l'ARS région.

Un des directeurs de DAC interrogé précisera :



Directeur DAC 7

En référence aux groupes de travail instaurés par l'ARS Ile-de-France en vue d'élaborer le référentiel régional des DAC :

*« Au début, les groupes de travail réunissaient les acteurs des dispositifs de coordination et l'ARS. Même si les échanges étaient musclés au départ, cela a été constructif. Ces confrontations, c'est aussi ce qui permet de construire une relation collaborative avec l'ARS. »*

*Mais, ensuite, les groupes de travail ne se réunissaient plus et c'est la fédération qui faisait l'interface entre l'ARS et les acteurs de terrain pour la finalisation du référentiel. »*

Au sortir de la gestion de la crise sanitaire du COVID, l'ARS souligne, quant à elle, une volonté de relancer les échanges et de prendre une part plus importante dans l'animation du réseau des DAC. Cela lui apparaît d'autant plus pertinent que les DAC commencent à atteindre un stade de maturité suffisant pour impulser un véritable échange de fond sur les pratiques. De plus, cela est perçu par la tutelle comme un levier d'une connaissance plus concrète des DAC et de la réalité de leur fonctionnement ainsi que de maintien d'un lien avec ces derniers.



Acteur de tutelles – ARS région

*« On commence à ravoir une situation où on peut faire de l'échange de pratiques avec des gens qui ne sont plus, dans les premiers groupes de travail : avec la peur, des gens qui ne voulaient pas... Il y avait tout ça au début... et il y avait ceux qui voulaient commencer, mais on tâtonnait. »*

*« Là on commence à être plus sur du vrai échange de pratiques, avec des gens qui ont mis en place leur organisation de DAC et qui se posent des questions sur l'ajustement de la régulation, le nombre d'accompagnements intensifs. Mais pas avant la fin de l'année car avec le COVID, on ne peut pas. Donc c'est en stand-by. »*

*« Moi, je le vois en coanimation. Je ne pense pas qu'il faut entièrement le déléguer à la FACS car on va retourner dans l'écueil où les référents ARS, avec un turnover important, auront vu le référentiel DAC et s'attendent à ce que les structures fassent ça, mais comme ils ne verront pas ce qu'il y a derrière le capot, ils ne vont pas se rendre compte pourquoi ça ne fonctionne pas. Moi, je pense que d'être ARS + Dispositifs, ça permet une forme de proximité et on comprend les contraintes respectives. Donc c'est plutôt fécond. Donc moi, j'ai plutôt tendance à pousser ça, mais à voir les possibilités. »*

Mais, au stade de notre enquête, cet objectif ne constitue encore qu'une perspective.

#### D. Synthèse

→ **Un accompagnement au changement des DAC confié à des opérateurs par l'ARS : Les cabinets-conseil et la FACS Ile-de-France.**

##### L'appui-conseil :

→ **Il a pour vocation principale de sécuriser la labellisation dite de niveau 1 du DAC**, constituant, nous l'avons vu, un enjeu central pour l'ARS car elle lui permet d'officialiser la création des DAC sur la région. **L'accompagnement se concentre, dans cette optique, principalement sur le volet organisationnel du changement**, c'est-à-dire sur l'architecture du DAC.

→ Au-delà de l'apport reconnu des cabinets conseils sur les dimensions juridiques et techniques de la convergence des DAC, le **besoin d'un accompagnement que nous qualifions de « post-labellisation » ressort de manière prégnante en vue d'accompagner le changement culturel auprès de l'équipe opérationnelle** (travail sur un sens commun, levée des craintes, évolution des pratiques, etc.).

Celui-ci, bien qu'appréhendé dans le cadre défini par les tutelles à travers un processus de labellisation graduelle des DAC, ne semble pas avoir été opérationnalisé et planifié, en termes d'appui effectif auprès des acteurs.

De plus, même si cela peut entrer, en théorie, dans les termes du marché public conclu par l'ARS avec les cabinets conseils, le temps imparti pour cet appui-conseil ne semble pas permettre d'approfondir cet axe.

→ **La plus-value du recours aux cabinets conseils : l'expertise technique et la présence d'un tiers extérieur neutre**, rôle que l'ARS aurait pu difficilement endosser en sa qualité de tutelle.

##### La formation :

→ **Un enjeu important pour la FACS régionale en vue de permettre la reconnaissance et la valorisation des métiers et compétences distinctives propres aux DAC.**

→ **Mais l'offre de formation** reste à construire et à structurer à ce stade. Une mission est confiée en ce sens à la FACS par l'ARS.

##### L'animation du réseau DAC par la FACS Ile-de-France :

→ **Le rôle de la FACS est reconnu majoritairement par les acteurs des DAC interrogés dans sa fonction d'animation de la communauté des DAC et est, globalement, jugé comme une plus-value par ces derniers.**

→ **En revanche, sa fonction de relais et de porte-parole de la voix collective des DAC est moins consensuelle entre les acteurs des DAC**, certains d'entre eux interrogeant la légitimité de la FACS à assurer cette mission.

→ **Le sentiment par certains acteurs de terrain d'une rupture du lien avec l'ARS région liée à plusieurs facteurs :**

- La survenue de la crise du COVID.
- La répartition nouvelle des rôles entre les niveaux régional et local de l'ARS.
- **Mais aussi la place occupée aujourd'hui par la FACS qui tend à être et à se positionner comme la courroie d'interface entre les DAC et l'ARS.**

*Cet axe sera développé plus précisément dans la section suivante en vue de mieux en appréhender les mécanismes sous-jacents.*

## Section 4 : Les systèmes relationnels et le positionnement des acteurs

Cette section est consacrée à l'observation de l'évolution des postures des acteurs ainsi que de leurs rapports et modalités d'interactions, dans le cadre du processus de changement. L'objectif est d'identifier les mécanismes relationnels et stratégies d'acteurs à l'œuvre.

Nous nous focaliserons plus particulièrement sur les axes suivants :

- Le positionnement des délégations départementales situées au cœur de la stratégie de transformation interne de l'ARS, à travers leur rôle d'animateur territorial et les leviers auxquels elles ont recours pour tenter d'asseoir leur place, tant auprès du siège de l'ARS qu'auprès des acteurs de terrain.
- Les nouveaux mécanismes de régulation des acteurs de la santé par l'ARS.
- Les relations « ARS-DAC ».
- Les relations « intra-ARS ».
- Les relations « ARS-FACS ».
- Les relations « réseaux de santé-MAIA ».

### A. Les DD : au cœur de la stratégie de transformation interne de l'ARS

#### 1) *L'incarnation par les délégations départementales de leur rôle d'animateur territorial*

Nous avons mis en lumière, au sein de la théorie d'usage de l'ARS, la difficulté à décliner de manière opérationnelle une véritable démarche de territorialisation des politiques de santé et l'insuffisante prise en compte des enjeux locaux. Dans le cadre de la stratégie de transformation interne de l'ARS, l'animation territoriale relevant des délégations départementales est positionnée comme un des outils majeurs à mobiliser pour permettre l'effectivité d'une telle approche.

Mais bien que positionnée comme un symbole fort du tissu culturel de l'ARS, nous avons pu observer que l'animation territoriale revêtait, en réalité, un caractère flou, lié à un manque de conceptualisation et explicitation de cette dernière mais aussi de description des métiers et compétences associées. Or, elle semble constituer l'attribut principal caractérisant les délégations qui se voient positionnées, dans la théorie professée, au cœur du processus d'évolution de l'ARS.

Les délégations interrogées (au nombre de 4), au sein de notre enquête, vont recourir, dans ce cadre, aux qualificatifs suivants pour définir ce rôle laissant apparaître, à première vue, une approche relativement concordante :



Verbatims utilisés par les délégations départementales, au cours des entretiens menés, pour qualifier leur rôle d'animateur territorial :

- « *Chef d'orchestre* »
- « *Nous avons un puzzle avec quelqu'un qui joue l'assembler* »
- « *Mettre en musique les différents acteurs* »
- « *Raccrocher des wagons* »
- « *Faire du lien* »
- « *Tisser des choses* »

Ces éléments de langage mettent en avant l'imbrication de deux fonctions complémentaires :

- **Le « chef d'orchestre »**, sous-entendant un positionnement des délégations dans leur rôle de tutelle plus traditionnelle, amené à coordonner le jeu des musiciens en vue de s'assurer que tout le monde respecte la partition, c'est-à-dire les orientations de politique publique de santé, et garantir une cohérence d'ensemble. Pour ce faire, il guide, régule et ajuste l'action des parties prenantes.
- **Le « tisserand »**, « au sens de la mise en lien des acteurs en de vue favoriser une meilleure connaissance entre ces derniers et leur rapprochement autour d'un ouvrage commun » (Borel, in Courie-Lemeur (Dir.), 2023).

### 1.1. Du chef d'orchestre...

Des écarts de posture apparaissent, en revanche, entre les quatre délégations départementales interrogées. Deux d'entre elles vont mettre plus particulièrement l'accent sur la facette de chef d'orchestre de leur fonction d'animateur territorial. Elles appuient leur discours sur le constat d'un nombre très important d'acteurs de santé (allant du secteur hospitalier à celui de la ville) mais aussi de dispositifs créés ad hoc par le législateur (tels que les DAC), qui se voient confier une mission de coordination territoriale et la nécessité de réguler et organiser cet écosystème.



Acteur de tutelles – ARS DD 1

*« C'est quand même l'Agence qui finance, avec l'Assurance Maladie et la collectivité territoriale. Finalement, sur les territoires, ce sont ces trois acteurs-là qui comptent. Donc je pense que le chef d'orchestre, c'est la délégation départementale. C'est elle qui met autour de la table le Directeur du DAC, les coordinateurs de CPTS, le directeur de l'hôpital, etc. La stratégie sur un territoire, le partage du diagnostic territorial, c'est nous qui devons le faire. Je crois vraiment qu'on a cette légitimité-là. »*

*Mais le chef d'orchestre, ça doit être le délégué départemental ARS. Nous on a juste ça, finalement on n'a pas grand-chose pour convaincre ». « On joue notre rôle de régulateur. »*



Acteur de tutelles – ARS DD 2

*Je pense, qu'à terme, dans une vision idéale, nous organisons au niveau de la délégation la répartition des missions. »*

*Dans le département, « le boulot, il est monstrueux, donc en termes de part de marché, il n'y a pas de souci. Les trucs à faire, c'est... quel que soit le sujet, on est systématiquement dépassé par les cohortes. Le problème c'est qu'il faut organiser qui fait quoi dans toutes ces strates de coordination et donc ce serait ça notre rôle d'animation territoriale à mon sens. »*

Pour la délégation 1, les financeurs sont les acteurs clés de la régulation de l'écosystème de coordination territoriale. La délégation définit la stratégie, coordonne la réalisation d'un diagnostic territorial partagé, met les acteurs autour de la table et définit leur périmètre d'action. Selon elle, la légitimité de la délégation se construit sur cette fonction de chef d'orchestre territorial, constituant l'un des seuls leviers à la main des délégations pour assoir leur place vis-à-vis du siège de l'ARS et des acteurs de santé. Ainsi, l'animation territoriale constitue un véritable enjeu de la stratégie de cet acteur, s'exprimant à travers une volonté de cadrage et pilotage assez fort pour garder le contrôle sur cette dimension. La DD s'appuie, d'un point de vue opérationnel, sur le recrutement progressif de chefs de projets territoriaux transversaux, intervenant en proximité. La délégation 2 rejoint cette volonté de structurer et clarifier le périmètre d'intervention de chacun mettant en avant la nécessité

d'articuler et apporter un cadre. Mais, une plus grande autonomie et latitude d'action sont laissés aux acteurs pour exercer leur mission de coordination territoriale, comme dans le cas des DAC par exemple. La fonction d'animation territoriale de cette délégation semble moins incarnée contrairement aux trois autres délégations interrogées, bien que ce constat soit à temporer au regard de la survenue du COVID ayant impacté le fonctionnement de l'ARS en raison de la priorité donnée à la gestion de cette crise sanitaire.

## 1.2. ... Au tisserand

La Délégation 4 se place davantage dans le « rôle du tisserand ». La fonction d'animation territoriale constitue, au même titre que la délégation 1, un enjeu fort, mais l'approche retenue et la manière de la décliner sont, en revanche, différentes. Tout d'abord, afin d'afficher et positionner cette dimension à un niveau stratégique, son pilotage est assuré en direct par la Direction. Cela constitue un symbole fort au yeux de l'acteur interrogé permettant, selon ces termes, de « rendre un peu crédible pour tous cet enjeu de coordination et de coopération » et de lui conférer une légitimité plus importante tant en interne (au niveau des équipes de la délégation) qu'en externe, auprès des acteurs de santé du territoire. Il s'agit notamment, à travers cette option, de faciliter l'adhésion et la mobilisation de ces derniers. La direction de cette délégation se décrit comme un facilitateur et un promoteur :



Acteur de tutelles – ARS DD 4

*« Il y a comme un consensus pour dire que le sujet ce n'est pas juste de créer un nouvel hôpital (c'est peut-être vrai dans certains lieux) mais au final, plus globalement, c'est comment la Ville et l'Hôpital arrivent à travailler ensemble. Car créer des CPTS, ce n'est pas juste se dire on va créer une nouvelle CPTS, c'est trouver les professionnels qui ont envie de se réunir, d'écrire un projet ensemble et tout ce qu'on fait ces dernières années, c'est que du lien entre les acteurs. »*

*« On essaye d'être facilitateur pour permettre aux gens de se rencontrer, impulser des choses. »*

La construction de liens et la structuration de la coopération entre acteurs au sein des territoires apparaissent, ici, positionnées comme des enjeux majeurs de l'organisation du système de santé, la délégation départementale ayant, dans ce cadre, un vrai rôle à jouer selon l'acteur interrogé :



Acteur de tutelles – ARS DD 4

*« Notre plus-value, elle est d'aller permettre aux acteurs de santé de se saisir des dispositifs tels qu'ils existent aujourd'hui et puis de faire des propositions pour les faire bouger. Et ça, on peut le faire à un échelon ultra territorial car c'est très « personne-dépendante », c'est lié à des contextes. »*

*« Là où on fait entrer de la plus-value, c'est quand on commence à dire : là, dans le territoire, on voit bien qu'il va falloir qu'on travaille un peu plus les liens domicile-EHPAD et donc là on fait le lien avec le conseil départemental, les dispositifs de prise en charge à domicile ou on fait le lien avec les hôpitaux et les filières gériatriques pour la proximité des soins en EHPAD. Et c'est là qu'on réussit à avoir une plus-value territoriale. »*

Mais certains prérequis apparaissent nécessaires pour exercer ce rôle auprès des acteurs des territoires. Cela peut fonctionner sous réserve de plusieurs conditions selon la délégation 4 :

- Les initiatives et rapprochements impulsés par cette dernière ont pu être mis en œuvre car les acteurs « étaient mûrs pour le faire, ils avaient envie ».

- Un accord tacite entre la tutelle et les acteurs de santé semble conclu sur la place et le rôle de chacun : « *J'ai l'impression qu'ils considèrent que le job, c'est à eux de définir la manière dont ils veulent le faire et que l'ARS est là pour les aider à travailler ensemble et à se définir* ».
- Le système relationnel se caractérise, ici, par :
  - La reconnaissance du rôle de tisseur de liens de la délégation départementale.
  - Un intérêt perçu pour les parties prenantes de prendre part à une telle démarche.
  - L'interconnaissance et la mise en place d'une relation de confiance partagée entre la tutelles et les acteurs de terrain.

Ces éléments, relevés dans le cadre de l'entretien mené auprès de la délégation départementale, se trouvent confortés par les propos d'un directeur de DAC de ce territoire rencontré.

Cette délégation se positionne ainsi en « méta-coordination » à l'échelle du département. De manière complémentaire, elle souhaite développer et conforter l'implantation en proximité de ce qu'elle définit comme des « *relais d'opinion ou d'animation qui soient en capacité à la fois de porter une politique publique et d'entendre les acteurs, qu'il y ait un peu des intermédiaires en transversalité* », tels que les DAC :



Acteur de tutelles – ARS DD 4

« *Nous, on ne fait pas de la coordination stricto-sensu, on est plutôt en méta-coordination, mais plutôt d'avoir, dans les territoires, des opérateurs de type DAC qui sont capables de parler à plusieurs... car on les a légitimés pour le faire : comme je vous le disais, on les a mis en avant, on les a un peu challengés, ils ont été au contact, avec nous, d'interlocuteurs qui n'étaient pas forcément leurs interlocuteurs habituels, ils se sont faits connaître et ils ont fait la preuve qu'ils étaient utiles.* »



Directeur DAC 10

« *Je pense qu'elle a très vite vu qu'on pouvait être un relais de son animation. C'est-à-dire que l'animation de la DD aujourd'hui, elle est stratégique, elle est sur un niveau très supérieur, et elle a vu, je pense, dans les DAC, cette capacité de cette animation de proximité un peu derrière avec un certain nombre de partenaires.* »

Dans ce cadre, « *la DD nous a servi vraiment de tremplin, quand je vous disais tout à l'heure de légitimité, c'est réel, on a été propulsé à ce niveau-là. Charge à nous maintenant de répondre présent.* »

Alors que la délégation 1 recourt à des relais internes (chefs de projets territoriaux), la délégation 4 semble vouloir s'appuyer sur des « opérateurs » externes dont elle va favoriser l'ancrage territorial et la légitimité auprès des acteurs de terrain. La vision de la délégation 3 rejoint cette approche, même si le rapport aux DAC semble différent (comme nous le verrons plus loin) et la démarche paraissant, à ce jour, moins consolidée et avancée. Elle distingue aussi deux niveaux d'animation territoriale :



Acteur de tutelles – ARS DD 3

« *Nous allons permettre à des structures de se mettre en place (structures d'exercice collectif ou autre)* ». « *On a plus un rôle d'accompagnement dans la construction même, et les animateurs territoriaux vont faire le lien entre les structures.* »

« Dans cette configuration, la délégation se place dans l'appui à l'émergence ou à la consolidation de communautés d'acteurs (telles que les CPTS par exemple), constituant les supports socles de la

nouvelle organisation territoriale de santé, et à charge des animateurs de terrain de les relier en établissant, en quelque sorte, le réseau de connexions. Le positionnement de ces deux délégations fait particulièrement écho au modèle de l'auto-organisation de Morgan, où elles se placent dans un rôle de coordination systémique et les DAC se situant en relais infra-départementaux, intervenant auprès des sous-systèmes qui composent cette organisation complexe d'acteurs » (Borel, in Courie-Lemeur (Dir.), 2023).

Rappelons néanmoins que notre enquête s'est déroulée en partie durant la crise sanitaire du COVID ayant mobilisé les équipes ARS. Ces propos sont donc à pondérer car les discours des délégations s'apparentent, dans certains cas, à la manière dont ils perçoivent leur rôle, à l'issue de la pandémie.

### 1.3. Pistes pour la conceptualisation et la clarification du rôle d'animateur territorial des DD

Mais quoi qu'il en soit, cela confirme que l'animation territoriale constitue un enjeu fort pour les DD en vue de légitimer leur place et démontrer leur plus-value vis-à-vis des acteurs de terrain et de l'ARS région. Par ailleurs, ces éléments nous apportent des pistes en vue de conceptualiser et qualifier davantage le rôle d'animateur territorial des délégations départementales, permettant de mettre au jour ses spécificités et de le distinguer des fonctions de coordination territoriale dont sont dotés aujourd'hui de nombreux dispositifs et structures de santé. L'animation territoriale de la tutelle tend à se positionner à un niveau plus systémique et se composer de deux caractéristiques majeures :

- La régulation et l'organisation de l'écosystème de coordination territoriale, se traduisant, entre autres, par la clarification et la répartition des périmètres d'action de chacune des parties prenantes intervenant dans ce champ.
- La méta-coordination du réseau de connexions reliant les différents acteurs de la santé au sein du territoire, à l'échelle départementale.

#### *2) Les leviers à la main des délégations départementales*

**Les entretiens menés auprès des délégations ont révélé que la dernière loi santé de 2019 ainsi que la gestion de la crise sanitaire du COVID avaient constitué pour celles-ci un levier** en vue d'affirmer la plus-value de leur rôle d'animateur territorial et renforcer leur légitimité, aussi bien en interne de l'ARS qu'auprès des acteurs territoriaux.

#### 2.1. La loi santé 2019

La loi santé de 2019 souhaite voir se développer des collectifs de soins associant l'ensemble des professionnels et des secteurs de la santé. Elle prévoit notamment le déploiement de dispositifs tels que les CPTS et les DAC. Le territoire et les logiques de coopération sont positionnés comme des piliers de cette loi. Il s'agit, au-delà de la création de structures, de favoriser le travail collectif entre les acteurs. La mise en œuvre de telles orientations, s'appuyant sur le territoire local et la construction de projets territoriaux, implique un travail de proximité avec les acteurs de terrain. Dans cette perspective, les délégations départementales interrogées se revendiquent comme un acteur central et légitime, de par leur fonction d'animation territoriale. De plus, comme nous avons pu le mettre en avant dans la partie consacrée à la théorie professée, le législateur élabore des lois s'apparentant davantage à des cadrages et des boîtes à outils. Les dispositifs comme les CPTS et les DAC illustrent cette tendance actuelle, conférant aux acteurs de terrain et aux délégations une vraie marge de manœuvre. Une des délégations interrogées précisera ainsi :



Acteur de tutelles – ARS DD 1

*La loi santé 2019 « a été un déclic. »*

*« Les DAC, puis la création des CPTS surtout, ça a boosté la place de la Délégation. »*

## 2.2. Le COVID

Bien que la survenue de la crise sanitaire du COVID ait interrompu le processus de transformation interne au sein de l'ARS, la gestion de cette dernière a néanmoins permis d'amorcer des changements, constituant pour trois des délégations départementales interrogées un accélérateur. La mise en place des centres de vaccination est notamment citée comme l'exemple le plus révélateur pour les acteurs interrogés. Il illustre, selon la Mission transformation interne, la déclinaison opérationnelle des principes du « double mouvement » : le siège de l'ARS a défini le cadre et les délégations départementales ont été en charge de monter les centres de vaccination, en procédant si besoin à des ajustements en fonction des réalités locales.



Acteur de tutelles – ARS région

*« Ça a permis de matérialiser cette trajectoire un peu floue du double-mouvement pour certains car ce qui est le plus difficile, c'est de faire toucher du doigt ce qu'on cherche à atteindre. »*

Cela se retrouve également dans le discours des délégations départementales interrogées :



Acteur de tutelles – ARS DD 1

*« Pour moi c'était une belle action la création de ces centres de vaccination puisqu'on a mobilisé en très peu de temps les acteurs qui étaient partants, fait travailler le public, le privé, les établissements et les services [...]. Et ça nous a donné à nous après une légitimité d'animation de tous ces centres... »*

*« Et puis, on a connu des acteurs, on est allé sur les centres, on a vu qui ils étaient, on a compris leurs liens avec la CPTS, on a vu la Ville, son engagement. Franchement, ça a beaucoup aidé. »*

*« On a mis chacun des centres de vaccination en lien avec un DAC, ou même aussi avec du médico-social. **C'est la première fois qu'on a réussi à faire ça.** »*



Acteur de tutelles – ARS DD 4

*« Le COVID a été un accélérateur parce que ce qu'on a fait : se voir tous les mois, ça a commencé en juin 2020. En juin 2020, je leur ai dit : je vous ai chacun au téléphone, vous me parlez tous des mêmes sujets. On est prêt à y aller tous ensemble ». « Et depuis, un an plus tard, on va signer le 7 Juin la charte de fonctionnement d'une Alliance Santé. »*

*« **Je n'aurais pas eu la légitimité de les réunir comme ça sans cette urgence permise par la pandémie et le fait qu'il fallait travailler ensemble.** »*



Acteur de tutelles – ARS DD 2

*« Les DD, sur la gestion du COVID, ont pris une grande autonomie. Sur les centres de vaccination, sur les centres COVID, on est vraiment là, pour le coup, les interlocuteurs des centres de dépistage, on est vraiment les interlocuteurs des acteurs de terrain et on a pas mal d'autonomie dans la mise en œuvre, en lien avec le préfet. »*

En revanche, sur la seconde période de gestion de crise, la délégation a changé de posture dans le cadre de la mise en place des centres de vaccination :

« On s'est mis à leur donner des ordres. Ce qui n'était pas le cas précédemment. Donc on leur a dit : toi, tu vas ouvrir ; toi, tu ne vas pas ouvrir et toi, tu vas ouvrir avec tant de doses... On a complètement changé de postures et là, je pense qu'on a abîmé pas mal de relations avec nos porteurs de projets. »



Acteur de tutelles – ARS DD 3

« On n'en parle déjà en 2010 de l'animation territoriale, mais là c'est vrai que la gestion de la crise a là-dessus joué un rôle particulièrement utile, on ne s'en rend pas encore bien compte. **Mais en 1 an de temps, on a fait un nombre de progrès sur notre capacité à être au contact des partenaires qui est.... Je ne sais pas combien il aurait fallu de temps normalement pour arriver à ces résultats-là.** »

« Le fait d'être reconnu et, nous, la capacité que ça a eu de nous mettre un peu un coup de pied aux fesses. Dans la semaine, on est je ne sais pas combien de fois dans la semaine en Visio, en conférence téléphonique avec des acteurs. On n'avait pas ça avant. »

Ce qui ressort du discours de l'ensemble des 4 délégations départementales interrogées est :

- Un « aller vers » le terrain, au contact des acteurs de santé.
- Des liens renforcés, à travers des échanges beaucoup plus réguliers, avec ces derniers et une meilleure interconnaissance.
- Une forme de reconnaissance et légitimité acquise par les délégations départementales.
- Une autonomie donnée par le siège de l'ARS, même si deux délégations notent que cela ne concerne pas tous les sujets, certains ayant fait au contraire l'objet d'une recentralisation importante liée à la nécessité d'une gestion régionale.

Nous avons également relevé dans le discours de trois délégations le caractère inédit des dynamiques qui s'enclenchent : « première fois », « un truc qu'on n'avait jamais réussi à faire auparavant », « Je ne sais pas combien il aurait fallu de temps normalement pour arriver à ces résultats-là ». Cela concerne la capacité à mobiliser les acteurs des territoires, mais aussi à impulser des rapprochements entre acteurs issus de secteurs et cultures différents, allant parfois même jusqu'à la formalisation de coopérations sous la forme de protocoles de prise en charge des patients.

Certaines délégations départementales ont également tenter de positionner le DAC au sein de dispositifs et actions territoriales.



Acteur de tutelles – ARS DD 2

« Les DAC ont été missionnés sur des missions qu'ils n'avaient pas prévues, notamment les cellules territoriales d'appui à l'isolement et, du coup, ils ont élargi leur réseau très rapidement, notamment, vers tout le champ du social et de la précarité. Il y a eu un élargissement plus rapide vers tout ce qui est précarité, liens santé/social. Et un carnet d'adresses qui s'est développé même avec les hôpitaux et les filières gériatriques. »

« Ça les a légitimés. »



Acteur de tutelles – ARS DD 4

« Ce que ça nous a permis de faire en quelques mois, c'est un truc qu'on n'avait jamais réussi à faire auparavant. C'est le lien entre ces DAC, qui sont très connus du secteur médico-social, il y a des relations de travail habituelles. Mais avec le champ sanitaire, hôpital et libéraux, c'était très compliqué car ce ne sont pas les mêmes

*cultures, ils ne se connaissaient pas, ils n'arrivaient pas réussi à trouver le bon niveau d'échanges et là ça a complètement changé. On réussit à franchir des étapes en ce moment et c'est extrêmement positif. »*

Pour les acteurs de DAC de ces territoires, le COVID et le rôle qu'ils ont pu jouer a effectivement permis, selon eux :

- De favoriser leur ancrage territorial auprès des acteurs de santé et de développer ou renforcer leurs liens avec ces derniers.



Directeurs DAC 2

*« C'est intéressant car c'est fédérateur, ça crée des liens avec tous les acteurs du territoire. Ça oblige à développer des stratégies, à travailler aussi bien avec la Mairie, l'ARS... »*



Directeur de réseau de santé – DAC 8

*« Le positif ce sont les réunions d'échanges qui ont été faites sur le territoire entre l'ARS, les partenaires et on était dans la boucle à chaque fois. »*

*« Je trouve qu'on se connaît mieux, on n'a jamais autant discuté les uns avec les autres, fait des réunions. Et je pense que ça, c'est un vrai plus. L'interconnaissance a été très importante. »*



Directeur DAC 6

*« Ça nous a permis aussi de travailler activement avec les CPTS en structuration. Et aussi les représentants des ordres infirmiers et médecin ». « Ça permis de travailler avec la préfecture. »*



Directeur DAC 10

*« Le DAC a été partenaire des centres de consultations COVID, et bien naturellement on a été un peu mis en lumière et un peu mis en avant par la tutelle et au final c'est ce qui paye. »*

*« On a créé ce qu'on appelle maintenant l'alliance santé X. C'est, au sortir du premier confinement, des réunions qui se sont organisées sous l'impulsion de l'ARS avec le SAMU, les porteurs des CPTS, le conseil de l'ordre des médecins, tous les CH du département et la CPAM. Donc vous avez autour de la table un peu le gratin de la santé du département. Et nous, on a été associés directement par la Direction de la DD. »*

- D'accompagner l'ouverture à la polyvalence, le COVID ayant donné lieu à la prise en charge de nouveaux publics.



Directeur DAC 10

*« Le COVID a finalement boosté un certain nombre de choses, notamment la polyvalence pour l'équipe, ça c'est le retour plutôt positif. On a eu des situations orientées nouvelles. »*



Directeur DAC 7

*« Le COVID a accéléré certaines choses comme l'entrée dans de nouvelles thématiques. »*



Directeur DAC 6

*« La cellule a amené des sollicitations d'autres types de populations : actives, plus jeunes, la nécessité aussi de répondre dans des délais courts, amenant un autre type d'accompagnement. »*

- De contribuer à l'évolution de leurs rapport avec la tutelle à travers l'acquisition d'une forme de crédibilité et reconnaissance.



Directeur DAC 6

*« Le rapport aux tutelles a évolué avec le projet de CTAI car avant il y avait un manque de reconnaissance quand on était MAIA. Aujourd'hui, on a une reconnaissance de la DD avec le montage de la CTAI » (CTAI = Cellule de coordination COVID).*

*« Puis aussi la construction d'une bonne relation avec le Préfet. C'est lui qui prend la parole sur la vidéo « Un jour un DAC » où il explique la plus-value des DAC. »*



Directeur de réseau de santé – DAC 8

*« On a développé une proximité avec l'ARS DD très intéressante, avec beaucoup plus d'interlocuteurs à l'ARS que notre correspondant « réseau de santé » avant. »*

Plusieurs de ces mêmes acteurs de DAC préciseront que le COVID a aussi pu nécessiter une gestion lourde pour de jeunes dispositifs tout juste constitués et accélérer leur propulsion sur le devant de la scène alors que la structuration interne demeurait encore fragile. De plus, le COVID a boosté la place de certains jeunes DAC soit appuyés et positionnés sur des actions et dispositifs territoriaux par leurs délégations départementales, soit en proposant et développant des initiatives sur leur territoire. Mais d'autres mentionnent, au contraire, être restés en retrait de cette dynamique :



Directeur DAC 6

*« En janvier 2021, l'ARS revient vers nous pour monter une équipe de médiateur de lutte anti-COVID (MLAC) avec le recrutement d'une équipe de 10 nouveaux professionnels pour démarrer en février. Avec une labellisation DAC en janvier 2021, je me retrouve avec une association qui porte le DAC + la CTAI + le dispositif MLAC. J'ai l'impression de passer du vélo avec les petites roues à la conduite d'une fusée. »*



Directeurs DAC 2

*« Ce sera facilitateur pour des projets à venir, car on aura déjà les clés. Mais du coup, c'est du temps pris au détriment de notre propre construction. Avec une fusion antérieure des deux réseaux encore récente (à peine 2 ans) et la fusion en cours avec le CLIC et la MAIA, tout cela en étant pas dans les mêmes locaux et en étant en télétravail. Donc construire et fédérer les équipes : on s'en sort pas mal mais au prix de beaucoup de mouvements dans l'équipe. »*



Directeur de réseau de santé – DAC 8

*« Je pense parler au nom du département, les DAC n'ont pas été du tout sollicités sur la prise en charge COVID. Là-dessus, je ne sais pas si c'est de ma faute dans le sens où on n'a pas pu ou réussi à se placer. En tout cas, on n'est pas venu nous chercher. »*

*« On n'a pas trouvé de place. Je sais qu'il y a des DAC qui se sont bien placés, qui ont développé des outils. Nous ça n'a pas été le cas. »*

Bien que des nuances et des limites peuvent être formulées comme le montrent les éléments ci-dessus, il semble néanmoins que le COVID a constitué sur certains territoires une forme de « défi mobilisateur » (pour reprendre le terme de Crozier, 1994). Celui-ci illustrera ce concept par l'exemple d'une entreprise devant opérer un changement profond de stratégie afin de garantir sa survie : « Conscience de crise, capacité collective d'y faire face rendaient plausible le défi. [...] L'impact a été d'autant plus grand que ce qui paraissait impossible du point de vue des habitudes se révélait raisonnable ». Cet extrait semble effectivement résumer les dynamiques mises en place et la manière dont elles ont pu être perçues par les acteurs des 4 délégations interrogées, mis en miroir avec les représentations des acteurs de terrain DAC rencontrés sur ces 4 mêmes territoires. La question qui se pose, à présent, est celle de la capitalisation et la capacité à poursuivre et faire vivre dans le temps ces dynamiques engagées, s'inscrivant pleinement dans la théorie professée du « parcours ».

Par ailleurs, cela semble constituer pour les délégations interrogées un élément à faire valoir auprès du siège de l'ARS :



Acteur de tutelles – ARS DD 3

*« Moi, la crise me fait dire que c'est évidemment sur le territoire que les choses se font. »*

*« Les partenaires et puis les élus : on a un contact qui est sans commune mesure, renforcé et crédibilisé avec le COVID. »*

*« On a des atouts en DD beaucoup plus forts qu'avant la crise pour continuer à jouer cette partition : cette capacité à se montrer... ça fait beaucoup, quand vous avez de la crédibilité auprès des autres, je ne dis pas que vous pouvez les embarquer comme vous voulez, mais ça joue. »*

« C'est là où apparaît une indispensable souplesse organisationnelle et capacité de réajustement de l'ARS afin de déterminer quel sera le niveau le plus pertinent (régional, local ou la combinaison des deux) pour conduire un projet, en fonction du sujet, de son dimensionnement, de ses enjeux et de la nature des compétences à mobiliser » (Borel, in Courie-Lemur (Dir.), 2023). Nous avons pu constater que le pilotage régional de la politique des DAC tend à évoluer en ce sens. Néanmoins, les entretiens menés avec l'ensemble des acteurs de l'ARS, notamment la mission transformation interne et les délégations départementales, montrent qu'un long chemin reste à parcourir concernant l'organisation globale de l'ARS.

#### B. Vers de nouveaux mécanismes de régulation des acteurs de santé par l'ARS

Plusieurs points de vigilance sont à formuler concernant le pilotage de dispositifs tels que les CPTS et les DAC ainsi que le développement de logiques coopératives dans les territoires mis en avant par les délégations départementales comme des leviers pour asseoir leur place et leur rôle. En effet, il apparaît que la co-construction et la collaboration, situées au cœur des réformes entreprises, ne se décrètent pas. Cela requiert pour l'ARS d'être davantage dans un rôle d'appui et de coordination, qui ne peut se faire qu'à un niveau très local mais aussi d'accompagnement de projets auprès des acteurs de terrain. Ce constat apparaît d'autant plus vrai dans le cas de dispositifs reposant uniquement sur un caractère incitatif comme les CPTS, contrairement aux DAC constituant une mesure coercitive même si l'organisation du dispositif est laissée à la main des acteurs. Comme nous avons pu le mettre en exergue, la théorie professée du « parcours » impose alors pour l'ARS de fonctionner autrement. Cela avait été souligné par la Mission transformation interne de l'ARS. Dans ce contexte, nous entrevoyons la limite des mécanismes de régulation traditionnels pour mobiliser les acteurs.

En outre, la mission transformation interne précisera, qu'à ce jour, l'ARS ne peut plus travailler seule. Elle se voit contrainte de mettre en place une forme de coopération avec les acteurs, voire de s'appuyer sur leurs compétences pour parvenir à déployer une nouvelle organisation de santé :



Acteur de tutelles – ARS région

*« Un peu ce qu'ont vécu un peu les entreprises elles-aussi à partir des années 80, c'est de se dire on est dans un monde de plus en plus concurrentiel, de plus en plus complexe, face à des défis qui sont énormes ou en tout cas avec une forme d'accélération de défis importants. Ce sont des enjeux qui ne peuvent plus être traités de manière régaliennne, descendante, seul dans son petit coin car ce sont des enjeux qui sont trop forts, et donc à un moment donné il faut prendre en compte l'écosystème dans lequel on est pour trouver des partenaires avec qui on peut jouer. »*

*« Et c'est vrai que la gestion de l'épidémie du COVID, moi je la trouve extrêmement révélatrice de ce repositionnement d'une administration comme l'ARS. »*

*« On s'est appuyé sur d'autres opérateurs pour pouvoir le faire car on ne pouvait plus être partout. Car ce qu'on a vu pendant la crise, c'est comme si on avait découvert qu'on pouvait ne pas tout faire tout seul et qu'on pouvait être dans une logique de forte collaboration presque à un même niveau d'égalité avec les opérateurs. »*

Cette notion d'appui sur des opérateurs fait écho à l'usage des DAC par certaines délégations. Concernant la délégation 4, nous avons pu mettre en évidence plus haut sa volonté de confier à des opérateurs-relais une fonction de coordination territoriale de proximité ; la délégation se positionnant en méta-coordination à l'échelle du département. Nous retrouvons également cette orientation de la part de la délégation 3. Sur un autre aspect, la délégation 2 a été amenée à positionner le DAC sur des missions spécifiques relatives au COVID. La FACS Ile-de-France avait également mis en avant cet usage des DAC par les délégations départementales.

L'ensemble de ces éléments implique pour les tutelles d'inventer de nouveaux mécanismes s'apparentant davantage à celui du « tisserand » pour tenter de mobiliser et embarquer les acteurs, tout en ne négligeant pas son rôle de tutelle. Les outils de régulation traditionnels de la tutelle (réglementations, finance, mesures coercitives, etc.) doivent s'équilibrer avec d'autres types de mécanismes d'ordre relationnels.



Acteur de tutelles – ARS DD 4

*La problématique qui se pose « c'est plutôt la manière dont les gens doivent travailler ensemble », « c'est que du lien entre les acteurs ».*

Mais, cela amène, en conséquence, la nécessité d'une évolution des métiers. Nous avons déjà eu l'occasion de le mettre en exergue au sein de la théorie d'usage de l'ARS, à partir des composantes culturelles consacrées aux « rites et routines » et aux « symboles » de l'animation territoriale qui avaient permis de préciser les compétences requises. Il s'agit de sortir d'une vision purement juridique et réglementaire dans le cadre d'un projet ou de la délivrance d'une autorisation pour s'inscrire dans une approche plus stratégique et politique, impliquant d'être aux prises avec le terrain et aller à la rencontre des acteurs.



Acteur de tutelles – ARS DD 4

*« On a besoin de faire évoluer les profils de recrutement dans l'administration parce qu'on n'a plus besoin d'avoir des administratifs purs et durs. Ce qu'il faut : ce sont des gens capables d'aller discuter avec un directeur, de négocier une évolution, d'expliquer, de faire du plaidoyer même sur les nouvelles politiques publiques qui sont conduites. Et ça, c'est le rôle de la délégation. »*



Acteur de tutelles – ARS région

*« Quand on cherche à recruter, on va recruter peut-être des profils un peu différents pour arriver à monter vraiment rapidement en compétences là-dessus. »*

*« C'est de dire on recrute vraiment des personnes qui ont le profil de chef de projet, c'est-à-dire savoir coordonner des acteurs, des dispositifs, des personnes qui sont dans le relationnel c'est-à-dire qui sont en capacité d'aller à une réunion, d'adopter la bonne posture. »*

La théorie d'usage de l'ARS avait permis de cerner la complexité de l'exercice du métier en délégation qui ne peut être réduit à une simple mise en œuvre et fonction d'exécution des politiques publiques régionales. Dans ce cadre, deux des délégations rencontrées (DD 3 et DD 4) mettent en avant la nécessité d'augmenter le niveau des profils en délégations. Pour la mission transformation interne, ces évolutions concernent l'ensemble des collaborateurs des délégations, allant des chargés de mission aux responsables de département, précisant qu'il s'agit aussi de travailler sur les postures professionnelles qui parfois peuvent, au-delà du sujet des compétences, représenter un frein. Plusieurs paramètres doivent dès lors être combinés et pris en compte :

- Conserver et maintenir une expertise technique indispensable à l'exercice du rôle de tutelle.
- S'équiper de compétences nouvelles en vue d'endosser ce rôle d'animateur-facilitateur au sein des territoires.
- Accompagner les collaborateurs de l'ARS vers une nouvelle posture professionnelle.
- Augmenter le niveau des profils présents en délégation.

Le manque de moyens humains est enfin avancé par une des délégations interrogées (DD 2). Une autre (DD 1) met en avant la problématique liée à la captation verticale des équipes de la délégation par les directions métiers du siège, faisant écho aux rapports de pouvoir entre les différents échelons de l'ARS, et plus précisément la relation d'ascendant du siège sur le niveau local :



Acteur de tutelles – ARS DD 1

*« Tant que j'ai mon équipe du Pôle autonomie qui de toute façon travaille quand même sous l'autorité fonctionnelle de la Direction de l'Autonomie, la santé publique sous l'autorité fonctionnelle de la Santé publique... tous ces gens-là... je pourrais effectivement les amener sur du territoire, mais il faudrait qu'il y ait un consensus. »*

Une volonté est affichée en ce sens par la Mission transformation interne. Mais, cela semble à ce stade demeurer parcellaire, malgré la mention de quelques actions entreprises, notamment concernant l'augmentation du niveau des animateurs territoriaux en délégation :



Acteur de tutelles – ARS région

*« On a des profils plus expérimentés sur les postes d'animateurs territoriaux en délégation, au départ c'étaient plutôt des juniors, aujourd'hui plutôt des niveaux inspecteurs (catégorie A). »*



Acteur de tutelles – ARS DD 3

*« on a aussi upgradé... quand un cadre B part, on essaye plutôt d'être sur du A. »*

Il n'y a pas encore de véritable réflexion de fond amorcée visant la définition et la mise en place d'une politique active de ressources humaines globale, bien que rappelons-le l'enjeu d'évolution des compétences de l'ARS n'est pas un sujet nouveau puisqu'il remonte à sa création même, comme nous avons pu le souligner dans sa théorie d'usage.



Acteur de tutelles – ARS DD 4

*« On voit bien, par exemple, ce qui est dit à l'EHESP aujourd'hui sur l'animation territoriale : c'est faible, c'est insuffisant. Il y a un petit décalage : les inspecteurs de l'action sanitaire et sociale qui arrivent dans une délégation... pas sûr qu'ils soient armés. »*

*« J'ai regardé rapidement l'année dernière les contenus de formation de l'EHESP pour les IASS (inspecteur de l'action sanitaire et sociale) et dans le souvenir que j'en ai, j'ai peur qu'on ne soit pas tellement au rdv. »*



Acteur de tutelles – ARS région

*« C'est un relationnel mais qui est un peu politique d'une certaine manière, c'est de se dire en fonction d'à qui je parle, qu'est-ce que je dis, comment je me positionne et ça ce sont des compétences qui deviennent indispensables à attirer parce que, encore une fois, on l'a vu dans la gestion de l'épidémie, il y a eu pleins de réunions avec les préfets, etc. et souvent c'est seulement les directeurs départementaux qui peuvent y aller, parce qu'ils sont sûr au moins de ne pas faire de boulette en termes de communication et ça on se dit, dans le cadre normal, ce n'est pas possible d'être aussi peu équipé en termes de personne qui ont ce genre de compétences-là. »*

Ces résultats, juxtaposés aux éléments mis en évidence dans la théorie d'usage de l'ARS, traduisent le besoin de collaborateurs aux profils de « chefs de projet » transversaux dotés de compétences de coordination. Ces derniers doivent être pourvus d'une forte capacité d'adaptation en fonction des contextes et du type d'acteurs rencontrés (allant du professionnel de santé de terrain aux élus locaux) mais aussi de l'aptitude à fédérer et embarquer des parties prenantes nombreuses aux enjeux divers, impliquant de fait un important relationnel. Cela implique des profils se situant à la croisée du politique et du tisseur de liens, empreints d'une forme d'intuition pour saisir ou créer des opportunités et une fine perception des jeux d'acteurs sur un territoire. Mais cela reste conditionné à plusieurs prérequis qui, à ce stade du processus de changement, ne semblent pas encore engagés ou restent encore résiduels :

- La définition et le déploiement d'une politique de ressources humaines d'envergure.
- L'évolution des rapports de pouvoir qui régissent les relations entre le siège de l'ARS et les délégations départementales, limitant la capacité d'action de ces dernières.
- Une refonte organisationnelle interne globale afin de disposer d'organigrammes en adéquation avec l'évolution des métiers et compétences.

## C. Les relations ARS-DAC : des variations importantes en fonction des territoires

### 1) *Postures des délégations départementales vis-à-vis des DAC et incidences relationnelles*

Lorsque nous avons décliné le cadre mis en place par l'ARS pour conduire la réforme des DAC se traduisant par la mise en place d'une logique d'appui, nous avons constaté une distanciation progressive du niveau régional de l'ARS vis-à-vis des acteurs de terrain, liée à un repositionnement de celle-ci sur un niveau plus macroscopique et stratégique. Dans ce cadre, les interlocuteurs de proximité des acteurs de terrain ont été :

- Les délégations départementales en charge du pilotage du déploiement local de la réforme.
- Les cabinets conseils à qui a été confié l'accompagnement au changement.
- La FACS régionale assurant un rôle d'animation de la communauté des DAC et se positionnant à l'interface des DAC et de la tutelle régionale.

Durant la phase de constitution des DAC, les acteurs de terrain ont perçu une faible présence des délégations départementales à leur côté, d'autant plus renforcée durant la crise sanitaire du COVID. Parmi, les délégations départementales interrogées, des différences de positionnement sont néanmoins à relever :

- Deux d'entre elles s'affichent dans une posture d'appui.



Acteur de tutelles – ARS DD 3

*« On a surtout un rôle pédagogique, d'accompagnement et de médiation. »*



Acteur de tutelles – ARS DD 4

*« Le rôle de la délégation a été plus d'accompagner que de faire... mais c'est qu'on a deux DAC qui étaient déjà hyper convaincus de la pertinence, qui faisaient des propositions en termes de méthodologie et qui se sont engagés dans la mise en œuvre concrète des actions pour aboutir au DAC. »*

- La délégation 2 exprime avoir été peu présente, mettant en avant la gestion de la crise sanitaire du COVID. En dehors de ce contexte particulier, le suivi s'avère plutôt distancié. Ce qui sera confirmé par les acteurs des dispositifs de coordination du territoire.



Acteur de tutelles – ARS DD 2

En période COVID :

*« On les laissait faire, on n'avait pas le temps ». « C'est le prestataire qui a surtout été en appui, et la DD participait ou pas aux réunions. »*

Hors contexte COVID :

*« Après moi, je suis sur le territoire depuis des millénaires, donc c'est une question de confiance aussi. »*

*« Logiquement, on est censé être assez présent. Après, au quotidien sur l'année, on a besoin d'eux sur tout un tas de sujet, et clairement c'est à ce moment-là, qu'on les teste sur leurs capacités à faire. »*

*« Mais c'est plus un rendu compte des actions. On n'est pas là à leur prendre la main. »*

- Malgré ces variations, la posture visant à laisser la main aux acteurs semble privilégiée pour ces trois délégations départementales, même si elle s'exprime par des formes différentes. En

revanche, la délégation 1 se différencie nettement de cette posture. Cette dernière s'inscrit, au contraire, dans une attitude directive.



Acteur de tutelles – ARS DD 1

« Moi, j'ai été assez directive dans la conduite du projet. »

« L'enjeu sur ces dispositifs est un enjeu managérial : qui va diriger ? Ici ; 100% financeur ARS-Collectivité, je pense qu'on a notre mot à dire sur les recrutements. On ne peut pas laisser les DAC faire ce qu'ils veulent comme ça. On ne s'ingère pas dans la gestion administrative de l'association, mais quand même. »

Concernant l'appui-conseil réalisé par les consultants : « j'ai eu des exigences d'être dans le reporting ou d'avoir un point d'étape ». « On finance, on doit aller voir ce qui se passe. Les accompagnements sont des leviers de changement. C'est là où ça se joue. »

Le positionnement des délégations départementales envers les DAC, en termes de modes de fonctionnement et de mécanismes managériaux, est donc variable en fonction des territoires.

Pour deux des délégations (1 et 4) interrogées, le DAC apparaît nettement comme un outil de leur stratégie, s'illustrant par un lien direct des directeurs des délégations avec les DAC. Néanmoins, l'approche diffère. Pour la DD 1, le contrôle de dispositifs tels que les DAC doit lui permettre de conforter et légitimer son rôle de chef d'orchestre. Pour la seconde délégation (DD 4), il s'agit plutôt de positionner les DAC comme un opérateur-relai de son rôle d'animation territoriale. De plus, elle semble s'appuyer sur les DAC, impliquant un pilotage transversal lié à leur caractère polythématique et plurisectoriel, pour faire bouger les lignes de sa propre organisation interne. De ce fait, les modalités de relations qui en découlent se distinguent fortement entre les deux délégations.

La DD 1 se place dans une approche gestionnaire des DAC s'exprimant par une volonté de regard sur l'organisation interne de ces dispositifs et un cadrage resserré. Cette posture directive est pleinement assumée par cette délégation. Elle est en revanche perçue négativement par les acteurs des DAC qui la perçoivent comme une forme d'ingérence et l'estiment trop descendante, réduisant leur marge de manœuvre et d'autonomie.



Directeur DAC 1

« Nous sommes dans quelque chose d'extrêmement descendant. [...] on vous donne des injonctions et vous faites. »

En réponse à ce cadre jugé trop rigide, ne facilitant pas l'adhésion et l'embarquement des acteurs de DAC, ces derniers sont amenés à développer des stratégies de contournement.



Directeurs DAC 2

« Les M2A s'entendent bien et on a fait le choix d'organiser des réunions communes. Car il y avait les COPIL, mais organisés par les tutelles. Quand ça s'est arrêté, on s'est dit que ce serait bien que toutes les M2A se retrouvent et soient forcées de proposition plutôt que d'attendre qu'on nous impose des choses. [...] On était moins fort seul à résister à certaines choses. »



Directeur DAC 1

« Nous sur le territoire X, on a pris l'initiative de se réunir régulièrement entre Directeurs sur des sujets divers pour porter aussi une voix collective auprès de l'ARS et de la Collectivité X. C'est vraiment appréciable. C'est une initiative du territoire. On confronte nos difficultés, nos idées et en s'unissant pour avoir un discours plus cohérent. Et là, on est un peu plus entendu quand même. »

A travers ces extraits de verbatims, nous observons que ces stratégies se matérialisent, entre autres, par la structuration d'échanges entre Directeurs de DAC afin de constituer une force collective devant la tutelle. Les entretiens menés ont aussi mis en évidence l'appui sur un Conseil d'administration de poids ou encore la recherche de financements extérieurs pour développer des projets propres, indépendamment de l'ARS.

La DD 4 privilégie, au contraire, une logique de collaboration et d'appui à l'ancrage territorial des DAC. Cette dernière met en avant la mise en place d'une relation de confiance et de proximité, basée sur une forme de coopération avec les DAC. L'entretien mené auprès d'un des deux Directeurs de DAC de ce territoire confirme ces éléments. Cette relation semble reposer sur un mécanisme de réciprocité entre les deux parties.

TABLEAU 53 : ELEMENTS DE VERBATIMS METTANT EN EVIDENCE UN MECANISME DE RECIPROCITE ENTRE TUTELLES ET ACTEURS DE TERRAIN

Délégation départementale 4	DAC 10
<p><b>Des DAC pro-actifs et forces de propositions</b>  <i>« Des DAC qui faisaient des propositions »,            « qui se sont engagés ».</i></p>	<p><b>Ecoute et consultation des acteurs de terrain par la délégation départementale :</b>  <i>« Nous sommes hyper écoutés quand nous avons des remontées de terrain, nous sommes consultés en amont sur des sujets. Il y a de l'échange ».</i>            Précisant que <i>« la délégation a très vite vu qu'on pouvait être un relai de son animation ».</i></p>
<p><b>Légitimité de la DD reconnue par le DAC</b>  <i>« Les DAC ont d'emblée reconnu la légitimité territoriale en termes de connaissance des acteurs et liens avec les acteurs de la DD ».</i></p>	<p><b>Légitimité et crédibilité vis-à-vis de la tutelle et confortée par cette dernière</b>            → <u>Crédibilité acquise face à la tutelle :</u>  <i>« Ils se sont rendus compte, au fil de l'eau, qu'on a des files actives de patients qui sont costauds, qu'il y a un vrai travail de fonds d'accompagnement fait par les équipes ».</i>  <i>« Et le catalyseur a été forcément le COVID, je pense que quand le DAC, en partenariat avec la CPTS, le centre de consultation X, qu'on met en place une organisation déjà en amont et sur laquelle on s'appuie aujourd'hui pour faire les vaccinations. Ils se sont rendus compte qu'il y avait cette capacité à réagir, d'investir des nouveaux champs ».</i>            → <u>Légitimité appuyée par la tutelle :</u>  <i>« C'est clairement un facteur favorable de mise en place de DAC effectifs, c'est d'être légitimé par sa tutelle locale auprès d'acteurs locaux ».</i></p>
<p><b>Fluidité, transparence et confiance</b>  <i>« Ils se sont vraiment inscrits dans la démarche en étant fluides avec nous, en nous informant, il y avait de la transparence ».</i>  <i>« Les acteurs nous font confiance car on les connaît ».</i></p>	<p><b>Confiance</b>  <i>« il y a une confiance, c'est un mot important, je le dis... il y a eu cette confiance qui est née assez rapidement sur ça ».</i></p>

L'instauration d'une relation de confiance est exprimée par les deux parties prenantes, la délégation 4 pointant également régulièrement dans son discours la fluidité des rapports avec le DAC. Une réelle convergence transparait à travers une logique « gagnant-gagnant », où la délégation s'appuie sur le DAC comme un opérateur de proximité de sa politique stratégique d'animation territoriale, tout en

favorisant la légitimation de ce dernier et son ancrage territorial. Ce mécanisme relationnel est renforcé par la reconnaissance de la place et du rôle de chacun.

La notion de légitimité est évoquée également par la délégation 1, vis-à-vis du siège de l'ARS et des acteurs de terrain. Mais la source de la légitimité entre ces deux délégations repose sur des ressorts différents. Pour la délégation 1, elle provient de la capacité à financer et autoriser ainsi qu'à occuper une position de chef d'orchestre en vue de réguler l'action des acteurs de santé sur le territoire, à partir des outils de gestion, financier et de reporting. Pour la Délégation 4, la légitimité est issue de sa capacité à mettre les acteurs en lien et à jouer un rôle d'assemblier et de facilitateur.

Quant à la délégation 3, elle attend une forme de proactivité du DAC, voire d'entrepreneuriat. Une marge de manœuvre leur est laissée pour s'organiser et monter des projets mettant en avant la volonté d'un « *cadre non rigide [...] avec des grandes lignes* ». Ce qui sera confirmé par les acteurs de DAC interrogés, la délégation favorisant une démarche de co-construction entre les acteurs. Cette délégation recourra, par ailleurs, à plusieurs reprises au terme de « *partenaire* » pour qualifier les acteurs de terrain. Dans le cadre de sa relation avec les DAC de son territoire et leur positionnement, elle regrette, malgré tout, un manque de prise d'initiatives.



Acteur de tutelles – ARS DD 3

« *Le DAC, c'est l'acteur qui doit se positionner sur la coordination et que nous devons mettre sur orbite. Et moi, je trouve qu'ils sont un peu timides.* »

« *Est-ce au DAC d'appeler les CPTS : oui, clairement. Il n'y a pas à attendre l'accord de l'ARS, il faut y aller. Après si besoin d'un appui pour contact, là oui c'est notre rôle.* »

De plus, elle s'interroge sur le fait que les DAC ne se soient pas davantage emparés de la crise COVID comme d'une opportunité pour prendre leur place et se faire reconnaître par les acteurs de santé du territoire.



Acteur de tutelles – ARS DD 3

Ils n'ont pas su « *prendre la balle au bond* », « *se démarquer.* »

De leur côté, les acteurs de DAC interrogés font part d'une faible proximité avec la délégation départementale. En revanche, ils ne font pas mention de mauvaises relations, ni de tensions particulières avec la tutelle. Ce système que nous qualifions de « libéral » peut rencontrer certaines limites, notamment lorsque certains projets de DAC nécessiteraient un accompagnement renforcé, à évaluer au regard du niveau de maturité de ces dispositifs ainsi que des profils et compétences présents en interne. D'autre part, nous l'avons évoqué en amont, la liberté d'organisation laissée au terrain peut également donner lieu à certaines dérives, notamment en présence de conflits et oppositions importantes entre acteurs de terrain.

La DD 2 se positionne plutôt en maître d'ouvrage. Une autonomie est conférée aux acteurs et la délégation assure un suivi et une vérification de l'atteinte des résultats. Les DAC interrogés sur ce territoire font mention d'une faible présence de la délégation départementale (dans le cadre du projet de convergence DAC) mais font plutôt état de bonnes relations. Par ailleurs, elle est amenée à recourir aux DAC de son territoire pour des projets ou missions spécifiques. Elle confiera ainsi aux jeunes DAC de son territoire le portage de dispositifs supplémentaires ayant trait à la gestion de la crise COVID. Dans ce cadre, l'un des DAC interrogés sur ce territoire (DAC 6) précisera que cela lui a permis de gagner en légitimité auprès de la délégation départementale et de faire ainsi évoluer la relation avec la tutelle. Cela leur a permis non seulement de bénéficier d'une forme de reconnaissance de la

délégation mais également auprès des autres acteurs de son territoire, facilitant ainsi son ancrage territorial :



Directeur DAC 6

« Le COVID nous a permis de faire nos preuves auprès de l'ARS. Ce qui en a résulté : une forme de bienveillance des tutelles ». « Un lien de confiance s'est engagé. »  
« Avec le COVID, on a des points réguliers avec la DD. »



Acteur de tutelles – ARS DD 2

« Et clairement, elles sont reconnues par la nouvelle directrice de la DD, elles sont reconnues par la préfecture, elles sont reconnues par le CD et tout ça, c'est une légitimité acquise pour leur fonctionnement DAC qui est majeure. »

## 2) L'usage des DAC par les délégations départementales

Dans ce cas de figure, tout comme dans celui de la DD 4 sur un axe différent, cela semble conférer aux DAC une forme de statut d'opérateur (que nous avons déjà commencé à percevoir dans les résultats ci-dessus). Ce terme sera d'ailleurs employé par plusieurs délégations, laissant apparaître une forme d'instrumentalisation des DAC, dont la nature de l'usage varie en fonction de la stratégie des délégations départementales, des spécificités locales ou encore des projets territoriaux menés.



Acteur de tutelles – ARS DD 2

« Avec le COVID et le fait qu'elles sont bien reconnues maintenant notamment par notre DD, c'est vrai qu'on pense facilement à elles dès qu'il y a un nouveau projet, **dès qu'il faut un opérateur** parce qu'on sait qu'elles sont efficaces et que ça va se mettre en place facilement. »

« Quand en mai 2020, quand sont sortis les textes sur les cellules territoriales d'appui à l'isolement, il n'y avait pas de porteur désigné pour ces cellules. C'est moi qui ai demandé que ce soit confié aux DAC. »



Acteur de tutelles – ARS DD 4

« Des opérateurs de type DAC » en relai de proximité de l'animation territoriale de la délégation départementale.

Cela est reconnu comme une démarche intéressante de la part d'un acteur de la FACS régionale. Mais ce dernier émet malgré tout un point de vigilance évoquant le risque éventuel de détourner le DAC de ses missions sociales initiales mais aussi d'une logique de mutualisation et d'harmonisation. L'affectation de missions et activités complémentaires, de manière trop anticipée, peut également constituer un risque de fragilisation pour de jeunes dispositifs non encore consolidés dans leurs fondations internes.

De plus, cette notion d'instrumentalisation du DAC par l'ARS est reconnue et exprimée par certains acteurs de terrain interrogés :



Directeur DAC 6

« On est aussi utilisé par la DD qui peut dire : on a réussi, on est prêt dans les temps. »



Directeur de réseau de santé – DAC 8

« L'ARS nous implique dans de nouveaux projets, je pense qu'il y a une dynamique autour de projets, autour du fait que le DAC peut être un dispositif un peu agile à

*solliciter, qui peut grâce à sa structure associative, répondre à des nouveaux projets. Ça, c'est intéressant et c'est vrai que c'est plus pratique quand ça vient de l'ARS ». « Quitte à être un peu perçu comme le bras armé de l'ARS, ça peut être à double tranchant. »*

*« C'est quand même une évolution : on est vraiment un dispositif ARS. »*



Directeur DAC 4

*« Les ARS ont compris qu'elles allaient devoir, ou vont pouvoir, nous utiliser pour participer à la mise en œuvre de la politique de santé régionale et départementale. »*



Acteur de la FACS régionale

*« On voit bien qu'il y a des DD qui se servent très bien des DAC et il y a cette proximité-là. »*

Cela nous renvoie de nouveau sur le délicat équilibre à trouver entre intégration, visant à garantir une égalité du service rendu aux patients sur l'ensemble du territoire régional (et national), via des missions communes, et différenciation favorisant l'intégration d'un certain niveau de flexibilité pour s'adapter aux besoins locaux. Le siège de l'ARS a un rôle majeur à jouer pour veiller à l'équilibre de cette équation et prévenir les dérives éventuelles relatives à une captation trop importante des DAC par certaines délégations mais aussi liées à la présence d'enjeux politique locaux, qui se feraient au détriment de leurs missions socles et finalités initiales définies par le législateur.

### *3) Une évolution des rapports entre l'ARS et les acteurs de terrain en phase « post-constitution » du DAC et l'identification des mécanismes relationnels sous-jacents*

Par ailleurs, ces éléments mettent en avant que sur certains territoires, la relation entre la délégation départementale et les acteurs de terrain a évolué avec la structuration des anciens dispositifs de coordination en DAC. Majoritairement, les acteurs de DAC interrogés ne témoignent pas d'une présence et d'un appui fort de la délégation durant la phase de constitution du DAC, comme nous avons pu le mettre en évidence précédemment. En revanche, plusieurs d'entre eux font le constat de la mise en place de liens plus soutenus post-constitution du DAC. Cela semble s'opérer effectivement à travers :

- La mission d'animation territoriale des DAC sur laquelle les délégations départementales tendent à s'appuyer. Cela a été notamment mis en valeur ci-dessus sur le territoire de la DD 4. Cela semble également s'esquisser sur le territoire d'un autre département (où la DD n'a pas été rencontrée, mais seulement les DAC 4 et 5).



Directeur DAC 4 :

*« Avec l'évolution en DAC, on a beaucoup gagné en coopération avec l'ARS, par rapport à notre complexité de relations, voire absence de relations avec l'ARS quand on était réseau. »*

*« On fait partie du paysage, du cadre maintenant. »*

*« On devient un interlocuteur légitimé, j'ai l'impression. Ce que nous n'étions pas du tout avant, en tant que porteur de réseau de santé. On devient plus partenaire qu'on ne l'était avant. Et ça c'est plus intéressant comme posture et comme coopération. Ils restent aussi dans leur rôle de contrôle et de tarification et c'est normal. Mais il y a une autre forme de lien. »*

*« C'est lié aussi à cette légitimation de cette mission d'animation territoriale, que nous n'avions pas avant en tant que réseau de santé. »*



Directeur DAC 10

« On a créé ce qu'on appelle maintenant le projet X. C'est, au sortir du premier confinement, des réunions qui se sont organisées sous l'impulsion de l'ARS avec le SAMU, avec les porteurs des CPTS principales du territoire, avec le conseil de l'ordre des médecins, tous les hôpitaux du département. Et a été intégrée aussi la Directrice de la CPAM. Donc vous avez autour de la table un peu le gratin de la santé du département. Et nous, on a été associés directement par la DD qui nous a directement mis, dès les premières réunions. »

- Des missions ou projets spécifiques confiés au DAC (notamment durant le COVID) comme cela a été mis en exergue par la FACS régionale mais aussi plus spécifiquement sur le territoire de la DD 2.



Acteur de tutelles – ARS DD 2

« On n'avait pas du tout le temps de les suivre comme il aurait fallu... sur l'aspect DAC, mais on les a suivis au quotidien sur CTAI et MLAC. »

Cela reste malgré tout très personne et territoire dépendant. Les différents éléments exposés jusqu'ici laissent percevoir des rapports « ARS/DAC » hétérogènes et disparates, fortement liés à la posture de chacune des parties prenantes en présence, mais aussi à l'état d'avancement des projets DAC :

→ **3 directeurs de DAC répartis sur 3 départements différents observent donc une évolution de la relation avec l'ARS :**

- Ils ont recours à des verbatims comme : « *partenaire* », « *coopération* », « *légitimité* », « *confiance* » pour décrire ces nouveaux rapports.
- Pour l'ensemble de ces situations, le DAC était déjà labellisé et l'évolution de la relation semble s'être opérée en phase « post-convergence DAC ».

→ **Pour 2 autres DAC d'un même territoire et déjà labellisés, la relation semble plutôt s'inscrire dans un rapport de force avec les tutelles, lié à une posture décrite comme directive et descendante.**

→ **Concernant les DAC pour lesquels le projet de convergence est encore en cours, l'ensemble des acteurs des dispositifs de coordination rencontrés décrit une faible présence de l'ARS :**

- Il ne semble pas y avoir instauration, à ce stade, d'une relation de proximité ou d'une évolution des rapports avec l'ARS.
- Les délégations semblent davantage tenir une position distanciée, qui nous l'avons vu, peut parfois conduire à certaines dérives liées à l'absence d'un positionnement ou d'un cadrage explicite par la tutelle.

Ainsi, il semblerait (même si cela ne peut être appréhendé à ce stade que comme une tendance) que le statut DAC procure aux acteurs une forme de reconnaissance institutionnelle plus importante face aux tutelles, les rapports « ARS/DAC » semblant faire l'objet d'une évolution perfectible par les acteurs de terrain en phase « post-constitution du DAC ». Par ailleurs, cela semble aussi servir la stratégie et les enjeux propres des délégations départementales, où le DAC peut s'avérer un levier « utile ».

D'autres paramètres concourent, de manière complémentaire, à l'instauration de nouvelles formes de modalités relationnelles :

- Une logique gagnant-gagnant permettant de concilier les enjeux de l'ensemble des parties prenantes en présence.

- Une reconnaissance de la légitimité du rôle et de la place de chacun.
- La mise en place d'une relation de confiance.
- La crédibilité acquise et démontrée des acteurs.

Cela met également en exergue la notion d'interdépendance relationnelle, l'évolution des rôles devant s'inscrire dans un rapport de réciprocité. Dans le cas du territoire de la DD 4, cela s'illustre par les propos de la tutelle et de l'acteur de terrain. La relation de coopération est rendue possible car le DAC s'inscrit dans une posture pro-active et de son côté, la tutelle, le sollicite, le consulte et le positionne sur le territoire auprès des acteurs de santé. Une sorte de cercle vertueux semble se mettre en place.

Nous avons observé une autre situation ayant donné lieu à ce type de mécanismes relationnels, dans la phase pré-DAC au moment de l'expérimentation de la PTA. Une étude de cas avait été réalisée sur le territoire 94 Ouest au sein duquel le portage de la PTA avait été confié au réseau de santé. Les entretiens menés sur la phase de mise en place de ce dispositif auprès des acteurs du réseau de santé et de l'ARS mettent en évidence des éléments similaires.

TABLEAU 54 : ELEMENTS DE VERBATIMS METTANT EN EVIDENCE UNE INTERDEPENDANCE RELATIONNELLE ENTRE TUTELLES ET ACTEURS DE TERRAIN

ARS région et DD 3	Réseau de santé – DAC 9
<p><b>Crédibilité du réseau face à la tutelle</b></p> <p>« Le réseau était réputé pour faire du bon travail, faisait ses preuves, était en phase avec les orientations souhaitées par le Ministère, les pouvoirs publics. »</p> <p>Acteur de tutelles – ARS DD 3</p>	<p><b>Crédibilité du réseau face à la tutelle</b></p> <p>« Ils nous avaient repérés comme étant quelque chose de sérieux, de déjà opérationnel et existant, ils se sont appuyés sur nous et ils ont encouragé cette démarche. »</p> <p>Co-président 1 du réseau de santé</p>
<p><b>Nature de la relation : interconnaissance, échanges réguliers, transparence et collaboration</b></p> <p>« On se connaissait, on se voyait régulièrement. »</p> <p>Acteur de tutelles – ARS région</p> <p>« On a beaucoup travaillé en toute transparence. »</p> <p>Acteur de tutelles – ARS région</p> <p>« On était sur un travail collaboratif. »</p> <p>Acteur de tutelles – ARS DD 3</p>	<p><b>Nature de la relation : confiance, communication, aller au-devant de la tutelle, collaboration</b></p> <p>« On avait de bonnes relations, une relation de confiance » en évoquant l'ARS IDF.</p> <p>Co-président 2 du réseau de santé</p> <p>« On s'est toujours positionné comme un interlocuteur [...] On est toujours allé vers une vraie discussion avec l'ARS. »</p> <p>Co-président 2 du réseau de santé</p> <p>« On a construit ensemble parce qu'on partait... on était les premiers, on n'avait pas de référentiels. Et donc c'est ça qui était intéressant aussi. »</p> <p>Co-président 2 du réseau de santé</p> <p>« On a toujours été en étroite collaboration avec l'ARS. L'ARS IDF et nous, on n'a jamais cessé de se parler. »</p> <p>Co-président 1 du réseau de santé</p>
<p><b>Une participation de l'ARS favorisée par le réseau de santé...</b></p> <p>« On était associé aux COPIL, on était associé à des travaux et on pouvait aussi aider, car on travaillait de manière très proche. »</p> <p>Acteur de tutelles – ARS région</p>	<p><b>Une logique gagnant-gagnant</b></p> <p>« il y avait une forme de stratégie et je pense que, et la DD et la Direction Générale ARS, se sont dits : on peut leur faire confiance, on les connaît et on peut avancer là-dessus parce que, c'était vrai aussi par rapport au Ministère, bah c'était bien que l'ARS IDF puisse dire on a des PTA, on a des choses à mettre en place. »</p> <p>Co-président 2 du réseau de santé</p>

**...Et une association et consultation du réseau par l'ARS**

*« On a associé très rapidement le réseau avant même qu'on ait la publication des textes. »*

*« On leur a demandé aussi leur avis sur le projet de texte pour pouvoir discuter avec le Ministère. »*

Acteur de tutelles – ARS région

Nous notons ainsi que le changement en cours tend à rebattre les cartes de la position des acteurs dans l'écosystème. Certains acteurs de DAC ont su tirer leur épingle du jeu lors du COVID, d'autres sont parvenus à valoriser leur mission d'animation territoriale. Cela est aussi à mettre en lien avec les postures respectives de chacune des délégations départementales, certaines d'entre elles faisant usage des DAC au regard de leurs stratégies internes et territoriales.

Par ailleurs, la crise a renforcé pour certains DAC la communication avec la tutelle locale. Bien que l'ARS ait été moins présente sur le projet de convergence DAC en tant que telle, la crise COVID a, dans certains cas, donné lieu au développement de liens réguliers et la mise en place de nouveaux supports de communication (visio-conférence, fils de discussion WhatsApp, etc.), dans le cadre d'actions ou de missions menées par les DAC sur le COVID (confiées par la tutelle ou menées à leur initiative).

*4) Une synthèse des différentes postures adoptées par les délégations départementales et des relations développées avec les DAC*

Enfin, le tableau ci-dessous nous permet, en synthèse, d'avoir une vision globale des différentes postures adoptées par les quatre délégations interrogées et des relations développés avec les DAC :

TABLEAU 55 : POSTURES DES DD RELATIVES A L'ANIMATION TERRITORIALE ET RAPPORT AUX ACTEURS DE TERRAIN :  
Focus DAC

DD 1	DD 4	DD 2	DD 3
Posture : Directive	Posture : Coopérative	Posture : Maîtrise d'ouvrage	Posture : Libérale
Relation ARS/DAC Rapport de force	Relation ARS/DAC Confiance Reconnaissance mutuelle	Relation ARS/DAC Des liens mais à distance	Relation ARS/DAC Des liens mais à distance
Le DAC envisagé comme : <b>Un subordonné</b>	Le DAC envisagé comme : <b>Entre partenaire-relai et opérateur</b>	Le DAC envisagé comme : <b>Un opérateur</b>	Le DAC envisagé comme : <b>Un entrepreneur</b>
Conception du rôle d'animateur territorial <b>Cadrage fort</b> & <b>Relais locaux internalisés</b> (chefs de projets territoriaux transversaux)	Conception du rôle d'animateur territorial <b>Méta-coordination</b> & <b>Relais locaux infra- départementaux externalisés,</b> dont la DD appuie l'ancrage territorial (tels que les DAC)	Conception du rôle d'animateur territorial <b>Suivi et vérification de l'atteinte des résultats</b> des projets menés ou confiés & <b>Autonomie laissée aux acteurs locaux pour la mise en œuvre</b>	Conception du rôle d'animateur territorial <b>Méta coordination :</b> Appui à la mise en place de communautés d'acteurs, constituant les supports socles de la nouvelle organisation territoriale de santé & <b>Relais locaux infra- départementaux externalisés</b> pour établir le réseau de connexions entre ces communautés
<b>Stratégie :</b> Animation territoriale : enjeu fort ↓ ◦ Garder la main sur les dispositifs (tels que les DAC, CPTS, etc.) pour assoir la légitimité de son rôle ◦ Mécanismes coercitifs	<b>Stratégie :</b> Animation territoriale : enjeu fort ↓ ◦ Portage en direct par la Direction ◦ La DD comme un facilitateur et un promoteur, au service du territoire ◦ Etablissement d'une relation de confiance et de réciprocité avec les acteurs de terrain	<b>Stratégie :</b> Semble peu structurée ↓ Contexte COVID à prendre en compte	<b>Stratégie :</b> Animation territoriale : enjeu fort, avec une dimension politique au niveau de la Direction ↓ ◦ Attente d'une forme de proactivité des acteurs de terrain ◦ Cadre non rigide et marge de manœuvre laissée ◦ Tutelle se percevant dans un rôle d'appui

Mais, comme nous l'avons mentionné, cela reste hétérogène en raison d'un caractère « personne et territoire dépendant » et lié aux perceptions des acteurs interrogés.

#### D. Les relations entre le siège de l'ARS et les délégations départementales : une évolution qui apparaît parcellaire

L'un des objectifs poursuivis par la Mission transformation interne est de favoriser et accompagner un changement de relations entre les directions métiers du siège de l'ARS et les délégations départementales. En effet, la théorie d'usage de l'ARS nous avait permis de mettre en évidence les éléments suivants :

- L'existence d'une hiérarchie du prestige valorisant l'échelon régional,
- Un ascendant des directions métiers sur les délégations départementales,
- Une position amoindrie des délégations exprimant une faible reconnaissance et prise en compte de la parole de l'échelon local,
- Un rôle et des compétences insuffisamment définies et explicités des délégations, à rapprocher du contexte leur création.

Les changements entrepris par certaines délégations départementales sur leurs organigrammes (évoqués dans la section 1 de ce chapitre) viennent percuter les modes de fonctionnement et les rapports de pouvoir instaurés entre les acteurs de l'ARS. Jusqu'à présent, les organigrammes des délégations étaient conçus en miroir de l'organisation du siège, conférant aux directions métiers régionales un lien fonctionnel sur les ressources humaines locales.



Acteur de tutelles – ARS région

*« Ca perturbe beaucoup nos directeurs métiers du siège [...]. A partir du moment, où les Délégations décloisonnent les filières, décloisonnent les dossiers, cassent un certain nombre de départements, c'est qu'on a eu une sorte de très forte inquiétude, même de ralentir ce mouvement-là des directeurs métiers. »*

*« Et c'est vrai que le fait que les délégations aient des organigrammes décloisonnés, ça permet à ces délégations de gagner fortement cette autonomie. »*

Cette dynamique questionne le système relationnel en place, basé sur une forme d'ascendant du siège sur les délégations. Par ailleurs, une restructuration transversale de l'échelon local vient, en quelque sorte, se télescoper avec une organisation encore fortement verticalisée et fragmentée au niveau du siège, mettant en confrontation deux modalités organisationnelles très différentes allant à l'encontre de la théorie d'usage en vigueur.

Au-delà d'une simple stratégie d'acteurs d'émancipation vis-à-vis du siège, l'introduction de la transversalité dans les organisations répond aux enjeux actuels de transformation du système de santé avec l'émergence de dispositifs très ouverts (à la fois polythématiques, pluriprofessionnels et plurisectoriels), dont l'ARS est en charge d'assurer le déploiement et la gestion. Dans ce cadre, plusieurs des interlocuteurs ARS rencontrés estiment que les délégations territoriales peuvent constituer un levier décisif, partant du postulat que c'est à partir de celles-ci que pourrait être introduite la transversalité nécessaire au pilotage de ces dispositifs au sein de l'organisation de l'ARS.

Par ailleurs, les délégations appréhendent, comme nous l'avons vu, les réformes actuelles (telles que la loi santé de 2019) ainsi que la gestion de la crise sanitaire du COVID comme des leviers pour assoir leur place et affirmer davantage la plus-value de leur fonction auprès du siège de l'ARS.

Concernant la politique des DAC, l'ensemble des délégations interrogées confirme que la « Mission convergence des DAC », rattachée à la Direction régionale de la stratégie, a joué le jeu du « double mouvement » en se positionnant sur le cadrage du projet et en confiant ensuite le déploiement opérationnel à l'échelon local, tout en lui conférant une réelle autonomie. Les délégations mettent en avant la pertinence de cette complémentarité entre le siège de l'ARS et les délégations départementales qui doit s'établir en fonction des sujets ainsi que des compétences et des approches qui s'avèrent les plus judicieuses à mobiliser. Cette notion de complémentarité est plus particulièrement mise en avant par deux des délégations interrogées dont les extraits de verbatims apparaissent ci-dessous. Les deux autres délégations laissent percevoir une position plus mitigée sur la mise en place d'une réelle forme d'articulation par les acteurs du siège.



Acteur de tutelles – ARS DD 3

*« Moi, la crise me fait dire que c'est évidemment sur le territoire que les choses se font. Alors, après de quels sujets on parle. Le sujet des lits de réanimation, pas forcément. Le fait qu'il y ait eu une structure intégrée de la gestion des lits, moi je pense que le siège était plus crédible. Par contre, sur des sujets type monter des centres de vaccination COVID, là on est crédible. Et le Directeur général nous a plutôt fait confiance. »*



Acteur de tutelles – ARS DD 4

En évoquant les DAC :

*« Je trouve que c'est cela qui est intéressant dans l'approche qu'a eue la Direction de la Stratégie sur les DAC : on avait bien un cahier des charges régional, on avait bien notre feuille de route et après les modalités : comment on y va, avec qui, le chemin pour y aller et le résultat final, c'est quand même très lié à ce qui existe dans les territoires. Et c'est là, où on peut dire qu'on a une vraie complémentarité et plus-value à travailler à ces deux échelons. »*

Néanmoins, elles précisent que cette forme d'articulation et la capacité d'action donnée aux délégations ne s'appliquent pas sur tous les sujets, notant une recentralisation d'autres dossiers, et que cela reste très dépendant du positionnement de chaque direction métier. Elles reconnaissent également la nécessité que certains sujets soient régulés au niveau du siège.

L'enclenchement d'une réelle dynamique d'évolution des relations entre le siège de l'ARS et les délégations reste donc aujourd'hui encore parcellaire. Trois des délégations interrogées font part de leur réserve concernant la capacité de l'ARS à engager un changement profond de ses modalités de fonctionnement.



Acteur de tutelles – ARS DD 2

*« En fait, on a eu une réflexion avec le double-mouvement et une volonté de mettre en place plus de choses dans les DD, mais qui ne s'est pas faite du fait du COVID. C'est difficile donc de présager de la suite. »*

*« Avant le COVID, l'Agence était en train de se réorganiser et on travaillait sur le double-mouvement. Ils avaient décidé que tout un tas de truc allaient être délégués en DD. Donc un certain nombre de ces choses ont plus ou moins vu le jour, sur la 1ère période de l'épidémie ». « Nous, sur l'ambulatoire, on a pleins de missions qui sont redescendues avec 0 moyens. Ça, ça fait partie des injonctions paradoxales de l'ARS IDF. »*

En évoquant l'autonomie conférée aux délégations sur certains sujets durant la crise COVID :

*« Est-ce qu'on va conserver une autonomie en DD ? Est-ce qu'on va repartir comme avant ? »*



Acteur de tutelles – ARS DD 3

*« Il y a eu quand même un double discours : des discours sur oui, ça ne fait pas de mal de dire qu'il faut de la territorialisation et dès qu'on en avait la possibilité, on ne faisait pas. »*

*« Je pense que la DD a acquis une crédibilité que peut-être elle n'avait pas. Mais, à la fois, je crois que sur certains sujets, il y a une espèce de technostructure qui s'est mise en place au siège qui fait qu'un pilotage intégré a été renforcé. En tout cas, ce n'est pas en disant dans des grands discours qu'on va territorialiser tout, que la territorialisation se fait encore davantage que d'habitude. »*

*Le double-mouvement « cela a été mis en stand-by. Toutes les instances que l'on a sont dédiées à la crise sanitaire. »*



Acteur de tutelles – ARS DD 1

*« Je ne sais pas quelle révolution serait nécessaire pour qu'on y arrive parce que les acteurs principaux n'ont pas d'intérêt à ça, c'est-à-dire la direction générale et les directions métiers n'ont aucun intérêt à changer. »*

*« Le rôle politique de l'Agence ne permet pas aujourd'hui que s'enclenche au sein de cette agence une vraie conduite d'un changement visant à un vrai double mouvement et visant une vraie reconnaissance des DD. »*

*« Les Directions métiers, elles sont très contentes que ça ne bouge pas. Elles disent oui, ça va bouger... mais elles sont très contentes que ça ne bouge pas, comme cela, elles conservent leurs prérogatives. »*

Il est à préciser que les freins au changement peuvent, tout autant, émaner des délégations départementales elles-mêmes.

#### E. Une relation de « coopération-contractualisée » entre la FACS régionale et l'ARS

La FACS, fédération régionale des DAC, s'est construite à partir de la structure associative de la fédération des réseaux de santé en Ile-de-France. Malgré ces fondements antérieurs, le montage de cette « nouvelle » entité a nécessité un long travail de liens et de rapprochement en vue de parvenir à l'élaboration d'un dispositif unique et d'une identité commune entre les acteurs des réseaux de santé et des MAIA. Nous retrouvons, ici, le même enjeu culturel qui caractérise la conception des DAC dans les territoires.



Acteur de la FACS régionale

*« J'ai trouvé quand même qu'il y avait des valeurs communes et c'est ça que je trouve un peu regrettable, c'est a été compliqué à mettre en place alors qu'on partait sur pas mal de valeurs communes. Et je pense que malheureusement, on a été beaucoup sur des personnalités, des conflits de personnes, des conflits de métiers... »*



Directeur DAC 1

*« On avait une identité assez claire. Maintenant, l'identité est un peu plus disparate. Plus ça va, plus ça s'élargit... A la base, moi j'ai connu le Respalif avec une identité forte, objet très précis, fort ancrage territorial, un discours politique assez clair. Maintenant, plus ça va, plus ça se dissout un peu, car on élargit les acteurs à représenter. »*

*« On va peut-être avoir du mal à être unitaire, à créer une unité au sein de cette fédération. En plus, sur certains territoires, c'est très compliqué entre les dispositifs qui se mangent entre eux, qui fusionnent... Il y a quand même beaucoup de crispations et de tensions. Et tous ces gens vont se retrouver dans cette fédération. »*

Certains acteurs de terrain interrogés pointent, par ailleurs, l'ambiguïté du positionnement de la FACS qui se veut à la fois la structure représentative des intérêts des DAC d'Ile-de-France, tout en étant liée à l'ARS par un CPOM et le financement qui lui est attribué. Comme nous l'avons souligné précédemment, tandis que son rôle d'animation de la communauté des DAC est majoritairement reconnu, sa fonction fédérative fait, quant à elle, l'objet de clivages entre les acteurs de terrain interrogés. Les vocables utilisés par les uns et les autres pour qualifier la FACS en est une illustration. Nous retrouvons ainsi les termes suivants, en fonction des postures de nos interlocuteurs :

- Tantôt le « bras armé de l'ARS », « agent ARS » pour certains,
- Un « partenaire ARS » pour d'autres,
- Ou encore un « organe de communication », le « porte-parole des DAC ».

Un acteur de DAC précisera de son côté :



Pilote MAIA – DAC 3

« L'idée, là, est que l'ARS finance et qu'elle puisse financer un service de ressources, pour n'avoir en interlocuteur que cette fédération. »

« Ça s'appelle fédération, mais il s'agit d'une association de DAC qui sont eux-mêmes sous tutelle de l'ARS. De toute façon, la FACS ne peut pas être autre chose qu'en accord avec les DAC, qui ne peuvent pas être autre chose qu'en appui de la politique voulue par l'ARS. Il n'y a donc pas d'ambiguïté sauf à se dire que mon financeur serait mon employeur. »

« Oui, l'ARS est une tutelle, un donneur d'ordre général mais non ce n'est pas l'employeur. Il y a une distance quand même permettant de mettre en avant des différences d'opinion. »

Cette remarque nous semble intéressante. Elle nous permet de nous interroger sur le choix de la dénomination de la FACS : l'ambiguïté ne serait-elle pas en partie générée par le recours au terme de « fédération », s'apparentant davantage, dans les faits, à une « association des DAC » qu'à une logique fédérative ? De plus, il s'avère qu'aujourd'hui la dimension politique est de moins en moins présente au sein de la FACS, contrairement à son aïeul, le Résif, dont l'instance de gouvernance était composée quasi-exclusivement de membres élus des conseils d'administrations des réseaux de santé. A ce jour, la gouvernance de la FACS se compose de représentants opérationnels, à savoir essentiellement des directeurs de DAC.



Acteur de la FACS régionale

« C'est quelque chose qu'on a observé au fil des années, depuis 3 ans entre ce qu'était le Résif et maintenant la FACS IDF. Il y a une très grande majorité de représentants des structures qui sont nommés qui sont des directeurs ou des pilotes. Effectivement, ça, ça a beaucoup évolué. Quand je suis arrivé moi en 2017 et que j'étais membre du CA du Résif, nous avons effectivement des présidents de réseaux qui étaient membres du CA. Et ça, ça s'est un peu opéré dans le temps, mais de manière... il fallait que ça bouge, c'était ça l'idée. »

« On était sur une collaboration avec les tutelles qui était faible. Et donc on n'est pas passé loin de l'arrêt des financements en 2018. »

Les orientations de la FACS sont davantage ciblées sur les métiers, les pratiques et l'organisation du DAC. Ce qui a probablement contribué à une évolution du lien avec l'ARS.



Directeur DAC 1

« Il faut être au service des dispositifs membres et réfléchir à des outils et des mutualisations... être au service des membres et pas au service des institutions politiques. L'enjeu est là... rester bien ancrer sur les territoires, et bien ancrer dans notre pratique. »



Acteur de la FACS régionale

« Quand on avait que des présidents, on était que sur de la grande réflexion, des grandes déclarations mais personne pour mettre la main à la pâte. On a besoin de faire du concret, du factuel. »

Les acteurs de terrain sont, d'ailleurs, conscients de la relation qui lie l'ARS à la FACS Ile-de-France :



Directeur DAC 1

*« Et puis, il y a aussi des enjeux politiques derrière car l'ARS a un peu commandé cette fédération car elle voulait un interlocuteur unique. »*

La FACS a ainsi pris, peu à peu, une position d'interface entre l'ARS et les DAC, devenant l'interlocuteur régional de la tutelle. Au regard de nos observations, cette place a simultanément été prise par la FACS, tout autant qu'elle a été confortée par l'ARS. Ce processus s'est initié dès la phase d'élaboration du référentiel régional des DAC d'Ile-de-France, reposant sur l'organisation de groupes de travail réunissant des responsables de réseaux de santé et de MAIA et pilotés par l'ARS. Les discours et les positionnements des acteurs de terrain se révélant particulièrement vifs, la future FACS s'est placée en position de médiation afin de temporiser les échanges.



Acteur de tutelles – ARS région

*« Le Résif [Dans cette période de transition, la création de la FACS n'est pas encore officialisée] est beaucoup plus tampon : Le directeur a un pouvoir d'apaisement et de consensus qui a permis d'apaiser les relations entre ARS et réseaux. »*

La jeune FACS régionale, alors en émergence, a su se positionner et prendre sa place, dans ce contexte de changement. Cela a été conforté par la stratégie de l'ARS qui a vu dans la FACS, un opérateur sur lequel elle allait pouvoir s'appuyer pour la mise en œuvre de la réforme des DAC :



Acteur de la FACS régionale

*« Je pense qu'ils ont aussi perçu qu'on allait répondre présents, et qu'on allait leur faciliter leur mise en avant des DAC dans leur politique de santé. Et que derrière, quand vous sentez que vous avez des acteurs qui vont vous faciliter la mise en application de votre politique, ça simplifie les relations. Ils nous font confiance, on leur fait confiance également : une confiance réciproque. Donc ils nous laissent faire notre organisation comme on le souhaite. On a des objectifs mais comme chaque DAC, on a des objectifs dans nos CPOM. Tout ça s'est fait de manière sereine. »*

Dans ce cadre, la relation nouée entre l'ARS et la FACS se caractérise par une forme de « coopération-contractualisée » :

- A travers la conclusion d'un CPOM définissant les objectifs et les actions menées par la FACS dans le cadre de la subvention de fonctionnement qui lui est allouée.
- Tout en reposant sur la mise en place d'échanges et d'un dialogue régulier, semblant reposer sur une logique de co-construction et de consensus, mais également sur l'instauration d'un rapport de confiance.



Acteur de tutelles – ARS région

*« Moi je trouve que notre CPOM reprend des objectifs que la FACS aurait fait de toute façon, même si elle était indépendante. Après c'est peut-être dépendant de l'équipe actuelle. Mais je n'ai pas l'impression que la tutelle ARS soit une tutelle stricte. On a des choses que nous on souhaite que la FACS fasse, après on a un socle de missions où on sait que la FACS et les adhérents veulent les faire, on actualise et on l'accepte. »*

*« Le fait qu'on soit toujours en bonne relation et co-construction, ça aide aussi à faire passer les messages. »*

« Moi je le vois donc comme un peu les deux : à la fois un syndicat représentatif, et donc avec un certain nombre d'exigences, et en même temps financer par l'ARS, donc on peut se permettre de déployer en commun des projets. Mais, moi, quand j'ai envoyé la première version du CPOM à la FACS, ils m'ont répondu : banco. Ils ne m'ont pas dit, c'est complètement aberrant. »



Acteur de la FACS régionale

« On a vraiment une ARS qui est dans le dialogue. »

« Le travail des deux dernières années... moi, je suis président depuis 2019... ça a été d'avoir confiance. Ça a été un long travail », « se faire confiance entre future fédération et tutelles. »

« On n'est pas juste le bras armé, on n'est pas une agence d'Etat et on est bien des associations. Le tout est de concilier à la fois des orientations et des objectifs de CPOM avec le projet associatif. »

« On est quand même sur un projet qui est globalement un peu commun, sur un certain nombre de sujets, on sait où on veut aller aux mêmes endroits. »

Il est à souligner que l'ARS et la FACS semblent se retrouver sur un certain nombre d'objectifs communs, leur permettant chacun à leur niveau de répondre à leur intérêts et enjeux propres. Cela a notamment permis d'institutionnaliser et légitimer la place de la FACS, lui permettant de faire valoir sa plus-value dans « l'écosystème DAC » et à l'ARS de faire usage de la FACS pour le déploiement du changement, lui permettant, en outre, de se positionner à distance des acteurs de terrain, à travers le recours à un intermédiaire.



Acteur de la FACS régionale

« En réalité, c'est toujours un dialogue. Oui, on est financé... Pourquoi l'ARS nous finance : ils financent car on peut faire ce lien, ce rouage avec l'ensemble des dispositifs. On peut consacrer du temps pour aider. Et on a une connaissance et on est en lien permanent avec nos adhérents. C'est pour ça qu'ils nous payent. On est cet interlocuteur qui peut leur répondre, leur donner la température à tout moment sur ce qui se passe, qui peut les alerter aussi s'il y a un truc qui coince. On leur rend service. »

« On est interlocuteur privilégié et unique ». « Le lien avec la région est donc assez privilégié mais on ouvre, en fonction des sujets ». « Il y a aussi une relation de confiance qui a pu se mettre en place avec l'ARS et qui peut nous demander conseil sur certains sujets. ». « Moi je pense que c'est une bonne chose. C'est dans les deux sens : ça nous permet d'avoir des infos en off, en avant-première. »

#### F. Le système de relations Réseaux de santé-MAIA : un antagonisme relationnel qui se translate à tous les niveaux de la convergence en DAC

Les différents résultats présentés montrent que la relation d'antagonisme, qui caractérise les univers comportementaux des réseaux de santé et des MAIA et mise en évidence dans la confrontation de leurs théories d'usages respectives, se translate à tous les niveaux de la convergence. En effet, nous avons constaté que ces éléments relationnels ont impacté la naissance de la fédération nationale des DAC, tout autant que la FACS régionale et enfin les projets de rapprochement menés au sein des territoires en vue de constituer un dispositif unique.

Nous avons plus particulièrement mis l'accent sur les situations conflictuelles. Il est néanmoins à noter que d'autres projets de convergence se sont également déroulés de manière plus fluide et plus sereine entre les acteurs. Plusieurs facteurs se sont, dans ce cadre, révélés facilitateurs :

- La préexistence de relations et articulations antérieures entre les acteurs des dispositifs de coordination.



Acteur de tutelles – ARS région

*« Quand ça marche bien, c'est des gens qui savaient déjà se parler historiquement, qui travaillaient déjà sur des processus de travail communs, des gouvernances communes, des articulations. La convergence est plus facile, car les gens se connaissent. Ils ne sont pas dans un jeu de pouvoir. »*

- Un portage et une structure physique uniques en amont du projet DAC. Cela ne veut pas dire que le rapprochement des différentes équipes n'a pas nécessité un accompagnement au changement, mais l'interconnaissance des équipes de chaque dispositif a constitué un levier à cette évolution.
- L'absence d'enjeux politiques et de pouvoir entre les porteurs des dispositifs dans les territoires qui parviennent à établir un consensus à travers, par exemple, un porteur qui s'impose naturellement de par sa légitimité ou la création d'une nouvelle structure permettant la représentation de chacun dans la gouvernance.
- La présence d'un leader charismatique, via certains profils de directeurs de DAC.



Acteur de tutelles – ARS région

*« Les Directeurs DAC, des leaders de territoire, qui font beaucoup aussi, qui ne sont pas clivants. Des gens qui ne sont pas réticents au changement : les politiques changent et on accepte de changer avec. On ne remet pas en cause tout le temps les nouvelles évolutions législatives. »*

- L'arrivée de nouvelles personnes est aussi un élément à mentionner et qui a contribué à simplifier les rapports entre les acteurs. Cela se confirme sur plusieurs aspects : la convergence des DAC dans les territoires avec la mise en place de nouveaux dirigeants au sein de la gouvernance ou de nouveaux directeurs de DAC, la constitution de la FACS, l'évolution des rapports entre les acteurs de terrain et l'ARS :



Acteur de la FACS régionale

*« Au fil de l'eau, il y a eu quand même pas mal de départs de pilotes MAIA. Ce qui d'un certain côté a peut-être simplifié certaines relations ou désaccords qu'on avait sur un certain niveau. Mais, en contrepartie, on a construit aussi le projet avec les pilotes qui se projetaient dans cet avenir de DAC. »*



Directeur DAC 6

*« L'arrivée de nouveaux salariés dans l'équipe DAC est un levier car booste l'équipe. Ça embarque les anciens. »*



Directeurs DAC 2

*« Le choix d'une Direction externe a permis de ne pas favoriser une structure plutôt qu'une autre et ne pas donner l'impression aux salariés CLIC et MAIA que c'était la Direction du réseau qui prenait le relais. Donc une vraie volonté de prendre une personne neutre, sans l'historique. »*



Directeur de réseau de santé – DAC 8

*« L'arrivée de nouveaux dirigeants dans le conseil d'administration permet de se saisir de ce projet. Les nouveaux dirigeants arrivent et ils ont cette mission clairement établie et je trouve que c'était une bonne chose car finalement il n'y a*

*pas d'historique, il n'y a pas de conflits. On part sur de la bonne volonté et l'envie de créer quelque chose et d'y participer. »*



Acteur de tutelles – ARS DD 1

*« C'est plus compliqué avec ceux qui sont là depuis plus longtemps. Mais globalement, je pense qu'on peut y arriver. On a quand même eu un renouvellement des équipes. Après... je pense que la clé de la réussite, elle est quand même là. »*



Acteur de tutelles – ARS région

*« Le positionnement de nouvelles personnes sur les DAC permet aussi de repartir sur de nouvelles bases. »*

Ainsi, l'intégration de nouveaux collaborateurs peut être synonyme, en fonction des contextes, d'une nouvelle motricité de l'équipe, d'une forme de neutralité, d'un apaisement des relations ou encore de l'apport d'une vision différente. Mais, l'objectif doit quand même rester, dans un contexte de changement, la préservation d'un équilibre dans les mouvements de rotation des ressources humaines. Le départ d'un nombre important de personnels MAIA ou encore la fermeture de structures restent malgré tout un écueil, dans le sens d'une perte de compétences distinctives et d'une historicité. De nombreux théoriciens en management des organisations ont d'ailleurs souligné l'importance de concilier démarche d'exploration et d'exploitation (Hatch et Cunliffe, 2009).

## G. Synthèse

### Les délégations départementales au cœur de la stratégie de transformation interne de l'ARS :

→ **Les délégations départementales tentent d'asseoir leur position et faire valoir leur plus-value vis-à-vis du siège de l'ARS et des acteurs de santé via leur rôle d'animateur territorial**, bien que soit constaté des modalités d'appropriation de ce rôle qui diffèrent d'une DD à l'autre.

→ Elles s'appuient, pour cela, sur **deux leviers** identifiés ici :

- **La loi santé de 2019**, à travers le pilotage de dispositifs tels que les DAC et les CPTS ainsi que les orientations promouvant la mise en place de logiques coopératives dans les territoires.
- **La gestion de la crise sanitaire du COVID vu comme le défi mobilisateur (Crozier, 1994).**

→ **Des pistes se dégagent pour une clarification et une tentative de conceptualisation du rôle d'animateur territorial joué par les DD**, à travers l'identification de deux axes majeurs :

- **Entre chef d'orchestre** : Un rôle de régulation et organisation du secteur de la coordination territoriale.

En effet, cette fonction se voit aujourd'hui attribuée à de nombreux acteurs et dispositifs de santé entraînant la formation d'un écosystème foisonnant où se superposent les missions et les périmètres de chacun, générant des effets de concurrence, une efficacité limitée et un manque de cohérence.

- **Et tisserand** : Un rôle d'impulsion et de méta-coordination d'un réseau global de connexions ayant vocation à relier les différents acteurs de santé au sein du territoire.

⇒ **Pour une approche systémique de l'animation territoriale menée par les délégations départementales.**

### Vers de nouveaux mécanismes de régulation des acteurs de santé par l'ARS :

→ **Des réformes actuelles basées sur la coopération et la co-construction, auxquelles s'ajoutent une évolution et complexité de l'environnement de la santé, contraignant l'ARS à fonctionner autrement.** Cela la conduit à devoir :

- Développer, aux côtés des mécanismes traditionnels de régulation, des nouvelles modalités de pilotage d'ordre relationnel, davantage basées sur des savoir-être.
- Travailler avec et/ou à s'appuyer sur les acteurs de santé : les DAC devenant, dans certains cas, des « partenaires-opérateurs » de l'ARS.

→ **La nécessité de se doter de nouveaux profils dans les délégations départementales :** Vers des chefs de projets transverses.

⇒ *Entre acteur politique (au sens de Crozier et Friedberg, 1977) et tisseur de liens.*

→ **Mais un enjeu d'évolution des métiers et compétences de l'ARS qui demeure prégnant : un long chemin reste à parcourir,** comme a pu le mettre en relief la théorie d'usage de l'ARS.

### Les relations ARS-DAC : des variations importantes en fonction des territoires :

→ **Les acteurs des DAC sont de moins en moins en relation directe avec l'ARS région.**

→ **Les délégations départementales deviennent leur interlocuteur de référence,** même si des variations sont observées : **différents schémas relationnels se dégagent en fonction du positionnement adopté par chaque tutelle locale.**

→ **Une tendance émerge : la relation DD/DAC semble se construire « post-labellisation »,** à travers des missions spécifiques confiées aux DAC (notamment dans le cadre du COVID) ou l'appui sur la mission d'animation territoriale de ces derniers par les DD.

→ **Le statut de DAC semble également conférer une nouvelle forme de légitimité aux acteurs de terrain face à la tutelle.**

→ **Les cas où la relation DD/DAC fonctionne. Des paramètres communs identifiés :**

- Une logique gagnant-gagnant permettant à chacun de répondre à ses enjeux propres. Les délégations ont recours aux DAC pour répondre à leurs jeux d'acteurs et stratégies territoriales. En retour, cela tend à favoriser l'institutionnalisation et l'ancrage du DAC dans l'écosystème territorial de santé.
- La reconnaissance de la légitimité du rôle de chacun.
- La confiance.
- La crédibilité acquise des parties prenantes.
- L'entretien d'une relation de proximité et privilégiée.

→ **Légitimité et confiance : des axes forts dans la construction de la relation entre acteurs.**

→ **La sécurisation et stabilisation institutionnelle et financière des DAC :** un levier à prendre en compte également pour une évolution des rapports entre acteurs de terrain et tutelles.

### Les relations entre le siège de l'ARS et les délégations départementales :

→ **L'évolution des relations entre l'ARS siège et l'échelon local reste parcellaire :** elle reste, à ce stade, « personne dépendante », en fonction du positionnement propre de chaque direction métier du siège et de chaque délégation départementale.

### Une relation de « coopération-contractualisée » entre la FACS régionale et l'ARS :

→ **Une réorientation de posture de la FACS Ile-de-France par rapport à l'Ex-Résif : Du politique vers l'opérationnel.** Cela s'observe :

- Dans la recomposition de la gouvernance.
- Dans les objectifs définis et travaux menés axés sur les pratiques, les métiers et l'organisation.

→ **La FACS Ile-de-France devient :**

- **Un opérateur sur lequel s'appuie l'ARS** pour accompagner le changement auprès des acteurs des DAC.
- **L'interlocuteur régional de l'ARS, se positionnant en interface de la tutelle et des DAC.**

→ Un clivage entre les acteurs de DAC concernant **l'ambiguïté générée par le positionnement de la FACS : entre logique fédérative et sous tutelle de l'ARS.**

↳ Une problématique de dénomination : davantage une association des DAC qu'une fédération ?

### Le système de relations Réseaux de santé-MAIA :

→ **L'antagonisme relationnel entre MAIA et réseaux de santé fortement ancré. Les difficultés de rapprochement relationnel entre les réseaux de santé et les MAIA se traduisent à tous les niveaux du processus de convergence :**

- Du niveau national (FACS nationale),
- A la région (FACS Ile-de-France),
- Jusqu'à l'échelon local (constitution d'un dispositif unique DAC dans chaque territoire).

→ **Le DAC perçu en Ile-de-France comme une victoire des réseaux de santé sur les MAIA.**

→ **La confirmation de l'influence de la culture organisationnelle des acteurs sur leur capacité au changement :**

- Un changement culturel plus difficile à absorber pour les MAIA : une théorie d'usage extrêmement codée, reliée à une forte attache à l'identité professionnelle et à une valorisation institutionnelle importante des MAIA au moment de leur création.
- Une capacité à l'adaptation et au changement plus importante côté réseau de santé : une théorie d'usage caractérisée par une plus grande élasticité (expérience du changement, habitude d'évoluer dans un contexte instable et peu sécurisé, etc.) et très peu normée au niveau des outils, métiers...
- Les MAIA constituent globalement les « absorbés » dans de nombreux cas, rendant également plus complexe l'appropriation du changement par rapport aux réseaux.

→ **Mais aussi des territoires où le rapprochement relationnel se déroule de façon fluide.**

## Chapitre XIV : Discussion et recommandations

### Section 1 : Méthode d'analyse des résultats

Pour mémoire, nous avons fondé notre démarche méthodologique à partir du triptyque du changement de Pettigrew (1987) : « Contexte – Contenu – Processus » afin de procéder à la structuration de notre protocole d'enquête empirique. Via l'adoption d'une approche culturelle de celui-ci, nous avons choisi de réaliser la restitution de nos résultats en deux temps distincts :

- La partie IV de notre recherche a été consacrée au contexte culturel dans lequel prend place le changement étudié ainsi qu'au contenu de celui-ci appréhendé à travers le paradigme du parcours de santé.
- Nous nous sommes attachés, dans le premier chapitre de cette partie V, à l'étude du processus du changement, constituant le cœur de notre sujet. Notre objectif était d'observer la manière dont était pensé et conduit celui-ci, au regard du contenu visé et du contexte au sein duquel il s'inscrivait.

La phase de discussion, que nous allons entreprendre à présent, se base sur ces éléments que nous considérerons à l'aune des concepts mobilisés pour bâtir notre cadre théorique initial. Pour rappel, nous nous sommes appuyés sur les modèles théoriques socles suivants en vue de caractériser le changement et ses enjeux :

- Les quatre principes de l'auto-organisation holographique (Morgan, 1989).
- L'apprentissage en boucle double (Argyris et Schön, 2002).

En complément, nous avons recouru aux théories relatives :

- A la culture organisationnelle constituant l'angle de vue retenu pour examiner le changement.
- Et à la sociologie des organisations pour identifier et mettre au jour les mécanismes d'ordre relationnel à l'œuvre, les stratégies et jeux d'acteurs mais aussi leur incidence sur le processus de changement.

Nous tenterons, ensuite, de prolonger cette analyse à travers la proposition d'un prototype d'action alliant ces différents apports théoriques. La finalité poursuivie est de faciliter leur opérationnalisation au sein d'une organisation, en réfléchissant à un processus de déclinaison managériale de ces derniers, sans les remettre en cause en raison de leur pertinence. Cependant, notre ambition est d'ouvrir des pistes pour permettre leur association et leur adaptation à un usage managérial mobilisable pour un dirigeant. Il s'agit, en quelque sorte, de faciliter la transition du concept théorique à l'outillage professionnel. Cela fait sensiblement écho à notre posture de chercheur-praticien et notre conception de la recherche en management des organisations qui est celle, avant tout, d'une science de la pratique.

Ce chapitre va donc permettre de mener cette réflexion que nous avons construite autour de 4 axes :

- Le passage de la théorie professée vers des théories d'usage (Argyris et Schön, 2002) renouvelées des acteurs.
- Les systèmes de relations entre les parties prenantes : évolution, redéfinition et remise en question.

- Vers un cadre propice au déploiement d'une nouvelle culture organisationnelle et de nouveaux modes de relations.
- Les apports d'une démarche de double changement dans un processus de transformation.

Chaque axe est pensé comme une « brique » constitutive de cette proposition de modèle d'action d'une démarche de changement, élaboré dans une conception culturelle et relationnelle de l'organisation.

## Section 2 : Processus de passage de la théorie professée vers des théories d'usage renouvelées des acteurs, couplé à une assise organisationnelle

Au regard des résultats, il apparaît que l'ARS se voit confrontée à la conduite de trois types de changement, prenant place dans le cadre d'une transformation globale :

- **Accompagner, au niveau micro, la convergence de dispositifs de coordination au sein d'une entité unique** → **Le cas d'une « fusion » entre des organisations distinctes.**

*Niveau de l'organisation de santé* : Un des sous-systèmes constituant l'écosystème territorial de santé.

- **Appuyer, au niveau macro, la mise en place d'une organisation territoriale de santé renouvelée**, basée sur la co-construction et la coordination entre les différentes parties prenantes qui la composent → **Le cas de la mise en place d'un réseau territorialisé d'acteurs** appartenant à des organisations différentes mais évoluant au sein du même écosystème et avec une finalité commune (ici, le patient).

*Niveau de l'organisation de santé* : L'écosystème territorial de santé

- **Et enfin, mener sa propre évolution** → **Le cas d'une réorganisation interne.**

*Niveau de l'organisation de santé* : L'acteur de régulation et de tutelle de l'écosystème territorial de santé opérant, lui-même, une mutation en vue de mieux accompagner les changements en cours.

La porte d'entrée commune que nous avons retenue pour analyser ces processus est la dimension culturelle. A travers l'adoption de ce prisme, nous interprétons ainsi les enjeux de ces derniers de la manière suivante :

- Dans le cas de la constitution du DAC, il s'agit de favoriser le développement d'une culture forte et dominante au sein de cette nouvelle structure créée visant la mise en place d'une équipe unique.
- Concernant l'organisation territoriale de santé, il convient davantage de développer un espace culturel commun propice à la coopération entre les membres, appartenant à des organisations, des secteurs, des métiers et des expertises hétérogènes. L'objectif est de favoriser le déploiement de parcours de santé coordonnés, dans le cadre d'une approche inter-dimensionnelle et pluridisciplinaire.
- Et enfin, s'agissant de l'ARS Ile-de-France, le changement vise une remise en question de ses schémas de références culturels internes qui n'apparaissent aujourd'hui plus adaptés, au regard de l'évolution de l'environnement et des transformations à conduire dans les territoires, dont l'ARS doit en assurer le pilotage et la mise en œuvre.

Dans l'ensemble de ces cas de figure, les modes de fonctionnement, les pratiques, les normes et routines ou encore les valeurs se voient réinterrogés à différents niveaux. La dimension relationnelle y occupe également une place centrale. Nous y reviendrons plus particulièrement dans la suite de notre propos, l'axe suivant lui étant consacré.

D'autre part, ces différents niveaux de changement apparaissent apparentés. En effet, au vu des évolutions qui s'opèrent au niveau des acteurs de terrain, l'ARS Ile-de-France se voit contrainte de se métamorphoser pour mieux accompagner ces mutations. Dans le même temps, le positionnement des tutelles et leurs modes de fonctionnement influencent fortement les schémas culturels et systèmes relationnels des acteurs de terrain, comme cela a été mis en évidence au sein de l'analyse des théories d'usage des parties prenantes et de la formation des univers comportementaux. Ainsi, chacun de ces niveaux de changement semblent bien interdépendants et conditionnés par le changement des autres.

Que nous révèlent, des lors, les résultats de ces trois types de transformation à l'œuvre et mis en perspective à la lumière des concepts mobilisés au sein de notre cadre théorique et méthodologique ?

#### A. Les DAC : le cas d'une « fusion »

Une prise de hauteur concernant la lecture des résultats du processus de changement en cours nous permet de discerner quatre phases. Bien qu'elles ne soient pas, en pratique, aussi clairement scindées, cela nous laisse percevoir toute la complexité de ce processus, s'appuyant sur le levier culturel et visant à réinterroger les fondements de la théorie d'usage des acteurs afin d'agir sur l'organisation.

**Phase 1 :** La mise en miroir des théories d'usage des dispositifs de coordination a mis en lumière l'existence de schémas comportementaux anciens, prenant leur source dans l'histoire même de la création de ces dispositifs. Les structures de relations sont caractérisées par la figure de l'antagonisme (Osty et al., 2007), reposant sur la formation de silos culturels, la présence d'enjeux politiques et de pouvoir entre les acteurs, et la prédominance jusqu'à présent d'une logique de structures individuelles. Ces différents éléments mettent en évidence le développement d'une forme de concurrence (même si elle peut être plus ou moins présente selon les territoires étudiés).

Ces phénomènes se voient particulièrement exacerbés dans un contexte de changement visant la convergence des acteurs en présence, à travers la mise en place d'un portage unique, d'une nouvelle gouvernance et d'une équipe unifiée. L'absence d'un cadre suffisamment structurant contribue, dès lors, au développement de cercles vicieux comportementaux en cas d'oppositions préexistantes déjà prégnantes. Comme nous l'avons vu, les acteurs jouent avec les zones d'incertitude ainsi créées pour défendre leurs intérêts et chacun tente de démontrer sa plus-value à piloter le DAC en mettant en exergue ses compétences distinctives. Cela conduit à la mise en place de stratégies et de raisonnements défensifs, alimentés par la théorie d'usage en vigueur de chacune des parties prenantes et qui s'auto-renforcent mutuellement générant une forme de défiance entre les acteurs, rendant le dialogue et la résolution du conflit difficiles. Argyris et Schön (2002) décrivent ces phénomènes par la mise en place de « boucles d'inhibition primaire », le risque encouru étant de voir s'enraciner ces oppositions et conflits entre acteurs à un niveau supérieur : celui de l'organisation (« boucles d'inhibition secondaires »). Ces « processus auto-entretenus », régis par des routines défensives, sont alors perçus comme typiques du système et s'avèrent particulièrement complexes à dénouer.

Une phase préalable d'instauration d'une zone de rencontre culturelle, nous apparaît comme les prémices essentiels au processus de changement. Elle doit permettre de :

- Réduire les zones d'incertitude (Crozier et Friedberg, 1977), via la définition d'un cadre clair par les tutelles sur chacun des territoires donnant lieu à la création d'un DAC, à savoir clarifier et acter le portage du DAC (qui est le porteur ?) et la nature de la gouvernance.
- Tendre vers un niveau de conflit optimal (Hatch et Cunliffe, 2009) en accompagnant le développement de zones de confrontation constructives entre les acteurs des réseaux de santé et des MAIA. L'intérêt d'une telle démarche de rapprochement, via le support du conflit, est de tirer parti de la rencontre de points de vue différents et d'élaborer les premières bases de la création d'une logique de cohésion du groupe, « tout en réduisant les effets négatifs associés au comportement non coopératif et l'hostilité ouverte entre entités et individus » (Hatch et Cunliffe, 2009, p. 348). Follet (Mousli, 2005) préconise, en ce sens, de changer notre vision du conflit en le considérant comme faisant partie intégrante de la vie de l'organisation. Il témoigne de l'existence de diversités sur lesquelles il s'agit de s'appuyer pour améliorer l'organisation. Elle propose une gestion du conflit par « l'intégration » qui nous semble ici particulièrement pertinente. Ce concept se révèle distinct du compromis qui représente, selon Follet, une position d'entre-deux basée sur l'existant. Il ne crée rien contrairement à l'intégration qui, à partir des différences et diversités d'approche, permet d'inventer quelque chose de nouveau. « Il ne s'agit pas de renoncer – provisoirement ou en façade – à une part de ses désirs, mais de les satisfaire par l'explication réciproque, la réévaluation de ses objectifs et la créativité » (Mousli, 2005, p. 31). Ainsi, « l'intégration est une approche de gens raisonnables ayant des intérêts en commun et ne souhaitant pas que le conflit provoque entre eux une rupture grave et durable. C'est le plus souvent le cas dans les entreprises et autres organisations, où les acteurs ont des relations ambivalentes, puisqu'ils sont séparés par des intérêts conflictuels et liés par des intérêts communs » (Ibid.).

Il convient alors d'appréhender les différences et confrontations culturelles non pas comme un frein, mais comme un levier dans la mise en place des futurs DAC. Dans cette perspective, Bernoux (2010) positionne la culture comme le « résultat de mélanges permanents et forts » (Ibid., p. 57). Le changement n'est alors pas vu comme une rupture dans la vie d'une organisation, mais comme « le moment d'une évolution » (Ibid., p. 57), plaçant la culture comme l'une des sources et ressources du changement. Cela apparaît d'autant plus renforcé si nous considérons que la culture constitue également le support des compétences distinctives (Abdelwahed et Antit, 2016 ; Johnson et al., 2017) qui font la spécificité et la plus-value d'une organisation. Néanmoins, il apparaît que cette démarche nécessite l'identification de leviers managériaux qui pourront être mobilisés car, comme nous l'avons évoqué antérieurement dans notre recherche, il s'avère particulièrement difficile de sortir de cercles vicieux comportementaux anciens (Crozier et Friedberg, 1977 ; Argyris et Schön, 2002), solidement ancrés.

- S'appuyer sur l'évolution du positionnement des tutelles : « se transformer, pour transformer » (ARS IdF, 2019). Nous l'avons vu, la posture des tutelles et leurs interrelations influencent fortement les théories d'usage et les univers comportementaux des acteurs de terrain. Cela s'exprime à travers un pilotage fragmenté des dispositifs de coordination territoriale et la création foisonnante d'entités portées par des politiques différentes, aux missions et périmètres géographiques d'action enchevêtrés, que nous avons qualifiés de dérive organisationnelle. Les tutelles ont donc un rôle à jouer en tant qu'élément facilitateur,

à travers leurs modalités de pilotage et leurs modes de fonctionnement. Ces derniers apparaissent comme un dénominateur important à prendre en compte en vue de la mise en place d'un cadre propice à l'établissement d'une zone de rencontre culturelle entre les acteurs.

Comme nous avons eu l'occasion de l'exposer dans nos résultats, cette étape n'a pas été clairement anticipée par l'ARS, cette dernière ayant plutôt privilégié une démarche visant à laisser la main aux acteurs de terrain en vue de parvenir à un consensus. Dans certains cas, cela a pu effectivement donner lieu à la mise en place d'un dialogue et d'un accord entre les parties prenantes. Mais dans d'autres cas, où l'ampleur et la nature des oppositions entre les protagonistes se sont avérées importantes, une intervention tardive de l'ARS a pu conduire à une stagnation voire à un enlisement des projets de constitution des DAC, jusqu'à conduire parfois à des situations de rupture (fermeture de structures, départ des acteurs, antagonisme relationnel exacerbé, etc.).

**Phase 2 :** Elle correspond à l'accompagnement à la labellisation de « niveau 1 » des DAC définie par l'ARS. Cette dernière a fait le choix de recourir à des opérateurs : des cabinets conseils ainsi que la FACS Ile-de-France. Rappelons dans ce cadre, que les consultants ont été majoritairement perçus comme un réel apport par les acteurs de terrain notamment de par leur rôle de tiers extérieur neutre permettant une forme de médiation entre les acteurs de terrain, voire aussi avec les tutelles pour certains. La FACS, quant à elle, est reconnue comme un acteur ressources en termes d'animation du réseau des DAC.

Cette phase a permis de répondre aux contraintes externes auxquelles se voient soumises les tutelles régionales en charge du déploiement de la réforme, à savoir l'échéance légale fixée par le législateur pour la création des DAC, tout en fournissant un support pour amorcer la convergence culturelle. En effet, cette étape visait la mise en place effective de la structure organisationnelle du DAC, assimilée en quelque sorte au contenant organisationnel et de gestion de ce nouveau dispositif au sein duquel évolueront les ressources humaines. L'ARS avait, par ailleurs, fixé l'obligation de transmettre un projet de service en vue de prétendre à une labellisation de niveau 1 des DAC. Son élaboration a constitué un outil adapté pour travailler sur les éléments symboliques du tissu culturel des acteurs relatifs à la vision, aux valeurs et la définition d'un sens commun.

**Phase 3 :** Ce jalon s'apparente à la poursuite d'un accompagnement au changement « post-labellisation DAC ». Bien que non planifié explicitement par les tutelles dans le processus d'accompagnement au changement, il apparaît comme un besoin prégnant exprimé par les acteurs de terrain. En effet, les résultats ont mis en exergue :

- La difficulté à faire équipe unique, constituant le véritable enjeu de ce changement.
- L'impact du changement sur les pratiques, les modes de fonctionnement, l'identité professionnelle, les métiers, renforcé par la disparition de certains marqueurs culturels forts, propres à chacun des dispositifs.

Cette phase prendrait la forme d'un appui apporté en vue de la déclinaison des principes établis dans le projet de service, visant l'intégration des composantes symboliques du tissu culturel dans les rites et les routines des acteurs.

**Phase 4 :** Elle correspond à la consolidation des changements dans le système culturel des acteurs, mais également à l'ancrage des DAC dans leur territoire, faisant ainsi apparaître deux niveaux :

- Un niveau interne : la consolidation des changements opérés ne doit pas signifier « figer l'organisation », à l'aune de ces nouveaux repères culturels définis. Elle doit également

s'accompagner d'une certaine forme de malléabilité culturelle et organisationnelle en vue de faciliter les évolutions futures. Cela apparaît d'autant plus primordial au regard du contexte dans lequel évoluent les dispositifs de coordination territoriale, dont les orientations de politiques publiques apparaissent particulièrement mouvantes. La confrontation des théories d'usage des réseaux de santé et des MAIA est, dans ce cas, révélatrice. Les résultats ont mis en exergue une forme d'élasticité de la culture organisationnelle des réseaux de santé. Le changement conduit est davantage perçu comme une évolution, même si elle peut faire l'objet de résistances et de freins de la part des acteurs, plutôt que comme une transformation profonde comme c'est, en revanche, le cas pour les MAIA, dont la théorie d'usage apparaît particulièrement normée et codifiée.

Une telle démarche correspond à la capacité du DAC à reconfigurer ses capacités organisationnelles. En termes de management, cela se traduit par :

- Une certaine posture de la gouvernance du DAC et de sa direction visant à s'interroger sur la validité de leur vision et de leurs orientations, au regard du contexte et de l'environnement, associée à l'aptitude d'anticiper les évolutions à venir au sein de l'environnement et à se saisir des opportunités.
  - Un accompagnement de l'équipe du DAC vers ce type de posture consistant à s'interroger de manière continue sur ses pratiques et modes de fonctionnement.
- Un niveau externe : L'inscription du DAC dans l'écosystème de santé, via l'institutionnalisation de son rôle et de son positionnement, apparaît également comme un enjeu central. Cela s'avère d'autant plus vrai dans un contexte où de multiples fonctions et dispositifs de coordination territoriale continuent à co-exister et à être créés, questionnant la position du DAC par rapport à ces autres acteurs et, plus globalement, au sein de l'organisation territoriale de santé. Cela tend à maintenir le territoire comme lieu de concurrence, tandis que la théorie professée érige, au contraire, le territoire comme lieu de coopération et d'opérationnalisation de la logique parcours visant la mise en place de parcours lisibles, efficaces et de qualité. Les résultats ont, par ailleurs, mis en avant l'enjeu de la légitimité du DAC, à travers, par exemple, la volonté de mettre en place une politique de formation des professionnels par la FACS régionale. Cette démarche vise la reconnaissance des métiers et compétences distinctives du DAC et leur place particulière à la jonction de plusieurs mondes sociaux (entre la ville et l'hôpital, entre les secteurs sanitaire, médico-social et social).

Le DAC fait, dès lors, face à la nécessité d'une double reconnaissance de son rôle par les tutelles et les acteurs de santé afin d'asseoir sa place.

## B. L'organisation territoriale de santé : Le cas de la mise en place d'un réseau territorialisé d'acteurs

A l'échelle macro de l'organisation territoriale de santé, la finalité est quelque peu différente de celle sous-tendant la création des DAC. Il ne s'agit pas d'opérer une intégration culturelle aussi poussée visant la mise en place d'une culture forte. En référence au modèle holographique de Morgan (1989) sur lequel nous nous sommes appuyés pour modéliser l'organisation territoriale de santé, selon le paradigme du parcours, l'enjeu est de veiller à la préservation d'un haut degré de variétés (en termes de compétences et d'expertises), tout en favorisant la coordination et le développement d'un socle macro-culturel partagé. La création d'un schéma de références commun ne doit pas faire perdre la spécificité de chaque entité et ce qui fait ses compétences distinctives. Il s'agit plutôt, à l'échelle du territoire, de proposer un cadre propice pour le développement d'une capacité d'action conjointe et la potentialisation des savoirs et compétences ainsi combinés. Pour ce faire, les grands jalons caractérisant le processus culturel identifié pour les DAC est susceptible de s'appliquer pour la mise en place d'un réseau territorialisé d'acteurs, bien qu'il fasse l'objet d'une déclinaison un peu différente.

**Phase 1 :** Comme pour les acteurs des DAC, l'instauration d'une zone de rencontre culturelle semble prépondérante, voire constitue l'élément central du processus culturel qui se joue ici. En effet, la première partie de notre recherche a mis en exergue la présence de clivages parfois importants entre les acteurs de santé, du fait de pratiques, d'approches et de cultures différentes mais aussi d'enjeux propres et spécifiques. Cette étape constitue donc un prérequis au sein duquel nous retrouvons des enjeux similaires à celui du DAC visant notamment à établir une zone de confrontation culturelle entre les acteurs et d'interconnaissance. Tout comme dans le cas des DAC, cela reste aussi fortement associé à l'enjeu d'évolution du pilotage des politiques de santé. La fragmentation de l'organisation du système de santé et des politiques correspondantes, le cloisonnement entre les tutelles et une distribution des pouvoirs multi-acteurs tendent à renforcer les clivages entre les acteurs de santé des territoires.

**Phase 2 :** Il s'agit progressivement de parvenir à l'élaboration d'une vision conjointe, articulée autour du paradigme du parcours de santé. De nombreux supports peuvent contribuer à l'élaboration d'une telle dynamique que ce soit le projet régional de santé élaboré par l'ARS dans le cadre d'une démarche systémique à l'échelle de la région, dont la constitution doit en principe s'appuyer sur une concertation avec les acteurs. Citons, par ailleurs, d'autres supports correspondant à des mailles territoriales plus resserrées tels que les Contrats locaux de santé, les projets territoriaux de santé mentale, le programme E-parcours concernant le numérique ou encore la réalisation de diagnostics territoriaux. Ils permettent, en effet, de réunir les acteurs autour d'un travail de conceptualisation commune visant, entre autres, à partager leurs points de vue, échanger sur les problématiques rencontrées, se mettre d'accord sur des objectifs, identifier des axes de travail conjoints et décliner un plan d'actions. Cela s'appuie souvent sur la mise en place de gouvernances territoriales collectives. Néanmoins, au regard de la multitude de schémas, plans, projets territoriaux et instances de gouvernance existants, voire se superposant, il s'agit de parvenir à opérer une certaine convergence et cohérence d'ensemble, voire une simplification pour ne pas faire perdre le sens de cette démarche globale. Par ailleurs, il est institué un principe de co-responsabilité populationnelle et territoriale qui peut également représenter un support pertinent afin de travailler sur la définition et l'opérationnalisation d'un tel principe qui tend à lier les acteurs entre eux.

**Phase 3 :** La co-construction d'une vision et d'un sens commun à travers ces éléments doit ensuite pouvoir se matérialiser autour du développement de pratiques communes et de démarches d'articulation entre les acteurs. Le recours à des outils, notamment numériques, peut, par exemple,

s'avérer un levier intéressant pour appuyer la mise en place d'une nouvelle organisation entre les acteurs.

**Phase 4** : Enfin, au niveau de l'organisation territoriale de santé, l'institutionnalisation des changements, tout en veillant à intégrer une capacité d'adaptation et d'évolution, pourrait être appuyée par l'animation territoriale. Nous l'avons vu au travers de nos résultats, plusieurs niveaux d'animation territoriale sont à distinguer. Nous faisons ici le choix de différencier :

- Celle assurée par l'ARS, et plus spécifiquement les délégations départementales, correspondant à un niveau de méta-coordination comprenant également une dimension de pilotage stratégique,
- Soutenue en local par des fonctions de coordination et d'animation territoriale de proximité, tels que les DAC.

Cela fait écho à la notion de « fonction transverses » du modèle de Morgan (1989) permettant de faciliter les connexions entre les acteurs, dans le cadre des principes de redondance des fonctions et de variété requise. De plus, la théorie professée relative aux DAC tend à appuyer cette vision du DAC qui contribuerait, à travers ses missions, à l'appropriation et l'intégration du paradigme du parcours au sein des théories d'usage des acteurs. Le DAC constituerait, dès lors, un outil sur lequel les ARS pourraient s'appuyer comme un relai local et opérationnel de leur fonction d'animation territoriale positionnée dans une dimension, en principe, plus systémique. Cette forme d'usage par certaines délégations a d'ailleurs été mise en évidence dans les résultats, tant par les acteurs de terrain que les tutelles. Cela réaffirme d'autant plus l'importance de l'appui de l'ARS auprès des DAC afin de faciliter leur ancrage territorial et leur positionnement dans l'écosystème de santé.

### C. L'ARS : Le cas d'une réorganisation interne

Le processus de transformation de l'ARS peut également s'appréhender à travers ces 4 jalons. Là encore, ils font l'objet d'une adaptation propre à ce contexte spécifique de changement consistant à réinterroger, en interne, la théorie d'usage des acteurs d'une organisation.

**Phase 1** : Nous pourrions nous questionner, dans le cas de l'ARS, sur la nécessité de cette étape basée sur l'instauration d'une zone de rencontre culturelle, dans la mesure où les parties prenantes concernées font partie de la même entité. Néanmoins, cette dimension est à prendre en compte au regard :

- Du contenu du changement visant à repenser la place et le rôle des délégations départementales, situées au cœur de ce changement, ainsi que les articulations et les systèmes relationnels entre le niveau régional et local de l'ARS.
- Et le contexte culturel dans lequel il prend place.

L'analyse de la théorie d'usage de l'ARS a révélé un système relationnel régi par une forme d'ascendance du siège sur les délégations départementales. Dans le cadre des entretiens menés, celles-ci ont notamment fait part d'une perception d'un manque de reconnaissance de la part de l'échelon régional et d'une capacité d'action vis-à-vis du siège qui peut parfois s'avérer limitée. La littérature grise exposée précédemment a également mis au jour cette marge de manœuvre restreinte. De plus, il est à rappeler que les délégations, au moment de leur création, ont été peu valorisées et mises en avant. La transformation menée vise à opérer une évolution importante de paradigme par un repositionnement des missions, de l'organisation et de la place des délégations départementales dans le système, bousculant de manière collatérale le niveau régional, et notamment

les jeux d'acteurs et de pouvoir en place, voire la hiérarchie du prestige en vigueur au sein de l'organisation.

Ainsi, cette étape doit permettre, dans un premier temps, de travailler sur ces éléments, dans un contexte où les jeux d'acteurs s'avèrent particulièrement prégnants. En effet, de leur côté, les délégations départementales œuvrent, comme l'ont montré les résultats, à faire valoir la plus-value de leur rôle, tandis que les Directions métiers régionales tendent à vouloir maintenir leur zone de pouvoir et de contrôle.

Il s'agit donc, dans cette phase, d'initier le point de départ d'un processus d'évolution relationnelle et de dialogue entre ces deux niveaux organisationnels, que représentent le siège et les délégations départementales.

**Phase 2 :** Concernant les dimensions symboliques, l'animation territoriale, la transversalité, le décroisement ou encore le renforcement de la proximité avec les acteurs de terrain sont affichés comme des éléments forts. Mais l'analyse de la théorie d'usage de l'ARS fait apparaître une difficile intégration de ces éléments dans les rites, routines et structures organisationnelles de l'ARS.

Dans ce cadre, un travail sur l'opérationnalisation de certains symboles identifiés comme clés pourrait appuyer le changement. C'est tout particulièrement le cas de l'animation territoriale qui s'incarne à travers les délégations départementales dont il s'agit de valoriser et renforcer la place et le rôle. Au regard du discours des acteurs, plusieurs leviers pourraient, dans ce cadre, être mobilisés pour soutenir ce processus :

- Conceptualiser l'animation territoriale réalisée par les délégations les délégations qui demeure, à ce jour, peu explicitée.
- Identifier et définir les compétences et expertises requises.

Les résultats ont mis en évidence que cela pouvait constituer un manque à ce jour. Ce processus viserait alors à assurer le passage :

- Du caractère symbolique de l'animation territoriale, dont les contours et le contenu apparaissent encore flous voire abstraits.
- Vers sa caractérisation.
- Jusqu'à sa matérialisation, à travers une description des compétences distinctives qui lui sont associées et propres aux délégations départementales.

La finalité de cette phase est de contribuer à un repositionnement des acteurs, en parvenant progressivement à construire une vision renouvelée et partagée des rôles de chacun, à travers la qualification et la valorisation des compétences distinctives des acteurs et de leurs complémentarités, à l'aune du changement visé et des éléments symboliques qui le sous-tend. L'objectif est de provoquer un renouvellement des « modèles de jeu » (Crozier et Friedberg, 1977) en place et tendre vers un nouveau système d'actions et de coopération entre les deux échelons de l'ARS se régulant autrement. En complément, une intervention sur les composantes organisationnelles du tissu culturel permettrait d'accompagner ce mouvement en lui conférant un contenant et une assise organisationnelle. Notre recherche a montré que les composantes organisationnelles commencent à évoluer au sein de certaines délégations qui amorcent une modification de leurs organigrammes afin de tendre vers des organisations plus transversales. Dans ce cadre, un changement incrémental initié à partir du niveau local et non coercitif semble, à ce stade, privilégié par l'ARS.

**Phase 3 :** L'intégration de ces dimensions au sein des rites et routines des acteurs s'avère particulièrement prégnante dans le cas de l'ARS, où ces derniers apparaissent solidement ancrés et fortement associés aux système de pouvoir et de relations en place.

Dans cette perspective, et à titre d'illustration, plusieurs modalités semblent mobiliser, à ce jour, par l'ARS afin de travailler cette appropriation en vue de favoriser le développement de nouvelles pratiques et modes de fonctionnement :

- L'expérimentation comme espace de mise en situation et d'ajustement : La mission transformation interne, en charge de l'accompagnement de ce changement, a identifié et retenu certains processus de travail spécifiques comme zone d'expérimentation.
- L'appui sur le cadre législatif et les orientations nationales en vue de positionner le changement comme une nécessité : Dans le cas des DAC, le pilotage dévolu à l'ARS de tels dispositifs, à la fois transversaux, polythématiques et territorialisés, implique l'association et la convergence de ressources et compétences internes diverses pour assurer leur gestion, articulation et cohérence avec les autres politiques de santé portées par l'ARS, voire par d'autres tutelles. Ainsi, certains acteurs tendent à s'appuyer sur ces éléments pour repenser les modes de fonctionnement et d'organisation encore trop cloisonnés.
- Le contexte comme porteur d'« opportunités » sur lesquelles s'appuyer : La gestion de la crise sanitaire du COVID a permis sur certains sujets de donner corps aux principes établis au sein de la stratégie de transformation interne, constituant une sorte de « défi mobilisateur » (Crozier, 1994) et amenant l'ARS à travailler autrement. Néanmoins, un travail de capitalisation et de pérennisation nécessitera d'être mené afin d'ancrer les nouvelles pratiques qui tendent à se dessiner.
- Le levier des ressources humaines en vue d'apporter des visions, compétences et profils nouveaux : La définition et mise en place d'une politique des ressources humaines forte sont identifiées et mises en avant par plusieurs acteurs d'ARS rencontrés. Mais cela ne semble pas faire l'objet, pour le moment, de la mise en place d'une stratégie opérationnelle en ce sens. Cela constitue pourtant, au regard de nos résultats, une condition de réussite importante du changement en vue d'engager un renouvellement des rites et routines établis.

**Phase 4 :** L'institutionnalisation des changements, dans le cas de l'ARS, se traduit, en interne, par sa capacité à ancrer dans la théorie d'usage des acteurs :

- Une indispensable souplesse et transversalité organisationnelle, couplée à une faculté de réajustement et d'adaptation continue.
- Un nouveau système relationnel se traduisant par la consolidation du rééquilibrage des rapports de force entre les parties prenantes, dans une logique gagnant-gagnant, pour donner plus d'ampleur aux délégations départementales, tout en tamisant le sentiment d'une perte de pouvoir pour le siège.

Au niveau externe, il s'agit davantage de trouver un équilibre sur le positionnement à adopter vis-à-vis des acteurs de santé dans les territoires entre :

- Tutelle de régulation, tutelle partenaire, tutelle accompagnatrice.
- Mécanismes de coordination d'ordre réglementaires et coercitifs et mécanismes de coordination relationnels.
- Entre intégration régionale et différenciation locale.

D. Proposition d'un processus organisationnel d'apprentissage en boucle double (Argyris et Schön, 2002), à partir des variables culturelles et relationnelles

A partir de ces éléments et de leur croisement, un processus d'apprentissage en boucle double (Argyris et Schön, 2002), faisant écho au quatrième principe du modèle holographique de Morgan (1989) « apprendre à apprendre », tend à s'esquisser en vue d'accompagner les différents niveaux de changement étudiés dans cette recherche. Il est à noter que ces derniers prennent place dans un contexte de transformation globale nécessitant, tant au niveau des acteurs de terrain que des tutelles :

- Une adaptation des organisations internes et/ou territoriales.
- Une modification du rapport à l'environnement et au territoire.
- Une remise en question des systèmes relationnels en vigueur.
- Une évolution des modes de fonctionnement, des pratiques et des métiers.
- Avec pour objectif de parvenir à établir un nouveau modèle de jeu et une capacité d'action conjointe entre l'ensemble des acteurs de l'écosystème.

Cette modélisation met particulièrement l'accent sur une démarche qui se veut progressive, permettant de concilier changement culturel, organisationnel et enjeux relatifs à la mise en place d'une politique publique de santé. La variable culturelle se situe au cœur des mécanismes mobilisés.

Les 4 étapes identifiées précédemment sont reprises ici en vue de leur conceptualisation au sein d'une représentation générique :

**Phase 1 → Rencontre culturelle :** Elle se caractérise par une démarche initiale d'instauration d'un espace de rencontre culturelle en vue de favoriser, au préalable, la mise en place d'un premier niveau de dialogue entre les acteurs concernés par la mutation. Nous y associons la nécessité, dès cette étape, de définir le cadre dans lequel prendra place le changement, afin d'afficher une stratégie d'action explicite auprès des acteurs en vue de leur apporter de la lisibilité mais aussi réduire les zones d'incertitude particulièrement propices aux jeux d'acteurs. L'objectif dans cette phase est de casser, ou du moins tenter d'endiguer, la formation et l'exacerbation de cercles vicieux comportementaux et de mécanismes défensifs qui représenteraient un frein au processus d'apprentissage en boucle double et susceptibles de bloquer le changement (Argyris et Schön, 2002 ; Crozier et Friedberg, 1977). Il s'agit, entre autres, de poser les fondements d'un processus d'évolution relationnelle entre les acteurs en vue d'ouvrir un espace de négociation et ainsi tendre vers un niveau de confrontation constructif, en utilisant le cas échéant, le conflit comme un levier (Hatch et Cunliffe, 2009 ; Follett in Mousli, 2005).

Phase 2 et 3 : Les deux phases suivantes amorcent un deuxième niveau de rapprochement culturel et relationnel en intervenant, de manière graduelle, sur les théories d'usage des acteurs, via un travail sur les différentes composantes de leur tissu culturel :

**Phase 2 → Convergence culturelle :** nous suggérons, tout d'abord, de s'axer plus spécifiquement sur les dimensions symboliques (mythes et symboles). De manière concomitante, cette étape intègre aussi les composantes organisationnelles du tissu culturel. Il s'agit de travailler sur les symboles pour proposer une forme de convergence culturelle et relationnelle, en vue de tendre vers la définition d'un nouveau système d'action et de coopération entre les parties prenantes. Cela se traduit, dans cette optique par la construction d'une vision et d'un sens communs et sur un accord sur les rôles et place de chacun dans le système, tout en travaillant à l'élaboration d'une assise organisationnelle pour appuyer ces éléments. Il est préconisé de recourir à des supports pour soutenir cette démarche (exemple : projet de service pour le DAC, programmes et diagnostics territoriaux concernant

l'organisation territoriale de santé, travail sur la définition des compétences distinctives des acteurs et leur complémentarité pour l'ARS).

**Phase 3 → Intégration culturelle** : Elle vise l'intégration des composantes symboliques du tissu culturel dans les rites et les routines des acteurs. Elle correspond à la phase d'appropriation et d'ajustements, via l'opérationnalisation et la mise en pratique. L'objectif est de transcrire le travail de conceptualisation réalisé à partir des éléments symboliques au sein des pratiques et modes de fonctionnement des acteurs.

Ainsi, trois phases **d'évolution culturelle et relationnelle** sont mises en évidence allant **de la rencontre à la convergence jusqu'à l'intégration**. L'enjeu est de parvenir à **développer un nouveau modèle de jeu et une capacité d'action conjointe**. Le travail sur la culture est appréhendé comme un levier en vue de tendre vers cette finalité. Dans ce cadre :

- Nous nous appuyons sur une démarche visant une « évolution » culturelle.
- Reflétée par l'usage délibéré des termes de « rencontre », « convergence » et « intégration » culturelle.
- Plutôt qu'un « changement de culture », qui sous-entend dès lors que nous serions en capacité de gérer la culture.
- De plus, la notion de « capacité d'action conjointe » et l'accent mis sur la dimension relationnelle permettent de mettre l'accent sur la finalité poursuivie : parvenir à l'établissement de nouvelles règles du jeu entre les acteurs permettant de réguler leurs coopérations.

**Phase 4 → Institutionnalisation** : La 4<sup>ème</sup> phase, quant à elle, prend en compte un double enjeu d'institutionnalisation (Di Maggio et Powell, 1983), bien que de nature différente :

- **Une institutionnalisation au niveau des théories d'usage des acteurs**. Il concerne la consolidation des changements culturels opérés au sein de la théorie d'usage des acteurs en vue de les ancrer « dans les pratiques organisationnelles, tout en préservant un certain degré de flexibilité et d'ouverture pour les changements suivants » (Hatch et Cunliffe, 2009, p. 39).

Cette phase pourrait s'envisager comme la nécessité de parvenir à un équilibre hybride entre institutionnalisation et capacité d'adaptation culturelle, à travers le développement d'une culture de l'apprentissage en boucle double continue permettant de faciliter l'intégration des changements futurs.

Afin de développer un tel modèle culturel dont les ressorts et la mise en œuvre concrète peuvent paraître abstraits et quelque peu trop conceptuels, nous proposons de l'appréhender, d'un point de vue managérial, à travers la capacité stratégique de l'organisation à faire évoluer ses ressources et plus particulièrement ses compétences distinctives (Johnson et al., 2017). Comme nous l'avons mis en évidence, ces dernières apparaissent fortement reliées à la culture de l'organisation. De ce fait, un travail sur l'évolution des compétences apparaît comme un vecteur pertinent car il renvoie à la nécessité de questionner le noyau à partir duquel elles se forment (à savoir la théorie d'usage des acteurs).

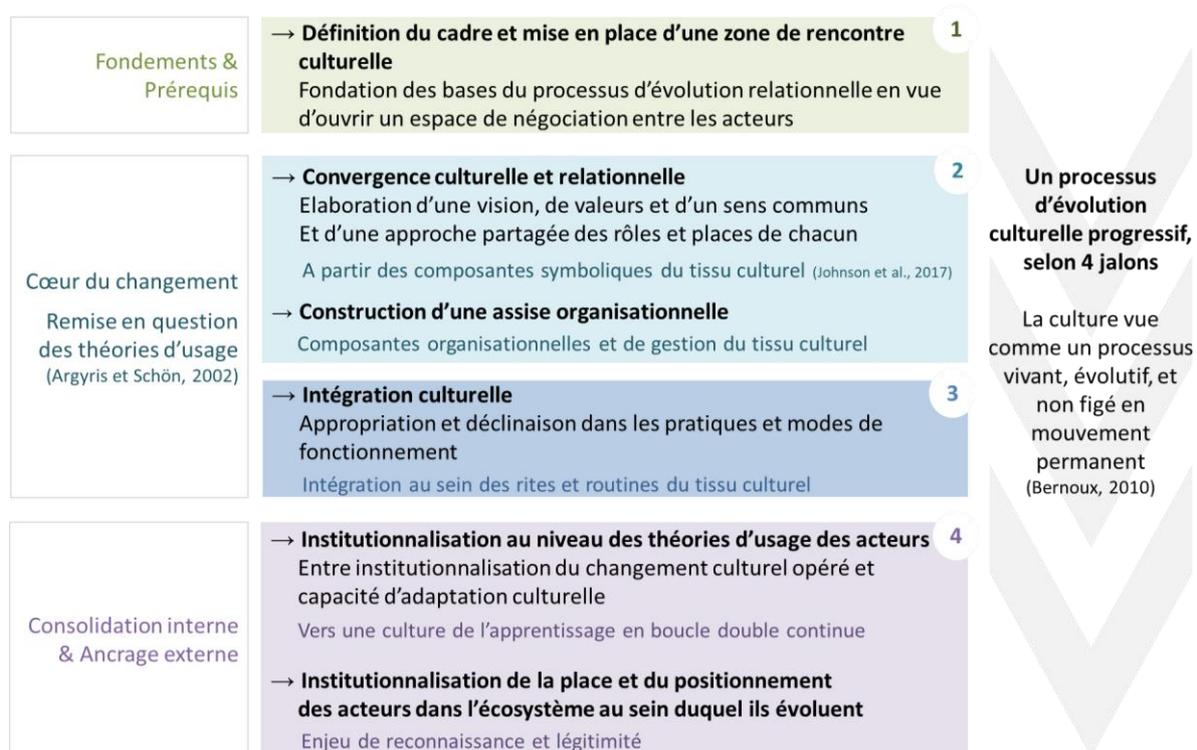
Dans ce cadre, David Teece a introduit le concept de capacités dynamiques qu'il définit comme « l'aptitude d'une organisation à renouveler et à recréer ses ressources et ses compétences afin de répondre aux exigences d'un environnement mouvant » (Johnson et al., 2017, pp. 135-136).

- **Une institutionnalisation au niveau de l'écosystème dans lequel les acteurs évoluent.** Cette phase d'institutionnalisation renvoie, dans notre modèle, à la place et au positionnement des acteurs dans l'écosystème externe au sein duquel ils naviguent. Cela fait notamment écho aux notions de légitimité et de reconnaissance qui ont été exprimées, dans les entretiens menés, tant par les acteurs de terrain que les tutelles.

Ce processus d'apprentissage en boucle double ne se veut pas universel, il doit au contraire s'adapter à chaque contexte. Il faut également différencier le niveau d'intégration culturelle en fonction de la nature de l'organisation, des objectifs, des enjeux et du contexte. Nous proposons ainsi une graduation du processus d'intégration culturelle, allant :

- De l'établissement d'un espace culturel entre des acteurs appartenant à des organisations différentes mais étant amenés à coopérer, chacun représentant un maillon de la chaîne de l'écosystème.
- Jusqu'à l'établissement d'une culture forte et dominante au sein de l'organisation interne.

FIGURE 43 : MISE EN PLACE D'UN PROCESSUS D'APPRENTISSAGE EN BOUCLE DOUBLE (ARGYRIS ET SCHÖN, 2002), A PARTIR DES VARIABLES CULTURELLES ET RELATIONNELLES



### Section 3 : Management des systèmes de relations entre acteurs : évolution, redéfinition et remise en question

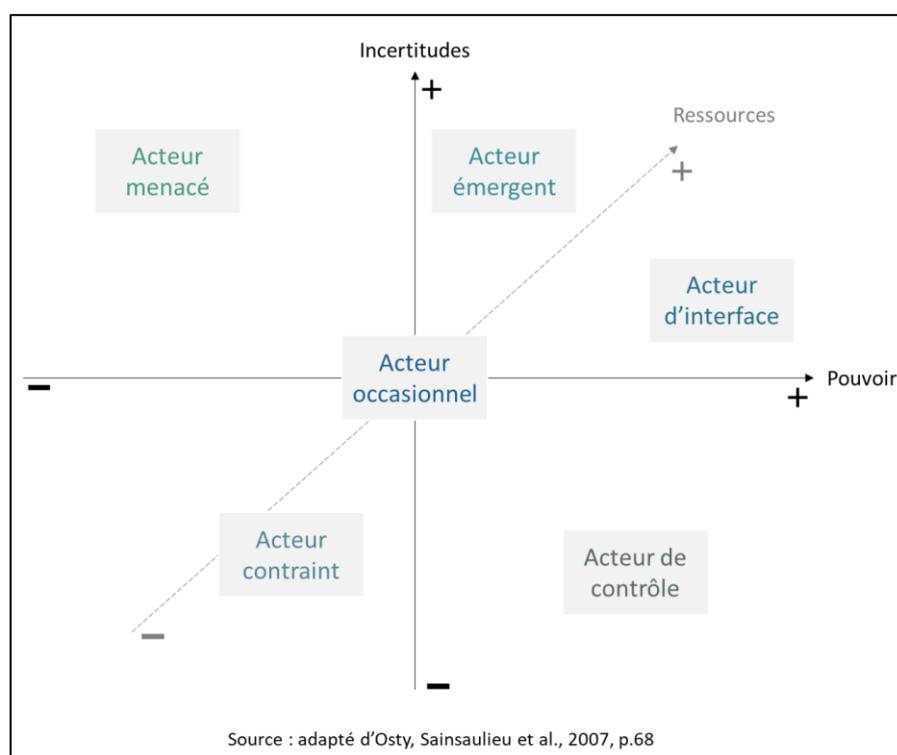
#### A. Le recours à la typologie proposée par Osty et al. (2007)

Le changement à l'œuvre rebat progressivement les cartes du positionnement des différents acteurs et tend à modifier la place de chacun sur l'échiquier. Au regard de la mise en perspective de nos résultats avec la typologie proposée par Osty et al. (2007), nous avons caractérisé la reconfiguration de la position de chacune des parties prenantes étudiées et de leurs jeux de pouvoir. Elle met en évidence une distorsion du système relationnel et du modèle de « jeu » actuel (Crozier, 1994), venant perturber les équilibres précédents que ce soit :

- Entre les acteurs des dispositifs de coordination.
- Entre les acteurs de l'ARS.
- Entre les acteurs de terrain et l'ARS.

Même si dans certains cas cette évolution semble encore s'esquisser timidement et de manière parcellaire, cela démontre l'impact du changement sur les systèmes relationnels et met en lumière l'importance de la prise en compte de ces derniers.

FIGURE 44 : TYPOLOGIE DES ACTEURS



Nous avons retenu trois figures principales qu'Osty et al. (2007) définissent ainsi :

- **L'acteur menacé** : « Il tire son pouvoir d'une position d'expertise, qui lui procurait auparavant une position dominante dans le jeu social. Les changements techniques, organisationnels et gestionnaires ont eu pour conséquence de modifier la nature des savoirs professionnels pertinents et de limiter la ressource essentielle de pouvoir de cet acteur » (Osty et al., 2007, p. 67).

- **L'acteur émergent** : « Renforcé par des changements organisationnels et gestionnaires récents, valorisé par l'entreprise, l'acteur émergent se caractérise par un jeu offensif qui le promeut au rang des acteurs forts » (Osty et al., 2007, p. 70).
- **L'acteur de contrôle** : « Cet acteur se définit par un pouvoir organisationnel lié au contrôle des règles et des moyens de fonctionnement » (Ibid., p. 68).

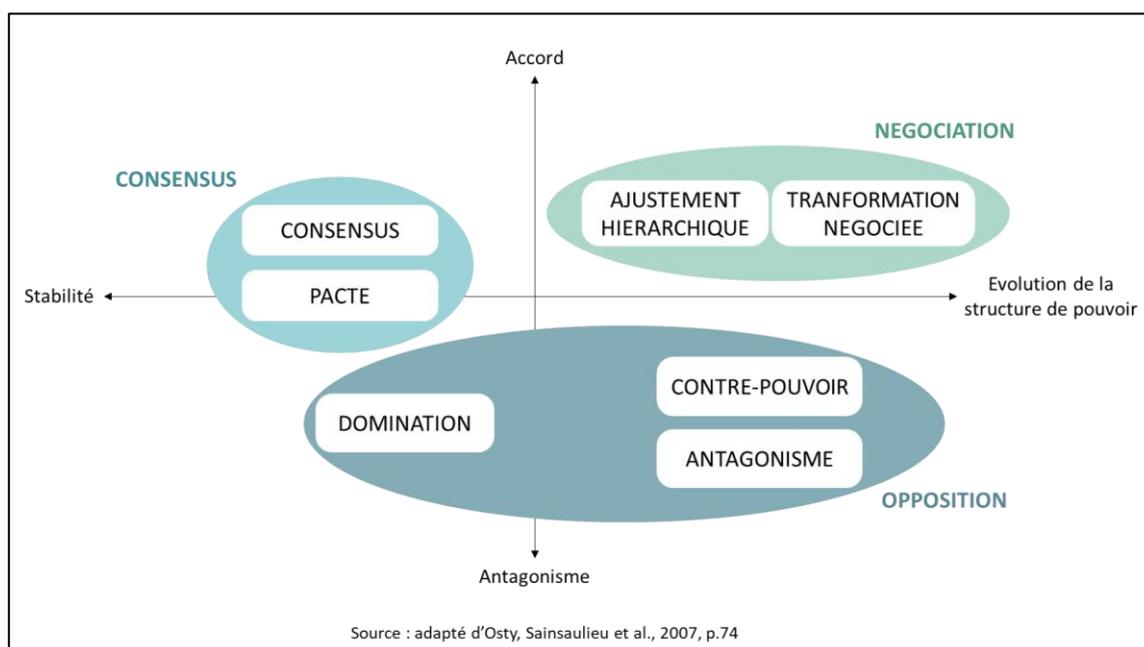
TABLEAU 56 : REPOSITIONNEMENT DES ACTEURS DANS LE CADRE DU CHANGEMENT ETUDIE

Acteurs	Position dans le changement Typologie d'Osty et al. (2007)	Précisions
Dispositifs de coordination <b>MAIA</b>	« L'acteur menacé »	<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Fortement valorisées institutionnellement, leur modèle et leur position dans la hiérarchie du prestige sont remis en cause.</li> <li>◦ Elles constituent le plus souvent, en Ile-de-France, l'absorbé dans le cadre de la mise en place des DAC.</li> </ul>
<b>Réseaux de santé</b>	Entre « l'acteur menacé » et « l'acteur émergent »	<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Bien que les DAC franciliens reposent majoritairement sur les fondations des réseaux de santé et soient appréhendés comme une forme de continuité dans l'évolution des réseaux, il apparaît néanmoins une forme d'effacement de l'identité et des mythes fondateurs du réseau au profit du DAC.</li> </ul>
<b>DAC créés ou en cours de constitution</b>	Entre « l'acteur menacé » et « l'acteur émergent »	<p>En fonction des territoires, les DAC nouvellement formés ont pu voir leur positionnement évoluer :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Certains ayant pu ou su tirer profit du changement engagé (« acteur émergent »), suscitant ou profitant d'opportunités.</li> <li>◦ Et d'autres n'ayant pas été en capacité ou en situation de promouvoir ou maintenir leur position (« acteur menacé »).</li> </ul>
<b>FACS Ile-de-France</b>	« L'acteur émergent »	<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Elle a su tirer profit du changement engagé en se positionnant comme un acteur d'interface entre la tutelle et les acteurs de terrain, devenant l'interlocuteur de l'ARS région.</li> <li>◦ Elle a également engagé une évolution de son positionnement : d'une orientation politique vers une orientation opérationnelle, moins clivante vis-à-vis des tutelles.</li> </ul>
L'ARS Ile-de-France <b>Siège régional</b>	« L'acteur de contrôle »	<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Il est en charge de la définition du cadre régional stratégique et est doté d'un pouvoir de régulation vis-à-vis des acteurs de terrain.</li> <li>◦ De plus, malgré des premiers mouvements de changement incrémentaux, il continue à exercer un contrôle et un ascendant relationnel sur les délégations départementales.</li> </ul>

<b>Délégations départementales</b>	« L'acteur émergent » progressif mais dont la position reste encore fragile	<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Bien que promues, dans le cadre de la théorie professée, comme l'un des acteurs forts de la transformation des ARS, l'évolution effective de leur place dans l'organisation reste, à ce stade, très partielle et variable, même si des premiers changements incrémentaux se sont engagés.</li> <li>◦ Il ressort une difficile remise en question de la relation d'ascendance du siège de l'ARS (« acteur de contrôle ») sur les délégations départementales (« acteur émergent ») et dont la place a été longtemps amoindrie et peu valorisée.</li> </ul>
------------------------------------	---	--

L'analyse des systèmes relationnels entre acteurs, à partir de nos résultats interprétés à l'aune de la classification établie par Osty et al (2007), nous fournit également un indicateur pertinent du changement à l'œuvre :

FIGURE 45 : TYPOLOGIE EMPIRIQUE DES SYSTEMES DE RELATIONS ENTRE ACTEURS



Éléments de définition :

Osty et al. (2007) ont proposé une classification identifiant 3 ensembles de structures de relations, au sein desquels ils ont distingué 7 figures types.

**Les figures du consensus** sont « structurées par des règles tacites de partage des rôles et d'accord sur les finalités de l'organisation. Elles se reproduisent dans un mouvement dynamique, où les jeux de chacun convergent finalement vers un accord global sur la marche à suivre [...] » (Osty et al., 2007, p. 86).

- **Le pacte** : Cette figure « superpose deux systèmes d'action distincts, articulés par une entente menant à une coexistence pacifique » (Ibid.)
- **Le consensus** : « Les enjeux et les divergences éventuelles entre les différents acteurs se trouvent fortement pondérés par un système culturel imposant une norme consensuelle autour d'un projet partagé » (Ibid.).

**Les figures de l'opposition :** Ici, « la dynamique sociale résulte de la confrontation de forces opposées » (Osty et al., 2007, p. 75).

- **La domination :** Elle est généralement caractéristique des organisations tayloriennes et repose sur un système social régulé par un rapport de force entre des acteurs hégémoniques et des acteurs disposant de ressources plus limitées ou moins valorisées (Ibid., p. 76).
- **Le contre-pouvoir :** Il constitue un schéma opposé. « On y retrouve la configuration de la pyramide inversée », où « les acteurs forts du système se situent au plus près de la production » (Ibid., p. 77). Dans notre cas, ils se positionnent au plus près du territoire et des acteurs de santé.
- **L'antagonisme :** Il « est marqué par la confrontation de deux blocs professionnels aux enjeux divergents » (Ibid., p. 75).

**Les figures de la négociation :** Dans ce schéma relationnel, « chacun des acteurs a du poids » (Ibid., p. 81). Les organisations analysées par les auteurs « ont la particularité d'avoir connu une redistribution récente des ressources de pouvoir, sous l'effet de divers changements dans le fonctionnement » (Ibid., p. 81).

- **L'ajustement hiérarchique :** Non retenu dans notre cas pour caractériser les systèmes relationnels, au regard de nos résultats.
- **La transformation négociée :** Elle « distribue la dynamique d'invention de nouvelles règles aussi bien horizontalement, que verticalement » (Ibid., p. 81). Elle repose sur la « constitution d'accords entre rationalités différentes » et introduit « une dynamique d'invention de nouvelles règles du jeu » (Ibid., p. 83). « La dynamique collective qui se dégage d'un tel système est fondée sur de fortes mobilisations d'acteurs, sur des rapports de négociation directe et sur l'élaboration progressive de nouvelles régulations » (Ibid., pp. 85-86).

#### B. Entre l'ARS Ile-de-France et la FACS régionale : « Le pacte »

La structure du « pacte » semble la mieux rendre compte des rapports qui s'établissent entre ces deux acteurs où les jeux de chacun convergent vers un accord global, tout en reposant sur la reconnaissance mutuelle de la place et du rôle de chacun. Le recours au terme « pacte » pour qualifier la relation établie reflète, selon nous, sa nature qui repose sur une forme d'accord tacite conclue entre les parties prenantes :

- L'ARS s'appuie sur la FACS régionale pour assurer l'interface avec les acteurs des DAC et est amenée à lui déléguer des missions spécifiques en vue d'appuyer le déploiement du changement. La FACS est, dans ce contexte, un opérateur de l'ARS région.
- En contrepartie, elle octroie une forme de liberté d'action à la FACS et lui permet d'asseoir sa légitimité au sein de l'écosystème de santé, en la positionnant comme son interlocuteur régional et en reconnaissant son rôle de « syndicat » des DAC.
- Il pèse toutefois sur la FACS la possibilité d'un contrôle plus accru de la part des tutelles, la viabilité de cette dernière étant conditionnée par le financement octroyé par l'ARS et l'atteinte des objectifs qui lui sont fixés par la tutelle au sein du CPOM. Le pacte conclu se traduit, dès lors, par la mise en place d'une forme de coopération-contractualisée.

Chacune des deux parties prenantes tend à utiliser l'autre en vue de servir sa stratégie et ses enjeux propres. Nous notons l'absence de conflits. Le dialogue et la confiance ressortent, par ailleurs, comme des éléments forts de la relation.

### C. Entre les dispositifs de coordination : entre « consensus » et « antagonisme »

A travers l'adoption d'une posture d'appui de l'ARS et la volonté de laisser la main aux acteurs pour s'auto-organiser dans les territoires, en concordance avec la théorie professée du paradigme du parcours, l'objectif de l'ARS était de favoriser une dynamique de consensus entre les acteurs. Comme nous l'avons mis en évidence dans l'axe précédent, dans certains cas, les acteurs sont parvenus à un accord. Un processus progressif d'ajustement et d'auto-régulation entre les parties prenantes s'est établi autour de la construction d'un projet partagé et de finalités communes, permettant de tamiser l'existence de tensions intermédiaires initiales.

Mais, dans d'autres territoires, nous avons, au contraire, assisté à l'exacerbation de la relation d'antagonisme préexistante vers un niveau de conflit, voire d'oppositions profondes entre les protagonistes. Cela a donné lieu à un départ important d'acteurs, plus particulièrement marqué du côté des MAIA voire à la fermeture de structures, permettant d'une certaine manière de résoudre la problématique conflictuelle mais conduisant aussi à la perte de compétences distinctives. Cela fait écho à l'identification, au sein de notre proposition de modélisation opérationnelle du processus de changement, d'une étape initiale visant l'établissement préalable d'une zone de rencontre culturelle.

### D. Entre les tutelles et les dispositifs de coordination : « la transformation négociée »

Au regard des résultats mis au jour, tant au niveau de la théorie professée au cœur de laquelle prend place le paradigme du parcours que du processus de changement mis en œuvre, nous constatons que les tutelles semblent privilégier la figure relationnelle de la « transformation négociée ». Osty et al. (2007, p. 83) précisent, dans cette perspective, que « ce système d'action apparaît dans les entreprises engagées dans une profonde modernisation de leur fonctionnement [...] qui a pour effet de déplacer les clivages antérieurs et de polariser l'ensemble du système social sur l'invention de nouvelles postures de coopération ». Dans notre cas, bien que le changement s'opère dans un cadre coercitif (la loi imposant le regroupement des dispositifs de coordination au sein d'une entité unique), sa mise en œuvre repose à la fois sur un principe de co-construction avec les acteurs de terrain et une autonomie laissée à ces derniers pour s'organiser au sein des territoires. De plus, les tutelles promeuvent une posture « d'appui » aux protagonistes locaux, terme qui semble remplacé, dans les verbatims, ceux de pilotage et de régulation (nous y reviendrons plus précisément dans l'axe suivant). Une forme de coopération semble, par ailleurs, se mettre en place au niveau local entre des DAC et certaines délégations départementales qui tendent à recourir aux DAC pour porter certaines missions spécifiques complémentaires et/ou pour appuyer leur stratégie d'animation et de coordination territoriale. Cette dynamique prend place dans une logique gagnant-gagnant puisque cela contribue, en contrepartie, à favoriser l'ancrage territorial et la reconnaissance du rôle des DAC dans l'écosystème de santé.

### E. Entre les acteurs de l'ARS : entre « domination » et « contre-pouvoir »

Même si le recours à ces figures s'appréhende ici de manière moins marqué que dans la définition proposée par Osty et al. (2007), il permet de caractériser les dynamiques relationnelles qui semblent à l'œuvre au sein de l'ARS, dans le cadre du changement interne mené. Les résultats ont mis en avant un ascendant historique du siège sur les délégations départementales, pouvant avoir donné lieu, pendant longtemps, à la perception de délégations départementales cantonnées à une fonction d'exécutant face au siège, maître de la stratégie et concentrant les pouvoirs de décision. Le changement engagé, visant à repositionner et valoriser les délégations départementales, tend à réinterroger cette configuration des rapports de force pouvant, à terme, conduire à l'instauration d'une forme de « contre-pouvoir ». Nous l'avons vu, plusieurs des délégations interrogées tendent à

faire valoir leur position, en s'appuyant notamment sur les leviers procurés par les orientations nationales actuelles et l'environnement externe. Le territoire constitue également un élément fort de leur stratégie. Ce dernier est positionné comme un des piliers sur lequel repose la théorie professée de la transformation du système de santé, visant la constitution d'un réseau territorialisé des acteurs de santé, structuré autour des parcours de santé. Certaines délégations départementales interrogées, à travers leur ancrage local et leur mission d'animation territoriale, se positionnent, dès lors, comme un acteur central pour faciliter ce processus. L'objectif poursuivi serait de parvenir, à travers la confrontation de ces deux dynamiques relationnelles, à l'établissement d'un nouvel équilibre propice à la coopération entre ces deux échelons, valorisant la plus-value d'une complémentarité de leurs compétences distinctives respectives. Dans ce cadre, la Mission transformation interne de l'ARS semble s'appuyer sur les ressorts d'une transformation négociée, à travers, entre autres, la mise en place de zones de rencontre culturelle entre les parties prenantes et d'espaces d'expérimentation de nouveaux modes de collaboration ou en s'appuyant sur les leviers fournis par le contexte externe. La gestion de la crise sanitaire du COVID, a permis, par exemple, d'opérationnaliser, sur certains sujets, les principes établis au sein de la stratégie de transformation de l'ARS.

#### F. Proposition d'un management des systèmes relationnels

Ces éléments mettent en avant la volonté des tutelles de privilégier les figures de la négociation et du consensus pour conduire le changement et tenter de faire évoluer le système relationnel en place avec et entre les acteurs de terrain. La typologie des systèmes de relations montre ainsi que les rapports de pouvoir entre acteurs ne se structurent pas uniquement sur le principe du conflit et de la domination. Mais, comme nous l'avons vu, un tel processus relationnel nécessite un accompagnement. Faute de quoi, un risque important de dérive se profile, pouvant donner lieu à un renforcement ou un basculement des rapports entre les parties prenantes vers les figures de l'opposition. Ce risque apparaît d'autant plus important, lorsque les théories d'usage des acteurs et leurs univers comportementaux sont marqués par la préexistence de structures d'opposition anciennes et particulièrement ancrées.

Cela marque également une évolution du positionnement des autorités vis-à-vis des acteurs de santé. Les mécanismes de régulation traditionnels devenant inadaptés pour conduire les changements actuels, au regard de la nature de ces derniers et de l'évolution du contexte, les tutelles se voient contraintes de les combiner à d'autres modalités de régulation, reposant davantage sur le ressort relationnel. Selon Osty et al. (2007, p. 86), la négociation et le consensus apparaissent, de ce fait, comme « des configurations de pouvoirs alternatives » où « les divergences d'intérêt trouvent une issue par le rapprochement des positions et l'élaboration de compromis ». Cela montre aussi, que dans le cadre du changement étudié, le pouvoir devient davantage distribué entre les acteurs, lié à une forme d'interdépendance entre ces derniers.

De plus, Osty et al. (2007, p. 92) précisent que, dans la période contemporaine, « la multitude d'incertitudes nouvelles à maîtriser, la diversification des enjeux et scènes de jeux font entrevoir des systèmes plus ouverts et plus évolutifs ». Les éléments contextuels présentés dans la première partie de notre recherche montrent que le secteur de la santé n'en est pas exempt. Le développement par les tutelles d'une nouvelle forme de gouvernementalité sanitaire (Aubert et al., 2020) témoigne d'ailleurs de cette évolution d'un système de régulation traditionnel des autorités sanitaires vers un système de relation négociée entre et avec les acteurs de terrain. En effet, le changement consiste ici à rebattre les cartes du jeu actuel. Il s'agit de favoriser la coopération et la co-construction entre les parties prenantes en vue de parvenir à la constitution d'un réseau territorialisé d'acteurs appartenant à des structures distinctes, relevant de cultures et logiques métiers différentes mais aussi dotés

d'enjeux propres. Dans ce contexte, imposer la coopération semble difficile. Crozier (1994, p.52) précise que « si on ne peut plus gouverner par les règles ou par les ordres, la seule façon de maintenir le minimum de contraintes indispensables à la coordination des efforts, c'est de s'appuyer sur la culture que secrète tout groupe humain ayant une communauté d'objectifs. La découverte de l'importance du culturel dans l'orientation du comportement devient alors un nouvel élément essentiel du raisonnement sur l'action » (Crozier, 1994, p. 52). La composante relationnelle devient prépondérante, étant étroitement imbriquée, comme nous l'avons vu, aux schémas culturels des acteurs.

Ces éléments d'analyse nous amènent, par conséquent, à abonder notre modélisation du processus de changement, s'appuyant sur le concept de l'apprentissage en boucle double (Argyris et Schön, 2002). L'ensemble des quatre jalons identifiés doit s'appuyer sur la mobilisation de modalités de management spécifiques. En effet, l'évolution des systèmes relationnels, ou dit autrement des univers comportementaux (Argyris et Schön, 2002), et la mise en place de nouvelles règles du jeu nécessitent d'être accompagnées et régulées. Pour Crozier (1994, p. 63), « le rôle le plus déterminant du management n'est pas de donner des ordres impératifs et d'imposer des règles universelles, mais d'organiser les tâches, les relations internes et externes qui définissent le jeu, et de soutenir les règles coutumières qui le rendent possible ». Nous proposons de recourir à **un management dit des systèmes relationnels qui se caractérise**, au regard de notre analyse et interprétations de nos résultats, **par 3 dimensions principales :**

- Un management des coopérations impliquant, entre autres :
  - Une « écoute de la culture » des organisations en présence et une compréhension fine des systèmes relationnels en vigueur (Crozier, 1994).
  - L'identification des enjeux et stratégies propres des acteurs en présence, des sources de divergence mais aussi des points de rencontre et complémentarités.
  - L'adoption d'une autre vision du conflit et de la confrontation entre acteurs comme inhérent à la vie de l'organisation et témoignant de l'existence de différences et diversités sur lesquelles il s'agit de s'appuyer pour améliorer l'organisation.
  - Une forme de médiation interculturelle entre les acteurs.

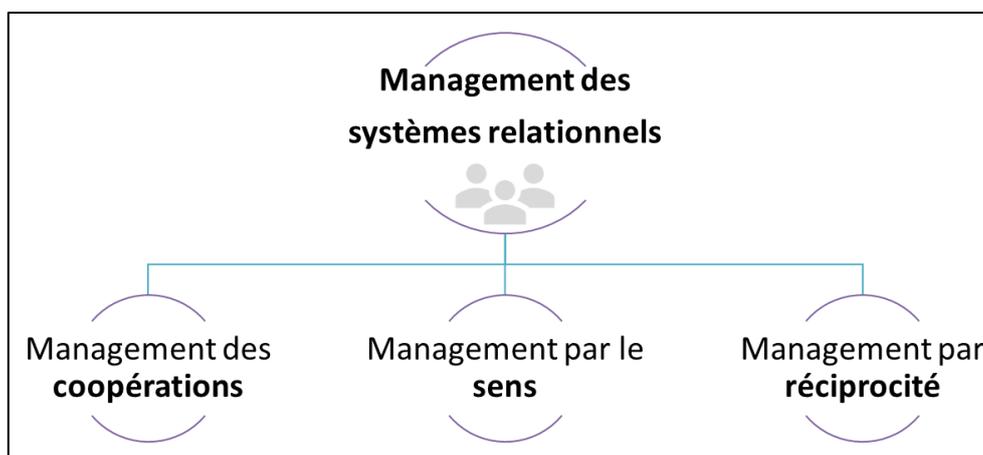
L'objectif poursuivi est de parvenir à identifier les règles du jeu actuel afin de s'appuyer sur ces dernières pour mobiliser et embarquer les acteurs, tout en recourant à une forme de médiation interculturelle visant à favoriser le dialogue et les points de rencontre entre les parties en présence. La finalité étant d'accompagner une évolution du jeu actuel et de développer une capacité d'action conjointe.

- Un management par le sens (Trosa et Bartoli, 2011) visant à redonner du sens et construire une vision commune fédératrice en replaçant la cible de l'action au centre des discussions, à savoir, ici, le patient.
- Un management par réciprocité s'appuyant, plus particulièrement, sur les ressorts suivants :
  - La reconnaissance du rôle et de la légitimité de chacun des acteurs.
  - Le développement d'un rapport de confiance entre les parties prenantes.
  - Une logique gagnant-gagnant.

- Le rapport entre « managers » et « managés ». Il s'agit de « jouer » sur le lien d'interdépendance qui les unit. Dans le cas de notre recherche, l'ARS a besoin d'identifier des « alliés » parmi les acteurs présents dans les territoires afin de faciliter l'adhésion et le déploiement opérationnel de ses orientations stratégiques. En contrepartie, les acteurs de terrain ont besoin du soutien de la tutelle pour faire avancer leurs projets (financements, moyens, etc.) et assoir leur position.

Ces éléments sont apparus comme des axes forts ressortant de nos résultats, tant au niveau des acteurs de terrain que des tutelles.

FIGURE 46 : MODELE DE MANAGEMENT PROPOSE



Dans un contexte de réformes qui poussent les tutelles à travailler autrement, l'ARS se trouve ainsi soumise à un enjeu managérial fort, relatif à sa capacité à coopérer avec et à faire coopérer entre eux les acteurs de santé des territoires, en vue de développer une forme d'auto-organisation de santé territoriale (en référence au modèle holographique de Morgan – 1989).

Selon Crozier et Friedberg (1977, p.113), « le jeu est l'instrument que les hommes ont élaboré pour régler leur coopération. C'est l'instrument essentiel de l'action organisée ». La logique d'appui aux acteurs et de co-construction que semblent vouloir adopter les autorités sanitaires, soutenue par le recours à des figures relationnelles basées sur la négociation et le consensus, traduit la volonté des tutelles de parvenir à établir un nouveau jeu pour régler la coopération entre les acteurs. Cela s'illustre jusqu'au niveau national, à travers la valorisation importante du travail de co-construction de la réforme des DAC entre tutelles et acteurs de terrain. L'instauration d'instances de gouvernance transversales et de groupes de travail impliquant les acteurs de terrain en constituant, à ce titre, des symboles forts particulièrement mis en avant par les autorités nationales. A travers cette démarche, l'enjeu pour les tutelles est de faciliter l'adhésion au changement par les différents interlocuteurs locaux afin de légitimer les réformes et orientations définies. De leur côté, cela confère une marge de manœuvre plus grande aux acteurs de terrain pour faire entendre leurs voix.

Néanmoins, cela se trouve étroitement corrélé à la définition du positionnement des tutelles et à la nécessité de parvenir à un équilibre entre son rôle de tutelle régulatrice et tutelles partenaires en appui des acteurs de terrain. En effet, nous nous situons, ici, dans un contexte particulier visant la déclinaison d'une politique publique de santé. Il convient donc de parvenir à une adéquation entre autonomie des acteurs et régulation par les autorités de santé, faisant, dès lors, écho aux 3<sup>ème</sup> principe de Morgan relatif à la spécification critique minimale. Nous relierons ce principe au cadre mis en place pour accompagner le changement et qui constitue l'axe suivant de notre propos.

## Section 4 : Vers un cadre propice à l'évolution de la culture organisationnelle et au développement de nouveaux modes de relations

Selon Crozier (1994, p.203), « aucun être humain, aucune institution ne peuvent s'arroger la mission de forcer autrui à se diriger mieux pour devenir plus efficace ». En revanche, il est possible de « créer les conditions de cet apprentissage ». C'est tout l'objet de ce troisième axe que nous vous proposons de développer ici, en reliant plus particulièrement :

- Les conditions de mise en place d'un cadre propice à une évolution des schémas culturels des acteurs et de leur modes de relation.
- Au positionnement adopté par les concepteurs et accompagnateurs du changement, à savoir les autorités de tutelles.

### A. Le cadre et sa « constitution »

Les résultats qui se dégagent de notre enquête ont révélé la définition par les autorités de santé d'un cadre où la logique d'appui et d'accompagnement aux acteurs de terrain est très présente. Néanmoins, malgré un usage fréquent de cette notion, tant dans les verbatims des tutelles que dans les textes officiels, elle conserve une dimension floue, en raison d'un manque d'explicitation et de définition de celle-ci. Chaque partie prenante y projette alors sa propre conception et approche. Ce qui tend à produire un décalage de sens et d'attente entre les acteurs de terrain et les tutelles, conduisant à ce que nous qualifions d'incompréhension relationnelle entre ces deux entités. En effet, le contenu des entretiens menés révèle généralement une réelle volonté de l'ARS de se positionner en appui couplée à la perception d'avoir effectivement endosser cette posture. Dans le même temps, les professionnels de terrain expriment le sentiment d'une faible présence de l'ARS à leur côté, située à distance, et de laisser parfois des situations s'enliser dans les territoires liées à une prise de position tardive ou peu affirmée, durant la phase de constitution du DAC.

Cela nous permet, dès à présent, d'identifier un premier prérequis conditionnant l'instauration d'un cadre propice : la nécessité de décrire, expliciter et définir le cadre et les éléments clés qui le sous-tendent pour éviter la formation d'incompréhensions relationnelles entre les acteurs.

Certains acteurs d'ARS rencontrés avaient utilisé des termes comme « tendance » et « mode » pour décrire le recours à cette nouvelle posture d'appui, souvent associée par les tutelles à la volonté de laisser la main aux acteurs de terrain pour s'organiser collectivement dans les territoires. Mais cela n'était pas sans les interroger, notamment sur la nécessité de parvenir à déterminer la nouvelle position du curseur concernant le niveau de prescription et de coercition des orientations données aux acteurs de terrain par l'autorité de santé.

De plus, au regard de nos conclusions, il semblerait que cette notion d'appui se substitue à celle de pilotage dans les discours des autorités de tutelle interrogées du niveau national jusqu'à l'échelon local. Un rappel, pour mémoire, des verbatims suivants permet d'illustrer cette dimension :

TABLEAU 57 : UNE LOGIQUE D'APPUI ADOPTÉE PAR LES TUTELLES



Ces éléments laissent apparaître un phénomène de transfert de la décision du niveau national au niveau local. Chacun se positionne en appui de l'autre, lui laissant la main pour définir sa propre stratégie et en assurer le déploiement opérationnel, dans le cadre d'un mécanisme redescendant en ricochet jusqu'au niveau des opérateurs de terrain. Celui-ci est justifié par le principe de « différenciation », relié à la nécessité de garantir une adaptation des politiques de santé aux spécificités et besoins locaux ainsi qu'une agilité organisationnelle des DAC.

Lemoine (2014) met en lumière l'existence de différentes formes de contournement liées à la difficulté de décider, parmi lesquelles figure « **l'éloignement de la décision** », via une « **décentralisation** » de cette dernière, illustrant nos propos ci-dessus. Elle représente, selon nous, le mécanisme principalement à l'œuvre ici, auquel nous pouvons y associer, de manière complémentaire, une forme de **report de la décision**, que l'auteur qualifie de « **procrastination** ». « La non-décision, au niveau organisationnel, est alors vue comme une solution, une action planifiée (Ajzen, 1991), proche du laisser-faire ou de l'illusion de la régulation automatique » (Lemoine, 2014, p. 25). Ce moyen rejoint la notion de « laisser la main aux acteurs » pour s'organiser dans les territoires visant à favoriser l'autonomie et l'auto-régulation des acteurs. Émerge alors le danger de voir certaines situations s'enfermer, entravant fortement la structuration des DAC, notamment en présence d'un niveau de conflit important entre les acteurs de terrain, où les rapports de force et enjeux de pouvoirs sont particulièrement prégnants.

Le risque encouru par cette logique d'appui, en l'absence d'une constitution suffisante de cette dernière, est alors d'aboutir à une non-décision et à une forme de déresponsabilisation de l'autorité de tutelle. Dans notre propos, l'emploi de « constitution » relative à cette logique d'appui suggère :

- D'en expliciter le sens et le périmètre (en vue d'éviter les incompréhensions relationnelles).
- De déterminer les conditions de sa mise en œuvre.
- De définir le rôle de l'autorité de tutelle et des ces différents échelons.

- De fixer les limites et les principes de son encadrement en vue d'organiser l'équilibre entre autonomie des acteurs et régulation.

Assurer cet équilibre nous apparaît d'autant plus essentiel dans ce contexte particulier où :

- Le champ des politiques publiques de santé implique, entre autres, l'usage de ressources publiques, la responsabilité de l'Etat, des engagements vis-à-vis de la population, un principe d'égalité en matière d'offre et d'accès à la santé, l'application de textes de lois, etc.

→ *Nécessitant une régulation de l'écosystème.*

- La réussite du changement dans les territoires est conditionnée, nous l'avons décrit, par les capacités des acteurs à construire et coopérer ensemble. Ce qui peut difficilement s'imposer et s'appuyer sur des mécanismes coercitifs.

→ *Contraignant l'Etat à établir des espaces de concertation avec les acteurs de l'écosystème de la santé et à leur accorder plus d'autonomie.*

Dans cette perspective, le recours à la notion d'appui semble pertinente pour tenter de concilier ces deux « contraintes », dans la mesure où elle intègre dans sa constitution la notion d'arbitrage pour réguler le « jeu » entre les acteurs.

#### B. Le cadre et le rôle des concepteurs-pilotes du changement

Néanmoins, une difficulté apparaît pour l'ARS qui doit à la fois endosser une posture d'autorité régulatrice et de financement et une posture d'appui et de coopération avec les acteurs de santé. L'ARS semble prise dans une forme d'injonctions contradictoires : entre se positionner dans son rôle d'autorité de tutelle, tout en devenant partenaire des acteurs de terrain et en leur laissant la main constituant une orientation forte donnée par le Ministère.

Cela fait écho au concept du « couplage sélectif » développé par Pache et Santos (2013), dans le cas d'organisations dites « hybrides ». Les auteurs analysent de quelle manière des organisations hybrides ayant recours à des logiques institutionnelles multiples, voire contradictoires, parviennent malgré tout à une forme de conciliation de ces dernières et à la mise en place d'une stratégie cohérente. Afin d'atteindre leurs objectifs, elles doivent, en effet, parvenir à allier et combiner de multiples valeurs et demandes contradictoires, tout en étant soumises à la nécessité de convaincre les acteurs externes de leur légitimité. Pour résoudre ce dilemme entre des logiques institutionnelles antagonistes, Pache et Santos ont mis au jour ce qu'ils nomment « le couplage sélectif » correspondant à une pratique qu'ils ont pu observer dans certaines entreprises. Celui-ci permet de ne pas opter pour une logique au détriment de l'autre et de ne pas avoir recours à une forme de compromis qui serait insatisfaisant. Il s'agit, au contraire, de combiner les logiques en présence en satisfaisant, de façon sélective, les demandes de chacune d'elles, tout en s'appuyant l'une sur l'autre. Au regard des nouveaux rôles que se voit attribuer l'ARS, elle peut, dès lors, être assimilée à une organisation hybride soumise à la résolution d'un conflit entre deux logiques contradictoires.

Dans ce cadre, l'échelon régional de l'ARS, concernant l'accompagnement au changement des DAC, a opéré le choix suivant :

- S'appuyer sur des prestataires et opérateurs pour jouer ce rôle d'appui à la structuration et organisation interne des DAC (consultants) et à l'harmonisation et mutualisation des pratiques et outils (FACS).

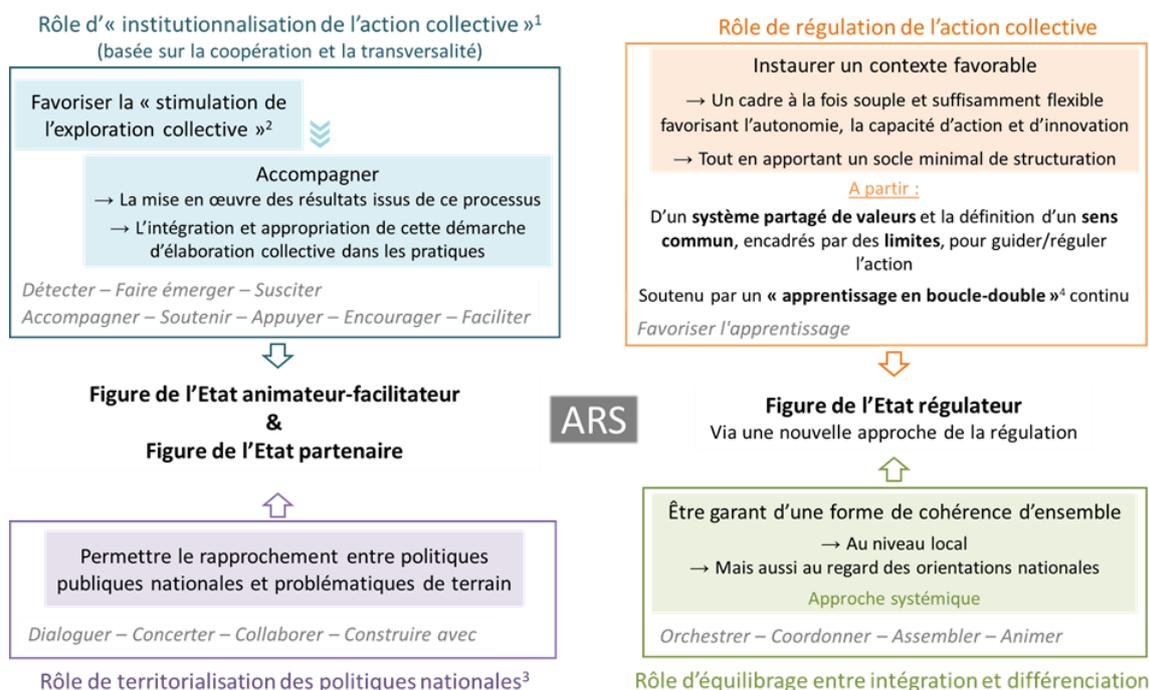
- Mobiliser le niveau local, c'est-à-dire les délégations départementales, pour assurer un soutien à l'ancrage territorial des DAC.

Par ailleurs, la stratégie de transformation interne de l'ARS, à travers son processus de mise en œuvre appelé le « double-mouvement », doit permettre de renforcer et valoriser le rôle d'animateur territorial des délégations départementales, décentralisant ainsi le rôle d'appui et de partenaire de la tutelle vers l'échelon local de l'ARS, situé en proximité des acteurs de santé. Dans le même temps, nous assistons à une centralisation au niveau du siège de certains sujets et fonctions relevant davantage d'une gestion régionale. Ainsi, si nous reprenons la conceptualisation du rôle de l'ARS présentée au sein de notre partie théorique et reprise ci-dessous pour rappel (Figure 17), cette démarche de « double mouvement », que nous pourrions assimiler à une forme de « couplage sélectif », pourrait permettre de procéder à une répartition des rôles où :

- Les Délégations départementales endosseraient les figures de « l'Etat animateur-facilitateur » et de « l'Etat partenaire », renforçant et formalisant leur rôle d'appui et d'acteur interstitiel, en dialogue et proximité avec les acteurs locaux.
- Le siège de l'ARS serait conforté dans la figure de « l'Etat-régulateur » permettant de recentrer celui-ci sur ses missions régaliennes avec un rôle affirmé en matière de décision et de pilotage.

Néanmoins, au stade de notre enquête, ce processus ne s'affirme pas aussi clairement et semble partiellement s'esquisser, constituant davantage une perspective stratégique.

FIGURE 17 : PRINCIPE DE "SPECIFICATION MINIMALE" (MORGAN, 1989) APPLIQUE A L'ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTE, DANS LE CADRE DE L'APPROCHE PARCOURS : ROLES ET FIGURES DE L'ÉTAT



<sup>1</sup>Duran et Thoenig (1996), cité par Aubert et al. (2020)

<sup>2</sup>Cazin (2017), cité par Aubert et al. (2020)

<sup>3</sup>Epstein (2015)

<sup>4</sup>Argyris et Schön (2002)

<sup>5</sup>Jeannin in Rieutord et al. (2020)

Une telle approche permettrait de contribuer :

- D'une part, à la clarification du périmètre et du rôle de chacun des deux échelons de l'ARS ainsi qu'à leur repositionnement en identifiant les implications de ces rôles en termes de missions, profils, compétences et métiers mais aussi, et surtout, en termes de posture.
- D'autre part, à résorber en partie ce phénomène de paradoxe des rôles auquel se trouve soumis l'ARS.

Le recours au « couplage sélectif » doit, dans cette perspective, s'appuyer sur la mise en place d'une stratégie managériale prenant en compte :

- L'évolution des structures organisationnelles de l'ARS.
- Un travail de conceptualisation des rôles clés de l'ARS, et plus particulièrement en termes d'animation territoriale et de pilotage d'une politique publique, qui apparaissent, à ce jour, peu décrits et décryptés.
- Relié à l'identification des compétences et métiers correspondants et la mise en place d'une politique des ressources humaines en ce sens.
- Un travail d'explicitation du couple « Différenciation-Intégration », et notamment des modalités de leur adéquation. Cela doit permettre de cadrer et structurer la conciliation entre :
  - Adaptation aux spécificités territoriales et marge de manœuvre conférée aux délégations départementales.  
    ↳ *Echelon local de l'ARS.*
  - Harmonisation et centralisation visant à garantir un principe d'équité/égalité auprès de la population et la déclinaison des orientations de politiques publiques de santé.  
    ↳ *Echelon régional de l'ARS.*

### C. Le cadre et la stratégie

Enfin, nous souhaitons revenir sur un autre axe de nos résultats. L'analyse du processus de changement à l'œuvre a mis en évidence la perception par les acteurs de terrain d'une stratégie floue de la part des tutelles que ce soit en termes : de cohérence (poursuite de la création de dispositifs de coordination malgré l'objectif d'unification affiché à travers les DAC), de vision mais aussi de moyens et outils à mettre à disposition des DAC pour assurer opérationnellement leur mise en place. Cela tend à s'expliquer par le positionnement de l'ARS qui se voit placer dans une configuration où elle accompagne les acteurs au changement dans la constitution des DAC, sur la base d'intentions stratégiques initiales, tout en concevant la stratégie d'actions pour y parvenir.

Cela se retrouve également dans le cadre de la stratégie de transformation interne de l'ARS. Un des acteurs interrogés, en charge de l'accompagnement de ce changement, a mis l'accent sur le fait qu'une trajectoire a été identifiée mais que le chemin à emprunter pour y parvenir concrètement restait à définir. C'est effectivement ce qui transparaît dans les résultats que nous avons mis en évidence.

Selon nous, cette situation traduit une certaine posture de l'ARS qui semble s'inscrire davantage dans une optique de perspective stratégique émergente (Mintzberg et Waters, 1985, in Autissier et al., 2018), qui se construit « au fil de l'eau », voire « après-coup ». L'appui sur une orientation stratégique

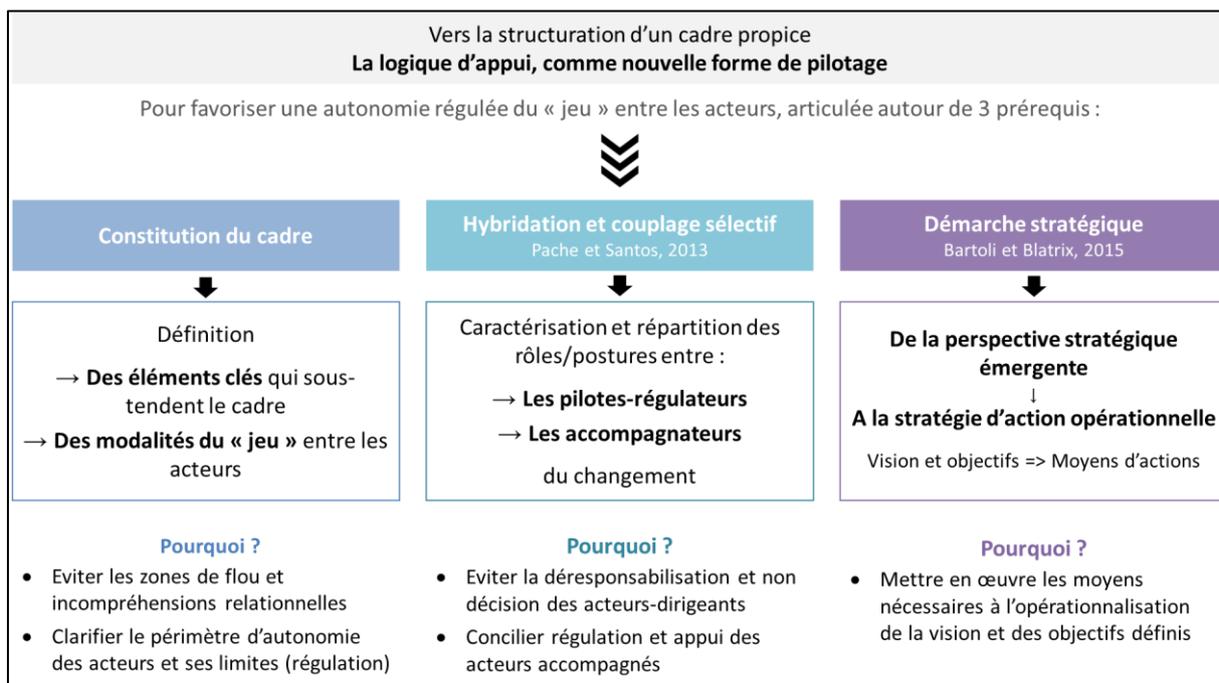
« émergente » offre des avantages car elle s’appuie sur un processus incrémental propice aux ajustements et à la co-construction avec l’ensemble des parties prenantes.

Néanmoins, les résultats de notre recherche ont mis en lumière certaines limites de cette approche qui a pu être génératrice de tensions et d’une forme de défiance des acteurs de terrain envers les tutelles, mettant l’accent sur la nécessité pour les autorités de santé de parvenir à passer du stade de la perspective stratégique de départ à la formalisation d’une stratégie d’actions. Cela sous-entend d’adopter une démarche stratégique globale (Bartoli et Blatrix, 2015, p.212) alliant « conception – formulation » d’intentions initiales et « mise en œuvre - pilotage », tout en conservant une dimension « émergente » propice aux ajustements, favorisant la participation et la mobilisation des acteurs.

**D. Proposition d’une logique d’appui comme nouvelle forme de pilotage pour favoriser une autonomie régulée du « jeu » entre les acteurs**

Nous parvenons ainsi à la conclusion selon laquelle la logique d’appui mise en avant par les autorités de santé nationales et régionales, plutôt qu’une simple substitution à la notion de pilotage, pourrait, au contraire porter les germes d’une autre forme de conception de cette dernière, prenant place au sein des principes de nouvelle gouvernamentalité sanitaire (Aubert et al., 2020). Il s’agirait de guider en donnant le cap et la vitesse, dans le cadre d’un changement appréhendé sous l’angle de l’évolution des schémas culturels et relationnels des acteurs. Mais cela reste conditionné à un certain nombre de prérequis évoqués au fil de nos propos, dont le schéma suivant propose de fournir une modélisation générale :

FIGURE 47 : MODELISATION DE LA LOGIQUE D'APPUI



## Section 5 : Les apports d'une démarche de double changement dans le processus de transformation

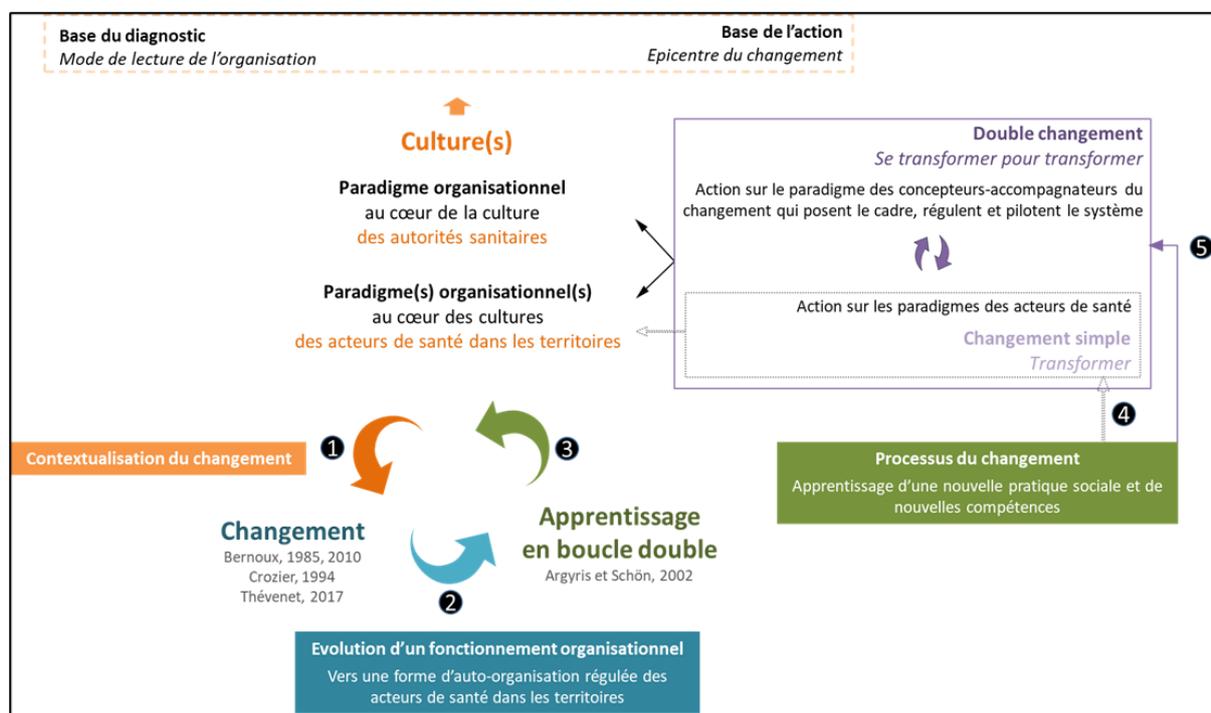
Pour mémoire, notre proposition de recherche avait pour intitulé : « *La réussite du changement sur le terrain passe par la capacité des tutelles de santé territoriales de l'Etat à faire évoluer leurs rôles, postures et principes de fonctionnement* ». Nous avons, dans cette perspective, proposer une modélisation théorique de ce processus de transformation, prenant appui sur les fondements de l'apprentissage en boucle double (Argyris et Schön, 2002) tout en le prolongeant. Pour la qualifier, nous avons eu recours au terme de double changement.

En vue d'atteindre l'organisation territoriale de santé visée par les réformes actuelles (que nous avons caractérisée à partir du concept d'auto-organisation holographique de Morgan - 1989), notre hypothèse reposait sur la nécessité d'agir sur les paradigmes culturels et organisationnels :

- Des acteurs de santé (unité opérationnelle), représentant les cibles du changement,
- Mais aussi des institutions de tutelles (unité stratégique et managériale) en tant que concepteurs-accompagnateurs du changement qui posent le cadre, régulent et pilotent le système.

Pour rappel, nous avons représenté cette relation à travers le schéma suivant :

FIGURE 19 : TRIPTYQUE DE L'APPROCHE CULTURELLE DU DOUBLE-CHANGEMENT



Le croisement des trois axes présentés ci-dessus tend à confirmer cette hypothèse, dans le cas étudié ici. Parmi les points saillants identifiés, nous retenons plus particulièrement les éléments clés suivants :

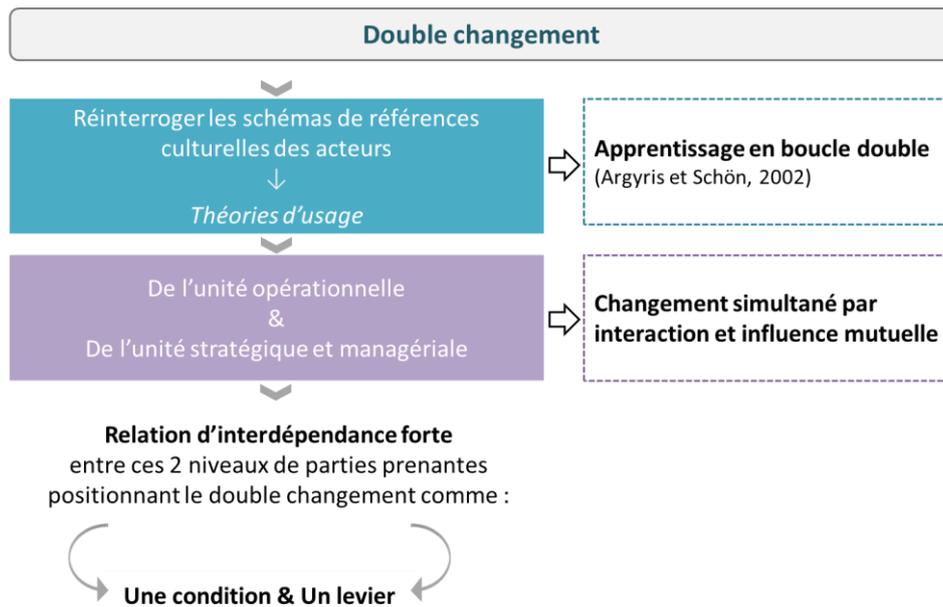
- **L'axe 1** a mis en relief **le lien d'interdépendance entre le changement auquel se voient confrontés les acteurs de terrain, que ce soit au niveau de leur organisation interne et/ou territoriale, et la transformation engagée au sein des institutions de tutelles :**

- Le changement conduit au niveau des acteurs de terrain (défini à travers les orientations nationales de politique publique de santé) amène, voire impose, le changement des autorités de tutelles en vue d'en assurer le déploiement.
  - Et inversement, l'évolution des autorités de tutelles conditionne le changement des acteurs de terrain, de par l'influence qu'elles exercent sur leurs schémas culturels et univers comportementaux.
- L'axe 2 met l'accent sur **l'importance des interactions relationnelles entre les différentes parties prenantes et des postures adoptées** (entre acteurs de terrain / entre niveaux de tutelles / entre acteurs de terrain et tutelles) et leur incidence sur le processus de changement.
  - Enfin, l'axe 3 identifie, comme une des conditions de réussite majeure du changement, **la capacité de ses concepteurs-pilotes à établir un cadre propice au sein duquel vont interagir et évoluer les acteurs** en vue de faciliter, dans notre cas, la mise en place d'une forme d'auto-organisation territoriale de santé régulée. **Mais la déclinaison d'un tel cadre nécessite une évolution des autorités de tutelles puisqu'elles en sont à l'origine et que celui-ci apparait fortement relié à leur positionnement et modes de fonctionnement.**

Crozier (1994, p. 203) précisera : « l'apprentissage individuel est facile quand il s'agit de reproduire un modèle. Mais quand il s'agit d'un comportement nouveau, il n'est généralement possible de le développer et de le fixer que si les partenaires de celui qui change changent eux aussi, de sorte qu'ils puissent au moins accepter son nouveau comportement ». Cet extrait nous semble assez bien illustrer ce qui se joue. En effet, les résultats dégagés permettent de confirmer notre proposition de recherche initiale mais aussi de l'enrichir en mettant plus spécifiquement en avant la plus-value d'une démarche de double changement. Celle-ci ne repose, dans la configuration organisationnelle étudiée, ni sur une logique descendante, ni sur une logique ascendante mais plutôt sur un principe d'influence mutuelle entre l'unité opérationnelle et l'unité stratégique et managériale de l'organisation, dans le cadre d'un changement qui se veut à la fois prescrit et construit (Autissier et Moutot, 2003). Ces deux niveaux de parties prenantes sont tous deux engagés dans un mouvement de transformation simultané permettant de s'alimenter réciproquement. En conséquence, ce dernier constitue :

- Une condition préalable dans le cas d'un changement appréhendé à travers le prisme culturel et de l'évolution des systèmes relationnels.
- Tout autant qu'un levier pour faciliter le processus de transformation.

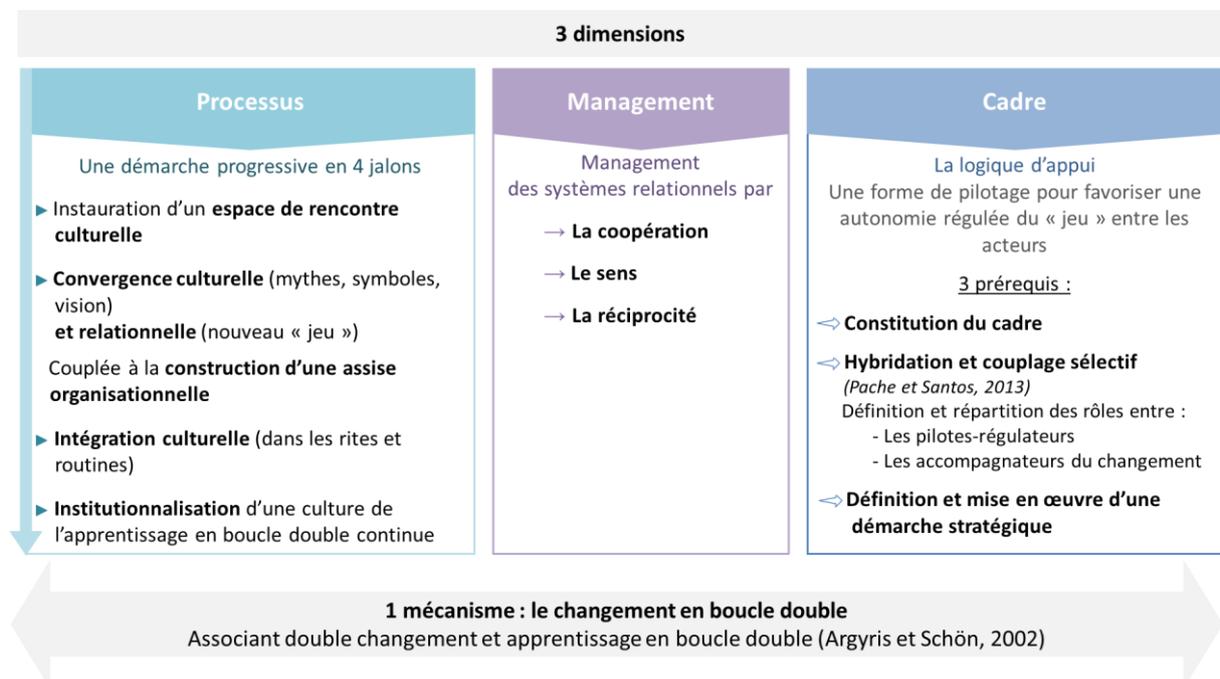
FIGURE 48 : RECOURS AU DOUBLE CHANGEMENT POUR CONDUIRE UNE TRANSFORMATION, DANS LE CADRE D'UNE APPROCHE CULTURELLE ET RELATIONNELLE DE L'ORGANISATION



Nous aboutissons, en conséquence, à un modèle d'action managériale du changement, appréhendé dans le cadre d'une approche culturelle et relationnelle, confortée par une assise organisationnelle :

- Se composant de trois dimensions « Processus – Management – Cadre ».
- Et reposant sur un mécanisme : le « changement en boucle double », intégrant la combinaison de deux niveaux de changement visant à réinterroger simultanément les schémas culturels des acteurs (Apprentissage en boucle double – Argyris et Schön, 2002) de l'unité opérationnelle et de l'unité stratégique et managériale de l'organisation (double changement).

FIGURE 49 : PROPOSITION D'UN MODELE D'ACTION MANAGERIALE DU CHANGEMENT, INSCRIT DANS UNE VISION CULTURELLE ET RELATIONNELLE



## Chapitre XV : Limites et perspectives

Ce dernier chapitre est destiné à mettre en lumière les limites de ce travail ainsi que les perspectives et ouvertures possibles.

### Section 1 : Les limites

Nous avons structuré l'identification de ces limites selon quatre axes :

#### A. Les limites méthodologiques

##### **La limite d'une démarche qualitative basée sur la représentation des acteurs et prenant place dans un contexte spécifique :**

La recherche qualitative a une visée compréhensive. Elle tente de comprendre et analyser la manière dont les acteurs pensent, parlent, agissent, etc., mais aussi leurs relations et interactions, et cela dans un contexte particulier. L'objectif est d'appréhender la réalité sociale telle que la vivent et la perçoivent les parties prenantes en se focalisant sur les acteurs en situation.

L'étude du comportement des acteurs, de leurs postures, de leurs discours et de leurs représentations de la réalité constitue le cœur de la démarche qualitative et doit permettre d'identifier et décrypter les mécanismes à l'œuvre au sein de l'organisation étudiée. Ce qui s'est avéré une modalité particulièrement propice au regard de l'angle d'approche retenu dans notre recherche, à savoir la culture organisationnelle et les systèmes interrelationnels régissant les rapports entre les parties prenantes en présence.

Malgré tout, le recours à une telle démarche se confronte à un certain nombre de limites qu'il convient de mettre en exergue. Ainsi, cette dernière permet de dégager des pistes de compréhension d'un phénomène organisationnel et de formuler des interprétations, mais ne peut pas faire l'objet d'une généralisation. La réalité est corrélée à la perception qu'en ont les acteurs, la manière dont ils la vivent, dans un cadre spécifique. Les théories produites se caractérisent par un savoir subjectif, une logique interprétativiste et relativiste.

##### **La limite du matériel collecté et de la méthode :**

Par ailleurs, dans notre cas, il convient de souligner que notre étude empirique repose sur :

- Un faible panel d'entretiens, circonscrit à une région (Ile-de-France).
- Un choix d'échantillon restrictif.

Nous avons essayé de le rendre représentatif et diversifié :

- Les différences de maturité et d'avancement des projets de DAC ont été prises en compte.
- La diversité des territoires étudiés a été retenue comme critère de sélection.
- L'ensemble des niveaux organisationnels a été rencontré : les autorités de tutelles nationales, régionales, locales, les acteurs des DAC et leurs fédérations représentatives, un cabinet d'appui conseil.
- Etc.

Néanmoins, une part de subjectivité demeure puisque le choix s'est également réalisé en fonction de nos « points d'entrée » avec certains acteurs facilitant notre accès et d'opportunités que nous avons saisies. Concernant la sélection des interviewés, certaines catégories d'acteurs ont été exclues par choix ou par impossibilité de les rencontrer. Par exemple :

- Au sein des DAC, nous avons opté pour des entretiens auprès des fonctions de direction. Les membres des équipes opérationnels n'ont pas été interrogés.
  - Au sein de l'ARS région, nous avons échangé avec des chefs de projets mais nous n'avons pas pu accéder à la Direction générale, dont la vision stratégique, aurait constitué un apport certain.
  - Etc.
- Une dimension « temps » mouvante et peu stable. Les organisations étaient en processus de changement et ont évolué tout au long de la recherche. Nous avons tenté de prendre en considération cette dimension en choisissant un échantillon composé de structures situées à des stades d'avancement et de maturité différents, et en réalisant nos entretiens sur la même période.

Ces éléments ont pu être compensés, en partie, avec la littérature grise collectée ayant constitué une source de recueil de données non négligeable ainsi que notre immersion dans notre terrain de recherche au quotidien sur la première partie de notre travail de thèse. Cependant, l'association à une démarche quantitative aurait constitué un moyen pertinent pour consolider notre dispositif empirique, via des questionnaires par exemple, permettant un élargissement des acteurs interrogés et du périmètre géographique.

La mise au jour de ces différents paramètres se révèle donc importante car ils sont autant de biais à prendre en compte dans la lecture de nos travaux.

#### B. Les limites de notre posture de chercheur-praticien : une double position entre conflit et plus-value

Il est à noter que notre « casquette professionnelle » apparaît en forte interaction avec le sujet choisi, notamment lors de la première phase de la thèse. En effet, nous occupions nous-mêmes des fonctions au sein d'une structure de coordination en Ile-de-France amenée à fusionner avec d'autres dispositifs, dans le cadre de la réforme des DAC. Nous étions également en interaction importante avec les autorités de tutelles (notamment l'ARS), via des échanges réguliers. Cela engendre, en conséquence, le risque d'une forme de subjectivité professionnelle « en situation », favorisant la formation d'idées préconçues, la formulation de jugements ou encore une certaine orientation des questions élaborées au sein de nos guides d'entretiens semi-directifs.

Plusieurs facteurs ont permis, au cours du processus de thèse, de restreindre ces biais :

- En milieu de parcours doctoral, une première prise de recul a été réalisée via un changement de poste, toujours dans le secteur de la santé, mais non lié au sujet de notre thèse.
- La dernière année a été pleinement dédiée à la finalisation de ce travail, dans le cadre d'une pause « professionnelle ». Cela a favorisé, dans cet ultime virage, une réelle distanciation.
- L'appui sur des grilles d'analyse, issues et adaptées de la littérature théorique, pour exploiter et interpréter les données recueillies.

- Des temps d'échanges avec notre directrice de thèse et des chercheurs de notre laboratoire de rattachement ont constitué une sorte de « garde-fou ».

Cette double position, bien qu'elle requiert une forme de vigilance de notre part, constitue quand même une réelle richesse, de notre point de vue. Elle a facilité les allers-retours intellectuels entre théorie et pratique. Et surtout, elle a permis la mise en place d'une observation participante, via notre immersion dans le terrain de recherche, abondant et enrichissant le matériel collecté lors des entretiens semi-directifs et au sein de la littérature grise.

### C. Les limites de notre modèle théorique et de la littérature

#### **Une approche du changement circonscrite à une vision spécifique :**

L'approche culturelle que nous avons adoptée, bien qu'elle nous ait paru pertinente au regard de la nature du changement étudié et que nous ayons tenté de l'ouvrir en l'inscrivant dans une dimension organisationnelle globale, n'en reste pas moins une certaine manière de voir et penser le changement. En référence à Morgan (1989) et pour une analyse plus fouillée encore, nous aurions pu faire le choix d'analyser le changement en le confrontant à d'autres « images » de l'organisation. Cela aurait constitué une source d'enrichissement du travail mené, à travers le croisement de plusieurs visions et angles de vue. Nous avons eu l'occasion d'évoquer cette ouverture possible au sein la partie II., consacrée à notre modèle théorique.

#### **Le défaut de confrontation de notre conceptualisation du double changement à d'autres modèles théoriques :**

Le rapprochement de notre analyse du double changement avec d'autres apports théoriques a constitué un manque. Nous avons recensé peu de travaux sur ce sujet qui nous aurait permis d'adopter une posture critique de nos résultats et interprétations. La réalisation d'un nouvel état de l'art sur le sujet s'avérerait nécessaire afin de procéder à un approfondissement et constituerait une poursuite de ce premier travail engagé.

### D. Les limites de l'impact et des conclusions de notre recherche : la modélisation managériale du changement, inscrite dans une vision culturelle et relationnelle

#### **Sa validité sur le plan de la recherche :**

Au stade où prend fin notre recherche, notre proposition de modèle d'action ne constitue qu'un prototype qui nécessite d'être éprouvé et consolidé en le transposant à d'autres situations de changement. L'objectif serait, le cas échéant, de l'ajuster et de l'améliorer mais aussi de conforter sa pertinence. Il est à préciser, malgré tout, que cette modélisation s'attache davantage à la conduite de changements où les dimensions humaines et relationnelles sont positionnées comme des axes forts et où les modes de coopération entre acteurs constituent un enjeu central.

#### **Son application managériale :**

Dans cette même continuité, il s'agirait de tester ce modèle auprès des utilisateurs ciblés, à savoir des managers, dirigeants ou consultants amenés à piloter et accompagner le déploiement d'un changement. Le but est de s'assurer de son adaptation à un usage opérationnel et d'identifier les modalités susceptibles de faciliter son appropriation.

### **La diversification de son usage et de ses champs d'application :**

Ce modèle a été élaboré dans le champ du secteur de la santé. Son usage à d'autres domaines serait à rechercher afin que son application ne reste pas localisée sur une « niche » mais puisse faire l'objet d'autres déclinaisons en vue de l'enrichir et de lui conférer une forme de crédibilité et légitimité.

### Section 2 : Les perspectives

Un certain nombre de limites mises en avant ci-dessus portent en elles-mêmes des germes de pistes. Nous retenons, entre autres, celles relatives au modèle d'action managériale du changement que nous avons proposé et qui nous permettraient de le consolider. Plusieurs éléments abordés dans cette recherche pourraient, en outre, faire l'objet de prolongements :

#### **- La poursuite de la description de l'organisation du système de santé et son décryptage :**

Nous avons tenté une première ébauche de cet exercice à travers l'adoption d'une approche systémique. Nous avons, à cette occasion, mobilisé des concepts comme ceux des « politiques de l'organisation » (Bezes et Le Lidec, 2016) et des « politiques d'organisation » (Castel et Hénaut, 2022) qui ont permis d'éclairer les mécanismes qui sous-tendent la mise en place d'une organisation du système de santé qui apparaît à ce jour éminemment complexe et peu lisible.

Dans cette optique, un focus spécifique sur les multiples instances de gouvernances territoriales qui voient le jour dans les territoires, mais aussi les schémas, les plans, les diagnostics, etc. qui servent de support à ces gouvernances, créés au gré des réformes et des orientations de politiques nationales, constituerait un axe de recherche pertinent. Ces derniers sont assez représentatifs de la complexité générée par le système, mêlant logique organisationnelle et logique politique. Au sein des territoires, les acteurs se retrouvent à composer avec cette complexité « par empilement » à laquelle il s'agit de donner du sens et de la cohérence, en parvenant à une articulation de ces différentes entités et strates. La réalisation d'études de cas menées sur plusieurs départements associant le binôme « ARS-Conseil départemental », dont nous avons pu qualifier le système relationnel entre « compromis et négociation » et positionnés comme pilotes de ces gouvernances, semblerait, à ce titre, particulièrement propice.

#### **- De l'usage d'un terme à son positionnement comme paradigme placé au centre d'une politique publique :**

Nous avons eu l'occasion de l'analyser dans le cas du « parcours ». Mais de nombreux autres vocables sont repris et tendent à devenir les slogans d'une politique publique. Actuellement, nous retrouvons des éléments de langage comme :

- « Le parcours sans couture » symbolisant la notion d'une forme de transparence pour le patient des jonctions organisationnelles réalisées par les acteurs de santé pour assurer la continuité de la prise en charge de la personne tout au long de son parcours.
- « Dites-le-nous une fois » concernant les sollicitations et demandes formulées par les usagers auprès d'un service public.
- « 0 sans solution » particulièrement mobilisé dans le secteur du handicap.

L'observation de ce phénomène de communication offre des prolongements relatifs à la notion de paradigme placé au centre d'une théorie professée (Argyris et Schön, 2002) par les discours officiels de politique publique. Là encore, se pose la question de l'écart et du passage d'une théorie professée à une théorie d'usage.

- **L'opérationnalisation du processus d'apprentissage en boucle double (Argyris et Schön, 2002), à travers le recours à l'évaluation :**

Nous l'avons vu, il apparaît nécessaire que les acteurs soient en capacité de réinterroger régulièrement leurs théories d'usage afin de faciliter l'adaptation de l'organisation aux évolutions de l'écosystème au sein duquel elle évolue. Argyris et Schön (2002) qualifie ce processus d'apprentissage en boucle double, Morgan (1989) le nomme « apprendre à apprendre ». Mais comment faciliter la mise en place d'une telle démarche de manière concrète. L'évaluation, voire l'auto-évaluation, peut-elle constituer le support opérationnel de ce principe théorique, et à plus forte raison, dans le secteur des politiques publiques qui manque aujourd'hui d'une véritable culture de l'évaluation ?

Les perspectives exposées ne se veulent en aucun cas exhaustives. Elles représentent des axes de réflexion qui retiennent notre intérêt pour une poursuite ultérieure des travaux engagés dans cette thèse. En effet, le fin de celle-ci à laquelle nous parvenons à présent ne constitue en rien un aboutissement. Au contraire, elle offre une multitude d'autres chemins à explorer pour la suite de notre parcours de recherche et pourrait permettre à d'autres chercheurs de s'emparer de ces questions.

## Conclusion générale

Nous arrivons au terme de cette recherche qu'il s'agit d'achever, sinon définitivement, au moins temporairement. Comme chacun le sait, une thèse ne constitue en rien un aboutissement et vise, au contraire, à être considérée comme les prémices de travaux de recherche à venir. Cela étant dit, nous ne sommes pas, pour autant, dispensés de la réalisation de cet exercice délicat que constitue la conclusion auquel nous allons, à présent, nous livrer.

Pour ce faire, nous proposons de porter un regard dans le rétroviseur en revenant à notre proposition de recherche ayant guidé le fil de notre cheminement. Pour rappel, nous avons émis l'hypothèse suivante : « *La réussite du changement sur le terrain passe par la capacité des tutelles de santé territoriales de l'Etat à faire évoluer leurs rôles, postures et modalités de fonctionnement* ».

Nous avons fait le choix de l'appréhender à travers le concept de double changement, via le recours à la culture comme prisme de lecture. Nous aurions pu recourir à d'autres métaphores (Morgan, 1989) pour tenter de décrypter le phénomène organisationnel en présence. Mais après analyse approfondie, son usage nous a semblé éminemment pertinent. Tout en étant conscient que cette image constitue un éclairage bien particulier, ce choix a été guidé par les spécificités du changement qui se joue ici, mené sous l'égide du paradigme du parcours de santé. Ce dernier vise l'optimisation de la coopération et de la mutualisation entre l'ensemble des parties prenantes de l'écosystème territorial de la santé, marqué jusqu'alors et assez traditionnellement par un fort cloisonnement. Il s'agit désormais, à l'inverse, de renforcer la coordination par le biais de la construction d'un réseau territorialisé d'acteurs.

Notre finalité était :

- D'une part, de mettre en évidence la relation d'interdépendance existant entre transformation des tutelles de santé et transformation de l'organisation des acteurs de santé dans les territoires, ainsi que les effets de potentialisation réciproque liés au caractère bilatéral d'un double changement.
- D'autre part, d'en assurer une déclinaison opérationnelle par le repérage des ressorts managériaux et des conditions favorables au déploiement d'une telle approche, visant la convergence et l'apport mutuel de deux mouvements de changement simultanés.

Mais qu'en est-il de ces principes de départ et de nos ambitions initiales lorsque nous les analysons à l'aune de nos résultats et de nos éléments d'analyse ? C'est ce que nous allons tenter de ré-interroger et de synthétiser dans cette conclusion par une mise en perspective de notre recherche.

Pour mémoire, notre dispositif empirique s'est fondé sur l'adoption d'une posture de recherche ingénierique (Chanal et al, 2015) et le recours à une démarche qualitative (Dumez, 2013) longitudinale (2009 à 2021). Nous nous sommes intéressés au cas du double changement de l'ARS Ile-de-France, et plus spécifiquement :

- A sa stratégie de transformation interne,
- Couplée à l'accompagnement au changement mis en œuvre auprès des acteurs de santé, à partir de l'exemple de la création des DAC reposant sur la convergence d'entités existantes aux cultures et pratiques différentes.

Les principaux résultats nous ont révélé l'utilité de recourir à un processus d'accompagnement progressif au changement. Il a notamment été identifié plusieurs phases permettant de travailler sur les systèmes relationnels et culturels des acteurs qui, nous l'avons vu par la mobilisation de la sociologie des organisations (Bernoux, 1985 et 2010 ; Crozier, 1994 ; Crozier et Friedberg, 1977 ; Osty

et al., 2007), occupent une place prépondérante, en corrélation étroite avec les composantes structurelles et de gestion de l'organisation.

Ces éléments ont été communément observés pour les deux ensembles de parties prenantes étudiées, que ce soit l'unité opérationnelle (les acteurs de terrain) ou stratégique (les tutelles de santé). Dans les deux cas, le changement est venu réinterroger les modèles culturels des acteurs, constituant tantôt une menace ou bien une opportunité relative à leur position historique. Il a eu pour effets de provoquer un déplacement des rapports de force, une évolution des systèmes relationnels ou encore une exacerbation des situations d'antagonisme, voire de concurrence, qui pouvaient être préexistantes.

Ces éléments sont à rapprocher du quatrième principe de l'organisation holographique de Morgan (1989) - « apprendre à apprendre » - mettant l'accent sur la faculté des acteurs à questionner leurs schémas de référence culturelle afin de s'adapter aux évolutions de l'environnement. Par ailleurs, cette transformation était également sous-tendue par une réforme organisationnelle et une refonte des modes de fonctionnement. Cela fait écho aux deux premiers principes - « variété requise » et « redondance des fonctions » - du modèle de Morgan (1989), sur lesquels nous nous sommes appuyés pour décrire la nouvelle organisation de santé territoriale projetée par les pouvoirs publics, et dans laquelle tend à s'incarner le paradigme du parcours de santé. Le recours à la théorie de l'apprentissage en boucle double (Argyris et Schön, 2002), associée à l'outil du tissu culturel (Johnson et al., 2017), pour l'analyse de nos données empiriques, nous a permis de confirmer la forte imbrication entre les éléments culturels et relationnels et les aspects structurels de l'organisation. Leur articulation étroite représente un atout majeur dans la manière de penser et construire le processus de changement à conduire.

Par ailleurs, nous avons noté une évolution du positionnement des tutelles, mettant en lumière une variation du contexte où les mécanismes de régulation traditionnels sont devenus inadaptés et où les autorités de tutelles se voient contraintes de « faire avec » les acteurs de terrain. De nouveaux modes de relations tendent alors à se développer entre ces deux parties prenantes. La négociation et le consensus apparaissent comme « des configurations de pouvoirs alternatives » (Osty et al., 2007). A titre d'exemple, la relation qui semble se nouer entre l'ARS et la FACS (fédération régionale des DAC), que nous avons rapprochée de la figure du « pacte » (Osty et al., 2007) en vue de la qualifier, illustre parfaitement ce phénomène. Le pouvoir devient davantage distribué entre les acteurs mettant au jour une forme d'interdépendance entre ces derniers et où la composante relationnelle devient prépondérante. En découle un défi pour l'unité stratégique de l'organisation, à savoir les tutelles : être en capacité de coopérer avec et à faire coopérer entre eux les acteurs de santé des territoires, dans un environnement marqué par une évolution des systèmes relationnels et l'émergence de nouvelles règles du jeu nécessitant d'être accompagnées et régulées. Dès lors, le management constitue un levier fondamental à activer pour permettre de travailler sur la question du sens et de la coopération.

De manière complémentaire à ce besoin de développer des modalités de management nouvelles, les résultats montrent l'importance d'instaurer les conditions d'un cadre propice au changement et à la mise en œuvre d'un modèle organisationnel, relationnel et culturel renouvelé. Le deuxième principe de Morgan - « spécification critique minimale » - abonde particulièrement cette facette du processus de changement qui se joue. Il met en avant le rôle et la responsabilité des concepteurs et pilotes du changement dans la mise en place de conditions favorables pour accompagner le déploiement du changement visé.

Dans notre cas d'étude, il apparaît que le cadre proposé par les instances de tutelles se caractérise par la promotion d'une logique dite « d'appui ». Mais, comme nous l'avons constaté, cette dernière a souffert :

- D'une part, de son caractère abstrait lié à un défaut d'explicitation suffisante et d'une stratégie qui a été ressentie comme floue par les acteurs de terrain.
- D'autre part, d'une forme de dérive où l'« appui » a pu parfois se substituer au « pilotage » et donner lieu à un transfert de la décision et à une forme de déresponsabilisation des tutelles. L'ARS s'est ainsi retrouvée aux prises avec une forme d'injonctions contradictoires, se voyant endosser un double rôle d'autorité de tutelle et de partenaire des acteurs de terrain, rendant parfois difficile de positionner le curseur à sa juste place et pouvant, de ce fait, expliquer en partie ce phénomène de dérive.

Face au changement à conduire où les enjeux de coopération sont centraux, la logique d'appui a prouvé sa pertinence. Cependant, elle requiert d'être définie et d'intégrer la notion d'arbitrage pour réguler le « jeu » entre les acteurs. Il s'agit de guider en donnant le cap et la vitesse. Cela se traduit par :

- La définition et la mise en œuvre d'une réelle démarche stratégique,
- La constitution d'un cadre d'action clair,
- Et l'inclusion d'une réflexion sur la conciliation des « rôles » hybrides que se doivent aujourd'hui de revêtir les tutelles de santé à la lecture des discours officiels, via, entre autres, les pistes apportées par la théorie du couplage sélectif (Pache et Santos, 2013).

Au vu de ces éléments, notre proposition de recherche tend à se confirmer. En nous référant à la conceptualisation proposée du double-changement (Partie 2) sur laquelle s'assoit notre problématique, nous avons identifié deux niveaux de changement, à partir du prolongement de la théorie de l'apprentissage en boucle double (Argyris et Schön, 2002) :

- Niveau 1 : Agir tout autant sur les composantes organisationnelles que sur les composantes culturelles et relationnelles => *Théorie de l'apprentissage en boucle double initiale*.
- Niveau 2 : Agir tout autant sur l'unité opérationnelle que sur l'unité stratégique et managériale de l'organisation => *Prolongement de la théorie de l'apprentissage en boucle double*.

Les résultats pointent du doigt le fait que le processus de changement doit effectivement prendre concomitamment en compte les dimensions culturelles, relationnelles et organisationnelles, de manière d'autant plus renforcée au regard des fondements qui guident le paradigme du parcours de santé. Notre propos n'est pas de dire que nous allons instrumentaliser ou changer la culture, ce qui serait artificiel et illusoire. Mais elle constitue ici un prisme de lecture fondamental : en effet, les caractéristiques du changement ont mis en lumière la nécessité de travailler sur un sens commun, des valeurs partagées, une évolution des normes et routines.

Il convient, en outre, d'aménager des espaces favorisant le dialogue et l'évolution des relations entre acteurs dans le but de favoriser les collaborations internes et externes. La coopération, qui est l'enjeu majeur de ce changement, ne se décrète pas. Ainsi, une simple action sur l'organisation n'est pas suffisante. Et de même, un travail sur la culture et les systèmes relationnels doit prendre corps sur une assise organisationnelle. En ce sens, le premier niveau de changement est confirmé par les résultats.

Intéressons-nous, maintenant, au second niveau de notre conceptualisation, se basant tant sur une intervention au niveau de l'entité opérationnelle que de la strate stratégique de l'organisation. Nous

voyons bien que le changement dans les territoires se révèle fortement dépendant du cadre instauré par les tutelles et de leurs modalités managériales. Or, ces derniers apparaissent eux-mêmes fortement reliés à leur positionnement et modes de fonctionnement. A titre d'illustration, nous avons mis en exergue qu'un pilotage en silo des politiques publiques ou encore les modes de relations parfois en tension entre tutelles exerçaient une influence non négligeable sur les schémas culturels et les univers comportementaux des acteurs de santé, tendant à favoriser les cloisonnements et effets de concurrence. Dans cette configuration, nous voyons bien dans quelle mesure une évolution des tutelles peut faciliter le changement des acteurs. Cela réaffirme encore une fois l'importance des interactions relationnelles entre les différentes parties prenantes et les postures adoptées par chacun.

De même, le changement des acteurs de terrain amène, voire impose, le changement des tutelles pour son déploiement. C'est l'origine même de la stratégie de transformation interne engagée par l'ARS Ile-de-France. En conséquence, nous constatons une forme de réciprocité et d'interdépendance forte. Les résultats mettent l'accent sur la plus-value d'une démarche de double changement qui n'émane ni d'une logique descendante, ni d'une logique ascendante, mais repose sur un principe d'influence mutuelle entre l'unité opérationnelle et l'unité stratégique et managériale de l'organisation. Le double changement constitue, dans le cas étudié, tout autant un prérequis, qu'un levier d'action. C'est dans cette perspective que nous avons souhaité prolonger notre conceptualisation théorique du double changement. Pour ce faire, nous avons tenté de proposer un modèle d'action managériale (Chapitre XIV – Partie 5) mobilisable par les praticiens. Il s'articule autour de l'identification de :

- Trois composantes : « processus – management – cadre ».
- Et un mécanisme transversal : le changement en boucle double, associant les deux niveaux de changement rappelés ci-dessus, en référence :
  - A la théorie de l'apprentissage en boucle-double (Argyris et Schön, 2002),
  - Et aux principes de « spécificité critique minimale » et « apprendre à apprendre » de l'organisation holographique de Morgan (1989).

Cette modélisation se fonde sur une vision culturelle et relationnelle, mais mobilise des leviers d'actions organisationnels à travers la description d'un processus, l'identification de leviers managériaux et la constitution d'un cadre stratégique. Notre lecture culturelle reste donc rattachée à une déclinaison organisationnelle. Elle représente une traduction opérationnelle de notre recherche conceptuelle rejoignant notre volonté d'allier un travail conciliant à la fois une contribution pour le monde scientifique et pour le terrain.

Mais en quoi pouvons-nous dire que notre travail constitue une plus-value à la fois pour la pratique et pour la connaissance scientifique ? Son apport réside principalement sur l'exploration de cette notion de double changement qui semble peu approfondie à ce jour. De par cette thèse, nous avons tenté de mieux l'appréhender et la décrypter. Cela nous a amené, comme nous venons de le rappeler, à en proposer une caractérisation composée de deux briques :

- Une conceptualisation prenant sa source sur l'extension de fondements théoriques existants.
- Un modèle d'action managériale du changement.

Néanmoins, comme nous l'avons vu (Chapitre XV – Partie 5), nous avons identifié certaines limites à notre travail, liées notamment à l'exigence d'éprouver notre modèle d'action. En premier lieu, le protocole de méthodologie qualitative adopté gagnerait à être conforté par une démarche quantitative et/ou à être confronté à d'autres situations de changement. Une telle option de poursuite

de notre recherche nous permettrait de nous inscrire pleinement dans la lignée d'une démarche compréhensive telle que définie par Dumez (2013), en vue d'aboutir à une consolidation et légitimation de notre modèle d'action, à savoir la validation d'un « mécanisme » visant une généralisation limitée. Cela répondrait à notre objectif de :

- Mener à son terme le processus d'une recherche ingénierique, en lien avec notre orientation épistémologique et méthodologique (Chapitre VIII – Partie 3), par un test de notre prototype d'opérationnalisation du double changement (Chanal et al., 2015).
- Et acquérir une double validité (certes toujours relative) de notre travail, tant scientifique que pratique.

Enfin, bien que notre thèse soit axée sur l'étude de la transformation de l'organisation territoriale du système de santé français circonscrite à une période donnée (2009-2021), il apparaît que notre recherche reste plus que jamais un sujet d'actualité. Cela se confirme d'autant plus dans un environnement marqué par des tensions fortes en termes de ressources humaines (déserts médicaux, problème d'attractivité des professions de santé, manque de personnels, etc.) qui se sont particulièrement révélées à la suite de la crise sanitaire de la COVID. Dans cette situation de fonctionnement en flux tendu, renforcée par un contexte économique contraint, la volonté d'optimisation des organisations demeure majeure, faisant de la mutualisation et de la coopération entre les acteurs un levier d'action non négligeable.

Nous le constatons, à titre d'exemple, avec la création récente du SPDA (Service Public Départemental de l'Autonomie), qui a pour objet l'instauration d'une logique collective de service public et de responsabilité partagée entre les différentes parties prenantes de l'écosystème de santé intervenant dans le champ du grand âge et du handicap. Cette orientation nationale est actuellement en cours de préfiguration sur l'année 2024. Celle-ci repose sur la mobilisation et l'intégration des professionnels et dispositifs déjà existants, en vue d'une optimisation de leurs articulations pour rendre plus efficiente la réponse apportée aux usagers. Il s'agit de simplifier les démarches des personnes et de leur garantir un accompagnement continu et coordonné, soutenu par un décloisonnement, une meilleure interconnaissance entre les acteurs et le développement de modalités de travail communes. Le pilotage est confié aux conseils départementaux, tout en faisant appel à une collaboration forte avec les ARS. Pour mémoire, nous avons eu l'occasion d'évoquer brièvement les relations entre ces deux acteurs institutionnels au sein de la première partie de notre travail sur l'organisation du système de santé (Chapitre II), mais aussi lors de la mise au jour de la théorie d'usage de l'ARS (Chapitre XI – Partie 4). Cela nous avait permis d'entrevoir la complexité des jeux d'acteurs entre autorités de tutelles relative au gouvernement de la santé. Celle-ci se voit d'autant plus exacerbée entre les collectivités locales décentralisées et les ARS qui sont contraintes à un partage de leurs pouvoirs de régulation dans les territoires, en raison d'un enchevêtrement de leurs compétences. Dès lors, nous pouvons sans nul doute déjà supposer que la création du SPDA dans chaque département, va une fois encore, interpellé les systèmes relationnels et les modes de fonctionnement en vigueur tant des acteurs de terrain que des autorités de tutelles, qui nous l'avons vu, apparaissent fortement interdépendants.

Ce travail de thèse avait vocation à replacer la ressource humaine au centre de l'organisation et du processus de changement, dans un contexte où la réussite de celui-ci est soutenue, en grande partie, par la capacité de ses membres à coopérer ensemble. Cela apparaît d'autant plus fondamental dans un écosystème où les parties prenantes sont nombreuses, l'organisation éminemment complexe et les jeux d'acteurs très prégnants.

Nous forgeons, en outre, l'espoir que notre approche du double changement, appréhendée sous l'angle culturel et relationnel, fera tout particulièrement sens pour les parties prenantes et constituera, en conséquence, un véritable levier d'action au bénéfice de l'amélioration du système de santé et surtout du patient. En effet, nous pensons que nous ne choisissons pas d'exercer un métier tourné vers le « prendre soin », pour les professionnels de santé, ou encore inscrit dans une logique de « service public » pour les acteurs de tutelles, sans porter une attention particulière aux finalités guidant son action, aux valeurs et la vision de son métier, ainsi qu'à la dimension relationnelle qui en découle. L'appui sur ces éléments de nature culturelle, corrélé à une assise organisationnelle, nous paraît alors constituer, sinon une condition sine qua non, au moins un atout.

Parvenu au terme de cette thèse, nous espérons donc qu'elle contribuera à fournir des clés de compréhension renouvelées relatives à la manière de penser le processus de changement dans le secteur de la santé, mais aussi à apporter de nouvelles connaissances actionnables en vue de donner corps au paradigme du « parcours de santé », toujours au cœur des réformes actuelles. Même si nous gardons à l'esprit qu'aux côtés de ces enjeux, notre système de santé fait face à des défis structurels, économiques et politiques majeurs.

## Bibliographie

**A**

Aggeri, F. (2021), « Chapitre 3. La gouvernementalité chez Foucault : Une perspective sur l'instrumentation de gestion », in Gilbert, P., Mourey, D. (Coord.), *Philosophie et outils de gestion*, EMS Editions, Caen.

Ali Abdelwahed, M., Antit, I. (2016), « La culture organisationnelle revisitée : esquisse d'une culture située », XXV<sup>ème</sup> Conférence de l'AIMS, Hammamet, Tunisie.

Allard-Poesi, F., Marechal, G. (2014), « Chapitre 2. Construction de l'objet de la recherche », in Thiétart, R.A. et al., *Méthodes de recherche en management*, 4<sup>ème</sup> édition, Paris, Dunod.

Allard-Poesi, F., Perret, V. (2014), « Chapitre 1. Fondements épistémologiques de la recherche », in Thiétart, R.A. et al., *Méthodes de recherche en management*, 4<sup>ème</sup> édition, Paris, Dunod.

Argyris, C., Schön, D.A. (2002), *Apprentissage organisationnel : Théorie, méthode, pratique*, Traduction de la 1<sup>ère</sup> édition américaine, Paris, De Boeck université.

Argoud, D. (2013), « Développer une approche par les parcours suppose de refonder l'Etat social », Interview, Union sociale (Uniopss-Uriopss), n° 264, pp. 18-19.

Assens, C. (1999), « La dynamique des complémentarités et des conflits dans un réseau d'entreprises (note de recherche) », Flux, n°36-37, pp. 33-37.

Aubert, I., Kletz, F., Sardas, J-C. (2020), « Les nouvelles professionnalités au service de la territorialisation des politiques publiques sanitaires : l'exemple des chefs de projet e-parcours », Colloque AIRMAP, Montpellier.

Aubert, I., Kletz, F., Sardas, J-C (2021), « Parcours de soins et politiques publiques : vers un nouveau régime de gouvernementalité de la santé ? », 10<sup>ème</sup> colloque AIRMAP, Clermont-Ferrand.

Autissier, D., Moutot, J.M. (2003), *Pratiques de la conduite du changement : Comment passer du discours à l'action*, Paris, Dunod.

Autissier, D. et al. (2018), *Conduite du changement : Concepts clés 60 ans de pratiques héritées des auteurs fondateurs*, 3<sup>ème</sup> édition, Malakoff, Dunod.

**B**

Barré, S. et al. (2005), *Traité pratique des réseaux de santé*, Paris, Berger-Levrault.

Bartoli, A., Blatrix, C. (2015), *Management dans les organisations publiques : Défis et logiques d'action*, 4<sup>ème</sup> édition, Malakoff, Dunod.

Bartoli, A., Hermel, P. (1989), *Le Développement de l'entreprise : Nouvelles conceptions et pratiques*, Paris, Economica.

Béland, D. (2022), « Postface. Penser et repenser la protection sociale dans un monde incertain », in Giraud, O., Perrier, G. (Dir.), *Politiques sociales : L'état des savoirs*, Paris, La Découverte.

Bernoux, P. (1985), *La sociologie des organisations : Initiation théorique suivie de douze cas pratiques*, 3ème édition (1990), Paris, Éditions du Seuil.

Bernoux, P. (2010), *Sociologie du changement dans les entreprises et les organisations*, Nouvelle édition (2015), Paris, Éditions du Seuil.

Berthoz, A. (2009), *La simplicité*, Paris, Odile Jacob.

Bertillot, H. (2017), « Intégrer les services pour rationaliser l'action publique - Les nouveaux professionnels de la transversalité dans le secteur de l'autonomie », *Terrains & travaux*, vol. 1, n°30, pp. 5-30.

Bezes, P., Le Lidec, P. (2016), « Politiques de l'organisation : Les nouvelles divisions du travail étatique », *Revue française de science politique*, Vol. 66 (3), pp. 407-433.

Bloch, M.A. (2018), « Manager l'évaluation des approches parcours », in Minvielle, E. et al. (Dir), *Manager une organisation de santé*, Rennes, Presses de l'EHESP.

Bloch, M.A. et al. (2018), « Chapitre 7. Le management au service du parcours des usagers », in Louazel, M. et al., *Le management en santé*, Rennes, Presses de l'EHESP.

Bloch, M.A., Hénaut, L. (2014), *Coordination et parcours : La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social*, Malakoff, Dunod, Fondation Paul Bennetot.

Bogdan, R., Taylor, S.J (1975), *Introduction to qualitative research method: a phenomenological approach to the social sciences*, New York, Wiley.

Borel, L. (2023), « Chapitre 4. Le parcours de santé, un modèle résilient pour la transformation de la gouvernance des autorités sanitaires ? », in Courie Lemeur, A. (Dir.), *Innovation, intelligence collective et résilience des organisations de santé*, Londres, ISTE Editions.

Borel, L., Cenard, L. (2023). « X Réseau de santé + Y MAIA = 1 Dispositif d'Appui à la Coordination. Une addition contre-nature ? », *Gestion et management public*, Volume 10, n°3 (3), pp. 57-77.

Bouquet, B., Dubéchet, P. (2017), « Parcours, bifurcations, ruptures, éléments de compréhension de la mobilisation actuelle de ces concepts », *Vie sociale*, n°18 (2), pp. 13-23.

Bouquet, B., Dubéchet, P., Jaeger, M. (2017), « Introduction », *Vie sociale*, n°18 (2), pp. 7-11.

Bras, P-L., Tabuteau, D. (2009), « Santé 2010, un rapport de référence pour les politiques de santé », *Les Tribunes de la santé*, 25 (4), pp. 79-93.

Bruyère, C., Bonafini, P. (2008), « Les réseaux de santé français : une structuration à double sens », *Revue Sociologie Santé*, n°29, pp.123.

## C

Castel, P., Hénaut, L. (2022), « Chapitre 9. Création organisationnelle et cercle vicieux néo-bureaucratique », in Borraz, O (Dir.), *La société des organisations*, Paris, Presses de Sciences Po.

Cavalli, S. (2007), « Modèle de parcours de vie et individualisation », *Gérontologie et société*, 30, n° 123 (4), pp. 55-69.

Chanal, V., Lesca, H., Martinet, A-C. (2015), « Vers une ingénierie de la recherche en sciences de

gestion », *Revue française de gestion*, 253 (8), pp. 213-229.

Charruault, A. (2020), « Le paradigme du parcours de vie », *Informations sociales*, n°201 (1), pp. 10-13.

Chatman, J.A., Cha, S.E. (2003), « Leading by Leveraging Culture », *California Management Review*, 45 (4), pp. 20-34.

Chevallier, J. (2003), « La gouvernance, un nouveau paradigme étatique ? », *Revue française d'administration publique*, n°105-106 (1), pp. 203-217.

Courie Lemeur, A. (2018), *Les réseaux de santé : Les enjeux de la pérennité*. Londres, ISTE Editions.

Courie Lemeur, A., Sebai, J., Cenard, L., Borel, L. (2018), « La Plateforme Territoriale d'Appui dans le champ de la santé, un système productif local pérenne : le cas de la PTA 94 Ouest », *Colloque AIRMAP*, Biarritz.

Couturier, Y., Belzile, L., Gagnon, D. (2011), « Principes méthodologiques de l'implantation du modèle PRISMA portant sur l'intégration des services pour les personnes âgées en perte d'autonomie », *Management & Avenir*, 47 (7), pp. 133-146.

Cremadez, M., Bichier, E. (2012), « Du séjour au parcours de soins – Les obstacles culturels et organisationnels », *Revue hospitalière de France*, n°546.

Crozier, M. (1994). *L'entreprise à l'écoute : Apprendre le management post-industriel*, Nouvelle édition, Paris, Editions du Seuil.

Crozier, M., Friedberg, E. (1977), *L'acteur et le système : Les contraintes de l'action collective*. Nouvelle édition (2014), Paris, Éditions du Seuil.

## D

David, A. (1999), « Logique, épistémologie et méthodologie en sciences de gestion », 8<sup>ème</sup> Conférence de l'AIMS, Chatenay-Malabry.

David, A. (2008), « La production de connaissances scientifiques et « actionnables » », in Schmidt, G. (Dir.), *Le Management*, Auxerre, Sciences Humaines Editions.

Deveau, A. (2017), « Réformer la tarification des établissements et services médico-sociaux accompagnant les personnes handicapées et faciliter leur parcours », *Vie sociale*, n°18 (2), pp. 57-65.

Duchesne, V. (2018), « L'agence, le contrat, l'incitation. Les Agences régionales de santé fer-de-lance administratif de la politique de santé », *Journal de gestion et d'économie médicales*, Vol. 36 (4), pp. 159-180.

Dumez, H. (2011), « Qu'est-ce que la recherche qualitative? », *Le Libellio d'AEGIS*, vol. 7 (4), pp.47-58.

Dumez, H. (2013), « Qu'est-ce que la recherche qualitative? Problèmes épistémologiques, méthodologiques et de théorisation », *Annales des Mines - Gérer et comprendre*, n°112 (2), pp. 29-42.

Duvoux, N. (2008), « Le RMI : Retour sur un tournant des politiques d'insertion », *Regards croisés sur l'économie*, n°4 (2), pp. 182-192.

## E

Epstein, R. (2015), « La gouvernance territoriale : Une affaire d'État. La dimension verticale de la construction de l'action collective dans les territoires », *L'Année sociologique*, Vol. 65 (2), pp. 457-482.

Évin, C. (2019). « 10 ans d'ARS : Quel bilan d'une forme de déconcentration régionale ? », *Regards*, n°56 (2), pp. 105-116.

## F

Féry-Lemonnier, E., Monnet, E., Prisse, N. (2014), « Parcours de santé – Enjeux et perspectives », *ADSP*, n°88.

## G

Grandazzi, A., Senn, J. (2023), « Chapitre 7. Faut-il faire de l'épistémologie ? Et si oui, comment ? Entretien avec Hervé Dumez », in Gaillard, H. et al. (Dir.), *L'expérience de la thèse en management. Regards croisés de jeunes docteurs*, Paris, Collection Gestion en liberté, EMS Editions.

## H

Hatch, M. J., Cunliffe, A. L. (2009), *Théorie des organisations : De l'intérêt de perspectives multiples*, 2<sup>ème</sup> édition, Bruxelles, Editions De Boeck Université.

Heard, M., Crémieux, F. (2016), « Stratégie nationale de santé », in Bourdillon, F. et al., *Traité de santé publique*, 3<sup>ème</sup> édition, Paris, Lavoisier.

Hermel, P., Bartoli, A. (1986), *Piloter l'entreprise en mutation : Une approche stratégique du changement*, Paris, Éditions d'Organisation.

## J

Jaeger, M. (2017), « Une nouvelle temporalité dans l'action sociale et médico-sociale », *Vie sociale*, n°18 (2), pp. 45-56.

Johnson G., (1988), « Rethinking incrementalism », *Strategic management journal*, vol. 9, pp. 75-91

Johnson, G. et al. (2017), *Stratégie*, 11<sup>ème</sup> Edition, Montreuil, Pearson France.

## L

Laroche, H., Nioche, J-P. (1998), *Repenser la stratégie : Fondements et perspectives*, Paris, Vuibert.

Laroche, H., Nioche, J-P. (2015), « L'approche cognitive de la stratégie d'entreprise », *Revue Française de Gestion*, 41 (253), pp. 97-120.

Lascoumes, P., Le Galès, P. (2018), *Sociologie de l'action publique*, Malakoff, Armand Colin.

Le Galès, P. (2014), « Gouvernance », in Boussaguet, L. et al. (Dir.), *Dictionnaire des politiques publiques*, Paris, Presses de Sciences Po.

Lemoine, C. (2014), « Décision et non-décision dans les organisations », *Connexions*, 101 (1), pp. 19-30.

Lignon, V. (2020), « Introduction », *Informations sociales*, n°201 (1), pp. 4-9.

Löchen, V. (2021). *Comprendre les politiques sociales*, 7<sup>ème</sup> édition, Malakoff, Dunod.

Loubat, J-R. (2013), « Parcours et projets de vie : vers une reconfiguration de l'action médico-sociale », Les Cahiers de l'Actif, n°446-447, pp. 7-20.

## M

Marin, P. (2020), « Chapitre 8. La lente maturation du système de santé en France », in Raimondeau, J. (Dir.), *Manuel de santé publique*, Rennes, Presses de l'EHESP.

Marin, P. et al. (2020), « Chapitre 18. Enjeux pour le système de santé français : Les évolutions et innovations de l'organisation », in Raimondeau, J. (Dir.), *Manuel de santé publique*, Rennes, Presses de l'EHESP.

Merini, C. et al. (2021), « Assistant au projet et parcours de vie : Une rupture dans les métiers de l'accompagnement ? », La nouvelle revue - Éducation et société inclusives, n° 92 (6), pp. 123-138.

Morgan, G. (1989), *Images de l'organisation*, 3<sup>ème</sup> tirage (1991), Presses de l'Université Laval, Editions Eska.

Mousli, M. (2005), « Éloge du conflit. Mary Parker Follett et le conflit constructif », *Négociations*, 4 (2), pp. 21-33.

## O

Osty, F., Sainsaulieu, R., Uhalde, M. (2007), *Les mondes sociaux de l'entreprise : Penser le développement des organisations*. Edition revue et actualisée, Paris, La Découverte.

## P

Pache, A-C., Santos, F. (2013), « Inside the hybrid organization: selective coupling as a response to competing institutional logics », *The Academy of Management Journal*, Vol. 56, n°4, pp. 972-1001.

Peirce, C.S. (1931), *Collected papers*, 3<sup>ème</sup> édition (1974), Cambridge, MA, Harvard University Press.

Pettigrew, A.M. (1987), « Context and Action in the Transformation of the Firm », *Journal of Management Studies*, 24, pp. 649-670.

Pierru, F. (2020), « Agences régionales de santé : Mission impossible », *Revue française d'administration publique*, n°174 (2), pp. 385-403.

Pierru, F. (2022), « Le « système de santé » français ou la réforme par la crise », in Giraud, O., Perrier, G. (Dir.), *Politiques sociales : L'état des savoirs*, Paris, Editions La Découverte.

Plane, J-M. (2019), *Management des organisations*, 5<sup>ème</sup> édition, Malakoff, Dunod.

Polton, D. (2018), « La gouvernance des systèmes de santé et d'assurance maladie, une perspective internationale », *Regards*, n°52 (2), pp. 175-185.

Popper, K. (1979), « La logique des sciences sociales », in Adorno, T., Popper, K., *De Vienne à Francfort : la querelle allemande des sciences sociales*, Bruxelles, Editions Complexes.

Poutout, G. (2005), « Réseaux de santé : Créer du lien pour donner du sens », *Sociologies pratiques*, n°11 (2), pp. 33-54.

Poutout, G. (2007), « Réseaux de santé 2002-2006 : de la consécration aux incompréhensions », *Revue hospitalière de France*, n°517, pp. 49-50.

## R

Raimondeau, J., Marin, P. (2020), « Chapitre 9. Administration de la santé : La France », in Raimondeau, J. (Dir.), *Manuel de santé publique*, Rennes, Presses de l'EHESP.

Rieutort, L. (2020), *Manager à l'heure des recompositions territoriales*, Rennes, Presses de l'EHESP.

Robelet, M., Serré, M., Bourgueil, Y. (2005), « La coordination dans les réseaux de santé : Entre logiques gestionnaires et dynamiques professionnelles », *Revue française des affaires sociales*, vol. 1, pp. 231-260.

Robin, P. (2016), « Le parcours de vie, un concept polysémique ? », *Les Cahiers Dynamiques*, n°67 (1), pp. 33-41.

Rolland, C., Pierru, F. (2013), « Les Agences Régionales de Santé deux ans après : Une autonomie de façade », *Santé Publique*, 25 (4), pp. 411-419.

Romac, P. (2014), « Croiser les métiers et les territoires : L'enjeu de la délégation territoriale », in Fantino, B. (Dir.), *ARS : mode d'emploi*, Paris, Dunod.

Romeyer, H. (2010), « Introduction : Santé et espace public », in Romeyer, H. (Dir.), *La santé dans l'espace public*, Rennes, Presses de l'EHESP.

Royer, I., Zarlowski, P. (2014), « Chapitre 6. Le design de la recherche », in Thiétart, R.A. et al., *Méthodes de recherche en management*, 4<sup>ème</sup> édition, Paris, Dunod.

## S

Sainsaulieu, R. (1977), *L'identité au travail. Les effets culturels de l'organisation*, Paris, Presses de la fondation nationale des sciences politiques.

Schein, E.H. (1985), *Organizational Culture and Leadership*, 3e édition (2004), San Francisco, Jossey-Bass.

Stake, R.E. (1994), « Case studies », in Denzin, N.K., Lincoln, Y.S. (éd.), *Handbook of qualitative research*, Thousand Oaks, CA, Sage Publications.

## T

Tabuteau, D. (2014), « Les pouvoirs de la santé : La complexité d'un système en quête de régulation », *Les Tribunes de la santé*, n°41 (4), pp. 37-55.

Teil, A. (2000), « Qu'appelle-t-on système de soins ? », *ADSP*, n°33, pp. 26-27.

Thévenet, M. (2017), *La culture d'entreprise*, 7<sup>ème</sup> édition, Paris, Que sais-je, PUF.

Thiétart, R-A. (2014), *Méthodes de recherche en management*, 4<sup>ème</sup> édition, Paris, Dunod.

Trosa, S., Bartoli, A. (Dir.) (2011), *Le management par le sens au service du bien public*, Mayenne, Collection Profession cadre Service Public, CNDP.

## Y

Yin, R.K. (2012, 3<sup>ème</sup> édition), *Applications of Case Study Research*, Thousand Oaks, CA, Sage Publications.

\* **Documentation**

ANAES (1999), *Principes d'évaluation des réseaux de santé*.

Anap (2020), *Installer et animer la gouvernance des dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé complexes*, octobre 2020.

Anap (2020), *Dispositifs d'Appui à la Coordination. Guide d'indicateurs d'activité et de pilotage*, décembre 2020.

ARS (2016), *Parcours de soins - Parcours de santé - Parcours de vie. Pour une prise en charge adaptée des patients et usagers. Lexique des parcours de A à Z*, janvier 2016 (mise à jour d'un premier document réalisé en 2012).

ARS (2022), *Organigrammes des ARS*, consultés le 23 décembre 2022.

ARS Ile-de-France (2013), *Projet Régional de Santé 2013-2017*.

ARS Ile-de-France (2018), *Projet Régional de Santé 2018-2022*.

ARS Ile-de-France (2019), *Journée francilienne de la recherche-innovation : Innover en santé*, organisée par l'ARS le 26 septembre 2019.

ARS Ile-de-France (2019), *Référentiel de missions et d'organisation des Dispositifs d'Appui à la Coordination (DAC) d'Ile-de-France*, Guide de déploiement, novembre 2019.

ARS Ile-de-France (2019), *Se transformer pour transformer*.

Charte d'Ottawa (21 Novembre 1986).

CNSA (2012), *Promouvoir la continuité des parcours de vie : d'une responsabilité collective à un engagement partagé*.

CNSA (2014), *MAIA, Méthode d'Action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie*, Les cahiers pédagogiques de la CNSA, octobre 2014.

Conseil d'Etat (2012), *Les agences : une nouvelle gestion publique ? Etude annuelle 2012*, Collection Les rapports du Conseil d'Etat.

Cour des comptes (2012), « Chapitre VIII. La mise en place des agences régionales de santé », in Cour des Comptes, *La Sécurité Sociale. Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, septembre 2012.

Cour des comptes (2018), *La Sécurité Sociale. Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale. Synthèse*, octobre 2018.

Devictor, B. (2014), *Le service public territorial de santé (STSP), le service public hospitalier (SPH) : développer l'approche territoriale et populationnelle de l'offre en santé*, Rapport, mars 2014.

DGOS (2012), *Guide méthodologique Améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé ?* octobre 2012.

Etats Généraux du travail social (2015), Groupe de travail « *Coordination interinstitutionnelle des acteurs* ».

Etats Généraux du travail social (2015), Groupe de travail « *Place des usagers* ».

FACS Nationale, *Référentiel de compétences et d'activités pour la fonction de référent.e de parcours de santé complexe au sein d'un dispositif d'appui à la coordination en sante (DAC)*.

HCAAM (2018), *Contribution du HCAAM à la stratégie de transformation de notre système de santé - Avis et Rapport 2018*.

IGA, IGAS, IGF (2012), *Bilan de la RGPP et conditions de réussite d'une nouvelle politique de réforme de l'État*, Rapport n°RM 2012-121 P, septembre 2012.

IGAS (2006), *Contrôle et évaluation du Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) et de la Dotation de développement des réseaux (DDR)* », mai 2006.

IGAS, IGF (2012), *Établissements et services pour personnes handicapées, offre et besoins, modalités de financement*, Rapport n°RM-2012-126 P, octobre 2012.

IGAS (2014), *Evaluation de la coordination d'appui aux soins*, Rapport n°2014-010R, décembre 2014.

IGAS (2018), *Le pilotage de la transformation de l'offre de soins par les ARS*, Rapport n°2018-018R, novembre 2018.

IGF (2012), *L'État et ses agences*, Rapport n° 2011-M-044-03, mars 2012.

IPSO Facto, BVMS Conseil, Laboratoire Interdisciplinaire Solidarités, Sociétés, Territoires, Université Jean-Jaurès de Toulouse (2017), *Evaluation des dispositifs MAIA et appui à la mise en œuvre des recommandations. Rapport final d'évaluation*, rédigé pour le compte de la CNSA, janvier 2017.

Macron, E. (2021), *Intervention du Président de la République à l'occasion de la convention managériale de l'Etat*, 8 avril 2021.

MECSS, Commission des affaires sociales (2014), *Rapport d'information sur les agences régionales de santé*, Sénat, n°400, 26 février 2014.

MECSS (2021), *Rapport d'information sur les agences régionales de santé*, Assemblée nationale, n°4267, 16 juin 2021 .

Ministère des Affaires sociales et de la Santé (2013), *Stratégie Nationale de Santé 2013*.

Ministère des Affaires sociales et de la Santé (2013), *Evaluation du plan Alzheimer 2008-2012*, Rapport national, juin 2013.

Ministère des Solidarités et de la Santé (2017), *Plan pour l'égal accès aux soins dans les territoires*, Dossier de presse, octobre 2017.

Ministère des Solidarités et de la Santé (2018), *Stratégie de transformation du système de santé*, Dossier de Presse, 13 février 2018.

Ministère des Solidarités et de la Santé (2018), *Ma santé 2022. Un engagement collectif*, Dossier de presse, 18 septembre 2018.

Ministère des Solidarités et de la Santé (2018), *Stratégie nationale de santé 2018-2022*.

Ministère des Solidarités et de la Santé, CNSA, CNAM (2020), *Cadre national d'orientation. Unification des dispositifs d'appui à la coordination des parcours complexes*, juin 2020.

Ministère des Solidarités et de la Santé (2020), *Ségur de la santé 2020. Les conclusions*, Dossier de Presse, juillet 2020

Ministère des Solidarités et de la Santé (2020), *Ségur de la santé. Recommandations*, Rapport Notat, juillet 2020.

Ministère des Solidarités et de la Santé, CNSA (2021), *Dispositifs d'appui à la coordination. Boîte à outils*, janvier 2021.

OMS (1946), *Préambule à la Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé*.

Piveteau, D. (2022), *Experts, acteurs, ensemble... pour une société qui change*, rapport remis au Premier ministre.

Ritter, P. (2008), *Rapport sur la création des agences régionales de santé (ARS)*, janvier 2008.

Sénat (2020), *Table ronde « La coordination collectivités territoriales - Agences régionales de santé, un premier bilan »*, Comptes rendus de la délégation parlementaire aux collectivités territoriales, jeudi 28 mai 2020.

Somme, D., Saint-Jean, O. (Dir.) (2008), *Rapport PRISMA France. Intégration des services aux personnes âgées : la recherche au service de l'action*.

#### \* Textes législatifs

Décret n° 2011-1210 du 29 septembre 2011 relatif au cahier des charges des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer.

Décret n°2021-295 du 18 mars 2021 relatif aux dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé complexes et aux dispositifs spécifiques régionaux.

Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (dite loi HPST).

Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

Article 51 de la loi n°2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale (dite LFSS 2018).

Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

\* **Sites Internet**

Entretien avec Dominique Libault le 08 avril 2022, Rubrique « Politiques sociales » de la Caisse des dépôts : <https://politiques-sociales.caissedesdepots.fr/securite-sociale-lassurance-de-la-solidarite>  
*Consulté le 10 août 2022.*

<https://handicap.gouv.fr/communautes-360-structuration-dun-reseau-de-professionnels-soutenant-les-parcours-de-vie-des>  
*Consulté le 10 août 2022.*

<https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/article-51-lfss-2018-innovations-organisationnelles-pour-la-transformation-du/article-51>  
*Consulté le 8 décembre 2022.*

<https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/les-ministres/organisation-11312/>  
*Consulté le 20 décembre 2022.*

<https://travail-emploi.gouv.fr/emploi-et-insertion/mesures-jeunes/contrat-engagement-jeune/>  
*Consulté le 4 août 2022.*

<https://www.ars.sante.fr/lorganisation-des-parcours-de-soins-de-sante-de-vie-0/>  
*Consulté le 4 août 2022.*

<https://www.ars.sante.fr/quest-ce-quune-agence-regionale-de-sante>  
*Consulté le 11 février 2023.*

<https://www.economie.gouv.fr/apie/publications/le-parcours-usager-dans-les-entites-publiques>  
*Consulté le 12 décembre 2022.*

<https://www.ined.fr/fr/lexique/transition-epidemiologique/>  
*Consulté le 20 septembre 2022.*

<https://www.monparcourshandicap.gouv.fr/>  
*Consulté le 4 août 2022.*

<https://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/lars-pays-de-la-loire-une-animation-territoriale-de-sante-en-proximite>  
*Consulté le 5 février 2022.*

## Annexes

---

*LISTE DES ANNEXES*

---

**Annexe 1** : Panorama des agences sanitaires nationales

**Annexe 2** : Typologie des acteurs et de leurs systèmes de relations (Osty et al., 2007)

**Annexe 3** : Guides d'entretiens semi-directifs

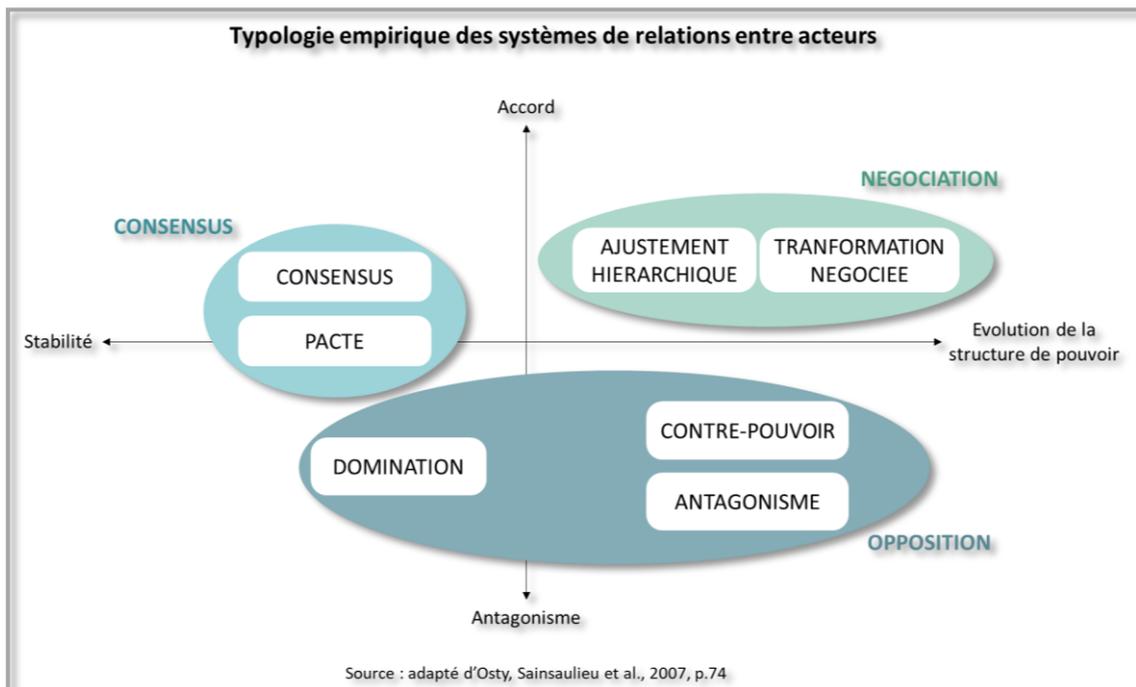
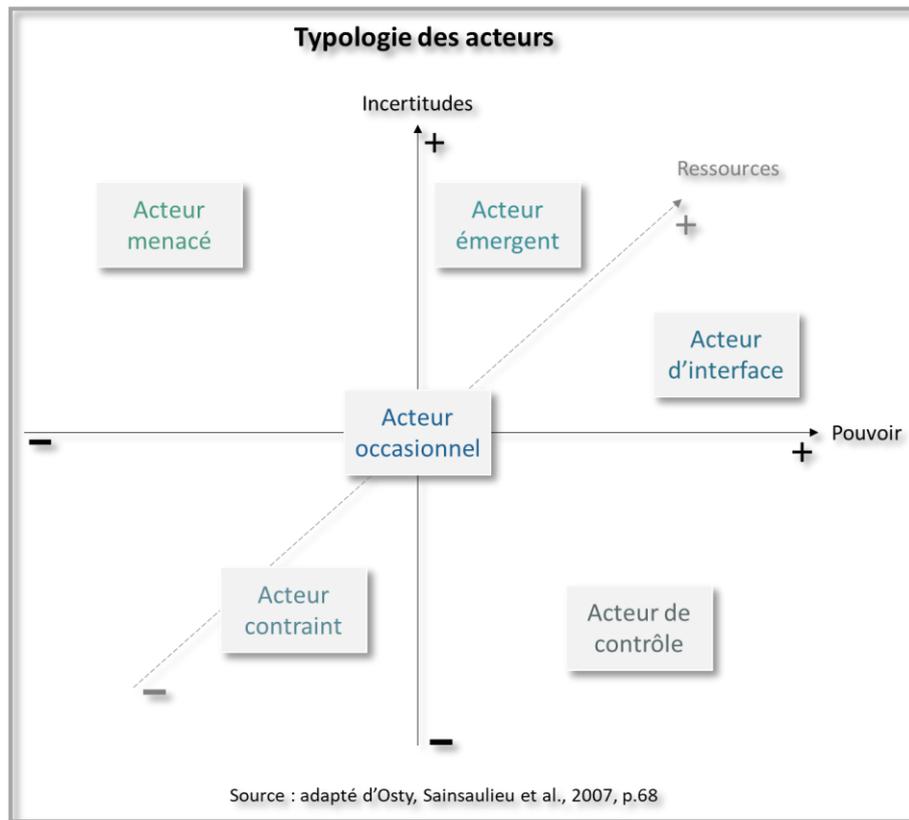
**ANNEXE 1 : PANORAMA DES AGENCES SANITAIRES**

**Tableau n° 1. Panorama des agences sanitaires nationales**

Secteur administré	Opérateurs
Observation, veille et sécurité sanitaires	Agence nationale de santé publique (ANSP); attributions de l'ex-Institut de veille sanitaire [InVS] et de l'ex-Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires [EPRUS] Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM, ex-AFSSaPS) Agence nationale de la sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES) Plateforme des données de santé
Prévention et thématiques de santé	ANSP (attributions de l'ex-Institut national de prévention et d'éducation pour la santé [INPES]) Agence de la biomédecine (ABM) Institut national du cancer (InCa) Établissement français du sang (EFS) Institut national de transfusion sanguine (INTS) Institut national de recherche et de sécurité (INRS) Autorité de sûreté nucléaire (ASN) Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire (IRSN)
Gestion hospitalière, organisation et performance du système de soins	Haute Autorité de santé (HAS) Centre national de gestion (CNG) Agence nationale d'appui à la performance (ANAP) Agence du numérique en santé (ANS), auparavant Agence des systèmes d'information partagés de santé (ASIP) Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)
Recherche	Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM)
Formation	Agence nationale du développement professionnel continu (ANDPC)
Indemnisation	Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM), qui met à disposition et gère les moyens humains des commissions de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux (CCI)

Source : Raimondeau et Marin, in Raimondeau et al., 2020, Tableau n°1, p.264

**ANNEXE 2 : TYPOLOGIE DES ACTEURS ET DE LEURS SYSTEMES DE RELATIONS (OSTY ET AL., 2007)**



**Guide d'entretien – Phase exploratoire**

*Co-présidents et Directeur du réseau de santé, porteur d'une expérimentation PTA*

1. Comment définiriez-vous votre rôle de co-président/Directeur au sein du réseau de santé ? Depuis quand occupez-vous cette fonction ?
2. Plus spécifiquement, comment définiriez-vous votre rôle dans la création de la PTA ?
3. Pourquoi avoir fait le choix, en 2016, d'être porteur d'une expérimentation PTA ?
4. Comment s'est opéré ce choix ?
5. En 2016, quelle était votre vision de la PTA ?
6. Qu'est-ce que le portage d'une PTA pouvait apporter au réseau de santé ? Et à l'échelle du territoire ?
7. Quelles ont été vos modalités de travail avec l'ARS au niveau régional, d'une part ? Et avec la délégation départementale de l'ARS, au niveau local, d'autre part ?
8. Comment qualifieriez-vous le rôle de l'ARS auprès du réseau de santé dans la mise en place de la PTA, au niveau régional et local (délégations départementales) ?
9. Quelle a été la feuille de route donnée par l'ARS ?
10. Comment perceviez-vous, en 2016, la politique de déploiement des PTA par l'ARS ?
11. Avez-vous bénéficié d'un appui de la part d'acteurs institutionnels ?
12. Comment s'est fait le choix des partenaires à associer à ce projet de PTA (dont les autres dispositifs de coordination présents sur le territoire) ?
13. Quelle a été la démarche adoptée par le réseau pour favoriser l'adhésion et la mobilisation de ces acteurs dans le projet au moment de sa phase de conception en 2016 ?
14. Comment cela a-t-il été travaillé en interne, au sein de l'équipe du réseau de santé, en 2016 ?
15. D'une manière globale, quels ont été les freins rencontrés durant cette phase ?
16. Quels ont été les leviers ?
17. En 2016, quelles ont été les raisons qui vous ont poussé à vous engager aussi activement dans ce projet de développement de la PTA, à un titre individuel ?
18. Aujourd'hui, en 2018, quelle est votre vision de ce dispositif ? Comment voyez-vous son évolution et son avenir au regard du contexte actuel ?

## **Guide d'entretien – Phase exploratoire**

*Responsable et Chargé de mission au sein du Département « Appui à la Coordination - Réseaux de santé » - Direction de l'Offre de soins - ARS Ile-de-France*

Mission : Pilotage régional des réseaux de santé et de l'expérimentation PTA  
En poste jusqu'en 2017

1. Quelle était votre fonction à l'ARS en 2016 (au moment de la création des PTA) et depuis quand ?
2. A ce titre, comment définiriez-vous votre rôle dans la création des deux PTA expérimentales en Ile-de-France ?
3. Quelle était, en 2016, la vision de l'ARS concernant ce nouveau dispositif (enjeux, objectifs, finalités) ?
4. Quelle a été la politique de déploiement des PTA définie par l'ARS à ce moment-là ?
5. Comment a été réalisé le choix des porteurs de ces deux PTA expérimentales ?
6. Quelles ont été vos modalités de travail avec le porteur de cette PTA, dans la phase de conception du projet ? Et avec la délégation départementale de l'ARS ?
7. Quelle a été, en 2016, la "feuille de route" donnée aux ARS par le Ministère de la santé pour la mise en place des PTA ?
8. En 2016, quelles ont été les raisons qui vous ont poussé à vous engager aussi activement dans ce projet de développement du dispositif PTA ?

## **Guide d'entretien – Phase exploratoire**

*Responsable du département ambulatoire - Délégation départementale - ARS*

Mission : Référent de tutelle local sur l'expérimentation PTA  
En poste jusqu'en 2017

1. Quelle était votre fonction au sein de la délégation départementale de l'ARS en 2016 (au moment de la création des PTA) et depuis quand ?
2. A ce titre, comment définiriez-vous votre rôle dans la création de la PTA de votre territoire ?
3. Quelle était, en 2016, la vision de la délégation départementale concernant ce nouveau dispositif PTA (enjeux, objectifs, finalités) ?
4. La création et l'expérimentation d'une PTA sur votre territoire constituaient-elles un enjeu important pour la délégation départementale (pour rappel : uniquement deux expérimentations PTA en Ile-de-France) ? Pourquoi ?
5. Pourquoi le choix de ce réseau de santé sur votre territoire comme porteur d'une PTA ?
6. Quelles ont été vos modalités de travail avec le porteur de cette PTA, dans la phase de conception du projet ? Et avec le niveau régional de l'ARS ?
7. Comment a été initiée la collaboration entre la délégation départementale et le réseau de santé pour la création de cette PTA ?
8. Quelle a été, en 2016, la "feuille de route" qui vous a été donnée par le niveau régional de l'ARS pour la mise en place de cette PTA ?
9. En 2016, quelles ont été les raisons qui vous ont poussé à vous engager aussi activement dans ce projet de développement de la PTA ?

## Guide d'entretien – Phase exploratoire

<p>⇒ Initialement :</p> <p><b>Chargé de mission</b>  <b>« Coordination des soins et Réseaux de santé »</b>  <i>DGOS - Ministère de la santé</i></p> <p><b>En poste jusqu'en 2017</b>  Pilotage national des PTA</p>	<p>⇒ Puis :</p> <p><b>Adjoint du Département</b>  <b>« Coordination Territoires Santé »</b>  <i>Direction de l'Offre de soins - ARS</i></p> <p><b>A partir de 2017</b>  Pilotage régional des réseaux de santé et de l'expérimentation PTA</p>	<p>⇒ Puis :</p> <p><b>Responsable du pôle</b>  <b>« Convergence des DAC »</b>  <i>Direction de la Stratégie - ARS</i></p> <p><b>2019 (au moment de l'entretien)</b>  Pilotage régional de la convergence des DAC</p>
---	--	--

1. Quelle était votre fonction au sein du Ministère en 2016 et depuis quand (au moment de la création des PTA) ?
2. A ce titre, comment définiriez-vous votre rôle dans la création des PTA ?
3. Quelle était, au moment de l'écriture du décret PTA (2016), la vision du Ministère concernant ce nouveau dispositif (raisons de sa création, enjeux, objectifs, finalités) ?
4. Avez-vous eu connaissance du projet de PTA, porté par le réseau de santé francilien (interrogé dans le cadre des entretiens exploratoires), au moment de sa conception en 2016 ?
5. Connaissiez-vous ce réseau de santé, antérieurement au projet de portage d'une PTA ?
6. Quelle a été, en 2016, la "feuille de route" donnée aux ARS par le Ministère de la santé pour la mise en place des PTA ?
7. En tant qu'acteur institutionnel ayant été amené à participer à la création de ce dispositif en 2016 (Ministère) et à son déploiement opérationnel à partir de 2017 (ARS), quel bilan feriez-vous de ce dispositif, deux ans après sa création ?
  - ↳ Quelles perspectives à envisager idéalement ?

**Guide d'entretien – Phase intermédiaire**  
*Représentant du collectif régional MAIA et Pilote MAIA*  
*Et*  
*Directeur Résif – Future FACS IDF*

1. Présentation de votre fonction ?
2. Pouvez-vous revenir sur le début du projet de convergence des DAC qui commence à s'esquisser dès l'année 2018, avant la promulgation de la loi du 24 Juillet 2019 instaurant officiellement les DAC ?
  - ↳ Quelle est votre perception de cette période ?
  - ↳ Quelle a été votre implication dans les travaux et réflexions en cours, à votre niveau ?
  - ↳ Quel a été le positionnement des tutelles ?
  - ↳ Quelles ont été les réactions des acteurs de terrain (réseaux de santé et MAIA) ?
3. Comment percevez-vous le dispositif DAC ?
4. Dans la phase actuelle de déploiement de la réforme des DAC, comment l'ARS accompagnent les acteurs de terrain dans ce changement ?
5. Quels sont, selon vous, les aspects négatifs mais aussi positifs de ce processus de changement conduit par l'ARS ?
6. Pouvez-vous me parler de l'état d'avancement des projets de convergence DAC sur la région ?
  - ↳ Caractéristiques et nature des projets ?
  - ↳ Freins et difficultés rencontrés ? Résistances et points de blocage ?
  - ↳ Leviers et éléments facilitants ?
  - ↳ Besoins de acteurs ?
7. Le COVID a-t-il impacté le déploiement de la réforme DAC ?
8. Comment le changement est appréhendé par les acteurs de ces dispositifs (réseaux de santé et MAIA) ?
9. Quels sont les rapports et relations entre réseaux de santé et MAIA, dans le cadre de ce changement ?
10. Avez-vous pu identifier des premiers impacts de ce changement ?
11. Quels sont les points de vigilance à avoir, selon vous ?
12. Comment vous positionnez-vous en tant qu'instance représentative des dispositifs de coordination ?
  - ↳ Quel est votre rôle ?
  - ↳ Comment percevez-vous la place d'une fédération régionale dans le cadre de ce processus de changement ?
13. Quelles sont vos modalités de relations avec les tutelles ?

**Guide d'entretien – Phase intermédiaire**  
*Responsable du pôle « Convergence des DAC »*  
*Direction de la Stratégie – ARS Ile-de-France*

1. Pouvez-vous revenir sur le cadre du projet de convergence des DAC ?
2. Quelles sont les modalités de management et d'accompagnement des acteurs de terrain mis en place par l'ARS ?
3. Dans cette démarche de conduite du changement menée actuellement :
  - Quel est le rôle de l'ARS région ?
  - Quel est le rôle des délégations départementales de l'ARS ?
  - Et quelle articulation ?
4. Comment vous positionnez-vous en tant que responsable régional du pilotage de la convergence des DAC ?
  - ↳ Comment définiriez-vous votre rôle ?
  - ↳ A-t-il subi des évolutions depuis le début de ce projet de réforme jusqu'à ce jour ?
5. Cela a-t-il nécessité une adaptation interne de l'ARS pour mener ce projet de convergence des DAC ?
  - ↳ Et, de manière plus globale, concernant le déploiement d'une nouvelle organisation territoriale de santé ?
  - ↳ Quelle vision portée par la Direction générale de l'ARS ?
  - ↳ Y-a-t-il une évolution au niveau de l'organisation, des pratiques, des compétences, des métiers, etc. ?
6. Quels freins rencontrez-vous dans le déploiement de la réforme des DAC ? Mais aussi quels leviers ? A la fois en interne à l'ARS et en externe (acteurs de terrain) ?
7. Quels sont, selon vous, les mots clés de cette démarche de changement ?
8. Où en est la constitution des DAC aujourd'hui ?
  - ↳ Caractéristiques des projets de convergence et nature des rapprochements
  - ↳ Etats d'avancement
  - ↳ Freins et difficultés rencontrés / Eléments facilitants et leviers
  - ↳ Profils et positionnements des acteurs de terrain face au changement
  - ↳ Besoins des acteurs de terrain remontés à l'ARS
9. Comment définiriez-vous le modèle de DAC vers lequel l'ARS souhaite tendre ?
10. Comment percevez-vous le rôle et la place de la fédération représentative des dispositifs de coordination (actuellement le Résif et demain la future FACS IDF) ?

**Guide d'entretien – Phase d'enquête**  
*Chargé de mission « Unification et Coordination des parcours »*  
*DGOS – Ministère de la santé*

1. Présentation de votre fonction et vos missions
2. Quel est le rôle du national dans la convergence des DAC ?
3. Comment a été (et est encore) travaillée la réforme des dispositifs de coordination visant leur convergence au sein du DAC ?
4. Y a-t-il un travail en concertation/co-construction avec d'autres acteurs ?
5. Comment est travaillé la transversalité et la convergence entre politiques publiques et acteurs institutionnels au niveau national, concernant le sujet des DAC ?
6. Quels sont vos rapports avec la fédération nationale des DAC : la FACS ?
  - ↳ Quelle est votre vision de son rôle et de sa place ?
  - ↳ Comment est-elle impliquée dans les travaux nationaux ?
7. Quel travail de capitalisation a été réalisé sur les PTA, dispositif préfigurateur des DAC ?
  - ↳ Et de manière plus générale, quel est votre regard sur l'évolution des dispositifs de coordination dans le temps ? De leur rapports aux tutelles ? Et de leur inscription dans le paysage de la santé ?
8. Quelle est votre vision des DAC ?
9. Comment avez-vous travaillé le rapprochement Réseaux-MAIA ?
10. Quels ont été les impacts du COVID sur le déploiement de la réforme ?
11. Comment assurez-vous l'équilibre entre une forme d'autonomie des acteurs pour s'organiser dans les territoires et une forme de régulation par l'Etat ?
12. Comment assurer la pérennité dans le temps et la sécurisation des DAC ?
13. Comment est pensé l'appui aux acteurs de terrain pour accompagner le changement par le national ?
14. Quelles orientations sont données aux ARS ?
15. Quel appui du national est apporté aux ARS pour accompagner le changement DAC dans les territoires ?
  - ↳ Comment travaillez-vous avec les ARS ?
  - ↳ Quel est votre rapport aux ARS ?
  - ↳ Quelles modalités de pilotage des ARS par le national ?
16. Comment envisagez-vous le rôle des délégations départementales des ARS dans la convergence des DAC ?
17. La réforme DAC amène-t-elle, pour le national (et les ARS), des changements de postures et de pratiques ?
18. Notamment dans la manière de concevoir la mise en œuvre de cette réforme et le positionnement de l'Etat vis-à-vis des acteurs de terrain :
  - Quelle posture de l'Etat aujourd'hui ?
  - Quels changements cela induit dans les pratiques ? Travaille-t-on autrement désormais ?
19. Quelles difficultés rencontrez-vous ?

## Guide d'entretien – Phase d'enquête

### *Chef de projet « Mission transformation interne » - ARS Ile-de-France*

1. Présentation de votre fonction
2. Qu'est-ce que le double mouvement/processus de transformation interne ?
3. Cela répond à quelle stratégie et quels objectifs ?
4. Quelle en est l'origine ?
5. Que souhaite-t-on transformer ?
6. Comment cela est-il mis en œuvre ?
7. Pouvez-vous m'en dire plus sur cette mission de transformation interne créée au sein de l'ARS ?
  - ↳ Missions / Rattachement et positionnement dans l'organigramme ARS / Date de création / Composition équipe
8. Comment est porté ce processus de transformation interne par la Direction générale ?
9. Le Ségur réaffirme cette volonté d'évolution du rôle des ARS. Dans ce cadre :
  - Quelles orientations du national sont données aux ARS ? Quel est l'appui apporté ?
  - Quelle est la vision managériale de l'ARS Ile-de-France ?
  - Quelles sont les valeurs portées par l'ARS aujourd'hui ?
  - Comment envisagez-vous les rôles de l'ARS ? Quels rapports aux acteurs de terrain et au territoire ?
  - Quelles répartitions des rôles entre les délégations départementales et le siège de l'ARS ?
  - Quels sont les rapports entre le siège et les délégations départementales ? Comment est travaillé le lien et les articulations pour faciliter les relations ? Quel est le positionnement du siège vis-à-vis des délégations départementales ?
  - Comment cette évolution du rôle des ARS impacte son organisation interne et ses modes de fonctionnement ?
10. Quels sont les positionnements des acteurs du siège et des délégations départementales de l'ARS face à ce changement ?
11. Quels sont les freins et difficultés rencontrés dans la mise en œuvre ?
12. Le COVID a-t-il impacté ce processus ?
  - ↳ Si oui, comment ?
  - ↳ A-t-il impacté le rapport des ARS avec les acteurs de terrain ?

**Guide d'entretien – Phase d'enquête**  
*Responsable du Pôle « Convergence des DAC »*  
*Direction de la Stratégie – ARS Ile-de-France*

1. Présentation de votre fonction
2. Où en est l'avancement du déploiement de la réforme DAC sur la région ?
  - ↳ Etats d'avancement sur les différents territoires - Leviers et points de blocage - Besoins des acteurs de terrain - Positionnements des acteurs de terrain - Impacts COVID
3. Quelle est la vision de l'ARS concernant les DAC ?
4. Quel accompagnement des acteurs de terrain est mis en place par l'ARS ?
  - ↳ Pouvez-vous également m'évoquer le soutien apporté par les cabinets d'appui conseil retenus par l'ARS auprès des DAC ?
5. Qui sont les interlocuteurs des acteurs DAC à l'ARS aujourd'hui ?
  - ↳ Le niveau local ou le siège ?
6. Comment favorisez-vous le rapprochement et la coopération entre les acteurs des réseaux de santé et des MAIA ?
  - ↳ Comment intervenez-vous en cas de situations conflictuelles ?
7. Y a-t-il un travail de co-construction mis en place entre l'ARS et les acteurs des DAC ?
  - ↳ Si oui, sous quelles formes ?
  - ↳ Quelles sont vos modalités de relations avec ces acteurs ?
8. Quelle animation du réseau des DAC est mise en place par l'ARS ?
9. Quel est votre positionnement concernant la fédération régionale des DAC : la FACS Ile-de-France ?
10. Les discours officiels actuels évoquent une évolution du rôle et de la posture des ARS concernant un renforcement de leur ancrage territorial et le fait de laisser la main aux acteurs de terrain pour s'organiser :
  - ↳ Que cela signifie-t-il au niveau de la mise en place des DAC ?
  - ↳ Quel cadre est posé aux acteurs de terrain ?
  - ↳ Quels impacts sur le rôle de l'ARS et la répartition des missions entre le siège et les délégations départementales ? Qui fait quoi ?
11. Le Ségur de la Santé évoque également une ARS qui doit se positionner en appui des acteurs de terrain et s'inscrire dans une posture de co-construction :
  - ↳ Comment cela se traduit-il au niveau de l'ARS ?
  - ↳ Comment ce changement est conduit en interne ?
  - ↳ Quelle est votre perception de ce changement ? Comment vous impacte-t-il ?
  - ↳ De manière plus globale, qu'est-ce que ce changement induit pour l'ARS ?
  - ↳ Quel est l'appui du national ?
12. Comment sont gérées les relations entre les collectivités territoriales et l'ARS, lorsque le projet de convergence intègre les dispositifs sous la tutelle de ces collectivités (c'est notamment le cas pour deux départements en Ile-de-France) ?
13. Pour conclure, quel est votre perception sur l'évolution :
  - De ces dispositifs de coordination dans le temps ?
  - De leur rapport aux tutelles ?
  - Et de leur inscription dans le paysage de la santé ?

## **Guide d'entretien – Phase d'enquête**

### *Délégations départementales (DD) – ARS Ile-de-France*

#### **1. D'une gestion centralisée du projet DAC par le siège vers une gestion locale par les DD :**

*Au début de la convergence des DAC : gestion et pilotage de la démarche au niveau du siège (mise en place de la mission convergence au sein de la Direction de la stratégie). Puis délégation de l'appui et du suivi des DAC aux DD.*

- Quelle répartition des rôles/responsabilités entre l'ARS siège et la DD aujourd'hui ? Pourquoi ce mouvement ?
- Quelles sont vos modalités de relations avec le siège ?
- Quel niveau d'autonomie est laissé aux DD par le siège ?
- Quel appui est apporté par le siège dans la délégation de ces missions/responsabilités ?

#### **2. Rôle des DD auprès des DAC pour accompagner le changement :**

- Quel est votre rôle auprès des acteurs DAC ? Comment le définiriez-vous ?
  - Entre appui : Quel appui aux DAC dans la conduite de ces transformations organisationnelles ? Comment cela se traduit-il concrètement ? Sur quels axes accompagnez-vous les acteurs DAC ?
  - Et régulation : Quel contrôle et suivi des DAC ? Quel pilotage opérationnel ?
- Quel cadre est posé aux DAC ?
- Comment accompagnez-vous la logique de coopération et de rapprochement entre acteurs des réseaux de santé et des MAIA ? Comment intervenez-vous en cas de conflits ?
- Quels sont vos rapports aux DAC ? Quelles modalités de relations avec les DAC ?
- Quelle est votre vision des DAC ?

#### **3. Animation territoriale :**

- Comment utilisez-vous les DAC dans le cadre de votre mission d'animation territoriale ; les DAC étant investis d'une mission de structuration territoriale des parcours ?
- Est-ce un sujet qui est travaillé avec les DAC ?
- Donnez-vous une feuille de route aux DAC ?

#### **4. Comment vous positionnez-vous face à la collectivité territoriale ? (question posée uniquement aux DD concernées par un projet de convergence DAC impliquant le conseil départemental)**

↳ Quelles sont vos rapports et modalités de collaboration ?

#### **5. Quels sont vos rapports à la fédération régionale des DAC : la FACS Ile-de-France ?**

#### **6. Accompagnement des DAC par des cabinets d'appui conseil :**

- Qu'en pensez-vous ? Cela répond-ils aux besoins des DAC ?
- Quelle articulation entre la DD et les consultants ?

#### **7. Quels ont été les impacts du COVID dans le déploiement de la réforme ?**

#### **8. Quel est votre perception sur l'évolution :**

- De ces dispositifs de coordination dans le temps ?
- De leur rapport aux tutelles ?
- Et de leur inscription dans le paysage de la santé ?

#### **9. Transformation interne de l'ARS.**

*Rappel du contexte :*

→ *Un changement de posture des ARS vis-à-vis des acteurs de terrain (appui et co-construction)*

→ *Et une volonté de territorialisation (associer les acteurs locaux / renforcer l'ancrage territorial de l'ARS, à travers les DD / adaptation aux spécificités locales)*

- Quels changements cela induit pour la DD ?
- Quel positionnement de la DD face à ces évolutions ?
- Quelle stratégie ?
- Comment travaillez-vous cela en interne et sur votre territoire ?
- Quel appui du siège ? Quel accompagnement des DD ?

**Guide d'entretien – Phase d'enquête**  
*Consultant – Cabinet conseil retenu par l'ARS Ile-de-France*

**1. Cahier des charges établi par l'ARS concernant l'intervention de cabinets conseil pour appuyer les DAC**  
**Quelle a été la « commande » de l'ARS ?**

- Quelles attentes de l'ARS sur l'accompagnement DAC confié aux cabinets conseil ?
- Périmètre, contenu et objectifs de l'accompagnement défini par l'ARS ?
- La demande de l'ARS portait-elle uniquement sur un accompagnement des acteurs de terrain DAC ou concernait-elle aussi un appui auprès de l'ARS ? Si oui, sur quelles dimensions ?

**2. Interventions auprès des DAC : Caractéristiques des accompagnements menés**

- Combien de DAC avez-vous accompagnés en Ile-de-France ?
- Quelle a été la durée et le volume de ces accompagnements ?
- Sur quoi portaient les accompagnements réalisés ? Quels étaient les besoins exprimés par les DAC ?
- Quelles étaient les problématiques/difficultés les plus récurrentes pour les acteurs de ces DAC ?
- Comment avez-vous travaillé avec les acteurs des DAC et avec quelles parties prenantes du DAC ?
- Quel est le positionnement de l'ARS dans ces accompagnements ?
  - Présence et implication soutenue ou au contraire, main laissée aux acteurs ?
  - Quelle marge de manœuvre/autonomie laissée aux acteurs des DAC et sur quels aspects ?
  - Quel appui de l'ARS auprès des acteurs DAC ?
- Quelle est la posture des acteurs des DAC par rapport à ce changement ?
  - Notamment concernant le rapprochement entre réseau de santé et MAIA.
  - Mais aussi concernant leurs rapports avec l'ARS.
- Avez-vous noté des spécificités/problématiques particulières en fonction des territoires ?
- Quelles sont les limites aux accompagnements proposés, selon vous ? Mais aussi les leviers sur lesquels vous vous êtes appuyés ?
- Avez-vous repéré des besoins d'accompagnement non couverts ? Si oui, de quelles natures ?
- Pensez-vous que la poursuite d'un accompagnement post-labellisation serait pertinent ? Si oui, sur quels aspects ? Y en a-t-il eu ?
- Avez-vous perçu un besoin d'accompagnement spécifique des Directeurs de DAC concernant l'évolution de leur rôle et de leur posture managériale ?

**3. Suivi et évaluation de l'accompagnement DAC :**

- Quels sont les liens et les échanges avec l'ARS région sur le suivi des accompagnements menés ?
- Une coordination est-elle assurée par l'ARS ?
- Un bilan global par l'ARS région est-il prévu avec les prestataires, en fin de processus d'accompagnement des DAC ?

**4. Autres régions :**

- Avez-vous été amené à accompagner la convergence de DAC sur d'autres régions ?
- Si oui, pouvez-vous m'en dire davantage ?

**Guide d'entretien – Phase d'enquête**  
*Directeur et Président – FACS IDF (Ile-de-France)*

**1. Posture et identité de la FACS :**

- Comment se positionne la FACS IDF ? Quelle place par rapport aux différentes parties prenantes de l'écosystème DAC ?
- Quelle est l'identité de la FACS aujourd'hui ? Comment travaillez-vous la construction d'une identité commune entre plusieurs dispositifs de coordination aux multiples identités culturelles originelles (réseaux de santé et MAIA notamment) regroupés au sein d'une unique entité DAC aujourd'hui ?
- La FACS IDF est-elle devenue l'interlocuteur unique « terrain » de l'ARS siège aujourd'hui, en tant que représentant des DAC ?
- Tous les DAC sont-ils représentés et/ou participent-ils à la FACS ? Si non, pourquoi ?

**2. Le Conseil d'administration de la FACS :**

- Quel est le profil des membres du Conseil d'administration de la FACS IDF ?
- Quelles sont la stratégie et la vision définies par la FACS ?

**3. Rôle de la FACS (notamment au regard du CPOM conclu avec l'ARS) :**

- Quelles sont les missions et objectifs de la FACS IDF fixés dans le CPOM ?
- Comment s'est fait la définition de ces missions et objectifs entre l'ARS et la FACS IDF ?
- Des missions particulières ont-elles été spécifiquement souhaitées par l'ARS IDF ?
- Quelle est l'autonomie de la FACS vis-à-vis de l'ARS ? Et quels sont, au contraire, ses engagements vis-à-vis de l'ARS ?
- Quelle forme prend le rôle de représentation des DAC vis-à-vis des tutelles ?
- Est-ce la FACS qui assure l'animation du réseau des DAC ? Si oui, quel est son rôle ?
- La FACS joue-t-elle un rôle dans l'accompagnement des acteurs DAC au changement ? Si oui, lequel et sous quelle forme ?
- Quelles sont les autres missions de la FACS IDF ?

**4. Relation « FACS IDF /ARS » :**

- Quelles sont vos modalités de relations avec l'ARS ? Quel est le positionnement de chacun ?
- Quelle est la nature et fréquence des échanges/travaux avec l'ARS siège ?
- Avez-vous des liens avec les Délégations Départementales de l'ARS ?

**5. Politique et posture de l'ARS dans le déploiement de la convergence des DAC : Quelle est la perception de la FACS IDF concernant :**

- L'appui apporté aux DAC et le processus d'accompagnement global au changement ?
- Le pilotage global de la convergence et la stratégie de l'ARS ?
- La posture de l'ARS ?
- L'accompagnement par les cabinets conseil ?
- La vision des DAC par l'ARS ?

**6. Les DAC :**

- Quels sont les freins encore présents aujourd'hui, les points de blocage sur certains territoires ?
- L'accompagnement proposé aux DAC répond-il aux besoins ? Quels besoins d'appui non couverts ?
- Quelles difficultés rencontrées par les Directeurs de DAC ? Quels profils aujourd'hui de ces directeurs de DAC ?

- Quel est votre perception sur l'évolution :
  - De ces dispositifs de coordination dans le temps ?
  - De leur rapport aux tutelles ?
  - Et de leur inscription dans le paysage de la santé ?

**7. Quels sont vos liens avec la FACS nationale ?**

**8. Avez-vous des liens avec les autres FACS régionales ?**

**9. Quels ont été les impacts du COVID sur le déploiement de la réforme DAC ?**

**10. Quelles sont les difficultés rencontrées par la FACS IDF mais aussi les leviers sur lesquels elle s'appuie ?**

## **Guide d'entretien – Phase d'enquête**

*Président de la FACS nationale*

### **1. Pouvez-vous me présenter la FACS nationale ?**

- Origine et constitution
- Place, rôle et missions que se donne la FACS nationale
- Objectifs
- Parties prenantes engagées dans cette fédération
- Relations réseaux de santé/MAIA
- Déploiement de fédérations régionales

### **2. Quels sont les rapports de la FACS avec les tutelles nationales ?**

- Y a-t-il un travail collaboratif avec les instances nationales ? Si oui, de quelle nature ?
- Comment la FACS est-elle impliquée dans les travaux nationaux ?
- Comment la FACS se positionne face aux tutelles ?
- Quelles sont les modalités de relations entre la FACS et les tutelles ?

### **3. L'appui et l'accompagnement au changement des acteurs des DAC dans les territoires :**

- Quelle est votre vision de l'appui apporté par les tutelles (nationales et locales) auprès des acteurs des DAC ?
- Comment se positionnent les tutelles ?
- Sur quelles dimensions portent plus particulièrement l'accompagnement ?
- De par votre regard d'acteur historique, comment ont évolué le rôle et la posture des tutelles, dans leurs relations et rapports aux acteurs de terrain ?
- Comment, de son côté, la FACS appui-t-elle les acteurs de terrain ?

## Guide d'entretien – Phase d'enquête

### Acteurs de terrain DAC

- 1.** Pouvez-vous me présenter le projet DAC sur votre territoire et son état d'avancement ?
  - Contexte, spécificités et caractéristiques
  - Situation au moment de l'entretien
  - Date de labellisation / Si DAC déjà labellisé : la mise en place des missions DAC est-elle effective ?
  - Parties prenantes
  - Relations réseau de santé/MAIA
  - Difficultés, points de blocage - Leviers
  - Etc.
- 2.** Contexte de votre département/territoire : Y a-t-il des spécificités particulières sur votre territoire ?
- 3.** Comment êtes-vous accompagnés par l'ARS, tant au niveau du siège que de la délégation départementale, dans ce changement ? (Avant labellisation et après labellisation)
- 4.** Avez-vous bénéficié d'un accompagnement par un cabinet conseil ?
  - Si oui, pouvez-vous m'en parler ?
  - Quelle a été la nature de cet appui ?
  - Quels apports et quelles limites ?
- 5.** Quels sont vos besoins d'appui encore aujourd'hui ?
- 6.** Quel est votre rapport aux tutelles ?
- 7.** Quelle démarche de co-construction est mise en place avec l'ARS ?
- 8.** Y a-t-il une animation du réseau DAC et par qui ?
- 9.** Quels sont vos liens avec les autres DAC ?
- 10.** Comment percevez-vous la place et le rôle de la FACS IDF ? Quelle est votre rapport à la FACS IDF ?
- 11.** Une évaluation des DAC est-elle prévue par l'ARS ? Si oui, comment cela est-il travaillé ?
- 12.** Quels ont été les impacts du COVID ?
- 13.** La mission de structuration territoriale des parcours des DAC :
  - La mise en oeuvre de cette mission est-elle travaillée avec l'ARS ?
  - Quel est le positionnement de l'ARS sur cette mission, notamment des délégations départementales ?
  - Une feuille de route vous a-t-elle été donnée par l'ARS ?
- 14.** Quel est votre perception sur l'évolution :
  - De ces dispositifs de coordination dans le temps ?
  - De leur rapport aux tutelles ?
  - Et de leur inscription dans le paysage de la santé ?

## Sigles et abréviations

## Lexique des sigles

Sigles	Dénomination
ACI	Accord conventionnel inter-professionnel
ANAP	Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux
APA	Allocation personnalisée d'autonomie
ARH	Agence régionale de l'hospitalisation
ARS	Agence régionale de santé
CARSIC	Cellules d'appui à la résolution des situations complexes
CD	Conseil départemental
CDS	Centre de santé
CLIC	Centre local d'information et de coordination
CLS	Contrat local de santé
CLSM	Contrat local de santé mentale
CMP	Centre médico-psychologique
CNAF	Caisse nationale d'allocations familiales
CNAM	Caisse nationale d'assurance maladie
CNO	Cadre national d'orientation des DAC
CNP	Conseil national de pilotage
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
COVID	Coronavirus
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CPOM	Contrat pluri-annuel d'objectifs et de gestion
CPTS	Communauté professionnelle territoriale de santé
CRAM	Caisse régionale d'assurance maladie
CRSA	Conférence régionale de la santé et de l'autonomie
CTS	Conseil territorial de santé
DAC	Dispositif d'appui à la coordination
DAC	Direction d'administration centrale
DD	Délégation départementale de l'ARS
DDASS	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
DDI	Direction départementale inter-ministérielle
DGCS	Direction générale de la cohésion sociale
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DGS	Direction générale de la santé

<b>DIH</b>	Dispositif Intégré Handicap
<b>DIU</b>	Diplôme inter-universitaire
<b>DMP</b>	Dossier médical partagé
<b>DNS</b>	Délégation ministérielle au numérique en santé
<b>DOS</b>	Direction de l'offre de soins (ARS Ile-de-France)
<b>DRASS</b>	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
<b>DREES</b>	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
<b>DSS</b>	Direction de la sécurité sociale
<b>DU</b>	Diplôme universitaire
<b>EHESP</b>	Ecole des hautes études en santé publique
<b>EHPAD</b>	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
<b>ENA</b>	Ecole nationale d'administration
<b>EPA</b>	Etablissement public administratif
<b>ERHR</b>	Equipe relais handicap rare
<b>ESP</b>	Equipe de soins primaires
<b>ETP</b>	Equivalent temps plein
<b>FACS IDF</b>	Fédération régionale des dispositifs de ressources et d'appui à la coordination des parcours en santé en Ile-de-France
<b>FACS nationale</b>	Fédération nationale des dispositifs de ressources et d'appui à la coordination des parcours en santé
<b>FAMO</b>	Formulaire d'analyse multi-dimensionnelle d'orientation
<b>FIR</b>	Fond d'intervention régional
<b>GHT</b>	Groupement hospitalier de territoire
<b>GIP</b>	Groupement d'intérêt public
<b>GRSP</b>	Groupement régional de santé publique
<b>HAD</b>	Hospitalisation à domicile
<b>HCAAM</b>	Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie
<b>IEP</b>	Institut d'études politiques
<b>IGAS</b>	Inspection générale des affaires sociales
<b>IGF</b>	Inspection générale des finances
<b>INED</b>	Institut national d'études démographiques
<b>IRTS</b>	Institut régional du travail social
<b>LFSS</b>	Loi de financement de la sécurité sociale
<b>LMSS 2016</b>	Loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016
<b>Loi HPST</b>	Loi hôpital patient santé territoire du 21 juillet 2009
<b>LOLF</b>	Loi organique relative aux lois de finances

<b>M2A</b>	Maison des aînés et des aidants
<b>Ma santé 2022</b> Ou dit Loi OTSS	Loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé
<b>MAIA</b>	Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie
<b>MDPH</b>	Maison départemental pour les personnes handicapées
<b>MECSS</b>	Mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale
<b>MRS</b>	Mission régionale de santé
<b>MSP</b>	Maison de santé pluri-professionnelle
<b>OMS</b>	Organisation mondiale de la santé
<b>ONDAM</b>	Objectif national de dépenses d'assurance maladie
<b>PAERPA</b>	Personnes âgées en risque de perte d'autonomie
<b>PAT</b>	Pôle autonomie territorial
<b>PCPE</b>	Pôle de compétences et de prestations externalisées
<b>PRADO</b>	Programme d'accompagnement de retour à domicile
<b>PRISMA</b>	Programme de recherche sur l'intégration des services pour le maintien de l'autonomie
<b>PRS</b>	Projet régional de santé (ARS)
<b>PSI</b>	Plan de services individualisé
<b>PTA</b>	Plateforme territoriale d'appui
<b>PTSM</b>	Projet territorial de santé mentale
<b>RAC</b>	Revue annuelle de contrat
<b>RGPP</b>	Révision générale des politiques publiques
<b>RH</b>	Ressources humaines
<b>ROR</b>	Répertoire opérationnel des ressources
<b>SAMSAH</b>	Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés
<b>SGMAS</b>	Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales
<b>SI</b>	Système d'information
<b>SNS</b>	Stratégie nationale de santé
<b>SPDA</b>	Service public départemental de l'autonomie
<b>SSIAD</b>	Service de soins infirmiers à domicile
<b>T2A</b>	Tarifcation à l'activité
<b>UMI</b>	Unité mobile interdépartementale
<b>UNCAM</b>	Union nationale des caisses d'assurance maladie
<b>UNOCAM</b>	Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie
<b>UNPS</b>	Union nationale de professionnels de santé
<b>URCAM</b>	Union régionale des caisses d'assurance maladie

<b>URPS</b>	Union régionale de professionnels de santé
<b>VIH</b>	Virus de l'immunodéficience humaine

---

## TABLE DES MATIERES

---

<i>Introduction générale</i> .....	9
<i>Première partie : Analyse contextuelle. Le parcours de santé comme fondement d'un changement culturel et systémique ?</i> .....	15
<b>Chapitre I : Le parcours dans les politiques publiques de l'Etat</b> .....	<b>16</b>
Section 1 : Panorama d'un engouement généralisé .....	16
Section 2 : Parcours et Individus : des parcours institutionnalisés aux parcours individualisés .....	18
Section 3 : Parcours et Organisation : d'une logique de structures vers une logique de parcours .....	20
Section 4 : Du concept de départ à ses usages par les pouvoirs publics .....	21
A. Le parcours comme nouvel outil de gestion publique .....	21
B. Le parcours comme nouveau paradigme pour conduire un changement culturel .....	22
Section 5 : Vers une tentative de qualification et définition du parcours .....	24
Section 6 : Focus sur l'usage du parcours dans les politiques de santé.....	27
A. L'évolution de l'environnement du système de santé .....	27
B. L'introduction du parcours de santé pour répondre aux défis de transformation du système de santé .....	30
<b>Chapitre II : Organisation du système de santé et transformation : décryptage sous l'angle du « système » et enjeux du recours au parcours</b> .....	<b>33</b>
Section 1 : Pilotage et Organisation : un système de santé fragmenté .....	33
Section 2 : La création organisationnelle pour répondre à la complexité inhérente à tout système et ses dérives : de la complexité du système de santé à sa complication .....	47
Section 3 : Les jeux d'acteurs et de pouvoir : « L'acteur et le système » (Crozier et Friedberg, 1977).....	49
Section 4 : Un système figé qui ne parvient pas à s'adapter aux évolutions contextuelles, malgré les nombreuses réformes déjà conduites .....	51
Section 5 : Les enjeux du recours au parcours pour transformer le système de santé.....	52
<b>Chapitre III : Les acteurs des parcours de santé : essor et multiplication généralisée des dispositifs interstitiels d'appui à la coordination</b> .....	<b>56</b>
Section 1 : Le développement d'une nouvelle catégorie d'acteurs à l'interface des différents secteurs de la santé .....	56
Section 2 : L'écosystème des fonctions de coordination au service des parcours : entre profusion et confusion, sources d'une perte de sens et de cohérence.....	63
Section 3 : L'efficacité de la politique publique de coordination en santé interrogée.....	67
Section 4 : Vers une tentative d'optimisation et de clarification .....	68

**Chapitre IV : Territoire et gouvernance des politiques publiques de santé : une approche renouvelée à l'aune du paradigme du parcours ..... 69**

Section 1 : Territoire et parcours de santé ..... 69

- A. Le territoire dans les politiques de santé : un concept évolutif et un caractère multi-facette ..... 69
- B. L'organisation territoriale : un support pour la matérialisation du paradigme du parcours santé. 72

Section 2 : Gouvernance et parcours de santé ..... 73

- A. Vers une nouvelle forme de « gouvernementalité » de l'action publique en santé ..... 73
- B. Un mouvement qui prend place dans un contexte plus global d'évolution de l'exercice du pouvoir de l'Etat ..... 79

*Deuxième partie : Construction de l'ancrage théorique. Du paradigme du parcours au modèle organisationnel ..... 83*

**Chapitre V : Le modèle de l'organisation holographique de Morgan (1989) pour appréhender la nouvelle organisation territoriale de santé projetée par les pouvoirs publics ..... 84**

Section 1 : Photographie de l'état actuel de nos connaissances à ce stade de la recherche ..... 84

Section 2 : « Images de l'organisation » (Morgan, 1989) : du cheminement au choix du recours à la métaphore du « cerveau » pour penser l'organisation de santé selon l'approche « parcours » ..... 86

Section 3 : Présentation des quatre principes du modèle de l'organisation holographique et leur déclinaison au système de santé ..... 94

- A. « Redondance des fonctions » et « Variété requise » : Caractérisation du modèle d'organisation territoriale cible ..... 94
- B. « Spécification critique minimale » : Positionnement des autorités sanitaires et création d'un contexte propice au développement d'une forme d'auto-organisation territoriale régulée ..... 95
- C. « Apprendre à apprendre » : Un processus de changement mobilisant la culture organisationnelle et l'apprentissage pour passer d'un système figé vers un système qui s'adapte et s'auto-régule en continu ..... 96
- D. Synthèse ..... 97

**Chapitre VI : La caractérisation du nouveau rôle des autorités sanitaires locales, dans ce modèle organisationnel ..... 100**

Section 1 : La position charnière des autorités de santé régionales ..... 100

Section 2 : Une tentative d'esquisse du nouveau rôle des ARS, à travers le 3<sup>ème</sup> principe du modèle d'organisation holographique ..... 104

**Chapitre VII : Un double changement (culturel) à engager pour les ARS : Accompagner le changement tout en impulsant sa propre transformation ..... 108**

Section 1 : Un changement au carrefour de deux logiques : entre changement prescrit et changement construit ..... 108

Section 2 : Une approche culturelle du changement, à travers le paradigme du parcours ..... 110

Section 3 : Un processus de changement envisagé à travers l'apprentissage en boucle double (Argyris et Schön, 2002). ..... 114

Section 4 : Le double changement pour qualifier la nécessité de conduire deux niveaux de changement simultanément.....	115
Section 5 : La formulation d'une proposition de recherche, associée à la définition des objectifs, axes de travail et choix réalisés .....	119
<i>Troisième Partie : Elaboration du cadre empirique.....</i>	<i>123</i>
<b>Chapitre VIII : Posture épistémologique et méthodologique .....</b>	<b>124</b>
Section 1 : Orientation épistémologique et construction de notre objet de recherche .....	124
A. La conduite d'une réflexion épistémologique .....	124
B. Processus d'élaboration de notre objet de recherche .....	130
Section 2 : Approche méthodologique.....	132
<b>Chapitre IX : Cadre de l'enquête - Etude du double changement à conduire par les tutelles régionales de santé : L'exemple de l'ARS Ile-de-France, à partir du cas des DAC.....</b>	<b>136</b>
Section 1 : Le couple « ARS-DAC » au sein de la région Ile-de-France.....	136
Section 2 : La stratégie de transformation de l'ARS Ile-de-France .....	139
Section 3 : La convergence des réseaux de santé et des MAIA au sein d'une structure unique (le DAC) comme support d'observation et d'analyse du processus de double changement.....	140
Section 4 : De la divergence à la convergence des dispositifs de coordination .....	144
A. Les réseaux de santé.....	144
B. Les MAIA.....	146
C. Les PTA : les prémices de la convergence.....	147
D. Les DAC.....	147
E. Les structures représentatives des acteurs de la coordination .....	148
Section 5 : Les enjeux du changement dans le cadre du DAC .....	149
Section 6 : La cartographie des parties prenantes en présence.....	153
Section 7 : La temporalité retenue .....	155
<b>Chapitre X : Protocole d'enquête : recueil et analyse des données .....</b>	<b>156</b>
Section 1 : La structuration du dispositif de recherche empirique à partir du triptyque du changement de Pettigrew.....	156
Section 2 : L'image de la culture pour analyser le processus de double changement : présentation du modèle d'analyse culturelle défini .....	158
Section 3 : L'architecture globale du dispositif empirique.....	165
Section 4 : Les modalités d'enquête .....	168
A. Les entretiens exploratoires.....	169
B. Les entretiens intermédiaires .....	170

C.	Les entretiens de la phase d'enquête.....	170
D.	Les modalités d'enquête complémentaires.....	175
E.	Synthèse de l'ensemble des modalités d'enquête, au regard de la chronologie de la recherche	176
<i>Quatrième partie : Premier niveau de résultats – « Contexte » et « contenu » du changement</i>		
.....		179
<b>Chapitre XI : Contexte du changement .....</b>		<b>180</b>
Section 1 : Théorie d'usage des ARS .....		181
A.	Aux origines des ARS : les mythes fondateurs, en lien avec l'histoire .....	181
1)	<i>Régionalisation et modernisation des politiques publiques .....</i>	181
2)	<i>Naissance des ARS : un terreau marqué par des oppositions historiques et un jeu complexe d'acteurs liés au gouvernement des politiques de santé .....</i>	182
3)	<i>Unification, simplification et décloisonnement du pilotage territorial des politiques de santé .....</i>	183
4)	<i>Mythes de l'ARS et éléments d'histoire : Repères clés.....</i>	185
B.	Les structures organisationnelles.....	186
1)	<i>Un périmètre d'activités conséquent : organisation et missions des ARS.....</i>	186
2)	<i>Un périmètre géographique particulièrement vaste renforcé par la fusion des régions : des ARS jugées trop éloignées du terrain .....</i>	188
3)	<i>Entre agence et technostucture bureaucratique .....</i>	188
4)	<i>Entre décloisonnement régional et persistance du cloisonnement national.....</i>	191
5)	<i>Structure organisationnelle de l'ARS : Repères clés .....</i>	193
C.	Les structures de pouvoir et systèmes de contrôle .....	194
1)	<i>L'Etat et l'ARS : entre autonomie et dépendance .....</i>	194
2)	<i>L'ARS : entre responsabilité de la maîtrise des dépenses et capacité de régulation financière limitée.....</i>	196
3)	<i>L'ARS : un catalyseur des tensions et enjeux de pouvoirs entre acteurs, impactant l'exercice de ses missions et entravant le décloisonnement des politiques de santé.....</i>	197
4)	<i>Structures de pouvoir internes à l'ARS : La faiblesse de l'échelon départemental de l'ARS.....</i>	198
5)	<i>Structure de pouvoir de l'ARS : Repères clés .....</i>	202
6)	<i>Systèmes de contrôle de l'ARS : Repères clés.....</i>	202
D.	Les rites et les routines .....	203
1)	<i>Culture, métiers et compétences au sein des ARS.....</i>	203
2)	<i>Rites et routines de l'ARS : Repères clés .....</i>	206
E.	Les symboles.....	207
1)	<i>Le Projet régional de santé .....</i>	207
2)	<i>Le territoire.....</i>	208
3)	<i>L'animation territoriale.....</i>	209
		463

4) <i>Symboles de l'ARS : Repères clés</i> .....	211
F. Synthèse et interprétation du paradigme organisationnel de l'ARS : théorie d'usage en vigueur	211
Section 2 : Théorie d'usage des acteurs de santé du territoire : identification des tissus culturels respectifs des réseaux de santé et des MAIA, en vue de leur rapprochement au sein d'un dispositif unique, le DAC .....	217
A. Mythes et histoire.....	218
B. Les rites et routines .....	225
C. Les symboles.....	227
D. Les structures organisationnelles, les systèmes de pouvoir et gestion .....	229
E. Identification des paradigmes organisationnels au cœur des schémas culturels des dispositifs de coordination étudiés et confrontation.....	231
Section 3 : Synthèse globale : Représentation des théories d'usage et de l'écosystème des univers comportementaux.....	240
<b>Chapitre XII : Contenu du changement .....</b>	<b>245</b>
Section 1 : Théorie professée : Identification de la trame culturelle qui sous-tend le paradigme du parcours .....	245
A. La nature du changement : Une transformation organisationnelle du système de santé, reliée à un changement de paradigme.....	246
B. Les cadrans du changement d'Autissier et Moutot (2003) pour mettre en exergue les mots clés qui caractérisent une organisation pensée sous l'angle du paradigme du parcours de santé.....	247
C. Le cadre de référence retenu pour l'analyse de la théorie professée des pouvoirs publics.....	248
D. La restitution des résultats obtenus et la modélisation de la trame culturelle du paradigme du parcours .....	250
1) « <i>Organisation – Structure</i> ».....	250
2) « <i>Fonctionnement – Relations</i> ».....	252
3) « <i>Management</i> » .....	253
4) « <i>Outils</i> » .....	256
5) « <i>Performance</i> » .....	257
6) « <i>Comportement</i> ».....	259
7) « <i>Compétences</i> » .....	259
8) « <i>Culture</i> ».....	261
9) <i>La représentation générale de la théorie professée du « parcours » via les cadrans du changement</i> .....	262
Section 2 : Les éléments organisationnels et de gestion de la trame culturelle du parcours .....	264
A. Le cadre national posé et la posture des tutelles : entre prescription et autonomie, un cadre qui se veut souple .....	265
B. Entre flexibilité organisationnelle et formalisation du DAC : un modèle qui se veut ajustable tout en étant doté d'un socle commun de structuration.....	271

C. Le positionnement du DAC dans l'écosystème territorial .....	274
Section 3 : Les éléments sociologiques de la trame culturelle du parcours .....	279
Section 4 : Mise en miroir de la théorie professée et des théories d'usage des acteurs .....	288
<i>Cinquième partie : Deuxième niveau de résultats et discussion – Analyse du « processus » de double-changement .....</i>	<i>297</i>
<b>Chapitre XIII : Résultats relatifs au processus de double changement .....</b>	<b>298</b>
Section 1 : La stratégie .....	299
A. Entre poursuite du millefeuille et tentative d'unification .....	299
B. Décloisonnement organisationnel et ouverture à la transversalité de l'ARS : un changement incrémental à l'œuvre mais encore peu perfectible dans les territoires par les acteurs de terrain.....	307
C. Instabilité, flou et oscillation : la perception par les acteurs de terrain interrogés de la stratégie de l'ARS relative aux DAC .....	311
D. Synthèse .....	317
Section 2 : L'opérationnalité du cadre défini par les tutelles.....	318
A. Une logique d'appui.....	318
B. Le déploiement local de la convergence des DAC assuré par les délégations départementales : une décentralisation qui reste à caler.....	328
C. Entre temps du changement réglementaire et temps du changement culturel : la labellisation des DAC	332
D. Synthèse .....	334
Section 3 : Les moyens mis en œuvre pour accompagner le changement.....	335
A. « L'appui-conseil » .....	336
B. La formation des professionnels .....	343
C. Animation régionale d'une communauté des DAC et échanges de pratiques : le rôle de la FACS régionale dans le processus de changement.....	344
D. Synthèse .....	347
Section 4 : Les systèmes relationnels et le positionnement des acteurs.....	348
A. Les DD : au cœur de la stratégie de transformation interne de l'ARS.....	348
1) <i>L'incarnation par les délégations départementales de leur rôle d'animateur territorial.....</i>	<i>348</i>
1.1. Du chef d'orchestre... ..	349
1.2. ... Au tisserand.....	350
1.3. Pistes pour la conceptualisation et la clarification du rôle d'animateur territorial des DD	352
2) <i>Les leviers à la main des délégations départementales .....</i>	<i>352</i>
2.1. La loi santé 2019 .....	352
2.2. Le COVID .....	353
	465

B.	Vers de nouveaux mécanismes de régulation des acteurs de santé par l'ARS.....	357
C.	Les relations ARS-DAC : des variations importantes en fonction des territoires.....	361
1)	<i>Postures des délégations départementales vis-à-vis des DAC et incidences relationnelles</i> .....	361
2)	<i>L'usage des DAC par les délégations départementales</i> .....	365
3)	<i>Une évolution des rapports entre l'ARS et les acteurs de terrain en phase « post-constitution » du DAC et l'identification des mécanismes relationnels sous-jacents</i> .....	366
4)	<i>Une synthèse des différentes postures adoptées par les délégations départementales et des relations développées avec les DAC</i> .....	369
D.	Les relations entre le siège de l'ARS et les délégations départementales : une évolution qui apparaît parcellaire .....	370
E.	Une relation de « coopération-contractualisée » entre la FACS régionale et l'ARS .....	373
F.	Le système de relations Réseaux de santé-MAIA : un antagonisme relationnel qui se translate à tous les niveaux de la convergence en DAC .....	376
G.	Synthèse .....	378
<b>Chapitre XIV : Discussion et recommandations .....</b>		<b>381</b>
Section 1 : Méthode d'analyse des résultats.....		381
Section 2 : Processus de passage de la théorie professée vers des théories d'usage renouvelées des acteurs, couplé à une assise organisationnelle .....		382
A.	Les DAC : le cas d'une « fusion » .....	383
B.	L'organisation territoriale de santé : Le cas de la mise en place d'un réseau territorialisé d'acteurs	387
C.	L'ARS : Le cas d'une réorganisation interne.....	388
D.	Proposition d'un processus organisationnel d'apprentissage en boucle double (Argyris et Schön, 2002), à partir des variables culturelles et relationnelles .....	391
Section 3 : Management des systèmes de relations entre acteurs : évolution, redéfinition et remise en question .....		394
A.	Le recours à la typologie proposée par Osty et al. (2007) .....	394
B.	Entre l'ARS Ile-de-France et la FACS régionale : « Le pacte » .....	397
C.	Entre les dispositifs de coordination : entre « consensus » et « antagonisme ».....	398
D.	Entre les tutelles et les dispositifs de coordination : « la transformation négociée ».....	398
E.	Entre les acteurs de l'ARS : entre « domination » et « contre-pouvoir ».....	398
F.	Proposition d'un management des systèmes relationnels.....	399
Section 4 : Vers un cadre propice à l'évolution de la culture organisationnelle et au développement de nouveaux modes de relations.....		402
A.	Le cadre et sa « constitution » .....	402
B.	Le cadre et le rôle des concepteurs-pilotes du changement.....	404
C.	Le cadre et la stratégie.....	406

D. Proposition d'une logique d'appui comme nouvelle forme de pilotage pour favoriser une autonomie régulée du « jeu » entre les acteurs.....	407
Section 5 : Les apports d'une démarche de double changement dans le processus de transformation...	408
<b>Chapitre XV : Limites et perspectives.....</b>	<b>411</b>
Section 1 : Les limites .....	411
A. Les limites méthodologiques.....	411
B. Les limites de notre posture de chercheur-praticien : une double position entre conflit et plus-value	412
C. Les limites de notre modèle théorique et de la littérature .....	413
D. Les limites de l'impact et des conclusions de notre recherche : la modélisation managériale du changement, inscrite dans une vision culturelle et relationnelle .....	413
Section 2 : Les perspectives .....	414
<i>Conclusion générale .....</i>	<i>416</i>
<i>Bibliographie .....</i>	<i>423</i>
<b>Etat de l'art théorique.....</b>	<b>424</b>
<b>Littérature grise.....</b>	<b>431</b>
<i>Annexes .....</i>	<i>435</i>
<b>Liste des annexes.....</b>	<b>436</b>
<b>Annexe 1 : Panorama des agences sanitaires .....</b>	<b>437</b>
<b>Annexe 2 : Typologie des acteurs et de leurs systèmes de relations (Osty et al., 2007) .....</b>	<b>438</b>
<b>Annexe 3 : Guides d'entretiens semi-directifs .....</b>	<b>439</b>
<i>Sigles et abréviations.....</i>	<i>455</i>
<i>Table des matières .....</i>	<i>460</i>
<i>Table des tableaux.....</i>	<i>468</i>
<i>Table des figures.....</i>	<i>471</i>

---

## TABLE DES TABLEAUX

---

TABLEAU 1 : USAGE DU PARCOURS DANS LES POLITIQUES SOCIALES.....	16
TABLEAU 2 : COMPOSANTES INTERNES DE L'ADMINISTRATION NATIONALE DE LA SANTE .....	35
TABLEAU 3 : POSITIONNEMENT DE "L'OFFRE DE SOINS" ET DU "MEDICO-SOCIAL" DANS LES ORGANIGRAMMES DES ARS .....	42
TABLEAU 4 : ENJEUX RELATIFS AU DEPLOIEMENT D'UNE APPROCHE "PARCOURS" AUX DIFFERENTS NIVEAUX DE L'ECOSYSTEME DE SANTE .....	53
TABLEAU 5 : PANORAMA DES DISPOSITIFS D'APPUI A LA COORDINATION DES PARCOURS DE SANTE .....	59
TABLEAU 6 : AUTRES SUPPORTS DEVELOPPES AUX COTES DES DISPOSITIFS DE COORDINATION AD HOC.....	64
TABLEAU 7 : ILLUSTRATION DU CLOISONNEMENT DES POLITIQUES D'ORGANISATION TERRITORIALE : LE CAS DES DISPOSITIFS D'APPUI AUX PARCOURS DES PERSONNES AGEES .....	66
TABLEAU 8 : USAGE DE LA NOTION DE TERRITOIRE DANS LES TEXTES OFFICIELS DE POLITIQUES DE SANTE.....	70
TABLEAU 9 : IDENTIFICATION DES ELEMENTS RELATIFS AUX MODALITES ORGANISATIONNELLES DEFINIES PAR LES AUTORITES SANITAIRES, DANS LE CADRE LA MISE EN OEUVRE DE L'APPROCHE "PARCOURS" .....	75
TABLEAU 10 : IDENTIFICATION DES ELEMENTS DE LANGAGE RELATIFS A LA POSTURE ET AUX ROLES AFFICHES DES AUTORITES SANITAIRES, DANS LE CADRE DE LA MISE EN OEUVRE DE L'APPROCHE "PARCOURS" .....	76
TABLEAU 11 : CARACTERISTIQUES DE LA NOUVELLE FORME DE GOUVERNEMENT DES POLITIQUES PUBLIQUES DE SANTE, SOUS TENDUE PAR L'APPROCHE "PARCOURS", A L'AUNE DE LA GOUVERNEMENTALITE SANITAIRE ET DE LA GOUVERNANCE .....	81
TABLEAU 12 : LES 4 PRINCIPES DU MODELE HOLOGRAPHIQUE DE MORGAN (1989) POUR APPREHENDER LES ENJEUX DE LA TRANSFORMATION DU SYSTEME DE SANTE .....	93
TABLEAU 13 : "L'ENTRE-DEUX" DES ARS .....	102
TABLEAU 14: TYPOLOGIE DES TYPES DE CHANGEMENT.....	109
TABLEAU 15 : SYNTHESE DES ELEMENTS ORIENTANT LE CHOIX D'UNE APPROCHE DU CHANGEMENT SOUS L'ANGLE CULTUREL.....	110
TABLEAU 16 : SOCLE THEORIQUE SUR LEQUEL S'APPUIE NOTRE PROPOSITION DE MODELISATION DU CHANGEMENT ..	116
TABLEAU 17 : AXES DE TRAVAIL DEFINIS POUR LA PHASE D'ENQUETE, AU REGARD DE LA PROPOSITION DE RECHERCHE .....	119
TABLEAU 18 : L'APPORT DU RECOURS A DES METAPHORES COMPLEMENTAIRES DE L'ORGANISATION .....	121
TABLEAU 19 : LA TRANSFORMATION ORGANISATIONNELLE DU SYSTEME DE SANTE .....	136

TABLEAU 20 : SYNTHÈSE DES ÉLÉMENTS ÉVOQUÉS DANS LA 1 <sup>ÈRE</sup> PARTIE RELATIFS AUX DISPOSITIFS D'APPUI À L'ORGANISATION DES PARCOURS.....	141
TABLEAU 21 : RECENSEMENT DES PROJETS DAC SUR LA RÉGION FRANCILIENNE AVANT LA CONVERGENCE .....	143
TABLEAU 22 : SYNTHÈSE DU CADRE D'ENQUÊTE RETENU AU REGARD DES OBJECTIFS ET AXES DE TRAVAIL DÉFINIS .....	153
TABLEAU 23 : ACTEURS RENCONTRES DURANT LA PHASE EXPLORATOIRE .....	169
TABLEAU 24 : ACTEURS RENCONTRES DURANT LA PHASE D'ENQUÊTE .....	170
TABLEAU 25 : ÉCHANTILLON RETENU POUR LES ENTRETIENS "DAC" .....	172
TABLEAU 26 : PARCOURS DE FORMATION DES DIRECTEURS GÉNÉRAUX ARS EN POSTE AU 31 MAI 2023.....	205
TABLEAU 27 : RÉPARTITION DES EFFECTIFS PRÉSENTS EN DÉLÉGATIONS DÉPARTEMENTALES PAR TYPE DE STATUT.....	206
TABLEAU 28 : MISE EN MIROIR DES COMPOSANTES DU TISSU CULTUREL DE L'ARS .....	215
TABLEAU 29 : MISE EN MIROIR DES MYTHES ET ÉLÉMENTS D'HISTOIRE DES RÉSEAUX DE SANTÉ ET DES MAIA.....	224
TABLEAU 30 : MISE EN MIROIR DES RITES ET ROUTINES DES RÉSEAUX DE SANTÉ ET DES MAIA .....	226
TABLEAU 31: MISE EN MIROIR DES SYMBOLES DES RÉSEAUX DE SANTÉ ET DES MAIA .....	228
TABLEAU 32 : MISE EN MIROIR DES STRUCTURES ORGANISATIONNELLES, DES SYSTÈMES DE POUVOIR ET DE GESTION DES RÉSEAUX DE SANTÉ ET DES MAIA.....	229
TABLEAU 33: "TRANSFORMATION" ET "ORGANISATION" : DES MOTS CLÉS DU DISCOURS OFFICIEL .....	246
TABLEAU 34 : DIMENSION "ORGANISATION ET STRUCTURE" .....	250
TABLEAU 35 : DIMENSION "FONCTIONNEMENT ET RELATIONS" .....	252
TABLEAU 36 : DIMENSION "MANAGEMENT" .....	254
TABLEAU 37 : DIMENSION "OUTILS" .....	257
TABLEAU 38 : DIMENSION "PERFORMANCE" .....	258
TABLEAU 39 : DIMENSION "COMPORTEMENT" .....	259
TABLEAU 40 : DIMENSION "COMPÉTENCES".....	260
TABLEAU 41 : DIMENSION "CULTURE" .....	261
TABLEAU 42 : APPROCHE RETENUE POUR CONDUIRE LA RÉFORME DES DAC.....	266
TABLEAU 43 : PRÉREQUIS D'ORGANISATION DES DAC .....	271
TABLEAU 44 : CONTRIBUTION DU DAC À L'APPROPRIATION DU PARADIGME DU PARCOURS AU SEIN DES THÉORIES D'USAGE DES ACTEURS DE SANTÉ .....	276

TABLEAU 45 : TRANSPOSITION DES FONDEMENTS DU PARADIGME DU PARCOURS DANS L'APPROCHE ADOPTEE POUR MENER LA REFORME DES DAC.....	277
TABLEAU 46 : COMPOSANTES SOCIOLOGIQUES DE LA TRAME CULTURELLE DU PARCOURS .....	284
TABLEAU 47 : MISE EN MIROIR DES THEORIES D'USAGE DES ACTEURS ET DE LA THEORIE PROFESSEE DU PARCOURS : FOCUS SUR LES DISPOSITIFS DE COORDINATION .....	289
TABLEAU 48 : MISE EN MIROIR DES THEORIES D'USAGE DES ACTEURS ET DE LA THEORIE PROFESSEE DU PARCOURS : FOCUS SUR L'ARS ILE-DE-FRANCE .....	293
TABLEAU 49 : CADRE GENERAL ETABLI PAR LES POUVOIRS PUBLICS POUR LA REFORME DES DAC .....	298
TABLEAU 50 : SPECIFICITES RELATIVES AUX DEUX TERRITOIRES EN PRESENCE : FOCUS TERRITOIRE A.....	304
TABLEAU 51 : SPECIFICITES RELATIVES AUX DEUX TERRITOIRES EN PRESENCE : FOCUS TERRITOIRE B .....	305
TABLEAU 52 : DISPOSITIF D'ACCOMPAGNEMENT DES DAC PROPOSE PAR L'ARS ILE-DE-FRANCE .....	335
TABLEAU 53 : ELEMENTS DE VERBATIMS METTANT EN EVIDENCE UN MECANISME DE RECIPROCITE ENTRE TUTELLES ET ACTEURS DE TERRAIN .....	363
TABLEAU 54 : ELEMENTS DE VERBATIMS METTANT EN EVIDENCE UNE INTERDEPENDANCE RELATIONNELLE ENTRE TUTELLES ET ACTEURS DE TERRAIN .....	368
TABLEAU 55 : POSTURES DES DD RELATIVES A L'ANIMATION TERRITORIALE ET RAPPORT AUX ACTEURS DE TERRAIN : FOCUS DAC .....	370
TABLEAU 56 : REPOSITIONNEMENT DES ACTEURS DANS LE CADRE DU CHANGEMENT ETUDIE .....	395
TABLEAU 57 : UNE LOGIQUE D'APPUI ADOPTEE PAR LES TUTELLES.....	403

---

## TABLE DES FIGURES

---

FIGURE 1 : SYNTHÈSE DES MUTATIONS DE L'ENVIRONNEMENT DANS LEQUEL PREND PLACE LE SYSTÈME DE SANTÉ .....	30
FIGURE 2 : ADMINISTRATION DE LA SANTÉ PAR L'ÉTAT ORGANISÉE AUTOUR DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DU MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS - NIVEAU ORGANISATIONNEL NATIONAL .....	35
FIGURE 3 : EXEMPLE D'ORGANISATION DES DIRECTIONS D'ADMINISTRATION CENTRALE.....	37
FIGURE 4 : ORGANISATION TERRITORIALE DE L'ADMINISTRATION DE LA SANTÉ PAR L'ÉTAT.....	41
FIGURE 5 : LE PARCOURS : DU PARADIGME À SON OPÉRATIONNALISATION DANS LES TERRITOIRES.....	73
FIGURE 6 : L'INCARNATION DU PARADIGME DU PARCOURS DE SANTÉ.....	82
FIGURE 7 : SYNTHÈSE DE LA 1 <sup>ÈRE</sup> PARTIE : L'APPROCHE "PARCOURS" POUR TRANSFORMER LE SYSTÈME DE SANTÉ.....	85
FIGURE 8 : SOCLE D'ORGANISATION TERRITORIALE DE LA SANTÉ DÉFINIE PAR L'ARS ÎLE-DE-FRANCE .....	87
FIGURE 9 : EXTRAIT DE LA FIGURE 7 - L'APPROCHE "PARCOURS" POUR TRANSFORMER LE SYSTÈME DE SANTÉ.....	89
FIGURE 10 : ZOOM SUR TROIS COMPOSANTES DU SYSTÈME DE SANTÉ.....	90
FIGURE 11 : ENJEUX ET COMPOSANTES IDENTIFIÉES POUR UNE MATÉRIALISATION ORGANISATIONNELLE DE L'APPROCHE PARCOURS DANS LES TERRITOIRES (1/3).....	94
FIGURE 12 : ENJEUX ET COMPOSANTES IDENTIFIÉES POUR UNE MATÉRIALISATION ORGANISATIONNELLE DE L'APPROCHE PARCOURS DANS LES TERRITOIRES (2/3).....	95
FIGURE 13 : ENJEUX ET COMPOSANTES IDENTIFIÉES POUR UNE MATÉRIALISATION ORGANISATIONNELLE DE L'APPROCHE PARCOURS DANS LES TERRITOIRES (3/3).....	96
FIGURE 14 : MODÈLE THÉORIQUE DE MORGAN (1989) : L'ORGANISATION HOLOGRAPHIQUE (1/2) .....	98
FIGURE 15 : DÉCLINAISON DU MODÈLE THÉORIQUE DE MORGAN (1989) À L'ORGANISATION DE SANTÉ (2/2) .....	99
FIGURE 16 : UNE CONCEPTION RENOUVÉE DU RÔLE DES AUTORITÉS SANITAIRES AUPRÈS DES ACTEURS DE SANTÉ DANS LES TERRITOIRES .....	104
FIGURE 17 : PRINCIPE DE "SPÉCIFICATION MINIMALE" (MORGAN, 1989) APPLIQUÉ À L'ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ, DANS LE CADRE DE L'APPROCHE PARCOURS : RÔLES ET FIGURES DE L'ÉTAT.....	107
FIGURE 18 : LE PARCOURS, UNE NOTION HYBRIDE.....	110
FIGURE 19 : TRIPTYQUE DE L'APPROCHE CULTURELLE DU DOUBLE-CHANGEMENT.....	117
FIGURE 20 : L'EXTENSION POSSIBLE DE NOTRE MODÈLE THÉORIQUE SOCLE POUR UNE MISE EN PERSPECTIVE ULTÉRIEURE .....	122
FIGURE 21 : LE PROCESSUS DE RECHERCHE INGÉNIERIQUE .....	132

FIGURE 22 : CADRE DE L'ENQUETE DE TERRAIN.....	138
FIGURE 23 : LES PROJETS DAC EN ILE-DE-FRANCE .....	151
FIGURE 24 : CARTOGRAPHIE DES PARTIES PRENANTES .....	154
FIGURE 25 : CHRONOLOGIE DEFINIE POUR L'ANALYSE DU PROCESSUS DE DOUBLE CHANGEMENT "ARS-DAC" .....	155
FIGURE 26 : CADRE DE L'ANALYSE DE L'APPROCHE CONTEXTUALISEE.....	157
FIGURE 27 : APPRENTISSAGE EN SIMPLE BOUCLE ET APPRENTISSAGE EN BOUCLE DOUBLE .....	159
FIGURE 28 : IDENTIFICATION DE LA THEORIE D'USAGE DES ACTEURS A PARTIR DU "TISSU CULTUREL" DE JOHNSON ET AL. (2017).....	161
FIGURE 29 : RECOURS AUX "CADRANS DU CHANGEMENT" (AUTISSIER ET MOUTOT, 2003) POUR REPRESENTER LA THEORIE PROFESSEE, S'APPARENTANT A LA TRAME CULTURELLE OFFICIELLE DU PARADIGME DU PARCOURS .....	162
FIGURE 30 : UNE APPROCHE DU CHANGEMENT A TRAVERS LA VARIABLE CULTURELLE .....	163
FIGURE 31 : ETUDE DU PROCESSUS DE DOUBLE CHANGEMENT, SUR LA BASE DU TRIPTYQUE DE PETTIGREW (CONTENU-PROCESSUS-CONTEXTE), A TRAVERS L'APPROCHE CULTURELLE COMME GRILLE DE LECTURE.....	165
FIGURE 32 : ARCHITECTURE DU DISPOSITIF EMPIRIQUE .....	166
FIGURE 33 : PANORAMA DE L'ENSEMBLE DES ENTRETIENS REALISES SUR LA PERIODE DE LA RECHERCHE.....	175
FIGURE 34 : SYNTHESE DES MODALITES D'ENQUETE, AU REGARD DE LA CHRONOLOGIE DEFINIE .....	177
FIGURE 35 : SYNTHESE DU PROTOCOLE D'ENQUETE.....	178
FIGURE 36 : TISSU CULTUREL DE L'ARS ET QUALIFICATION DE SA THEORIE D'USAGE .....	212
FIGURE 37 : SYNTHESE DES PARADIGMES ORGANISATIONNELS "RESEaux DE SANTE - MAIA".....	232
FIGURE 38 : REPRESENTATION DE L'ECOSYSTEME DES UNIVERS COMPORTEMENTAUX DES ACTEURS.....	244
FIGURE 39 : REPRESENTATION DE LA PERIODE DE REFERENCE ET DES TEXTES PRINCIPAUX RETENUS .....	249
FIGURE 40 : VISUALISATION DE LA THEORIE PROFESSEE DU "PARCOURS" .....	262
FIGURE 41 : FOCUS SUR LES ELEMENTS ORGANISATIONNELS ET DE GESTION DE LA THEORIE PROFESSEE DU PARCOURS .....	264
FIGURE 42 : FOCUS SUR LES ELEMENTS SYMBOLIQUES DE LA THEORIE PROFESSEE DU PARCOURS.....	279
FIGURE 43 : MISE EN PLACE D'UN PROCESSUS D'APPRENTISSAGE EN BOUCLE DOUBLE (ARGYRIS ET SCHÖN, 2002), A PARTIR DES VARIABLES CULTURELLES ET RELATIONNELLES .....	393
FIGURE 44 : TYPOLOGIE DES ACTEURS .....	394
FIGURE 45 : TYPOLOGIE EMPIRIQUE DES SYSTEMES DE RELATIONS ENTRE ACTEURS.....	396

FIGURE 46 : MODELE DE MANAGEMENT PROPOSE .....	401
FIGURE 47 : MODELISATION DE LA LOGIQUE D'APPUI .....	407
FIGURE 48 : RECOURS AU DOUBLE CHANGEMENT POUR CONDUIRE UNE TRANSFORMATION, DANS LE CADRE D'UNE APPROCHE CULTURELLE ET RELATIONNELLE DE L'ORGANISATION .....	410
FIGURE 49 : PROPOSITION D'UN MODELE D'ACTION MANAGERIALE DU CHANGEMENT, INSCRIT DANS UNE VISION CULTURELLE ET RELATIONNELLE .....	410