

Gouvernance participative des politiques
sanitaires et médico-sociales et reproductions des
inégalités régionales et locales

Hervé Hudebine, LABERS, UBO, Brest

Introduction: comment caractériser la gouvernance des politiques médico-sociales depuis la loi HPST?

➤ L'approche proposée :

- Mobiliser une typologie des modes/types de gouvernance pour analyser les évolutions depuis la loi HPST. Hypothèse : sédimentation/hybridation des « modèles » successifs (APC, NMP, NGP).
- Analyse de la configuration des politiques médico-sociales dans trois régions (2011-2016) à l'aune de cette typologie.
- Constat de variations dans formes d'hybridation des modes de gouvernance, en fonction des régions, voire des unités infrarégionales considérées (mais aussi des périodes et sous-secteurs d'intervention).
- Hypothèses d'explication: histoire et culture en termes de mobilisation sociale + impact des facteurs socio-économiques.

Introduction: comment caractériser la gouvernance des politiques médico-sociales depuis la loi HPST ?

➤ Méthodologie :

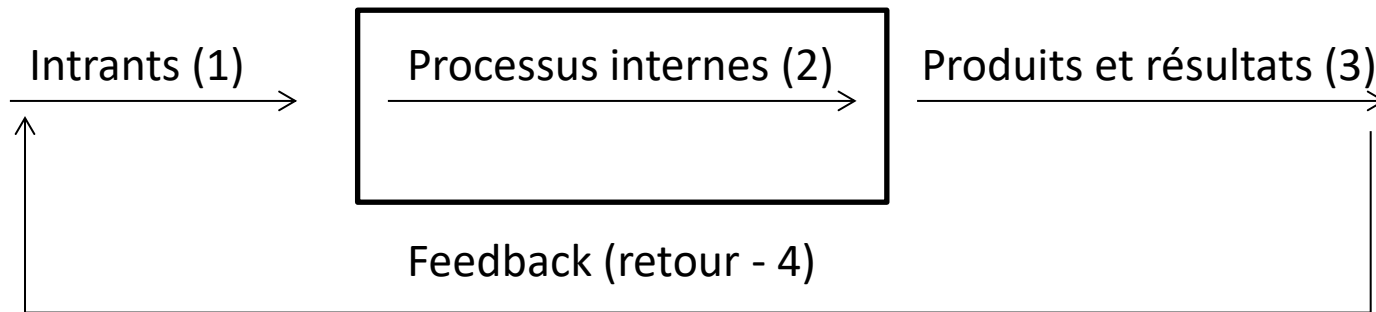
- Etude focalisée sur trois régions aux caractéristiques géographique, démographiques et socio-économiques contrastées.
- Suite d'une 1^o étude concentrée sur deux régions (25 entretiens).
- Environ soixante-dix d'entretiens semi-directifs (en cours d'analyse) reflétant la diversité des acteurs / décideurs dans le secteur médico-social (vieillesse, handicap).
- Analyse documentaire (documents de planification, CLS, etc.).
- Observation participante (schémas gérontologiques, conférences de territoires, formation de représentants d'usagers).

1. Une typologie des modes de gouvernance de l'action publique

- L'administration publique classique
 - Cf. modèle hiérarchique wébérien : les fonctionnaires se conforment aux ordres de leurs supérieurs hiérarchiques
 - Travail fondé sur la meilleure expertise disponible
- Le nouveau management public
 - Recherche de l'efficacité
 - Pilotage à distance par les instruments (mise en concurrence, contrats d'objectifs, benchmarking, choix et satisfaction des usagers/clients).
- La nouvelle gouvernance publique
 - Tout comme NMM : gouvernance interactive
 - Introduction de dispositifs participatifs « habilitants » (empowering) : usagers/citoyens, professionnels, acteurs locaux

1. Une typologie des modes de gouvernance de l'action publique

- Torfing et Triantafillou (2012): grille d'analyse inspirée d'Easton pour caractériser empiriquement le fonctionnement des systèmes politico-administratifs et leurs interactions avec la société à l'aune de cette typologie.



- (1) Demandes adressées au système, ressources et soutiens dont il bénéficie
- (2) Travail effectué au sein du système, résultat des configurations institutionnelles, ainsi que de processus de décision publique influencés par des valeurs, normes et routines
- (3) Politiques, actions, régulations, services
- (4) Evaluation des résultats sur la base de critères normatifs

	Demandes, soutiens et ressources	Processus politico-administratifs	Produits et résultats	Feedbacks
Administration publique classique	Elections Groupes de pression	Bureaucratie publique, critères professionnels, experts	Régulations sur la base de règles faisant autorité Services orientés par l'offre en vue de l'équité	Election et reddition de comptes constitutionnelles
Nouveau management public	Elections Satisfaction et choix des usagers/clients	Management stratégique de la performance, quasi-marchés (concurrence)	Déréglementation, services guidés par la demande en vue de l'efficacité et de la satisfaction des usagers	Mesure de la performance et sanctions par le marché (concurrence)
Nouvelle gouvernance publique	Elections Forums favorisant la participation habilitante (dialogue continu acteurs publics/privés)	Collaboration entre les différents échelons, secteurs et acteurs (publics et privés)	Nouveaux outils pour habilitier et impliquer les parties prenantes dans la résolution de problèmes complexes et la production de services innovants	Formes multiples de reddition de comptes fondées sur une variété de critères et articulées avec l'apprentissage organisationnel

1. Une typologie des modes de gouvernance de l'action publique

- L'hypothèse n'est pas celle d'une succession, mais d'une sédimentation et d'une hybridation des modes de gouvernance
- La configuration politico-administrative du secteur médico-social aux échelons régionaux et locaux
 - A l'échelon régional: ARS (rôle moins important des administrations déconcentrées – cohésion sociale)
 - Les conseils départementaux
 - Les municipalités, communautés de communes et agglomération
- Adapter la typologie au contexte français ?
 - Appels à projet et quasi-marchés : prendre en compte la préférence pour le tiers secteurs (avec bien sûr des variations régionales).
 - La notion de déréglementation est-elle pertinente dans le secteur médico-social en France?

2. L'hybridation des modes de gouvernance régionale et locale des politiques médico-sociales

- Soutiens, ressources et demandes adressées au système politico-administratif : la fin des pressions et arrangements locaux ?
 - La fin de la construction « par en bas » (arrangements DDASS/CG en réponse à des mobilisations politiques et sociales locales) de l'offre de services dans le secteur médico-social, mise à distance, organisation (identification de chefs de file) et « filtrage » des pressions provenant du « terrain ».
 - Un processus de planification qui combine des éléments de gestion administrative centralisée classique (prévalence des orientations nationales, organisation des intérêts), pilotage centralisé par les instruments (cadrage budgétaire), et gouvernance participative (démocratie en santé).
 - Le pilotage des demandes locales adressées au « système des politiques médico-sociales » à l'échelon régional répond à la fois à des objectifs de réduction des inégalités (analyse rationnelle et pluraliste des besoins plutôt que réponse aux pressions locales) et de maîtrise budgétaire.
 - 2011-6 : les logiques verticales et néo-managériales l'ont emporté sur les logiques participatives, l'objectif de réduction des inégalités est subordonné à la compatibilité avec le cadrage budgétaire.

2. L'hybridation des modes de gouvernance régionale et locale des politiques médico-sociales

- Processus politico-administratifs dans le secteur médico-social)
 - Des agences dont les exécutifs demeurent hiérarchiquement soumis aux instances nationales (injonctions) + poids de la hiérarchie au sein des ARS
 - Une autonomie opérationnelle dans le cadre d'objectifs stratégiques : marges de choix des découpages territoriaux, de l'organisation interne et des relations avec les directions départementales, mais des marges budgétaires limitées (1,5 – 2% des budgets non pré-affectés, stratégies de redéploiement). Politiques de changement des cultures professionnelles.
 - La planification (plans, schémas, programme), les contrats locaux de santé, le déploiement des instruments/dispositifs visant la réponse à des situations complexes (MAIA, PTA, PAERPA) nécessitent une collaboration entre différents échelons, secteurs et acteurs (publics, associatifs, privés, politique). Les agents publics (en particulier au sein des ARS) conservent un rôle de cadrage (objectifs, méthodes, budgets) dans le processus d'élaboration de la mise en œuvre des dispositifs. L'importance de ce rôle est indexée aux interdépendances en termes de ressources.

2. L'hybridation des modes de gouvernance régionale et locale des politiques médico-sociales

➤ Produits et résultats (services – dispositifs)

- La règle l'égalité/équité (péréquation des ressources dans un cadre budgétaire contraint) demeure (APC).
- Pas de déréglementation dans le secteur médico-social en France mais passage d'une réglementation administrative (conventions tripartites) à une régulation par les indicateurs, les objectifs et l'évaluation - GMP, CPOM, évaluations + questionnaires de satisfaction - NMP.
- Mise en œuvre d'instruments/dispositifs collaboratifs/participatifs (NMP/NGP) :
- Déploiement d'instruments/dispositifs impliquant des professionnels et/ou acteurs associatifs dans l'organisation et la structuration des parcours des personnes vulnérables dont les problèmes sont complexes (MAIA, PAERPA, PTA déjà évoqués) – *peut* favoriser l'innovation.
- Implication/mobilisation des parties prenantes dans la planification/programmation des actions et services (forums régionaux et locaux de la démocratie en santé, schémas départementaux, CLS – également à l'échelon des services – CVS).

2. L'hybridation des modes de gouvernance régionale et locale des politiques médico-sociales

➤ Feedbacks (évaluations et retours)

- La reddition de compte politique : élections des CD et, de manière indirecte, avis des instances de la démocratie en santé sur les documents de planification (uniquement consultatif)
- Mesure de la performance par le biais des évaluations externes (peu utilisées par les autorités de régulation ensuite) et le suivi des CPOM ; pas ou peu de sanction par le marché.
- Des évaluations participatives consultatives et encadrées (par les ARS et parfois les CD).
- La prise en compte des évaluations et retours, point « faible » su système des politiques médico-sociales régionales et locales ?

3. Inégalités dans et entre nouvelles gouvernances publiques des politiques médico-sociales régionales et locales

➤ Inégalités dans la NGP

- Une surreprésentation des cadres et des retraités parmi les représentants d'usagers au sein des instances de la démocratie en santé
- Une influence limitée des instances de la démocratie en santé sur l'évolution des politiques et services :
 - Inversement proportionnelle aux enjeux techniques et financiers des questions soulevées
 - Au mieux : un réordonnancement de l'agenda (réaffirmation de question « délaissées », telle la situation des aidants familiaux) ou appui à des problématiques traitées à l'échelon national
 - Peu d'impact en termes de dispositifs et de services
- L'interdépendance des ressources et l'influence des forums consultatifs
 - Les acteurs dotés de ressources (politiques et financières) passent par d'autres canaux
 - Toutefois, les instances de la démocratie en santé peuvent créer un rapport de force

3. Inégalités dans et entre nouvelles gouvernances publiques des politiques médico-sociales régionales et locales

- Variations dans les dynamiques régionales de la gouvernance interactive démocratie en santé
- Figure 1: la difficile animation de la démocratie en santé et de la gouvernance interactive dans une région maquée par le déclin socio-économique et démographique
 - La difficulté de recruter des représentant d'usagers, en outre appelés à se professionnaliser
 - Un personnel politique peu intéressé (participation aux instances et CLS dans la 1° phase)
 - Une démocratie sanitaire territoriale qui peine à exister
 - Un processus de consultation vertical informé par les impératifs réglementaires
 - Impact : des ajustements à la marge des budgets (CSMS) et co-construction de la formation des représentants d'usagers

3. Inégalités dans et entre nouvelles gouvernances publiques des politiques médico-sociales régionales et locales

- Variations dans les dynamiques régionales de la gouvernance interactive démocratie en santé
- Figure 2: entre démocratie en santé animée « par en haut » et persistance des schémas de relations clientélares
 - Une démocratie sanitaire présidée par un ancien haut fonctionnaire de la santé
 - La persistance des relations clientélares et des régulations croisées
 - Une démocratie sanitaire territoriale qui peine à exister dans l'un des deux départements étudiés et repose sur des relations interpersonnelles dans l'autre
 - Une démocratie en santé animée par l'exécutif régional (forums)
 - Impact : dans quelle mesure le fonctionnement de la démocratie en santé peut-il modifier les cultures administratives?

3. Inégalités dans et entre nouvelles gouvernances publiques des politiques médico-sociales régionales et locales

- Variations dans les dynamiques régionales de la gouvernance interactive et de la démocratie en santé
- Figure 3: la conquête d'espaces supplémentaires de consultation dans une région marquée par un héritage et la force des mobilités sociales
 - L'engouement pour les dispositifs participatifs dans le secteur de la santé et du médico-social (trop de volontaires)
 - Des instances de la démocratie en santé qui, alliés aux collectivités territoriales, conquièrent des espaces supplémentaires de consultation
 - Un héritage régional spécifique de soutien institutionnel aux contre-pouvoirs dans le champ sanitaire et médico-social
 - Une dynamique plus « autonome » de la démocratie en santé
 - Impact : le réordonnancement de l'agenda régional des politiques de la santé et du médico-social plutôt qu'un bouleversement

Conclusion

- Les variations dans les dynamiques régionales de la gouvernance interactive et de la démocratie en santé
 - Peuvent être reliées aux choix de stratégie, d'organisation et de découpage territorial d'exécutifs d'ARS qui disposent de marges historiquement inédites de ce point de vue
 - La région où le dynamisme des instances de la démocratie en santé et leur influence (même si elles demeurent limitées) sont le plus significatif est marquée par un héritage et des capacités de mobilisation sociales et politiques (hypothèse des facteurs historiques et culturels à approfondir)
 - Le déploiement des dispositifs de gouvernance interactive et participative se traduit par une reproduction des inégalités régionales en termes de capacités de mobilisation sociales dans le champ de la santé et du médico-social