

## **Repenser le concept de « territoire » pour proposer une offre de Santé équilibrée ?**

Les différentes mutations économiques, juridiques, technologiques, sociales et sociétales transforment les secteurs sanitaires, sociaux, médico-sociaux et leur organisation.

Avide de performance, le secteur de la santé mais aussi certains établissements médico-sociaux ainsi que des associations d'aide à domicile exigent de plus en plus la rationalisation de leurs ressources et l'optimisation de leurs moyens, pour ne pas parler d'industrialisation de la Santé (Daidj, Pascal, 2018). Cela impose ainsi aux professionnels de ces secteurs de repenser leurs modes d'organisation, de coordination et de collaboration. Cette problématique reste étroitement liée à celle de la disparité persistante de l'offre de Santé dans un sens large sur les territoires, en particulier ruraux. En effet, repenser l'offre de soins ne peut se faire sans une lecture dynamique, à la fois globale et fine des besoins.

Historiquement, plusieurs solutions ont été proposées afin de remédier à cette problématique. Jusqu'en 2003, la planification hospitalière a associé deux outils : la carte sanitaire comme outil quantitatif et le schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) plus qualitatif. Depuis, le gouvernement a choisi de supprimer la carte sanitaire et d'intégrer l'ensemble de la planification au sein du schéma régional d'organisation des soins (SROS), qui peut être considéré comme l'instrument privilégié de cette approche qualitative.

Le SROS dessine les objectifs d'évolution du paysage régional à 5 ans, dans un certain nombre de domaines correspondant soit à des priorités nationales, soit à des priorités régionales (Tissoui, 2010). Cependant, en dehors des thèmes abordés par tous les SROS, les régions choisissent des thèmes prioritaires en fonction de leur situation spécifique (soins de suite et de réadaptation, les soins palliatifs, etc.).

La loi HPST du 21 juillet 2009 intègre le SROS au sein des « projets régionaux de santé » (PRS). Elle élargit ainsi le champ d'application des territoires qui s'étend à l'ensemble de l'activité des ARS, notamment la santé publique et le secteur médico-social, y compris en matière de prévention, de promotion de la santé et d'accompagnement médico-social, des prévisions d'évolution et des objectifs opérationnels.

La loi HPST élargit la notion de territoire de santé et du projet médical de territoire distinguant les territoires de santé infrarégionaux, régionaux ou interrégionaux.

Toujours dans une perspective d'amélioration et d'adaptation, la Loi de modernisation du système de santé renouvelle les PRS (26 janvier 2016), refond la logique territoriale et réorganise les soins sur de nouveaux territoires avec de nouvelles instances :

- Suppression des territoires de santé au profit de territoires de démocratie sanitaire qui sont délimités par l'ARS à l'échelle infrarégionale ;
- sur chacun de ces territoires, le directeur général de l'ARS constitue un conseil territorial de santé qui remplace la conférence de territoire ;
- Etc.

Au cours de l'année 2018, le gouvernement a annoncé la mise en place d'un plan Santé 2022, qui prévoit la création de communautés professionnelles de territoire de santé (CPTS) qui devraient prendre en charge en particulier les « urgences » médicales « de ville ».

En parallèle, pour le secteur médico-social, on retrouve le Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale (SROMS) qui est l'un des éléments clés de la planification médico-sociale, au côté notamment des schémas départementaux (Personnes âgées, en situation de handicap...). Celui-ci se traduit par une contractualisation au travers du Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM). Plus récemment, la loi d'Adaptation de la Société au Vieillessement (ASV) a créé des conférences (départementales) des financeurs pour faire face aux problématiques liées au vieillissement de la population.

Ces tentatives de refonte de la logique territoire restent malgré tout animées par un raisonnement prisonnier d'une logique de réduction des moyens. De même, malgré les récentes réformes, notamment la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016, le concept même de territoire reste cantonné à une logique et découpage purement géographique.

Plusieurs questionnements se posent donc : *faut-il repenser le concept même de territoire indépendamment de toute réforme de l'offre de soins, de réflexion sur les parcours de soins/de prise en charge, de réseau, de coopération ou de collaboration ?* Dans ce cas, quelle logique doit animer le nouveau raisonnement ? Faut-il un raisonnement inclusif ou bien une logique sectorielle (sanitaire, sociale et médico-sociale) ?

Placer l'usager au cœur de la réflexion suppose un raisonnement inclusif qui commence par son cercle de besoin. Associer ce raisonnement à la logique de territoire modifie le sens même du concept qui devient le territoire des besoins et attentes de l'usager. D'autres lectures des territoires restent envisageables indépendamment de la logique géographique et sous contraintes financières.

Afin d'envisager ses différentes possibilités, une délimitation du concept de territoire est nécessaire.

Selon Larousse, le mot territoire vient du latin, territorium, qui dérive de terra, « terre », il se définit comme une : *« Étendue de pays qui ressortit à une autorité, à une juridiction quelconque. Le territoire d'un État est l'espace terrestre, maritime et aérien sur lequel les organes de gouvernement peuvent exercer leur pouvoir ».*

Dans cette même logique, Giraut (2013) met en avant le concept de territoire *multisitué* pour désigner certains espaces sans continuité spatiale et dont la territorialité repose sur l'assemblage fonctionnel de plusieurs lieux.

Ces définitions limitent le concept à la fois à une autorité qui exerce un pouvoir, dans un espace déterminé (continu ou non). Ce dernier, quasi-synonyme au concept de territoire, peut à la fois être terrestre, maritime ou aérien.

Selon Kourtessi-Philippakis (2011), la notion de territoire a été tout d'abord étudiée chez les animaux. Les plus récentes ont permis d'affiner les premières approches et de démontrer qu'un animal ne défend pas un espace mais qu'il se défend lui-même. Le territoire existe donc dans son esprit ; c'est un produit entièrement subjectif.

Cette lecture subjective traduit selon l'auteur d'une appropriation à la fois économique, idéologique et politique de l'espace par des groupes humains qui se donnent une représentation particulière d'eux-mêmes, de leur histoire, de leur singularité. Ainsi, c'est dans l'intersection des frontières physiques et mentales, que se trouve la difficulté de définir et délimiter les territoires.

Selon Lajarge (2000) : « *le territoire n'est pas un objet neutre décidé dans l'abstraction et déconnecté du réel. Il est avant tout bricolé par les acteurs en fonction d'un grand nombre de paramètres en permanente mutation* ».

Par ailleurs, les ethnologues associent le concept de territoire au comportement humain territorial. Le territoire est délimité ainsi selon l'auteur par un système cognitif et comportemental qui cherche à optimiser l'accès d'un ou plusieurs acteurs aux ressources de manière temporaire ou permanente (Casimir, 1992).

Selon une lecture systémique, Moine (2016) considère le territoire comme une : « *construction intellectuelle mouvante, évolutive, floue, dont les caractéristiques correspondent totalement à celles que l'on peut attribuer plus globalement au principe de complexité. Il s'agit d'un tout, composé de sous-systèmes, d'éléments, et surtout de relations multiples, notamment des boucles de rétroaction positive ou négative, qui évoluent dans le temps* ». Selon ces diverses disciplines, le concept de territoire est le produit de plusieurs processus ayant chacun sa temporalité et sa ou ses représentations (Corboz<sup>1</sup>, 1983).

Cette rapide lecture dynamique du concept de territoire rend compte de sa complexité et modifie la position centrale de la référence spatiale (Moine, 2006). Elle ouvre ainsi plusieurs perspectives aux secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux et questionne leur stratégie, leur organisation et leur gouvernance.

Face à la complexité des enjeux qu'engendre une lecture dynamique du concept de territoire, l'objectif de ce numéro est de réunir des contributions sur tous ces sujets en lien avec la transformation des territoires de la santé : secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux.

Il s'agit notamment de répondre aux questions suivantes :

- *Quelle lecture du concept du territoire de Santé ? Le territoire peut-il être différent de celui délimité par l'Etat ?*
- *Un territoire de Santé, peut-il être temporaire et dynamique, voire agile, ou doit-on rester dans une logique classique et permanente pour plus de maîtrise ?*
- *Dans une logique dynamique, un territoire de Santé peut-il être virtuel en intégrant les NTIC ? L'évolution technologique (télémédecine, intelligence artificielle, etc.) peut-elle redéfinir la logique du concept de territoire ?*
- *Quel apport/impact du digital sur la lecture du territoire de Santé ?*
- *Quelle lisibilité pour les acteurs du secteur ?*
- *Quelles nouvelles formes d'organisation et de gouvernance ?*
- *Dans une logique de permanence des soins, quel impact sur le parcours de l'utilisateur ?*
- *Quel apport/impact de cette lecture dynamique des territoires de Santé sur la logique inclusive ?*
- *Quelles formes de coordinations et de coopérations entre les acteurs du secteur (sanitaire, social et médico-social) ?*
- *Quelles sont les nouvelles frontières entre les acteurs du sanitaire, social et médico-*

---

<sup>1</sup> Cité par Paquot (2012)

*social ?*

- *Quels impacts sur les métiers et les compétences ?*
- *Quels rôles des collectivités territoriales, communes et départements dans cette nouvelle lecture du concept de territoire de santé ?*
- *Quelle place de l'utilisateur dans cette nouvelle lecture ?*
- *Quels sont les nouveaux acteurs du système de santé et quels sont leurs rôles dans cette nouvelle lecture du territoire de santé ?*
- *Quelle structuration des acteurs professionnels dans cette nouvelle logique de territoire santé ?*
- *Quel impact sur les établissements actuels (hôpitaux par exemple) au regard des nouveaux enjeux territoriaux ?*
- ...

## Références

---

CASIMIR, M.J. (1992), « The dimensions of territoriality: an introduction », In Casimir, M.J. & Rao, A. (eds), *Mobility and Territoriality: fishers, pastoralists and peripatetics*, 1–26. Oxford: Berg.

CORBOZ A. (1983), « Le territoire comme palimpseste », *Diogène*, n° 121, janvier- mars, 1983.

KOURTESSI-PHILIPPAKIS G. (2011), « La notion de territoire : définitions et approches », in G. KOURTESSI-PHILIPPAKIS, R. TREUIL (dir.), *Archéologie du territoire, de l'Egée au Sahara*. Paris, 2011, Publications de la Sorbonne.

LAJARGE R. (2000). « Patrimoine et légitimité des territoires. De la construction d'un autre espace et d'un autre temps commun ». In GERBEAUX F., *Utopies pour le territoire : cohérence ou complexité ? La Tour d'Aigues : Éditions de l'Aube*, p. 79-100

PAQUOT T. (2011) « Qu'est-ce qu'un « territoire » ? », *Vie sociale* 2011/2 (N° 2), p. 23-32.

GIRAUT F. (2013) « Territoire multisitué, complexité territoriale et postmodernité territoriale : des concepts opératoires pour rendre compte des territorialités contemporaines ? », *L'Espace géographique* 2013/4 (Tome 42), p. 293-305.

MOINE A. (2006), « Le territoire comme un système complexe : un concept opératoire pour l'aménagement et la géographie », *L'Espace géographique* 2006/2 (Tome 35), p. 115-132.

## Calendrier de l'appel à publications :

---

Réception des propositions d'articles : **15 février 2019.**

Sélection des articles et notification aux auteurs : **23 mars 2019.**

Réception des versions finales des articles : **10 mai 2019.**

Publication : **Juin 2019.**

## **Présentation de la revue**

---

### ***Positionnement et thématiques de recherche***

La revue Management & Avenir Santé a pour objectif de valoriser des travaux de recherche liés au domaine de la santé au sens large. Toutes les recherches en management qui auront des terrains d'application dans des établissements, services ou institutions du secteur de la santé, du médico-social ou encore du social seront le cœur de cible de cette revue. Des articles de management au sens du management général, c'est-à-dire des travaux portant sur les domaines de la finance, du contrôle de gestion, du marketing, du management des ressources humaines, de la logistique, de la stratégie, etc., tout comme des contributions relevant plus spécifiquement du champ du management des services de santé pourront trouver leur place. Face à la complexité qui caractérise les organisations et le système sanitaires, l'orientation générale est la transdisciplinarité, l'ouverture sur les différentes sciences humaines et sociales pouvant éclairer des problématiques managériales dans le secteur de la santé, du médico-social ou du social est favorisée. La double lecture - : privé/public - est également bienvenue pour ouvrir soit sur des comparaisons soit sur des innovations réciproques. La volonté initiale de l'équipe de rédaction est de favoriser la publication de travaux innovants, tant sur les thématiques, les problématiques que les méthodologies déployées. L'orientation innovation peut également s'entendre avec une vision prospective : quels seront demain les modèles de management ou de gouvernance des établissements ou du système de santé, ou encore quelles organisations du travail seront mises en œuvre entre des équipes du sanitaire et du médico-social ? En fonction des propositions, les travaux portant plus globalement sur la santé au travail pourront également trouver leur place dans cette revue.

Cette revue s'intègre dans un besoin plus global de faire avancer la recherche en management et en gouvernance du secteur de la santé, du médico-social et du social. Si les thématiques de la Silver Economie, ou encore celles du New Management Public appliquées à ces secteurs sont des approches possibles, il convient de développer encore plus de travaux permettant aux praticiens de ce secteur de mieux appréhender les nouvelles réalités professionnelles et organisationnelles qui les attendent. Elle a été créée en 2013 et a donné lieu à la publication de trois numéros :

- L'innovation ou l'apocalypse (2013/1) ;
- Innovation in Health Care Delivery: The Promise and Challenges of Accountable Care Organizations (2015/1) ;
- L'industrialisation de la santé (2018/1) ;
- Les impacts du vieillissement sur la santé (à paraître).

Elle est dès à présent disponible à la vente sur Cairn ([www.cairn.info](http://www.cairn.info)) et diffusée en ligne.

### **Comités rédactionnels et éditoriaux**

---

Afin d'amplifier la parution de numéros, la rédaction en chef de la revue est désormais assurée par une équipe de cinq enseignants-chercheurs en gestion : J.B. CAPGRAS (Université Lyon 3, IFROSS), C. JOFFRE (EM Normandie, METIS), C. PASCAL (Université Lyon 3, IFROSS), S. PAYRE (Université de Caen – Normandie, NIMEC) et M. TISSIOUI (Université de Caen – Normandie, NIMEC).

Un comité de rédaction est également en cours de constitution, il sera composé de Professeurs d'Universités essentiellement.

***Comité de rédaction (en cours de composition).***

E. ABORD de CHATILLON, Professeur des Universités en Sciences de Gestion, chaire management et Santé au Travail, Grenoble IAE, Université Grenoble Alpes (CERAG).

D. BEYNIER, Professeur émérite des Universités en Sociologie, Université de Caen – Normandie (CERReV).

J.P. CLAVERANNE, Professeur des Universités en Sciences de Gestion, Université Jean Moulin Lyon 3 (IFROSS), rédacteur en chef honoraire.

M.E. JOEL, Professeur des Universités en Sciences Economiques, Université Paris Dauphine (LEDA-LEGOS).

D. REGUER, Professeur des Universités en Sociologie du Vieillissement, Université Le Havre – Normandie (IDEES Le Havre, CNRS).

A. SCOUARNEC, Professeur des Universités en Sciences de Gestion, Université de Caen – Normandie (NIMEC).

***Comité éditorial et de lecture (en cours de modification).***

Le comité éditorial et de lecture de la revue est pour sa part en cours de refonte afin d'accueillir des enseignants-chercheurs issus de différents domaines scientifiques.

O. BACHELARD, Professeur EM Lyon campus Saint-Etienne.

C. BEAUCOURT, Maître de conférences en Sciences de Gestion HDR, Université de Lille (LEM).

M. BONNET, Maître de conférences en Psychologie clinique, Université de Bourgogne Franche-Comté, UFR SLHS, Laboratoire de Psychologie de l'UBFC.

E. BOUGEOIS, Maître de conférences en Sciences de l'Information et de la Communication, Université Toulouse 2 (LERASS).

M. BREMOND, Professeur Associé, Université Jean Moulin Lyon 3 (IFROSS).

J.B. CAPGRAS, Maître de conférences en Sciences de Gestion, Université Jean Moulin Lyon 3 (IFROSS).

S. CODO, Maître de conférences en Sciences de Gestion, Université de Bretagne Occidentale (LEGO).

G. DAMBUYANT-WARGNY, Maître de conférences en Sociologie HDR, Université Paris 13 (IRIS).

G. DESQUESNES, Maître de conférences en Sociologie, Université de Caen – Normandie (CERReV).

C. DEVAUX, Maîtresse de conférences en Aménagement et Urbanisme, Université de Caen – Normandie (ESO Caen).

F.X. DEVETTER, Professeur en Sciences Economiques HDR, Université de Lille, IMT Lille Douai (CLERSE).

A. DUSSUET, Maître de conférences en Sociologie HDR, Université de Nantes (CENS).

C. JOFFRE, Professeur EM Normandie (METIS).

S. GUERIN, Professeur en Sociologie, INSEEC Business School.

N. GUILHOT, Maître de conférences en Sciences de Gestion, Université Jean Moulin Lyon 3 (IFROSS).

A. MOREL-BROCHET, Maîtresse de conférences en Géographie, Aménagement et Urbanisme, Université d'Angers (ESO Angers).

C. PASCAL, Maître de conférences HDR en Sciences de Gestion, Université Jean Moulin Lyon 3 (IFROSS).

S. PAYRE, Maître de conférences en Sciences de Gestion, Université de Caen – Normandie (NIMEC).

N. RICHEZ-BATTESTI, Maître de conférences en Sciences Economiques, Aix Marseille Université (LEST CNRS).

M. ROBELET, Maître de conférences en Sociologie, Université Lyon 2 (Centre Max Weber).

M. TISSIOUI, Maître de conférences en Sciences de Gestion, Université de Caen – Normandie (NIMEC).

D.G. TREMBLAY, Professeure, École des sciences de l'administration, Université TÉLUQ (ARUC-GATS), Canada.

### **Instructions aux auteurs**

---

Les papiers doivent être transmis au format word (.doc, .docx), ou RTF (.rtf) et envoyés à l'adresse suivante :

[rma.sante@managementetavenir.fr](mailto:rma.sante@managementetavenir.fr)

Le manuscrit complet ne doit pas excéder **5 000 à 8 000 mots** (page de titre incluse).

Le texte doit être présenté en interligne double, et utiliser la police Times 12.

Les titres et les sous-titres doivent utiliser la numérotation décimale (1, 1.1, 1.1.1)

Les pages doivent être paginées.

### **Page de titre**

Le texte soumis doit inclure une page de titre, qui comporte les informations suivantes :

- Titre
- Noms des auteurs et affiliations
- Adresse permanente

### **Résumé**

Un résumé de 400 mots maximum doit être proposé.

### **Mots-clés**

3 à 6 mots-clés doivent être proposés.

### **Références bibliographiques**

Les références dans le corps du texte doivent être présentées entre parenthèses, par nom d'auteur, suivi de la date de publication par exemple (MICK & MORLOCK, 2008). Si plusieurs références du même auteur sont citées, mettre en premier les références les plus anciennes.



A la fin de l'article, les références citées dans le corps du texte doivent être listées (sans numérotation) par ordre alphabétique des auteurs. Pour les références ayant plus de 4 auteurs, utiliser la forme MICK et al. Si plusieurs références ont le même auteur et la même date, utiliser les lettres « a, b,... » placées après la date pour les distinguer, par exemple (MICK, 2001a).

Merci de respecter le format de citation suivant :

**Journal Article**

POLLITT C. (2001), « Convergence : The Useful Myth ? », Public Administration, Vol. 79, N°4, p. 933-947.

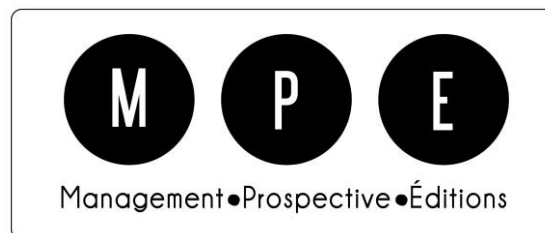
**Book**

GALBRAITH J.-K. (2008), The Predator State, Free Press, New York.

**Annexes**

Le document ne doit comporter aucune annexe : les schémas, tableaux et équations jugés essentiels doivent être inclus dans le corps du texte.

**Pour plus d'informations :**



Management Prospective Editions (MPE)

Résidence Le Théâtre - 136 bd du Maréchal Leclerc - 14000 CAEN

Mail : [rma.sante@managementetavenir.fr](mailto:rma.sante@managementetavenir.fr)